

¿Cual sería su diagnóstico y tratamiento?

What would your diagnosis be?

Paciente mujer de 52 años de edad sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés que consulta por presentar discreta asimetría facial desarrollada desde la infancia, que se manifiesta como un abombamiento en la zona del ángulo mandibular derecho (Fig. 1). Del mismo modo refiere periódicas oscilaciones en el tamaño de la masa a lo largo de todos estos años, sin relación aparente con ninguna condición o actividad específica y concreta. En algunas ocasiones, la lesión ha alcanzado un tamaño mayor del doble del que muestra en la actualidad. Pero ha sido en este último año cuando la tumoración ha presentado un crecimiento progresivo, lo que ha motivado la consulta por parte de nuestra paciente.

En la exploración física constatamos la existencia de una tumoración localizada en el área pre-maseterina derecha de 3 x 3 cm de diámetro aproximadamente. Su consistencia es blanda, sus márgenes están mal definidos y no se adhiere a piel ni a planos profundos. La lesión no es dolorosa a la palpación. Del mismo modo, en el seno de dicha tumoración objetivamos la presencia de varias formaciones nodulares de consistencia dura. Alguna de ellas presenta un tamaño superior a 1 cm de diámetro. Haciéndole realizar a la paciente maniobras de Valsalva, no evidenciamos un claro aumento del tamaño de la masa. No se aprecia transmisión de latido pulsátil a través de la lesión.

Realizada la RM (planos axiales y coronales) se confirma la existencia de una asimetría facial condicionada por la presencia de una masa de contorno polilobulado y márgenes mal definidos dependiente de partes blandas.

Esta masa, establece un íntimo contacto con el músculo masetero derecho (la tumoración es lateral y anterior al mismo), el cual se encuentra comprimido, desplazado e incluso parcialmente infiltrado por la lesión. Finalmente detallar que en el interior de la misma se observan imágenes nodulares compatibles con calcificaciones (Fig. 2). Resto de la exploración, compatible con la normalidad.



Figura 1. Visión preoperatoria de frente. Puede apreciarse una ligera asimetría facial a expensas de una leve tumefacción en la zona del ángulo mandibular derecho.

Figure 1. Preoperative face-on view. A slight facial asymmetry can be observed due to a slight tumefaction/swelling in the area of the right mandible.

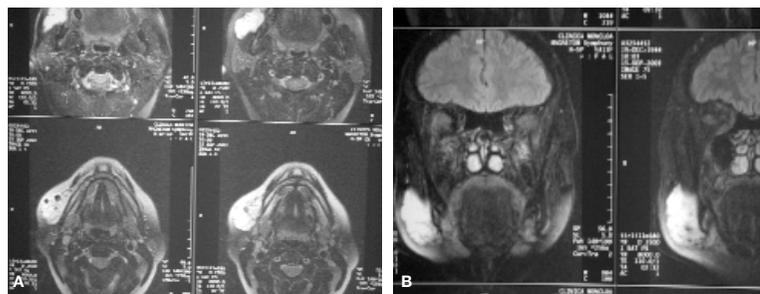


Figura 2. A. RM con cortes axiales. B. RM con cortes coronales.

Figure 2. A. MR with axial slices. B. MR with coronal slices.

Female patient, 52 years old, with no medico-surgical background of interest, came for a consultation as a result of a slight facial asymmetry that had developed in her youth in the form a bulge in the right mandibular angle (Fig. 1) She also referred to periodic fluctuations in the size of the mass over the years that had no apparent relation with any condition or with any specific or concrete activity. On some occasions, the lesion had increased to twice the size that it had at the time. But over the last year the tumor-like mass had shown progressive growth, which had led the patient to request a consultation.

The physical examination revealed the existence of a localized tumor in the pre-maseteric area on the right side measuring 3 x 3 cm approximately in diameter. It had a soft consistency, the margins were ill defined and it was not attached to the skin or any deeper layers. The lesion was not painful to palpation. Similarly, in the center of the tumor various nodular formations could be

seen that had a hard consistency. Some had a diameter that was larger than 1 centimeter. The patient carried out the Valsalva maneuver, and there was no clear increase in the size of the mass. Pulse waves could not be appreciated through the lesion.

Following MRI (axial and coronal slices) the existence of a facial asymmetry conditioned by the presence of a mass with polylobulated borders and ill-defined margins that were of soft tissue. The mass was in close contact with the right masseter muscle (the tumor-like mass being lateral and anterior to it), and it was compressed, displaced and even partially infiltrated by the lesion. Finally, nodular images compatible with calcifications (Fig. 2) could be observed within the mass. The remaining examination was normal.

