

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN LEÓN*

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



*“COMPLICACIONES POST-QUIRÚRGICAS DE TERCEROS MOLARES
RETENIDOS, QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA ORAL, FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNAN-LEÓN MARZO A JULIO 2004”.*

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA.

AUTORES:

Bra. MARYURI Del S. CHÁVEZ LAZO.

Bra. ANIELKA Del C.. DUARTE LANUZA.

TUTOR: DR. RODOLFO LUGO BENEDITH.

CIRUJANO MAXILOFACIAL

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ORAL,

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. MIRIAM HERRERA.

MASTER EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL,

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

León julio 2005.

LEÓN, NICARAGUA, C. A.

DEDICATORIA:

Esta tesis "Fruto final de un escalón más por vencer", la dedico a esas personas que me ofrecieron su apoyo incondicional y guía cuando más lo necesité y que hoy su esfuerzo se ve reflejado en este documento:

A mi Abuelita Gregoria Ruiz: mi madre de corazón puro, que me entrega día tras día su consejo y apoyo a través de decisiones grandes y difíciles, pero que con su amor e incondicionalidad me hicieron sentir que todo lo que desee en algún momento de mi vida se puede hacer realidad y perdí el miedo a lo nuevo, pues me enseñó que si persistes y luchas con tu alma sin desfallecer jamás, puedes alcanzar lo que te dictan tus anhelos.

A Aristides Solís: Porque solo su amor y comprensión me hicieron volver a creer en la felicidad.

Porque fue su paciencia la que me demostró que cuando uno ama no hay barreras que importen. Y se que aunque no tengamos una vida juntos hasta la vejez, su cariño inopacable se quedará conmigo, por haberme enseñado que cuando das amor este jamás se pierde, por el contrario se es devuelto con creces, aunque talvez no lo recibas de la persona que esperabas, y por haber estado presente en los momentos difíciles de mi carrera.

A David Cerda: mi amigo incondicional, quien pese a los años sin verle su corazón jamás olvida el significado de una verdadera y persistente amistad y por siempre estar dispuesto a brindar con cariño, ayuda cuando más lo necesité, pues sin él no hubiese sido posible la finalización de este documento.

A mi madre y padre biológicos *Modesta Lazo y Dr. William Chávez* : Por darle vida a mi ser, por estar hoy finalizando una meta, por ser mis padres, porque de ellos aprendí, que no importa cuan profunda y dura sea la caída, lo importante es que después de tocar suelo tomes fuerzas y rebotes tan alto como sea posible y que lo indispensable es cuantas veces eres capaz de levantar tu cabeza sin temerle a los errores, solo importa la enseñanza que te dejó esa experiencia.

A todos mis amigos en general, que sin su compañía hoy día no sería quien soy, porque la soledad es buena consejera solo cuando tú lo decides y cuando no permanece mucho tiempo en tu entorno.

Con todo mi amor:

MARYURI CHÁVEZ LAZO.

DEDICATORIA:

AGRADECIMIENTO:

A Yahvé nuestro Dios: Por ser tan bondadoso y regalarnos a diario un nuevo aliento de vida, salud, familia, amor, amistades y bendiciones que solo de su mano pueden proceder.

A nuestra asesora metodológica *Dra. Miriam Herrera:* Por su incondicional entrega a esta investigación, que sin su sabio consejo y ayuda no habría sido posible la culminación de nuestro trabajo.

A nuestro tutor *Dr. Rodolfo Lugo:* por su tiempo y ayuda en la realización de esta Tesis.

A nuestro amigo *David Cerda:* Por que cada día me da a conocer que un amigo es el que esta junto a ti en todo momento.

A nuestros padres y familiares, por darnos la fe que necesitábamos en los tiempos difíciles de nuestra carrera. Por no dejarnos desfallecer jamás.

Con todo nuestro cariño:

Maryuri Chávez y Anielka Duarte.

INDICE:

	<i>Págs.</i>
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	vi
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Gráficos.....	viii
Índice de Figuras.....	ix
Resumen.....	x
Introducción.....	.01
Planteamiento del Problema.....	.03
Objetivos.....	.04
Marco Teórico.....	.05
Materiales y Métodos.....	19
Operacionalización de variable.....	.21
Resultados.....	.23
Discusión de Resultados.....	.29
Conclusiones.....	.35
Recomendaciones.....	.36
Bibliografía.....	.37
Anexos.....	.40

INDICE DE TABLAS:

	<i>Páginas</i>
Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes atendidos para cirugía de terceros molares retenidos según edad y sexo, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	21
Tabla 2. Frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	22
Tabla 3. Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el sexo femenino , Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	23
Tabla 4. Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el sexo masculino , Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	24
Tabla 5. Distribución porcentual de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos según arcada dentaria , Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	25

INDICE DE GRÁFICOS:

	<i>Páginas</i>
Gráfico 1. Distribución porcentual de pacientes atendidos para cirugía de terceros molares retenidos según edad y sexo, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	34
Gráfico 2. Frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	35
Gráfico 3. Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el sexo femenino , Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	36
Gráfico 4. Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el sexo masculino , Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	37
Gráfico 5. Distribución porcentual de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos según arcada dentaria , Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.	38

INDICE DE FIGURAS:

	<i>Páginas.</i>
Figura 1. Tercer Molar Impactado: Izquierda, diagrama de un tercer molar superior derecho; derecha, radiografía de un tercer molar inferior izquierdo.	6
Figura 2. Anatomía de un tercer molar.	7
Figura 3. Radiografía de un Tercer Molar erupcionando	7
Figura 4. Radiografía de arcada superior con suficiente espacio y arcada inferior con un tercer molar impactado.	7
Figura 5. Clasificación de los Terceros Molares de Winter. De izquierda a derecha: Posición Mesioangular, distoangular, horizontal y vertical.	9
Figura 6. Profundidad relativa del Tercer Molar en el hueso. De izquierda a derecha: Posición A, B, y C	10
Figura 7. Toma de decisión	10
Figura 8. . ADN. Factor genético determinante.	11
Figura 9. Técnica quirúrgica: sutura.	11
Figura 10. Incisión, primer paso quirúrgico.	12
Figura 11. Tercer molar recién extraído.	13
Figura 12. Dolor de muelita.	14
Figura 13. Toma de presión arterial.	14
Figura 14 Paciente con Hematoma	15
Figura 15. Paciente con inflamación por un tercer molar retenido extraído	16
Figura 16. Recorrido del nervio alveolar inferior	17
Figura 17. Cicatrización incompleta.	18

RESUMEN

Introducción:

Se entiende por complicaciones, todo proceso o fenómeno morboso durante o después de una enfermedad o puede obedecer a causas independientes o iguales. Las complicaciones post-quirúrgicas de los terceros molares retenidos se presentan ya sea por causas de cuidados personales específicos que el paciente realice, por el estado general del paciente o por traumas ocasionados durante la cirugía, y las más importantes suelen ser: dolor post-operatorio, alveolitis, hemorragia, trismo según la literatura correspondiente a cirugías buco-dentales.

Objetivo:

Determinar la frecuencia de complicaciones post-quirúrgico de terceros molares retenidos realizada por los estudiantes del V curso en las clínicas de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología UNAN-León, período de Marzo – Julio 2004.

Procedimiento y Método:

Es un estudio descriptivo y de corte transversal. Nuestro universo estuvo conformado por todos los expedientes de pacientes atendidos por estudiantes de V año para extracción quirúrgica de terceros molares retenidos período de Marzo – Julio 2004.

Se hizo uso de fichas previamente diseñadas con preguntas que nos permitieron obtener la información que necesitábamos.

Resultados:

Los resultados determinan que asistieron a las cirugías mayor número de mujeres que varones con un 78.6% y 21.4% respectivamente. El porcentaje de complicaciones fue muy bajo (32.9%) con respecto a los no complicados (67.1%), en el sexo femenino se complicaron más entre las edades de 36 a 45 años con un 50%, mientras que en el sexo masculino fue entre las edades de 46 a 55 años con un 100%. El número de pacientes que más asistió fue entre las edades de 15 – 25 años, la complicación que alcanzó el mayor porcentaje fue la INFLAMACIÓN con un 17%, el sexo más afectado fue el femenino y la arcada donde más se dieron complicaciones post-quirúrgico fue en la arcada inferior, con predilección en el órgano dental número 38.

