

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL

CICATRIZACION POR PRIMERA INTENCIÓN
POSTODONTECTOMIA DEL TERCER MOLAR
INFERIOR RETENIDO. ESTUDIO COMPARATIVO
ENTRE DOS TIPOS DE INCISIÓN

Trabajo Especial presentado ante la ilustre
Universidad Central de Venezuela por el
Odontólogo Ricardo Tovar Mattar para optar al
título de Especialista en Cirugía Bucal.

Caracas, Diciembre 2003

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL

CICATRIZACION POR PRIMERA INTENCIÓN
POSTODONTECTOMIA DEL TERCER MOLAR
INFERIOR RETENIDO. ESTUDIO COMPARATIVO
ENTRE DOS TIPOS DE INCISIÓN

Autor: Od. Ricardo Tovar Mattar

Tutor: Prof. Raúl García-Arocha

Caracas, Diciembre 2003

Aprobado en nombre de la
Universidad Central de Venezuela
por el siguiente jurado examinador

Prof. Raúl García-Arocha

C.I. 3.180.497

FIRMA

Prof. Esteban Papp Halaszy

C.I. 3.245.717

FIRMA

Prof. Juan Carlos Martínez

C.I. 6.925.721

FIRMA

Observaciones: El jurado por unanimidad y en forma
suficientemente razonada otorgó la calificación de “Excelente” al
presente trabajo de grado, de acuerdo a lo establecido en el
capítulo X artículo 53 del reglamento de estudios de postgrado de
la Universidad Central de Venezuela aprobado el 17 de Enero de
2001.

Caracas 02 de Diciembre de 2003

DEDICATORIA

A Dios, quien siempre ha estado junto a mí y me ha guiado para obtener mis metas.

A mi Padre, quien fuese en vida, luz de mi camino y modelo constante de lo que siempre querré ser, llenando en su tiempo a mi lado el puesto integral de un verdadero Padre.

A mi madre, quien significa mi razón de vida y apoyo incansable en mí día a día, para ti serán siempre todos mis logros.

A mis hermanos, Alí, Juan Carlos y Marianella por ser el tesoro máspreciado que tengo.

A mi familia y sobrinos, quienes siempre estarán presentes para mí.

A Evelyn, con quien quiero compartir todos mis logros.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Raúl García Arocha, por haber sido mi tutor, docente, excelente maestro y amigo durante todo el curso, y quien obtuvo lo mejor de mi a base de exigencia.

Al Prof. Esteban Papp, por haberme guiado durante y después de mis pasantías y por haberme enseñado la grandeza de ser docente, maestro y amigo.

A la Prof. Mary Carmen González, por haber colaborado en la realización de este trabajo.

A todos los pacientes que colaboraron con este estudio.

A Rebeca González Gerente de Línea de Pfizer S.A. de Venezuela por toda la colaboración prestada.

LISTA DE CONTENIDOS

	Página
I. Introducción	1
II. Revisión de la literatura	5
1. Dientes retenidos	5
1.1. Definición de diente retenido	5
1.2. Causas de la retención del tercer molar inferior	5
1.3. Indicaciones para la odontectomía del tercer molar inferior retenido	7
1.4. Clasificación de los terceros molares inferiores retenidos	13
1.5. Técnica quirúrgica	15
1.6. Tipos de incisión	17
1.6.1.- Técnica distal oblicua y festoneada	18
1.6.2.- Técnica triangular modificada	20
2. Cicatrización de las heridas	21

	Página
2.1. Definición de cicatrización	21
2.2. Procesos de la cicatrización de las heridas	22
2.3. Tipos de cicatrización de las heridas	23
2.3.1. Cicatrización por primera intención	23
2.3.2. Cicatrización por segunda intención	28
2.3.3. Cicatrización por tercera intención	32
2.3.4. Cicatrización por cuarta intención	32
2.4. Factores que influyen en la cicatrización de las heridas	32
2.4.1. Factores locales	32
2.4.2. Factores generales	34
2.5. Defectos en la cicatrización de las heridas	35
2.5.1. Formación insuficiente de la cicatriz	35
2.5.2. Formación excesiva de los componentes de la reparación	36
2.5.3. Aparición de contracturas	37
III. Objetivos	37
IV. Materiales y Métodos	39

	Página
V. Resultados	51
VI. Discusión	66
VII. Conclusiones	70
VIII. Recomendaciones	71
IX. Referencias	73
X. Anexos	80