Angioma maseterino

Masseteric Angioma

B. Duarte Ruiz¹, C. Navarro Cuellar¹, R. Pujol Romanya¹, M. Cuesta Gil²

Con la sospecha de que la paciente presenta una lesión clínicamente compatible con un angioma maseterino, procedemos a solicitar exploraciones complementarias que ayuden a confirmar el diagnóstico inicial de sospecha. Entre todas ellas cabe destacar el papel relevante que juega la RM en el diagnóstico de este tipo de lesiones. En el caso concreto que nos atañe, la lesión muestra una señal heterogénea leve, hiper – isointensa con el músculo masetero adyacente en T1, siendo marcadamente hiperintensa en T2. De igual modo, se describen finos tabiques hiperintensos en T1. Como ya mencionamos con anterioridad, en el interior de la masa se observan imágenes nodulares de baja señal en T1 y T2 que se hacen más patentes en las secuencias de eco de gradiente y que corresponden a calcificaciones. Por todo ello, los hallazgos corroborados por la RM son compatibles con el diagnóstico de angioma cavernoso de partes blandas, con leve infiltración del músculo masetero derecho y flebolitos en su interior (Fig. 2).

Discusión

La región bucomaseterina en su descripción clásica incluye la presencia de los músculos masetero y bucinador, conducto parotídeo, bola grasa de Bichat y tejido celuloadiposo de la mitad anterior de la mejilla (excluyéndose por tanto la glándula parótida).¹ Elaborar y apurar un diagnóstico preciso de las masas desarrolladas en esta región es sumamente necesario tanto para radiólogos como cirujanos que diagnostican y tratan a estos pacientes, con el fin de evitar complicaciones severas y defectos estéticos importantes derivados del tratamiento de este tipo de lesiones (cuya localización clínica exacta frecuentemente es muy difícil). El propósito del diagnóstico por imagen en el manejo de una masa es determinar el origen, causa y extensión de la lesión previamente a la ciru-

As it was suspected that the patient had a lesion that was clinically compatible with a masseteric angioma, complementary examinations were requested in order to help confirm the initial suspected diagnosis. Of all of these, the relevant role played by MR in the diagnosis of this type of lesion should be pointed out. In this precise case, the lesion showed a mild heterogeneous signal that was hyper-isointense with the adjacent masseter muscle on T1 and that was strongly hyperintense on T2-weighted images. Similarly, fine hyperintense lines could be observed on T1-weighted images. As mentioned previously, on the inside of the mass, nodular images could be observed with a low signal on T1 and T2-weighted images, that became clearer in the gradient echo sequences and which corresponded to calcifications. The findings corroborated by MR were compatible with the diagnosis of cavernous angioma of soft tissue, with a slight infiltration of the right masseter muscle and containing phleboliths (Figs. 2).

Discussion

The classical description of the masseter region of the mouth contains the presence of the masseter and buccinator muscles, the parotid duct, Bichat's fat pad and cellulose adipose tissue of the anterior half of the cheek (but not therefore the parotid gland).¹ The elaboration and study of a precise diagnosis of the masses developing in this area is extremely important for radiologists as well as for the surgeons diagnosing and treating these patients in order to avoid the severe complications and important aesthetic defects that arise when treating these types of lesions (with the exact clinical location often being very difficult). The object of diagnostic imaging when dealing with a mass is for determining the origin, cause and extension of the lesion before surgery.² Given the usefulness of CT scans and RM for locating a pathology in clinically inaccessible areas of the body, both tests have been used to evaluate masses of this area in particular. It is for this reason that CT scans as well as RM appear in the literature as useful and appropriate means for demonstrating the location and extension of buccomasseteric mass-

¹ Médico Residente.

² Médico Adjunto.

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España

Correspondencia:

Blanca Duarte Ruiz.

C/ Ibiza 66, 1º D; 28009

Madrid, España

E-mail: blancaduarte@terra.es

gía.² Dada la utilidad de la TC y RM en localizar patología en regiones clínicamente inaccesibles de nuestro cuerpo, ambas pruebas se han usado para evaluar masas en éste área concreta. Es por ello que tanto la TC como la RM se describen y perfilan en la literatura como los medios útiles e idóneos para demostrar la localización y extensión de masas bucomaseterinas, a la par que la ecografía arrojaría imágenes nítidas y de exquisito detalle de la estructura o arquitectura interior de las lesiones situadas en esta región.²