Conclusión:

La frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos fue baja (32%). El grupo etáreo que más asistió fue de 15 a 25 años. La edad en la que hubo más complicaciones fue de 36 a 45 años en el sexo femenino y de 46 a 55 en el sexo masculino. La arcada dental en la que se dieron mayor número de complicaciones fue la inferior sobresaliendo el órgano dental 38.

INTRODUCCIÓN:

En la Facultad de Odontología UNAN-LEÓN y en otras instituciones de nuestro idioma se han realizado pocos estudios sobre las complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos, se dedican capítulos al trans-quirúrgico y dentro del mismo tema se incluye el post-quirúrgico; ya que los expertos consideran que dichas complicaciones se pueden erradicar con un trans-operatorio exitoso, alegan que si durante el procedimiento quirúrgico no existió luxación de ATM, lesión de tejidos blandos, fractura de instrumentos, hemorragia, etc.; entonces no habrá complicaciones; sin embargo se acepta que en la práctica clínica todo puede suceder pese a todas las prevenciones que tome el cirujano, debido al estado inmunológico del paciente y los cuidados post-operatorios del mismo.

Existen un sin número de complicaciones post-quirúrgicas que pueden variar desde una inflamación hasta un compromiso del estado general del paciente, las cuales pueden ser leves o de suma gravedad. Esto dependerá de: la técnica quirúrgica, la experiencia del cirujano, la edad del paciente y el grado de erupción dentaria. Para el procedimiento quirúrgico de terceros molares retenidos debe tomarse en cuenta una serie de factores que pueden afectar la salud de los tejidos vecinos de la zona intervenida y hasta el normal proceso de recuperación del paciente.

En la Facultad de Odontología es requisito de asignatura para los estudiantes de V año realizar cuatro cirugías al año (dos por semestre), la gran mayoría de ellos realizan cirugía de terceros molares para completar sus requisitos; por lo antes dicho y por la falta de experiencia de los estudiantes a la hora de realizar sus cirugías, es que nos interesó conocer que complicaciones son las más frecuentes en nuestra facultad en la actualidad; por tanto, este estudio pretende que los estudiantes que están empezando a realizar cirugías, tengan presente los problemas o complicaciones que se pueden prevenir con la debida protección del paciente y poniendo en práctica la correcta metodología para la realización de una exitosa cirugía.

Centeno Ries 3ra. Edición, dice que la pieza 38 es la que más se complica, y que los estados fisiológicos femeninos exacerban o despiertan los accidentes, y que la edad en que inicia la erupción del tercer molar es entre los 18 y 26 años, aunque también se han encontrado pacientes de 15 y hasta 82 años.

En evaluaciones realizada por Altamirano Adriana Lucía y colaboradores, se encuentra que pese a todas las medidas de prevención existe la probabilidad de infección u otra complicación y que la arcada con mayor frecuencia de complicación fue la inferior siendo la pieza número 38 la que obtuvo el porcentaje más alto de las inferiores y que la mayoría de pacientes que se

complicaron fueron del sexo femenino y que la edad en la que más incurrieron las complicaciones fue de 41 a 50 años con un 66.6%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La erupción del órgano dentario de los terceros molares se inicia entre la etapa de la adolescencia y la juventud, (entre los 15 y 25 años).^{5,7} En éstas edades apenas se está completando el crecimiento mandibular, resultando en algunos casos complicaciones de acomodamiento como apiñamiento dental y/o interrupción parcial o total de erupción del diente, por falta de espacio,⁷ provocando tanta molestia al paciente que se tiene que llevar a cabo la remoción quirúrgica, aunque en algunos casos se realiza por indicación ortodóntica. En el grupo etáreo de 26 en adelante, el proceso quirúrgico resulta traumático debido a la densidad del hueso, al estado sistémico del paciente y al hecho de que las raíces de los terceros molares ya se encuentran totalmente formadas y son de morfología irregular.^{1,7}

En nuestro medio, los pacientes acuden cuando presentan algún tipo de sintomatología. Es por eso que a través de ésta investigación se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidas en quirófanos de Cirugía oral, Facultad de Odontología UNAN-León marzo a julio del 2004?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas de los terceros molares retenidos realizada por los estudiantes del V curso en las Clínicas de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología UNAN-León, período de marzo a julio del 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas en pacientes atendidos en los quirófanos de Cirugía Oral.
2. Identificar la frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos según edad y sexo.
3. Determinar la frecuencia de complicaciones post-operatorias de terceros molares retenidos según arcada dental.

MARCO TEÓRICO:

I- En el intento de erupción, el tercer molar produce una serie de accidentes de variado grado de intensidad en ambos lados de los maxilares, con terminología similar, lo cual tiende a producir un erróneo diagnóstico o una confusión de definiciones, estos conceptos que a continuación presentamos es para disipar esa posible confusión:

1-Complicación: Proceso o fenómeno morboso producido durante una enfermedad y que no es parte esencial de ella, aunque puede tenerla como causa o bien obedecer a causas independientes.¹²

2-Diente impactado: Detención del proceso de erupción debido a una barrera física que lo obstaculiza, o posición inadecuada del germen dentario, lo cual es visible radiográfica y clínicamente.² Véase Figura 1

3-Diente Retenido: Detención del proceso de erupción, se clasifica en:

3.1-Retención primaria: Cuando no hay evidencia clínica y radiográfica de barrera física o de mala posición del germen y no ha aparecido en boca.

3.2-Retención secundaria: Detención parcial del proceso eruptivo del diente o con erupción parcial en boca sin evidencia clínica o radiográfica de barrera física.² Véase Figura 2.



Figura 1. Tercer Molar Impactado: izquierda, diagrama de un tercer molar superior derecho; derecha, radiografía de un tercer molar inferior izquierdo.

II- ¿Qué es un tercer molar retenido?

El tercer molar es una entidad individual que posee: inervación propia, riego vascular, y secuencia de tiempo para desarrollo y erupción.^{1,5,7} Véase figura 2.



Figura 2. Anatomía de un tercer molar.



Figura 3. Radiografía de un Tercer Molar erupcionando.

La formación de los terceros molares (“muelas del juicio” o “cordales”) se inicia aproximadamente al tercer o quinto año de vida.^{11,15,21,22,23,24,25} Erupcionan en la mayoría de los pacientes entre los 15 y los 24 años. Véase figura 3.

Un tercer molar retenido es aquel que puede estar semi - erupcionado (ligeramente presente en boca) o ausente clínicamente pero no radiográficamente. El diente retenido puede presentarse en dos formas:

Retención intraósea: El diente está rodeado por tejido óseo.

Retención Sub-mucosa: El diente está cubierto por mucosa gingival.

Cualquier diente puede quedar retenido en los maxilares, aunque la retención de los dientes temporales es excepcional.²⁵

III-¿Qué problema puede provocar un tercer molar incluido?

Algunas personas tienen un maxilar y una mandíbula de tamaño suficiente para acomodar a estos nuevos molares, y en ellos erupcionan de forma fisiológica, otras personas no tienen espacio suficiente para acomodar en su maxilar o mandíbula a los nuevos

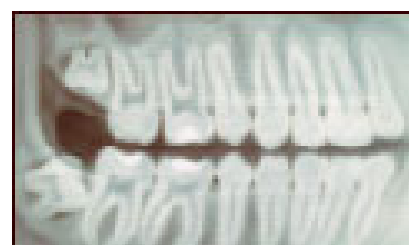


Figura 4. Radiografía de arcada superior con suficiente espacio y arcada inferior con un tercer molar impactado.

dientes y estos quedan “impactados” o “incluidos” (cubiertos total o parcialmente por la encía).^{8,15,21,25,28} (Véase Figura 3)

Los problemas que pueden provocar estos molares retenidos son: apiñamiento dental (Por falta de espacio entre dos paredes inextensibles: cara distal del 2do. molar y borde anterior de rama ascendente)¹ daño a los dientes vecinos (caries, patología periodontal), quistes (Complicación seria que se desarrolla cuando el saco pericoronario que rodea al diente se llena de fluido y este se agranda hasta causar un ensanchamiento que perfora el maxilar conllevando a daños permanentes a la pieza adyacente, al hueso y los nervios.)³ y en raras ocasiones tumores.⁶ Esto ocasiona un trans-operatorio complicado, por ende el post-operatorio debe de tener un cuidado muy especial.