LISTA DE GRAFICOS

		<u>Página</u>
GRAFICO 1	Edad promedio de ambos grupos	51
GRAFICO 2	Distribución por sexo de ambos grupos	52
GRAFICO 3	Presencia de dehiscencias en el grupo A Al control 2 y 3	53
GRAFICO 4	Porcentaje de dehiscencias en el grupo A en los dos controles	54
GRAFICO 5	Presencia de dehiscencias en el grupo B en los dos controles	56
GRAFICO 6	Porcentaje de dehiscencias en el grupo B al control 2 y 3	57
GRAFICO 7	Comparación en cuanto a presencia de dehiscencias entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7días)	59
GRAFICO 8	Comparación en cuanto a porcentajes de dehiscencias presentes entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7días)	60
GRAFICO 9	Comparación en cuanto a presencia de dehiscencias entre el grupo A y el grupo B al control 3 (14 días)	62

		<u>Página</u>
GRAFICO 10	Comparación de porcentajes de dehiscencias presentes al control 3 (14 días) entre el grupo A y el grupo B	63
GRAFICO 11	Porcentajes de persistencia de dehiscencias a los 14 días en los grupos A y B	65

LISTA DE TABLAS

		<u>Página</u>
TABLA 1	Tabla comparativa entre los tipos de cicatrización por primera y segunda intención	31
TABLA 2	Presencia de dehiscencias en el grupo A	52
TABLA 3	Porcentaje de dehiscencias en el grupo A al control 2 y 3	54
TABLA 4	Presencia de dehiscencias en el grupo B	55
TABLA 5	Porcentaje de dehiscencias en el grupo B en el control 2 y 3	57
TABLA 6	Comparación entre los grupos de estudio A y B en cuanto a cantidad de dehiscencias presentes en el control 2 (7 días)	58
TABLA 7	Comparación en cuanto a porcentajes de dehiscencias presentes entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7días)	60

	<u>Página</u>	
TABLA 8	Comparación entre los grupos de estudio A y B en cuanto a cantidad de dehiscencias presentes en el control 3 (14 días)	61
TABLA 9	Comparación de porcentajes de dehiscencias presentes al control 3 (14 días) entre el grupo A y el grupo B	63
TABLA 10	Porcentaje de persistencia de dehiscencias a los 14 días en los grupos A y B	64

LISTA DE FIGURAS

	<u>Página</u>
FIGURA 1 Ilustración de incisión distal oblicua y festoneada	19
FIGURA 2 Ilustración de incisión triangular modificada	21
FIGURA 3 Fase de la cicatrización por primera intención (24 horas). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.	25
FIGURA 4 Fase de la cicatrización por primera intención (3 a 7 días). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.	26
FIGURA 5 Fase de la cicatrización por primera intención (1 mes). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.	28
FIGURA 6 Fase de la cicatrización por segunda intención (24 horas). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.	29

	<u>Página</u>
FIGURA 7 Fase de la cicatrización por segunda intención (3 a 7 días). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.	30
FIGURA 8 Fase de la cicatrización por segunda intención (1 mes). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.	31
FIGURA 9 Fotografía clínica intraoral de la técnica incisión distal oblicua y festoneada al segundo molar inferior.	44
FIGURA 10 Visualización del campo quirúrgico en la incisión distal oblicua y festoneada.	45
FIGURA 11 Síntesis de los tejidos en la incisión distal oblicua y festoneada.	45
FIGURA 12 Fotografía clínica intrabucal de la técnica de incisión triangular modificada.	46
FIGURA 13 Visualización del campo quirúrgico en la incisión triangular modificada.	46

FIGURA 14 Síntesis de los tejidos en la incisión triangular modificada.	47
FIGURA15 Fotografía clínica intrabucal de la técnica incisión distal oblicua y festoneada al control 2 (7 días)	47
FIGURA 16 Fotografía clínica intrabucal de la técnica incisión distal oblicua y festoneada al control 2 (7 días)	48
FIGURA 17 Fotografía clínica intrabucal de la técnica de incisión triangular modificada al control 2 (7 días)	48
FIGURA18 Fotografía clínica intrabucal de la técnica triangular modificada al control 3 (14 días)	49

RESUMEN

Se evalúa de manera comparativa el efecto que presenta el diseño del colgajo sobre la cicatrización por primera intención, basándonos en la presencia de dehiscencias clínicamente observables para determinar si existieron o no fallos en la cicatrización. Se emplearon dos grupos experimentales realizándoseles técnicas de incisión y colgajo distintas en ambos cuadrantes para posteriormente realizar la odontectomía del tercer molar inferior retenido. Al ser comparados los grupos, se observaron diferencias entre ambos tipos de incisión y colgajos y se observó relación entre el tipo de incisión y la presencia de anomalías en la cicatrización por primera intención, dicha anomalía, fue clínicamente la presencia o ausencia de dehiscencias o separaciones entre los cabos de la herida postodontectomía del tercer molar inferior retenido, realizándose controles a los siete (7) y catorce (14) días posteriores a la intervención quirúrgica.