En cuanto al diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones destacar que entre las condiciones patológicas que pueden originar un engrosamiento o aumento de tamaño unilateral de la región pterigomaseterina encontramos desde neoplasias a procesos inflamatorios y miopatías.³ Todas ellas podríamos agruparlas en cuatro grupos de lesiones: tumores benignos, miopatías (hipertrofia maseterina), procesos inflamatorios (actinomicosis, linfadenitis, cuerpos extraños, etc.) y tumores malignos o neoplasias (adenopatías metastásicas, tumores primarios de la región, etc.).⁴ Entre las tumoraciones benignas mencionar por orden de frecuencia los hemangiomas, lipomas, quistes epidérmicos, adenomas pleomorfos, histiocitosis de células de Langerhans y linfangiomas, entre otros. En opinión de algunos autores, la condición patológica más frecuente de la región bucomaseterina es la hipertrofia maseterina.⁵ Por otra parte, en el estudio realizado por Yonetsu y cols.,⁵ en el año 1998 basado en el estudio de 66 casos de masas localizadas en el área bucomaseterina, con el propósito de revisar e ilustrar la apariencia que presentan en las distintas pruebas de imagen las distintas tumoraciones desarrolladas en dicho territorio, se concluyó que la lesión que con más frecuencia se manifiesta como una tumoración benigna en éste área es el hemangioma, seguido del lipoma. Una clasificación de las posibles causas a considerar en cuanto al diagnóstico diferencial, desde el punto de vista del tejido de origen en éste área bucomaseterina, incluiría: glándula salivar (tumores benignos y malignos de glándula salivar procedentes del parénquima accesorio parotídeo o de su conducto de drenaje), inflamaciones-infecciones (abscesos o celulitis por infección específica o inespecífica), sistema linfático (nódulo metastático linfático, linfadenitis o nódulo linfático reactivo benigno, linfoma, linfangioma), tejido célula-adiposo (lipoma, fibroma, pseudotumor), miopatía (hipertrofia maseterina, miositis osificante, miositis proliferativa, rhabdomyosarcoma), y finalmente sistema vascular (hemangioma, malformaciones arteriovenosas, falsos aneurismas).⁵

Una vez descrita la región pterigomaseterina, la diversidad de lesiones que se pueden desarrollar en ella, haber hecho mención al diagnóstico diferencial de las masas localizadas en este área y los métodos diagnósticos que contribuyen a ello, nos vamos a centrar en la descripción detallada de un tipo concreto de lesión situada en este territorio y que es el protagonista del caso clínico que nos ocupa: el angioma.

Los angiomas constituyen un grupo de lesiones vasculares no neoplásicas que presentan un recuento normal de células endoteliales.⁶ Pueden ser de origen arterial, venoso, capilar o linfático (solos o combinación de más de un elemento). Son menos frecuentes que los hemangiomas (tumor caracterizado por la proliferación de vasos sanguíneos, que generalmente sigue un curso benigno, siendo los tumores más frecuentes en la infancia), aunque pueden causar

es, in the same way that an echography would give clear and very detailed images of the structure of the interior architecture of the lesions situated in this area.²

With regard to the differential diagnosis of this type of lesion, it should be pointed out that among the pathological conditions that may lead to an enlargement or to a unilateral increase in the size of the pterygomasseteric region, we might find from neoplasia to inflammatory procedures and myopathies.³ These can all be grouped into four types of lesions: benign tumors, myopathies (masseteric hypertrophy, inflammatory processes (actinomycosis, lymphadenitis, foreign bodies, etc.) and malignant tumors or neoplasia (metastatic adenopathies, primary tumors in the region, etc.).⁴ Among the benign tumors the following should be mentioned in order of frequency, hemangiomas, lipomas, epidermal cysts, pleomorphic adenomas, Langerhans cell histiocytosis and lymphangiomas, among others. In the opinion of some authors, the most frequent pathologic condition in the buccomasseteric region is masseteric hypertrophy.⁵ On the other hand, in the study carried out by Yonetsu K and cols.⁵ in the year 1998 based on a study of 66 cases of masses located in the buccomasseteric area that was aimed at reviewing and illustrating the appearances on diagnostic images of the different tumor-like masses that develop in this area, it was concluded that the lesion appearing most frequently as a benign tumor is the hemangioma followed by the lipoma. A classification of the possible causes that should be considered in a differential diagnosis from the point of view of the tissue of origin in the buccomasseteric area, should include: the salivary gland (benign and malignant tumors of the salivary gland coming from the parenchyma, accessory parotid gland or of its drainage duct), inflammations-infections (abscesses or cellulitis through specific or unspecific infection), lymphatic system (metastatic lymph node, lymphadenitis, or benign reactive lymph node, lymphoma, lymphangioma), cellulose adipose tissue (lipoma, fibroma, pseudotumor), myopathy (masseteric hypertrophy, ossifying myositis, proliferative myositis, rhabdomyosarcoma), and finally the vascular system (hemangioma, arteriovenous malformations, false aneurisms).⁵

Following the description of the pterygomasseteric region and the variety of lesions that can arise within it, and having mentioned the differential diagnosis of the masses located in this area and of the diagnostic methods involved, we will now concentrate on giving a detailed description of a concrete type of lesion situated in this area, which is at the center of this case report: the angioma.

