

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN ADOLESCENTES

Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez¹, Dra. Milagros Martínez Rodríguez², Dra. Sara Jane Simóns Preval³, Dra. Eloísa Beatriz Legrá Silot⁴, Dra. Mercy Virgen Blanco Caballero⁵, Dr. Aleido Yebil Odilio.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo con el objetivo de evaluar los resultados de la extracción de los terceros molares inferiores retenidos durante la adolescencia en el servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez" en el período de enero de 2004 a enero 2007. El universo estuvo integrado por 199 pacientes a los que se les realizó la extracción de un tercer molar inferior. Predominó el sexo femenino, el grupo de edad 13-15 años y la indicación ortodóncica como motivo de consulta. Predominaron los terceros molares con formación de la corona, en posición mesioangular e impactados al segundo molar. La mayoría de los pacientes fueron intervenidos de forma ambulatoria y con anestesia regional. Los pacientes mostraron disconfort en la primera semana del postoperatorio y una alta satisfacción después de 30 días de operados.

Palabras clave: TERCER MOLAR/cirugía; EXTRACCION DENTARIA; SATISFACCION DEL PACIENTE.

¹ *Master en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial.*

² *Master en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.*

³ *Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.*

⁴ *Master en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Ortodoncia.*

⁵ *Master en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Prótesis.*

⁶ *Especialista de I Grado en Prótesis.*

INTRODUCCION

Los terceros molares inferiores muestran una alta incidencia de retención y son la causa de múltiples problemas para los pacientes, como son: dolor miofascial, procesos infecciosos, quistes y tumores, así como también se asocia al apiñamiento dentario.^{1,2} La causa de esta alta incidencia de retención se encuentra en el desarrollo filogenético de la mandíbula y en que el tercer molar es el último diente en formarse.³

A lo largo de la historia ha variado la percepción del tratamiento quirúrgico de los terceros molares. Antes de la era antimicrobiana la extracción estaba indicada fundamentalmente para evitar las graves infecciones que causaba, muchas veces fatales, concepto que se mantuvo inalterable hasta principios de los años 80 del siglo pasado cuando se comenzó a cuestionar el término de extracción profiláctica.⁴

Hoy día, aún se mantiene la controversia sobre la utilidad o no de la extracción profiláctica de los terceros molares^{2,5}, atendiendo que no es posible predecir con total exactitud si un tercer molar brotará o no, e indudablemente a la mejor terapéutica y pronóstico de los eventos que causa.

Las principales interrogantes se establecen en relación con el costo-beneficio de la extracción, complicaciones postoperatorias y deterioro de la calidad de vida de los pacientes intervenidos. En nuestro país la mayoría de las investigaciones se han realizado en pacientes adultos, por lo que se presentan estos resultados de la extracción de los terceros molares inferiores en adolescentes.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo con el objetivo de evaluar los resultados de la extracción de los terceros molares inferiores retenidos en la adolescencia en el servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez" en el período enero de 2004 a enero de 2007.

El universo estuvo integrado por 199 pacientes a los que se les realizó la extracción de un tercer molar inferior. Los datos sobre las características sociodemográficas, motivo de consulta, modalidad quirúrgica, tipo de anestesia,

y complicaciones postoperatorias fueron obtenidos de las historias clínicas e informes operatorios.

La caracterización de los terceros molares se realizó a partir de radiografías panorámicas siguiendo la clasificación de Pell, Gregory y Winter⁶: vertical, horizontal, invertido, mesioangular, distoangular, vestibuloangular, linguoangular; impactado o no al segundo molar.

Se utilizó, además, la clasificación de Yukio Seino⁷ para determinar el grado de formación y desarrollo del diente:

- I Clara evidencia de la formación de la cripta.
- II Calcificación de la cúspide.
- III Formación de la mitad de la corona.
- IV Terminación de la corona.
- V. Comienzo de la formación de la raíz.

