



Caso clínico

Pansinusitis y afectación intracraneal por implante dental

Josep Rubio-Palau^{a,b,*}, Jordi García-Linares^{a,b}, Javier Gutiérrez-Santamaría^a,
 Juan Antonio Hueto-Madrid^a, Mitchel Chávez-Gatty^b y Eduard Ferrés-Padró^b

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Facultad de Odontología, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de marzo de 2011

Aceptado el 7 de julio de 2011

On-line el 15 de setiembre de 2011

Palabras clave:

Sinusitis odontógenas
 Implante
 Pansinusitis
 Cerebritis

Keywords:

Odontogenic sinusitis
 Dental implant
 Pansinusitis
 Cerebritis

R E S U M E N

Las sinusitis odontógenas son una patología relativamente frecuente causada por infecciones dentales, quistes periapicales así como tras procedimientos bucodentales como una endodoncia, una elevación sinusal o la colocación de un implante. A continuación se presenta un caso extremo de una pansinusitis derecha con fistulización a espacio epidural causada por un implante osteointegrado. Ante la sospecha de una sinusitis maxilar de origen odontogénico se debe iniciar rápidamente un tratamiento antibiótico correcto y un seguimiento estrecho ya que pueden tener consecuencias fatales como la pérdida de un ojo, abscesos cerebrales o incluso la muerte.

© 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pansinusitis and intracranial impact of a dental implant

A B S T R A C T

Odontogenic sinusitis is a relatively common disease caused by dental infections, periapical cysts and oral procedures such as root canal, sinus lift or implant placement. We report an extreme case of a right pansinusitis with an epidural space fistula caused by osseointegrated implants. When maxillary sinusitis of odontogenic origin is suspected, we should quickly start effective antibiotic treatment and monitor the patient closely because odontogenic sinusitis can have serious consequences, such as the loss of an eye, brain abscess or death.

© 2011 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las infecciones odontógenas son el origen de aproximadamente el 10% de las infecciones del seno maxilar¹. Una sinusitis maxilar puede presentar complicaciones poco frecuentes pero potencialmente graves como la celulitis orbitaria postseptal² o complicaciones cerebrales³. Se presenta el caso

de una paciente que tras unos meses de la colocación de un implante osteointegrado, éste se sobreinfectó y provocó una sinusitis maxilar, que se propagó a los senos paranasales derechos provocando finalmente una afectación encefálica por fistulización de la infección al espacio epidural con disminución del nivel de consciencia. Afortunadamente con tratamiento médico endovenoso fue suficiente para revertir la infección juntamente con la retirada del implante osteointegrado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrubiopalau@gmail.com (J. Rubio-Palau).

1130-0558/\$ – see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.07.004



Figura 1 – Imagen intraoral de los implantes.

Caso clínico

Paciente mujer de 65 años sin antecedentes patológicos de interés remitida de otro centro diagnosticada de celulitis periorbitaria tratada con Cefazolina y Dacortín® que había empeorado con fiebre y obnubilación. A la exploración presentaba fiebre de 39°, dolor cervical y vómitos, Glasgow de 13/15 (movilidad de las 4 extremidades, apertura ocular espontánea). En la analítica destacaba una leucocitosis. A nivel local presentaba un absceso subcutáneo supraciliar, que fue drenado.

En la exploración intraoral se halló un edentulismo maxilar total rehabilitado con implantes osteointegrados, uno de ellos (a nivel de maxilar superior derecho) con movilidad y molesto a palpación (fig. 1).

En la tomografía computarizada se observó una pansinusitis derecha con fistulización a espacio epidural que había provocado una cerebritis, sin signos de hipertensión intracraneal (figs. 2 y 3).

La paciente fue ingresada en UCI, y se inició el tratamiento con meropenem y dexametasona que produjo una mejoría de la afectación cerebral clínica y radiológica en RMN (fig. 4).

Posteriormente se procedió a la permeabilización sinusal endoscópica y extracción del implante móvil. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al finalizar el tratamiento antibiótico.

Discusión

La edad más frecuente de aparición de las sinusitis odontógenas es en la 4.ª década⁴, y es ligeramente más prevalente en mujeres que en varones⁴.

Se sospecha que una sinusitis es odontógena cuando la aparición de la sinusitis acontece después de algún episodio de odontalgia o de cirugía oral¹. También debemos sospechar del origen dental cuando la sinusitis es unilateral o resistente al tratamiento médico¹.

Los dientes que pueden provocar sinusitis son principalmente los molares y premolares superiores. Por orden, el

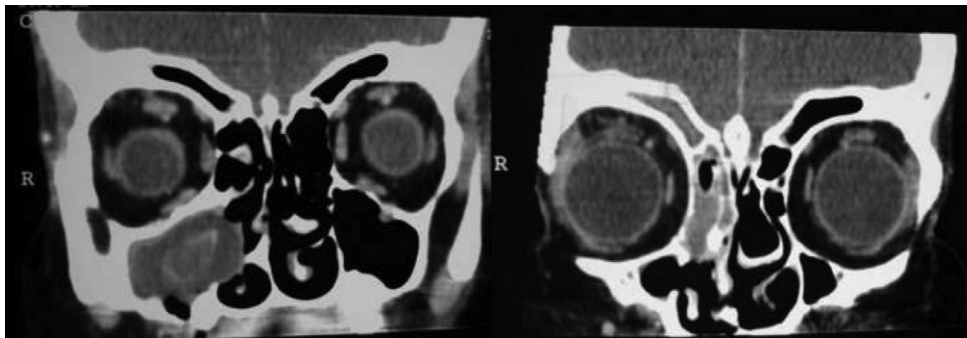


Figura 2 – Cortes coronales de la TC que muestran la pansinusitis.