La falta de armonía en el desarrollo y tamaño de dichos huesos, provocan también anomalías en el perfil de la cara. Las intervenciones de cirugía ortognática se utilizan para tratar esas deformidades dentofaciales.^{7,15,21,26,29}

En un estudio realizado en el año 2002 por Altamirano Adriana y colaboradores, se obtuvo que el sexo femenino fue el más afectado y entre las edades más afectadas fueron de 21 a 30 años.⁸ Según Centeno Ries los estados fisiológicos femeninos exacerbaban o despiertan los accidentes.¹

IV-¿ Cuál es la clasificación de los terceros molares retenidos?

Existen varias clasificaciones para los terceros molares que en general siguen los siguientes criterios:

- * Posición del Tercer Molar con relación al segundo molar.
- * Características del espacio retromolar.
- * Angulo del eje longitudinal del diente.
- * Cantidad de tejido óseo o mucoso que cubre el diente retenido.¹⁵

1- Relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar, según Pell y Gregory:

- ❖ **Clase 1:** Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- ❖ **Clase 2:** El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- ❖ **Clase 3:** Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.^{7,8,10,17,27,29}

3- Clasificación de Winter (Valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.) (Véase Figura 5)

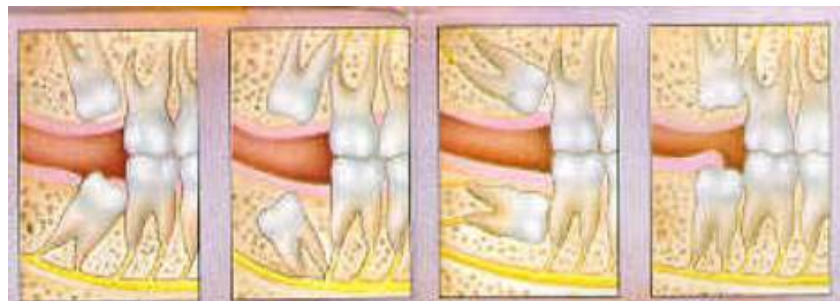


Figura 5. Clasificación de los Terceros Molares de Winter. De izquierda a derecha: posición mesioangular, distoangular, horizontal y vertical.

- Mesioangular.
- Vertical.
- Horizontal.
- Distoangular.
- Vestibuloversión.
- Linguoversión.
- Invertida.^{7,8,10,17,27,29}

4- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

- ✂ **Posición A:** El punto más alto del tercer molar está a nivel o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.
- ✂ **Posición B:** El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
- ✂ **Posición C:** El punto más alto del diente está a nivel o debajo de la línea cervical del segundo molar.^{7,8,10,17,27,29} (Véase Figura 6)



Figura 6. Profundidad relativa del Tercer Molar en el hueso. De izquierda a derecha: Posición A, B, y C.

¿Se debe extraer el diente si todavía no ha producido ningún problema?

Nadie puede asegurar que su tercer molar incluido vaya a producirle problemas, pero probablemente sí aparecerán.



Figura 7. Toma de decisión

Cuando la sintomatología o accidentes de erupción aparecen, la extracción suele ser más molesta y/o compleja, para evitar esto habitualmente se recomendará la extracción del mismo, antes de que ocurran complicaciones; aunque existen autores que en la actualidad difieren de esta decisión y señalan que solo cuando se haya comprobado radiográficamente que estas representan un futuro problema para el paciente, entonces se procederá a la extracción quirúrgica. Véase figura 7. La extracción suele ser más sencilla en los pacientes jóvenes, porque las raíces no están desarrolladas totalmente, el hueso es menos.^{1,5,7,10,25} Cuando un tercer molar viaja a su posición adecuada en el arco dental, en su camino de erupción a través de la encía puede verse interrumpido por el tamaño del maxilar por lo que las piezas están parcial o totalmente bloqueadas.^{1,7,25,28}

La etiología de la impactación del tercer molar es de origen diverso pudiendo depender de factores tales como:

- ♦ **Factores genéticos.** Véase figura 8.
- ♦ **Falta de espacio.**
- ♦ **Retardo en el crecimiento.**
- ♦ **Dirección de crecimiento.**
- ♦ **Dirección de erupción**
- ♦ **Influencia de línea oblicua externa y buccinador** ^{15,21,22,23,24,25,29}



Figura 8. ADN. Factor genético determinante.

VI- ¿Cuáles son los indicadores de riesgo de complicación?:

- ⌘ **Técnica quirúrgica.**
- ⌘ **Experiencia del cirujano.**
- ⌘ **Edad del paciente.**
- ⌘ **Condición sistémica del paciente.**
- ⌘ **Grado de erupción dentaria.** ^{7,8,9,10,17,27,29}

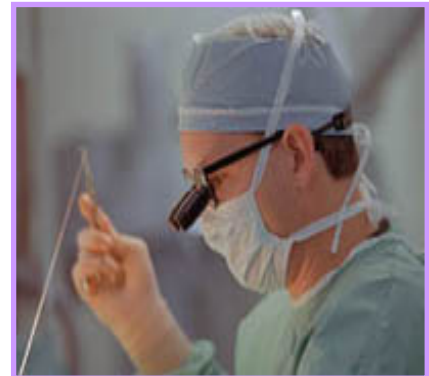


Figura 9. Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica: si no se corresponde con los principios quirúrgicos básicos, pasando por alto condiciones como calentamiento óseo, mal diseño y maltrato del colgajo, mala utilización de elementos de corte rotatorios etc., conllevará probablemente, a muchas complicaciones. ^{7,8,9,10,17,27,29} Véase figura 9.

En cuanto a la experiencia del cirujano, se sabe que a mayor tiempo ejerciendo prácticas quirúrgicas menos posibilidades de complicaciones, las cirugías se harán en menos tiempo y serán pocas o nada traumáticas para el paciente.

Con la edad del paciente hay que contemplar dos variables a saber:

- 1- La relación de efecto del trauma quirúrgico frente a la edad cronológica del paciente.
- 2- El nivel de densidad y la mineralización ósea mayores.

Esto obliga a resultados como: excesivo trauma quirúrgico, lesiones neuronales, fracturas radiculares, fracturas mandibulares y hemorragias. Las cirugías toman mayor tiempo quirúrgico y tienen efectos locales tardíos, pues el tejido adulto ya no tiene el mismo grado de regeneración que el tejido joven.^{1,6,7,8,22,28}

La condición sistémica del paciente, tal como inmunosupresión con medicamentos, diabetes, cardiopatías reumáticas, o inmunosupresión por retrovirus, es factor condicionante de complicaciones que hemos clasificado como mayor.^{1,6,7,8,22,28}

VII- ¿Cuáles son los pasos de extracción quirúrgica como regla general?

Para la realización de la extracción de aquellas piezas dentales que no asumen una posición y función correcta en el arco dentario, los pasos quirúrgicos como regla general son:

1. **Incisión.** Véase figura 10.
2. **Levantamiento del colgajo.**
3. **Osteotomía.**
4. **Ostectomía.**



Figura 10. Incisión, primer paso quirúrgico.

5. Operación propiamente dicha.

6. Tratamiento de la cavidad.

7. Sutura. ^{1,5,7,15,23,27}

VIII-¿Cuáles son las complicaciones post-quirúrgicas más frecuentes de los terceros molares retenidos

?



