

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología «Raúl González Sánchez»
Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

Postoperative surgical complications associated to retained teeth. Army hospital "Dr. Luis Díaz Soto"

Naydit Martínez Gómez^I, Dayana Díaz Díaz^{II}, Orlando Guerra Cobian^{III}, Annelices Pérez Díaz^{IV}, Maritza Guilian Carrión^V

^I Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba. e.mail: nayditm@infomed.sld.cu

^{II} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba. e.mail: dayanadiaz@infomed.sld.cu

^{III} Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba. e.mail: orlando.guerra@infomed.sld.cu

^{IV} Especialista Primer Grado en Ortodoncia. Instructora. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba. e.mail: annelices.perez@infomed.sld.cu

^V Especialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba. e.mail: maritzaguilian@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: se denomina diente retenido a aquel que llegada la época normal de erupción permanece incluido total o parcialmente en el maxilar o la mandíbula sin alcanzar su posición en la arcada dentaria. La exéresis de dientes retenidos es un proceder quirúrgico muy realizado en los servicios de cirugía máxilofacial.

Objetivo: caracterizar las complicaciones postoperatorias asociadas al tratamiento quirúrgico de dientes retenidos.

Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo descriptivo en una muestra de 100 pacientes seleccionados del total que acudieron a consulta de cirugía máxilofacial del Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto", durante el 2011, para la exéresis de dientes retenidos. Se estudiaron las variables: edad, tipo de retención, técnica quirúrgica empleada y tiempo quirúrgico.

Resultados: el 13% de los pacientes intervenidos presentaron complicaciones postoperatorias. Entre 26-35 años presentaron mayor porcentaje de complicaciones (34 %), así como la retención tipo 3 (5 %) y la variante 4 de la técnica quirúrgica (6 %). Las complicaciones más frecuentes fueron el dolor continuo (27,5%) y la limitación de la apertura bucal (22,5%).

Conclusiones: las complicaciones postquirúrgicas asociadas a la exéresis de dientes retenidos se relacionaron con las características propias del paciente, la retención y el proceder implementado.

Palabras clave: dientes retenidos, técnicas quirúrgicas, complicaciones postoperatorias.

ABSTRACT

Introduction: the extraction of retained teeth is one of the procedures more frequently done in the maxillofacial service of Army Hospital "Luis Díaz Soto".

Objective: to characterize the postoperative complications associated to surgical treatments of retained teeth.

Material and methods: a prospective ,descriptive study was carried out with a sample of 100 patients selected of total who came to maxilo facial department of Army Hospital "Luis Díaz Soto" 2011, with retained teeth to surgical treatment. The variables studied were: age, type of retention, used surgical technique and surgical time.

Results: 13% with postoperative complications, patients among 26-35 years had more complications (34%), the retention type 3(5%) ,and the variant 4 of surgical technique(6%) were more associated to complications. More frequent complications were continuos pain (27,5%) and limitation of oral opening (22,5%).

Conclusions: the postoperative complications associated to surgical treatment of retained teeth became according to patient ´s characteristics, type of retention and used surgical technique

Key Words: retained teeth, surgical techniques, postoperative complications.

INTRODUCCIÓN

Se denomina diente retenido aquel que llegada la época normal de erupción permanece incluido total o parcialmente en el maxilar o en la mandíbula sin alcanzar su posición en la arcada dentaria. Este puede estar incluido, impactado o aparecer en la cavidad bucal sin alcanzar el plano de oclusión.¹⁻⁴

La retención dentaria es más común en la dentición permanente que en la temporal y se retienen con mayor frecuencia los terceros molares inferiores.^{1,5} Entre los factores que aumentan la tendencia a la retención podemos mencionar: falta de espacio durante la erupción, posición y forma anormal del diente, densidad del hueso circundante, entre otras.⁶⁻⁹

Todo diente retenido es susceptible de producir múltiples afecciones patológicas. Pueden presentarse accidentes mecánicos, tumorales, infecciosos, sensitivos, motores y otros.¹⁰⁻¹²

Cuando se decide la exéresis de un diente retenido este debe ser minuciosamente estudiado, analizando el tipo de retención y su relación con estructuras adyacentes. Múltiples son los accidentes y complicaciones que pueden presentarse durante el trans y postoperatorio.¹³⁻¹⁵

Entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes se destacan el dolor, el edema, el trismo, la hemorragia, la infección y las complicaciones nerviosas.^{16,17} Como la exéresis de dientes retenidos es un proceder quirúrgico muy común, nos trazamos como objetivo en nuestra investigación caracterizar las complicaciones postoperatorias asociadas a este tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo en el servicio de cirugía máxilofacial del Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto", de enero a diciembre del 2011.