I. INTRODUCCION

La odontectomía del tercer molar inferior retenido es el procedimiento de rutina a ser realizado por el cirujano bucal, quien debe valerse de las técnicas adecuadas que puedan brindar al paciente las condiciones necesarias para una pronta y no dolorosa recuperación. Esta en manos del cirujano bucal el conocimiento de diversas técnicas que puedan brindar al paciente el mejor resultado.

Cuando se realiza una incisión sobre el tejido, bien sea una herida limpia o no, este tejido lesionado producirá una serie de reacciones a fin de realizar la curación de dicha herida, siendo ésta un fenómeno complejo, pero ordenado que comprende varios procesos.

La curación de las heridas en la mucosa bucal, es similar a la curación de las heridas que sucede en la piel y aplicable a todos los tejidos, sin embargo, se debe recordar que cada órgano posee células especializadas que proporcionan especificidad a los fenómenos de curación.

En el campo de la Cirugía Bucal, las heridas que se realizan para la odontectomía del tercer molar inferior retenido, son heridas lineales, pequeñas y que se llevan a cabo en un campo muy contaminado como lo es la cavidad bucal. En donde, se encuentra la mayor variedad de microorganismos de todo el cuerpo y además, siempre esta presente la saliva que sirve como medio para transportar las bacterias y demás microorganismos, por lo cual, y teniendo en cuenta lo antes expuesto, cualquier técnica quirúrgica que nos permita mantener alejados o formar una barrera unida y firme que no permita la invasión de microorganismos a la herida realizada, será entonces, una técnica que disminuirá las posibles complicaciones posteriores a cualquier acto quirúrgico.

Es importante tener en cuenta que una dehiscencia es una falla en la cicatrización de una herida en donde los dos cabos del tejido no se mantienen adheridos íntimamente, sucediéndose así la apertura de la misma y siendo entonces expuestas estructuras nerviosas que pueden causar molestias postquirúrgicas en el paciente y alargar así el tiempo de recuperación de la intervención.

Existe bibliografía que atiende este tema, pero en nuestro país, no hay reportes de estudios comparativos de diversos tipos de incisiones para realizar la odontectomía del tercer molar inferior retenido. Varias han sido las técnicas desarrolladas para disminuir la incomodidad del paciente postodontectomía del tercer molar inferior retenido, sin embargo, muchas de estas técnicas no han sido lo suficientemente efectivas.

La presente investigación se vio enfocada en comparar dos tipos distintos de colgajos y comprobar si los mismos favorecen la cicatrización por primera intención de las heridas postodontectomía del tercer molar inferior. Para ello se desarrolló una metodología completamente cualitativa a través de la observación clínica, en tiempos distintos, de dos especialistas en Cirugía Bucal, determinando objetivamente la presencia o ausencia de dehiscencias. Siendo ésta la variable principal indicativa de defectos en cicatrización por primera intención.

La técnica triangular modificada, es una técnica recientemente descrita, en donde se protege el periodonto distolingual y distobucal del segundo molar inferior y que provee poca tensión al momento de afrontar los cabos y realizar el cierre

por primera intención, además le brinda al cirujano un adecuado campo visual y fácil acceso al diente a extraer y tiene como objetivo evitar las complicaciones periodontales que pudiesen presentarse a nivel distal del segundo molar inferior.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.- DIENTES RETENIDOS

1.1.- DEFINICIÓN DE DIENTE RETENIDO

Se define como aquel diente que no hizo erupción en el arco dental al tiempo esperado por la edad cronológica del paciente. Los dientes que suelen quedar retenidos son los terceros molares tanto maxilares como mandibulares, seguidos por los caninos del maxilar superior y los premolares mandibulares. ⁽¹⁾

1.2.- CAUSAS DE LA RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Los terceros molares suelen quedar retenidos debido a que la longitud y el espacio que existe en el arco dental es inadecuado para que estos hagan erupción, es decir, la longitud total del arco del hueso alveolar es menor que la longitud total del arco formado por los dientes. ⁽¹⁾

