



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. enero-junio, 2000; 4(1):21-27

ARTÍCULO ORIGINAL

Cierre de la herida quirúrgica por segunda intención en terceros molares inferiores retenidos

Closure of surgical wound per second intention in third inferior retained molar

Felicia Morejón Alvarez¹, Tailín Morejón Álvarez², Humberto López Benítez³, Higinio Hernández González⁴, Hiradys Martínez Bruno⁵.

¹Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría». Pinar del Río.

²Doctora en Estomatología. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría». Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría». Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría». Pinar del Río.

⁵Estomatóloga General. Clínica Estomatológica "Ormani Arenado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio en 40 pacientes con terceros molares inferiores retenidos que fueron atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría» en el periodo de tiempo comprendido entre el 10 de septiembre de 1999 y el 10 de febrero del año 2000 con el objetivo de evaluar la evolución postoperatoria encontrada en los pacientes operados de terceros molares inferiores retenidos con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, atendiendo a la presencia de dolor, edema, sangramiento, ni sepsis ni trismo mandibular. Se plantean y analizan los resultados obtenidos estableciendo comparaciones con estudios anteriores. En los pacientes operados encontramos una favorable evolución postoperatoria, existiendo un 85 % de los casos sin dolor y un 90 % con edema ligero a las 72 horas de operados; no apareciendo casos con sangramiento, ni sepsis ni trismo mandibular. Esta técnica de tratamiento sin sutura de la herida quirúrgica permite a nuestros pacientes una rápida recuperación e incorporación social.

DeCS: DIENTE IMPACTADO/ Cirugía, TERCER MOLAR/ Cirugía.

ABSTRACT

A study was carried out in 40 patients with retained inferior third molars who were cared at the Maxilofacial Surgery Service at Abel Santamaria Clinical Surgical Teaching Hospital in the period from September 10th. 1999 and February 2000 aimed at the post - operative evaluation found in patients operated upon of retained inferior third molar with closure of the surgical wound by second intention, according to the presence of pain, edema, bleeding, sepsis and mandible trismus. Results obtained are analyzed establishing comparisons with previous studies. A favorable postoperative evolution was found in the operated patients, 85 % of the cases did not have any pain and 90 % with light edema 72 hours after the surgery, no bleeding was reported, neither mandible trismus. This treatment technique without suture of the surgical wound allows our patients a quick recovery and social incorporation.

DeCS: MOLAR, THIRD/ Surgery, TOOTH, IMPACTED/ Surgery.

INTRODUCCIÓN

Se denominan dientes retenidos, incluidos 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.^{1,2} La retención puede ser intraosea cuando el diente esta completamente rodeado por tejido óseo o subgingival cuando esta cubierto por la mucosa gingival, constituyendo los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores los dientes con mayor frecuencia quedan retenidos.^{2, 4-6} El tercer molar en su intento de erupción puede producir accidentes patológicos de variado aspecto e intensidad y se clasifican en accidentes mucosos, nerviosos, celulares, linfáticos o ganglionares y tumorales⁷⁻⁹ que hacen necesario su tratamiento medico quirúrgico, que consiste en su extracción mediante dos métodos fundamentales: 1- Se incide el hueso para

extraer el diente completo, 2- Se secciona el diente para extraerlo por partes o combinando ambos,¹⁰ siendo importante conocer la posición del eje longitudinal del tercer molar con relación al eje del segundo molar que permitirá clasificar el tipo de retención en vertical, horizontal, mesioangular, distoangular, vestibuloangular, linguoangular e invertido, también resulta útil conocer la relación que tiene el tercer molar con el borde anterior de la rama ascendente y la profundidad relativa en la que se encuentra en el hueso a través del estudio radiográfico que se realiza y que nos permitirá planificar la intervención quirúrgica,¹¹ en la cual se realiza un colgajo vestibular, realizando los métodos descritos según la retención que presenta el tercer molar y una vez extraído se sutura el colgajo y se sigue la evolución postquirúrgica del paciente, atendiendo a la presencia de complicaciones postoperatorias que pudieran aparecer y requerir un tratamiento oportuno.^{12, 13}

