



PROTOCOLO MÉDICO

Directrices para el diagnóstico y tratamiento de Molares Retenidos.

Guidelines for diagnosis and treatment of impacted molars.

Myriam Paola Chiriboga Paredes¹, Yolanda Fabiola Concha Cabay², Guido Fernando Morales Ramírez³, Pedro Miguel Cárdenas Mora⁴, Fabián Hernán Martínez Arboleda⁵.

Recibido: 2022-12-01 Aprobado: 2022-12-07 Publicado: 2022-12-30

FICHA CATALOGRÁFICA

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.
Manejo del desprendimiento de retina regmatógeno.
Protocolo Médico. Código SGC-0F-FL-DDR-001.
Versión 1. Quito. Unidad Técnica de Oftalmología
HECAM.

CAMBios. 2022, v.21 (2): e884

¹Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Área de Estomatología. Quito – Ecuador.

myriam.chiriboga@iess.gob.ec

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4394-0938>

²Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Área de Estomatología. Quito – Ecuador.

conchayolanda509@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7397-260X>

³Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Área de Estomatología. Quito – Ecuador.

gofa_martinez@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9022-1998>

⁴Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Área de Estomatología. Quito – Ecuador.

cardenaspedromo@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1906-4218>

⁵Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Área de Estomatología. Quito – Ecuador.

fmr060979@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1419-2897>

Cómo citar este documento:

Chiriboga MP, Cárdenas PM, Morales GF, Martínez FH, Concha YF. Molares Retenidos. Quito – Ecuador. Área de Estomatología. Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Código: SGC-ES-PR-001. Versión IV. Quito. Cambios. rev. méd. 2022; 21(2):e884.

Correspondencia HECAM:

Avenida 18 de septiembre y Avenida Universitaria S/N,
Quito -Ecuador.

Código postal: 170402

Teléfono: (593) 26449900

Correspondencia autor:

Myriam Paola Chiriboga Paredes

Pasaje Isidro Otero N44-129 y José Paredes.

Quito – Ecuador

Código postal: 170510

Teléfono: (593) 984253353

Copyright: ©HECAM

CAMBios

<https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/issue/archive>

e-ISSN: 2661-6947

Periodicidad semestral: flujo continuo

Vol. 21 (2) Jul-Dic 2022

revista.hcam@iess.gob.ec

DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v21.n2.2022.884>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial

AUTORIDADES

Dra. María José Flores Olmedo, Gerente General HECAM

Dr. Mauricio Rodrigo Heredia Fuenmayor, Director Técnico HECAM

EQUIPO DE REDACCIÓN Y AUTORES

Dra. Myriam Paola Chiriboga Paredes, Cirujana Dento Alveolar, Área de Estomatología HECAM.

Dra. Yolanda Fabiola Concha Cabay, Cirujana Oral, Área de Estomatología HECAM.

Dr. Guido Fernando Morales Ramírez, Odontólogo Especialista en Cirugía Maxilofacial, Área de Estomatología HECAM.

Dr. Pedro Miguel Cárdenas Mora, Odontólogo, Área de Estomatología HECAM.

Dr. Fabián Hernán Martínez Arboleda, Odontólogo Máxilo Facial, Área de Estomatología HECAM.

EQUIPO DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN

Dr. Hugo Enrique Miranda Maldonado, Coordinador General de Hospitalización y Ambulatorio HECAM.

Dr. Francisco Javier Del Pozo Alzamora, Jefe del Área de Estomatología HECAM.

Esp. Santiago Gonzalo Cárdenas Zurita, Coordinador General de Investigación HECAM.

Dra. Natalia Milliet Lozano Galarza, Coordinadora General de Control de Calidad HECAM.

Dra. Rocío del Carmen Quisiguiña Aldáz, Coordinador General de Docencia HECAM.

Ing. Mónica Gabriela Méndez Cevallos, Analista Administrativo de la Coordinación General de Control de Calidad HECAM.

EDICIÓN GENERAL

Área de Estomatología HECAM.

Este protocolo está diseñado para establecer directrices para el diagnóstico y tratamiento de los terceros molares incluidos a pacientes que acuden por terceros molares retenidos para ser diagnosticados y dar tratamiento adecuado de acuerdo a la especialidad de Cirugía Dentoalveolar y Maxilofacial con el objetivo de mejorar la salud oral y optimizar el uso racional y eficiente de recursos disponibles.

GENERAL EDITION

HECAM Stomatology Área.

This protocol is designed to establish guidelines for the diagnosis and treatment of third molars included in patients who come for retained third molars to be diagnosed and give adequate treatment according to the specialty of Dentoalveolar and Maxillofacial Surgery with the aim of improving oral health and optimizing the rational and efficient use of available resources.

CONTENIDO

- | | |
|------------------|-----------------------|
| 1. Introducción | 5. Involucrados |
| 2. Objetivos | 6. Actividades |
| 3. Alcance | 7. Anexos |
| 4. Marco Teórico | 8. Control de Cambios |

1. INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son piezas dentarias correspondientes a la dentición permanente y se encuentran por detrás de los segundos molares. Erupcionan entre los 18 y 27 años aproximadamente, tienen variedad de formas, anomalías y disposición diversa. Normalmente se encuentran total o parcialmente retenidos en el hueso maxilar. La retención es muy frecuente y afecta aproximadamente al 75% de la población. La causa principal es por la falta de espacio dentro de la boca.