Figura 11. Tercer molar recién extraído

Un tercer molar parcial o totalmente incluido, puede provocar complicaciones trans y post-operatorias (inmediatas o tardías).

1. Complicaciones Trans-operatorias

- ✚ Hemorragia.
- ✚ Fracturas dentarias.
- ✚ Desplazamientos de fragmentos.
- ✚ Laceraciones de tejidos adyacentes.
- ✚ Lesiones nerviosas.
- ✚ Fracturas de dientes adyacentes.
- ✚ Fracturas de instrumental.
- ✚ Fractura de apófisis alveolar.
- ✚ Fractura de tuberosidad maxilar.
- ✚ Fractura de mandíbula.

2. Complicaciones Post-quirúrgicas: :

A Inmediatas:

- ✘ Dolor post-operatorio.
- ✘ Hemorragia primaria.

- ✘ Hematoma.
- ✘ Edema.

B Tardías:

- ✘ Osteítis Alveolar o alveolitis seca.
- ✘ Hemorragia secundaria.
- ✘ Parestesia de hemiarcada.
- ✘ Trismo.
- ✘ Dehiscencia de la herida.^{10,24,29}

1- Dolor Post-operatorio:

Los procedimientos de extracción ocasionan algún grado de dolor post-operatorio cuando se disipan los efectos anestésicos. Esto se considera una respuesta normal frente a un traumatismo inevitable en la cirugía. En la mayoría de los casos, el dolor no dura más de 12 a 24 horas. Cuando el dolor persiste más del lapso de tiempo normal, será un síntoma de otro tipo de complicación de mayor gravedad como una infección.^{7,8,9,15} Véase figura 12.



Figura 12. Dolor de muelita.

2- Hemorragia primaria y Hemorragia secundaria:

Durante las primeras 12 a 24 horas, es normal un ligero sangrado proveniente del alvéolo, esto es denominado Hemorragia primaria; pero cuando la pérdida de sangre es mayor de 450ml en 24 horas, es necesario un control de los signos vitales del paciente: respiración, pulso, presión arterial. Ver figura 13.



Figura 13. Toma de presión arterial.

Se efectuará una exploración quirúrgica de la zona operada para la solución de la misma.^{8,9,10} Cuando el sangrado ocurre de los 3 a 5 días después de la operación, suele deberse a una infección o a una disrupción mecánica del coágulo, y esto es llamado Hemorragia secundaria.^{1,6,7,8}

El 99% de las hemorragias post-extracción se deben exclusivamente a causas

locales:

- ✘ Lesiones traumáticas u óseas.
- ✘ Persistencia de un resto radicular (ápice) o un granuloma apical.
- ✘ Aparición de fenómenos infecciosos.
- ✘ Anomalías en la formación estructural del coágulo (patología sistémica).
- ✘ Vasodilatación secundaria producida por la adrenalina como fenómeno de rebote contenida en la solución anestésica.
- ✘ Lesión de vasos sanguíneos de alto calibre. ^{8,9,10}

3- Hematoma:

Acumulación de sangre extravasada, atrapada en los tejidos de la piel o en un órgano; producido por un traumatismo o una hemostasia incompleta tras la cirugía. Inicialmente se produce una hemorragia franca en un espacio; si el espacio es limitado, la presión disminuye y puede que cese el flujo de sangre. Los coágulos de sangre, la acumulación de plasma, el coágulo endurecido y la masa, son palpables para el explorador y a menudo es doloroso para el paciente. ^{1,6,7,8,10} Véase figura 14.



Figura 14. Paciente con Hematoma.

4- Inflamación o Tumefacción:

Existen numerosas causas que pueden provocar una

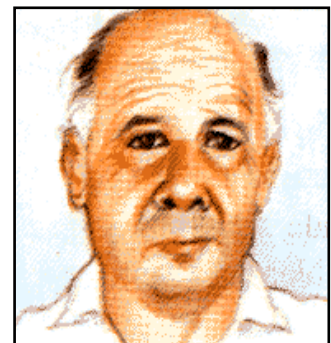


Figura 15. Paciente con inflamación por un tercer molar retenido extraído

respuesta inflamatoria: Biológicas, fisiológicas o químicas, lo cual establece una respuesta celular protectora de los tejidos del organismo ante una irritación o lesión. La inflamación puede ser aguda o crónica; clínicamente se manifiesta a nivel local con los clásicos signos de Celso: dolor, calor, rubor y tumor, acompañado de impotencia funcional.¹² Puede acompañarse de taquicardia o fiebre por estimulación de los agentes pirógenos en zonas reguladoras de temperatura.

La tumefacción que se produce en el post-operatorio es directamente proporcional al grado de traumatismo quirúrgico, o sea es consecuencia de operaciones extensas o difíciles. ^{1,6,7,8,10} Véase figura 15.

5- Osteítis alveolar o alveolitis seca

Puede ser atribuida a un incremento en la actividad fibrinolítica, también se puede atribuir a una serie de factores que actúan en conjunto retrasando la cicatrización, algunos de estos factores son:

- ✚ **Irrigación sanguínea:** la cual se considera menor en el hueso denso alveolar posterior en la mandíbula.
- ✚ **Edad:** Encontrándose el pico de incidencia en el grupo de las personas entre los 40 y 45 años de edad.
- ✚ **El uso de anticonceptivos orales** en las mujeres, ya que se considera que los anticonceptivos orales producen un incremento en la actividad fibrinolítica.
- ✚ **Bacterias presentes en el sitio de la extracción.**
- ✚ **Tabaquismo.**
- ✚ **Pericoronitis preexistente.**
- ✚ **Vasoconstrictor presente en el anestésico local.** ^{6,7,8,10,15,23}

También el trauma ocasionado por extracciones quirúrgicas como aquellas que incluyen levantamiento del colgajo, seccionamiento del diente y remoción de hueso, a lo cual también se suma el nivel de experiencia del cirujano dentista en exodoncia son causas activas de una osteítis alveolar. ^{1,6,7,8}

6- Parestesia de la Hemiarcada:

Este problema se origina después de lacerar o lesionar el nervio alveolar inferior por sobre instrumentación, elevación intempestiva del diente y curetaje profundo. Toda fuerza capaz de aplastar las paredes óseas del conducto mandibular comprimirá al nervio, provocando anestesia o parestesia en el área inervada por él. En casos favorables, la función del nervio deberá recuperarse de 5 semanas a 6 meses. ^{7,8,9,10,22,24,25} Véase figura 16.

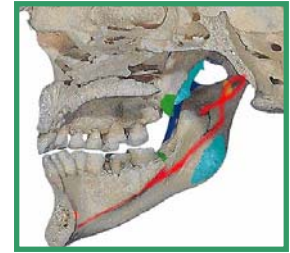


Figura 16. Recorrido del nervio alveolar inferior.

7- Trismo:

Espasmo tónico prolongado de los músculos de la mandíbula, ocasionado por un prolongamiento de tiempo operatorio o por un trauma maxilar¹⁰ y siempre acompaña a la alveolitis ya que debido a la inflamación produce espasmo muscular, impidiendo apertura de los maxilares. ^{8,9,10,22,24,25}

8- Dehiscencia de la herida:

Es la cicatrización retardada de la cavidad donde estuvo el tercer molar retenido, por mala técnica de incisión quirúrgica (herida muy grande e irregularidad de la incisión) y de sutura. Ver figura 17.

Seis factores influyen en la curación de una herida:

- * **Infección.** (Factor más importante debido a la cantidad de microorganismos presentes en boca.)
- * **Tamaño de la Herida.** (A mayor tamaño de la herida mayor el tiempo en que se regenere el tejido.)
- * **Irrigación Sanguínea.** (El trauma excesivo y la aterosclerosis perturban la irrigación sanguínea causando demora.)



Figura 17. Cicatrización incompleta.

