

ARTÍCULO ORIGINAL

Evolución postquirúrgica del cierre de la herida quirúrgica por segunda intención en terceros molares

Postoperative evolution of surgical wound closure by secondary intention in third molars

Felicia Caridad Morejón Álvarez¹, Yan Álvarez Rodríguez²

¹Especialista de Segundo grado en cirugía maxilofacial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Auxiliar. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: fefim@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital "Comandante Pinares". San Cristóbal.

Recibido: 23 de junio de 2014.

Aprobado: 29 de noviembre de 2014.

RESUMEN

Introducción: la cirugía del tercer molar constituye uno de los tratamientos que con frecuencia se realiza en la práctica estomatológica. Actualmente es la técnica quirúrgica convencional más empleada.

Objetivo: evaluar la evolución postoperatoria en los pacientes con terceros molares inferiores semiretenidos, con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, según la presencia de dolor, edema, sangramiento, sepsis y trismo mandibular.

Material y método: se realizó un estudio analítico, longitudinal, prospectivo de casos y controles en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río en el período comprendido desde septiembre de 2010 hasta julio de 2013. La muestra estuvo compuesta por 120 pacientes que asistieron a la consulta de cirugía maxilofacial por presentar los terceros molares mandibulares semiretenidos. Para el análisis estadístico se emplearon las técnicas de estadística comparativas de *Kolmogorov-Smirnov* y la de probabilidad exacta de *Fisher*.

Resultados: en los 60 pacientes operados mediante la técnica quirúrgica convencional con sutura del colgajo vestibular, a las 72 horas presentaban dolor, en 48 era moderado para un 80%, y en 12, era intenso para un 20%. De los 60 que fueron operados mediante la técnica quirúrgica con cierre de la herida por segunda

intención, a las 72 horas solo 15 pacientes para un 25% tenían dolor ligero.

Conclusiones: hubo una mejor evolución postoperatoria en los pacientes con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, con un 45% de los casos sin dolor y un 90% con edema ligero a las 72 horas de operados; no presentaron síntomas como sangramiento, sepsis, ni trismo mandibular.

DeCS: Diente impactado/cirugía, Tercer molar/cirugía.

ABSTRACT

Introduction: third molar surgery is a treatment often performed during the dentistry practice work. Nowadays it is the most used conventional surgical technique.

Objective: to evaluate the postoperative results in patients with non-semi-retained mandibular molars, with closure of the wound by secondary intention, regarding aspects such as the presence of pain, edema, bleeding, sepsis and mandibular trismus.

Methods: an analytical, longitudinal, prospective case-control study was conducted at Abel Santamaria Cuadrado General Teaching Hospital in Pinar del Río, in the period from September 2010 to July 2013. The sample consisted of 120 patients attending the maxillofacial surgery office because of semi-retained mandibular third molars. For statistical analysis we used the Kolmogorov-Smirnov statistic methods and the Fisher exact probability variant.

Results: for the 60 patients operated by conventional surgical suture with vestibular flap, after 72 hours pain appeared, and it was moderate in 48-80%, and at 12 hours, it was intense for the 20%. For the 60 patients operated by surgical technique with wound closure by secondary intention, after 72 hours only 15 patients (25%) had mild pain.

Conclusions: There was a better postoperative result in patients with surgical wound closure by secondary intention, with 45% of the patients with no pain and 90% with slight edema after 72 hours of surgery; the study showed no symptoms such as bleeding, sepsis, or mandibular trismus.

DeCS: Impacted tooth/surgery, Third molar/surgery.

INTRODUCCIÓN

Se denominan dientes retenidos o impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico, constituyendo los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos.^{1,2}

Los terceros molares o muelas del juicio son piezas dentarias correspondientes a la dentición permanente y se encuentran ubicados por detrás de los segundos molares. Embriológicamente se forman a partir de los 36 meses, comenzando su período de calcificación a los 9 años completando su período de erupción entre los 18 y 27 años.³

Los terceros molares en su intento de erupción pueden producir accidentes patológicos de variado aspecto e intensidad, de tipo mucoso, nervioso, celular,

linfático o ganglionar y tumoral, siendo la pericoronaritis el estado patológico más común que afecta al tercer molar parcialmente retenido.⁴