La patología derivada de la retención de un tercer molar puede generar diferentes alteraciones: abscesos, sinusitis, reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes, caries del molar retenido y/o del segundo molar, úlceras en la mucosa contigua, podrían generar quistes, ameloblastomas y ulceraciones leucoqueratóticas que pueden degenerar en carcinomas, alteraciones nerviosas o vasomotoras: dolores faciales, trismus, y parálisis facial ipsilateral.

Las extracciones profilácticas de terceros molares asintomáticos están justificadas cuando los terceros molares se encuentran bajo prótesis removible que puede estimular su erupción, molares semierupcionados que pueden generar pericoronitis, caries o problemas periodontales; pacientes que van a ser sometidos a radioterapia; cuando el diente incluido interfiera en una cirugía ortognática. Si el molar retenido presenta sintomatología por parte del paciente está aconsejada su extracción quirúrgica.

Palabras clave: Diente no Erupcionado; Diente Impactado; Tercer Molar; Mandíbula; Maxilar; Cirugía Bucal.

ABSTRACT

The third molars are dental pieces corresponding to the permanent dentition and are located behind the second molars. They erupt between the ages of 18 and 27 approximately, have a variety of shapes, anomalies, and diverse dispositions. They are normally fully or partially retained in the maxillary bone. Retention is very frequent and affects approximately 75% of the population. The main cause is due to the lack of space inside the mouth.

The pathology derived from the retention of a third molar can generate different alterations: abscesses, sinusitis, resorption of the roots of adjacent teeth, caries of the retained molar and/or second molar, ulcers in the contiguous mucosa, could generate cysts, ameloblastomas and leukokeratotic ulcerations that can degenerate into carcinomas, nervous or vasomotor disorders: facial pain, trismus, and ipsilateral facial paralysis.

Prophylactic extractions of asymptomatic third molars are justified when the third molars are under removable prosthesis that can stimulate their eruption, semi-erupted molars that can generate pericoronitis, caries or periodontal problems; patients who are going to undergo radiotherapy; when the included tooth interferes with orthognathic surgery. If the retained molar presents symptoms on the part of the patient, its surgical extraction is recommended.

Keywords: Tooth/Unerupted; Tooth/Impacted; Mandible; Third/Molar; Maxilla; Oral Surgery.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Establecer directrices para el diagnóstico y tratamiento de los terceros molares incluidos en el Servicio de Estomatología del HECAM-IESS.

2.2 Objetivos específicos

- Establecer la metodología para la elaboración, modificación, control, difusión y uso apropiado de los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad.
- Socializar el presente protocolo con todos los especialistas cirujanos orales y maxilofaciales para la aplicación del mismo.

3. ALCANCE

Tipo de protocolo: clínico y quirúrgico.

Está dirigido a los profesionales especialistas cirujanos orales y maxilofaciales.

Este protocolo está diseñado para establecer directrices para el diagnóstico y tratamiento de los terceros molares incluidos en el Servicio de Estomatología del HECAM-IESS.

Aplica a pacientes que acuden por terceros molares retenidos al Área de Estomatología para ser diagnosticados y dar tratamiento adecuado de acuerdo a la especialidad de Cirugía Dentoalveolar y Maxilofacial con el objetivo de mejorar la salud oral y optimizando el uso racional y eficiente de recursos disponibles.

4. MARCO TEÓRICO

Los terceros molares son los dientes que con más frecuencia se hallan incluidos, de acuerdo a Escoda¹, siendo el tercer molar inferior el que con mayor frecuencia permanece incluido. El tercer molar es el último diente en erupcionar por lo que fácilmente puede quedar impactado o sufrir desplazamientos, si no hay espacio suficiente en la arcada dentaria. Para Bjork², el 45% de los pacientes de una clínica odontológica presenta cordales incluidos y de ellos el 75% presentan patología que requieren tratamiento quirúrgico. Por lo tanto, su extracción es uno de los procedimientos más importantes de Cirugía Bucal. Se considera que solo el 20% de los molares retenidos llegan a tener una posición normal en la arcada dentaria².

La evolución de este diente se efectúa en un espacio muy limitado, entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente por una parte y entre las corticales óseas³.

4.1 Clasificación

Para el estudio de las posibles localizaciones de los molares retenidos, se basa en la clasificación de Pell y Gregory, la misma que se refiere a la relación del molar con la rama ascendente de la mandíbula y segundo molar⁴:

- Clase I: suficiente espacio anteroposterior para la erupción, es decir entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar⁴.
- Clase II: Aproximadamente la mitad del tercer molar está cubierto por la rama mandibular y la otra mitad tiene espacio para la erupción⁴.

- Clase III: Tercer molar totalmente incluido en la rama mandibular, por lo tanto, este tercer molar no va a tener un espacio en la boca para poder erupcionar⁴.

Pell y Gregory relacionado con la altura del molar retenido

- Clase A: Plano oclusal del tercer molar al mismo nivel que plano oclusal del segundo molar.
- Clase B: Plano oclusal del tercer molar se encuentra entre plano oclusal y línea cervical del segundo molar.
- Clase C: Tercer molar por debajo de línea cervical del segundo molar⁴.

