



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN-León. Facultad de Odontología.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

UNAN-León.

Facultad de Odontología.



Complicaciones post-operatorias en cirugías de terceras molares inferiores, en pacientes atendidos por estudiantes de IV y V año, facultad de odontología, UNAN-León, Agosto-
Noviembre 2010.

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA.

Autoras: Karla Gissell Vargas García.

Gretel Rebeca Villanueva Salazar.

Tutor: Dr. Daniel Mantilla.

Asesor Metodólogo: Dr. Jorge Cerrato.



QUEREMOS AGRADECER:

Primeramente a Dios, ya que gracias a su ayuda hemos podido cumplir con muchos de nuestros sueños.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional, su comprensión, las palabras de aliento que nos han dado, la motivación de lucha constante para salir adelante y el amor que nos han brindado llenando nuestras vidas.

A nuestros hermanos y amigos (as), por estar a nuestro lado en los buenos y malos momentos.

A Docentes de la Facultad, por los conocimientos brindados y que nos inculcaron para convertirnos en buenos profesionales.

Muchas gracias de todo corazón a todos.



DEDICAMOS ESTA TESIS A:

Dios, por darnos la fuerza y perseverancia necesaria para poder cumplir con nuestra meta.

Nuestros padres y hermanos, por el amor y apoyo incondicional q nos brindaron en nuestros momentos de debilidad y la motivación que nos daban cuando recaíamos.

Nuestras amigas, por haber podido compartir con ellas la satisfacción de culminar nuestro trabajo.

Docentes de la Facultad de odontología, porque sin ellos no hubiéramos podido adquirir los conocimientos necesarios para culminar como buenos profesionales.

Y a todas las personas que nos brindaron información para poder cumplir con los objetivos planteados en nuestra tesis.



INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Objetivos.....	4
Marco Teórico.....	5
Materiales y Método.....	18
Resultados.....	20
Discusión de Resultados.....	24
Conclusiones.....	28
Recomendaciones.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	31



RESUMEN

Todo procedimiento quirúrgico se ve antecedido por medidas preventivas ante una complicación, medidas tomadas tanto por el docente como por el estudiante aplicándolas con detalle al paciente, sin embargo en el momento o después del tratamiento quirúrgico pueden surgir diferentes complicaciones.

Estas complicaciones pueden darse ya sea por descuido del paciente o por falta de interpretación a las medidas a seguir para prevenirlas.

Para el procedimiento quirúrgico de terceras molares debe tomarse en cuenta un sinnúmero de factores que pueden alterar el adecuado proceso de recuperación del organismo.

Es por ello que con el presente estudio “Complicaciones post-operatorias en cirugías de terceras molares inferiores, en pacientes atendidos por estudiantes de IV y V año, facultad de odontología, UNAN-León, Agosto-Noviembre 2010”. Se pretendió mencionar las complicaciones que más se presentaron haciendo mayor énfasis en el control post-operatorio de cada paciente.

Es un estudio de orden descriptivo, retrospectivo y no probabilístico de corte transversal.

Los resultados obtenidos indican que el grupo etáreo más afectado fue de 15-25 años de edad con predominio del sexo femenino.

El nivel de escolaridad que presentó mayor número de complicaciones fue el nivel primario y con respecto a la ocupación fue el trabajador rural.

La posición que presentó un valor elevado de complicaciones fue la mesio angular; con la complicación tumefacción y otras series de resultados que en el desarrollo de este material se explican con más detalle.



INTRODUCCION

Dentro de las medidas que la medicina emplea para el tratamiento de las enfermedades, existe uno, caracterizado esencialmente por la utilización de procedimientos manuales conocidos como cirugía o terapia quirúrgica. La cirugía oral menor es aquel procedimiento realizado en la cavidad bucal en las regiones correspondientes a: Huesos Maxilares, Procesos Alveolares y Regiones vecina en las cuales las patologías dentarias pueden tener relaciones.

Toda intervención quirúrgica consta de varios tiempos como son:

- Diéresis de los tejidos.
- Operación propiamente dicha.
- Síntesis de los tejidos.

Los conocimientos sobre las complicaciones en cirugía oral menor de terceras molares son de suma importancia para el cirujano oral maxilofacial como para el estudiante de odontología, dado que la erupción de esta pieza dental se acompaña de una serie de accidentes que pueden ser leves o de suma gravedad dando lugar a complicaciones que son capaces no sólo de alterar la salud de los tejidos bucales vecinos sino también de la salud general del individuo.

Sobre la base antes planteado, el presente estudio trata de describir las complicaciones post-operatorias más frecuentes en terceras molares inferiores, en pacientes atendidos por estudiantes de IV y V año, facultad de odontología, UNAN-León, Agosto-Noviembre 2010.

Anterior al presente estudio, se han realizado otros que evalúan diferentes complicaciones de las extracciones de las terceras molares inferiores. En el año 1989 el Dr. P. Amador realizó un estudio sobre complicaciones post-quirúrgicas en exodoncia de terceras molares retenidas en el que se encontró que el Dolor postoperatorio fue la complicación primaria seguida por la infección del alveolo dental.

Se puede agregar la existencia de estudios realizados en el Hospital Manolo Morales Peralta en la Ciudad de Managua por la Dra. Martha I. Hernández, en el año 1994 sobre complicaciones más frecuentes en el proceso de cirugía de terceras molares en el cual se obtuvo principales complicaciones:

- Dolor.
- Hemorragia.
- Alveolitis.
- Trismos.



Se realizó un estudio en 680 pacientes operados de terceras molares inferiores que fueron atendidos en el servicio de Maxilofacial del Hospital docente clínico-quirúrgico “Abel Santamaría” de la Facultad de Ciencias Médicas, en la ciudad Habana, en el período comprendido entre el 6 de Octubre de 1998 y el 6 de Octubre de 1999 con el objetivo de determinar las complicaciones postoperatorias más frecuentes encontradas en los pacientes operados. Se plantean y analizan los resultados obtenidos y se establecen comparaciones con estudios anteriores. El procedimiento quirúrgico de terceras molares constituye una de las actividades operatorias más frecuentes dentro del marco de la cirugía maxilofacial y a partir de la cual pueden aparecer complicaciones que exigen su diagnóstico oportuno y tratamiento. Como complicaciones postoperatorias más frecuentes se encontraron la alveolitis en el 29,6 %, la celulitis facial postquirúrgica en el 22,7 %, la hemorragia en el 18,2 % y el trismo mandibular, en el 13,7 % de los casos.

En estudio realizado por la Dra. Adriana Lucía Altamirano en la facultad de Odontología UNAN-León en el año 2002, sobre complicaciones postoperatorias en cirugía de terceros molares, se encontró que el grupo de edades más afectados en el tratamiento postoperatorio fue comprendido entre los 21 a 30 años con un 9.7% con Alveolitis, Inflamación y de los 3.2% seguido de un gran heterocentro de los 17 a 20 años con 2 casos de inflamación con 8.6%, un caso de Inflamación + Trismo en un 4.3% y un caso de Inflamación + dolor con un 4.3%. Así mismo el grupo heterocentro de 41 a 50 años presentó 2 casos de alveolitis en un 66.6%.