Los terceros molares son los dientes más frecuentemente retenidos debido a que estos son los últimos dientes en hacer erupción cronológicamente y cuando los mismos se disponen a erupcionar es más probable que halla menos espacio en el arco para que lo hagan adecuadamente. La edad cronológica en la cual los terceros molares deberían hacer erupción es entre los 18 y los 20 años de edad. ⁽¹⁾

El inicio del desarrollo del tercer molar inferior es en forma horizontal, y posteriormente esta posición va cambiando, de horizontal a mesioangular y luego vertical, durante el desarrollo tanto del diente como del tejido óseo mandibular. Un fallo en la rotación desde la posición mesioangular hasta la posición vertical es la causa más común para que el diente quede retenido. ⁽¹⁾

El segundo factor que interviene en la retención del tercer molar inferior es que la dimensión del tercer molar inferior en sentido mesiodistal sea mayor que la longitud de la mandíbula, lo cual, produce un lecho inadecuado desde el proceso alveolar anterior hasta el borde anterior de la rama mandibular lo que no permite que el diente erupcione de forma adecuada. ⁽¹⁾

1.3.- INDICACIONES PARA LA ODONTECTOMÍA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Según la mayoría de los autores el tiempo ideal para la odontectomía del tercer molar inferior retenido es después de que se ha formado un tercio de la raíz y antes de que se hayan formado dos tercios de la porción radicular del mismo, usualmente entre los 16 y 18 años de edad. ⁽¹⁾

Las indicaciones para la realización de la odontectomía de los terceros molares inferiores son:

1.- Prevención de enfermedad periodontal

La presencia de un diente retenido disminuye la cantidad de tejido óseo distal al segundo molar erupcionado. Aunado a esto, la porción distal del segundo molar inferior es la zona más difícil en cuanto al acceso para los implementos de higiene bucal, el paciente por esto puede presentar inflamación gingival con migración apical de la encía que recubre la porción distal del segundo molar inferior. ⁽¹⁾

Los pacientes con el tercer molar retenido pueden desarrollar sacos patológicos en la superficie distal del segundo molar y mantener todas las otras regiones del mismo diente normales al sondaje. La eliminación del tercer molar retenido ayudará en la prevención de la enfermedad periodontal del segundo molar. ⁽¹⁾

2.- Prevención de Pericoronitis

La pericoronitis es una infección del tejido blando que se encuentra alrededor de la corona del diente semierupcionado, la cual es producida por la flora normal de la cavidad bucal. La prevención de la pericoronitis se efectúa mediante la remoción quirúrgica del tercer molar retenido antes de que este haga erupción y perfora la mucosa bucal. ^(2,3,4,5,6,7)

3.- Prevención de resorción radicular

La presión que causa la fuerza eruptiva del tercer molar inferior retenido sobre la porción distal del segundo molar puede producir resorción radicular de la porción distal del segundo molar inferior. La odontectomía del tercer molar retenido será entonces la manera de evitar que se produzca dicha resorción y

posterior a la eliminación quirúrgica se producirá la reparación del cemento radicular. (8,9,10,11,12)

4.- Prevención de quistes y de tumores de origen odontogénico

Cuando un diente esta retenido su folículo también lo esta, en la mayoría de los pacientes el folículo asociado al tercer molar retenido mantiene su tamaño original, pero existen casos en donde dicho folículo puede producir una lesión quística, como en el caso de un quiste dentígero u otras entidades patológicas que se originan por tejido asociado al tercer molar retenido. (1)

Una lesión patológica originada a partir de un folículo dental puede llegar a tomar proporciones considerables. También tumores odontogénicos se pueden originar a partir del epitelio que forma el folículo dental.

5.- Facilitación del tratamiento ortodóntico

Los pacientes que requieran movimientos dentales por técnicas de ortodoncia pueden requerir la odontectomía del tercer molar retenido que puede interferir con los

movimientos ortodóncicos adecuados para el paciente. Se recomienda la odontectomía del tercer molar retenido antes de comenzar el tratamiento de Ortodoncia. ⁽¹⁾

6.- Disparidad entre el tamaño y el número de dientes con la mandíbula

Los terceros molares retenidos deben ser extraídos cuando existe una disparidad entre el tamaño o número de dientes y el tamaño de la mandíbula. La falta de espacio es probablemente la indicación más común para la extracción del tercer molar retenido. Menos del cinco (5) por ciento de adultos jóvenes presenta el espacio suficiente necesario para permitir la erupción adecuada de los terceros molares inferiores. ⁽¹³⁾