Las diversas posiciones de esta clasificación de Winter son⁴:

- Vertical: En ella el eje mayor del tercero es paralelo al eje mayor del segundo molar.
- Mesioangular: Su eje forma con la horizontal un ángulo de entre 30° y 80°.
- Mesioangular invertida: Eje oblicuo hacia abajo y adelante entre 90° y 120°⁴.
- Distoangular: Similar al anterior, pero con el ángulo abierto hacia atrás y su corona apunta en grado variable hacia la rama ascendente.
- Horizontal: El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.
- Distoangular invertida: Similar a la anterior con eje oblicuo hacia abajo y hacia atrás.
- Linguoangular: Eje oblicuo hacia lingual (Corona hacia la lengua) y ápices hacia la tabla externa. Vestibuloangular: Eje oblicuo hacia vestibular y sus raíces hacia lingual⁴.

4.2 Estudios radiológicos

Es imprescindible realizar siempre un estudio radiológico preciso que muestre en molar retenido y las estructuras que lo rodean. Para ello se efectúa una ortopantomografía (panorámica) que nos da una visión general y las radiografías periapicales que sean precisas para valorar los detalles locales⁵.

Estas placas radiográficas permiten evaluar detalladamente al tercer molar a extraer tanto su corona como raíces, hueso, conducto dentario inferior, relaciones con el segundo molar y en el caso de los superiores su relación con el seno maxilar. Con el estudio clínico y radiológico será posible establecer la complejidad de la extracción del tercer molar⁵.

Diagnósticos relacionados en CIE-10⁵.

- (K010) DIENTES INCLUIDOS
- (K011) DIENTES IMPACTADOS

4.3 Diagnóstico

La evaluación se realiza en el Área de Estomatología del HECAM, los pacientes acuden por remisión de otros centros de salud de menor complejidad. Dentro del diagnóstico se incluye la historia clínica completa médica y dental, así como una exploración completa intra y extraoral en donde se analiza: el estado de erupción del tercer molar, la presencia o no de infección local (dolor), caries en el tercer o en el segundo molar adyacente, estado periodontal, orientación del tercer molar y relación con el conducto dentario inferior, borde basilar mandibular

y relación con el seno maxilar, relación oclusal con pieza dental antagonista, relación - función de la ATM y presencia de nódulos linfáticos. Además, el diagnóstico se complementará con la radiografía panorámica y radiografías periapicales y oclusales si el caso lo amerita⁶.

ALGORITMO TERCEROS MOLARES RETENIDOS. (ANEXO FLUJOGRAMA)

4.4 Apoyos Complementarios

Motivo de la Consulta e Historia Clínica

Por lo general, el paciente que requiere tratamiento quirúrgico del tercer molar acude a la consulta con dolor de la región retromolar o inflamación de la misma zona que puede o no estar acompañada con signos de infección, caries dental o enfermedad periodontal asociada.

Signos y Síntomas:

Dolor y aumento de volumen de la región retromolar, con dificultad para masticar y trismus.

Indicaciones para las extracciones de Terceros Molares Retenidos:

- Prevención de enfermedad periodontal y cicatrización periodontal óptima.
- Prevención de caries dental.
- Prevención de pericoronaritis.
- Prevención de reabsorción radicular de dientes vecinos, dientes retenidos bajo una prótesis dental.
- Prevención de quistes y tumores odontogénicos.
- Tratamiento del dolor de origen desconocido.
- Prevención de fracturas mandibulares.
- Indicaciones ortodónticas.

Contraindicaciones para extracciones de Terceros Molares Retenidos:

- Edad avanzada
- Estado médico comprometido
- Probable daño de estructuras anatómicas vecinas al tercer molar retenido (nervio dentario inferior, piezas dentales vecinas, nervio lingual, seno maxilar⁷).

4.5 Exámenes de Laboratorio

Las pruebas o exámenes de laboratorio, nos permite valorar el estado general de salud del paciente previo a la cirugía para prevenir así riesgos y complicaciones que puedan aparecer durante o después del procedimiento. Adicionalmente, complementa la atención del mismo al ser un mecanismo de direccionamiento a otras especialidades a través de mediante interconsultas en caso de que lo amerite para mejorar su condición⁸. Por lo tanto, se solicita:

- Biometría Hemática
- Química Sanguínea: Glucosa, Úrea, Creatinina, Triglicéridos, Colesterol, Electrolitos en sangre.
- Pruebas de Coagulación: TP, TTP, INR.

4.6 Exámenes Imagenológicos

De igual manera, otra herramienta fundamental para la valoración de terceros molares retenidos es el examen imagenológico, por lo que, se solicitará los siguientes exámenes imagenológicos en base a lo que amerite cada caso en particular⁸.

- Rx. Panorámica de Maxilares.
- Rx. Periapicales.
- Rx oclusal.

4.7 Tratamiento

Tratamiento no farmacológico.