Se llevó a cabo este estudio ya que es de vital importancia en nuestra práctica profesional conocer cuáles son las complicaciones postoperatorias, para así evitar al máximo errores que pueden repercutir en la salud de nuestros pacientes. Así mismo implementar medidas de prevención y tomar como ejemplo maniobras realizadas de manera incorrecta para así modificar los procedimientos y obtener resultados favorables, y que de esto sirva como base de referencia para que sean evaluados, estudiados, y tomados en cuenta por los estudiantes y grupos de docentes del área de cirugía oral para hacer énfasis control de los pacientes; y de esta manera mejorar la atención en el área de cirugía oral de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN- León.



Objetivo General:

Describir las complicaciones post-operatorias más frecuentes en terceras molares inferiores, en pacientes atendidos por estudiantes de IV y V año, facultad de odontología, UNAN-León, Agosto-Noviembre 2010.

ObjetivoEspecíficos:

- Caracterizar al paciente con complicaciones post- operatorias en cirugía de terceros molares inferiores según ocupación del paciente.
- Identificar al paciente con complicaciones post- operatorias en cirugía de terceros molares inferiores según el nivel de escolaridad del paciente.
- Determinar las complicaciones post- operatorias, con respecto a la posición (Winter) de terceras molares inferiores.
- Conocer la frecuencia de complicaciones que ocurrieron en los procedimientos quirúrgicos de terceras molares inferiores durante el post-operatorio, según Edad/Sexo.



MARCO TEORICO

Los Terceros Molares, son los últimos dientes en erupcionar, y lo hacen entre los 17 y los 25 años de vida. Popularmente se los conoce como “Muelas del Juicio”, porque aparecen en boca a esta edad cuando el paciente ya tiene “Juicio” (o criterio formado).

Los Terceros Molaesson cuatro: dos en el maxilar superior y dos en la mandíbula, una derecha y otra izquierda respectivamente, pertenecen a la segunda dentición de los adultos, ausentes en la primera dentición, y son las piezas dentarias que con mayor frecuencia se hallan retenidas, impactadas o incluidas dentro del hueso.(1)

Por lo cual, Gay Escoda considera los siguientes grupos:

- **Diente impactado.**

Erupción detenida por una barrera física o una posición anómala del diente.

- **Diente retenido:**

- ⌘ Retención primaria.

Erupción retenida sin que haya una barrera física o posición anómala.

- ⌘ Retención secundaria.

Igual que la primera pero una vez aparecido el diente en su cavidad bucal.

- **Diente incluido.**

Aquel que permanece dentro del hueso una vez pasada su fecha de erupción.(2)



El tercer molar, órgano terminal de la serie dental presenta variedad de formas anatómicas.

- **Forma:** Se parece en algunos casos al primer molar inferior, en otros casos al segundo molar y en otros casos no tienen similitud con otros dientes. No es raro encontrar ausencia congénita del tercer molar, así como cuarto quinto molar.
- **Tamaño:** El gigantismo o enanismo son anomalías frecuentes en estos dientes.
- **Raíces:** Su porción radicular es irregular, pudiendo aparecer uno de los siguientes casos:
 - Unirradicular: Forma biofrecuente puede parecerse a una pirámide cuadrangular.
 - Birradicular: Se incluyen en este grupo los dientes que poseen dos raíces totales o parcialmente diferenciadas
- **Posición:**
Hay 2 clasificaciones:
 - Clasificación Pell y Gregory:

✓ *Relación de los terceros molares con la rama ascendente de la Mandíbula y el segundo molar:*

- ❖ **Clase I:** Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- ❖ **Clase II:** 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 III:** Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

✓ *Profundidad relativa de los terceros molares en el hueso:*

- ❖ **Posición A:** El punto más alto del diente incluido 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.



- Clasificación de Winter:

- ❖ **Vertical:** Su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar.
 - ❖ **Mesioangular:** Su eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo.
 - ❖ **Horizontal:** Su eje mayor es perpendicular al eje mayor del segundo molar formando un ángulo de 90 grados.
 - ❖ **Distoangular:** su eje mayor con el eje mayor del segundo molar forma un ángulo agudo abierto hacia atrás.
 - ❖ **Linguoangular:** su corona dirigida hacia lingual y su ápice radicular hacia la tabla externa.
 - ❖ **Bucoangular:** su corona dirigida hacia la tabla externa y su porción radicular hacia la tabla interna o lingual.
 - ❖ **Invertida:** la corona dirigida en dirección opuesta al plano oclusal del segundo molar.
 - ❖ **Inusual.**
- **Raza:** Los accidentes se producen más frecuentemente en la raza blanca, la falta de sitios juega un papel preponderante.

La raza negra está libre de estos procesos, sus grandes maxilares permiten la cómoda erupción de todos sus molares. (3)

INDICACIONES DE LA EXTRACCION TERAPEUTICA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS, IMPACTADOS E INCLUIDOS.

1. Pericoronitis:

Es el estado más común que afecta al tercer molar retenido.

La infección se produce en los restos del foliculum comprendidos entre la corona del diente retenido, huesos circundantes y el tejido gingival. Cuando la infección solo toma el colgajo gingival que lo cubre se denomina **operculitis**; pudiendo llegar a destrucción ósea entre el segundo y tercer molar. En algunas ocasiones puede propagarse a espacios más profundos.

2. Periodontitis:

La impactación constante de alimentos entre un tercer molar semierupcionado y el segundo molar adyacente puede ocasionar inflamación y considerable pérdida ósea. Esta bolsa periodontal debilita el sostén del segundo molar que puede llevar a una desvitalización de esta pieza mediante extensión apical de la infección.



La extracción de los dientes impactados está indicada ante el primer signo de la periodontitis.

3. Caries:

Cuando un tercer molar retenido queda expuesto en parte al medio ambiente bucal, la susceptibilidad a la caries es mayor debido a la acumulación de restos alimenticios y porque es difícil mantener limpia esta área. Aunque la pieza dental puede ser restaurada, la recidiva de la caries es frecuente por lo que suele estar indicada la extracción aun cuando la lesión no haya llegado a afectar la pulpa.

4. Resorción patológica:

La presión de la corona de un tercer molar que esta erupcionado contra la superficie radicular del segundo molar, a veces puede ocasionar la resorción patológica de la raíz.

Si el proceso de resorción aun no afecta la pulpa del segundo molar, está indicada la extracción del diente retenido, pero si el segundo molar se encuentra desvitalizado y es extraído es conveniente dejar al tercer molar pues puede poseer la suficiente fuerza eruptiva que le permita ocupar una posición funcional en la cavidad oral.

