

## Carta al Director

# Enfisema subcutáneo como complicación de procedimientos de cirugía oral. Avería del instrumental utilizado

Alberto Cuevas Queipo de Llano\*, Florencio Monje Gil, Manuel Moreno Sánchez y Carlos Moreno García

Práctica privada. Badajoz, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de diciembre de 2019

Aceptado el 10 de diciembre de 2019

Sr. Director:

Los procedimientos de cirugía oral son, para la mayoría nosotros, los más frecuentemente realizados en la práctica clínica. En manos expertas, la tasa de complicaciones puede ser baja, si bien estas han de tenerse en cuenta dado el alto volumen de intervenciones, sus potenciales consecuencias para la salud del paciente y, cada vez más, sus consecuencias médico-legales. Estas complicaciones han sido descritas ampliamente en la literatura y son por todos conocidas: dolor, inflamación, disestesias en el territorio de los nervios dentario inferior o lingual, hemorragias, cuadros infecciosos o patología traumatológica son las más frecuentes. No obstante, el profesional en Cirugía Oral y Maxilofacial ha de tener en cuenta en su práctica clínica otros cuadros que podrían ser menos frecuentes.

Presentamos el caso de una paciente de treinta y tres años de edad, sin antecedentes de interés, que fue atendida en nuestro servicio por molestias en relación a un cordal incluido en cuarto cuadrante mandibular. Se realizó exodoncia quirúrgica de la pieza con ayuda de una pieza de mano con irrigación con suero. Se precisó del uso de gasas impregnadas en peróxido de

hidrógeno para controlar un cuadro hemorrágico. En el postoperatorio inmediato se apreció un cuadro agudo de dolor e inflamación hemifacial derecha, con disminución de apertura oral y palpebral y crepitación al tacto (Figura 1). Se realizaron ortopantomografía y CT urgentes apreciándose burbujas de aire en espacios masticatorio, bucal y canino (Figura 2). En ningún momento hubo signos de afectación de la vía aérea superior. Nuestro diagnóstico fue el de enfisema subcutáneo como complicación de la cirugía oral y el manejo fue ambulante, con citas periódicas de control hasta apreciar, a los catorce días, remisión total del cuadro tanto clínica como radiológicamente.

El primer caso de enfisema subcutáneo en relación con procedimientos de cirugía oral fue registrado en la literatura por Turnbull<sup>1</sup> en 1900. Desde entonces, distintos autores han denunciado esta complicación en forma de reportes de casos<sup>2</sup> o artículos de revisión<sup>3</sup>, mostrando distintos factores de riesgo o presentaciones clínicas. Esta condición está relacionada con procedimientos de exodoncia o rehabilitación dental<sup>4</sup> principalmente, aunque también se ha descrito tras procedimientos más agresivos, como puede ser la traumatología facial al alterar la barrera de defensa intraoral<sup>2</sup>. El aire penetraría a

\*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [albertocuevas91@gmail.com](mailto:albertocuevas91@gmail.com) (Alberto Cuevas Queipo de Llano).

DOI: [10.20986/recom.2020.1104/2019](https://doi.org/10.20986/recom.2020.1104/2019)

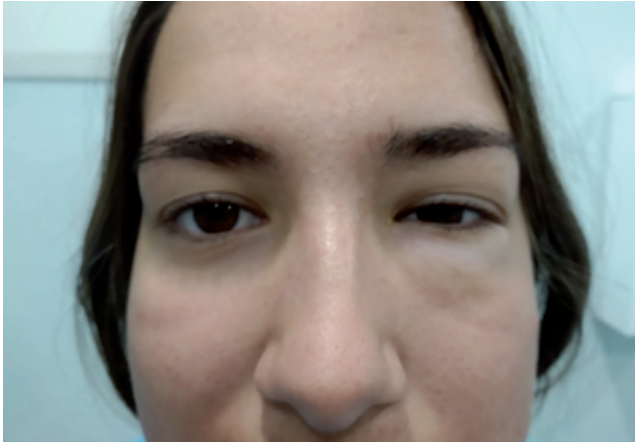


Figura 1. Fotografía de la paciente mostrando claros signos de enfisema subcutáneo, aproximadamente una hora después de la intervención.



