

## FRATTURA ALVEOLARE ED EMOSENO A SEGUITO DI ESTRAZIONE DENTALE: ERRORE O COMPLICANZA?

Anita Labonia, odontologo forense, Firenze  
Francesca Zangari, odontologo forense, Ravenna

### OBIETTIVI

Evidenziare come, a seguito di estrazione dentale routinaria, errori di programmazione (mancato esame radiologico, mancata anamnesi medica) e/o di esecuzione (manovre scorrette, applicazione di forza eccessiva) possano rappresentare la causa di importanti complicanze intra e post-operatorie, che rilevano profili di responsabilità professionale.

### IL CASO

Paziente di sesso femminile di anni 64, affetta da diabete non insulinodipendente, in preda a forte dolore su #1.7, si rivolge ad un centro odontoiatrico.

Il medico che la visita predispone un piano di cure con relativo preventivo, nel quale viene indicata l'estrazione del molare dolente. In quella occasione le viene fatto firmare un foglio, sul cui contenuto la paziente riferisce di non essere stata informata.

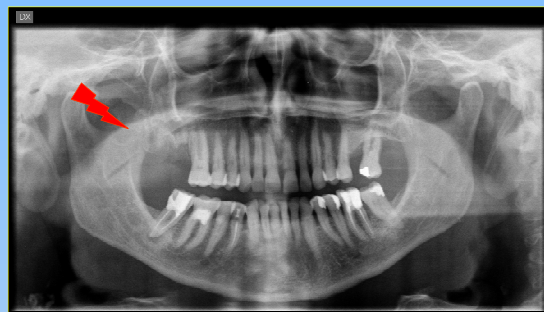
Dopo circa 7 mesi la paziente è sottoposta ad estrazione del #1.7; l'intervento risulta estremamente difficoltoso, lungo e molto doloroso nonostante le ripetute anestesie. Viene dimessa subito dopo la fine dell'intervento.

Il giorno successivo all'estrazione, in seguito ad importante emorragia sopraggiunta qualche ora dopo l'intervento, compare imponente gonfiore e diffuso ematoma sulla guancia destra.

Il dolore rimane costantemente intenso anche nel post-operatorio e, nonostante la terapia antibiotica, anche nei giorni successivi, quando, in preda ad un dolore lancinante, si reca al Pronto Soccorso, dove viene eseguita una TC massiccio facciale con il seguente referto "Frattura della mascella destra a livello dei processi alveolari dell'ultimo molare. Opacamento completo del seno mascellare omolaterale a densità sovradrica verosimilmente in quadro di emoseno".

Si dispone ricovero immediato con diagnosi di "Iponatriemia severa in pz. con diabete mellito di tipo II e ipertensione arteriosa; frattura della mascella monolaterale a densità sovradrica verosimilmente in quadro di emoseno".

Durante la degenza, durata 15 giorni, la pz è stata sottoposta a terapia antibiotica e ad infusioni di soluzioni elettrolitiche e sodio con progressivo incremento della natriemia, lento riassorbimento dell'ematoma e riduzione del gonfiore.



Rx OPT eseguita a distanza di un mese dalla estrazione di #1.7; ancora presenti esiti della frattura del processo alveolare superiore destro

### RISULTATI

Emorragia, ematoma ed emoseno sono stati la conseguenza di una lesione iatrogena delle anastomosi arteriose contenute nello spessore della corticale ossea del seno mascellare, verificatasi a seguito di mancata valutazione preoperatoria. Non risulta infatti che sia stata eseguita una preliminare Rx OPT che avrebbe potuto fornire al professionista indicazioni utili per valutare la conformazione anatomica delle radici del dente ed il loro rapporto topografico con il seno mascellare.

La frattura dell'osso alveolare, in assenza di patologie predisponenti, è stata determinata verosimilmente da un uso eccessivo di forza durante le manovre di estrazione: anche in tal caso la preventiva valutazione radiografica dell'anatomia delle radici del dente avrebbe potuto, in presenza di radici lunghe, curve o divergenti, indirizzare il professionista ad eseguire l'intervento chirurgico estrattivo con tecniche (osteotomia, odontotomia) che avrebbero consentito l'applicazione di minori forze.