5. Formación de quistes:

El tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia participa en la formación de quistes dentígeros. Estas lesiones pueden permanecer asintomáticas por mucho tiempo y mientras tanto experimentan un agrandamiento considerable. A veces puede ocasionar tumefacción intra bucal o facial o suscitar dolor al comprimir el nervio alveolar inferior o por infección secundaria.

Nunca está indicado el intento de extirpar un quiste que afecte el tercer molar sin extraer también a este.

6. Neoplasias:

En la región del tercer molar pueden formarse neoplasias benignas y malignas de partes blandas y óseas, pero también pueden dar metástasis en ella los tumores que tiene predilección por el hueso.

Si un tercer molar impide la extirpación correcta de una neoplasia, está indicada su extracción.

7. Dolor:

Puede ocurrir en la región de un tercer molar retenido o un dolor referido a otras partes de la cabeza y cuello como consecuencias de varios factores ya mencionados como: Pericoronitis, caries, resorción radicular, enfermedad periodontal, y patología periapical. El



dolor referido puede deberse a una compresión del diente retenido al nervio alveolar inferior.

8. Retención en una cresta desdentada:

En examen radiográfico de rutina puede describirse un tercer molar retenido en una mandíbula clínicamente desdentada.

En estos casos no es conveniente que la pieza dental quede en el área que habrá de sostener a la prótesis dental, ya que la compresión de la mucosa entre la corona y la dentadura ocasionaría dolor.

En presencia de molares retenidos en personas de edad avanzada resulta difícil la extracción por factores como: cantidad y densidad del hueso suprayacente, pérdida del espacio periodontal y folicular, la posibilidad de anquilosis y presencia de resorción idiopática. Es por esta razón que se indica la extracción de la pieza dental retenida o erupcionado junto con el segundo molar cuando se está preparando la cavidad oral para una prótesis parcial o completa.

9. Apiñamiento dental:

Muchas veces se recomienda la extracción de los terceros molares retenidos en pacientes que están o han estado en tratamiento ortodóntico, ya que estas piezas pueden generar una fuerza anterior que produce la separación de puntos de contacto y un apiñamiento de los incisivos.

10. Compromiso en una fractura:

Los terceros molares retenidos localizados en una línea de fractura tienen indicación si dificultan la corrección de dicha lesión. (4)

Para la realización de la extracción de aquellas piezas dentales que no asumen su posición y función correcta en el arco dentario el procedimiento se compone como regla general en los siguientes tiempos:

- Asepsia y antisepsia, Incisión
- Levantamiento y despegamiento del colgajo
- Osteotomía
- Ostectomía
- Operación propiamente dicha
- Tratamiento de la cavidad
- Sutura y colocación de gasa.

En cualquiera de estos procedimientos antes o después, pueden presentarse complicaciones por lo que es necesario que el operador este consiente del procedimiento, técnica, región anatómica e indicaciones posteriores a la intervención con el fin de evitar el fracaso de los mismos. (5)



1. Complicación

1.1. Concepto:

La complicación es un proceso o fenómeno morboso producido durante una enfermedad y que no es parte esencial de ella, aunque pueda tenerla como causa o bien obedecer a causas independientes.

1.2. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE CORDALES, PUEDEN SER:

1.2.1. Pre- operatorias:

- + Infecciosas.
- + Mecánica
- + Neuromusculares.
- + Traumáticas.
- + Tumorales. (1)

1.2.2. Intraoperatorias:

- + Fracturas dentarias u óseas
- + Desplazamientos del cordal hacia el suelo de boca
- + Hemorragia
- + Dilaceración de tejidos blandos
- + Lesiones nerviosas (neuropatías, hipoestesis o anestesia)
- + Luxación de mandíbula
- + Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado

1.2.3. Postoperatorias:

Para evitar accidentes y complicaciones post-operatorias nuestros cuidados deben encaminarse a:

1. El campo operatorio principal (herida quirúrgica y cavidad remanente).
2. El campo operatorio circundante (cavidad bucal, cuello).
3. El estado general del paciente.

Sin embargo a pesar de nuestros cuidados, algunos problemas post-operatorios pueden presentarse y entre estos debemos distinguir:

A) Problemas Post-operatorios inmediatos.

1. Hemorragia primaria.
2. Dolor.



3. Inflamación.
4. Parestesia.
5. Desplazamiento de dientes o ápices dentarios al espacio sublingual, ó al conducto dentario inferior.

B) Problemas post-operatorios Mediatos.

1. hemorragia secundaria.
2. hematomas.
3. alveolitis.
4. Trismo
5. Celulitis Facial Postquirúrgico
6. Trastornos de la ATM
7. Lesiones de tejidos blandos vecinos.
8. Infecciones postergadas.

A) Problemas Post-operatorios inmediatos

1. Hemorragia Primaria

Hemorragia post-operatoria inmediato, cursan muchas veces en forma catastrófica llevando al shock hipovolémico lo que lleva a una reintervención inmediata. Otras veces es menos aguda y permite control adecuado de funciones vitales, administración de fluidos, etc. antes de reintervenir.

Las hemorragias inmediatas se deben a lesiones directas en vasos y arterias de la zona, tales como la arteria dentaria inferior, que se localiza por lingual y hacia distal de la zona del tercer molar inferior, razón por la que no es aconsejable efectuar cortes liberatrices en esta zona. (11)

2. Dolor.

El dolor es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.

Una de las complicaciones que se presentan frecuentemente es el dolor post-extracción, de una pieza dentaria. Si esta, ha sido realizada sin mayor trauma y complejidad el dolor es perfectamente manejable con analgésicos antiinflamatorios, recetados por el dentista.

Puede no haber dolor, o haber un dolor moderado en las primeras 48 horas de efectuada la extracción. Si éste dolor se mantiene o aumenta, y no cede a los analgésicos



indicados, podemos estar en presencia de alguna complicación post extracción, que puede deberse a algunas de las siguientes situaciones:

- 1.-Lesión de tejidos blandos y laceraciones en extracciones complejas
- 2.-Hematoma.
- 3.-Trismo.
- 4.-Infección.
- 5.- Alveolitis. (11)

3. Inflamación.

La inflamación (del latín *inflammatio*: encender, hacer fuego) es la forma de manifestarse de muchas enfermedades. Se trata de una respuesta inespecífica frente a las agresiones del medio, y está generada por los agentes inflamatorios. La respuesta inflamatoria ocurre sólo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado. Se considera por tanto un mecanismo de inmunidad innata, estereotipado, en contraste con la reacción inmune adaptativa, específica para cada tipo de agente infeccioso.

La inflamación puede producir:

- Dolor
- Enrojecimiento
- Rigidez o pérdida de la movilidad
- Hinchazón
- Calor

Las inflamaciones pueden ser agudas o crónicas.

Agudas, cuando presentan un período de hinchazón, dolor e incapacidad crecientes, que luego disminuyen en poco tiempo.