Figura 2. Corte del CBCT que muestra aire en espacios masticatorio y bucal de la paciente, inmediatamente posterior al procedimiento de cirugía oral.

través de los espacios fasciales intraoperatoriamente en relación con instrumentos dentales que se sirvan de aire comprimido o al uso de  $H_2O_2$ <sup>3</sup>. Postoperatoriamente, el aire podría penetrar a través de la herida quirúrgica tras maniobras de Valsalva como pueden ser estornudos, el realizado al tocar instrumentos musicales de viento o a través de un mecanismo de presión positiva en vías respiratorias<sup>5,6</sup>. En nuestro caso, el aire tiene principalmente tres vías de diseminación: a través de espacio masticatorio e infratemporal, a través de espacio sublingual y submaxilar y desde aquí penetrando en espacios cervicales y mediastínicos<sup>2</sup>, o a través del espacio bucal que está en íntima relación con el espacio canino o infraorbitario. Todos estos espacios estarían conectados entre sí pudiendo extenderse el cuadro entre ellos de la misma manera que se extiende un cuadro infeccioso, por lo que este estaría incluido en el diagnóstico diferencial de esta condición junto con

cuadros de angioedema o alergia a medicamentos<sup>7</sup>. Este cuadro es potencialmente peligroso en cuanto puede afectar a la permeabilidad de vías respiratorias altas o a planos torácicos y mediastínicos<sup>8,9</sup>. Su tratamiento pasa por la observación y el control de constantes y potenciales complicaciones. En ocasiones es preciso hospitalizar y monitorizar al paciente e incluso asegurar la vía aérea<sup>10</sup>.

A las tres semanas de iniciarse el cuadro que se describe en este artículo tuvo lugar otro episodio de características similares tras la exodoncia de un cordal en tercer cuadrante. La causa más probable salió a la luz tras la revisión por electromedicina de nuestra pieza de mano, que se encontraba averiada y fugaba aire comprimido. No se han evidenciado nuevos cuadros de enfisema subcutáneo en nuestro servicio posteriormente. A nuestro entender, este es el primer reporte de caso de enfisema subcutáneo secundario a procedimientos de cirugía oral por el uso de instrumental en mal estado en la literatura. Consideramos de importancia poner en alerta a nuestros compañeros para sospechar esta condición si se presenta.

## B I B L I O G R A F Í A

1. Turnbull A. A Remarkable Coincidence in Dental Surgery. *Br Med J*. 1900; 1(2053):1131.
2. Olate S, Assis A, Freire S, de Moraes M, de Albergaria-Barbosa JR. Facial and cervical emphysema after oral surgery: a rare case in *J Clin Exp Med*. 2013;6(9):840-4.
3. Arai I, Aoki T, Yamazaki H, Ota Y, Kaneko A. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema after dental extraction detected incidentally by regular medical checkup: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107(4):e33-8. DOI: 10.1016/j.tripleo.2008.12.019.
4. Kim Y, Kim MR, Kim SJ. Iatrogenic pneumomediastinum with extensive subcutaneous emphysema after endodontic treatment: report of 2 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;109(2):e114-9. DOI: 10.1016/j.tripleo.2009.09.013.
5. Tomassetti P, Kuttenger J, Bassetti R. Distinct subcutaneous emphysema following surgical wisdom tooth extraction in a patient suffering from 'Gilles de la Tourette syndrome'. *J Surg Case Rep*. 2015;2015(6). pii: rjv068. DOI: 10.1093/jscr/rjv068.
6. Oliver R, Coulthard P. Post-operative surgical emphysema following the use of a peak flow meter. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2002;40(5):452-3.
7. Frühauf J, Weinke R, Pilger U, Kerl H, Müllegger RR. Soft tissue cervicofacial emphysema after dental treatment: report of 2 cases with emphasis on the differential diagnosis of angioedema. *Arch Dermatol*. 2005;141(11):1437-40.
8. Picard M, Pham Dang N, Mondie JM, Barthelemy I. Cervicothoracic Subcutaneous Emphysema and Pneumomediastinum After Third Molar Extraction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015;73(12):2286.e1-3. DOI: 10.1016/j.joms.2015.07.030.
9. Chen CH, Chang H, Liu HC, Hung TT, Huang WC. Pneumothorax, pneumomediastinum and pneumopericardium complications arising from a case of wisdom tooth extraction. *Rev Port Pneumol*. 2012;18(4):194-7. DOI: 10.1016/j.rppneu.2011.12.006.
10. North L, Sulman C. Subcutaneous emphysema and vocal fold paresis as a complication of a dental procedure. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;124:76-8. DOI: 10.1016/j.ijporl.2019.05.033.