



ODONTECTOMIA CORDAL
MANDIBULAR

PROF. DR. JUAN MANUEL VILLASEÑOR CASTRO



MEMORIA PARA OPTAR A GRADO DE PROFESOR
TITULAR DE LA CATEDRA DE CIRUGIA ORAL
Y MAXILO-FACIAL DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE
VALPARAISO.

1990



INDICE

- I INTRODUCCION

- II INDICACIONES

- III PRE-OPERATORIO

- IV INTRAOPERATORIO

- V POST-OPERATORIO

- VI COMPLICACIONES

- VII BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

En el listado de antecedentes que la Universidad exige para optar al grado de Profesor Titular aparece la presentación de una Memoria, es decir, de acuerdo a una de las definiciones dadas por la Real Academia Española "un estudio o disertación escrita sobre alguna materia".

Ello permite, entonces, poder referirse a cualquier tema que pueda suscitar el interés de la comunidad en que se desenvuelva el memorista, y yo he creído importante hacerlo en el procedimiento tan castizamente llamado de "Odontectomía Cordal Mandibular" por considerar que es la intervención quirúrgica más frecuente y a la vez la más propia y representativa del quehacer del odontólogo especializado en cirugía bucal.

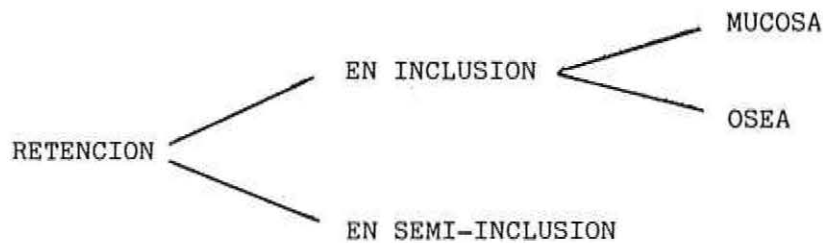
He dicho que, sin lugar a dudas, es la intervención más frecuente porque el tercer molar mandibular en su intento de erupción produce una serie de accidentes patológicos de marcado aspecto e intensidad que exigen en la mayoría de los casos establecer una conducta quirúrgica.

He dicho también que es, dentro de la cirugía bucal, la intervención más propia y representativa del quehacer del cirujano oral, ya que no existe otra especialidad ni odontológica ni médica que dispute su ejecución, como sucede por ejemplo con la cirugía periapical, la traumatología dento-alveolar, la cirugía odontopediátrica, la cirugía ortognática, la traumatología máxilo-facial, etc. Este hecho deja toda la responsabilidad en este especialista y lo obliga por ello a ejecutar el procedimiento bajo las estrictas normas de un perfecto conocimiento anátomo-fisiopatológico del terreno, un correcto diagnóstico y plan de tratamiento y una conducta depurada en el pre - intra y post -

operatorio, para conseguir la más pronta recuperación del enfermo y su restitución, por ende, a sus actividades habituales.

Todo esto, sumado a mi amplia vivencia en el Tema a través de 26 años de práctica de la cirugía bucal en diversos servicios ambulatorios, docentes y hospitalarios, me motivan para tratar esta materia en la que fundamentalmente entrego mi experiencia pasada y actual.

De las distintas clasificaciones que existen para abordar la situación patológica del tercer molar, prefiero aquella que me permite un manejo clínico adecuado, tanto en la preparación como en el manejo quirúrgico mismo. Esta es:



II INDICACIONES

¿Cuándo está realmente indicada la ectomía de un molar cordal mandibular?

La determinación de este punto es sin duda el hecho más importante de la odontectomía cordal y son los años de experiencia del cirujano los que permiten establecer la conducta más juiciosa, ya que según variadas estadísticas las causas absolutas de indicación como aquellos casos en que el estado lesional no deja pautas para dudas, como son la presencia de procesos quísticos o neoplásicos en relación al molar; el daño evidente al molar adyacente o a su hueso de sostén; la pericoronaritis recurrente; la presencia de caries no tratables; no ocupan más allá de un 8%.

El gran porcentaje de indicaciones del procedimiento está dado por una serie de situaciones que ya no son de tan clara definición como las anteriormente expuestas y que corresponden a dolores difusos y no precisados en la región mandibular; al apiñamiento dentario ántero-inferior que, a no dudarlo, es una de las indicaciones más frecuentes hoy en día; o a la exodoncia profiláctica. Es en estos casos en que más debe tenerse en cuenta que, siendo una cirugía totalmente electiva, deben eliminarse al máximo las posibilidades de complicaciones y secuelas, las que además de ser frustrantes para el profesional, son muy difíciles de comprender y aceptar por parte del paciente.

Existen también situaciones especiales de decisión, como lo es, por ejemplo, la odontectomía cordal cuando éste se encuentra en el rasgo de una fractura total de cuerpo mandibular. En mi experiencia es preferible (y así siempre lo hice) la mantención de éste cuando los fragmentos no están separados o cuando el molar está erupcionado, ya que ayudan a la estabilización

de la fractura; la infección es muy poco frecuente.