Crónicas, cuando se prolongan durante meses o años, presentando períodos de mayor o menor intensidad, de acuerdo con factores como la humedad, la dieta o el estado del propio sistema inmunitario. (11)

4. Parestesia

La parestesia se define como la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc., producido por una patología en cualquier sector de las estructuras del sistema nervioso central o periférico.

Este fenómeno puede recibir otros nombres, como: pérdida de sensibilidad, pérdida de las sensaciones, sensación de hormigueo y entumecimiento, adormecimiento o ardor, o pérdida de la sensibilidad superficial y profunda.



Generalmente, la persona no se da cuenta fácilmente de cuando sucede. La parte afectada se entumece y se queda rígida pero flexible, siendo muy difícil poner en funcionamiento normal partes que se mueven gracias a las articulaciones. Se presenta una sensación de aumento de densidad muscular, seguida de un hormigueo continuo, agudo y que se vuelve mordaz al apoyar la zona afectada sobre una superficie dura o blanda y que se extiende a todo un pie, mano, brazo o pierna del cuerpo. Cuando empieza a desaparecer, lo que se logra esforzándose en hacer funcionar la extremidad, las sensaciones de sobredensidad y hormigueo se reducen hasta desaparecer, seguidas de una sensación de frío que se extiende por los terminales nerviosos y que gradualmente se reajusta a la temperatura del resto del cuerpo.(11).

5. Desplazamiento de dientes o raíces dentarias al espacio sublingual, ó al conducto dentario inferior.

Ocurre por maniobras violentas, o por un movimiento intempestivo del paciente.

Puede producirse:

Hacia cualquier espacio anatómico vecino.

Hacia conducto dentario inferior.

Hacia el seno maxilar.

Hacia la vía digestiva.

Hacia la vía respiratoria.

Estos desplazamientos hacia los espacios anatómicos vecinos se producen por la perforación de las corticales vestibulares o lingual/palatino.

Esta raíz tiende a desplazarse hacia abajo lo que dificulta su localización y extracción. (10)

B) Problemas post-operatorios Mediatos.

1. Hemorragia secundaria.

Las hemorragias post-operatorias mediatas se deben, por lo general, a factores locales no tratados adecuadamente, tales como procesos congestivos en la zona de extracción (granulomas, pólipos gingivales, gingivitis y parodontitis, desgarros de la mucosa alveolar, esquirlas o espículas óseas que permanecen e irritan los labios de la herida quirúrgica, etc.), pero también pueden deberse a factores sistémicos y fallas en el proceso de coagulación sanguínea. (11)



2. Hematomas.

Un hematoma es una acumulación de sangre, causado por la rotura de vasos capilares, que aparece generalmente como respuesta corporal resultante de un golpe, una contusión o una magulladura. También es conocido popularmente como cardenal, moratón, moretón o moradura. Un hematoma adquiere en la zona afectada un color azulado o violáceo al cabo de unos diez minutos, y desaparece de forma natural. (11)

Es la colección de sangre extravasada y localizada en planos aponeuróticos, se caracteriza por aumento de volumen y cambio de color, y si llega a infectarse, también habrá dolor, calor y rubor (fiebre y malestar general). (6)

3. Alveolitis.

Es la infección del coágulo y los elementos constituyentes del alvéolo: hueso, periodonto (ligamento periodontal), periostio y mucosa gingival.

*Causas:

1. Locales:

-Extracción traumática → en la cual no hacemos una buena técnica.

-Instrumental contaminado.

-Elementos extraños en el alvéolo → como granulomas, material de obturación, etc.

-No seguir indicaciones → enjuagatorios violentos por ejemplo.

4. Sistémicos:

-Pacientes susceptibles → desnutridos, inmunodeprimidos, diabéticos, etc.

La posibilidad de bacteremia es alta, por lo tanto siempre bajo profilaxis antibiótica.

*Clasificación:

a) Alveolitishumeda.

b) Alveolitis seca → Primaria.

→ Secundaria.



a) Alveolitis húmeda:

-Es la más frecuente.

*Características clínicas de su estado agudo:

-Dolor intenso, pulsátil.

-Halitosis.

-Edema del lado comprometido.

-Trismos o boca entreabierta.

-Adenopatias palpables.

-Compromiso del estado general → no siempre da fiebre.

-Al exámen intraoral → coágulo desintegrado, exofítico, azulado o negro, mucosa enrojecida o edematosa.

*Lo podemos encontrar en un estado no agudo, y sus características son:

-Mal olor.

-Sensibilidad del hueso.

-Restos al interior del alvéolo.

b) Alveolitis seca:

- Primaria:

*Definición:

Se produce en un alvéolo postexodoncia en el que no se forma un coágulo.

*Causas:

-Isquemia localizada.

-Mucho vasoconstrictor → si el paciente se queja de dolor hay que poner anestesia local, no troncular, o si no aumentaremos la vasonconstricción.

-Factores propios del paciente.

- Secundaria:

*Definición:

En este caso se forma el coágulo pero este se pierde.

*Causas:

No seguir las indicaciones post-exodoncias.

*Exámen intraoral:

-Cavidad ósea amarilla (porque el hueso está denudado) muy sensible y dolorosa que posee restos alimenticios.

-Duele más que la húmeda.

-Osteítis: infección del hueso.



4. Trismo:

Incapacidad para abrir la boca normalmente, la causa más común es un espasmo muscular debido a la inflamación relacionada con el traumatismo operatorio, el dolor postoperatorio también puede acentuar el trismo y la limitación del movimiento mandibular por vía refleja. (1)

5. Celulitis Facial Postquirúrgico:

Es una inflamación de la capa subcutánea, causada por bacterias (estreptococos y estafilococos) que se manifiesta como una lesión con edema, de color rojizo y temperatura local elevada.

Cuando la infección es provocada por dientes mandibulares los signos predominan en la región submental, submandibular, y a veces cervicales. (11)

6. Trastornos de la ATM:

Son múltiples, todos de naturaleza esencialmente traumática, ya sea en forma de micro o macro traumas también existen enfermedades sistémicas que afectan, en menor cuantía. Los micro y macro traumas por la frecuencia e intensidad con que se producen son desbastadores en estas estructuras y están determinados por las alteraciones dentarias, principalmente en la oclusión, su mal funcionamiento lleva contracturas irregulares y no útiles, por cargas negativas en magnitud y dirección que llevan a la alteración muscular por lo que habrá dolor y disfunción, más o menos marcadas en dependencia de la intensidad de los agentes agresores. (11)



7. Lesiones de tejidos blandos vecinos.

Una técnica inapropiada o por descuido, puede provocar desgarro de la mucosa gingival, lengua, labios, carrillos, etc., los cuales deben ser suturados cuidadosamente con seda negra tres ceros, o con nylon cinco ceros (dermalón O dexion). (8)

Las lesiones más frecuentes de tejidos blandos en la cavidad oral son:

- Ulceras
- Herpes labial
- Leucoplasia
- Candidiasis.
- Masticación de labios, carrillos o de la lengua producto a reacciones tardías a la anestesia.