7.- Dientes retenidos debajo de una prótesis dental

Frecuentemente, un diente retenido es descubierto en áreas edéntulas, existen casos en donde se puede notar con el uso de la prótesis y el movimiento fisiológico de la misma una comunicación del diente retenido y el medio bucal; cuando esta comunicación se establece suele ocurrir dolor e infección. Los dientes retenidos en áreas edéntulas deben ser

descubiertos en un examen radiográfico realizado previamente a la confección de la prótesis. El tercer molar retenido que presente sintomatología, ubicado debajo de una prótesis debe ser casi siempre removido quirúrgicamente previamente a la confección de la prótesis definitiva. ⁽¹³⁾

8.- Extracción del tercer molar retenido en pacientes que van a ser sometidos a irradiaciones.

Aquellos pacientes oncológicos que requieran ser irradiados y presenten un tercer molar inferior retenido, éste debe ser extraído aplicando el protocolo descrito para esos casos. ^(13,14)

9.- Gérmenes dentarios supernumerarios de cuartos molares. ⁽¹⁵⁾

10.- Pacientes que van a ser sometidos a intervenciones de Cirugía Ortognática.

Una de las intervenciones de la Cirugía Ortognática que requiere la odontectomía del tercer molar inferior retenido es la osteotomía sagital bilateral mandibular, debido a que la presencia de los mismos puede incrementar la dificultad de la

intervención quirúrgica, también se debe de tener en cuenta la edad del paciente, su género, la posición del molar y la experiencia del cirujano bucomaxilofacial. ⁽¹⁵⁾

También es importante tener en cuenta que la profundidad del diente, su angulación, forma de la raíz, la relación entre el diente y la rama mandibular, la proximidad al paquete vasculonervioso y la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo molar tienen un rol importante en la decisión de extraer o no el tercer molar inferior retenido. Se prefiere extraer el tercer molar entre 6 y 9 meses antes de la realización de la cirugía ortognática. ⁽¹⁶⁾

Existen autores que sostienen que la presencia del tercer molar inferior retenido favorece las fracturas desfavorables mandibulares, por lo cual sugieren su extracción previa a la osteotomía sagital bilateral mandibular, a su vez, existen otros investigadores que sostienen que la odontectomía del tercer molar inferior retenido no disminuye la posibilidad de fracturas mandibulares al momento de la cirugía ortognática. ^(17,18)

En casos de pacientes de edad avanzada que presenten el tercer molar inferior retenido en proximidad con el trayecto

del nervio dentario inferior el riesgo de fractura mandibular disminuirá, si la odontectomía se realiza durante el procedimiento de cirugía ortognática.⁽¹⁹⁾

1.4.- CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Se han sugerido una serie de sistemas que facilitan la clasificación de los terceros molares retenidos basándose en diversas variables. La mayoría de estas clasificaciones se basan en el análisis radiográfico, utilizándose principalmente la radiografía panorámica como estudio de elección en los pacientes a ser sometidos a odontectomía de terceros molares retenidos.

Existen varias clasificaciones, una de ellas es la clasificación de Winter que considera la posición del tercer molar retenido en relación con el eje axial del segundo molar, y de acuerdo con esto los clasifica en mesioangular, distoangular, vertical, horizontal, linguoangular e invertido.⁽²⁰⁾

También existe otra clasificación en donde se toma en cuenta la relación del tercer molar retenido con la rama ascendente mandibular, la profundidad relativa del tercer

molar y la posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar. ⁽²¹⁾

En cuanto a la relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular se clasifican en: ⁽¹⁾

Clase I: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase II: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase III: El tercer molar está parcialmente o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

En cuanto a la profundidad relativa del tercer molar lo clasifican en: ⁽¹⁾

Posición A: La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B: La parte más alta del tercer molar está por debajo del plano de la superficie oclusal del segundo molar y por encima de la línea cervical del mismo.

Posición C: La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.

Según la posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar puede ser: mesioangular, distoangular, vertical, horizontal, vestibuloangular, linguoangular e invertido.⁽²¹⁾

1.5.- TÉCNICA QUIRURGICA

Es básico para poder entender la investigación conocer cuales son los pasos para realizar la odontectomía del tercer molar inferior retenido los cuales describiremos a continuación:

El primer paso previa anestesia de los nervios correspondientes es tener una adecuada exposición del área quirúrgica en donde vamos a trabajar, esto significa que el

tamaño del colgajo debe facilitarle al cirujano la dimensión adecuada para el acceso quirúrgico al diente a extraer. ⁽¹⁾