- * **Reposo de parte del Paciente.**(Se refiere a no hacer grandes esfuerzos)
- * **Presencia de cuerpos extraños:** (Causa más común. Los fragmentos grandes se necrosan y los pequeños se exfolian.)
- * **Estado general del Paciente.** (Anemia profunda, Diabetes, Deficiencia vitamínica etc.) ^{8,9,10,22,24,25}

*MATERIALES Y
MÉTODOS:*

I. Tipo de estudio:

El estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal.

II. Área de estudio:

Se hizo uso de la sección de archivos del departamento de cirugía oral de la Facultad de Odontología, la cual contenía los expedientes clínicos de todos los tratamientos quirúrgicos de terceros molares retenidos realizadas por estudiantes del quinto curso de la carrera de odontología UNAN-León.

III. Población de estudio:

La población de estudio la constituyeron los expedientes clínicos de pacientes tratados quirúrgicamente en cirugía de terceros molares retenidos por estudiantes del V curso de Odontología UNAN-León, en los intervalos de edades agrupadas de 15 -25, 26 - 35, 36 - 45, 46 - 55.

IV. Operacionalización de variable

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Complicación post-quirúrgicas del tercer molar.	Proceso o fenómeno morboso ocurrido después de una cirugía y que no es parte esencial de ella, aunque puede tenerla como causa o bien obedecer a causas independientes a la cirugía de terceros molares.	Complicaciones encontrada en el expediente clínico de cada paciente, atendido según anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor post-operatorio - Hemorragia Primaria - Hemorragia secundaria - Dehiscencia de la herida. - Inflamación o Tumefacción. - Osteítis Alveolar o Alveolitis seca - Trismo - Parestesia de hemiarcada - Hematoma - Sin complicación
Edad	Periodo que transcurre desde el nacimiento de un ser vivo hasta la fecha actual.	Respuesta encontrada según la anamnesis en el expediente clínico.	15 – 25 26 – 35 36 – 45 46 – 55
Sexo	Carácter o cualidad biológica que distingue al macho de la hembra expresado por el análisis de las características gonadales, morfológicas (interna y externa) cromosomas y hormonales del individuo.	Respuesta encontrada según la anamnesis en el expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino
Arcada dental	Estructura anatómica semejante a una serie de arcos situada en el 1/3 inferior del esqueleto óseo de la cabeza donde se localiza la dentición por orden de erupción.	Respuesta encontrada según la anamnesis en el expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> - Superior 18-28 - Inferior 38-48

V. Recolección de datos:

1. Solicitamos al jefe de Clínicas de la facultad de Odontología, la autorización para la revisión de expedientes clínicos y le explicamos los objetivos de estudio.
2. Se procedió a solicitar los expedientes clínicos aquellos que fueren de interés para nuestro estudio, en el área de archivo de dicho departamento.
3. La información recolectada la anotamos en una ficha de recolección de datos la cual fue elaborada previamente para uso exclusivo de este estudio

VI. Criterios de Inclusión:

1. Todos los expedientes clínicos de pacientes a los que se les realizó cirugía de tercer molar retenido por estudiantes del V curso de la Facultad de Odontología UNAN-León.
2. No se tomó en cuenta el número de pacientes, sino el número de cirugías de terceros molares realizadas a cada paciente.

VII. Instrumentos:

- ✘ Ficha de recolección de datos.
- ✘ Lápiz.
- ✘ Expediente Clínico.
- ✘ Datos procesados en el programa Excel, por computadora.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes atendidos por cirugía de terceros molares retenidos según edad y sexo, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
15-25	39	55.7	11	15.7	50	71.4
26-35	10	14.3	2	2.90	12	17.2
36-45	6	8.60	1	1.40	7	10.0
46-55	0	0	1	1.40	1	1.40
Total	55	78.6	15	21.4	70	100

Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.

Según nos muestra la tabla anterior, al sexo femenino fue a quien se le practicó mayor cantidad de cirugías obteniendo un 78.6% (55 pacientes) y el sexo masculino solo obtuvo 21.4% (15 pacientes) y en ambos sexos el grupo etáreo de 15 a 25 años, fue el que más asistió.

Tabla 2. Frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.

Complicación Post-quirúrgica	Cantidad	Porcentaje
Dehiscencia de la herida.	4	6
Inflamación.	12	17
Dehiscencia de la herida + Inflamación.	3	4
Dolor post-operatorio + Inflamación.	1	1
Dolor post-operatorio + Alveolitis + Dehiscencia de la herida + Trismo.	3	4
Sin complicación.	47	68
Total.	70	100

Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.

En la tabla anterior, podemos observar que hubo un alto porcentaje de cirugías que no se complicaron, obteniendo un 68% de nuestro 100%; la que presentó mayor grado de complicación fue INFLAMACIÓN con una frecuencia de 17%, seguida por DEHISCENCIA DE LA HERIDA con un 6%.

Tabla 3. Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el **sexo femenino**, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.

Edad	Complicados		No complicados		Total	
	No	%	No	%	No	%
15-25	12	31	27	69	39	100
26-35	4	36.4	6	63.6	10	100
36-45	3	50	3	50	6	100
Total	19	34.5	36	65.5	55	100

Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.

Esta tabla nos muestra que la mayoría de pacientes atendidos del sexo femenino no tuvo ninguna complicación ocupando el 65.5%; en cuanto a los grupos etáreos, los resultados mostraron que el que presentó menor tendencia a complicaciones fue el de 15 a 25 años con un 31%, pese a que fueron los que más asistieron; y que el grupo etáreo donde hubo mayor frecuencia de complicaciones fue el de 36 a 45 años con un 50%.

Tabla 4. Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el **sexo masculino**, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.

Edad	Complicados		No complicados		Total	
	No	%	No	%	No	%
15-25	2	18.2	9	81.8	11	100
26-35	1	50	1	50	2	100
36-45	0	0	1	100	1	100
46-55	1	100	0	0	1	100
Total	4	26.6	11	73.4	15	100

Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.

En el sexo masculino la mayoría de los pacientes atendidos, ósea el 73.4% no se complicó, en cuanto a grupo etáreo, los que presentaron menor tendencia a complicaciones fueron de 15 a 25 años; aunque fueron los que más asistieron. Es importante mencionar que solo un paciente del grupo etáreo de 46 a 55 años fue atendido y este resultó con complicación.

Tabla 5. Distribución porcentual de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos según **arcada dentaria**, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.

Arcada dental	Órgano dental	Complicados	
		No	%
Superior	18	4	17.4
	28	4	17.4
Inferior	38	10	43.5
	48	5	21.7
Total		23	100

Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.

Esta tabla nos muestra que existe una significativa diferencia entre la arcada superior y la inferior; siendo la inferior la que obtuvo el mayor porcentaje de complicaciones, con preferencia en el órgano dental número 38 con un 43.5%.

*DISCUSIÓN DE
RESULTADOS:*

De todo lo observado en nuestro estudio se obtuvo que, tanto en el sexo femenino como en el masculino el mayor número de cirugías fueron realizadas entre las edades de 15 a 25 años con un 55.7% y 15.7% respectivamente, el sexo que predominó fue el femenino logrando un 78.6% de asistencia con respecto al masculino el cual solo obtuvo un 21.4%. El estudio realizado por los autores Altamirano Adriana Lucía y colaboradores, se asemeja a nuestros resultados, pese a que la división de los rangos de edades es diferente ya que ellos tienen los siguientes grupos etéreos: 10-20, 21-30, 31-40 y 41-50 obteniendo en sus resultados que el rango de edades que más se atendió por cirugías fue de 21 a 30 años obteniendo un 51 %, y el sexo que predominó en asistencia fue el femenino con un 78.7%; para Centeno Ries al igual que para nosotros, la edad en que se presentan con mayor frecuencia los accidentes de erupción varía entre las edades de 18 y 28 años, aunque se encontraron casos de 15 años hasta un anciano de 82 años.