El tratamiento no farmacológico de los terceros molares retenidos consiste en la excéresis quirúrgica de los mismos (exodoncia)⁸. El procedimiento se realiza bajo anestesia local con o sin sedación endovenosa. La cirugía inicia con la elevación de un colgajo mucoperiostico, protección de los tejidos blandos, y la eliminación de hueso (osteotomía) con fresa e irrigación fría con solución salina, odontosección de ser necesario y la enucleación quirúrgica de la pieza dental. Se debe realizar la excéresis completa de la pieza dentaria y los cuidados de la cavidad ósea. Al final se realizará la síntesis o sutura con seda o material reabsorbible de preferencia. En el caso de rotura apical quedando un pequeño fragmento (ápex radicular), hay que valorar si su extracción conlleva mayor riesgo que su abandono. El paciente debe ser informado y el hecho registrado en la historia clínica⁹.

Tratamiento farmacológico

La terapia farmacológica está indicada para el manejo del dolor e infección producida por la presencia del tercer molar retenido.

Selección del medicamento

1. Analgésicos- Aines:

Son fármacos que actúan inhibiendo las síntesis de prostaglandinas y con ello se disminuye la inflamación, el dolor y la fiebre¹⁰.

• Paracetamol

Presentación: Cápsulas, Ampollas.

Posología y forma de administración: Oral

Adultos: 1g/6-8 h o adultos y niños > 12 años: 500-650 mg/4-6 h; máx. 4 g/día.

Niños desde 0 meses: 15 mg/kg/6 h o 10 mg/kg/4 h.

Precauciones: Se puede administrar en embarazo, no en pacientes alérgicos.

Efectos indeseables: Riesgo de daño hepático grave con dosis altas.

Observaciones: Ninguna.

• Diclofenaco sódico

Presentación: Cápsulas, Ampollas.

Posología y forma de administración: Oral

Adultos.: 50 mg/8 h adultos y niños mayores de 12 años: 50 mg/8 h. Ampolla 75 mg IM/día.

Precauciones: Los efectos en vía gastrointestinal son los más habituales cuando se utiliza la vía oral. Se observa hemorragia, úlcera o perforación de la pared intestinal.

Se debe tener cuidado en pacientes con insuficiencia hepática y renal.

Efectos indeseables: Trastornos gastrointestinales.

Observaciones: Categoría de riesgo B. No se recomienda durante el embarazo y la lactancia¹⁰

• Ketorolaco

Presentación: Comprimidos, Ampollas.

Posología y forma de administración: Oral

Adultos: 10 a 20 mg c/8 horas máximo por tres días. Ampollas de 30 mg-60 mg cada 8 horas I.M. o I.V. administrar lentamente.

Precauciones: No se puede administrar en embarazo, ni en pacientes alérgicos. Máximo por tres días, No en pacientes con Insuficiencia Renal.

Efectos indeseables: Riesgo de daño renal.

Observaciones: Ninguna.

Observaciones: Ninguna¹⁰

2. Antibióticos Betalactámicos:

Actúan sobre la pared celular bacteriana interfiriendo con enlazamiento cruzado de la misma (bacteriostático) y activa la hidrolasa muréica que destruye la pared bacteriana (Bactericida).

Presentación: Comprimidos, Ampollas.

Posología y forma de administración: Oral

Adultos: 10 a 20 mg c/8 horas máximo por tres días. Ampollas de 30 mg-60 mg cada 8 horas I.M. o I.V. administrar lentamente.

Precauciones: No se puede administrar en embarazo, ni en pacientes alérgicos. Máximo por tres días, No en pacientes con Insuficiencia Renal.

Efectos indeseables: Riesgo de daño renal.

Observaciones: Ninguna⁹.

• Penicilinas y Cefalosporinas

Presentación: Cápsulas, Ampollas, solución.

Posología y forma de administración:

Penicilina G sódica, 5.000.000. UI cada /4 horas de 7 a 10 días.

Sultamicilina, 1.5 gr., IV, cada 6/7 horas de 7 a 10 días.

Cefazolina Sódica, 1gr, cada 8 horas de 7 a 10 días.

Precauciones: Se puede administrar en embarazo, no en pacientes alérgicos

Efectos indeseables: Hipersensibilidad, flebitis, síntomas gastrointestinales, alteraciones renales, hepáticas y hematológicas.

Observaciones: Ninguna⁹⁻¹⁰.

• Lincosamidas

Inhiben la síntesis proteica bacteriana a nivel del ribosoma 50s. Además, se dice que facilita la opsonización, fagocitosis y destrucción de la bacteria intracelular⁹⁻¹⁰.

• Clindamicina

Indicada en pacientes alérgicos a la Penicilina

Presentación: Cápsulas, Ampollas

Posología y forma de administración: Clindamicina,

Vía oral, Cápsulas de 300 mg, cada 8 horas, de 7 a 10 días

Ampollas 600 mg VI o IM Cada 8 horas de 7 a 10 días.

Precauciones: No en pacientes alérgicos

Efectos indeseables: Hipersensibilidad, flebitis, síntomas gastrointestinales, alteraciones renales, hepáticas y hematólogicas.

Observaciones: Ninguna⁹⁻¹⁰.

5. INVOLUCRADOS

Tabla 1. Personal que interviene en el protocolo

Cargo	Responsabilidad / Autoridad
Jefe de Área	Autorizar la aplicación del protocolo
Tratantes Cirujanos Orales y Maxilofaciales	Cumplir lo establecido en el protocolo
Auxiliares de Odontología	Cumplir lo establecido en el protocolo

Fuente: Base de datos de la investigación. Elaborado por. Autores.