El segundo paso es realizar la eliminación del tejido óseo u osteotomía necesaria para lograr exponer el diente, la cual no debe ser exagerada ya que puede producir alteraciones posteriores en las estructuras vecinas. ⁽¹⁾

El tercer paso es, de ser necesario, es dividir el diente con una fresa quirúrgica (odontosección) evitando la eliminación del tejido óseo y dividiendo el diente la cantidad de veces necesarias hasta que el mismo pueda ser extraído totalmente; siempre se debe trabajar a expensas del diente y no del tejido óseo, es decir, se debe evitar ampliar la osteotomía innecesariamente y realizar los cortes a expensas del diente únicamente facilitando así la extracción

En el cuarto paso se realiza la lujación y extracción del diente con los elevadores adecuados y para culminar, la herida debe ser lavada y se debe eliminar cualquier tejido pericoronario o perirradicular que se encuentre asociado al tercer molar para por proceder a realizar la síntesis de la herida con sutura interrumpida. ⁽¹⁾

El abordaje quirúrgico para la odontectomía de los terceros molares inferiores difiere de otras odontectomías en que, en el caso de los terceros molares inferiores es mayor la cantidad de tejido óseo que requiere ser eliminado, dicho tejido óseo es relativamente mas denso y compacto y a su vez se requiere de mayor instrumentación y manejo de técnica quirúrgica depurada. ⁽¹⁾

La eliminación excesiva de tejido óseo puede prolongar el periodo de cicatrización. Es parte muy importante de nuestra investigación conocer cuales son las técnicas quirúrgicas a emplear para realizar la odontectomía de los terceros molares inferiores retenidos.

1.6.- TIPOS DE INCISIÓN

La incisión a realizar debe ser aquella que nos brinde los mejores resultados tanto perquirúrgicos como postquirúrgicos, y que nos permita obtener al separar la mucosa adherida una visibilidad adecuada para maniobrar con facilidad sin lesionar estructuras vecinas tanto de tejido duro como de tejido blando. La separación del colgajo nos debe permitir obtener una dimensión adecuada para la colocación y estabilización de

retractores e instrumentos para remover tejido óseo. En muchos casos la técnica distal oblicua y festoneada es la utilizada, ya que ésta es fácil de cerrar y además cicatriza adecuadamente, sin embargo, se debe considerar que la técnica de colgajo triangular modificada proporciona una visión excelente al cirujano y además nos brinda una adecuada cicatrización por primera intención conservando intacta la encía adherida mesiovestibular, mesiolingual y distolingual del segundo molar.⁽¹⁾

1.6.1.- TÉCNICA DISTAL OBLICUA Y FESTONEADA (TÉCNICA DEL SOBRE)

La técnica de incisión distal oblicua y festoneada al segundo molar (Fig. 1) consiste en una línea incisional realizada con la hoja de bisturí número 15, que se extiende intrasulcular desde la encía adherida mesial del segundo molar inferior sin incluir la papila mesial, dirigiéndose intrasulcular a nivel del cuello del diente, hasta la mitad del segundo molar en sentido vestibulolingual en su porción distal, para luego realizar una incisión distal y oblicua dirigida hacia el borde anterior de la rama mandibular. La incisión no se

continúa en línea recta, sino oblicua, debido a la divergencia lateral de esta estructura anatómica. ⁽²²⁾

Dicha incisión siempre debe estar soportada sobre tejido óseo y se debe de palpar la región retromandibular antes de realizar la incisión. El retractor será colocado en la cara interna del colgajo, hacia la línea oblicua externa y estabilizado en la posición adecuada.

Cuando se utiliza esta técnica es mayor la probabilidad de que sucedan dehiscencias del tejido blando a nivel del puente distal o incisión oblicua distal al segundo molar, siendo esta anomalía frecuente en la primera fase de la cicatrización. ⁽²²⁾