En nuestro trabajo nos proponemos realizar una modificación a la técnica quirúrgica convencional empleada en la excéresis de los terceros molares inferiores y que consiste en dejar el colgajo vestibular que se realiza sin suturar estableciéndose el cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, atendiendo a la evolución postoperatoria satisfactoria encontrada en pacientes que por presentar procesos de pericoronaritis previos no se le realiza la sutura del colgajo vestibular, facilitando así la liberación del exudado inflamatorio, siendo menos notable la respuesta inflamatoria y en vistas de valorar la evolución postoperatoria encontrada en los pacientes operados de terceros molares inferiores retenidos con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, atendiendo a las siguientes variables de evolución presencia de dolor, edema, sangramiento, sepsis y trismo mandibular, nos motivamos a materializar esta investigación.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo con el propósito de valorar la evolución postoperatoria encontrada en los pacientes operados de terceros molares inferiores retenidos, con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, atendiendo a las siguientes variables de evolución (presencia de edemas, dolor, sangramiento, sepsis y trismo mandibular), donde el universo de nuestro trabajo estuvo compuesto por 40 pacientes que presentaban los terceros molares inferiores retenidos, siendo atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría" en el período de tiempo comprendido entre el 10 de septiembre de 1999 y el 10 de febrero del año 2000, los cuales con su consentimiento previo a participar en nuestro trabajo fueron valorados clínicamente e incluidos aquellos pacientes con antecedentes de salud, que presentaban el tercer molar inferior retenido en posición mesioangular o vertical por ser esta la forma de retención que con mayor frecuencia encontramos, realizándole para ello estudio radiográfico y chequeo mínimo preoperatorio. A todos estos pacientes se les confeccionó una planilla que recogía los datos generales del paciente, exámenes complementarios (hemograma, coagulograma, glicemia), examen clínico y radiográfico, descripción del acto operatorio y evolución postoperatoria, siendo citados para el salón de Cirugía Maxilofacial donde se les realizó la intervención quirúrgica basada en la excéresis de los terceros molares inferiores retenidos con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención, al hacer todos los pasos descritos en la técnica quirúrgica convencional pero sin realizar la sutura del colgajo vestibular.

Todos los pacientes operados recibieron como indicaciones postoperatorias: aplicación de fomentos fríos, antibióticoterapia profiláctica, analgésicos si presenta dolor y realizar colutorios de solución salina varias veces a partir del segundo día. Los pacientes fueron evaluados a las 72 horas, 7 días, 15 y más de 15 días, recogiendo en cada evolución las siguientes variables: presencia o no de dolor ligero, moderado o intenso, sangramiento, sepsis del área operada y trismo

mandibular. Considerando a aquellos pacientes que a las 72 horas el dolor y el edema sean ligeros sin presencia de sepsis ni sangramiento ni trismo mandibular y que en el resto de los períodos evolutivos ya no presenten estas alteraciones, como los pacientes con una mejor evolución postoperatoria.

La información obtenida del cuestionario fue procesada y los resultados obtenidos se presentaron en tablas de números absolutos y por ciento.

RESULTADOS

En la tabla 1 presentamos la distribución de pacientes operados de terceros molares inferiores retenidos con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención según presencia de dolor y tiempo de evolución donde de los 40 pacientes intervenidos a las 72 horas existía dolor ligero en solo 6 pacientes que representan un 15 % del total de la muestra y 34 pacientes que constituyen el 85 % no presentaban dolor alguno. En ninguno de los demás períodos evolutivos se encontró dolor en los casos operados.

Tabla 1. Distribución de pacientes operados con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención según presencia de dolor y tiempo de evolución.

Tiempo de evolución	Dolor ligero		No dolor		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
72 horas	6	15	34	85	40	100
7 días	0	0	40	100	40	100
15 días	0	0	40	100	40	100
+ 15 días	0	0	40	100	40	100

Fuente: Datos del Estudio.

Al considerar la distribución de pacientes operados con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención según presencia de edema y tiempo de evolución, vemos en la tabla 2 que a las 72 horas, de los 40 pacientes operados en 36 que representan un 90 % existía edema ligero que no rebasaba los límites de la zona operada y en sólo 4 pacientes el edema era moderado, siendo un aumento de volumen difuso de aproximadamente 2 cm por fuera del área tratada pero sin existir limitación funcional. En el resto de los períodos evolutivos no se encontró edema en los pacientes operados. Al considerar la presencia de sangramiento, sepsis y trismo mandibular no hubo incidencia de ningún caso en nuestra investigación.

Tabla 2. Distribución de pacientes operados con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención según presencia de edema y tiempo de evolución.

Tiempo de evolución	Edema ligero		Edema moderado		Sin edema		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
72 horas	36	90	4	10	0	0	40	100
7 días	0	0	0	0	40	100	40	100
15 días	0	0	0	0	40	100	40	100
+ 15 días	0	0	0	0	40	100	40	100

Fuente: Datos del estudio.