Toda lesión cuyas posibles causas hayan sido eliminadas y no evoluciona hacia la curación en dos semanas debe ser derivada al estomatólogo. (9)

8. Infecciones postergadas.

Para evaluar adecuadamente a los pacientes post- operatorios es necesario llevar a cabo las siguientes medidas y procedimientos:

1. Valoración clínica y radiográficas
2. Determinar los espacios aponeuróticos afectados y probable vía de diseminación.
3. Practicar procedimientos de canalización y drenaje.
4. Aplicarlas medidas terapéuticas adecuadas (control médico de la infección).
5. Valoración final y alta quirúrgica.

Para que se presente una infección bacteriana debe depender de:

1. Que el germen tenga contacto con el huésped.
2. Susceptibilidad o resistencia del huésped.
3. De la capacidad de multiplicación de los gérmenes (patogenicidad y virulencia).
4. Falta de asepsia y antisepsia.

Las infecciones progresan y se diseminan a través de los espacios aponeuróticos primarios (Superficiales o subcutáneos), y de los secundarios (profundos o internos), y así tenemos que en el maxilar superior, las infecciones de la boca pueden invadir el seno maxilar, los senos nasales, los senos cavernosos, las meninges y el cerebro y en el maxilar inferior pueden invadir el vestíbulo bucal, el piso de la boca, la fosa subtemporal, el tórax y el mediastino. (8)



Materiales y Métodos

✓ **Tipo de estudio:**

- Descriptivo.
- Retrospectivo.
- Probabilístico de corte Transversal.

✓ **Área de estudio:**

- Fuente de información secundaria.
- Sección de archivos del Departamento de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología que contiene todos los expedientes clínicos de quirófano de terceras molares inferiores realizadas por estudiantes de IV y V curso del año 2010.

✓ **Universo de estudio:**

- 91 expedientes clínicos de pacientes tratados con cirugías de tercera molar por los estudiantes de IV y V curso en el periodo comprendido Agosto- Noviembre del año 2010 ya que dichos expedientes proporcionaron la información requerida.

✓ **VARIABLES de estudio:**

- Ocupación del paciente.
- Nivel de escolaridad.
- Posición de las terceras molares (Winter).
- Complicaciones más frecuentes.
- Edad / Sexo.



✓ **Criterios de inclusión:**

- Son todas los expedientes clínicos que presentaron la información completa de los pacientes a los que se les realizó cirugía de tercera molar inferior en el período comprendido Agosto-Noviembre del año 2010 por alumnos de IV y V curso en la facultad de Odontología, UNAN-León.

✓ **Criterios de exclusión:**

- Expedientes con información incompleta.
- Expedientes sin aprobación del tutor.
- Estudios radiográficos inadecuados.
- Expedientes que reflejaron que al paciente no se les realizó control post-operatorio.



RESULTADOS

Complicaciones postquirúrgicas en cirugías de terceras molares inferiores según ocupación del paciente.

Ocupación del paciente COMPLICACIONES	Trabajador rural		Trabajador urbano		estudiante		desempleado		Ama de casa		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dolor	1	1.09	0	0	0	0	0	0	1	1.09	2	2.19
Parestesia	0	0	0	0	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09
Tumefacción	2	2.19	1	1.09	<u>3</u>	<u>3.29</u>	0	0	0	0	6	6.59
Dolor +tumefacción	0	0	1	1.09	0	0	0	0	0	0	1	1.09
Dolor +tumefacción +trismo	1	1.09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.09
Dolor +trismo	1	1.09	0	0	1	1.09	0	0	0	0	2	2.19
Tumefacción +trismo	1	1.09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.09
SIN COMPLICACIONES	6	6.59	20	21.97	33	36.26	11	12.08	7	7.69	77	84.61
Total	12	13.18	22	24.17	38	41.75	11	12.08	8	8.79	91	100

Tabla n°1 Se muestra que la complicación que más prevaleció fue tumefacción con un 3.29% con respecto al grupo ocupacional estudiante.



Complicaciones postquirúrgicas en cirugías de terceras molares inferiores según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad COMPLICACIONES	Primario		Medio		Universitario		Profesional		Analfabeta		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dolor	1	1.09	1	1.09	0	0	0	0	0	0	2	2.19
Parestesia	0	0	0	0	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09
Tumefacción	1	1.09	<u>3</u>	<u>3.29</u>	1	1.09	0	0	1	1.09	6	6.59
Dolor +tumefacción	0	0	0	0	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09
Dolor +tumefacción +trismo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.09	1	1.09
Dolor +trismo	1	1.09	1	1.09	0	0	0	0	0	0	2	2.19
Tumefacción +trismo	1	1.09	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.09
Sin complicaciones	11	12.08	17	18.68	33	36.26	15	16.48	1	1.09	77	84.61
Total	15	16.48	22	24.17	36	39.56	15	16.48	3	3.29	91	100

Tabla n°2 Se muestra que la complicación que más prevaleció fue tumefacción con un 3.29% con respecto al nivel de escolaridad medio.



Complicaciones post- operatorias, con respecto a la posición (Winter) de terceras molares inferiores.

POSICION WINTER COMPLICACIONES	Distoangular		Horizontal		Lingualizado		Mesioangulada		Vertical		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dolor	0	0	0	0	0	0	2	2.19	0	0	2	2.19
Parestesia	0	0	1	1.09	0	0	0	0	0	0	1	1.09
Tumefacción	1	1.09	1	1.09	0	0	4	4.39	0	0	6	6.59
Dolor +tumefacción	0	0	0	0	0	0	1	1.09	0	0	1	1.09
Dolor +tumefacción +trismo	0	0	0	0	0	0	1	1.09	0	0	1	1.09
Dolor +trismo	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09	0	0	2	2.19
Tumefacción +trismo	0	0	1	1.09	0	0	0	0	0	0	1	1.09
Sin complicaciones	7	7.69	12	13.18	1	1.09	32	35.16	25	27.47	77	84.61
Total	9	9.89	15	16.48	1	1.09	41	45.05	25	27.47	91	100.0

Tabla n°3. Se muestra que la complicación que más se presentó fue tumefacción con un 4.39% con respecto a la posición (Winter) mesioangulada de las terceras molares inferiores.



Frecuencia de complicaciones que ocurrieron en los procedimientos quirúrgicos de terceras molares inferiores durante el post- operatorio, según edad/sexo.

COMPLICACIONES \ EDAD	15-25		26-35		> 36 AÑOS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dolor	0	0	1	1.09	1	1.09	2	2.19
Parestesia	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09
Tumefacción	<u>5</u>	<u>5.49</u>	1	1.09	0	0	6	6.59
Dolor +tumefacción	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09
Dolor +tumefacción +trismo	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09
Dolor +trismo	1	1.09	1	1.09	0	0	2	2.19
Tumefacción +trismo	1	1.09	0	0	0	0	1	1.09
Sin complicaciones	48	52.74	24	26.37	5	5.49	77	84.61
Total	58	63.73	27	29.67	6	6.59	91	100.0

Tabla n° 4.a.