El caso de las retenciones cordales en los ancianos es otra situación especial de análisis debido a las repercusiones del trauma quirúrgico en paciente de pobre respuesta sistémica y a la prolongada y dificultosa cicatrización ósea. Es por ello que cuando es necesario actuar quirúrgicamente en aquellos específicos casos de fístula o daño tisular por compresión protésica, en mi experiencia es preferible realizar solamente coronotomía dejando las raíces incluídas. En general, el resultado es bastante satisfactorio si se tiene el cuidado de dejar el rasgo de la odontotomía totalmente intraóseo.

Finalmente quiero citar el resultado de 2 trabajos últimamente publicados de colegas escandinavos. En uno de ellos realizan un análisis del curso experimentado por 130 molares retenidos a los 4 años, encontrando que solo 49 habían sido extraídos (por causa de pericoronaritis repetitiva, caries, profilaxis y síntomas dolorosos imprecisos) habiendo los otros 81 evolucionado hacia una total erupción en una proporción del 71% de los semi-incluídos, un 25% de las inclusiones mucosas y el 8% de las inclusiones óseas. El otro estudio se refiere a un análisis de los cuadros patológicos encontrados en 744 molares cordales mandibulares retenidos, encontrando que solo correspondió al 8%, del cual el 1% se refieren a pérdida de hueso distal del 2º molar, el 1,5% a reabsorción radicular del 2º molar y 5,5% a ensanchamiento del saco pericoronaral (posible quiste dentígeno).

Estos 2 estudios sumados a mi observación personal me llevan y deben llevarnos a la conclusión de que el riesgo de secuelas patológicas por retención de los molares cordales

mandibulares es bajo y, por lo tanto, es preferible una actitud de espera y control antes de proceder a efectuar odontectomías cordales profilácticas en forma indiscriminada.

Debe sí tenerse presente que en estos 2 estudios citados, publicados en el International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery en los meses de Agosto y Octubre de 1989, no se hace mención al apiñamiento dentario ántero-inferior, seguramente porque están convencidos, al igual que muchos de nosotros, que la causa del problema no está en el hipotético "empuje" de la erupción del cordal ectópico, sino, por una parte a la fuerza de oclusión sobre los dientes inclinados en dirección mesial y, por otra, puede explicarse también por la mayor labilidad del hueso alveolar y los ligamentos periodontales que acompañan a los cambios hormonales de la adolescencia y que se manifiesta fundamentalmente a nivel de la precaria posición de los dientes anteriores.

III

PRE - OPERATORIO

Una vez decidida la exodoncia del cordal, sea por indicación absoluta o relativa, y antes de efectuar el acto operatorio, es absolutamente necesario realizar una evaluación previa para poder determinar con claridad las condiciones en que se efectuará éste y poder así tomar las medidas necesarias que lleven a la obtención de los mejores resultados tanto intra como post-operatorios.

En este sentido, es necesario evaluar los siguientes parámetros:

- Condición del paciente.
- Necesidad de utilizar anestesia local o general.
- Magnitud de la intervención.
- Factores que dificultan la técnica.
- Indicaciones pre-operatorias.

A. CONDICION DEL PACIENTE

En mi experiencia, la mayoría de los casos atendidos fueron odontectomías cordales mandibulares en gente adulta joven con una favorable condición sistémica, por lo que la respuesta al trauma quirúrgico es y fue bastante positiva.

Estadísticamente, son excepcionales aquellos pacientes comprometidos sistémicamente que deban someterse a esta intervención quirúrgica, ya que son solamente indicaciones absolutas las que deben tomarse en cuenta para su realización. Normalmente, este tipo de paciente deberá ser internado en una clínica u Hospital, en donde, monitoreado por los especialistas correspondientes se efectuará la intervención.

Una guía anamnética adecuada para la mayoría de los pacientes que aparentemente no presentan un compromiso sistémico, debe dirigirse a averiguar sobre antecedentes de respuesta cicatricial, sangramientos anormales, estados alérgicos, respuesta al uso de anestesia local, respuesta a actividad física, hábitos y conducta psíquica. En mi experiencia son respuestas que permiten configurar una actitud bastante racional tanto en el pre como en el intra y post-operatorio, dirigidas, por ejemplo, a la elección de la técnica y tipo de droga anestésica, uso de medicamentos, preferir odontotomía más que ostectomía, etc.

Otro aspecto en el que debe insistirse es en el de convencer al paciente de que el procedimiento a realizar es "una intervención quirúrgica (u operación)" y no "una extracción dentaria", ya que de esa manera comprenderá y aceptará mucho mejor las molestias del post-operatorio inmediato.

B. TIPO DE ANESTESIA A UTILIZAR

Siendo, en la mayoría de los casos un procedimiento que se efectúa en forma ambulatoria y bajo bloqueo anestésico local, existen algunas indicaciones absolutas de utilización de la anestesia general, con o sin hospitalización, como son los casos de personas sumamente aprehensivas que no soportan el stress de una intervención quirúrgica en estado de vigilia; en pacientes deficientes mentales, o en aquellos casos en que es necesario efectuar simultáneamente la odontectomía cordal de los 4 molares en inclusión ósea profunda.

