



Imagen diagnóstica

www.elsevier.es/imagendiagnostica



CASO CLÍNICO

Localización de cuerpos extraños en el suelo de la boca. La importancia de ecografía y radioscopia intraoperatoria



Paolo Cariati*, Almudena Cabello Serrano, Miguel Perez de Perceval Tara, Fernando Monsalve Iglesias e Ildefonso Martinez Lara

Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Recibido el 9 de agosto de 2016; aceptado el 27 de diciembre de 2016

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Suelo de boca;
Cuerpos extraños
intraorales;
Ecografía
intraoperatoria;
Radioscopia
intraoperatoria

Resumen Los cuerpos extraños cervicales son más frecuentes en niños. La penetración de objetos en los espacios cervicales puede ser provocada por lesiones traumáticas o iatrogénicas. Accidentes de tráfico, disputas y armas de fuego representan la causa más frecuente de los cuerpos extraños de origen traumático. Sin embargo, los procedimientos odontológicos son responsables de la aparición de la mayoría de los cuerpos extraños cervicales iatrogénicos. Desde el punto de vista diagnóstico, la visualización de un cuerpo extraño raramente supone un problema. A pesar de esto, la extracción quirúrgica de los mismos puede ser complicada. Este artículo describe la historia de una paciente de 64 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital con 2 agujas de coser desplazadas al suelo de la boca. La extracción de las mismas se realizó con un abordaje transoral y con anestesia general. Radioscopia y ecografía intraoperatoria fueron fundamentales para localizar los cuerpos extraños. Según nuestro conocimiento no existen otros casos descritos en la literatura científica que describan la importancia de la radioscopia y ecografía intraoperatoria en la localización de cuerpos extraños a nivel cervical.

© 2017 ACTEDI. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: francocariati@hotmail.com, paolocariati1@gmail.com (P. Cariati).

KEYWORDS

Floor of the mouth;
Oral foreign bodies;
Intraoperative
echography;
Intraoperative
radioscopy

Location of dressmaking pins displaced into the floor of the mouth. The importance of intraoperative echography and radioscopy. A case report

Abstract Cervical foreign bodies are most prevalent in children. Traumatic or iatrogenic injuries could provoke the penetration of several object into cervical spaces. Traffic accidents, brawls and gunshot represent the main causes for traumatic foreign bodies. In contrast, dental procedures are responsible for most of iatrogenic cases. From a diagnostic point of view, foreign bodies rarely suppose diagnostic problems. However, surgical removal might be difficult. This report describes the case of a 64 years old woman presented to the emergency service of our Hospital with two dressmaking pins in the floor of the mouth. The extraction was performed by oral approach and under general anesthesia. Interestingly, intraoperative echography and radioscopy were used for locating dressmaking pins. According with our knowledge, there are no cases reported in the literature that describe the use of intraoperative echography and radioscopy for researching foreign bodies lost in head and neck spaces.

© 2017 ACTEDI. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Accidentes de tráfico, disputas, armas de fuego y procedimientos odontológicos pueden causar la penetración de objetos en los espacios cervicales. En este sentido, las manipulaciones dentales son responsables de gran parte de los cuerpos extraños cervicales iatrogénicos¹.

La reacción tisular a estos cuerpos extraños puede ser intensa en la cavidad oral y llegar a causar abscesos cervicales, septicemia o sangrado significativo².

Desde el punto de vista diagnóstico la visualización de un cuerpo extraño raramente supone un problema. A pesar de esto, la extracción quirúrgica del mismo puede ser complicada. En algunos casos incluso es necesaria la extracción quirúrgica bajo anestesia general.

Este artículo describe un inusual caso de introducción accidental de 2 agujas de coser en el suelo de la boca. La extracción de las mismas se realizó con un abordaje transoral y con anestesia general. Radioscopia y ecografía intraoperatoria fueron fundamentales para localizar los cuerpos extraños.

A propósito de un caso

Mujer de 64 años que ingresa en el servicio de urgencias de nuestro hospital con dolor y tumefacción del suelo de la boca. Refería introducción accidental de 2 agujas de coser en el suelo de la boca tras un ataque de tos mientras estaba cosiendo. El examen intraoral reveló una lesión penetrante en el suelo de la boca (lado derecho) con inflamación notoria de los tejidos orales. Debido a esto fue tratada con antibioterapia y antiinflamatorios intravenosos. Además, se llevaron a cabo estudios mediante radiografía simple y tomografía axial computarizada. Las imágenes radiográficas mostraron la presencia de 2 cuerpos extraños en el suelo de la boca. En este contexto decidimos realizar una exploración quirúrgica regional bajo anestesia local. Desafortunadamente, el pequeño diámetro de los cuerpos extraños y la importante inflamación del suelo de la boca



Figura 1 Visión radioscópica de las agujas de coser. Imagen intraoperatoria.

impidió su localización. Después de una discusión metódica del caso decidimos retirar las agujas de coser causantes del problema bajo anestesia general y con apoyo para la localización de las mismas mediante radiología intraoperatoria. Los abordajes intraoral y transoral (a través del suelo de la boca) permitieron localizar los cuerpos extraños mediante ecografía. Las imágenes radiográficas fueron obtenidas mediante una proyección oblicua desde el ángulo mandibular hacia la cavidad oral. La extracción quirúrgica fue llevada a cabo mediante un abordaje intraoral. Por lo tanto, ecografía (ecógrafo Sonosite® S) y radioscopia intraoperatoria (Philips® BV Pulsera) fueron esenciales para la localización de los cuerpos extraños (figs. 1 y 2). En este sentido es importante destacar que el uso de la radiología intraoperatoria consiguió evitar la ejecución de un abordaje cervical. Esto permitió reducir la morbilidad postoperatoria y la presencia de cicatrices en zonas estéticas.



