

Lingual nerve damage after mandibular third molar surgery: A randomized clinical trial

Amorim Gomes AC, Cavalcanti do Egito Vasconcelos B, Dias de Oliveira e Silva, Ferreira da Silva LC.
J Oral Maxillofac Surg 2005, 63: 1443-6.

La extracción de los terceros molares puede provocar daño del nervio lingual en unos porcentajes que oscilan entre el 0.6% y el 22% según distintos autores. Estas lesiones nerviosas pueden ser temporales o permanentes, clasificándose como neuroapraxia, axonotmesis y neurotmesis. Clínicamente aparece hipoestesia, hiperestesia, anestesia y disestesia. Muchos autores han establecido la estrecha relación entre el nervio lingual y la cara lingual mandibular. El mecanismo exacto por el que se produce el daño nervioso permanece en controversia, como causas se aducen la perforación de la cortical lingual y/o el trauma del colgajo lingual durante la realización de la ostectomía y la odontosección usando un retractor lingual. No se debe olvidar que el nervio se puede situar en la zona supracrestal, siempre debemos tener esto en cuenta al diseñar la incisión. El objetivo de los autores en su investigación es, a través de un estudio prospectivo randomizado, comparar dos técnicas para la exodoncia de terceros molares, basándose o no en la retracción del colgajo lingual.

Incluyen en el estudio 55 pacientes operados de cirugía del tercer molar en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología y en el Hospital Oswaldo Cruz. El periodo de tiempo comprende desde Mayo a diciembre del año 2000. Los criterios de inclusión que emplean son:

- Pacientes con terceros molares mandibulares bilaterales impactados clasificados según el sistema de Winter en mesioangulares, verticales o distoangulares.
- No existencia de problemas médicos que contraindiquen la cirugía.
- No debía aparecer fractura completa de la cortical lingual durante la exodoncia.
- Todos los procedimientos los realizaba el mismo cirujano.

Todos los pacientes de forma randomizada eran intervenidos en uno de los lados sin utilización de colgajo lingual; éste era considerado como el grupo A, mientras que el lado opuesto se incluía en el grupo B, realizándose aquí colgajo lingual con retracción mediante elevador de Free. Por tanto, se analizan 110 procedimientos. Los pacientes fueron intervenidos con anestesia local o general, aunque en estos últimos, también empleaban el bloqueo regional. La incisión la realizaban siempre en la zona más lateral del borde anterior de la rama mandibular, para minimizar los riesgos. Siempre se empleaba colgajo bucal y retractor, también se empleaba en todos los casos ostectomía del hueso bucal. Evalúan la alteración sensorial a las

24 horas y en el séptimo día postoperatorio. Recogen cualquier alteración sensorial de la encía lingual y de la mucosa del suelo de la boca y de la lengua. Para confirmar el daño nervioso emplean un test de aguja, y clasifican la alteración como anestesia, hipoestesia, parestesia o disestesia. La exploración la realiza un cirujano oral y maxilofacial, que no conoce cual de los lados es el experimental y cual el grupo control. Todos las agujas empleadas para los bloqueos regionales fueron analizadas en el laboratorio de patología. Se emplearon un total de 110 agujas. La evaluación de las mismas la realizan profesionales que desconocían el uso otorgado a las agujas.

El porcentaje de alteración neurosensorial era mayor en los pacientes sometidos a anestesia general y bloqueo (13,8%), que en los pacientes intervenidos con anestesia local solo (3,8%), aunque la diferencia no era significativa ($Z = -1,281$ y $p = 0,2002$). En todos los casos se empleó colgajo bucal, solo en 55 casos se usó el colgajo lingual con retracción. De ellos, 25 para molares izquierdos y 30 para derechos. Siempre realizaron ostectomía del hueso bucal, no resecan hueso lingual, tampoco en ningún caso emplearon odontosección. Entre los 55 procedimientos quirúrgicos en los que se realiza colgajo lingual aparecieron 5 casos de alteración del nervio lingual (9,1%), mientras que no se observaron problemas en el grupo control. La diferencia es estadísticamente significativa $p < 0,001$. De los 5 casos, en cuatro se verificó parestesia y en uno hipoestesia. Todos los casos fueron temporales porque a los tres meses hubo una recuperación total. La edad media de los pacientes con afectación nerviosa fue de 22,60 años, con una desviación estándar de 5,59 años y un coeficiente de variabilidad de 24,75%. Entre los 50 casos sin complicaciones del nervio lingual la edad media fue de 20,24, la desviación estándar de 4,91 años, y el coeficiente de variabilidad de 24,26%. Los autores coinciden en sus resultados con otros trabajos, aunque existe controversia con otros como los de Pogrel y cols., que defienden que hay mayor protección del nervio realizando retracción del colgajo lingual. Parece que la posición del cordal influye con respecto al daño del nervio; de los cinco casos, en cuatro ocasiones la posición era C en relación a la clasificación de Pell y Gregory, tan solo en uno estaba en posición B.