Figura 3 – Cortes axiales de la TC donde se aprecia la fistulización a espacio epidural.

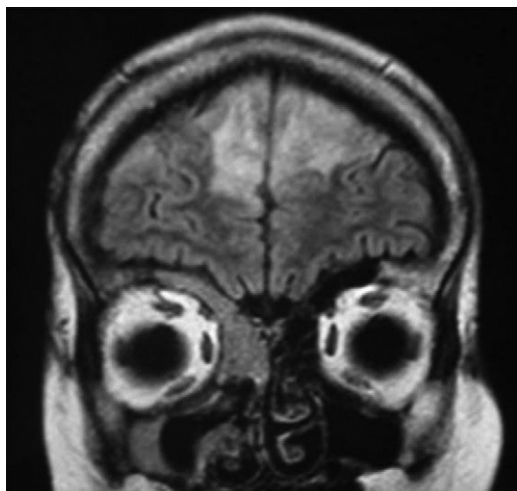


Figura 4 – Afectación cerebral en la RMN.

diente que más las origina es el primer molar superior, seguido del tercer molar superior, posteriormente el segundo molar superior y segundo premolar superior, y finalmente el primer premolar superior y anecdóticamente el canino superior⁴.

En series de pacientes estudiadas, la iatrogenia aparece como la primera causa de sinusitis odontogena (55,97%), seguida de la periodontitis (40,38%) y de los quistes odontogénicos (6,66%)⁴. Entre las causas iatrogénicas, la más frecuente es la extrusión de material endodóntico en el seno maxilar (22,27%), mientras que otros procedimientos invasivos como la elevación sinusal preprotésica o la colocación de implantes osteointegrados representa el 4,17 y 0,92% respectivamente⁴.

En las infecciones sinusales de origen odontogénico, las colonias de gérmenes son frecuentemente polimicrobianas¹.

Las complicaciones graves de una sinusitis son la afectación encefálica y la orbitaria. La celulitis orbitaria postseptal es una complicación potencialmente muy peligrosa puesto que puede provocar ceguera del ojo afectado si no evoluciona correctamente².

La causa principal de celulitis orbitaria son la sinusitis o las afectaciones cutáneas del párpado tal como un orzuelo. El mecanismo por el que la sinusitis provoca una celulitis es por la diseminación de la infección a través de la lámina papirácea del etmoides o del suelo del seno frontal. La infección de la órbita puede quedar encapsulada bajo el periosteo y estar limitada a este espacio o propagarse a través del periosteo a la grasa orbitaria ocasionando una endoftalmitis y provocar la pérdida del ojo².

Las complicaciones cerebrales por sinusitis son muy poco frecuentes. En caso de existir son de extrema gravedad porque la propagación de la infección puede provocar fácilmente una cerebritis y la muerte. El mecanismo fisiopatológico cuando

ocurre es normalmente la diseminación a través del seno frontal o del seno esfenoidal³. La sintomatología que puede presentar es obnubilación, desorientación, convulsiones, pérdida de consciencia e incluso la muerte.

Es necesaria la estricta vigilancia de la paciente con ingreso hospitalario, pruebas de imagen (TC), consulta con el Servicio de Neurocirugía, tratamiento médico endovenoso y quirúrgico de la sinusitis si precisara. No es infrecuente el drenaje cerebral de la colección si no mejora en las primeras 48 horas³.

Ante la sospecha del origen dental de la infección se debe realizar una ortopantomografía y una tomografía computarizada¹ para tener un preciso estudio anatómico de los maxilares del paciente y de su relación con dientes y el seno maxilar.

El tratamiento de las infecciones sinusales de origen odontogénico o implantario incluye tanto la extracción del diente o implante que origina la infección así como un apropiado drenaje del seno maxilar³. El tratamiento del foco, si presenta una afectación periapical tal como un quiste odontogénico, se puede realizar mediante endoscopia nasal para evitar realizar una maniobra de Caldwell Luc⁵.

Conclusiones

Las infecciones sinusales de origen dental o implantario deben ser correctamente diagnosticadas y tratadas. La mayoría de casos tratados se resuelven favorablemente pero la aparición de complicaciones como la celulitis orbitaria o afectación cerebral por la infección son situaciones graves de manejo hospitalario que pueden conllevar incluso a la pérdida de un ojo o la muerte si no evolucionaran favorablemente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Broome M, Jacques B, Monnier Y. Diagnosis and management of sinusitis of odontogenic origin. *Rev;ed Suisse*. 2008 Oct 1;4:2080-2, 2084.
2. Wysluch A, Maurer P, Ast J, Kunkel K, Bochum, Minden. Orbital complications due to an acute odontogenic focus in a child. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:e39-42.
3. Bayonne E, Kania R, Tran P, Huy B, Herman P. Intracranial complications of rhinosinusitis. A review, typical imaging data and algorithm of management. *Rhinology*. 2009 Mar;47:59-65.
4. Arias Irimia O, Barona Dorado C, Santos Marino JA, Martínez Rodríguez N, Martínez González J. Meta-analisis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Jan 1;15:e70-3.
5. Cedin A, de Paula Junior A, R.Landim E, L.P.de Silva F, de Oliveira L, Sotter A. Endoscopic treatment of odontogenic cyst with intrasinusal extension. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 71 Part 1/May/June 2005.