Angiomas belong to a group of non-neoplastic vascular lesions that have a normal endothelial cell count.⁶ The origin may be arterial, venous, capillary or lymphatic (they may occur on their own or in conjunction with another entity). They are less frequent than hemangiomas (tumors characterized by the proliferation of blood vessels, that generally follow a benign course, these being the most common tumors in infancy), although they can cause problems clinically that

problemas clínicos mucho más importantes que estos últimos.⁶

Clínicamente se caracterizan porque la inmensa mayoría se ponen de manifiesto en el momento del nacimiento y tienden a crecer con el niño. Tras este periodo de crecimiento se mantienen estables durante toda la vida, pudiendo aumentar de tamaño en la pubertad y en el embarazo, como respuesta a cambios hormonales.⁷

Los angiomas se clasifican en función de la velocidad del flujo sanguíneo a través de la lesión, pudiéndose diferenciar dos grupos: lesiones de bajo y alto flujo.

Las lesiones de bajo flujo, son mayoritariamente venosas y muy variadas en cuanto a su localización y tamaño. No desaparecen espontáneamente y tienden a hacerse más nodulares en los pacientes de más edad.

Por el contrario, las lesiones de alto flujo pueden aumentar rápidamente de tamaño como consecuencia de traumatismos, ligaduras o cambios hormonales, entre otros. En dicha circunstancia, los pacientes refieren un aumento de la temperatura de la piel superficial a la lesión asociado a dolor y ruido. Tal y como describió Jackson en 1993, una hemorragia de una de estas lesiones puede ser mortal.⁷

En cuanto al diagnóstico de este tipo de lesiones, destacar que la radiología simple tan sólo revelará la existencia de una «masa dependiente de tejidos blandos». Debemos destacar la característica aparición de calcificaciones y flebolitos en las lesiones de bajo flujo,⁷ tal y como sucede en el caso que presentamos. En ocasiones objetivaremos lesiones óseas provocadas por la presencia de dichas malformaciones vasculares. La RM muestra características muy típicas de este tipo de lesiones con señal isointensa en T1 y alta señal en T2. Además, la RM permitirá, entre otras cosas, observar la dinámica de flujo a través de la lesión y su distribución. En la TC, destacar que la mayoría de los angiomas muestran márgenes irregulares. Finalmente, la angiografía selectiva determina la extensión de la lesión vascular mostrando los vasos que proporcionan el flujo a dicha lesión y los vasos de drenaje.¹



Figura 3. Visión intraoperatoria de la tumoración, con el aspecto típico de una lesión vascular con flebolitos. Observese como la tumoración es atravesada por dos ramas del nervio facial.

Figure 3. Intraoperative vision of the tumor-like mass, with the typical aspect of a vascular lesion with phleboliths. Note how two branches of the facial nerve cross the mass.



Figura 4. Lecho quirúrgico tras la exéresis de la tumoración, con las ramas del nervio facial disecadas.

Figure 4. Surgical bed following the excision of the mass, with separated facial nerves.

are far more important than the latter.⁶

They are clinically distinctive as most appear at birth tending to grow with the child. After this period of growth they remain stable throughout a person's lifetime. They can increase in size at puberty and during pregnancy, as a result of hormonal changes.⁷

Angiomas are classified according to the speed of the blood flow through the lesion, and two groups can be differentiated: Low flow and high-flow lesions.

Low flow lesions are generally venous and very varied as to their location and size. They do not disappear spontaneously and they tend to become more nodular in older patients.