Las complicaciones derivadas de la cirugía de los terceros molares siempre me parece un tema muy interesante, en primer lugar, por el gran número de procedimientos que realizamos al cabo del año y en segundo, aunque con una incidencia creciente, por las demandas que esto genera. Los autores realizan un estudio en el que a título personal me llama la atención dos cosas, por un lado, el elevado porcentaje de trastornos neurosensoriales que reflejan, teniendo en cuenta además que en ningún caso han necesitado realizar odontosección. En segundo término que no consideren como un factor de más relevancia la posición del cordal, factor que pienso es el esencial a la hora de condicionar la técnica de extracción.

Posible link between extracción of wisdom teeth and temporomandibular disc displacement reduction: matched case control study

Threlfall AG, Kanaa MD, Davies SJ, Tickle M.
Br J Oral Maxillofac Surg 2005, 43: 13-6

El desplazamiento del disco con reducción se diagnostica en un 30-40% de los pacientes con problemas de la articulación temporomandibular (ATM) en la Escuela Dental de la Universidad de Manchester. Clínicamente suele aparecer dolor, chasquido articular y alteraciones del movimiento. Se ha sugerido que la extracción de los terceros molares podría tener un papel en la aparición del cuadro. Los autores realizan en este sentido un estudio de caso control, para valorar si los pacientes diagnosticados de desplazamiento discal con reducción tenían más incidencia de extracción de los terceros molares que los pacientes control estimados. Valora también el intervalo de tiempo transcurrido entre la exodoncia del cordal y la aparición clínica del desplazamiento discal con reducción..

El criterio diagnóstico utilizado para considerar desplazamiento de disco con reducción es la aparición de un clic durante la apertura o el cierre de la boca o en ambas situaciones. No emplean la imagen para confirmar el diagnóstico, porque consideran que existe una buena correlación entre el diagnóstico hecho por un clínico experimentado en el examen físico y el diagnóstico que se establece tras realizar artrogramas. El tamaño del estudio estaba basado en la detección de diferencias entre la proporción de casos y controles, en los que se habían extraído los cordales. Así un estudio hecho sobre 228 casos y 5 controles por cada caso, tendría más de un 80% de poder en la detección, si el 38% de los controles y el 48% de los casos, tenían un nivel de significancia en la extracción del 0,05. Los pacientes con desplazamiento de disco con reducción se obtuvieron por una búsqueda manual, en los registros clínicos de los pacientes atendidos de problemas de la ATM. Eligen los pacientes desde Noviembre del 2002 en adelante hasta que obtienen un número suficiente. Los pacientes de menos de 18 años son excluidos. A cada paciente elegido se le remite una carta explicándoles el estudio y un cuestionario breve, donde se les interroga sobre la exodoncia de las muelas del juicio. Para permitir la comparación con los controles, no se consideran diferencias entre cordales superiores o inferiores. Si a las tres semanas no habían respondido, se les volvía a remitir otro cues-

tionario hasta que obtuvieron más de 304 pacientes elegibles, con desplazamiento discal con reducción. Los controles se obtenían de sujetos que respondían sí o no a la pregunta de si se les había extraído una muela del juicio. Por cada caso se consideraron 5 controles de la misma edad y sexo.

Se revisaron más de 910 pacientes y se identificaron 336 con el diagnóstico de desplazamiento discal con reducción. De ellos 23 tenían menos de 18 años y se desestimaron. A los 313 restantes se les envió el cuestionario El rango de edad oscilaba entre 18 y 83 años. Un 83% eran mujeres (260 casos). En primera ronda respondieron 177 personas, y en segunda otras 45, que hacen un total de 222 casos; de éstos, desestiman 2 con lo que obtienen 220. De este grupo final 37 (17%) eran hombres y 183 mujeres (83%). La obtención de respuesta era más alta en el grupo de edad comprendido entre 30 y 50 años. De los 220 pacientes, 99 (45%) habían sufrido la extracción de una muela del juicio. En cuanto a los controles, eligieron 1.100 de los que 185 eran hombres y 915 mujeres. Un total de 429 (39%) habían sufrido cirugía de muelas del juicio. De los 99 pacientes con exodoncia de cordales del grupo de estudio, dos refirieron que la extracción se produjo después del diagnóstico de desplazamiento del disco con reducción. De los 97 restantes, 21 (22%) habían tenido la cirugía en los 5 años anteriores del diagnóstico, 21 (22%) más de 5 años antes y menos de diez, 31 (32%) entre 10 y 20 años y 24 (25%) más de 20 años antes del diagnóstico. Los autores consideran que en un 90% de los pacientes sometidos a cirugía de terceros molares, es poco probable que esta cirugía tenga un papel causal en el desarrollo de desplazamiento discal. Sus datos no excluyen que los pacientes sometidos a anestesia general, y aquellos con intervenciones largas o traumáticas puedan tener un riesgo más elevado de padecer problemas articulares.

Considero que en base a esta última apreciación de los propios autores, es donde este trabajo, que por otra parte tiene un trabajo estadístico importante, pierde validez. La dificultad en la extracción del cordal es un aspecto esencial a tener en cuenta para considerar las posibles complicaciones secundarias a esta cirugía, los autores no consideran este aspecto como modificador inicial de los resultados del estudio de hecho no diferencian entre extracción de terceros molares superiores o inferiores. Tampoco nos hablan de otro aspecto esencial, el tipo de anestesia. Está ampliamente demostrado que las intubaciones complicadas de las anestésicas generales son factores desencadenantes de patología articular.