Para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con la intervención quirúrgica se aplicó un cuestionario elaborado a partir de la literatura revisada, la experiencia del autor, la asesoría de psicólogos y una prueba piloto, redactados en sentido positivo, donde se recoge la opinión sobre: tolerancia al proceder quirúrgico, limitaciones de sus actividades normales y aceptar una nueva intervención quirúrgica. Este cuestionario fue evaluado según la escala de Lickert del 1 al 5 y se aplicó a los 7 días y a los 30 días después de operados los pacientes.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el periodo estudiado fueron intervenidos en nuestro servicio 199 pacientes: 121 (60.8 %) del sexo femenino y, 78 (39,2 %), del sexo masculino. La mayoría de las intervenciones se realizaron en el grupo de edad de 13-15 años, 126 (63.2 %) pacientes (Tabla 1).

El motivo de la intervención más frecuente fue la indicación ortodóncica en 132 pacientes (66.4 %), seguido de la profiláctica, 58 (29.1 %), mientras que las infecciones y los tumores lo fueron en 7 (3.5 %) y 2 (1.0 %), respectivamente (Tabla 2).

El 69.8 % de los terceros molares había completado la formación de la corona; el 84.8 % estaba en posición mesioangular y el 79.8 % estaba impactado al segundo molar. (Tablas 3 y 4)

Renton⁸ encontró en su estudio que además de la morfología del tercer molar existen otros factores de predicción de la dificultad de la extracción dentaria y las complicaciones asociadas al tiempo quirúrgico, como son: aumento de la edad, peso corporal, raza, grado de impactación y deformidad radicular. Consideramos que precisamente al realizar la extracción en la adolescencia se reduce el impacto de estos factores, por la menor edad de los pacientes y la no formación radicular.

La mayoría de los pacientes fueron intervenidos de forma ambulatoria y con anestesia troncular, 190 (95.5 %) (Tabla 5).

Diferentes estudios muestran que la cirugía de los terceros molares es una de las intervenciones más frecuente en cirugía máxilofacial y la mayoría de los casos se realizan de forma ambulatoria con anestesia locoregional.⁹

La evolución postoperatoria fue adecuada en 194 pacientes (97.5 %); 3 (1.5 %), presentaron sepsis; 1 (0.5 %), hemorragia en el postoperatorio inmediato y 1 (0.5 %) parestesia reversible del nervio lingual.⁶

Morejón Álvarez¹⁰ en un estudio de 680 pacientes encontró como complicaciones postoperatorias más frecuentes: alveolitis (29.6 %), celulitis facial posquirúrgica (22.7 %), hemorragia (18.2 %) y trismo mandibular en el 13.7 % de los casos. Otros autores también consideran la cirugía del tercer molar como las de mayores complicaciones dentro de la cirugía bucal asociado a la ostectomía.^{9,11}

La incidencia de daño del nervio lingual varía en un rango de 0.5 - 2 %. En EEUU el 76 % de los cirujanos registra esta complicación, fundamentalmente anestesia, parestesia, disestesia; el daño sensorial permanente es raro. La posición lingual del diente, su cercanía al canal lingual, el sexo femenino y la edad por encima de los 35 años se asocian a una mayor incidencia del daño al nervio lingual.¹²

A los 7 días de operados el 68.3 % de los pacientes estuvo de acuerdo en que la intervención quirúrgica era bien tolerada, mientras que el 100 % de ellos

consideró que estaba muy limitado para desarrollar sus actividades habituales. El 69.9 % no sabía si volvería a operarse.

A los 30 días, el 98.3 % de los pacientes consideró que la intervención era bien tolerada, mientras que el 98.4 y el 94 %, respectivamente, manifestaron que no tenía limitaciones para desarrollar sus actividades habituales y que volvería a operarse (Tablas 7 y 8).

McGrath^{13,14} en un estudio realizado en 100 pacientes del Reino Unido sobre el impacto que tiene la cirugía del tercer molar inferior informó que durante la primera semana se producía un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes y que a partir del primer mes se generaba una mejoría notable asociada a la incorporación a las actividades individuales y sociales.

Se considera que este deterioro inicial de la calidad de vida está relacionado con las importantes funciones vitales que realiza la boca y que se ven interrumpidas por el dolor, el trismo y el edema propio de la intervención. En nuestro estudio las escasas complicaciones y la evolución favorable de los pacientes permitió que un elevado número deseara continuar el tratamiento quirúrgico.