También se observó en nuestro estudio que el número de pacientes atendidos para cirugía de terceros molares retenidos en las clínicas disminuye conforme avanza la edad, esto se puede asociar con el hecho de que a mayor edad el tercer molar ya se encuentra ocupando un lugar en la cavidad bucal y el problema o molestia ya no radicaría en la erupción, sino en el cuidado o higiene del paciente, o por apiñamiento dental, tal como se explica en toda bibliografía maxilofacial; entonces la causa de extracción dental sería por caries, periodontitis del adulto grado severo, anquilosis de la estructura dentaria e hiper cementosis; por tanto se vuelve más complicada y dura más el proceso de la extracción quirúrgica de la pieza, no solo por patologías bucales sino también por el nivel de densidad, el grado de mineralización ósea y porque las raíces del tercer molar están totalmente formadas, lo cual podría ser traumático para los tejidos y dientes adyacentes al tercer molar y por ende será traumático para el paciente.

En nuestro estudio el sexo que obtuvo mayor frecuencia de complicaciones fue el femenino con un 34.5%, lo cual coincide con la bibliografía de Centeno Ries, la cual estipula que los estados fisiológicos de femeninos exacerban o

despiertan los accidentes por lo cual se encuentra un ligero predominio en el grado de afectación.

En la presente investigación se menciona que el mayor número de cirugías atendidas fueron en personas de 15 a 25 años; sin embargo representaron el porcentaje más bajo de complicaciones con un 31% en el sexo femenino y 18.2% en el sexo masculino; así mismo se encontró que el mayor número de complicaciones se presentó en los pacientes entre las edades de 46 a 55 años en el sexo masculino con el 100% ya que solo un paciente se presentó en ese rango de edad y este resultó complicado, en el sexo femenino la frecuencia de complicaciones se dio entre las edades de 36 a 45 años con el 50%, mientras que en los estudios realizados por los autores Altamirano Adriana Lucía y colaboradores, el grupo etáreo con más complicaciones fue el de 41 a 50 años con un 66.6%, lo cual no coincide con nuestro resultado en cuanto a rangos de edades, pero al menos nos dice que casi siempre las complicaciones se dan en personas adultas entre los 36 y 60 años. La explicación que la literatura le da a éste resultado, es que a ésta edad la raíz de los terceros molares ya se encuentran totalmente formadas y anatómicamente son de forma irregular, ya sea uni-radicular (piramidal o rectangular) o bien pueden ser totalmente diferenciadas (bi-radicular) ; a mayor edad existe más densidad ósea y mientras la raíz sea más irregular, más adherida se encontrará al hueso alveolar, por lo cual tiende a provocar mayor daño a los tejidos adyacentes al realizarse la cirugía; aunque esto también dependerá de la pericia del cirujano.

El número de complicaciones post-quirúrgicas fue muy bajo (32%) con respecto a las cirugías no complicadas (68 %), al igual que en el caso de los autores Altamirano Adriana Lucía y colaboradores, en la cual el porcentaje de no complicadas fue mayor (82%) que los casos complicados(18%); en el estudio presentado por los autores Zambrana Larios Alejandra y colaboradores, en la cual se dividen las complicaciones en trans y post-operatorias, refleja que el porcentaje de las complicaciones post-operatorias alcanzó un 13% y el 87% no presentó complicación alguna. Esto puede deberse al hecho de que los estudiantes están siendo muy bien asesorados por sus respectivos tutores,

más pacientes siguen las recomendaciones post-quirúrgicas que se le orientan y al hecho de ser la mayoría pacientes jóvenes y aparentemente sanos.

La complicación que ocupa el primer lugar en nuestro estudio es la INFLAMACIÓN con un 17%, y en segundo lugar se encuentra la DEHISCENCIA DE LA HERIDA con un 6%. En el estudio presentado por los autores Zambrana Larios Alejandra y colaboradores, la complicación que alcanza la mayor frecuencia es la combinación de TRISMO + HEMATOMA con un 9%, mientras que en el estudio realizado por los autores Altamirano Adriana Lucía y colaboradores fue ALVEOLITIS con un 45.4%. Los tres estudios difieren a totalidad en cuanto a cual es la complicación más frecuente; sin embargo en lo que se refiere a nuestros resultados creemos que estas complicaciones tienen relación con la falta de pericia operatoria por parte de los estudiantes que realizaron dichas cirugías, como se expresa en la bibliografía de Kruger "Cirugía Bucal y Maxilofacial". 4ta. Edición. Existen factores que influyen en el proceso de cicatrización como el hecho de que a mayor tamaño de la incisión mayor es el tiempo para que se regenere el tejido; además los traumas excesivos perturban la irrigación sanguínea, retardando el proceso de cicatrización y provocando inflamaciones posteriores a la cirugía, o por una mala técnica de sutura, deduciendo como consecuencia de esto la inexperiencia del operador; aunque también se debe a la posición con la cual erupcione el tercer molar, según nos explica Laskin Daniel en su Libro Cirugía Maxilofacial 4ta. Edición. En cuanto a los resultados presentados por los autores Altamirano Adriana Lucía y colaboradores alegan que dichas complicaciones se deben a falta de cuidado por parte del paciente y a que el espacio entre la corona y el colgajo gingival suprayacente favorecen el crecimiento bacteriano por acúmulo de restos alimenticios. En el estudio presentado por los autores Zambrana Larios Alejandra y colaboradores se da la respuesta de que se presentaron dichas complicaciones (Hematoma + Trismo) debido a que los procedimientos fueron realizados por operadores con poca pericia.

Del resto de las complicaciones encontradas en nuestro estudio, dos combinaciones alcanzaron el mismo porcentaje del 4%, como son:

DEHISCENCIA DE LA HERIDA +INFLAMACIÓN Y DOLOR POST-OPERATORIO + ALVEOLITIS + DEHISCENCIA DE LA HERIDA + TRISMO Y LA COMBINACIÓN DOLOR POST-OPERATORIO + INFLAMACIÓN, la cual obtuvo la menor frecuencia con tan solo el 1%.

Se observa que el mayor porcentaje de complicaciones se presentó en la arcada inferior con preferencia en la pieza número 38, representando un 43.5% y en la 48 la frecuencia es de 21.7%; lo cual coincide con los resultados obtenidos por los autores Altamirano Adriana Lucía y colaboradores, en la cual el órgano dental número 38 obtuvo el mayor porcentaje con un 25.9% y la pieza 48 con un 10.6%, lo cual ratifica que la arcada inferior tiende a complicarse más debido a la densidad del hueso, a la posición del tercer molar con respecto al segundo molar y a la rama mandibular, y resulta delicada su remoción quirúrgica; Centeno Ries en su libro Cirugía Bucal 3ra edición, nos dice que este molar es tan complejo para erupcionar, que en bibliografías anglosajonas dedican libros completos para hablar de prevención de complicaciones y cuales son los principales problemas que causan, y que en nuestro idioma somos responsables de analizar y dar a conocer estos fenómenos; por lo antes dicho y por los detalles anatómicos asociados con los terceros molares inferiores (óseos, musculares y nerviosos) es que la arcada inferior es en la que más complicaciones suceden. Según nuestro análisis creemos que también puede deberse al fenómeno de la gravedad, la cual atrae a los restos alimenticios hacia la arcada inferior logrando retención de estos en las piezas dentales, surco gingival y espacios entre la lengua y piso de la boca, y según Centeno Ries declara en su libro de Cirugía Bucal 3ra. Edición, los microorganismos que habitan en la cavidad oral por su mecanismo de acción exacerban su virulencia.

Cabe resaltar que de todas las complicaciones que mencionamos en nuestra operacionalización de la variable (Hemorragia, Dehiscencia de la herida, Inflamación, Dolor post-operatorio, alveolitis seca, trismo, Parestesia de hemiarcada y Hematoma) las que obtuvieron el cero % de frecuencia fueron Parestesia de la Hemiarcada, Hematoma y Hemorragia.

