

Dra. María del Carmen Dubón Peniche ¹

1. Síntesis de la queja

Niño de 7 años, cuyos familiares refirieron que el odontólogo atendió al menor, por presentar piezas dentales con caries. En la tercera sesión, una muela estaba infectada, por ello aplicó medicamento, otorgó cita de control e informó, que si había dolor sería necesario extraerla y así sucedió. El niño comenzó a quejarse de dolor en el lado derecho de la cara, en la parte baja del maxilar, en dirección a la muela, presentó inflamación y le lagrimeaba el ojo derecho. El facultativo comentó que el problema era en la muela de superior que se encontraba infectada y que incluso aprovecharía la anestesia, para extraer la muela que estaba programada, pues era necesario quitar el foco de infección y dar antibióticos. Días después de las extracciones, el niño seguía inflamado, se le había desviado la boca hacia un lado y como no mejoraba, acudieron con un Médico Pediatra, quien dijo que se trataba de parálisis facial, siendo necesario consultar a Neurólogo, situación que había sido ocasionada por negligencia del odontólogo.

2. Resumen clínico.

17 de diciembre de 2007. Nota de evolución, Odontología:

Paciente masculino de 7 años de edad, que acude por procesos cariosos, refiere sintomatología provocada por alimentos dulces, de forma esporádica, en arcada inferior izquierda. Exploración física: hiperactivo, con múltiples procesos cariosos, restos radiculares correspondientes al órgano dentario 54 (primer molar superior derecho primario) y maloclusión clase II, con malposición dentaria. Radiográficamente se tomó serie de molares, se observaron restos radiculares

de órgano dentario 54, próxima erupción prematura de órgano dentario 14 (primer premolar superior derecho). Órgano dentario 84 (primer molar inferior derecho primario) con radiolucidez perirradicular. Diagnóstico:

Órganos dentarios:

54 (Primer molar superior derecho primario). Restos radiculares	Extracción.
55 (Segundo molar superior derecho primario). Sano	Sellador.
64 (Primer molar superior izquierdo primario). Caries 2	Resina.
65 (Segundo molar superior izquierdo primario). Sano	Sellador.
74 (Primer molar inferior izquierdo primario). Sano	Sellador.
75 (Segundo molar inferior izquierdo primario). Caries 2-3.	Pulpotomía, corona.
84 (Primer molar inferior derecho primario). Caries 3-4	Pulpotomía corona/Ex.
85 (Segundo molar inferior derecho primario). Sano	Sellador.

Próxima cita profilaxis, control de placa y técnica de cepillado.

30 de diciembre de 2007. Historia médico odontológica pediátrica:

Sin antecedentes de reacciones a anestésicos dentales, no alergia a medicamentos, no transfusionales. Asma. Recibe medicamentos para hiperactividad. Motivo de consulta: dolor de muelas por caries, diente frontal salido, tres meses de evolución. Control de placa (higiene regular, tinción del 60%) Técnica de cepillado; profilaxis. Próxima cita: iniciar cuadrante superior izquierdo.

6 de enero de 2008. Odontología:

Remoción cariosa. Resina órgano dentario 64 (primer molar superior izquierdo primario), sellador órgano dentario 65 (segundo molar izquierdo superior primario). Próxima cita: cuadrante inferior izquierdo.

14 de enero de 2008. Odontología:

Anestesia por bloqueo, aguja corta, lidocaína al 2% con epinefrina, dique de hule, grapa No. 10. Remoción

¹ Directora Árbitro Médico de la Primer Sala en la Dirección General de Arbitraje. CONAMED.

Correspondencia: María del Carmen Dubón Peniche. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Col. Narvarte. Deleg. Benito Juárez. C. P. 03020. México, D. F., México. Teléfono: (55) 54207069. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

cariosa órgano dentario 75 (segundo molar inferior izquierdo primario), comunicación pulpar, pulpotomía con formocresol y zoe, corona de acero N° 4. Sellador órgano dentario 74 (primer molar inferior izquierdo primario). Próxima cita: cuadrante inferior derecho.

