

Intrusión de implante dental en seno maxilar

Intrusion of dental implant in maxillary sinus

RESUMEN

En este artículo se presentan las imágenes radiológicas de un cuerpo extraño en seno maxilar, poco común en la actualidad, pero que puede llegar a ser frecuente. Se trata de un implante dental que se desplazó de su ubicación original, quedando dentro del seno maxilar y provocando posteriormente una sinusitis que fue tratada quirúrgicamente.

PALABRAS CLAVE:

Sinusitis, cuerpo extraño, implante dental.

SUMMARY

In this article we present radiological images of a strange body in maxillary sinus, not very common at the present time, but that it can end up being frequent. It is an dental implant that moved of their original location was inside the maxillary sinus and later it caused a sinusitis that was treated surgically.

KEY WORDS:

Sinusitis, strange body, implant dental.

Introducción

Según autores como Krause y col (1), el 60% de los cuerpos extraños encontrados en los senos paranasales son resultado de acciones médicas o dentales, seguidos por los accidentes industriales en un 25%. De estos, el 75% de los casos afecta al seno maxilar, en menor frecuencia (18%) al seno frontal, siendo una rareza encontrarlos en etmoides o esfenoides. El espectro de agentes patógenos encontrados en los cultivos realizados a las sinusitis secundarias, producidas por estos cuerpos extraños, está dominado por actinomices y aspergillus.

La sinusitis maxilar unilateral tiene un origen dental con frecuencia. Su mecanismo de producción se basa en la proximidad de implantación de las raíces de algunas piezas del maxilar superior con el suelo del seno maxilar. Estas pueden enfermar espontáneamente por procesos infecciosos periapicales, aunque ocasionalmente se producen como consecuencia de maniobras iatrogénicas. Hirata Y y col. (2) encuentran un 3,8% de fístulas oro-antrales en las extracciones de estos dientes, fundamentalmente del primer molar superior sin distinción de sexos y con un predominio en la tercera década de la vida.

La edad, efectivamente, juega un papel importante en la aparición de estas sinusitis de origen dental, siendo más frecuentes en la segunda (25%) y la tercera década (30,4%) de la vida, decreciendo paulatinamente en edades más avanzadas. (3) Pero, sin duda, la condición de pobreza socioeconómica tiene una influencia mucho mayor especialmente en el avanzado estado (flemón o absceso) con el

que acuden los pacientes por primera vez a consulta, siendo esto un hecho habitual en países subdesarrollados.

En nuestro medio, el balance entre las sinusitis dentales espontáneas y las iatrogénicas se modifica relativamente a favor de estas últimas. No obstante, autores como Thevoz F y col (4) afirman que la sinusitis maxilar crónica atribuible a cuerpos extraños de origen dental es rara y está sobredimensionada. Concretamente en su estudio el 9% de 197 sinusitis maxilares fueron clasificadas como odontogénicas; identificaron un 5% de cuerpos extraños intrasinusales, de los cuales un 2% era de origen dental, 1% de restos radiolucos y un 2% de "pseudo" cuerpos extraños de origen micótico.

Por otro lado, los implantes dentales, basados en la idea de osteointegración descubierta por Branemark en 1950, están imponiéndose estos últimos años como tratamiento ideal de las pérdidas de piezas. La experiencia positiva en su uso está avalada hoy en día por numerosos estudios al respecto. (5, 6, 7) La condición fundamental es que exista suficiente hueso para anclar el implante. Las complicaciones descritas son pocas en los casos correctamente seleccionados y realizados adecuadamente, si bien han sido descritos casos graves, incluso algún cuadro de fascitis necrotizante de cuello y posterior mediastinitis secundaria a un implante dental. (8)

La colocación de injertos osteointegrados en el suelo del maxilar está a menudo limitada debido a una falta de hueso de apoyo. Existen técnicas para aumentar el suelo del seno maxilar con injerto de hueso autógeno, con buen resultado funcional y escasas complicaciones. (7,9)

Caso Clínico

Paciente varón de 38 años que acude a consulta procedente de su dentista implantólogo con el diagnóstico de intrusión de implante dental en seno maxilar izquierdo. Al paciente se le habían realizado dos implantes en maxilar superior izquierdo, concretamente en el 1º premolar y en el 1º molar. (Figura 1).



Fig. 1: Ortopantomografía: posición inicial de ambos implantes.

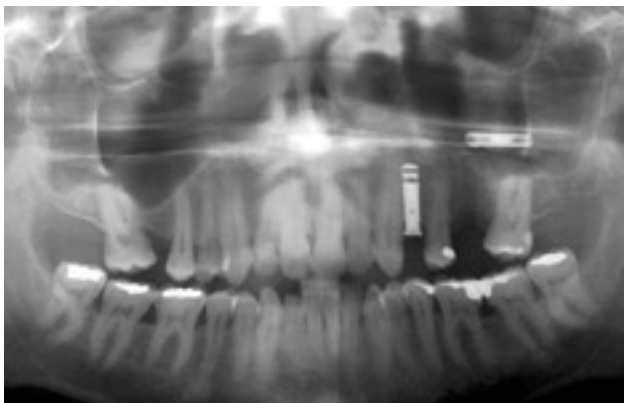


Fig. 2: Ortopantomografía: el implante "1º molar" se ha desplazado.