6. ACTIVIDADES

Los pacientes acuden por consulta externa del servicio de Estomatología del HECAM, portando la hoja de transferencia, remitidos de dispensarios de segundo nivel o prestadores externos. A continuación, se describe las actividades a realizarse en la dependencia de Cirugía Dentoalveolar del servicio de Estomatología del HECAM:

6.1 Apertura de Historia Clínica

Se realiza una historia clínica completa que contenga información detallada de datos de filiación del paciente, anamnesis, investigando todos los antecedentes que puedan ser de interés. Revisión de signos y síntomas del proceso o enfermedad actual, todos estos datos se registrará el sistema AS400. Una vez recopilada la información se solicita un examen complementario, como es el radiológico que en este caso corresponde a la radiografía Panorámica. Así con todos los resultados recopilados se llega al diagnóstico y tratamiento a realizar.

6.2 Solicitud de análisis de laboratorios, estudios radiológicos y anatomopatológicos.

Esto incluye: - Exámenes radiológicos, TAC, RM, etc. - Especímenes o muestras anatómicas. - Exámenes de laboratorio: BH (biometría hemática), QS (química sanguínea), TP (tiempo de protrombina), TPT (tiempo de tromboplastina), etc. - Fotografías¹¹.

6.3 Manejo de profilaxis antibiótica.

La finalidad de la profilaxis antibiótica en cirugía es prevenir la posible aparición de infección a nivel de la herida quirúrgica^{11,12}, creando un estado de resistencia a los microorganismos mediante concentraciones antibióticas en sangre que

eviten la proliferación y diseminación bacteriana a partir de la puerta de entrada que representa la herida quirúrgica^{1-2,11,13,14}.

La profilaxis está indicada siempre que exista un riesgo importante de infección, ya sea por las características mismas de la operación o por las condiciones locales o generales del paciente¹³. Entre los factores que van a determinar la posibilidad de aparición de la misma destacan el tipo y tiempo de cirugía y el riesgo quirúrgico del paciente por su comorbilidad (riesgo ASA): diabetes, nefropatías, hepatopatías (cirrosis), cardiopatías, terapéuticas inmunosupresoras (corticoides, radioterapia, quimioterapia, infecciones previas con antibioticoterapia no bien conocida o racionalizada). Intervenciones menores en pacientes sanos no requieren profilaxis^{11,13,14}.

6.4 Agendamiento de cita subsecuente en el sistema AS400.

Se genera la cita próxima y se dan indicaciones prequirúrgicas por escrito.

6.5 El paciente acude a la cita programada previamente.

El profesional de Cirugía Oral o Maxilofacial analiza de manera minuciosa los resultados de exámenes de laboratorio, exámenes imagenológicos y el cumplimiento de indicaciones prequirúrgicas. Si hay cumplimiento de todos los requisitos se procede a la cirugía propiamente dicha.

6.6 Acto quirúrgico propiamente dicho¹⁴ Tiempos quirúrgicos

- Realizar antisepsia de la región y colocación de campos estériles.
- Anestesia local regional. Comprobar sensibilidad de la zona anestesiada.
- Incisión del área de la mucosa bucal del sector por intervenir.
- Levantamiento de colgajo mucoperióstico.
- Osteotomía y osteotomía.
- Odontosección si el caso lo amerita (ver protocolo).
- Exéresis de pieza dentaria retenida.
- Cuidados de lecho quirúrgico a través de curetaje y lavados con suero fisiológico.
- Sutura.
- Colocar tapón de gasa durante 30 minutos.
- Indicaciones Posquirúrgicas

6.7 Control posquirúrgico¹⁵

Se realiza ocho días posteriores a la cirugía donde se valorará las condiciones locales y regionales.

COMPLICACIONES Y/O DESVIACIONES DEL PROTOCOLO

Una complicación puede definirse como un evento desagradable que ocurre durante o después de una intervención quirúrgica^{11,15}.

Las complicaciones se dividen en intraoperatorias y posoperatorias, inmediatas y tardías:

a. Complicaciones Intraoperatorias

- Hemorragias
- Fracturas
- Desplazamientos (fragmento o todo el molar)¹⁶
- Dilaceraciones de los tejidos blandos
- Lesiones nerviosas

b. Complicaciones posoperatorias inmediatas¹⁶

- Hemorragias
- Hematoma
- Trismus
- Reacciones medicamentosas

c. Complicaciones posoperatorias tardías¹⁶

- Alveolitis seca
- Infección
- Patología periodontal

Tratamiento de complicaciones:

Aunque una de las claves más importantes es la prevención, en ocasiones es inevitable que ocurran ciertos eventos adversos. En este sentido, es fundamental estudiar previamente el caso individual de cada paciente y realizar un historial clínico detallado^{15,16}.

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS:

a. Hemorragias

El tratamiento de una hemorragia establecida durante el procedimiento es lavar la herida y realizar compresión con gasa y sutura, de ser necesario electrocoagulación y ligadura del vaso sangrante^{15,16}.