28 de enero de 2008, Odontología:

Anestesia por bloqueo, aguja corta. Lidocaína al 2% con epinefrina, dique de hule, grapa No. 11. Remoción cariosa órgano dentario 84 (primer molar inferior derecho primario), con destrucción coronaria importante, acceso a conductos radiculares, medicación intraconductos para disminuir radiolucidez en periodonto, obturación con zoe. Se deja órgano dentario en observación para valorar evolución. En caso necesario realizar extracción, colocar mantenedor de espacio: Se comenta que podría presentar molestias, en ese caso comunicarse de inmediato. Próxima cita: valorar obturación o extracción del citado órgano.

3 de febrero de 2008, Odontología:

Presenta aumento de volumen en hemicara derecha a nivel de tercio medio, involucrando principalmente párpado inferior, zona malar y zigomática, presenta irritación ocular y cambio de coloración en la zona, dolor a la palpación. La mamá refiere haberlo llevado con facultativo, quien comentó posibilidad de infección odontogénica, refiere que la inflamación ha disminuido. Exploración intraoral inferior: no presenta cambios sugestivos de patología, tejidos similares al homólogo. Órgano dentario 84 (primer molar inferior derecho primario), no presenta movilidad, a la percusión no refiere molestia. Exploración intraoral superior: no presenta cambios sugestivos de patología. Aumento de volumen indurado en zona de órgano dentario 54 (primer molar superior derecho primario), consistencia dura, asociada a erupción del premolar. Se decide realizar remoción de restos radiculares de órganos dentarios 54 y 84 (primer molar superior derecho primario y primer molar inferior derecho primario), previa infiltración de lidocaína al 2% con epinefrina. Se

indica Amoxicilina 250 mg., suspensión cada 8 horas, Nimesulide 100 mg., cada 12 horas durante 7 días. Próxima cita: valorar inflamación, ajustar banda en órgano dentario 85 (segundo molar inferior derecho primario), para realizar mantenedor de espacio.

10 de febrero de 2008, Receta Neurólogo Pediatra:

Asistir a electroestimulación; realizar ejercicios de rehabilitación facial; fomentos tibios en cara dos veces al día; lubricante oftálmico aplicar dos gotas en cada ojo cada 8 horas; utilizar lentes para protección solar; cita en dos semanas; continuar tratamiento con su dentista.

11 de febrero de 2008, Odontología:

Sin inflamación, presenta limitación en músculos de expresión facial del lado derecho. La mamá refiere haberlo llevado con facultativo, quien informó que se trataba de parálisis facial. Se ajusta banda en órgano dentario 85 (segundo molar inferior derecho primario) y se toma impresión para confeccionar banda y ansa. Próxima cita: colocar banda y ansa. 18 de febrero de 2008, Odontología:

Aún presenta limitación en músculos faciales, la mamá refiere que sigue en terapia física. Al momento de ajustar mantenedor, se observa caries incipiente en cara mesial de órgano dentario 85 (segundo molar inferior derecho primario). Previa autorización de la mamá, se retira caries antes de colocar la banda, aislamiento relativo con rollos de algodón. Remoción cariosa órgano dentario 85 en cara mesial, se coloca resina y banda ansa, se indica a la mamá estar al pendiente de erupción de órgano dentario 44 (primer premolar inferior derecho) para retirar inmediatamente el mantenedor. Se solicitan estudios de gabinete para diagnóstico ortopédico. Próxima cita: profilaxis, técnica de cepillado, plan de tratamiento ortopédico.

22 de febrero de 2008, Odontología: No asistió a consulta.

Informe médico, de 18 de marzo de 2008, Neurólogo Pediatra:

Puede integrarse a todas las actividades escolares y recibir trato habitual en clases.