El universo de trabajo estuvo constituido por 240 pacientes, que coincidió con el total que acudió al servicio de cirugía máxilofacial para exéresis de dientes retenidos. La muestra quedó constituida por 100 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: edad entre 15 y 55 años, con diagnóstico clínico y radiográfico de diente retenido que aceptaron ser incluidos en el estudio, los dientes retenidos no habían padecido complicaciones infecciosas, mecánicas o nerviosas en los 21 días previos a la intervención.

Se excluyeron aquellos pacientes con estados o enfermedades generales que pudieran interferir con la adecuada evolución de la herida quirúrgica (tabaquismo, trastornos endocrinos, osteoporosis, problemas inmunológicos y otros).

Se consideró caso complicado cuando el paciente en la evaluación cronológica presentó síntomas y signos fuera de los esperados en el postoperatorio de la exéresis de un diente retenido ya sean mecánicos, infecciosos, sensitivos, etcétera.

Se operacionalizaron las siguientes variables:

Edad: Se establecieron los intervalos de clases 16-25, 26-35, 36-45 y de 46-55 años, según años cumplidos.

El tipo de retención fue clasificado en: Tipo 1 (diente parcialmente erupcionado, que ha aparecido en la cavidad bucal pero no ha alcanzado el plano de oclusión); Tipo 2 (diente retenido bajo una banda de tejido mucoso, retención submucosa); Tipo 3 (diente que permanece cubierto completamente por tejido óseo con integridad del saco pericoronario, retención intraósea).

La técnica quirúrgica empleada se clasificó en: Variante 1: Exéresis del diente usando fórceps o elevadores (exéresis simple). Variante 2: Exéresis del diente con fórceps o elevadores previa sección del mismo empleando el aerotor con fresa quirúrgica (odontosección). Variante 3: Exéresis del diente con fórceps o elevadores previo corte y retirada de hueso adyacente (ostectomía) y Variante 4: Incluye en un mismo acto quirúrgico todas las variantes anteriores.

El tiempo quirúrgico se midió con cronómetro Omega xl de procedencia suiza, comenzando el registro desde la asepsia y antisepsia hasta el corte del hilo del último punto de sutura una vez terminada la intervención. Se clasificó en menos de 20 minutos, de 20 a 40 y más de 40 minutos

Las complicaciones postoperatorias se registraron todas aquellas que aparecieron durante el período de evaluación acorde al examen cronológico postoperatorio estipulado a los 3, 7 y 15 días.

Todos los pacientes contaron con un formulario donde se recogieron los datos de la investigación. Se les realizaron exámenes complementarios preoperatorios correspondientes, se midió la máxima apertura interincisal (distancia expresada en milímetros entre bordes incisales de homólogos antagonistas) utilizando un pie de rey, se consideró disminuida cuando fue menos de 30mm. El examen clínico y radiográfico periapical permitió planear adecuadamente la técnica quirúrgica a emplear. Cuando se presentaron complicaciones estas se trataron adecuadamente y se continuó el seguimiento del paciente hasta la resolución de las mismas.

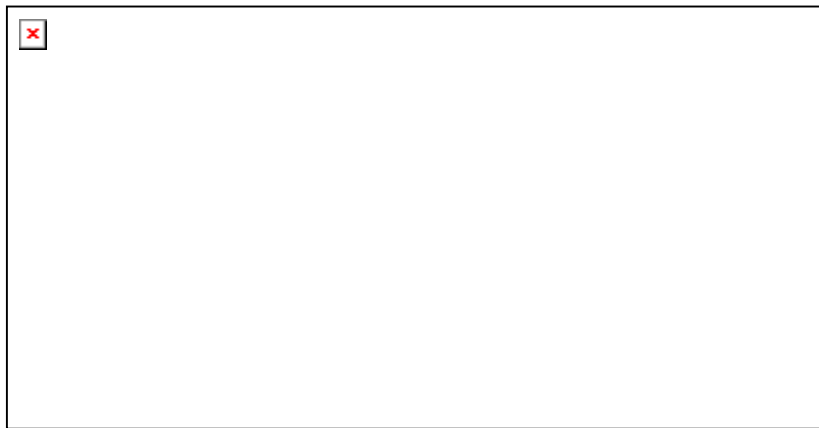
Los resultados obtenidos fueron dispuestos en tablas y se usó como medida resumen el porcentaje. Previamente, a los pacientes se les explicó la realización de este estudio y sus beneficios, plan de visitas, así como posibles complicaciones; a continuación se solicitó la firma del consentimiento informado para su inclusión. Se implementó durante toda la investigación la adecuada protección y cuidado de los investigadores, quienes fueron previamente calibrados y estandarizados para el proceder.