El uso de la anestesia general constituye también una alternativa para aquellas odontectomías cordales que pueden

efectuarse bajo anestesia local, y estamos obligados a plantearse-
lo al paciente haciéndole ver las ventajas y los inconvenientes.
Entre las ventajas que, según mi experiencia pude comprobar se
deben nombrar las siguientes:

- 1.- El paciente se siente realmente "operado", por lo que acepta
psicológicamente mejor el post-operatorio. Lo mismo ocurre
con los familiares.
- 2.- Mejor resultado post-operatorio inmediato traducido en menor
edema y dolor, posiblemente debido al mejor control de la
hemostasia por parte del cirujano y también a la mayor acucio-
sidad quirúrgica de éste al no estar urgido por la natural
inquietud y cansancio del paciente a medida que transcurre
el tiempo.
- 3.- No hay recuerdo desagradable por parte del paciente, el que,
en general, estaría dispuesto a ser sometido a otra interven-
ción si fuese necesario.

Pero, también el procedimiento efectuado bajo aneste-
sia general presenta algunas desventajas que debemos hacer ver
al paciente, entre las que se cuentan:

- 1.- Costo económico mayor de la intervención, por necesidad de
cancelar honorarios de anesthesiólogo, equipo de anestesia,
sala de recuperación y, en ocasiones, 1 día de hospitaliza-
ción. A pesar de que en la mayoría de los casos, aún bajo
anestesia general, el procedimiento puede realizarse en forma
ambulatoria, en mi experiencia es preferible el cuidado post-
operatorio inmediato realizado en forma intrahospitalaria.
- 2.- La intervención es más riesgosa que la efectuada bajo aneste-
sia local, ya que a pesar de que en la actualidad la

seguridad de los procedimientos de anestesia general es elevadísima, no es posible asegurar al paciente que no pueda ocurrir alguna complicación no previsible como lo es, por ejemplo, la aparición de hipertermia maligna.

En resumen, en mi experiencia y preferencia, la odontectomía cordal mandibular es un procedimiento quirúrgico en el que realizando todos los pasos en forma sistemáticamente planificada, con el instrumental adecuado, en el lugar adecuado y con un paciente bien preparado tanto en forma medicamentosa como psicológica, puede efectuarse con muy buen éxito en forma ambulatoria y bajo anestesia local.

C. MAGNITUD DE LA INTERVENCION

Esta está determinada fundamentalmente por el tipo de retención y el hecho de que se efectúe en forma uni o bilateral, siendo, por supuesto ésta última de mayor complejidad.

Con respecto al primer punto, constituyen, en mi experiencia, intervenciones de mayor amplitud, aquellas en que hay mayor exposición y exéresis de tejidos y aquellas de mayor prolongación en el tiempo. A manera de ejemplo, se pueden citar de mayor a menor magnitud las siguientes intervenciones:

- Inclusión ósea profunda en adulto no joven.
- Inclusión ósea profunda en adulto joven.
- Molar al estado folicular.
- Semi-inclusión en distoversión.
- Semi-inclusión en mesio-versión.

D. FACTORES QUE DIFICULTAN LA TECNICA

El análisis cuidadoso tanto en forma clínica como radiográfica de estos factores, permite la planificación adecuada de la intervención, actuando en consecuencia y evitando así la aparición de problemas tanto en el intra como en el post-operatorio.

En orden de frecuencia, de acuerdo a la experiencia del autor, estos son:

- 1.- Dificultad de acceso a la zona operatoria, dada por apertura bucal disminuída debido a pericoronaritis, artropatía o microstomía. Es preferible siempre tratar previamente de disminuir el cuadro de pericoronaritis y la artralgia, y es imperativo advertir al paciente de esta dificultad y del posible daño a la comisura bucal a pesar del uso de separadores protegidos y sustancias vaselinadas.
- 2.- Relación directa de raíces con paquete vásculo-nervioso dentario inferior, descubierta en exámen radiográfico. Es importantísimo advertir al paciente de posible complicación neurológica post-operatoria (anestesia o parestesia). En la intervención, tratando de prevenir al máximo dicha complicación, es preferible efectuar odontotomía de inicio y extraer raíces separadamente y evitar también al máximo las fracturas apicales para no tener que explorar demasiado dicha región.
- 3.- Presencia de pericoronaritis, que en mi experiencia debe ser siempre tratada previamente (con lavados, descompresión oclusal y antibioterapia), ya que se obtiene un mejor resultado post-operatorio teniendo controlado el cuadro inflamatorio, además de un mejor campo quirúrgico.

- 4.- El grado de esclerosis ósea, la multiplicidad radicular, las dislaceraciones apicales, la presencia de caries, la condición del 2º molar, son también a juicio de muchos autores factores que dificultan la técnica quirúrgica, pero en mi opinión, estos son parte del procedimiento mismo y no deben ser considerados como dificultad extra.
- 5.- Estados como osteopetrosis, osteogénesis imperfecta, enfermedad de Paget, acromegalia o enfermedad marmórea, dificultan la odontectomía, pero recordemos que en general en estos casos está indicado el procedimiento solo en casos muy excepcionales.

E. INDICACIONES PRE-OPERATORIAS

Todo acto quirúrgico y específicamente en este caso, la Odontectomía Cordal, significa una agresión contra el paciente, trauma quirúrgico que deberá enfrentar tanto física como psíquicamente. Es nuestra obligación, por lo tanto, ayudarlo en este trance al que se verá sometido, preparándolo tanto psíquica como medicamentosamente.

