

PROCEDIMIENTOS DENTALES Y BRONCOASPIRACIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

F.M. Páez Codeso, E. Casado Miranda, A. Dorado Galindo.
Servicio de Neumología. Hospital Regional de Málaga.

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de E. García Tercero *et al.*¹, recientemente publicado en su revista, en el cual se describe el caso de la aspiración de un cuerpo extraño durante un procedimiento dental, señalándose que estos procedimientos constituyen la segunda causa más frecuente de broncoaspiración de cuerpos extraños. En un extenso estudio² revisando 617 casos reportados en 45 artículos de diferentes tipos de revistas en el que se analizaron numerosas variables, se concluía que la aspiración e ingestión de cuerpos extraños durante procedimientos dentales es una rara eventualidad, pero de alto riesgo y que cada accidente debe ser documentado exhaustivamente para proporcionar información a los profesionales odontólogos sobre su tratamiento y prevención. Es más frecuente la ingestión que la broncoaspiración y los procedimientos más habituales en los que ocurren son la prostodoncia, rama de la odontología que trata de restaurar la función y estética del aparato estomatognático y que incluye entre sus diversas técnicas los implantes y la odontología restauradora.

Nosotros hemos tratado y publicado³ una serie de casos de broncoaspiración del mismo material descrito por E. García Tercero. Desde 2007 hasta marzo 2019 (tabla 1) hemos extraído 5 puntas de llave manual de torque (Fig. 1) fabricadas en acero quirúrgico, de distintas longitudes pues existen diversas comercializadas y punta hexagonal, y que sirven para acoplarse a la llave de torque y atornillar la prótesis implantosoportada de titanio.

De acuerdo con estos autores, la broncoscopia flexible con anestesia local y sedación consciente puede ser una buena opción para extraer dicho material aspirado. En nuestra experiencia, 3 casos se extrajeron en quirófano con anestesia general y la asistencia de traqueoscopio rígido de *Efer-*

Dumon-Harrel, que aconsejamos sea del mayor calibre posible (13, 20 mm en los broncoscopios rígidos *Efer* serie - II), y los otros 2 pacientes en la sala de broncoscopias. La elección de un método u otro depende, lógicamente, de la disponibilidad de dicha técnica y personal en el centro hospitalario, pero también del grado de colaboración del paciente. Abogamos por la broncoscopia flexible como técnica inicial, por ser accesible a cualquier neumólogo, segura y eficaz en la extracción de este tipo de material odontoestomatológico y en general, de cualquier otro. Aconsejamos el empleo de cestillas. Si es necesario el concurso de un broncoscopio rígido, las pinzas rígidas dentadas usadas para recolocar endoprótesis nos han sido tremendamente útiles, extrayendo el material rápida y eficazmente.

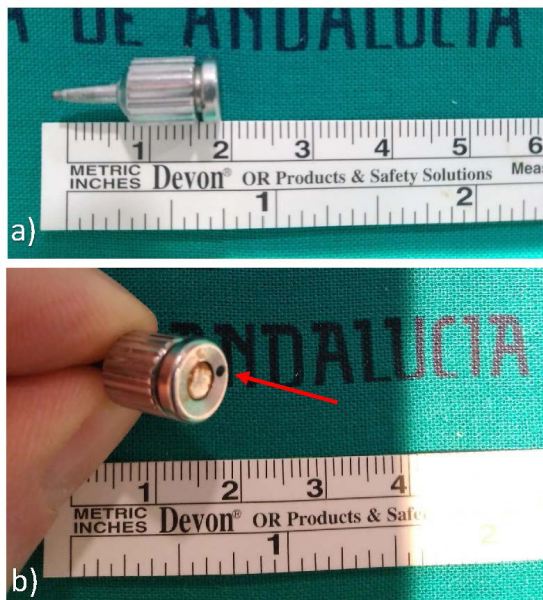
Estas puntas presentan en su parte superior una corona giratoria que permite enroscar el tornillo, y que posee un pequeño orificio (Fig 1b) para introducir un hilo dental que impediría su caída y broncoaspiración. Éste es un detalle que los profesionales odontólogos no deberían olvidar. En 3 casos se nos requirieron las piezas extraídas como prueba para una demanda judicial. Se deben extremar las precauciones para la prevención de estos accidentes, por la gravedad potencial, por su frecuencia que va en aumento^{4,5} dada la profusión de nuevas técnicas dentales y por las implicaciones médico-legales que conlleva.

Recibido: 26.01.2020. Aceptado: 20.02.2020

Dr. Francisco M. Páez Codeso.
paezco64@gmail.com

Edad	Sexo	Lugar	Anestesia	Instrumental empleado	Tipo broncoscopio
71	H	Quirófano	A.G.	Cesta endoscópica de malla	Rígido
63	M	Sala	A.T.	Fórceps flexibles 2.2 mm	Flexible
75	M	Quirófano	A.G.	Pinzas rígidas dentadas	Rígido
65	H	Sala	A.T.	Cesta endoscópica de malla	Flexible
74	H	Quirófano	A.G.	Pinzas rígidas dentadas	Rígido

Tabla 1. Características de los pacientes y método de extracción. Todos los casos estaban siendo sometidos a implante dental. H: hombre, M: mujer, A.G.: anestesia general, A.T.: anestesia tópica. El tercer caso se intentó primero en la sala de bronoscopias sin éxito por mala colaboración.



Llave de torque en la que observamos en b) el orificio por el cual es posible introducir hilo dental para sujeción de la pieza instrumental

BIBLIOGRAFÍA

1. García Tercero E, Alonso Seco M, Esneider López Forero W. RevEsp Patol Torac 2019; 31 (4): 259-261.
2. Hou R, Zhou H, Hu K et al. Thorough documentation of the accidental aspiration and ingestion of foreign objects during dental procedure is necessary: review and analysis of 617 cases. Head FaceMed. 2016; 12(1): 23.
3. Páez Codeso FM, Dorado Galindo A, González Angulo GE. Broncoaspiración de cuerpo extraño odontológico. A propósito de tres casos. Arch Bronconeumol. 2016; 52(8): 438-446.
4. A. Gómez López, R. García Lujan, E. de Miguel Poch. Broncoaspiración de cuerpos extraños. Caso clínico y revisión. Arch Bronconeumol, 2015 (51): 357-368.
5. G. Leuzzi, K. Kawamukai, N. Lacava. An unusual foreign body after dental filling. Lung, 2013 (191): 677-678.