Análisis del Caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura especializada, el séptimo nervio craneal es principalmente un nervio motor, el cual aporta inervación a todos los músculos relacionados con la expresión facial unilateral. El componente sensitivo es pequeño (nervio intermediario Wrisberg) y es responsable de la sensación del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua, así mismo, participa en la sensibilidad cutánea de la pared anterior del conducto auditivo externo. Las fibras gustativas, son transversas al nervio lingual (ramas del nervio mandibular) y se articulan con la cuerda del tímpano. Las fibras secreto-motoras, inervan la glándula lagrimal a través del nervio petroso superficial, las glándulas sublingual y submaxilar a través de la cuerda del tímpano.

Las complicaciones relacionadas con los anestésicos locales, están descritas en la literatura especializada y se clasifican en dos grandes grupos: 1) Sistémicas (asociadas con toxicidad de los anestésicos) y 2) Locales (asociadas con la técnica anestésica).

Entre las complicaciones locales se encuentran: ruptura de la aguja, dolor o ardor a la infiltración, persistencia de anestesia o parestesia, trismus, hematomas, edema, infecciones, afectación a tejidos blandos.

De igual forma, la literatura especializada refiere, que puede presentarse parálisis del nervio facial transitoria, la cual ocurre por depósito de anestésico en fibras motoras o adyacente a ellas.

La parálisis facial asociada a inyección de anestésico local para la realización de intervenciones dentales, habitualmente se presenta en forma inmediata a la aplicación del anestésico, es de curso benigno y se soluciona de manera espontánea, sin dejar efectos residuales en la inervación motora de

los músculos de la expresión facial. Se trata de una parálisis transitoria, la cual generalmente dura menos de 12 horas, esto dependiendo del agente anestésico utilizado, el volumen y la proximidad al nervio facial.

Así mismo, atendiendo a la literatura especializada, existen otras causas frecuentes de parálisis facial: idiopática sin causa determinada, traumática, neoplásica, metabólica y neurológica, entre otras.

La exploración física debe enfocarse a la función motora del nervio facial, donde se deberá establecer si la alteración es parcial o completa. Así mismo, se debe distinguir, si la parálisis es central o periférica. La parálisis facial unilateral central, casi siempre afecta el tercio inferior de la cara, en tanto que la periférica, afecta la parte superior e inferior de la cara.

Además de la exploración facial, se deben realizar estudios auxiliares de diagnóstico, para evaluar los pares craneales, el compromiso cutáneo, traumatismos asociados, así como la búsqueda de signos sistémicos relacionados al caso. La necesidad de realizar tomografía axial o resonancia magnética, debe fundamentarse en el interrogatorio y evolución clínica de cada paciente.

Los estudios pronóstico (electrofisiológicos), generalmente se efectúan en casos de parálisis facial total aguda o parálisis facial persistente.

La presencia de actividad motora facial, indica posibilidad de recuperación total. Cuando se presenta parálisis facial periférica idiopática, también llamada de Bell, se produce degeneración nerviosa en las tres semanas siguientes al inicio del cuadro clínico, el cual característicamente se soluciona de manera espontánea dentro de las primeras tres semanas, en aproximadamente 84% de los casos. La literatura especializada refiere recurrencia del 10%; en dos terceras partes de los casos se presenta en forma contralateral.

Este tipo de parálisis, representa casi 40% de las parálisis faciales en niños y adolescentes; el diagnóstico

se establece por exclusión, cuando se ha descartado cualquiera de las causas mencionadas. A esta parálisis, se asocian ciertos factores, entre ellos: historia familiar, pródromos virales (frecuentemente infecciones de vías aéreas superiores), edema de la cuerda del tímpano, entre otros.