Consideraremos entonces:

- 1.- La ansiedad y el stress, para lo cual además de la preparación psicológica, indicaremos el uso de algún medicamento ansiolítico. Personalmente he utilizado con mucho éxito las drogas Temazepam y/u Oxazolam, indicados 1 hora antes de la intervención.
- 2.- El evitar la infección, para lo cual además de las indicaciones de aseo bucal, utilizo un antibiótico de amplio espectro

desde 12 horas antes de la intervención.

- 3.- El dolor y el edema, para lo cual la indicación de un analgésico-antiinflamatorio la utilizo 24 horas antes de la intervención, cada 12 horas.
- 4.- Finalmente, hay que prevenir al paciente que el edema, el dolor y el trismus son consecuencias normales de todo acto quirúrgico y que la magnitud de ellos no dependen solo de la destreza del cirujano (por lo que normalmente han sido enviados) sino que también de la capacidad reaccional del paciente.





IV INTRAOPERATORIO

Efectuado el estudio clínico y radiográfico que va a determinar la planificación de la técnica quirúrgica, se procede a efectuar la intervención que deberá contemplar los siguientes pasos:

- Técnica anestésica.
- Diseño y extensión del colgajo.
- Necesidad de ostectomía y/u odontotomía.
- Dirección de la avulsión.
- Tipo de cierre.
- Necesidad de drenaje.

A. TECNICA ANESTESICA

En caso de que se haya elegido realizar la intervención bajo anestesia general, como cirujanos deberemos realizar los siguientes pasos:

- Solicitar al anesthesiologo intubación naso-traqueal, lo que nos permite tener cavidad bucal libre.
- Vigilar la protección de la conjuntiva ocular (normalmente lo hace el anesthesiologo).
- Colocar una gasa faríngea, que nos impedirá el tránsito de sangre y cuerpos extraños (esquirlas, fragmentos dentarios, etc.) a la tráquea y esófago cuando el paciente es desintubado al término de la intervención y aún no ha recuperado totalmente sus reflejos.
- Envaselinar labios, para proteger especialmente las comisuras del trauma quirúrgico.
- Interconsultar al anesthesiologo en caso de necesitar usar vaso-

constrictores locales (peligro de arritmias).

- Observar cada cierto tiempo coloración sanguínea, informando de inmediato un oscurecimiento de ésta, ya que estaría indicando una falla en la oxigenación.
- Efectuar hemostasia rigurosa con el fin de evitar hematófagia inicial que es la principal causa de la emesis post-operatoria. (preocuparse de que sea absoluta antes de autorizar la desintubación del enfermo)
- Dar las indicaciones post-operatorias.

Si, por el contrario, he elegido la posibilidad más frecuente, es decir, realizar la odontectomía bajo anestesia local, procedo al bloqueo anestésico de la zona del 3° molar utilizando primero la inyección de 2 cc. de anestésico con vasoconstrictores, mediante una técnica directa al nervio dentario inferior a nivel de la espina de Spix, lo que me permite bloquear la conducción de los nervios dentario y lingual. Posteriormente, utilizando la técnica de Gow-gates, bloqueo el nervio bucal y otra vez el dentario y lingual con 1,5 cc. de solución anestésica sin vasoconstrictor; finalmente, el 1/4 de tubo restante lo deposito en la mucosa vestibular de la zona operatoria con el fin de bloquear ramas del plexo cervical si es que están presentes (en un 75% de 40 casos estudiados por el autor). Esta técnica utilizada me ha permitido en casi la totalidad de los casos efectuados en los últimos 5 años un bloqueo anestésico perfecto.

B. DISEÑO Y EXTENSION DEL COLGAJO

En acuerdo con la mayoría de los autores, mientras que la extensión del colgajo debe ser lo suficientemente grande

como para no dañarlo en las etapas ostectómicas y exodónticas, la forma dependerá del tipo de retención (inclusión o semi-inclusión mucosa) y de la preferencia y acomodo del cirujano.

En esta forma, en la mayoría de los casos de semi-inclusión mucosa es suficiente una incisión póstero-externa para permitir el descubrimiento completo de la corona.

Para los casos de inclusión mucosa el autor prefiere el colgajo en bolsillo, extendiéndose la mayoría de las veces, dependiendo de la profundidad de la inclusión, hasta mesial del 1º molar. Por supuesto, la incisión posterior es eminentemente lateral, sobre el borde anterior de la rama, para evitar que siendo más interna pueda dañarse el nervio lingual o provocar edema faríngeo posterior. A pesar de que el edema post-operatorio en mi opinión no depende del tipo de colgajo sino más bien de la cuantía de la ostectomía y de la amplitud de desprendimiento del periostio, prefiero este tipo de colgajo a otros que llevan incisión vertical sobre la cara externa del cuerpo mandibular, porque la cicatrización es de mejor evolución.

Solo ejecuto el colgajo angulado o el en bayoneta en los casos de inclusión ósea profunda o en las foliculectomías, en donde se requiere efectuar ostectomías más bajas.

C. OSTECTOMIA Y/U ODONTOTOMIA

Siendo, en mi opinión, esta etapa la causante más directa del edema y dolor post-operatorio y concordando ampliamente con aquello de que "el hueso es del paciente y el molar del

cirujano", he preferido la mayor parte de las veces efectuar odontotomía y solo la ostectomía necesaria para poder realizar la primera con cierta facilidad.