L'emorragia conseguente alla recisione dei vasi sanguigni si è verificata alla fine dell'effetto vasocostrittore dell'anestesia locale, quando la paziente era oramai già stata dimessa: un adeguato periodo di osservazione post-estrazione avrebbe potuto consentire un miglior controllo del sanguinamento che ha poi determinato l'imponente ematoma.

Non meno rilevante il fatto che, così come riferito dalla paziente e come si può desumere dalle complicanze che ne sono derivate, l'intervento di chirurgia estrattiva è stato molto stressante sia nel mentre che nel postoperatorio. E' acclarato, infatti, che uno stress intenso in un soggetto diabetico può determinare un aumento della glicemia, il quale può a sua volta provocare uno squilibrio elettrolitico con riduzione dei livelli ematici di Sodio (Na) e Potassio (K), riduzione che, nel caso della paziente, si è verificata e in misura tale da rendere necessario un prolungato ricovero ospedaliero.

### CONCLUSIONI

All'origine delle lesioni subite dalla paziente vi è stato da parte dell'operatore un comportamento:

-**Omissivo**: non è stata eseguita un'adeguata indagine radiografica preoperatoria con la quale il professionista avrebbe potuto rendersi conto delle problematiche legate all'intervento estrattivo e delle complicanze che avrebbero potuto derivarne al fine di prevenirle; ciò avrebbe permesso una più efficace fase operatoria e un miglior decorso post-operatorio senza complicanze.

-**Imprudente**: il professionista avrebbe dovuto meglio valutare il suo grado di esperienza nel tipo di intervento chirurgico eseguito. Il non avere considerato complicanze prevedibili o il non avere demandato ad altro sanitario un intervento complesso oltre la propria capacità, rappresentano elementi di colpa in quanto implicano l'accettazione del rischio da parte del professionista e quindi imprudenza inescusabile. Inoltre, il fatto che la paziente fosse diabetica avrebbe dovuto allertare il sanitario e farlo desistere dal sottoporla ad un intervento eccessivamente stressante che, in soggetti affetti da tale patologia, non è scevro da conseguenze.

-**Imperito**: errori di tecnica chirurgica nel procedimento di estrazione del dente hanno determinato da un lato l'utilizzo di una forza eccessiva che ha causato la frattura dell'osso alveolare, dall'altro la recisione di strutture vascolari che ha determinato un'imponente emorragia con comparsa di ematoma al volto ed emoseno.

- **Negligente**: per aver dimesso la paziente senza un adeguato periodo di osservazione, che avrebbe consentito un controllo dell'emorragia verificatasi a distanza di qualche ora.

### BIBLIOGRAFIA

- H. Traxler A, Windisch U, Geyerhofer, Surd R, Solar P. Arterial blood supply of the maxillary sinus. Clin Anat 1999; 12(6):417-21.  
Covani U, Ferrini F. Chirurgia Orale. Ed. Martina Bologna; 2003.  
Peterson LR, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Oral and Maxillofacial surgery. Mosby, p. 288-323; 1998.  
Myya Take Y, Kazama M, Isoda M, Nejima J. Internal medicine education in dentistry: knowledge required varies according to dental specialty. Eur J Dent Educ 2008; 4(1):1-23.  
Rosano G, Taschieri T, Gaudy JF, Del Fabbro M. Maxillary sinus vascularization: a cadaveric study. J Craniofac Surg 2009; May, 20(3):940-3  
Testori T, Mandelli F, Defflorian M, Rosano G, Taschieri S, Valentini P, Del Fabbro P. "Anatomia normale variabilità clinica. Utili nozioni per evitare complicanze intra- e post-operatorie: la chirurgia del seno mascellare" Quintessenza Edizioni, Anno 26, Numero 2, Aprile-Giugno 2010.