Los estudios publicados en nuestro país por diferentes autores^{10,15-17} asocian la retención del tercer molar inferior a las infecciones graves de la región submaxilar y a la aparición de quistes y tumores odontogénicos y a importantes complicaciones asociadas a la cirugía.

Coincidimos con Yeman¹⁸ y Mettes² que plantean que a partir de una adecuada monitorización de los pacientes en la adolescencia a través de estudios radiográficos, se puede determinar la indicación o no de la extracción de los terceros molares, y que precisamente la adolescencia es un período especial para practicar la cirugía porque minimiza la técnica y las complicaciones intra y postoperatorias.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes pertenecen al sexo femenino, con una edad comprendida entre los 13 y 15 años.
2. Predominaron los terceros molares con formación de la corona, en posición mesioangular e impactados al segundo molar

3. La mayoría de los pacientes fueron intervenidos de forma ambulatoria y con anestesia regional.
4. La evolución postoperatoria fue adecuada en la mayoría de los pacientes.

RECOMENDACIONES

A todos los adolescentes deben realizarse estudios radiográficos de rutina para determinar la presencia de los terceros molares inferiores y en los casos indicados realizar su tratamiento quirúrgico profiláctico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chaparro Avendaño AV, Pérez García S, Balmaceda Castellón E, Berini Aytés, Gay Escoda. Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10: 422-31.
2. Mettes TG, Nienhuijs MEL, Sanden WJM, Verdonschot EH, Plasschaert AJM. Intervenciones para el tratamiento de las muelas de juicio retenidas asintomáticas en adolescentes y adultos (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2007; (4).
3. Richardson ME. The etiologic and prediction of mandibular third molar impaction. *Angle Orthod*. 1977; 47:165-72.
4. Pratt CA, Helmet M, Barnard JDW, Zaki GA. Dental indications for third molar surgery. Maxillofacial Unit, Oicen Alexandra Hospital Portsmouth. United Kingdng: *JR Coll Surg Edimb*. 43: 105-108.
5. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. *Health Technology Assessment*. 2000; 4(15).
6. Archer WH. *Cirugía Bucal*. La Habana : Edición Revolucionaria; 1978.
7. Seino Y. Formación y desarrollo de los terceros molares en casos de maloclusión-relación entre erupción y espacio posterior. *Rev Cubana Ortodonc*. 1999; 14(1): 44-9.
8. Renton T, Smeeton N, McGurk M. Factors predictive of difficulty of mandibular third molar surgery. *British Dental Journal*. 2001; 190 (11): 607-70.
9. Pérez García S, Chaparro Avendaño AV, Delgado Molina E, Berini Aytés L, Gay-Escoda C. Day case oral surgery in pediatric patients during the year 2000 in the

University of Barcelona Dental Clinic (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10:221-30.

10. Morejón Alvarez F, López Benitez H, Morejón Alvarez T, Corbo Rodríguez MT. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. *Rev Cubana Estomatol*. 2000; 37(2).
11. Peñarrocha Diago M, Sáez Cuesta U, Sanchís Bielsa JM. Estudio de las complicaciones postoperatorias tras la extracción quirúrgica de 190 terceros molares mandibulares incluidos. *Av Odontoestomatol*. 2000; 16:435-41.
12. Graff-Radford SB, Evans RW. Lingual Nerve Injury. *Headache*. 2003; 43: 975-983.
13. McGrath C, Comfort MB. Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 61: 759-763.
14. McGrath C, Comfort MB, Lo ECM, Luo Y. Changes in life quality following third molar surgery - the immediate postoperative period. *BDJ*. 2003; 194(5):265-68.
15. Díaz Fernández JM, Gross Fernández M. Caracterización epidemiológica y anatómica de las infecciones odontógenas. *Rev Cubana Estomatol*. 1995
16. Estrada Sarmiento M. Lesiones quísticas asociadas a terceros molares retenidos que requirieron hospitalización. *Rev Cubana Estomatol*. 1998; 35 (3).
17. Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Zulueta Izquierdo MM. Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. *Rev Cubana Estomatol*. 2001; 38 (3).
18. Yeman OD. Terceros molares inferiores retenidos: ¿qué entendemos por oportunidad para la extracción? *Rev Soc Odontol Plata*. 2004; 17(34):22-27.