RESULTADOS

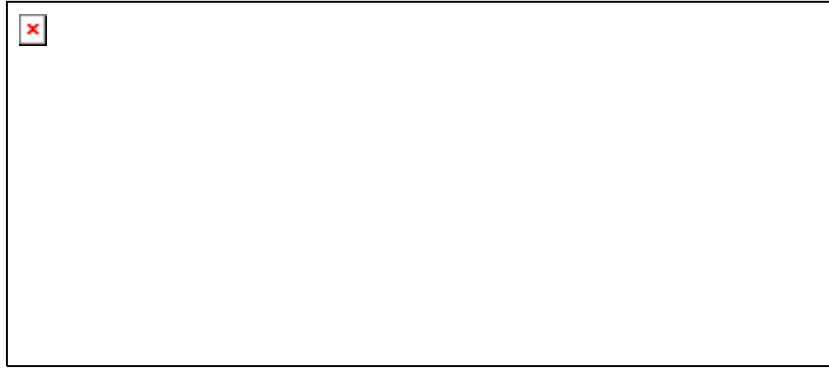
La Tabla 1 exhibe la relación de pacientes según grupos de edades y la aparición de complicaciones postoperatorias. Se aprecia que en el grupo 26-35 años se presentó el mayor número de pacientes con complicaciones 4 (4%), registrándose 13 pacientes con complicaciones en total.

La posible asociación entre tipo de retención y presencia de complicaciones postoperatorias se muestra en la Tabla 2. Se aprecia que el mayor número de complicaciones se registraron en pacientes con retención intraósea (tipo 3) con 5%, las retenciones de diente parcialmente erupcionado y retención submucosa (tipo 1 y 2) registraron igual número de complicaciones con 4% respectivamente.

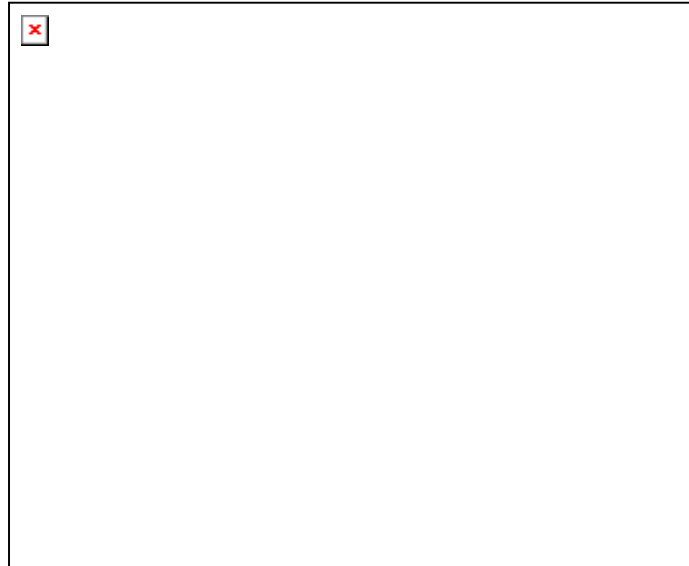
La Tabla 3 expone la posible relación entre tipo de técnica quirúrgica implementada y complicaciones asociadas; se observa registro de mayor número de complicaciones asociados a la variante 4 (6%), esta variante fue utilizada en 34 % de los pacientes. La variante 2 registró el menor número de complicaciones con solo un caso.



En la Tabla 4 se presenta la posible asociación entre el tiempo quirúrgico y presencia de complicaciones. El mayor número de complicaciones se registró en procedimientos quirúrgicos implementados entre 20 y 40 minutos, siendo este tiempo el más frecuente (observado en 56% de los casos).



La Tabla 5 muestra la distribución de complicaciones asociadas a la exéresis de dientes retenidos. Se presentaron 40 complicaciones en total, registrándose más de una por paciente complicado. El dolor constante resultó la complicación postoperatoria más frecuente (27,5%), seguido de la limitación de apertura en el (22,5%).



DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de complicaciones se presentó en los pacientes con edades entre 26 y 35 años, a pesar de no ser este el grupo más intervenido. Esto pudo estar asociado a que con la edad el hueso se hace más compacto y por tanto la exéresis de los dientes retenidos es más laboriosa. Estos resultados coincidieron con Hernández Pedroso,¹⁵ Moreno García,¹⁷ y Vara de la Fuente,¹⁸ quienes presentaron un aumento de las complicaciones en los pacientes de mayor edad.

Se observó un mayor porcentaje de las complicaciones postoperatorias cuando el diente se encontraba incluido totalmente en su lecho óseo (retención tipo 3). Similares resultados obtuvieron Moreno García¹⁷ y Montalvo¹⁹ en sus respectivas investigaciones. Esto es debido a que una mayor retención ósea requiere mayor complejidad en la técnica quirúrgica.

En cuanto a las diferentes variantes de la técnica quirúrgica vemos que al comparar los porcentajes de complicaciones de las variantes quirúrgicas 1 y 2 donde no se

realizó ostectomía, con los de las variantes 3 y 4 donde sí se realizó, prácticamente se duplica el porcentaje de complicaciones postoperatorias, a mayor complejidad de la técnica quirúrgica mayor porcentaje de complicaciones. En este aspecto se coincide con la mayoría de las investigaciones revisadas.¹³⁻²³

A medida que aumentó el tiempo quirúrgico se incrementaron las complicaciones postoperatorias. Sin embargo, es necesario señalar que la dehiscencia de la herida y la alveolitis se presentaron en pacientes donde la técnica quirúrgica fue sencilla y el tiempo quirúrgico bastante breve, por lo que en particular para estos tipos de complicaciones no existió una relación directa con el tiempo quirúrgico. Los resultados son similares a los reportados por Martín PJ¹⁶ y López Ramírez.²¹

En la investigación la complicación más frecuente fue el dolor mantenido y la limitación de la apertura bucal. En algunos pacientes coincidieron varias complicaciones postoperatorias sobre todo la limitación de la apertura bucal asociada al dolor o a la celulitis postquirúrgica. Estos resultados coinciden con los de Estrada y Montalvo,²² quienes obtuvieron el trismo por dolor, la infección y la dehiscencia de la herida como complicaciones más frecuentes. Resultados diferentes reporta Moreno G¹⁷ y Vara de la Fuente¹⁸ en cuyos estudios predominaron la alveolitis y la dehiscencia de la herida como complicaciones más frecuentes. Morejón Álvarez y colaboradores²³ presentaron la alveolitis, la celulitis y la hemorragia como las complicaciones más usuales.

CONCLUSIONES

- Las complicaciones post-operatorias resultaron mayores en pacientes con edades entre 26 y 35 años.
- La mayoría de las complicaciones post-operatorias se presentó en el tipo de retención 3, en las técnicas quirúrgicas más complejas y en el mayor tiempo quirúrgico.
- Las complicaciones más frecuentes fueron el dolor intenso, la limitación marcada de la apertura bucal y la Celulitis postquirúrgica.
- Las complicaciones postquirúrgicas asociadas a la exéresis de dientes retenidos se relacionaron con las características propias del paciente, la retención y el proceder implementado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Asfour A. Postoperative Infection after Surgical Removal of Impacted Mandibular Third Molars: An Analysis of 110 Consecutive Procedures. *Med Princ Pract* [serial on the Internet]. 2011 May; 18(4): 48-52. [Cited February 18, 2013]. Disponible en: dx.doi.org/10.1159%2F000163046
2. Leonardi R, Liccardello V, Greco M, Rossetti B. & Barbato E. Alignment of a buccally displaced maxillary canine in the late mixed dentition with a modified utility arch: a patient report. *World J. Orthod.* 2010; 11(2):185-90.
3. Camacho D, Gurrola B, Castro J, Casasa A. Incisivo central superior izquierdo impactado. Reporte de caso clínico. *Rev Lat Ortod y Odontop.* [revista en la Internet]. 2010 Mayo; 10(2): 10-12. [Citado febrero 13, 2012] Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art10.asp>

