

Enfisema cervicofacial como complicación de maniobra bucodental

Anguita Sánchez I, Terré Falcón R, Sepúlveda Rojas C, Guillén Guerrero V, Urbano Urbano J, Martínez Sempere M

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Mérida (Badajoz)

Etimológicamente el término “enfisema” procede de la antigua Grecia y significa “soplar dentro”^{1,2}, por lo que podemos definir enfisema subcutáneo cervicofacial como la entrada de aire u otro gas en los tejidos subcutáneos o submucosos del cuello. Estos tejidos, de características laxas, facilitan que un líquido o un gas a presión pueden crear un espacio real; así, el enfisema progresa gracias a la continuidad de los planos faciales, cervicales y torácicos³.

En el cuello varias situaciones pueden provocar un enfisema: de forma idiopática o espontánea, ruptura traumática o iatrogénica de las barreras cutáneo mucosas del cuello, infección cervical por microorganismos productores de gas.

El aire acumulado en los tejidos se manifiesta como una tumefacción cervical brusca, generalmente indolora, de consistencia elástica, que se desplaza fácilmente a la presión digital. El diagnóstico es clínico con la observación y palpación y se confirma con pruebas de imagen que muestran la presencia de aire. Se trata de una patología generalmente benigna y autorresoluble; a pesar de ello, el médico debe saber realizar el diagnóstico diferencial.

Presentamos un caso de enfisema cervicofacial y torácico en una paciente tras maniobra dental del 47.

CASO CLÍNICO

Mujer de 49 años, alérgica a metamizol. Acudió al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por presentar inflamación hemifacial izquierda que había comenzado pocas horas después de haber sido sometida a un empaste dental en el 47. La tumefacción

facial progresaba rápidamente en sentido caudal, le ocupaba casi la totalidad del cuello y se acompañaba de leve disfagia; no presentaba disnea ni dolor torácico.

La exploración orofaríngea, laringoscópica y fibroscópica no destacó nada relevante. La palpación cervical evidenció una crepitación indolora significativa que se extendía desde zona parotídea hasta hueco supraclavicular.

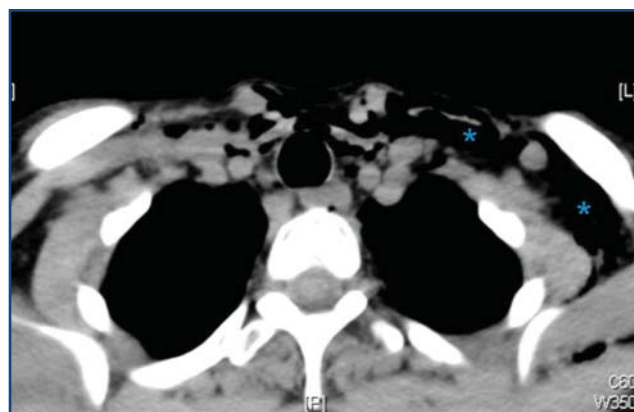
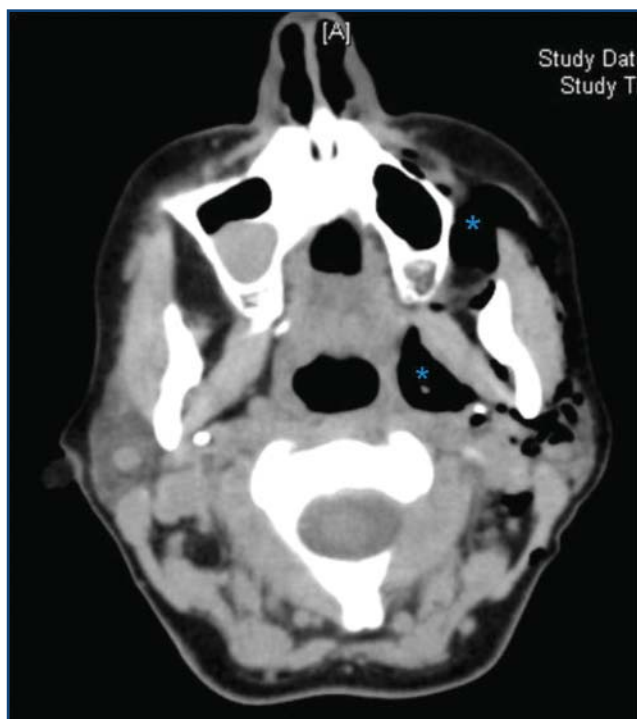
La analítica reflejaba leve leucocitosis con neutrofilia. En radiografía de cuello se observaba aire en tejidos blandos, por lo que se decidió realizar TAC cervicofacial y torácico que halló aire intersticial y subcutáneo cervical, predominantemente izquierdo, hasta tórax (*figuras 1 y 2*).

La paciente ingresó en nuestro servicio para observación, con tratamiento antibiótico de forma profiláctica, analgésicos y control de constantes. A las 24 horas, el enfisema había remitido parcialmente y así lo confirmaron las radiografías de control, por lo que ante la buena evolución, la paciente fue dada de alta en hospital.