CONCLUSIONES:

- ✚ La frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas en los pacientes atendidos en los quirófanos de Cirugía Oral fue baja (32%) con respecto a los no complicados que obtuvieron un 68%, siendo la inflamación la complicación predominante.
- ✚ La mayor frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos en el sexo masculino se presentó en el grupo etáreo de 46 a 55 años con el 100% y en el sexo femenino fue de 36 a 45 años con el 50%. La mayoría de los pacientes atendidos en los quirófanos para cirugía de terceros molares retenidos fue el grupo de pacientes de 15-25 años con un 71.4% en ambos sexos.
- ✚ La frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos es mayor en la arcada inferior, obteniéndose la mayor frecuencia de complicaciones en la pieza número 38 con un 43.5%.

RECOMENDACIONES:

Recomendamos:

- ✚ Hacer énfasis a los estudiantes sobre la importancia en la prevención de las complicaciones post-quirúrgicas.
- ✚ Que los tutores tengan un mayor acercamiento maestro - alumno durante el proceso quirúrgico realizado por los estudiantes con mayor énfasis en el momento de la incisión y la sutura para disminuir el riesgo de complicación.
- ✚ Que los programas preventivos que brinda la Facultad de Odontología se extiendan a las escuelas secundarias con el objetivo de orientar acerca de la importancia de diagnosticar a tiempo la erupción del tercer molar y las complicaciones que puedan presentarse al realizarse esta cirugía a mayor edad.
- ✚ Que los alumnos hagan más énfasis en las instrucciones post-quirúrgicas a los pacientes y en recordarles el alto riesgo de presentar una infección si no siguen las recomendaciones previamente dadas.
- ✚ Tomar en cuenta siempre la salud general del paciente para la realización de cirugías y para prescribir una adecuada terapia ya sea antibiótica, antiinflamatoria, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Centeno, Ries Guillermo**
Cirugía bucal
3a. Edición. Editorial el Ateneo.
Buenos Aires Argentina 1979.
2. **Cosme Gay, Berini Aytes Leonardo.**
Anestesia Odontológica.
1ra. Edición avances Médico - Dentales.
3. **Hungles**
Investigación científica, Ciencias de la salud políticas
5ta. Edición. Editorial Mcgraw- HIL Interamericana
4. **Davis, W. L.**
Histología-Embriología.
1ra. Edición nueva editorialInterAmericana.
México 1986.
5. **Kruger, Gustavo**
Cirugía bucal Maxilofacial
4ta. Edición. Editorial Interamericano
1979
6. **Kruger, Gustavo**
Cirugía buco-maxilo-facial.
Edición Científico-técnica.
Habana, 1982.
7. **Laskin, Daniel**
Cirugía bucal y Maxilofacial.
2da. Edición. Editorial Médica Panamericana.
Buenos Aires Argentina. 1988
8. **Monografía:** Complicaciones frecuentes en tratamiento post quirúrgico de terceras molares en la facultad de Odontología UNAN-León, período Marzo-Julio, año 2002.
Adriana Lucia Altamirano Valdivia, María Haydee Dávila Rodríguez y Dina Esmeralda Espinoza Rodríguez. León-Nicaragua 2003.
9. **Monografía:** Frecuencias de complicaciones post-quirúrgicas a una extracción dentaria. Abril- Diciembre 2001.
UAM, Managua. 2001.
Bra. Raquel Salvador Rojas y Bra. Maria José Tiffer. Managua-Nicaragua 2002.
10. **Monografía:** Frecuencia de complicaciones en el trans y post operatorio de cirugías de terceros molares realizadas en las clínicas de cirugía oral

de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, en los meses de septiembre-octubre del 2003.

Alejandra Larios Zambrana, Doris Karla Bravo Valle, Kenia Eunice Castro Rosales. León- Nicaragua 2004.

11. Morris, Braham.

Odontología Pediátrica.

Editorial Médica Panamericana.

12. Mosby Pocket: Diccionario de medicina y ciencias de la salud.

Edición en español. Harcourt, S. A.

Madrid, España. 2002.

13. Piura López, Julio.

Introducción a la Metodología de la investigación Científica.

1ra. Edición. Editorial El Amanecer. 1994.

14. Stedman

Diccionario de Ciencias Médicas

25 a. Edición. Editorial medica Panamericana

1993

INTERNET

Todas las páginas web que se muestran a continuación fueron revisadas entre Octubre 2004 y Mayo 2005.

15.<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005168/lecciones/Capitulo1/Lec1.html>

16.<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005168/lecciones/Capitulo1/Lec1-2-1.html>

17.http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord08199.htm (caries y otras)

18.<http://www.angelfire.com/pro/enriquec/p4.html>

19.<http://srjoseluis.tripod.com/id27.html>

20.<http://www.icqmed.com/articulos/cordales/default.htm>

21. http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_1_00/ord04100.htm.
22. <http://www.blanqueamientodontal.com/muelas%20juicio.html>.
23. <http://www.mcghealth.org/printer/internet/Greystone/speds/dental/wisdom.html>
24. http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_adolescent_sp/wisdom.cfm.
25. <http://www.jorge-alonso.com/rodriguez-calzadilla/retencion.htm>
26. <http://maxieimplantes.galeon.com/tercerosmolares/tercerosmolares.htm>
27. <http://www.icqmed.com/articulos/cordales/default.htm>
28. <http://www.oralmaxilofacial.com/patologia2.html>
29. <http://www.maxilofacial.com>
30. http://www.icqmed.com/articulos/cordales/default.htm.mx/Info_Hacemos.htm
31. <http://www.odontologia-online.com/casos/part/JMP/JMP03/jmp03.html>
32. <http://www.dentopolis.com/imagenes-odontologia.html>

ANEXOS

ANEXO 1

FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNAN – LEON

Ficha de recolección de datos:

Las complicaciones Post-quirúrgicas en cirugías de terceros molares retenidos atendidos en los quirófanos de cirugía oral de la facultad odontológica:

- No. de Ficha _____ No. de Expediente _____
- Sexo: F _____ M _____ Edad en años _____
- Diagnóstico del caso:

- No. de pieza a extraer _____

Complicaciones Post-quirúrgicas de cada paciente:

- Hemorragia _____
- Dolor Post-operatorio _____
- Parestesia de hemiarcada _____
- Alveolitis seca _____
- Trismo _____
- Inflamación _____
- Hematoma _____

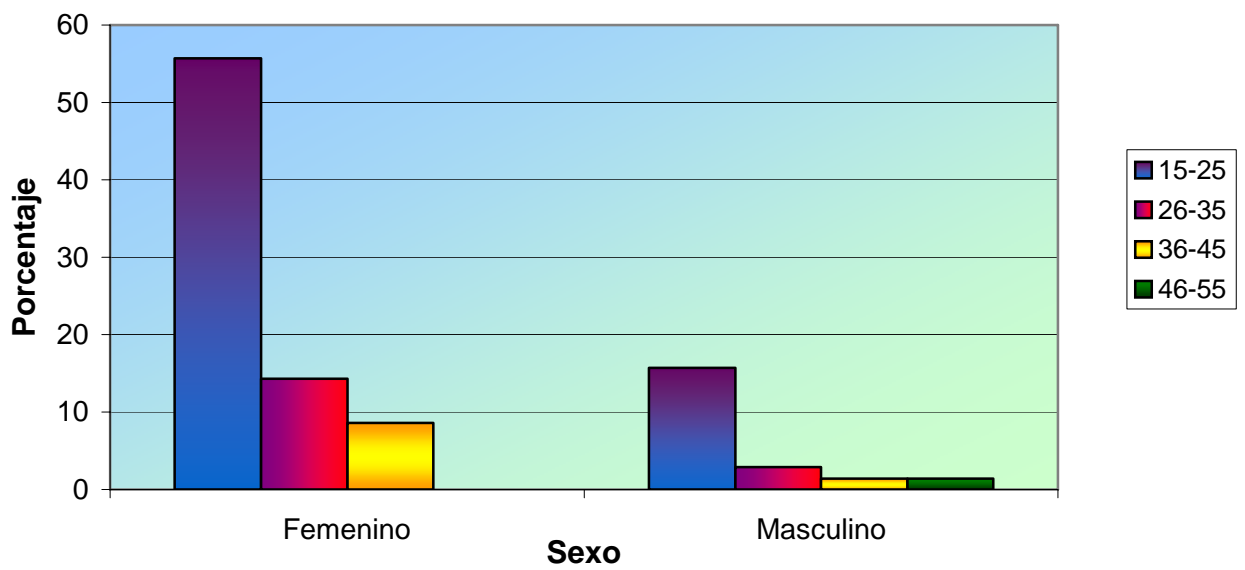
Observaciones

ANEXO 2

Gráficos

Gráfico 1

Distribución porcentual de pacientes atendidos para cirugía de terceros molares retenidos según edad y sexo, Facultad de Odontología, UNAN-León, período comprendido de marzo a julio 2004.