Para frenar una hemorragia dental pueden utilizarse diferentes agentes hemostáticos que se dividen en químicos, térmicos y mecánicos: Los agentes químicos son los que permiten que las plaquetas se adhieran y pueda formarse el coágulo con facilidad. Los agentes térmicos permiten el sellado y la coagulación de los tejidos^{1,2,11,15,16}.

Y, por último, tenemos los agentes mecánicos, que logran la detención de la pérdida sanguínea bloqueando de forma mecánica los vasos que permanecen abiertos. Algunos ejemplos son la cera de hueso, las pinzas y esponjas hemostáticas^{1,2,11,15,16}.

b. Fracturas

En caso de fractura dental se deberá realizar la reconstrucción del diente con resina dependiendo de la extensión y localización y una radiografía periapical de control. En caso de afectación del nervio del diente, será necesario realizar tratamiento de endodoncia del mismo¹⁵.

En fractura ósea de huesos maxilares el tratamiento es la reduc-

ción, fijación con tornillos y placas e inmovilización de los maxilares^{1,2,3,11,14}.

c. Desplazamiento

El tratamiento aceptado para los desplazamientos dentarios hacia el seno maxilar es su remoción para prevenir futuras infecciones.

Molina⁷ recomienda, en un primer intento, la recuperación del diente desplazado, colocando la punta de la aspiración en la apertura hacia el seno maxilar. Si la aspiración aplicada a la apertura hacia el seno maxilar no permite la recuperación, entonces el seno puede ser irrigado con solución salina y la punta de la aspiración, aplicada nuevamente a la apertura hacia el seno. Si el segundo intento no es exitoso, deben evitarse más intentos y se tiene que prescribir al paciente tratamiento antibiótico y descongestionantes nasales^{13,14,15,16}.

La recuperación del desplazamiento dentario al seno maxilar puede hacerse mediante un abordaje Caldwell-Luc⁷ en un segundo procedimiento quirúrgico.

Es necesario, antes de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico para recuperar los dientes desplazados, hacer una valoración imagenológica con radiografías convencionales periapicales, panorámicas y laterales de cráneo o más precisas, como la tomografía computarizada.

d. Dilaceración de tejidos blandos

Las lesiones en tejidos blandos tienen una gran variedad de tratamientos y posibles acciones en función de su gravedad y de su ubicación.

En algunas ocasiones, es necesario recurrir a la cirugía oral. Normalmente se realiza con anestesia local y se centra en la curación de la herida y en controlar las posibles hemorragias que se hayan podido producir y evitar infecciones que entren por esa zona abierta^{15,16}.

e. Lesiones nerviosas

Las lesiones nerviosas son diferentes según el grado de intensidad y la etiología, por lo tanto, su proceso de regeneración es variable^{15,16}.

Es importante diferenciar sensibilidad frente a estímulos mecánicos, lo que sugiere que parte del nervio permanece intacto y funcional y puede producirse una recuperación total, diferenciándola de la parestesia espontánea donde existe una actividad neuronal generada en el área nerviosa afectada.

Otra diferencia a evaluar es, entre la anestesia causada por la compresión que presenta signos de recuperación a los tres meses y no requiere cirugía, de la sección nerviosa donde la recuperación es lenta o no la hay y está indicada la cirugía.

Es necesario hacer control de la recuperación: los test sensoriales deben hacerse cada mes. Si existe alguna evidencia de recuperación a los 3 meses, se continúa con los controles en los 3-6 meses siguientes.

El tratamiento farmacológico incluye complejo B. El complejo B vía oral por el lapso de 2 a 3 meses, según la mejoría observada^{15,16}.

Recomendamos la siguiente dosis por vía oral: 1 comprimido dos veces al día.

Complicaciones posoperatorias inmediatas:

a. Hemorragia

La hemorragia después de una extracción dental es frecuente. Cuando una pequeña porción de sangre se mezcla con la saliva, la hemorragia puede parecer peor de lo que es, ya que la cantidad aparente de sangre es mucho mayor que la real. Por lo general, la hemorragia puede detenerse manteniendo una presión constante en la zona operada durante la primera hora, normalmente pidiéndole al paciente que realice esa presión mordiendo un trozo de gasa^{1, 2, 3, 15, 16}.

Puede tener que repetirse dicho proceso de compresión local dos o tres veces. Es importante mantener el trozo de gasa (o una bolsita de té) firmemente en su sitio durante por lo menos una hora. La mayoría de los problemas hemorrágicos se presentan cuando el paciente levanta la gasa o la bolsa de té para comprobar si ha cesado la hemorragia. Si ésta persiste más de unas cuantas horas, debe avisarse al profesional. Es posible que se deba limpiar la zona de la hemorragia y cerrarla quirúrgicamente con puntos de sutura¹⁷.

Las personas que tomen con regularidad anticoagulantes (medicamentos que previenen la formación de coágulos de sangre), como la warfarina, o aspirina deben informar al odontólogo una semana antes de la intervención quirúrgica, ya que dichos fármacos aumentan la tendencia a la hemorragia. El médico del paciente puede ajustar la dosis del fármaco o interrumpir el tratamiento de forma temporal durante unos cuantos días antes de la intervención^{1, 2, 11, 12, 15, 16}.

b. Hematoma

La tumefacción es habitual después de procedimientos quirúrgicos. Es importante mantener medidas físicas, siendo aconsejable aplicar hielo local en la zona donde se intervino durante las primeras 24-48 horas^{1, 2, 3, 14, 16}.