Con respecto al instrumental utilizado para efectuar estas etapas, mi experiencia es ampliamente mayor en el uso de motor rotatorio y fresa quirúrgica, los que además de ser más precisos en el corte no tienen el inconveniente del golpe traumático del osteótomo o escoplo para el paciente bajo anestesia local. La situación cambia cuando se trata del procedimiento efectuado bajo narcosis, en el que la utilización del osteótomo en manos diestras supera ampliamente a la utilización del instrumental rotatorio, por la rapidez de la maniobra con osteótomo y por la dificultad que tiene el procedimiento efectuado con motor de llegar a la zona operatoria con cierta facilidad.

En contra de lo opinado por la mayoría de los autores, he preferido efectuar una leve luxación dentaria antes de la odontotomía, lo que me ha facilitado la posterior avulsión.

D. DIRECCION DE LA AVULSION

En la mayoría de los casos ésta se hace hacia arriba, atrás y afuera (vestibular), para lo cual es necesaria la ostectomía previa en las zonas respectivas.

Con respecto a la avulsión hacia lingual, descrita por Ward y Fry mediante una ostectomía disto-lingual, el autor no tiene experiencia, por no haber tenido necesidad de realizarla.

En casos de grandes desplazamientos del tercer molar por causa de quistes, el autor ha preferido siempre realizar un procedimiento de reducción mediata de la lesión, permitiendo de esta manera, que dichos dientes lleguen a posición más normal, momento en el cual se les extraen junto con el quiste, alejando de esta manera la posibilidad de fractura mandibular.

E. TIPO DE CIERRE

Siendo deseable siempre intentar la cicatrización por primera intención, es aconsejable, en mi opinión, realizar el cierre total de la mucosa en todos los casos de inclusión ósea o mucosa, complementándolo con un drenaje extrafocal para disminuir las posibilidades de formación de hematoma o demasiado edema. Pero, en los casos de semi-inclusión, en los que clínica o subclínicamente siempre existe un estado de periocoronaritis crónica, es preferible el cierre parcial, ya que generalmente el colgajo queda tensionado si se le trata de cerrar completamente, al mismo tiempo que las posibilidades de alveolitis son mayores por la infección crónica latente.

En un estudio realizado en el año 1986, de 100 dehiscencia del colgajo en odontectomía cordal mandibular terminadas con cierre total, el 73% correspondió a los casos de semi-inclusión.

F. DRENAJE

En 1981, el autor decide poner en práctica la utilización de un drenaje extrafocal en todas aquellas odontectomías

cordales mandibulares que hayan requerido de ostectomías y amplia separación periostal, basado en los siguientes hechos:

- la ejecución, por parte de algunos cirujanos, de un corte mucoperióstico triangular por distal del 2º molar, para permitir el drenaje natural de la herida post odontectomía cordal, disminuyendo, de este modo, las posibilidades de infección;
- la magnitud del edema post-operatorio, que es directamente proporcional a la cantidad de ostectomía y desprendimiento de periostio;
- la utilización de drenaje extrafocal en intervenciones quirúrgicas contaminadas de toda la economía;
- el considerar que la cirugía del tercer molar es semi-aséptica, por la imposibilidad de esterilizar el medio;
- la utilización, ampliamente difundida, de un drenaje transfocal en odontectomías cordales efectuadas en casos de pericoronaritis supurada, lo que llevaba directamente a la cicatrización por segunda intención.

El resultado obtenido con la técnica indicada al comienzo, induce al autor a efectuar un estudio clínico comparativo en odontectomías cordales bilaterales, encontrando en todos los casos una manifiesta menor cuantía de edema en el lado en que utilizo el drenaje.

V POST-OPERATORIO

El Post-operatorio se inicia, tal como está ampliamente establecido, "en el momento en que el cirujano pone el último punto de sutura", o como en este caso particular, en el momento de poner el drenaje y las gasas compresivas en la zona operatoria. Su evolución dependerá, por una parte de la condición sistémica del paciente para responder al trauma quirúrgico; por otro lado, de la actitud y cooperación que ponga éste en cumplir lo que el cirujano le indique y, finalmente, de las indicaciones que éste último entregue al paciente o a sus familiares.

Estas indicaciones deben darse en forma escrita y deben contemplar los pasos del post-operatorio inmediato (primeras 12 horas) y del mediato (generalmente 6 días). Ellas están dirigidas a:

- 1.- Evitar el dolor y el edema marcado.
- 2.- Proteger el área operatoria.
- 3.- Evitar la infección.
- 4.- Permitir al paciente su pronta recuperación y regreso a sus actividades normales.

1.- Con respecto a la cuantía del edema post-operatorio, en mi experiencia, la utilización de antiinflamatorios no esteroideos desde 24 horas antes de la intervención y el uso del drenaje, permite que en la mayoría de los casos éste sea reducido.

Pero sin duda que en utilización de medicamentos antiinflamatorios, la terapia más efectiva es la efectuada con corticoides, los que a diferencia de los no esteroideos bloquean todo el mecanismo inflamatorio. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que éstos, al mismo tiempo, bloquean la respuesta suprarrenal, por lo

que es importante determinar la capacidad de recuperación del paciente. Al respecto, en la actualidad el autor está realizando un trabajo de investigación, con 3 alumnos, sobre la utilización de corticoides como antiinflamatorio en odontectomías cordales mandibulares ambulatorias, haciendo mediciones de cortisol plasmático para determinar el tiempo de recuperación suprarrenal.