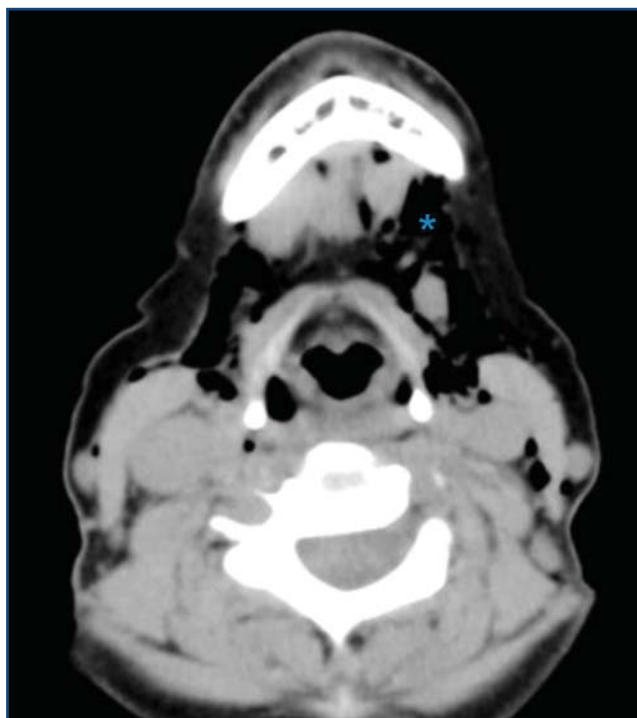
COMENTARIO

El enfisema subcutáneo es una complicación poco frecuente en la práctica odontológica, que ha ido en aumento debido al uso generalizado de instrumentos con aire a presión y el empleo de la turbina de aire comprimido^{4,5}. El enfisema puede parecer alarmante tanto para el paciente como para el profesional, y por ello hay que saber reconocerlo y diagnosticarlo.

Muchas son las causas que pueden provocar un enfisema; las podemos esquematizar en:



Figuras 1, 2 y 3. TAC cervicotorácico: se aprecia presencia de aire en regiones laterales del cuello, especialmente izquierdas, en espacio masticador y parafaríngeo izquierdo, de forma superficial por delante del masetero y parótida, llegando caudalmente a hueso supraclavicular izquierdo y progresando hacia pared torácica



- Soluciones de continuidad de las barreras cutáneo-mucosas, ya sea de forma iatrogénica o espontánea: maniobras dentales tales como extracciones,

restauraciones dentales o endodoncias¹, traqueostomías, cordectomías, ruptura espontánea del esófago (síndrome de Boerhaave)⁶, tras amigdalectomías...

- Infecciones de tejidos blandos por microorganismos productores de gas: amigdalitis, abscesos retrofaríngeos, osteomielitis de huesos faciales⁵, celulitis necrotizante⁷...

El aire acumulado en los tejidos se presenta como una inflamación súbita, indolora, de consistencia elástica, que fácilmente se desplaza por los tejidos ante la presión digital³. Puede presentarse rápidamente en cuestión de minutos, pero frecuentemente se desarrolla horas después de la cirugía⁴. Por extensión del enfisema subcutáneo se puede desarrollar un neumomediastino.

La clínica puede ser variable y aparecer desde una ligera odinofagia² a una importante disnea con dolor retroesternal en caso de neumomediastino⁶; con este último se ha descrito la presencia de pulso paradójico y alteraciones electrocardiográficas⁹.

El diagnóstico es sobre todo clínico. En la exploración se palpa una crepitación, que resulta ser el signo más importante para el diagnóstico². Se confirma con pruebas de imagen que revelan la presencia de aire en tejidos blandos; entre ellas, radiografía cervical y torácica y TAC, ésta última la más resolutive en cuanto

a etiología, localización, extensión del proceso y para descartar la presencia de patologías acompañantes⁸. Debemos descartar otras patologías que produzcan aumento de volumen, como hematomas, reacciones alérgicas, angioedema, reacción anafiláctica o celulitis^{1,2,4}.

En la mayoría de los casos el enfisema se reabsorbe espontáneamente en pocos días, pero se recomienda mantener al paciente en observación. Las complicaciones son raras, pero pueden incluir compromiso de la vía respiratoria, embolismo⁴ e infección. El manejo de esta patología incluye analgesia y antibiótico de forma profiláctica, así como control de constantes: tensión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria^{1,2,8}. La evolución generalmente es buena y con recuperación satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gamboa Vidal CA, Vega Pizarro CA, Arriaga Almeida A. Enfisema subcutáneo durante tratamiento restaurador: caso clínico. *Av Odontostomatol* 2006;22(5).
2. Artal R, Ágreda B, Serrano E, et al. Enfisema cervical subcutáneo: una complicación rara tras maniobra de higiene bucodental. *ORL Aragón* 2008; 11:18-20.
3. Mejía López C, Campos LA. Enfisema subcutáneo cervicofacial. Disponible en www.encolombia.com/odontologia/rev-maxilo-vol3n3-88.
4. Vargas Pérez V, Heras Meseguer M, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL. El enfisema como complicación en Odontología. *Revista Secib on line* 2007;3:1-4.
5. Guerra Martínez AB, Arroyo Rodríguez S, Navarro Cuéllar C, et al. Neumomediastino y enfisema cervical en cirugía maxilofacial. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2003;25:90-94.
6. Rivares Esteban JJ, Gil Paraíso PJ, García Martín MA. Tratamiento conservador del enfisema subcutáneo y neumomediastino. *ORL Aragón* 2001;4:17-19.
7. Benito JI, Marcos M, Morais D, Pérez R. Enfisema cervical y mediastino espontáneo. *Acta Otorrinolaring Esp* 1995;46:152-6.
8. Macías Robles MD, García Peliz M, González Franco A, et al. Neumomediastino espontáneo en Urgencias. *Emergencias* 1999;11:438-41.