Los terceros molares retenidos pueden permanecer asintomáticos, en cuyo caso no se recomienda su exéresis profiláctica; se necesitan indicaciones científicamente bien definidas y considerar lo que es mejor en cada caso, para que estas sean necesarias de realizar.^{1, 5}

En el tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores retenidos se consideran los siguientes tiempos quirúrgicos de acuerdo al tipo de retención presente, siendo esta la técnica quirúrgica convencional: incisión triangular, levantamiento del colgajo vestibular, ostectomía, odontosección o combinación de ambos métodos, extracción del molar, limpieza de la cavidad alveolar, afrontamiento del colgajo vestibular y sutura.^{6,7}

Como otras técnicas quirúrgicas a utilizar están: la técnica modificada de división lingual del hueso, el uso de diferentes incisiones como la incisión y desprendimiento del colgajo mediante incisión festoneada (colgajo envolvente) y la incisión con rodete de encía queratinizada, estableciéndose comparaciones con la técnica quirúrgica convencional. También en otros estudios se realiza una variante a la técnica quirúrgica convencional, usando la Z plastia para el diseño del colgajo vestibular, permitiendo una mejor sutura del alveolo y menor incidencia de complicaciones postoperatorias.⁸⁻¹⁰

Por lo general, la extracción del tercer molar genera un impacto negativo durante los primeros 4 a 7 días después de la cirugía y este período se caracteriza clínicamente por: dolor, inflamación, trismo y deficiente función masticatoria, signos y síntomas estos desagradables que llevan al paciente a un período de convalecencia más largo y lo cual ha sido preocupación por encontrar técnicas que reduzcan estas alteraciones.³

La contención del exudado inflamatorio de los tejidos en el lecho quirúrgico a través de la sutura del colgajo vestibular contribuye a la respuesta inflamatoria y al dolor en el postoperatorio del tercer molar, por ende, se desarrolló esta investigación con el objetivo de evaluar la evolución postoperatoria en pacientes con terceros molares inferiores semiretenidos, y con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, según la presencia de dolor, edema, trismo, sepsis y sangramiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio analítico, longitudinal, prospectivo de casos y controles en pacientes que acudieron al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río, en el período comprendido desde septiembre de 2010 hasta julio de 2013.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río con el diagnóstico de terceros molares inferiores semiretenidos y de los cuales conformaron la muestra de nuestro estudio 120 pacientes que presentaban los terceros molares inferiores semiretenidos en posición vertical o mesioangular, atendiendo a los criterios de inclusión además de no presentar enfermedades crónicas descompensadas, no ser pacientes con retraso mental o portadores de discrasias sanguíneas y en los cuales a partir de un muestreo sistemático se realizó un grupo control y otro de estudio, asignándole los números pares al grupo control, estando formado por 60 pacientes que fueron

operados de los terceros molares inferiores semiretenidos mediante la técnica quirúrgica convencional, en la que se sutura la herida quirúrgica.

Al grupo de estudio se le asignaron los números impares, estando constituido por 60 pacientes que fueron operados de terceros molares inferiores semiretenidos, con su consentimiento previo por escrito a participar en la investigación y en los cuales se realizó una modificación a la técnica quirúrgica convencional, que consistió en no realizar la sutura de la herida quirúrgica, dejando que esta cicatrice por segunda intención.

A todos los pacientes se les realizó estudio radiográfico periapical y chequeo preoperatorio mínimo y confeccionó una encuesta que recogía los datos generales del paciente, exámenes complementarios, examen clínico y radiográfico, técnica quirúrgica empleada, descripción del acto operatorio y evolución postoperatoria.

A los pacientes que conformaron el grupo control y el de estudio se les realizó su intervención quirúrgica en el salón de cirugía maxilofacial del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río. Todos los pacientes operados recibieron como indicaciones postoperatorias: aplicación de fomentos fríos durante las primeras 24 horas, medicación analgésica si presenta dolor, antibioticoterapia profiláctica, realizar ejercicios de apertura y cierre bucal pasadas 6 horas de la operación, mantenimiento de la higiene bucal y realizar colutorios de solución salina varias veces a partir del siguiente día.