Figura 2 Imagen ultrasonográfica de los cuerpos extraños. El pequeño punto situado sobre las agujas de coser representa la aguja usada por nuestra parte para la localización de los cuerpos extraños.

Discusión

Los cuerpos extraños en la cavidad oral son infrecuentes, pero potencialmente mortales³. Lesiones traumáticas o iatrogénicas pueden provocar su inserción accidental en espacios anatómicos específicos. Materiales endodónticos, restos de comida, fragmentos óseos de pescado, piezas rotas de instrumental odontológico, agujas y munición metálica son los cuerpos extraños más frecuentemente hallados en la cavidad oral⁴.

Aunque el paciente se encuentre asintomático, la extracción quirúrgica de los mismos es obligatoria⁵. Esta afirmación se basa en las terribles consecuencias en las que pueden derivar los cuerpos extraños orales. De hecho, infecciones severas, sepsis y sangrado pueden aparecer durante la evolución clínica⁶.

La radiolucidez de los distintos materiales depende de su capacidad para atenuar la radiación. Por ejemplo, objetos metálicos son opacos en las radiografías⁷. La tomografía computarizada puede revelar la presencia de múltiples tipos de materiales⁸. Además, el uso de ecografía y/o radioscopia intraoperatoria puede ser extremadamente útil en estas ocasiones. Esto es especialmente cierto en el caso de cuerpos extraños de pequeño diámetro.

Como ha sido mencionado anteriormente, los cuerpos extraños no son difíciles de localizar. A pesar de ello, su extracción puede ser problemática y acarrear importantes consecuencias. De hecho, dependiendo del mecanismo traumático, el tipo y localización de esos cuerpos puede diferir ampliamente. Cuando estos se encuentran superficialmente su extracción suele ser sencilla. Sin embargo, cuerpos penetrantes son más difíciles de extirpar⁹. En estos casos resulta crucial la medida de la distancia de los mismos con respecto a estructuras vitales, cobrando especial importancia en el área cervical. De hecho, esta región es rica en estructuras vasculares y nerviosas como la arteria carótida, las venas yugulares, el décimo par craneal o nervio vago, los vasos faciales, el nervio marginal, el nervio lingual y el duodécimo par craneal o nervio hipogloso. Por todas estas razones, creemos firmemente que la ecografía y radioscopia intraoperatoria pueden ser extremadamente útiles en estos casos de ubicación de cuerpos extraños en espacios cervicales.



Figura 3 Control radioscópico postoperatorio.

En nuestro caso, el uso de ecografía y radioscopia intraoperatoria fue esencial para la localización de las agujas de coser en el suelo de la boca. Además, estas herramientas facilitaron tener siempre presente la relación de los cuerpos extraños con las estructuras vitales y los instrumentos de trabajo empleados en la cirugía. Todos estos detalles facilitaron la extracción de los cuerpos mencionados con la menor morbilidad y con favorable resultado funcional y estético (fig. 3). Esto es especialmente relevante en el caso de cuerpos extraños que afecten estructuras de cabeza y cuello.

En conclusión, nos gustaría acentuar 2 puntos que son centrales para nosotros: primeramente, que un apropiado estudio radiológico debe ser llevado a cabo previo al comienzo de la cirugía. Conocer la relación entre los cuerpos extraños y las estructuras vitales del área cervical es fundamental para una extracción de los mismos garantizando la máxima seguridad. Finalmente, nos gustaría enfatizar que el uso de la ecografía y la radioscopia intraoperatoria puede ser extraordinariamente útil en casos de pequeños cuerpos extraños situados en el suelo de la boca.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Odzili FA, Guimbi KC, Diembi S, Nguoni F, Bissiko T, Fouemina G, Ondzotto. Oral metal foreign bodies. *Odontostomatol Trop*. 2015;38:46–8.
2. Vinayagam R, Gita B, Chandrasekaran S, Nazer AL. Traumatic impaction of foreign body in the mucobuccal fold of lower anterior region in the oral cavity: A chance finding. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19:339–41.
3. Hunter TB, Taljanovic MS. Foreign bodies. *Radiographics*. 2003;23:731–57.
4. Stewart CM, Watson RE. Experimental oral foreign body reactions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990;69:713–9.
5. Passi S, Sharma N. Unusual foreign bodies in the orofacial region. *Case Rep Dent*. 2012;2012:191873.
6. González-García R, Rodríguez-Campo FJ, Román-Romero L, Sastre-Pérez J, Gamallo C, Fernández-Herrera J, et al. Migration of aluminium silicate from the oral cavity to the submandibular region, with foreign body granuloma formation: Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104:45–9.
7. Nair PN. On the causes of persistent apical periodontitis: A review. *Int Endod J*. 2006;39:249–81.
8. Krimmel M, Cornelius CP, Stojadinovic S, Hoffmann J, Reinert S. Wooden foreign bodies in facial injury: A radiological pitfall. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2001;30:445–7.
9. Lamster IB, Barenie JT. Foreign objects in the root canal. Review of the literature and report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1977;44:483–6.