COMPLICACIONES \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Dolor	2	2.19	0	0	2	2.19
Parestesia	1	1.09	0	0	1	1.09
Tumefacción	<u>5</u>	<u>5.49</u>	1	1.09	6	6.59
Dolor +tumefacción	1	1.09	0	0	1	1.09
Dolor +tumefacción +trismo	1	1.09	0	0	1	1.10
Dolor +trismo	1	1.09	1	1.09	2	2.19
Tumefacción+ trismo	1	1.09	0	0	1	1.09
Sin complicaciones	42	46.15	35	38.46	77	84.61
Total	54	59.34	37	40.65	91	100.0

Tabla n° 4.b.

Tabla 4.a y 4.b. Se muestra que la complicación más frecuente fue tumefacción con un 5.49% en el grupo heteróteo de 15-25 años de edad predominando el sexo femenino con un 5.49%.



Discusión de los resultados.

En cuanto al género, de los 91 expediente revisados se encontraron 54 pacientes mujeres que corresponde al 59.3% en comparación con 37 pacientes hombres que representa al 40.7%. La explicación a este resultado puede atribuirse a factores culturales como lo es la mayor preocupación que demuestran las pacientes mujeres por acceder a tratamientos dentales (ver tabla de anexos).

Con respecto a la edad se observó que el mayor porcentaje de pacientes (63.7%) que se les realizó cirugía de terceros molares inferiores estuvo comprendido entre el rango de 15 a 25 años, seguido de 26 a 35 años (29.6%) y de 35 años a mas (6.5%), observando que a mayor edad hay una gradual disminución en la realización de cirugía de terceros molares inferiores (ver tabla de anexos). El porcentaje elevado en el rango de 15 a 25 años, se debe a que los terceros molares principian a erupcionar aproximadamente entre los 18 a 23 años de edad. Otro factor del alto porcentaje de apareamiento de terceros molares en este rango podría ser que a esta edad existe comúnmente sintomatología, pero poca conciencia de la importancia de la existencia de estas, su diagnostico y su tratamiento como medida profiláctica para evitar complicaciones futuras; es por la razón antes mencionada que a medida que aumenta la edad disminuyen la realización de cirugías de terceras molares inferiores en nuestro estudio.

La posición del tercer molar inferior más predominante fue la mesioangulada, observándose 41 piezas inferiores que corresponde al 45.05%, seguido de la posición vertical con 27.47% equivalente 25 piezas inferiores, luego la posición horizontal con 16.48% (15 piezas), precedido por la posición distoangulada con 9.89% (9 piezas), siendo la menos predominante en nuestro estudio la posición lingualizada con 1.09% (1 pieza). (ver tabla de anexos).

En la tabla 1. se observó que la complicación que más prevaleció fue tumefacción con un 3.29% con respecto al grupo ocupacional estudiante, una razón podría ser el poco tiempo que estos tienen, ya que por cumplir con sus actividades escolares e informalidad producto de su edad (adolescentes) prestan poca atención al cuidado que este tratamiento requiere, además podemos agregar que muchos de los pacientes que asistieron a la clínica no cuentan con las condiciones económicas y habitacionales que el post- operatorio de este tratamiento necesita (universitarios); observando que los menores porcentajes por cada complicación encontrada corresponden a Dolor, Dolor + tumefacción+ trismo, Dolor + trismo y tumefacción + trismo, cada uno de ellos con 1.09% incluidos en el grupo ocupacional trabajador rural, es importante mencionar que este grupo es uno de los que posee menor educación e información sobre salud bucal. A pesar de que el grupo de



pacientes del sector rural fue poco, varios de ellos presentaron al menos una complicación diferente ya que estos están distribuidos en cada complicación que se presentó, motivo por el cual no sólo podemos valorarlos por grupo ocupacionales ya que lo que nos interesa es obtener datos de cada complicación individualizada con respecto a la ocupación y no el número de personas afectadas por ocupación únicamente, es por esta razón el bajo porcentaje obtenido. Además tumefacción y dolor + tumefacción con 1.09% cada uno de ellos en el grupo ocupacional trabajador urbano, obteniendo un bajo porcentaje. Muchos de estos pacientes por no incumplir a sus actividades laborales hacen a un lado la necesidad de tratamiento quirúrgico y no asisten a realizarse el tratamiento; parestesia y Dolor + trismo con 1.09% cada uno de ellos en el grupo ocupacional estudiante; a pesar que anteriormente se mencionó que la complicación tumefacción fue la que prevaleció en el grupo de estudiantes encontramos una minoría de pacientes que pertenecen a este grupo con otras complicaciones ya mencionadas; y Dolor con 1.09% en el grupo ocupacional ama de casa, estos pacientes por lo general, debido a las actividades de su hogar prestan poco interés tanto al cuidado como a la asistencia odontológica.

Tabla2. Se muestra que la complicación que más prevaleció fue tumefacción con un 3.29% con respecto al nivel de escolaridad medio, cabe destacar que dichos pacientes cuentan con muy pocos conocimientos referente al tema y así no pueden aplicar las recomendaciones adecuadas ya que muchos de estos pacientes son mayores de edad que no lograron culminar con sus estudios y se desempeñan en otras actividades laborales, el resto son adolescentes que no le dan la debida importancia al tratamiento; observando que los menores porcentajes por cada complicación encontrada fueron dolor, tumefacción, dolor+ trismo y tumefacción + trismo, cada uno de ellos con 1.09% incluidos en el nivel de escolaridad primaria, sabemos que este grupo es uno de los que posee menor educación e información sobre salud bucal ya que un gran número de pacientes de este nivel pertenecen al sector rural; también obtuvimos dolor, dolor+ trismo, cada uno de ellos con 1.09% en el nivel de escolaridad medio, a pesar que anteriormente se mencionó que en su mayoría la complicación tumefacción (3.29%) fue la que prevaleció en el nivel medio también hubo una minoría de pacientes que tuvo la misma complicación con 1.09% en los demás niveles excepto en el nivel profesional; encontramos parestesia, tumefacción y dolor + tumefacción con un 1.09% en cada uno de ellos en el nivel de escolaridad de universitario, debemos recalcar que este fue el mayor grupo que asistió a la atención quirúrgica sin embargo no se observan cifras elevadas de pacientes con complicaciones en comparación al número de pacientes que asistieron; desde otro punto de vista estos pacientes se supone tienen un mayor aprendizaje y mejor conocimiento sobre el tema por lo cual solo una minoría presentó estas complicaciones; otros de ellos presentaron tumefacción y dolor + tumefacción + trismo con 1.09% en el nivel de escolaridad analfabeta, además de que el grupo de pacientes atendidos fue muy pequeño, ellos no tienen los conocimientos necesarios para seguir las recomendaciones brindadas y los cuidados durante el post-



operatorio de la cirugía de terceros molares pero esto no significa que se dé en todos los casos; y por último mencionamos que no obtuvimos ninguna complicación en el nivel de escolaridad profesional, suponiendo que aplicaron sus conocimientos y adoptaron mejor las recomendaciones del operador.