Los pacientes tanto del grupo control como el de estudio fueron valorados a las 72 horas de operados, a los 7 días, 15 días y 30 días, analizando en cada evolución las siguientes variables: la presencia o no de dolor y de edema ligero, moderado o intenso, sangramiento, sepsis en la zona intervenida y trismo mandibular.

La información obtenida del cuestionario se organizó en tablas de salida, resumiendo los datos en frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis de la información se emplearon las técnicas de estadística comparativas de Kolmogorov-Smirnov y la de probabilidad exacta de Fisher.

RESULTADOS

Se da a conocer la distribución de pacientes según la presencia de dolor y el tiempo de evolución por técnica quirúrgica de tratamiento, donde podemos apreciar que de los 60 pacientes operados mediante la técnica quirúrgica convencional con sutura del colgajo vestibular, a las 72h todos los pacientes presentaban dolor, en 48 era moderado para un 80% y en 12 era intenso para un 20%; sin embargo, de los 60 pacientes que fueron operados mediante la técnica quirúrgica con cierre de la herida por segunda intención, a las 72 horas solo 15 pacientes para un 25% tenían dolor ligero y el resto de los 45 pacientes operados no tenían dolor alguno. Al ser valorados los pacientes a los 7 días en el grupo tratado mediante la técnica quirúrgica convencional, aún existían 22 pacientes para un 37%, que presentaban dolor ligero, mientras que los pacientes operados mediante la técnica quirúrgica con cierre de la herida por segunda intención, a los 7,15 y 30 días el 100% de los pacientes se encontraban sin dolor. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los grupos según el dolor y el tiempo de evolución. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Año 2013.

Tiempo de Evolución	Grupo de Control						Grupo de Estudio					
	Dolor						Dolor					
	Ligero	%	Moderado	%	Intenso	%	Ligero	%	Moderado	%	Intenso	%
72 hrs.	0	0	48	80	12	20	15	25	0	0	0	0
7 días	22	37	0	0	0	0	0	0	56	70	0	0
15 días	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30 días	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

χ^2 cuadrado=120,0 G.L=2 P=0

Aparece la distribución de pacientes según la presencia de edema y el tiempo de evolución por técnica quirúrgica de tratamiento, donde a las 72 horas de operados, a pesar de presentar todos los pacientes edema, en 54 de los operados con cierre de la herida por segunda intención era ligero y solo en 6 pacientes fue el edema moderado; sin embargo, mediante la técnica quirúrgica convencional a las 72h, el 67% de los pacientes tenían edema moderado y en un 33% era intenso, incluso, a los 7 días aún todo los pacientes presentaban edema y a los 15 días habían 5 pacientes con edema ligero, no así mediante la técnica quirúrgica por segunda intención que a los 7,15 y 30 días el 100% se encontraban sin edema. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los grupos según edema y tiempo de evolución.

Tiempo de Evolución	Grupo de Control						Grupo de Estudio					
	Edema						Edema					
	Ligero	%	Moderado	%	Intenso	%	Ligero	%	Moderado	%	Intenso	%
72 hrs.	0	0	40	86,7	20	33,3	54	90	6	10	0	0
7 días	35	58,3	25	41,7	0	0	0	0	0	0	0	1,3
15 días	5	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30 días	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

χ^2 cuadrado =97,2 G.L=2 P=1,2E-13

Se aprecia la distribución de pacientes según la presencia de trismo mandibular y el tiempo de evolución por técnica quirúrgica de tratamiento, donde de los 60 pacientes operados mediante la técnica quirúrgica convencional, a las 72 horas 25 pacientes presentaban trismo mandibular para un 41,6% y a los 7 días en 17 pacientes se mantenía el trismo y aún a los 15 días habían 2 casos que lo presentaban, sin embargo, los pacientes operados con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención no presentaron trismo mandibular en la evolución postoperatoria. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de los grupos según trismo mandibular y tiempo de evolución.

Tiempo de Evolución	Grupo de Control		Grupo de Estudio	
	Trismo mandibular		Trismo mandibular	
	No	%	No	%
72 hrs.	25	41,6	0	0
7 días	17	28,3	0	0
15 días	2	3,33	0	0
30 días				

Al considerar la presencia de sepsis y sangramiento por técnica quirúrgica, en 10 de los pacientes operados mediante la técnica convencional existió sepsis en el área operada (alveolitis), no existiendo esta alteración en el grupo de pacientes operados con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención. En los pacientes operados mediante las técnicas descritas no hubo incidencia de casos con sangramiento.