TABLA 1. GRUPO DE EDAD Y SEXO.

GRUPO DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
11 - 12	9	4.6	28	14.2	37	18.8
13 - 15	55	27.6	71	35.6	126	63.2
16 - 18	14	7.0	22	11.0	36	18.0
TOTAL	78	39.2	121	60.8	199	100

TABLA 2. MOTIVO DE INTERVENCION QUIRURGICA.

EDAD	MOTIVO DE INTERVENCION QUIRURGICA								TOTAL	
	Ortodoncia		Infección		Tumores		Profiláctico		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
9 - 12	37	18.8	-	-	-	-	-	-	37	18.8
13 - 15	78	34.1	-	-	2	1.0	46	23.1	126	63.2
16 - 19	17	8.5	7	3.5	-	-	12	6.0	36	18.0
TOTAL	132	66.4	7	3.5	2	1.0	58	29.1	199	100

TABLA 3. GRUPO DE EDAD Y FORMACION DEL TERCER MOLAR.

EDAD	FORMACION DEL TERCER MOLAR														TOTAL	
	I		II		III		IV		V		VI		VII		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
9 - 12	-	-	11	5.4	17	8.5	9	4.4	-	-	-	-	-	-	37	18.3
13 - 15	-	-	-	-	-	-	120	60.3	5	2.5	1	0.5	-	-	126	63.3
16 - 19	-	-	-	-	-	-	10	5.1	12	6.1	10	5.1	4	2.1	36	18.4
TOTAL	-	-	11	5.4	17	8.5	139	69.8	17	8.6	11	5.6	4	2.1	199	100

TABLA 4. POSICION E IMPACTACION DEL TERCER MOLAR.

POSICION	IMPACTADO						TOTAL	
	SI		NO		No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Vertical	-	-	6	3.0	6	3.0	6	3.0
Horizontal	7	3.5	-	-	7	3.5	7	3.5
Invertido	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesioangular	152	76.3	17	8.5	169	84.8	169	84.8
Distoangular	-	-	8	4.1	8	4.1	8	4.1
Vestibuloangular	-	-	4	2.1	4	2.1	4	2.1
Linguangular	-	-	5	2.5	5	2.5	5	2.5
TOTAL	159	79.8	40	20.2	199	100	199	100

TABLA 5. MODALIDAD QUIRURGICA Y TIPO DE ANESTESIA.

MODALIDAD QUIRURGICA	TIPO DE ANESTESIA				TOTAL	
	Regional		General		No.	%
	No.	%	No.	%		
Ambulatoria	190	95.5	-	-	190	95.5
Corta estadía	-	-	2	1.0	2	1.0
Ingreso	-	-	7	3.5	7	3.5
TOTAL	190	95.5	9	4.5	199	100

TABLA 6. EVOLUCION POSTOPERATORIA.

	EVOLUCION POSTOPERATORIA								TOTAL	
	ADECUADA		Sepsis		COMPLICADA		Parestesia		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Pacientes	194	97.5	3	1.5	1	0.5	1	0.5	199	100

TABLA 7. OPINION SOBRE LA INTERVENCION QUIRURGICA A LOS 7 Y 30 DIAS DE POSTOPERATORIO.

CRITERIO	Escala (A los 7 días de Postoperatorio)										Escala (A los 30 días de Postoperatorio)									
	1		2		3		4		5		1		2		3		4		5	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tolerancia al proceder	21	10.5	115	57.8	2	1.1	38	19.1	23	11.5	92	46.2	103	51.7	-	-	4	2.1	-	-
Limitación de actividades habituales	179	89.9	20	10.1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1.6	-	-	51	25.6	145	72.8
Aceptación de nueva intervención	-	-	29	14.5	139	69.9	19	9.5	12	6.1	99	49.7	88	44.3	8	4.0	4	2.0	-	-