Tabla 3. Podemos observar que la complicación que más prevaleció en los pacientes fue tumefacción con un 4.39% en relación a la posición (Winter) mesioangulada; observando en menor porcentaje las complicaciones dolor + tumefacción, dolor + tumefacción + trismo, dolor + trismo cada una de ellas con 1.09% ubicadas en esta misma posición; encontramos la complicación tumefacción y dolor + trismo cada una de ellas con 1.09% ubicadas en la posición (Winter) distoangular; además parestesia, tumefacción, tumefacción + trismo cada una de ellas con 1.09% ubicadas en la posición horizontal; y por último obtuvimos que la posición lingualizada y vertical no presentaron complicaciones. Basándonos en la monografía realizada en la Universidad Francisco Marroquín, facultad de Odontología Guatemala realizada por Idelma María Herrera Gramajo en el año 2001, se afirma que la posición mesioangulada es una de las más fácil en cuanto a su remoción quirúrgica y las más difícil de remover son la distoangular y la horizontal, de esto podemos decir que la posición de la pieza depende directamente de la accesibilidad o complejidad de la misma y esto repercute en el post-operatorio de la cirugía ya que entre más fácil sea la remoción de dichas piezas, menos traumática será para el paciente; a pesar de esto en nuestro estudio obtuvimos que la posición (Winter) mesioangulada fue la que presentó el mayor número de complicaciones en los pacientes a los cuales se les realizó la cirugía; así mismo encontramos que la que obtuvo menos complicaciones fue la posición (Winter) distoangular, si observamos los datos obtenidos en nuestro estudio se contradice con lo que nos muestra la teoría (monografía realizada en la Universidad Francisco Marroquín, facultad de Odontología Guatemala realizada por Idelma María Herrera Gramajo en el año 2001), pero no hay que olvidar que no sólo la posición de la pieza depende un post-operatorio sin complicaciones, sino que éste es multifactorial (cuido de paciente, iatrogenia, afección sistémica, estado inmune, etc.), he ahí la razón de los resultados obtenidos.

En la tabla 4.a. Encontramos que la complicación que se dio con mayor frecuencia entre el rango de edad de 15 a 25 años fue tumefacción con 5.49% siendo las de menor frecuencia, parestesia, dolor+ tumefacción, dolor+ tumefacción+ trismo, dolor+ trismo, tumefacción+ trismo con un 1.09% en cada una de ellas, siendo este el grupo que presentó la mayoría de complicaciones; encontramos en el grupo hetéreo de 26 a 35 años, dolor, tumefacción y dolor+ trismo con 1.09% cada una de ellas, aquí no hubo mayor ni menor frecuencia de complicaciones ya que en todos se encontró el mismo porcentaje; y por último la complicación que se dio en el grupo hetéreo de 36 a más fue únicamente dolor con 1.09% siendo este el grupo menos afectado. Se obtuvo que los pacientes con edades comprendidas entre 15 y 25 años presentaron mayores complicaciones alcanzando un



10.98% de los casos estudiados (ver tabla de anexos). Es importante señalar que el porcentaje mencionado se asemeja con los resultados obtenidos en la monografía realizada en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León realizada por la Dra. Adriana Lucia Altamirano en el año 2003, observando que las complicaciones post-operatorio se dan con mayor frecuencia en el grupo heteráneo de 21 a 30 años de edad alcanzando un 16.1% de complicaciones.

En la tabla 4.b. Encontramos que la complicación que se dio con mayor frecuencia fue tumefacción en el sexo femenino con un 5.49% seguido de dolor con 2.19% y las que menos se presentaron en el mismo sexo fueron parestesia, dolor+ tumefacción, dolor+ tumefacción+ trismo, dolor+ trismo, y tumefacción+ trismo con 1.09% cada una de ellas; siendo el sexo femenino el que presentó mayor número de complicaciones. En el sexo masculino encontramos las complicaciones tumefacción y dolor+ trismo con 1.09 % cada una de ellas; aquí no hubo mayor ni menor frecuencia de complicaciones ya que en ellas se encontró el mismo porcentaje, siendo este el grupo menos afectado. Se encontró que el sexo femenino alcanza el 13.18% en complicaciones semejante a los resultados obtenidos en la monografía realizada en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León realizada por la Dra. Adriana Lucia Altamirano en el año 2003 en el cual el sexo femenino alcanza el 20.7% de complicaciones presentadas.



CONCLUSIONES

Al realizar esta investigación obtuvimos datos, los cuales nos demostraron que:

- En cuanto al género se encontraron más pacientes mujeres que recibieron atención quirúrgica.
- El rango de edad de los pacientes que ingresaron a la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León durante los meses Agosto- Noviembre del año 2010 fue amplio de 15 a 52 años. Encontrándose el mayor porcentaje de pacientes entre los 15 a 25 años.
- La complicación más frecuente fue tumefacción en el grupo ocupacional estudiante.
- La complicación más frecuente fue tumefacción en el nivel de escolaridad medio.
- Los pacientes incluidos en el nivel de escolaridad medio fueron los que presentaron el mayor número de complicaciones.
- Los pacientes incluidos en el grupo ocupacional trabajo rural fueron los que presentaron mayor número de complicaciones.
- Las posiciones (Winter) que más se encontraron en cirugía de terceros molares inferiores fueron mesioangulada, seguida de la vertical, luego la horizontal, disto angulada y lingualizada.
- Según la posición de terceros molares la posición mesio angular con la complicación tumefacción fueron los que alcanzaron mayores valores.
- El sexo femenino fue el que presentó mayor número de complicaciones.
- El grupo heteroéneo que presentó el mayor número de complicaciones fue entre 15 a 25 años de edad.



RECOMENDACIONES

Para brindar un mayor servicio a los pacientes que asisten a la facultad de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Implementar brigadas de educación en salud bucal tanto en zonas rurales como urbana para hacer énfasis en el cuidado de la cavidad oral proporcionando información sobre terceros molares.
- Describir información detallada de los sucesos relevantes durante la intervención quirúrgica en el expediente clínico, para así poder argumentar si existiese alguna complicación y salir exento de culpa.
- Hacer principal énfasis en las recomendaciones sobre cuidados del paciente, dándoles instrucciones verbales, escritas, y hacerles ver que su recuperación depende directamente de los cuidados que tengan en seguir las instrucciones brindadas.
- Extremar las precauciones por parte del personal estomatológico que labora en las clínicas de quirófano de la facultad de odontología UNAN- León, con vista a disminuir las complicaciones de la extracción dental durante el acto quirúrgico.