Fig. 3: TAC coronal. Implante en seno maxilar izquierdo.

En el control posterior, se aprecia migración del implante correspondiente al 1º molar. (Figura 2). El paciente refería molestia localizada en la zona, rinorrea purulenta y mal oliente en fosa nasal izquierda, relacionada directamente con este accidente. Se realizó TAC axial (figura 3) y coronal (figura 4) para facilitar la cirugía.

Mediante microcirugía endonasal se realizó meatotomía media izquierda drenando abundante contenido purulento, tras el que apareció el cuerpo extraño tan peculiar. (Figura 5).

El postoperatorio cursó con normalidad desapareciendo los síntomas descritos.



Fig. 4: TAC axial. Cuerpo extraño en seno maxilar.



Fig. 5: Imagen de meatotomía media en la que se aprecia el cuerpo extraño antes de ser extraído.

Discusión

Nos encontramos ante un tributo de la sociedad del bienestar. Curiosamente la historia de las sinusitis de origen dental está ligada al subdesarrollo y a la pobreza. (3)

Por otro lado, resulta llamativa, cuando menos, la historia de la implantología. Desde el descubrimiento del sueco Branemark a mediados del siglo pasado del fenómeno de la osteointegración del titanio, no es hasta 1976 cuando este sistema es aceptado por la "National Insurance System" de su país, despertando en los dentistas gran interés, pero también inicialmente, no menos desconfianza. Sin embargo, el sistema ha ido tomando adeptos en todos los dentistas del mundo y en la última década del siglo XX y los primeros años del XXI, los implantes están siendo cada vez más utilizados. En nuestra esfera ORL, esta misma osteointegración de implantes de titanio viene usándose en audiología. (10)

Nuestra postura es favorable a esta técnica. El presentar en este artículo una complicación no pretende buscar ningún aspecto negativo, sino todo lo contrario, profundizar en el estudio y preparación del paciente que puede beneficiarse de un implante dental para evitar cualquier complicación, como en cualquier otra técnica quirúrgica.

La colaboración ORL y dentista implantólogo se hace muy interesante en este caso.

Conclusión

Los cuerpos extraños siempre resultan curiosos sea cual fuere su origen o localización. No es frecuente, o al menos no han sido descritos muchos casos de intrusión de implantes dentales en senos paranasales, pero la creciente demanda de esta brillante técnica seguro que nos hará ver más casos como el presente. El primer molar superior es una zona crítica, sobre todo en personas con huesos atróficos, pero el inconformismo de los implantólogos, que continuamente buscan técnicas para fortalecer estas zonas, nos llevará a situaciones límites en los que el riesgo de intrusión en el seno maxilar deba ser asumido para mejorar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Krause HR, Rustemeyer J, Grunert RR. Foreign body in paranasal sinuses: Mund Kiefer Gesichtschir 2002 Jan;6(1):40-4
2. Hirata Y, Kino K, Nagaoka S, Miyamoto R, Yoshimasu H, Amagasa T. A clinical investigation of oro – maxillary sinus – perforation due to tooth extraction. Kokubyo Gakkai Zasshi 2001 Sep;68(3):249-53
3. Ngapeth-Etoundi M, Itoua ES, Obounou A, Aragon Alma J. Clinical study of dental and periodontal infectious complications observed at the Central Hospital of Yaunde. A propos 161 cases. Odontostomatol Trop 2001 Mar;24(93):5-10

4. Thevoz F, Arza A, Jaques B. Dental foreign body sinusitis. Schweiz Med Wochenschr 2000;Suppl 125:305-345
5. Raghoobar GM, Timmenga NM, Reintsema H, Stegenga B, Vissink A. Maxillary bone grafting for insertion of endosseous implants: results after 12-124 months. Clin Oral Implants Res 2001 Jun;12(3):279-86
6. Timmenga NM, Raghoobar GM, Boering G, van Weissenbruch R. Maxillary sinus function after sinus lifts for the insertion of dental implants. J Oral Maxillofac Surg 1997 Sep;55(9):936-9;discussion 940
7. Zimble MS, Lebowitz RA, Glickman R, Brecht LE, Jacobs JB. Antral augmentation, osseointegration, and sinusitis: the otolaryngologist's perspective. Am J Rhinol 1998 Sep-Oct;12(5):311-6
8. Li KK, Varvares MA, Meara JG. Descending necrotizing mediastinitis: a complication of dental implant surgery. Head Neck 1996 Mar-Apr;18(2):192-6
9. Raghoobar GM, Batenburg RH, Timmenga NM, Vissink A, Reintsema H. Morbidity and complications of bone grafting of the floor of the maxillary sinus for the placement of endosseous implants. Mund Kiefer Gesichtschir 1999 May;3 Suppl 1:565-9
10. Vader Pouw CTM, Johansson CB, Mylanus EAM, Albertsson T, Cremers CWRJ. Am Jour Otol, 1998, 19: 46-51

Correspondencia

Dr. José María Abad Royo
Nicolás Guillén, 4 - 1 E
50015 ZARAGOZA
E-mail: jmabadr@terra.es