4. Pérez M, Pérez P. & Fierro C. Alteraciones en la Erupción de Caninos Permanentes. *Int. J. Morphol.* 2009; 27(1):139-43.
5. Bock JJ, Fuhrmann RA. Etiología, diagnóstico y tratamiento de caninos inferiores y dientes posteroinferiores desplazados o impactados. *Quintessence.* 2009; 02(22):82-91.
6. Baldawa RS, Khante KC, Kalburge JV, Kasat VO. Orthodontic management of an impacted maxillary incisor due to odontoma. *Contemp Clin Dent.* 2011; 2(1):37-40.
7. Vanarsdall RL. Efficient management of unerupted teeth: A time-tested treatment modality. *Semin. Orthod.* 2012; 16(3):212-21.
8. Rusu MC, Comes CA, Stanciu D, Ciuluvica RC, Motoc A, Niculescu MC & Jianu AM. Altered anatomy in a case with a buccally impacted maxillary canine tooth. *Rom. J. Morphol. Embryol.* 2010; 51(4):783-6.
9. Bedoya MM & Park JH. A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *J. Am. Dent. Assoc.* 2009; 140:1485-93.
10. Laskin D. Evaluation of the 3rd Molar Problems. *J Am Dent Assoc.* 1971; 82:824-8.
11. Pérez Barrero BR, Duharte Garbey C, Perdomo Estrada C, Ferrer Mustelier A, Gan Cardero B. Pericoronaritis aguda en adolescentes y adultos jóvenes de un consultorio estomatológico del municipio venezolano de Valencia. *MEDISAN [revista en la Internet].* 2011 Nov; 15(11):1548-1556. [Citado febrero 12,2012]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100007&lng=es.
12. Peterson LJ. Principles of management of impacted teeth. In: Peterson LJ, Ellis E, Tucker MR. *Contemporary oral and maxillofacial surgery.* 4th ed. St Louis: CV Mosby; 2003, p. 184-213.
13. Frank ChA, treatment options for impacted teeth. *S. Am Dent Assoc.* 2000; 131(5): 623-632.
14. Pérez López Y, Cárdenas Pérez E, Morales Pardo M, Cepero Franco F, Quintero Herrería Y. Intervenciones quirúrgicas por dientes retenidos. *M Ciego [revista en la Internet].* 2011 Ene; 13(1):11-13. [Citado febrero 12,2012]. [Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/ articulos/a11_v13_0107.htm].
15. Hernández Pedroso L, Raymundo Padrón E. Intervenciones quirúrgicas realizadas en dientes retenidos. *PM [revista en la Internet].* 2008 Ene; 10(1):10-13. [Citado febrero 10,2012]. Disponible en: <http://www.portalesmédicos.com/publicaciones/articles/1154/1>
16. Martín PJ, Gerry MR, Boudewijn S, Pieter JS, Geert B. Complications after mandibular third molar extraction. *Quintessence Int.* 2002; 26: 779-784.
17. Moreno García JM. Complications of impacted third molar surgery. *Rev Fed Odont Colombia.* 2002; 5(202):5-9.
18. Vara de la Fuente JC. Complicaciones post-quirúrgicas de los cordales incluidos. *Gac Dent.* 2004; 146:102-10.

19. Montalvo VM. Complications after extraction of the third molar in Seychelles. *Seychelles medical & Dental Journal*- 1999; 6(1): 27-8.
20. Malkawi Z, Al-Omiri M, Khraisat A. Risk Indicators of Postoperative Complications following Surgical Extraction of Lower Third Molars. *Medical Principles & Practice* [serial on the Internet]. 2011 May; 20(4): 321-325. [Cited February 12, 2013]. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Abstract/324550>
21. López-Ramírez M, Vílchez-Pérez M, Gargallo-Albiol J, Arnabat-Domínguez J, Gay-Escoda C. Efficacy of low-level laser therapy in the management of pain, facial swelling, and postoperative trismus after a lower third molar extraction. A preliminary study. *Lasers In Medical Science* [serial on the Internet]. 2012 May; 27(3): 559-566. [Cited February 12, 2013]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10103-011-0936-8>
22. Estrada SM, Montalvo VM. Análisis de las complicaciones de los terceros molares retenidos. *Rev Cub Est*. 1990; 27 (2): 244-9.
23. Morejón Álvarez F, López Benítez H, Morejón Álvarez T, Corbo Rodríguez MT. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. *Rev ADM*. 2000; 46(1):7-10.

Recibido: 23 de junio de 2013

Aprobado: 18 de Septiembre de 2013