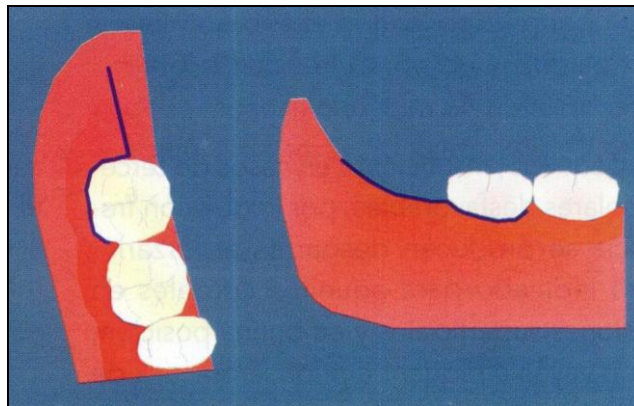


Figura 1. Ilustración de incisión distal oblicua y festoneada

Tomado de Romero Ruiz-Gutiérrez Pérez. El Tercer Molar Incluido. 2001. ⁽²³⁾

1.6.2.- TÉCNICA TRIANGULAR MODIFICADA

La otra técnica planteada para comparar en nuestra investigación es la técnica de incisión triangular modificada, la cual es una modificación a la técnica expuesta en primera instancia en el año 1971 haciéndose una modificación (Fig. 2) al realizar la primera parte de la incisión similar a la descrita en la técnica distal y oblicua, la incisión distal al segundo molar de manera oblicua hasta llegar a incidir únicamente en el ángulo distovestibular del segundo molar inferior, luego, se continúa con línea de incisión perpendicular y oblicua dirigida hacia el vestíbulo bucal mandibular, con una longitud de aproximadamente un (1) centímetro, diferenciándose de la incisión triangular propuesta en 1971, proporcionando mayor irrigación al tejido además no se elimina la encía distal del segundo molar inferior que recubre el diente retenido. El periodonto del segundo molar solo es incidido a nivel del puente distal, formándose así un colgajo de forma triangular. ⁽²²⁾

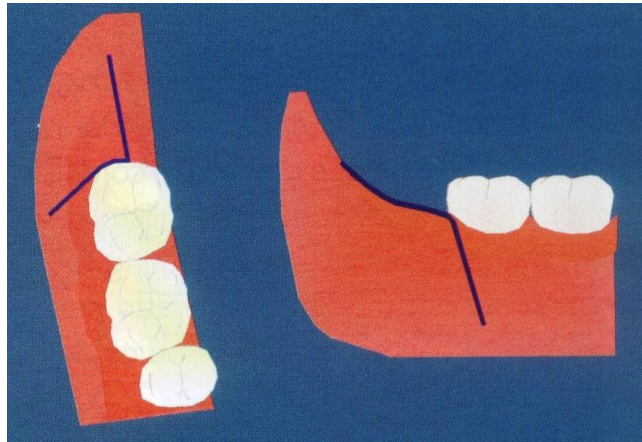


Figura 2. Ilustración de incisión triangular modificada.

Tomado de Romero Ruiz-Gutiérrez Pérez. El Tercer Molar Incluido. 2001. ⁽²³⁾

2.- Cicatrización de las heridas

2.1.- Definición de cicatrización

La cicatrización es el proceso de reparación de heridas y otras lesiones que afecten la continuidad de un determinado tejido. Dicho proceso se realiza debido a que el tejido tanto conjuntivo como epitelial poseen una capacidad muy elevada de proliferar. En el caso de la mucosa bucal se debe de recordar que este es un tejido que se encuentra en todo momento en contacto con la saliva y dicha mucosa por ende se mantiene húmeda. ⁽²⁵⁾

2.2.- Procesos de cicatrización de las heridas

La cicatrización de las heridas es un fenómeno complejo, pero ordenado, que comprende varios procesos: ⁽²⁵⁾

- Inducción de un proceso inflamatorio agudo desencadenado por la lesión inicial.
- Migración y proliferación de las células parenquimatosas y de elementos del tejido conectivo.
- Síntesis de proteínas
- Remodelación de componentes de tejido conectivo y parenquimatoso.
- Formación de colágeno y desarrollo de resistencia por la herida.

La curación de las heridas en la piel es aplicable a todos los tejidos del cuerpo, a pesar de las consideraciones que antes nombramos a tener en cuenta en la cavidad bucal. El proceso de

cicatrización es un proceso reaccional específico de los tejidos, en respuesta a una injuria. El resultado de este proceso y la rapidez con que se produzca, depende de la profundidad de la lesión y de su extensión, por esto es necesario relacionar el tipo de herida, es decir, clasificarla con la forma en que cicatrizará, para así anticipar las características de las etapas del proceso.⁽²⁵⁾

2.3.- Tipos de cicatrización de las heridas

2.3.1.- Cicatrización por primera intención (heridas con bordes aproximados)

Los casos más sencillos de reparación de una herida son los casos de cicatrización en una incisión quirúrgica limpia y aséptica, con bordes aproximados por la sutura quirúrgica. Esta cicatrización se llama cicatrización por primera intención o unión primaria. La pérdida de tejido en este caso es mínima sin presencia de infección ni de necrosis. La incisión produce la muerte de una cantidad de células epiteliales y de tejido conjuntivo además de que se pierde la continuidad de la membrana basal epitelial.⁽²⁵⁾