DISCUSIÓN

El resultado en cuanto al dolor en los pacientes operados de terceros molares inferiores retenidos con cierre de la herida quirúrgica por segunda intención (tabla 1) resultó ser significativo desde el punto de vista médico pues a las 72 horas solo 6 de los 40 pacientes operados presentaban un dolor ligero, sin necesidad de recurrir a la medicación analgésica encontrándose el resto de los pacientes sin dolor al igual que en los demás períodos evolutivos, mientras que en la literatura consultada^{10,11} encontramos que los pacientes operados de terceros molares inferiores mediante la técnica quirúrgica convencional suturando el colgajo vestibular a las 72 horas presentaban dolor moderado e intenso con necesidad de medicación analgésica. El buen resultado de nuestro tratamiento respecto a la poca presencia de dolor puede estar dado en que al dejar el colgajo vestibular que se realiza sin suturar para el cierre por segunda intención de la herida quirúrgica facilitamos la liberación del exudado inflamatorio de los tejidos al exterior siendo menos notable las respuesta dolorosa y por tanto el edema como aparece en la tabla 2, que a las 72 horas de intervenidos quirúrgicamente en 36 pacientes el edema era ligero y en solo 4 pacientes resultó ser moderado y lo cual es significativo atendiendo a que en un 90 % de los pacientes operados el aumento de volumen no rebasaba los límites de la zona operada, si tenemos en cuenta en trabajos realizados^{10, 12, 13} que a las 72 horas en los pacientes operados de terceros molares con sutura de la herida quirúrgica, el edema era moderado e intenso extendiéndose por fuera del área operada y con limitación funcional (trismo mandibular) en muchos de ellos; no existiendo ningún caso operado que no tuviese edema en este período evolutivo.

Al considerar la presencia de sangramiento, sepsis y trismo mandibular no tuvimos ningún caso con esas alteraciones, pues nuestros pacientes presentaron una favorable cicatrización alveolar libre de sepsis, y sin existir limitación funcional, no así en estudios realizados¹¹⁻¹³ donde los pacientes operados de terceros molares presentaron como complicaciones postoperatorias alveolitis, trismo mandibular entre otras.

Como podemos apreciar los resultados clínicos alcanzados en nuestro trabajo nos permitieron plantear como conclusiones que los pacientes operados de terceros molares inferiores retenidos con cierre de la herida quirúrgica por segunda

intención presentaron una favorable evolución postoperatoria sin evidencia de sangramiento, ni sepsis ni trismo mandibular, siendo ligero el dolor y el edema encontrado a las 72 horas. Lo cual hace que sea de nuestro interés divulgar la aplicación de esta técnica quirúrgica con cierre de la herida por segunda intención para el tratamiento de terceros molares inferiores retenidos al tener presente los favorables resultados alcanzados con la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laskin DM. Cirugía bucal y maxilofacial. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1988 pp. 356-8.
2. Richardson M. Impacted third molars. Br Dent J 1998; 178(9): 325
3. Carl W, Golfarb. Impacted teeth: Prophylactic extractions or not? My State Dent 1998; 61(1): 32-5.
4. Chiapasco M, Romanoni G. Gernectomy or delayed removal of mandibular impacted third molars. J Oral Maxillofac Surg 1998; 53(4): 418-22.
5. López V, Mumenya R. Third molar surgery. Br J Oral Maxillofac Surg 1997; 33(1): 33-5.
6. Brickley M, Kay E. Decision analyses for lower third molar surgery. Med Decis Makeng 1995; 15(2): 143-51.
7. Osakit Nomuray. Infections in elderly patients associated with impacted third molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1998; 79(2): 137-41.
8. Daley TD. The small dentigerous cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1998; 79(1): 77-81.
9. Bux P, Lisco V. Ectopic third molar associated with a dentigerous cyst. V Oral Maxillofac Seng 1998; 52(6): 630-2.
10. Leopard P. Surgical removal of third molars. BMJ 1997; 15(2): 143-51.
11. Seward GR. Surgical removal of third molars. Each case needs careful thought. BMJ 1998; 309(6964): 1302.
12. Mc Andrew PG. Surgical removal of third molars. Most referred patient have symptoms. BMJ 1997; 15(2): 143-51.
13. Pajarola GF. The surgical removal of the lower wisdom teeth. Schweiz Monatsschr 1997; 104(10): 1202-9.

Recibido: 25 de Abril del 2000

Aprobado: 12 de Julio del 2000.

Dra. Felicia Morejón Álvarez. Solano Ramos No. 66. Entre Cuarteles y Volcán. Pinar del Río. Cuba.