On the other hand, lesions with a high flow can increase rapidly in size as a result of trauma, ligatures, and hormonal changes among others. In these circumstances patients refer an increase in body surface temperature of the lesion associated with pain and noise. As Jackson described in 1993 a hemorrhage of this type can be mortal.⁷

With regard to this type of lesion, it should be pointed out that simple radiology would only reveal the existence of a «dependent mass of soft tissue». The characteristic appearance of calcifications and phleboliths in low-flow lesions should be pointed out⁷, as occurs in the case presented. On occasions bone lesions provoked by the presence of these vascular malformations can be observed. MR as previously mentioned, shows very typical characteristics with this

En lo referente al tratamiento, puntualizar que difiere en función del tipo de lesión al que nos referimos. Las lesiones de bajo flujo y gran tamaño, como la presentada en nuestro caso clínico, se benefician de una extirpación completa mediante cirugía convencional pudiendo ir precedida de una embolización de la lesión durante la exploración radiológica previa a la extirpación quirúrgica. Las lesiones residuales se podrían tratar con agentes esclerosantes. Se han descrito resultados muy buenos con Sulfato de Sodio al 3% intralesional en lesiones pequeñas de bajo flujo.

En las lesiones de alto flujo, la embolización selectiva raramente es eficaz como tratamiento aislado puesto que rápidamente se establecen nuevos *shunts*, sin embargo, sirve de gran ayuda durante la cirugía. Además, la resección incompleta de la lesión conlleva con frecuencia a recurrencias. El tratamiento ideal consistiría en la embolización selectiva seguida por la resección total de la lesión dentro de la primera semana (Jackson, 1993).⁷

En concreto y centrándonos en el caso clínico de nuestra paciente, el tratamiento fue quirúrgico, realizando la extirpación completa del angioma previa disección y preservación del nervio facial periférico derecho (ramas bucal y marginal) (Figs. 3, 4 y 5). El postoperatorio cursó de forma muy favorable y sin complicaciones solamente presentando una ligera parestesia que se recuperó de forma íntegra en un plazo de tres meses (Fig. 6).



Figura 5. Espécimen quirúrgico. Obsérvese los característicos flebolitos.

Figure 5. Surgical specimen. Note the typical phleboliths.

type of lesion, having isointense signals on T1 weighted sequences and a high signal on T2 weighted sequences. In addition MR will permit, among other things, observing the flow dynamics through the lesion and the distribution. In the CAT scan it should be pointed out that most angiomas show irregular margins. Finally, selective angiography determines the extension of the vascular lesion showing the vessels that supply the lesion with fluid and the drainage vessels.¹

With regard to treatment, it should be stressed that this is different depending on the type of lesion we are dealing with. The lesions with low flow that are large in size,

such as that presented in our clinical case, can benefit from complete excision by means of conventional surgery. This can be preceded by lesion embolization during the radiological examination prior to surgical excision. Residual lesions could be treated with sclerosing agents. Very good results have been described with intralesional sodium sulphate at 3% in small low-flow lesions.

In high-flow lesions, selective embolization is rarely effective as an isolated treatment as new shunts are quickly established, although it is of great use during surgery. In addition, incomplete resection of the lesion often leads to recurrence. The ideal treatment should consist in selective embolization followed by total resection of the lesion within the first week (Jackson, 1993).⁷

With regard to the specific case of our patient, the treatment was surgical, and the angioma was completely removed prior to the dissection and preservation of the right peripheral facial nerve (buccal and marginal branch) (Figs. 3,4 and 5). The postoperative period was favorable and there were no complications. There was only a slight paresthesia that was completely resolved after three months (Fig. 6).

Bibliografía

1. Benlier E, Aydin Y, Bulan R, Erdinc B, Cetinkale O. Hemangioma in masseteric muscle. *Ann Plast Surg* 2002;48:219-20.
2. Ariji Y, Kimura Y, Gotoh M, Sakuma S, Zhao YP, Ariji E. Blood flow in and around the masseter muscle: normal and pathologic features demonstrated by color Doppler sonography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;91:472-82.
3. Yonetsu K, Nakayama E, Yuasa K, Kanda S, Ozeki S, Shinohara M. Imaging findings of some buccomasseteric masses. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;86:755-9.
4. Set PA, Somers JM, Britton PD, Freer CE. Pictorial review: benign and malignant enlargement of the pterygomasseteric muscle complex. *Clin Radiol* 1993;48:57-60.
5. Danielides V, Nousia CS, Achten E, Forsyth R, Vermeersch H. Hemangioma of the left cheek: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:430-2.
6. Ho-Asjoe M, Tatla T, Carver N. Parotid haemangioma: an unusual presentation. *Br J Plast Surg* 2003;56:73-4.
7. Kurabayashi T, Ida M, Tetsumura A, Ohbayashi N, Yasumoto M, Sasaki T. MR imaging of benign and malignant lesions in the buccal space. *Dentomaxillofac Radiol* 2002;31:344-9.

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.