Referente al dolor, éste es más intenso en las primeras 4 a 8 horas del post-operatorio, por lo que es conveniente indicar al paciente el uso de un analgésico a partir de las 2 horas del término de la intervención y con intervalos cortos (cada 2 o 3 horas).

El autor utiliza con muy buen éxito desde hace aproximadamente unos 3 años, el Ibuprofeno en dosis de 1,2 gr. cada 3 horas por 2 veces el 1º día y 600 mgr. cada 3 horas desde el 2º día, distanciando su frecuencia a partir del 3º día.

La utilización del hielo durante las primeras 24 horas sigue probando ser efectivo para disminuir dolor y cuantía de edema, y debe ser utilizado con una frecuencia de 30 minutos cada 30 minutos. El efecto vasoconstrictor del hielo que disminuye la salida de plasma en el área operatoria, es conveniente cambiarlo a partir de las 48 horas por el efecto vasodilatador del calor para permitir la mayor rapidez de absorción del edema.

2.- Es necesario proteger el área operatoria mediante la colocación de una tórula de gasa o algodón estéril, manteniéndola el mayor tiempo posible (2 horas en mi experiencia). Esto, permite el afianzamiento del coágulo inicial e impide que durante el tiempo en que todavía se mantiene el área anestesiada, el paciente produzca, mediante una acción mecánica, el desplazamiento de algún punto de sutura o del coágulo mismo en caso de cierre parcial.

Otra medida indicada en este mismo sentido es lo que se refiere a la alimentación. Debe, por lo tanto, prohibirse al paciente la ingestión de nutrientes sólidos durante el tiempo en que el área operatoria esté bajo los efectos de la anestesia. Es preferible indicar dieta líquida abundante el 1º día y permitir al enfermo que se alimente desde el segundo día sin más restricción que la dada por el dolor de la zona operatoria.

La utilización de colutorios es importante, pero solo a partir de las 24 horas post-operatorias, momento desde cuando también se indicará al paciente extremar las medidas de higiene oral. Los colutorios se efectúan preferentemente con antisépticos bucofaríngeos de uso habitual (diluidos para evitar irritación del área operatoria). Debe evitarse el uso de agua oxigenada a lo menos 5 días, con el fin de evitar la disolución del coágulo.

Debe también evitarse que el paciente fume, si tiene el hábito, por un período mínimo de 3 días, pues está demostrado que el tabaco es causante de alveolitis.

3.- Con respecto a la infección es necesario considerar que: la odontectomía cordal es una intervención que puede clasificarse como limpia - contaminada porque se efectúa en una zona del sistema digestivo (al igual que el respiratorio y urológico); en que, además, se realiza en una área infundibular, y que, en la mayoría de las veces, se producen zonas de disminución de vascularidad ósea, con estasia sanguínea. Todos estos hechos, indudablemente, son elementos favorecedores de la infección.

Para evitar al máximo esta complicación, además de realizar la intervención bajo normas asépticas en cuanto a la utilización de instrumental estéril (y no solo desinfectado) y de efectuar campo quirúrgico delimitando área operatoria, es mi experiencia,

especialmente cuando se realiza en forma intrahospitalaria, que la cicatrización cursa en mejor forma cuando se indica antibioterapia preventiva.

En este sentido, el autor utiliza rutinariamente durante 4 días, a partir de 24 horas antes de la intervención, un antibiótico de amplio espectro del tipo de las penicilinas semi-sintéticas, tiempo que prolonga en caso de desarrollarse una osteitis postoperatoria.

4.- La pronta recuperación del paciente a su actividad habitual, debe considerarse un objetivo fundamental del post-operatorio.

En este sentido, siendo lo ideal el reposo prolongado para la mejor recuperación de la herida operatoria, las necesidades prácticas determinan que se busque la vuelta del paciente a sus labores normales (trabajo, estudios, etc.) el 4° día del postoperatorio, lo que en la mayoría de los casos se consigue. Se indica, entonces, 24 horas de reposo relativo en posición semi-acostada y 48 horas con creciente deambulacion.

5.- El retiro de la sutura es preferible efectuarlo a los 7 días de la intervención, cuando ya el edema ha desaparecido totalmente y la apertura bucal se ha normalizado. Esto, solo para evitar producir dolor al paciente, ya que la utilidad del punto de sutura no excede las 48 horas.

En un alto porcentaje se produce dehiscencia de la herida operatoria aproximadamente a los 5 días del post-operatorio, lo que se debería a una infección del coágulo, lo que es poco frecuente, o a que el coágulo, al retraerse, deja sin sustentación al colgajo vestibular, el cual se desprende y empieza a epitelizar su parte interna (cicatrización por 2° intención).

Esto determina que deban efectuarse controles semanales con lavados de la herida operatoria durante a lo menos 21 días para evitar la aparición del granuloma por cuerpo extraño ("absceso frio") de los 30 días, producido por la retención de algún elemento (alimento) entre la masa cicatricial alveolar y la migración y cierre de la encía marginal.