DISCUSIÓN

El resultado alcanzado en cuanto al dolor, en los pacientes operados con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención (tabla 1), resultó altamente significativa desde el punto de vista estadístico, lo que es avalado por el valor de probabilidad asociado que fue de 0,00 y desde el punto de vista médico, pues a las 72 horas, el 75% de los pacientes se encontraban sin dolor, mientras que mediante la técnica quirúrgica convencional todos los pacientes operados presentaban dolor moderado e intenso.

El buen resultado del tratamiento respecto a la poca presencia de dolor puede estar dado, en que al dejar el colgajo vestibular que se realiza sin suturar, estableciéndose el cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, facilitamos la liberación del exudado inflamatorio de los tejidos al exterior, siendo menos notable la respuesta dolorosa y también el edema.

Se reportan estudios realizados en pacientes operados de terceros molares inferiores mediante la técnica quirúrgica convencional que atendiendo a la presencia de dolor moderado e intenso en el postoperatorio, se le administraron posterior a la cirugía dosis única de vicoprofen para tratar el dolor postoperatorio con resultados positivos.^{9,11} También en estudios realizados comparando el dolor postoperatorio en 93 pacientes con terceros molares operados con cierre primario y secundario; resultó significativamente menor en el grupo que se le realizó el cierre de la herida por segunda intención. Otros estudios para el control y alivio del dolor postoperatorio utilizaron la crioterapia en el hueso expuesto una vez extraído el tercer molar.^{6, 12}

El edema es una alteración que invariablemente aparece al realizar la cirugía del tercer molar. La tabla 2 muestra a las 72 horas en el 90% de los pacientes operados con la técnica del cierre de la herida por segunda intención, un edema ligero y sin presencia de este en el resto de los períodos evolutivos, pues se facilita

asi la liberación del exudado inflamatorio de los tejidos al exterior y resulta menor el grado de movilización del tejido blando, no así mediante la técnica quirúrgica convencional, resultado este altamente significativo desde el punto de vista estadístico, lo que es avalado por el valor de probabilidad asociado que fue 1,2 E-13 y desde el punto de vista médico.

En estudios realizados evaluando la respuesta postoperatoria con relación al edema, al realizar en 100 pacientes la cirugía del tercer molar con la técnica convencional; el edema resultó de moderado a intenso a las 72 horas.¹³ Por tanto, en la literatura aparecen otros estudios que utilizan el efecto antiinflamatorio de la *methylprednisolona EV*, antes de la cirugía del tercer molar, lográndose la reducción significativa del edema facial, el dolor y el trismo mandibular en los pacientes operados.⁹ También en otras investigaciones realizadas aparece el uso de corticoides con AINES por su efecto antiinflamatorio y analgésico, administrados en el pre y postoperatorio para minimizar el edema en esta cirugía.¹³

La no presencia de trismo mandibular que conduce a la limitación de la función masticatoria, en los pacientes operados con cierre de la herida por segunda intención (tabla 3) obedeció a la respuesta inflamatoria menos marcada, pues a las 72 horas en el 90% de los pacientes el edema era ligero y en el resto de los períodos evolutivos los pacientes no presentaron edema, no así en los pacientes operados mediante la técnica quirúrgica convencional, encontrando en la literatura la presencia de trismo en los casos operados por la técnica convencional y atribuyendo el mismo al edema marcado que tenía los casos en el postoperatorio. En la literatura mediante la aplicación de corticoides en el pre y postoperatorio se logró en investigaciones realizadas disminuir la incidencia de casos con trismo mandibular, alteración esta no presente en estudios realizados, en los se estableció el cierre de la herida por segunda intención.^{9,13}

