

Osteomielitis de mandíbula tras cirugía del tercer molar: una complicación lamentable en un paciente sano

Ralf Schoen, DDS, MD, PhD^a, Maria M. Suarez-Cunqueiro, DDS, PhD^b, Marc C. Metzger, DDS, MD, PhD^c, y Rainer Schmelzeisen, DDS, MD, PhD^d

Este caso clínico describe una osteomielitis mandibular en un hombre sano de 31 años de edad que se produjo como complicación severa tras las extracción del tercer molar. La formación recurrente de abscesos se trató con tratamiento intensivo de antibióticos, desbridamiento quirúrgico de la región afectada, y oxígeno hiperbárico. En el curso del proceso, a pesar de haber realizado el estudio microbiológico para establecer el enfoque de tratamiento más adecuado, se presentó una severa osteomielitis, clínica y radiológica. Finalmente, para tratar la grave complicación tuvo que recurrirse a una resección parcial de la mandíbula.

(*Quintessenz Int.* 2009;40:351-4)

La osteomielitis mandibular es un trastorno inflamatorio que se presenta con poca frecuencia en los países desarrollados gracias al empleo de antibióticos y a la mejora de los cuidados médicos y dentales^{1,2}. El presente artículo describe un infortunado caso de osteomielitis mandibular en un hombre sano tras la extracción de un tercer molar impactado.

^aResidente Sénior. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de Friburgo. Universidad Albert-Ludwigs. Friburgo, Alemania.

^bInvestigador. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de Friburgo. Universidad Albert-Ludwigs. Friburgo, Alemania; Profesor Adjunto. Departamento de Estomatología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago, España.

^cResidente. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de Friburgo. Universidad Albert-Ludwigs. Friburgo, Alemania.

^dProfesor y Director. Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario de Friburgo. Universidad Albert-Ludwigs. Friburgo, Alemania.

Correspondencia: Ralf Schoen.
Oral and Cranio-maxillofacial Surgery. University Hospital Freiburg
Hugstetter-strasse 55, D-79106 Friburgo, Alemania.
Correo electrónico: ralf.schoen@uniklinik-freiburg.de

Presentación del caso

Un hombre de 31 años de edad acudió con dolor, dificultad para abrir la boca, e inflamación en la región del tercer molar inferior derecho de tres días de evolución. El examen extraoral mostró tumefacción facial en el lado derecho con áreas de fluctuación que denotaban un absceso paramandibular. La historia clínica no revelaba nada importante.

Se inició tratamiento el 2 de abril del 2002 con una tanda de 6 días de 10 megas de penicilina intravenosa (IV) una vez al día (Penicillin «Grünenthal» 10 mega, Grünenthal). Después de 2 días de tratamiento antibiótico, se extrajeron bajo anestesia general los 4 terceros molares y el primer molar inferior izquierdo que presentaba una destrucción completa de la corona y un absceso apical (fig. 1). Al octavo día, de haber iniciado el tratamiento antibiótico, el paciente se quejó de dolor, inflamación creciente en la región perimandibular derecha, y dificultad para abrir la boca (fig. 2). Posteriormente aparecieron varios abscesos recurrentes.

Se llevaron a cabo varios estudios: radiografía panorámica (figs. 3 y 4), tomografía computarizada (TAC) (figs. 2 y 5), imagen por resonancia magnética (IRM) (fig. 6), cultivo bacteriano, pruebas de laboratorio, escintigrafía, y examen histológico. La formación recurrente de abscesos se trató con tratamiento intensivo de antibióticos, desbridamiento quirúrgico de la región afectada, y oxígeno hiperbárico. A pesar de haber realizado de forma inmediata un estudio microbiológico para determinar los antibióticos específicos más adecuados para la infección, del rápido desbridamiento quirúrgico, y del tratamiento con oxígeno hiperbárico, se diagnosticó clínica y radiológicamente una osteomielitis.

Finalmente, se llevó a cabo una resección parcial de la mandíbula, con exarticulación. Tras esta agresiva cirugía, los síntomas desaparecieron y las pruebas de laboratorio mostraron un recuento sanguíneo normalizado con una rápida recuperación del paciente. En la tabla 1 pueden verse más detalles concernientes a la evolución del caso.



Figura 1. Radiografía panorámica antes de la extracción del tercer molar.

Figura 2. (derecha) Día 8.º. Imagen axial de un TAC con contraste que pone de manifiesto una inflamación peri-mandibular sin formación de absceso y con inflamación de los músculos masetero y pterigoideo externo.



Figura 3. Radiografía panorámica después de la extracción del tercer molar que muestra ausencia de hallazgos anómalos a excepción de un defecto óseo (alveolo seco) en el lado derecho de la mandíbula.



Figura 4. Día 40. Radiografía Panorámica después de la extracción del tercer molar que pone de manifiesto una rama ascendente y cóndilo mandibulares con imagen apolillada por pérdida del patrón trabecular.

Discusión

Este caso clínico podría clasificarse como osteomielitis difusa crónica secundaria. Es conocido que la osteomielitis puede aparecer de forma secundaria a una infección dental o a un procedimiento quirúrgico en pacientes sanos jóvenes. Se han demostrado varias causas como la infección dentoalveolar, trauma, procedimientos operatorios, radiación, neoplasias, empleo de bifosfonatos sistémicos, y condiciones genéticas^{1,2}. La literatura presenta a los traumas e infecciones dentoalveolares como las causas más frecuentes de osteomielitis¹. Además, se han reseñado, varios factores de riesgo asociados como uso de tabaco, diabetes no compensada y abuso crónico de alcohol¹. Sin embargo, el paciente de este caso no presentaba ninguno de los factores de riesgo.