Se le recomendará al paciente que haga las aplicaciones a intervalos breves (de 10 minutos), para no enfriar en exceso la piel de la zona. El frío consigue evitar la congestión en la zona de la intervención, reduce el edema y el dolor, y disminuye el riesgo de hemorragia y hematomas.

También ayuda la terapia farmacológica. Los fármacos más utilizados para controlar los síntomas postoperatorios son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE)^{11, 12}.

El ibuprofeno se administra a dosis de 200-400 mg/4-6 horas, siendo esta dosis eficaz y bastante segura para dolores leves o incluso moderados^{11, 12}.

c. Trismus

El trismus postextracción es habitual posterior a un procedimiento quirúrgico porque se genera una agresión o un proceso traumático sobre el tejido que soporta al diente y sus músculos adyacentes, lo que puede provocar la contracción del músculo^{1, 2, 3, 15, 16}.

Normalmente, el tratamiento consiste en realizar ejercicios de apertura y cierre de la boca, ayudando a que la apertura bucal del paciente recupere un tamaño normal.

En casos más severos, es habitual incluir los analgésicos y relajantes musculares para aliviar las molestias causadas.

d. Reacciones medicamentosas^{11, 12}

Son reacciones adversas debidas a la administración sistémica de un medicamento. Pueden aparecer en un pequeño número de personas.

Desaparecen al suspender su administración y se repiten con una nueva dosis^{11, 12}.

Es importante resaltar que se deben notificar todas las sospechas de reacciones adversas medicamentosas (RAM).

Complicaciones posoperatorias tardías:

a. Alveolitis Seca

La alveolitis seca es la exposición del hueso en el alvéolo, lo que ocasiona un retraso de la cicatrización¹⁶. Puede producirse con posterioridad a la extracción de un molar y a la desaparición del coágulo de sangre que suele formarse en el alvéolo. De modo característico, el malestar se reduce durante 2 o 3 días después de la extracción para luego empeorar de repente, a veces acompañado de dolor de oído. Aunque dicha afección desaparece por sí misma al cabo de 1 o 2 semanas, se puede aplicar un apósito con un anestésico en el alvéolo para suprimir el dolor.

El profesional odontólogo reemplaza el apósito entre cada 1 y 3 días, y lo sigue haciendo hasta que, después de haber pasado unas cuantas horas sin apósito, ya no se sienta dolor¹⁷.

b. Infección

Actualmente se precisa un nuevo enfoque en el tratamiento de las infecciones odontogénicas con predominio de medidas físicas o químicas que impidan la formación, reduzcan o eliminen el biofilm o placa dental, más allá del tratamiento actual con antibióticos^{11, 12, 17}.

El uso de antibióticos sistémicos como terapia adjunta al tratamiento odontológico sólo se indica cuando el riesgo de diseminación microbiológica regional, a distancia o sistémica sea significativo (celulitis/flemón, adenopatías regio-

nales, inflamación difusa con afectación del estado general y fiebre) y en pacientes inmunocomprometidos^{12,17-20}.

La elección del antimicrobiano debe estar dirigida a la restauración del equilibrio ecológico de la cavidad oral y minimizar la emergencia de cepas resistentes. Actualmente el antibiótico de elección en nuestro ámbito es la amoxicilina.

c. Patología periodontal

El objetivo del tratamiento de la patología periodontal es limpiar exhaustivamente las bolsas alrededor de los dientes y prevenir daños en el hueso que las rodea. Es necesario adoptar una rutina diaria de buen cuidado bucal¹⁷⁻²⁰.

El tratamiento no quirúrgico incluye raspado y alisado radicular. Puede ser necesario antibióticos orales para eliminar por completo las bacterias que causan la infección.

El tratamiento quirúrgico incluye cirugía para reducción de bolsas, injertos de tejido y regeneración tisular guiada^{3,17-20}.

ABREVIATURAS

HECAM: Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín; ATM: Articulación Temporomandibular; TP: Tiempo de protrombina; TTP: Tiempo de tromboplastina Parcial; TAC: Tomografía Axial Computarizada; RM: Resonancia Magnética.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

MCh: Concepción y diseño del trabajo, Recolección de datos y obtención de resultados, Análisis e interpretación de datos, Redacción del manuscrito. MCh, PC, GM, FM, YC: Revisión crítica del manuscrito, Aprobación de su versión final, Rendición de cuentas (ICMJE).

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Se utilizaron recursos bibliográficos de uso libre y limitado. La información recolectada está disponible bajo requisición al autor principal.

APROBACIÓN DE GERENCIA GENERAL Y DIRECCIÓN TÉCNICA

El protocolo médico fue aprobado por pares y por las máximas autoridades.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN

La publicación fue aprobada por el Comité de Política Editorial de la Revista Médico Científica CAMBIOS del HECAM en Acta 003 de fecha 07 de diciembre de 2022.