VI COMPLICACIONES

Tanto en el intra como en el post-operatorio de una odontectomía cordal mandibular puede ocurrir algunos accidentes y/o complicaciones que alterarán la buena evolución de la intervención.

A. EN EL INTRAOPERATORIO

1.- Hemorragia excesiva

En pacientes con mecanismos hemostáticos normales, causa de una hemorragia debe atribuirse a un trauma directo sobre alguna rama de la arteria bucal (o la arteria misma) durante la incisión cuando ésta se realiza en forma muy prolongada hacia vestibular, o sobre los vasos dentarios inferiores al tratar de extraer algún ápice ubicado en la cercanía del recorrido del paquete vascular.

El tratamiento consiste en el taponamiento del alvéolo con una esponja hemostática y la compresión con una gasa, en el caso de daño vascular dentario. No debe utilizarse el método de compresión de una espícula ósea contra el vaso dañado, pues este puede llevar a lesión del nervio dentario inferior.

Si se trata de hemorragia por daño a la arteria bucal, el único tratamiento es el pinzamiento y la ligadura del vaso sangrante, procedimiento siempre de fácil ejecución por amplia visión de la zona.

2.- Fractura de ápice dentario

En ocasiones, la anatomía radicular caprichosa del molar y no captada por el estudio radiográfico, determina la fractura del 1/3 apical, ápice que en primera instancia debe intentar retirarse. Pero, si la visibilidad es deficiente (por ubicación), si el paciente es un adulto o, si nos encontramos en la cercanía del conducto dentario, es preferible no insistir en retirarlo, pues las posibilidades de daño quirúrgico con secuelas neuropáticas pueden superar altamente la posible infección posterior, que en mi experiencia no se me ha presentado (8 pacientes estudiados y controlados por 4 años). Sí, es indispensable comunicar al paciente en forma muy explícita la situación.

3.- Lesión Nerviosa

A pesar de que en mi experiencia la única secuela de anestesia lingual permanente se debió a una lesión neuropráxica en la técnica anestésica, es posible encontrar en la literatura la narración de casos de injuria nerviosa lingual como resultado del escape del elevador, la fractura de la tabla lingual o una herida con fresa en el momento de efectuar ostectomía lingual. El tratamiento consiste, en caso de que se hubiese producido la neuretmesis, intentan la neurorrafia inmediata.

Diferente en cuanto a frecuencia es el daño al nervio dentario inferior, el que se produce, en la mayoría de los casos, por brusca elevación del diente en el momento de la avulsión (palanca y compresión apical sobre el techo del conducto dentario);

por acción de algún instrumento (elevador o fresa) cuando se intenta rescatar algún ápice fracturado; o, por relación anatómica con el paquete vásculo-nervioso.

En estudios realizados por Mozrary and Syer y posteriormente por Charles C. Alling, se demuestra que:

- alrededor del 95% de las disestesias del nervio dentario inferior son recuperables en un período entre 3 a 6 meses.
- la microcirugía de descompresión o la neurorrafia en los casos de persistencia por más de 6 meses, tienen éxito en no más de un 60% y nunca hay completa recuperación.
- en general, los pacientes se adaptan en buena forma al problema.

En mi experiencia, de 8 casos que hube de tratar, las características fueron las siguientes:

- 7 casos se presentaron en adultos de más de 30 años.
- 2 casos se recuperaron antes de los 30 días, 4 casos antes del tercer mes y 2 casos persistieron por más de 1 año.
- en los casos de más de 1 mes de anestesia, la recuperación no fue completa, manteniéndose un variable grado de parestesia.
- todos los casos recuperados pasaron por un período de hiperestesia dentaria transitoria.
- en solo 1 caso se intentó efectuar una terapia quirúrgica, obteniendo un pobre resultado ya que no se encontró la causa (ni compresión ni interrupción macroscópica del tronco nervioso).

4.- Otras complicaciones

La fractura de elevadores, el desplazamiento del molar al espacio sub-mandibular o la fractura de la mandíbula son otros accidentes que pueden ocurrir durante la odontectomía cordal mandibular. Afortunadamente, hoy poco frecuentes, el autor no tiene más experiencia que la de haber tenido que efectuar el tratamiento de una fractura del cuerpo mandibular por accidente ocurrido a otro colega.

Sí es más frecuente el daño producido al 2º molar adyacente, el que puede ser luxado, dañado su hueso distal o desplazada alguna obturación, problemas todos producidos por mal planeamiento operatorio.

B. EN EL POST-OPERATORIO

No debe considerarse en este análisis al edema, al dolor y al trismus, porque ellos corresponden a la respuesta normal ante el trauma quirúrgico y ya les hemos mencionado cuando hablé de las medidas tomadas en el pre e intra-operatorio para prevenir la magnitud de ellos, que determinan a la postre el tiempo de recuperación del paciente para su reincorporación a sus labores habituales.

Debemos pues, hablar aquí de complicaciones, refiriéndonos a aquellas secuelas que no necesariamente deben corresponder a la respuesta orgánica normal frente al trauma quirúrgico y en la odontectomía cordal mandibular las más frecuentes son la ostei-

tis alveolar, la infección y las disestesias. La hemorragia secundaria obedece, en la mayoría de los casos, a infección de la herida operatoria y la hemorragia primaria es generalmente controlada en el intra-operatorio y puede dejar como secuelas la formación de un hematoma o de una equimosis sugilante posterior.