La causa más probable de la grave osteomielitis que se extendió sobre el absceso previo pterigomasetérico en este paciente joven por lo demás sano probablemente fue la extracción temprana del tercer molar en un área inflamada. La rápida extensión de la osteomielitis a la apófisis coronoides pudo deberse a una combinación de factores que condujeron a cambios isquémicos en el cóndilo predisponiendo al desarrollo de la osteomielitis.

Cabe destacar en este caso la formación perióstica reactiva de hueso en la superficie lateral del condilo mandibular mostrando el típico patrón en piel de cebolla de duplicación de hueso cortical (fig. 5). Esta periostitis proliferativa en la osteomielitis se ha descrito en pacientes jóvenes³.

Tabla 1. Tratamiento y evolución

Seguimiento	Revisión clínica	Pruebas diagnosticas	Tratamiento
Día 1 (antes de extraer los terceros molares)	Absceso paramandibular	Radiografía panorámica	10 megas penicilina IV 1/día/6 días
Día 8 (después de extraer los terceros molares)	Dolor, inflamación en la región perimandibular derecha, limitación de la apertura bucal	Radiografía panorámica y TAC	• Decorticación • 10 megas penicilina IV 1/día/3 días 2 g cefalosporina IV 2/día/12 días y 500 mg de metronidazol IV, 2/día/12 días
Día 12	Abscesos pterigomandibular, paramandibular, y retromaxilar	Cultivo bacteriano: Streptococcus anginosus, Bacteroides intermedius y S constellatus Drenaje extraoral Pruebas de laboratorio: leucocitosis ++ y aumento de la proteína C reactiva	Drenaje extraoral
Día 40	Abscesos pterigomandibular y retromaxilar derechos recurrentes	Radiografía panorámica Cultivo bacteriano: S anginosus, bacteroides con pigmentación negra Pruebas de laboratorio: leucocitosis ++++ y aumento de la proteína C reactiva	Drenaje extraoral
Días 43-57		TAC	3 sesiones de oxígeno hiperbárico 30 minutos 100% oxígeno 2,4 bar
Día 60	Absceso paramandibular	Escintigrafía	Drenaje extraoral
Día 62		IRM	
Día 65		Examen histológico: osteogénesis reactiva, tejido cicatricial inflamatorio, hueso trabecular esclerótico aumentado, falta de osteoblastos, infiltración inflamatoria de linfocitos	
Día 73			Resección parcial de la mandíbula con exarticulación

IRM: imagen por resonancia magnética; TAC: tomografía computarizada.



Figura 5. Día 54. Imagen axial de un TAC que muestra inflamación perimandibular y resorción parcial ósea de la cabeza condilar. Se observa nueva formación de hueso a lo largo de la superficie cortical lateral del borde posterior de la rama ascendente, signo de periostitis proliferativa debida a la osteomielitis.

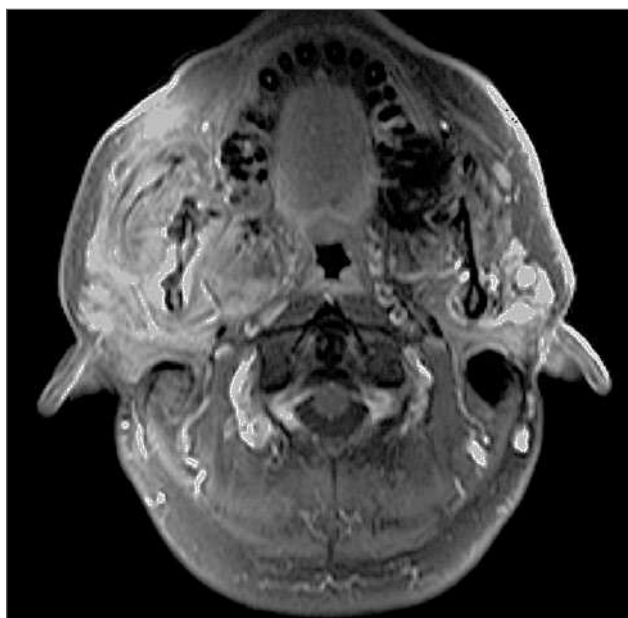


Figura 6. Día 62. Imagen axial de una IRM con contraste, saturada con grasa, en T1 que demuestra una inflamación persistente de los tejidos blandos perimandibulares con captación de contraste como signo de osteomielitis.

Varios autores han descrito la resistencia al tratamiento como un problema poco frecuente pero importante de la osteomielitis⁴. A pesar de los constantes esfuerzos que se realizaron en el presente caso clínico para adaptar el tratamiento a los resultados diagnósticos, no llegaron a dilucidarse las causas subyacentes del desafortunado desenlace.

Conclusión

Este informe clínico describe a un paciente joven y sano que no presentaba ningún factor de riesgo conocido y que presentó una osteomielitis mandibular resistente al tratamiento combinado. El desenlace de este caso nos recuerda que a pesar de los avances de la medicina mo-

derna, todavía pueden encontrarse casos de resistencia al tratamiento por lo que se requiere una mayor investigación.

Bibliografía

1. Koorbusch GF, Fotos P, Goll KT. Retrospective assessment of osteomyelitis. Etiology, demographics, risk factors, and management in 35 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;74:149-154.
2. Senel FC, Saracoglu Tekin U, Durmus A, Bagis B. Severe osteomyelitis of the mandible associated with the use of non-nitrogen-containing bisphosphonate (disodium clodronate): Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:562-565.
3. Kawai T, Murakami S, Sakuda M, Fuchihata H. Radiographic investigation of mandibular periostitis ossificans in 55 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:704-712.
4. Hudson JW. Osteomyelitis of the jaws: A 50-year perspective. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51: 1294-1301.