El pronóstico de la enfermedad, depende del grado de alteración del nervio facial. Al respecto, la literatura especializada refiere la clasificación de Seddon que establece lo siguiente:

- Neuropraxia.- Contusión menor o compresión de un nervio periférico con preservación del cilindroeje, con posible edema menor o ruptura de un segmento localizado de vaina miélica. La transmisión de impulsos se interrumpe fisiológicamente por un tiempo, pero la recuperación es total en días o semanas.
- Axonotmesis. Es una alteración de mayor importancia que la anterior, con ruptura del axón y degeneración walleriana distal, pero con preservación de las células de Schwann y los tubos endoneurales. Puede esperarse regeneración espontánea con recuperación funcional.
- Neurotmesis. Es la alteración más grave, con separación anatómica total del nervio o gran avulsión o aplastamiento. El axón y la célula de Schwann, así como los tubos endoneurales, quedan completamente interrumpidos. El perineurio y epineurio también quedan interrumpidos en grado variable. Puede ocurrir que segmentos de estos últimos, cierren la brecha si no hay separación total visible. En este grupo, no puede esperarse recuperación espontánea importante.

En el presente caso, el 17 de diciembre de 2007, el menor fue llevado a consulta con el Cirujano Dentista demandado, por presentar caries. El facultativo en la exploración física identificó múltiples procesos cariosos,

restos radiculares, así como maloclusión clase II y malposición dentaria, estableciendo el plan de tratamiento, según lo demuestra la nota odontológica del 17 de diciembre de 2007, no observándose irregularidades por cuanto a esta atención se refiere, pues el tratamiento planteado por el demandado, era necesario para atender la patología que presentaba el paciente.

El 30 de diciembre de 2007, se realizó historia clínica, control de placa, técnica de cepillado y profilaxis, según lo acredita la nota odontológica de la citada fecha.

De las notas odontológicas se desprende, que el 6 de enero de 2008, el Cirujano Dentista demandado efectuó remoción cariosa y aplicación de resina en primer molar superior izquierdo primario y sellador en el segundo molar superior izquierdo primario. Así mismo, atendiendo a la nota odontológica del 14 de enero de 2008, mediante anestesia local (lidocaína), el demandado realizó remoción cariosa del segundo molar inferior izquierdo primario, pulpotomía y colocación de corona de acero, así como aplicación de sellador en primer molar inferior izquierdo primario.

El 28 de enero de 2008, durante la remoción cariosa del primer molar inferior derecho primario, el demandado identificó destrucción coronaria importante, así como acceso a conductos radiculares, por ello aplicó medicación intraconductos y efectuó obturación con zoe, dejando el órgano dentario en observación, pues, atendiendo a la evolución, se valoraría la necesidad de extracción.

En esos términos, fue demostrado que el facultativo demandado atendió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba. La secuencia del tratamiento dental y las técnicas aplicadas al paciente, se ajustaron a lo establecido por la lex artis odontológica.

Ahora bien, seis días después de la citada consulta, el paciente presentó aumento de volumen en el lado derecho de la cara, a nivel del tercio inferior, involucrando párpado infe-

rior, zona malar y zigomática; también presentaba irritación ocular, cambio de coloración en dicha zona y dolor a la palpación, según lo demuestra la nota odontológica del 3 de febrero de 2008. La exploración intraoral no mostró cambios sugestivos de patología en el primer molar inferior derecho primario; se identificó aumento de volumen en primer molar superior derecho primario, asociado a erupción del premolar. En la citada consulta, mediante anestesia local (lidocaína), el facultativo demandado realizó remoción de restos radiculares del primer molar superior derecho primario, así como del primer molar inferior derecho primario, indicándose antibiótico, antiinflamatorio y cita de control en siete días.

Lo anterior, demuestra que la atención odontológica brindada al paciente, se ajustó a la *lex artis* odontológica, pues la misma era necesaria, para atender la patología que presentaba el menor.

En la consulta de 11 de febrero de 2008, se reporta limitación de los movimientos de los músculos de expresión facial del lado derecho. La nota odontológica de esta consulta, refiere que el paciente fue atendido por otro facultativo, quien diagnosticó parálisis facial. Sobre el particular, es necesario mencionar, que el informe del Médico Neurólogo Pediatra, reportó que el paciente presentó parálisis facial periférica, para la cual recibió rehabilitación.