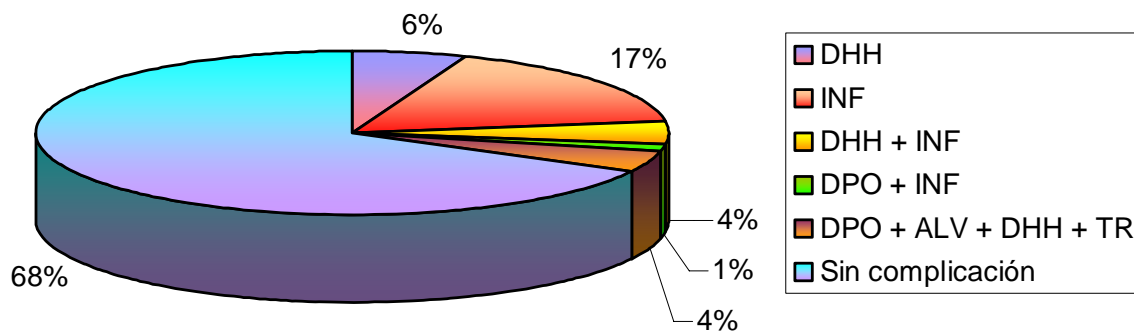


Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.



Gráfico 2

Frecuencia de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004



Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.

DHH: Dehiscencia de la Herida.

INF: Inflamación.

DPO: Dolor Post-operatorio

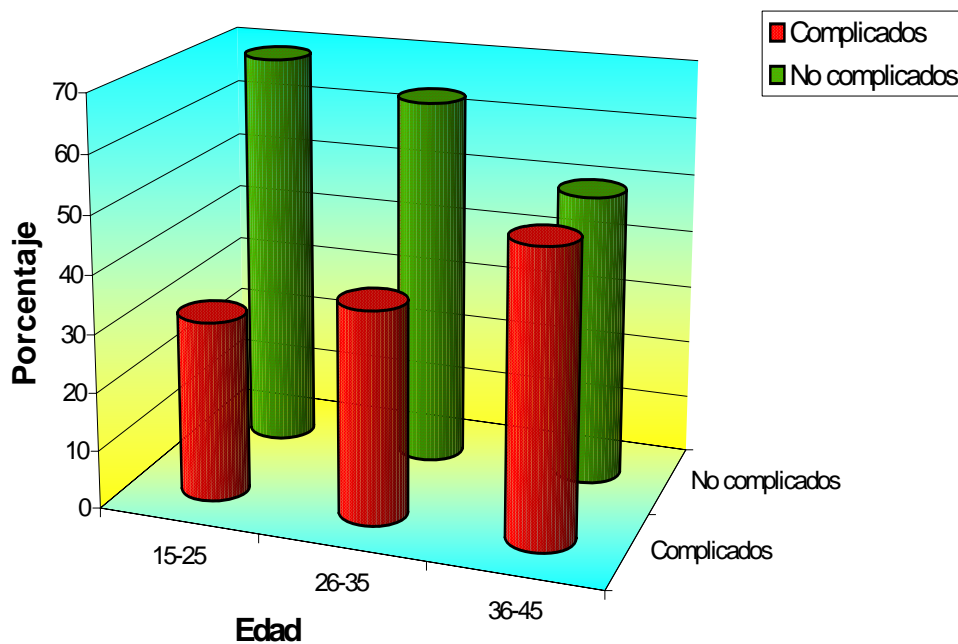
ALV: Alveolitis.

TR: Trismo



Gráfico 3

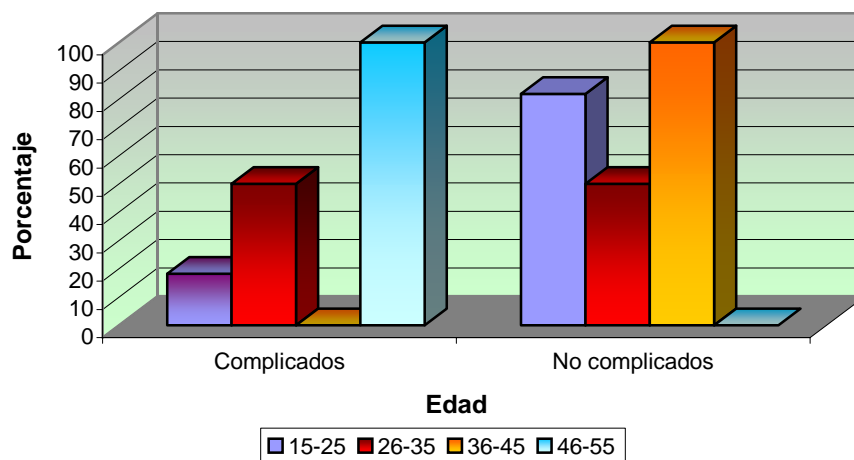
Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el sexo femenino, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.



Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.

Gráfico 4

Frecuencia de pacientes con complicaciones post-quirúrgicas en cirugía de terceros molares retenidos según edad en el sexo masculino, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.

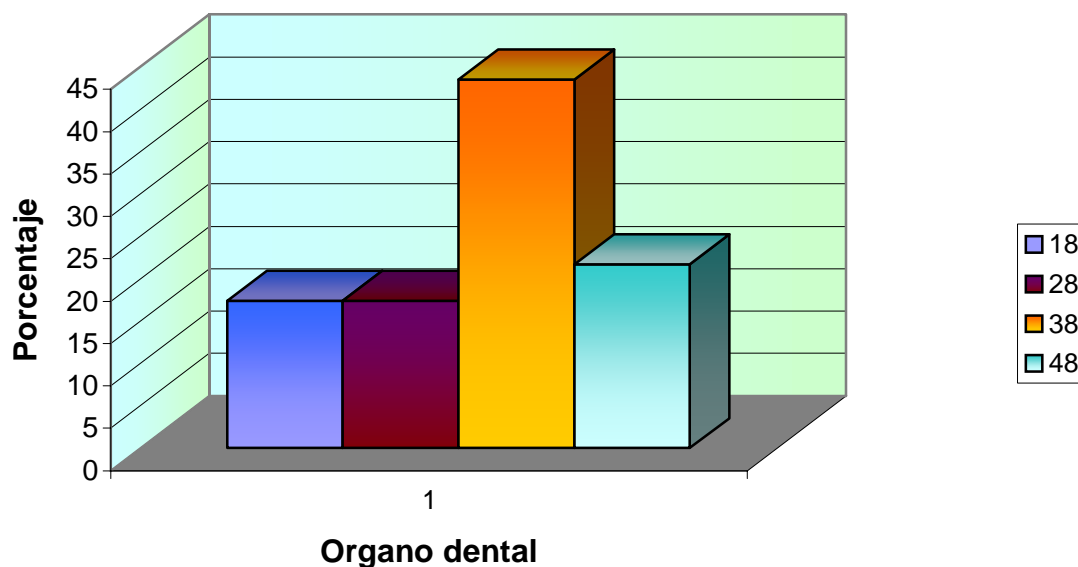


Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.



Gráfico 5

Distribución porcentual de complicaciones post-quirúrgicas de terceros molares retenidos según arcada dentaria, Facultad de Odontología, UNAN- León, período comprendido de marzo a julio 2004.



Fuente: expedientes de quirófanos de Cirugía Oral.