BIBLIOGRAFIA.

Terceros molares o “Muelas del juicio”. Dr. Marcos Di Pascua. Doctor en odontología-cirugía e implantes. Montevideo, Uruguay. Publicado Mayo 13, 2009.

<http://webdental.wordpress.com/2009/05/13/terceros-molares-o-muelas-del-juicio/> (1)

El tercer molar incluido. Manuel M. Romero Ruiz, José Luís Gutiérrez

Pérez. Facultad de Odontología de Sevilla. Universidad de Sevilla.

España. Ed. Integraf S.L., año 2001. (2)

Carcache, Allen Dr. / Complicaciones en cirugía oral menor en el servicio de Cirugía oral Maxilofacial en el Hospital Manolo Morales Peralta en el período Abril-Septiembre, 1991.

(3)

Kruger, Gustavo. Cirugía Bucal y Maxilofacial. 4ta Edición. Editorial Interamericana.

1979. (4)

Centeno, Ries. Cirugía Bucal. 7ma. Editorial “El Ateneo”. Buenos Aires, Argentina. 1979.

(5)

Doc. Manual de cirugía bucal. <http://es.scribd.com/doc/24063210/Manual-de-Cirugia-Bucal>

(6)

www.odontochile.cl/.../accidentesycomplicacionesdelaexodoncia.doc (7)

Manual de cirugía bucal. Dr. Cedeño. <http://www.angelfire.com/pro/enriquec/p7.html> (8)

Lesionsmas frecuentes de los tejidos blandos de la cavidad bucal. Dra. Karina Ezquenazi. American Dental Association. 25 de Enero 2006.

<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=38685> (9)

Complicaciones y accidentes de la extracción dentaria, 2009.

<http://www.slideshare.net/maradelmila/complicaciones-y-accidentes-de-la-extraccion-dentaria>. (10)

WIKIPEDIA La enciclopedia libre. (11)



ANEXOS

Ficha recolectora de datos.

Ficha de recolección de datos de complicaciones que ocurrieron durante el post-operatorio al realizarle tratamiento postoperatorio de terceras molares en el maxilar inferior, a pacientes atendidos por alumnos de IV y V año en la facultad de odontología, UNAN-León, período Agosto-Noviembre del año 2010.

A) Datos Generales:

Nombre del paciente:

Sexo: M____ F____

Edad del Paciente:

Nº del Expediente:

Nº de pieza:

Nivel de escolaridad:

Ocupación:

B) Marque con una X la posición en que se encuentra la pieza dental según su caso:

- Clasificación de Winter:
 - ✓ Mesioangular ____
 - ✓ Horizontal ____
 - ✓ Vertical ____
 - ✓ Distoangular ____
 - ✓ Invertido. ____

C) Marque con una X las complicaciones que se presentaron:

a) Problemas Post-operatorios inmediatos.

1. Hemorragia primaria. ____
2. Dolor. ____
3. Inflamación. ____
4. Parestesia. ____
5. Desplazamiento de dientes al espacio sublingual, ó al conducto dentario inferior. ____



b) Problemas post-operatorios Mediatos.

1. hemorragia secundaria.____
2. hematomas.____
3. alveolitis.____
4. Trismo____
5. Parálisis facial____
6. Celulitis Facial Postquirúrgico____
7. Trastornos de la ATM____
8. Lesiones de tejidos blandos vecinos.____
9. infecciones postergadas.____

Medidas Post-quirúrgico:

- Farmacológicas____
- Fisioterapia____
- Termoterapia____
- Dieta____
- Higiene____

Observaciones_____



Edades de pacientes atendidos

EDAD	N	%
15-25	58	63.7%
26-35	27	29.6%
> 35 años	6	6.5%

Sexo de pacientes atendidos

SEXO	N	%
Femenino	54	59.3%
Masculino	37	40.7%

Posición de terceras molares inferiores valoradas en los pacientes atendidos.

POSICION WINTER	N	%
Mesioangulada	41	45.05%
Vertical	25	27.47%
Horizontal	15	16.48%
Distoangular	9	9.89%
Lingualizado	1	1.09%

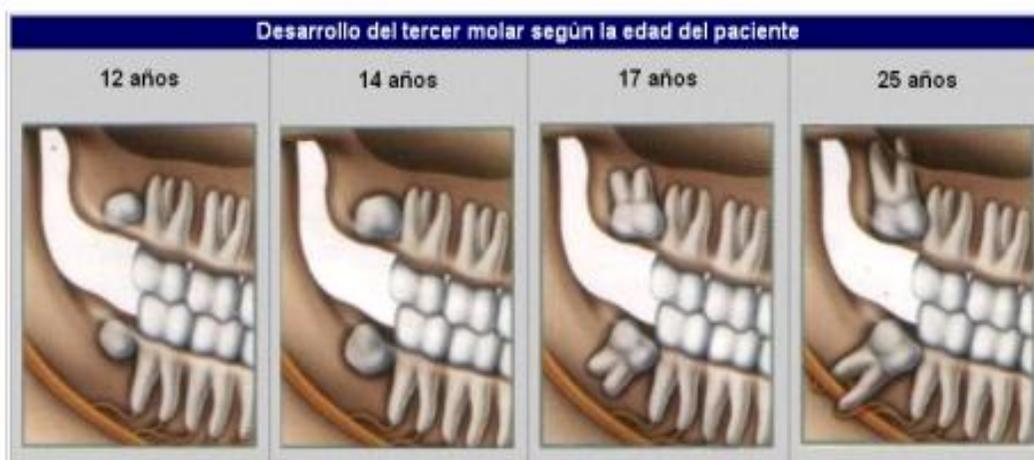


Pacientes con o sin complicaciones según sexo.

Pacientes	SEXO	FEMENINO		MASCULINO		Total	
		n	%	n	%	n	%
Con complicaciones		12	13.18%	2	2.19%	14	15.38%
Sin complicaciones		42	46.15%	35	38.46%	77	84.61%
Total		54	59.34%	37	40.65%	91	100%

Pacientes con o sin complicaciones según edad.

Pacientes	EDAD	15-25		26-35		>30 años		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Con complicaciones		10	10.98%	3	3.29%	1	1.09%	14	15.38%
Sin complicaciones		48	52.74%	24	26.37%	5	5.49%	77	84.61%
Total		58	63.73%	27	29.67%	6	6.59%	91	100%



Diente retenido	Diente que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar.
Diente impactado	Diente no erupcionado en la época esperada, debido a impedimentos mecánicos.
Diente incluido	Diente que ha perdido la fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el maxilar con o sin patología asociada.
Retención Ectópica	Diente retenido que se halla en posición anormal pero cerca de su lugar habitual.
Retención Heteróptica	Diente retenido alejado de su posición habitual de erupción.
Diente Supernumerario	Dientes accesorios de forma y tamaño variados, que pueden erupcionar o mantenerse retenidos.



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN-León. Facultad de Odontología.