De igual forma, cabe señalar, que atendiendo a la literatura especializada, después de la inyección de anestésico local para realización de intervenciones dentales, puede presentarse parálisis facial transitoria, la cual habitualmente ocurre en forma inmediata a la aplicación del anestésico, es de curso benigno y se soluciona de manera espontánea, sin dejar efectos residuales en la innervación motora de los músculos de la expresión facial. La citada

parálisis, es riesgo inherente al procedimiento anestésico, el cual está descrito en la literatura odontológica.

Por lo anterior, la parálisis facial que presentó el menor, no puede ser atribuida a mala práctica del facultativo demandado.

A mayor abundamiento, en términos de las constancias aportadas para el estudio del caso, el menor presentaba manifestaciones clínicas prodrómicas de parálisis facial periférica, no asociada con el procedimiento odontológico; es decir, existían datos sugestivos de parálisis facial periférica idiopática (de Bell), la cual se encontraba en evolución.

En efecto, los familiares del paciente en su queja, señalan que el menor presentó dolor en el lado derecho de la cara, en la parte baja del maxilar, en dirección del molar afectado. Esto indica que el paciente presentaba dolor en la cara, y no precisamente en el molar afectado. Al respecto, debemos mencionar, que en la parálisis facial, se puede presentar dolor a un lado del oído (en el foramen estilomastoideo, donde emerge el nervio facial) y que habitualmente precede a la parálisis facial uno o dos días.

De igual manera, de las constancias aportadas para el estudio del caso, se desprende que de manera previa a la extracción radicular, el paciente presentaba lagrimeo del ojo derecho, según lo reconocen los familiares en su queja. Este también es un elemento clínico, sugestivo de parálisis facial, pues en estadios iniciales existe lagrimeo, generalmente debido a paresia del párpado inferior o irritación corneal ocasionada por falta de lubricación, secundaria a parpadeo ineficiente.

Así las cosas, todo indica que coincidió la instalación gradual de la parálisis facial periférica con el procedimiento odontológico efectuado por el facultativo demandado. Más aun, la evolución del paciente fue satisfactoria,

según lo acredita el informe médico de 18 de marzo de 2008, del Neurólogo Pediatra, quien establece que el paciente puede integrarse a todas las actividades escolares y recibir trato habitual en clases.

Apreciaciones Finales

El Cirujano Dentista demandado actuó en apego a lo establecido por la *lex artis* odontológica y no generó daño alguno al menor.

No se observaron elementos de mala práctica, atribuibles al demandado, pues cumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.

No se hacen pronunciamientos respecto de la atención brindada por facultativos distintos al demandado, pues no formó parte de la controversia planteada, sólo se incluyó para el análisis integral del caso.

Referencias

1. Vasconcelos BV. Facial nerve paralysis alters impacted lower third molar surgery: a Literature review and case report. *Med Oral Pathol. Cir. Bucal.* 2006 Mar 1; 11(2):E175-8.
2. Stanley F, Malamed. Local anesthesia. Local complications. Chapter XVII, 246-258. St. Louis (Missouri, USA): Mosby Company, 2000.
3. Andrew M, Shapiro. Bluestone Pediatric Otolaryngology. Facial Paralysis in Children. Chapter XIX, 312-331. Philadelphia: Saunders, 1996.
4. Lee KJ. Essentials Otolaryngology. Paralysis of Nerve Facial. Capítulo VIII, 183-208. New York: Mc Graw-Hill, 2003.
5. Crean SJ. Neurological complications of local anaesthetics in dentistry. *Dent Update.* 1999, Oct; 26(8): 344-9.
6. Shuaib A. Recurrent peripheral facial nerve palsy after dental procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1990 Dec; 70(6): 738-40.
7. Yagi N. Thread test of lacrimation in 110 cases of peripheral facial paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1986 Jan-Feb; 122 (Suppl):7-12.
8. Pardal-Fernández JM. Peripheral facial paralysis. The value of clinical neurophysiology. *Rev Neurol.* 2003 May 16-31; 36(10): 991-6.