A pesar de que en todos los pacientes se les indicó el mantenimiento de la higiene bucal, la realización de colutorios y el uso profiláctico de antibióticos, en muchos de los pacientes operados mediante la técnica quirúrgica convencional que presentaron alveolitis; se pudo constatar que no mantuvieron una higiene bucal adecuada, con un cepillado dental deficiente, por el dolor y el edema que presentaban a las 72 horas e incluso a los 7 días de operados. No así mediante el cierre de la herida quirúrgica por segunda intención que no hubo esta alteración. En la literatura consultada estudios realizados muestran, que la bacteriemia puede ser el resultado de la eliminación de las suturas intraorales, por lo que recomiendan el uso profiláctico de antibióticos para prevenir la bacteriemia, así como la importancia de la higiene bucal, la cual se ve limitada en aquellos casos en los que la respuesta dolorosa y el edema postoperatorio marcado están presentes.¹⁴

Con los resultados clínicos alcanzados en la investigación se demostró una mejor evolución postoperatoria en los pacientes operados de terceros molares mandibulares con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, con un 45% de los casos sin dolor y un 90% con edema ligero alas 72 horas de operados y la no existencia de sangramiento, sepsis, ni trismo mandibular, lo cual hace que sea de interés divulgar la aplicación de la técnica con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención en el tratamiento de terceros molares mandibulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ali HH. Pattern of third molar impaction in a Saudi population. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 2010; 2; 109-113.

2. Larrazábal Morón C, Galán Gil S, Peñarrocha Diago M. Revisión bibliográfica de los artículos publicados de cirugía bucal en el año 2005. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2008 ago; 30(4): 225-245.
3. Lazaridou M, Galitsiou V, Divanidou C, Tilaveridis I. A study of the correlation between second molar distal caries and third molar eruption. Hellenic Archives of Oral & Maxillofacial Surgery. 2012; 3: 159-166.
4. Da Costa MG, Pazzini CA, Garcia Pantuzo MC, Ramos Jorge ML, Silva Marques L. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. Braz Oral Res(São Paulo). 2013 mar-apr; 27(2):183-8.
5. Ramírez A, Rodríguez GM, Sánchez PR. Conveniencia de la cirugía profiláctica del tercer molar retenido: un análisis de decisiones. Rev. fac. med. 2008 june; 56(2): 125-132.
6. Hernández Pedroso L, Raimundo Padrón E. Intervenciones quirúrgicas realizadas en dientes retenidos a pacientes de la población de IBB. República de Yemen.
7. Reinoso E. Intervenciones quirúrgicas realizadas en dientes retenidos a pacientes de la población de IBB, Republica de Yemen. Portales Médicos. 2011; 16(1).
8. Infante-Cossío P. Comparación del postoperatorio de dos colgajos en cirugía de terceros molares inferiores. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2009 Jun; 31(3): 193-195.
9. Casas del Valle L, Aparicio Molares P, Uribe Fenner F, Alcocer Carvajal D. Comparación del postoperatorio de dos colgajos en cirugía de terceros molares inferiores. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2009 Jun; 31(3): 185-192.
10. Díaz-Condal C, Rojas Sánchez R, Gaete García C, Muñoz-Smitmans C. Eliminación quirúrgica de tercer molar. Acta Odontol Venez. 2012; 50(3).
11. Flores Ramos JM, Aguilar Orozco SH, Ochoa Zaragoza MG. La betametasona (fosfato sódico + acetato) previene la inflamación y el trismo en la cirugía del tercer molar inferior retenido. glucocorticoides en cirugía del tercer molar. Revista ADM. 2013; 70(4): 190-196.
12. Simone JL, Jorge Waldyr A, Ratto Tempestini HAC, Canaval Talita G, Tortamano Peixoto I. Comparative analysis of preemptive analgesic effect of dexamethasone and diclofenac following third molar surgery. Braz. oral res. 2013 Jun; 27(3): 266-271.
13. Correa PE. Principios quirúrgicos en cirugía oral y maxilofacial. Medellín: Colombia; Wordpress.
14. Leal de Moura W, Leal de Moura W, da Silva Rodrigues Freire AS, Moura Mendes S, Olate S. Eficacia del Tratamiento con Amoxicilina en la Prevención de Complicaciones Postoperatorias en Pacientes Sometidos a Cirugía del Tercer Molar: un Estudio Doble Ciego. Int. J. Odontostomat. 2011; 5(2): 147-152.

Dra. Felicia Caridad Morejón Álvarez. Especialista de Segundo grado en cirugía maxilofacial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Auxiliar. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: fefim@princesa.pri.sld.cu