1.- Osteitis alveolar ("alvéolo seco")

Sin lugar a dudas es la complicación post-operatoria más frecuente en la odontectomía cordal mandibular (a diferencia de la maxilar) y es opinión unánime de todos los autores de que no existe manera de prevenirla; solamente se puede disminuir su frecuencia efectuando una cirugía lo menos traumática posible con el objeto de disminuir al mínimo la inflamación ósea medular responsable de la liberación de activadores tisulares que, a su vez, transforman el plasminógeno en plasmina, la cual disuelve, finalmente, el coágulo; éste, se infecta secundariamente con una flora mixta de la cavidad bucal.

Sin embargo, en mi experiencia, debe distinguirse bien entre la simple dehiscencia del colgajo (muy frecuente, de acuerdo a lo expresado anteriormente) y el estado de "alvéolo seco" total con toda su gran sintomatología dolorosa, que no lo es tanto.

En la osteitis alveolar el tratamiento debe ir destinado a aliviar el intenso dolor y, es por ello, que consiste en irrigación del alvéolo y colocación de alguna gasa analgésica, la que se cambiará a las 48 horas, dejándola enseguida por 5 días aproximadamente, al cabo de los cuales se puede retirar definitivamente puesto que, en general, la epitelización está muy avanzada.

En la simple dehiscencia del colgajo, en la que las paredes alveolares no alcanzan a quedar descubiertas, solo es necesaria la irrigación semanal, por 2 o 3 veces en mi experiencia, necesarias para evitar al máximo la aparición, después de los 30 días, del granuloma piógeno post-exodoncia y que generalmente obedece a la retención de algún cuerpo extraño después del cierre superior de la cavidad alveolar, o a un secuestro de tejido óseo que quedó desvitalizado por compresión del elevador. El tratamiento solo consiste en separar suavemente los márgenes de la herida, retirar el secuestro o cuerpo extraño y lavar profusamente* no se necesita retirar todo el tejido de granulación ni dar antibióticos.

2.- Infección

En mi experiencia, esta complicación, generalmente debido a una infección pre-existente (periapical, periodontal o pericoronitis) o a infección operatoria por sepsis oral, se presentó en poquísimas oportunidades, posiblemente por la utilización de antibioterapia preventiva, expresada anteriormente.

En mi experiencia de 12 años en el Hospital Naval de Valparaíso, antes de la utilización preventiva de antibioterapia, un alto porcentaje de los pacientes sometidos a esta intervención presentaron infección post-operatoria, lo que sin duda se explica por la alta incidencia de infección cruzada intrahospitalaria. Incluso debí tratar 1 caso de rebelde respuesta al tratamiento y que resultó ser una infección por pseudomona aeruginosa.

Este cuadro de infección de la zona operatoria debe distinguirse claramente del de la osteitis alveolar, ya que cursa con toda la sintomatología correspondiente, es decir, tumefacción, hipertermia, dolor y supuración y debe, por lo tanto, ser tratada con terapia antibiótica, además de las maniobras locales.

3.- Disestesias

Al contrario de las 2 complicaciones anteriores, en que la etiología es compleja y no siempre previsible, las disestesias obedecen claramente a una acción traumática intra-operatoria. Lamentablemente, esta acción traumática es muy pocas veces pesquizada en el momento de su producción y por lo tanto cualquiera acción debe realizarse posteriormente.

Afortunadamente, tal como lo expresé anteriormente, es una complicación de alta frecuencia de recuperación.

VII BIBLIOGRAFIA

- 1.- Laskin, Daniel M.
"Cirugía Bucal y Máxilo-Facial"
Texto 1987.
- 2.- Archer, W. Harry
"Oral Surgery"
4th. Edition
- 3.- Slaughter, Terry W.
"The Difficult Impaction"
Symposium Julio 1989
Dental Clinics of N.A.
- 4.- Villaseñor, Juan M. y colaboradores
"Evolución cicatricial en Odontectomías Cordales Mandibulares"
Seminario de Tesis 1983
Escuela de Odontología de Valparaíso.
- 5.- Sören Eliasson, Anders
"Pathological changes related to long-term impaction of third molars"
Inter. J. of Oral & M.F. Surgery
Agosto 1989.
- 6.- N. Von Wowern
"The fate of impacted lower third molars after the age of 20"
Internat. J. of Oral & M.F. Surgery
Octubre de 1989.

- 7.- Thomas O. Osborn and ad.
"A prospective Study of Complications Related to Mandibular
Third Molars Surgery"
Journal of Oral and M.F. Surgery
Octubre 1985.
- 8.- Allen L. Sisk and ad.
"Complications Following Removal of Impacted Third Molars"
J. of Oral & M.F. Surgery
Noviembre 1986.
- 9.- Charles C. Alling
"Dysesthesia of the Lingual and Inferior Alveolar Nerves Fo-
llowing Third Molar Surgery"
J. of Oral & M.F. Surgery
Junio 1986.
- 10.- D. W. Nitzan and ad.
"Pericoronitis"
J. of Oral & M.F. Surgery
Julio 1985.