FINANCIAMIENTO

Se trabajó con recursos propios de los autores.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores reportaron no tener ningún conflicto de interés, personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Doménica Andrade por su colaboración en este proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal Madrid: Ergon; 2011. Disponible en: https://gravepa.com/graino/biblioteca/publicacionesmedicas/Odontologia%20y%20Estomatologia/cirugia/Tratado_De_Cirugia_Bucal_-_Tomo_I.pdf
- Collante CI, Lewintre ME. Relación entre terceros molares inferiores retenidos, el apiñamiento dentario tardío anteroinferior con la suma angular del polígono de Björk-Jarabak; 2007. 1 (1). Revista de la Facultad de Odontología [Internet]. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/5142/4837>
- Raspall G. Cirugía Oral e Implantología. Madrid – España. Editorial Médica Panamericana; 2006. 360 p. ISBN: 9788479035297. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/cirugia-oral-e-implantologia>
- García F, Toro O, Vega M, Verdejo M. Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 Años, Antofagasta, Chile. Int. J. Morphol. 2009. 27 (3): 727-36. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v27n3/art16.pdf>
- Donado M, Martínez JM. Cirugía Bucal: Patología y técnica [Internet]. 5a ed. Barcelona – España: Elsevier Masson.; 2019. 548 p. Disponible en: https://www.academia.edu/44308378/DONADO_CIRUGIA%20BUCAL_Patolog%C3%ADa_y_t%C3%A9cnica
- Castro Velásquez FL. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión - cie 10; 2019. Disponible en: <https://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/TABLAS/CIE%2010%20ODONTOLOGIA.pdf>
- Molina V, Manzano PI. Tratamiento de desplazamientos dentarios al seno maxilar, mediante antrostomía Caldwell-Luc bajo anestesia local: Presentación de dos casos. Revista de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2014; 71 (4): 192-196. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od144h.pdf>
- Medeiros PJ. Cirugía de Dientes Incluidos. Argentina. DOCER. Editorial AMOLCA [Internet]. 2020. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/855xvc>
- Tripathi K. Farmacología en Odontología. Fundamentos. 2a ed. Nueva Deli, India: Editorial Médica Panamericana; 2005. 516 p. ISBN: 9789500600866. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?hl=en&lr=&id=96310Eb-YetUC&oi=fnd&pg=PA10&dq=K.+D+Tripathi.+Farmacolog%C3%ADa+en+Odontolog%C3%ADa+Fundamentos.+Editorial+M%C3%A9dica+Panamericana.+Buenos+Aires+2008.&ots=fKBIK8Rrri&sig=aaUNfs-8QSYgSRvm6DRX4X4fFdnk#v=onepage&q&f=false>
- Hupp J, Ellis E, Tucker MR. Cirugía Oral Y Máxilo-facial Contemporánea. 7a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2020. 720 p. Disponible en: <https://edimeinter.com/catalogo/novedad/cirugia-oral-maxilofacial-contemporanea-7a-edicion-2020/>
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos: Salud Bucal 2014. Quito: MSP. 256 p. ISBN: 978-9942-07-572-7. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontolog%C3%B3gicos.pdf>
- Salmerón Escobar JI, Fernández de Velasco AM. Profilaxis antibiótica en Cirugía Oral y Maxilofacial. Med. oral patol. oral cir.bucal. [Internet]. 2006 Jun 11(3): 292-296. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000300016&lng=es.
- Cubas Jager JL, Asmat Abanto AS. Amoxicilina para prevenir la infección postexodoncia de terceros molares incluidos: ensayo clínico aleatorizado. Rev ESP Cir Oral Maxilofac 2016; 38 (4):188-92. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v38n4/1130-0558-maxi-38-04-00188.pdf>
- Chipasco M. Procedimiento de cirugía oral respetando la anatomía. Italia: Amolca; 2009. 334 p. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/product/75423/procedimientos-de-cirugia-oral-respetando-la-anatomia---chiapasco>
- Madelyn M, Legrá E, Ramos M, Matos F. Terceros molares retenidos. Actualización; 2015. Rev Inf Cient. 92 (1 Supl. 1): 995-1010. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/217/1389>
- Licéaga Escalera JL, Montoya Pérez LA, Velez Cruz ME, Aldape Barrios BC, Lopéz González EA, Torres Urbina CA. Ameloblastoma uniuquístico intraluminal tra-

- tado mediante descompresión. Reporte de caso. *Medigraphic*. Agosto 2017;13(2):56-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2017/cb172d.pdf>
17. Chile. Subsecretaría de Salud pública. Guía clínica AUGE: Urgencias Odontológicas Ambulatorias. [Internet]. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2011. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222b6448161ecb1e04001011f013f94.pdf>
18. Del Puerto H, Casas L, Cañete R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Rev. Med. Electron.* [Internet]. 2014 [citado 2022 Oct 19]; 36(Suppl 1): 752-762. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008&lng=es.
19. Rivera R, Esparza V, Bermeo J, Martínez R, Pozos A. Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos. *Gac. Méd. Méx* [revista en la Internet]. 2020 Feb [citado 2022 Oct 19]; 156(1): 22-26. Epub 26-Mayo-2021. DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.19005113>.
20. Bustillo J. Implicación de la erupción de los terceros molares en el apiñamiento anteroinferior severo. *Av Odontoes-tomatol* [Internet]. 2016 Abr [citado 2022 Oct 19]; 32(2): 107-116. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000200005&lng=es.