El tejido involucrado posee diferentes capacidades de regeneración, en el caso del tejido epitelial el cual, por ser un tejido mas lábil, inicia la reparación inmediatamente, y las células que se encuentran a ambos lados de la herida producen una tasa elevada y rápida de división celular. Esto resulta en una cantidad elevada de células mitóticas. ⁽²⁵⁾

Por otro lado, en el caso del tejido conectivo, van a suceder durante las primeras veinticuatro horas la mayor cantidad de cambios inflamatorios, dándose la migración de células fagocíticas a la zona involucrada que van a eliminar cualquier tejido que se haya necrosado. ⁽²⁵⁾

El canal formado por la incisión se llena rápidamente de sangre coagulada que contiene fibrina y glóbulos rojos, posteriormente a esto se va a dar la deshidratación de los coágulos superficiales formándose así una costra que va a cubrir la herida. ⁽²⁵⁾

En las primeras veinticuatro (24) horas van a aparecer neutrófilos a nivel de los bordes de la incisión que se van a dirigir hacia el coagulo de fibrina. Luego los rebordes de las

células epiteliales que se han seccionado se van a engrosar debido a la multiplicación rápida de las células basales, y después de un periodo de 24 a 48 horas, los cabos de células epiteliales de los bordes migraran y proliferaran a nivel de los bordes dérmicos de la incisión, depositando así los elementos integrantes de la membrana basal (Fig. 3).⁽²⁵⁾

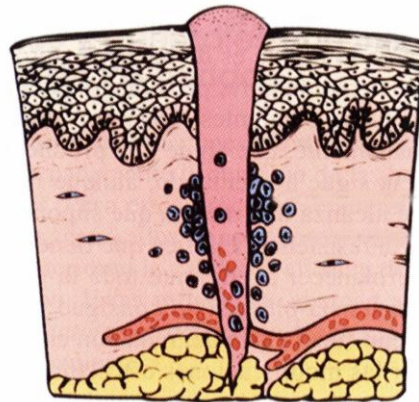


Figura 3. Fase de la cicatrización por primera intención (24 horas) Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000. ⁽²⁵⁾

Por último, las células y demás elementos que forman los bordes de la herida se van a fusionar en la línea media, justamente debajo de la costra superficial, dando como resultado una capa epitelial continua pero delgada. ⁽²⁵⁾

Al tercer día (Fig. 4), los neutrófilos ya han sido sustituidos en su mayoría por macrófagos.⁽²⁵⁾

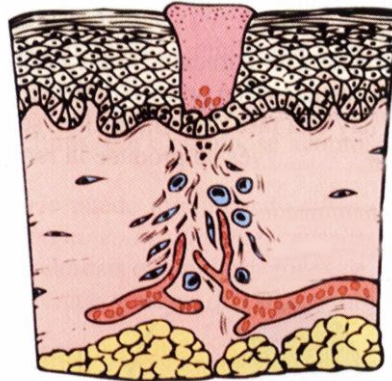


Figura 4. Fase de la cicatrización por primera intención (3 a 7 días). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.⁽²⁵⁾

El tejido granulomatoso invade poco a poco el vacío creado por la incisión. Los bordes de la misma presentan fibras de colágeno las cuales están dispuestas verticalmente sin mantener unidos los bordes de la herida, por su parte las células epiteliales siguen proliferando y engrosando la capa que recubre la epidermis.⁽²⁵⁾

Para el día número cinco (5), el tejido de granulación a ocupado completamente el área de la incisión y se produce una

máxima neovascularización. Las fibras colágenas aumentan en número y comienzan a adherirse íntimamente a los bordes de la incisión. El tejido epitelial recupera su espesor normal y comienzan a diferenciarse las células epiteliales dando como resultado una superficie epidérmica bien desarrollada con una zona de queratinización. A los catorce días se va a depositar colágeno de manera continua y va a haber proliferación de fibroblastos. ⁽²⁵⁾

El infiltrado de leucocitos, la vascularización aumentada y el edema desaparecen casi por completo y en este momento la herida comienza a tornarse pálida, esto debido, al acúmulo creciente de colágeno a nivel de la cicatriz de la incisión dando un aspecto clínico mas normal a la herida. Al terminar el primer mes, la herida cicatrizal estará formada por un tejido conjuntivo celular sin infiltrado, el cual estará cubierto por una banda de tejido epitelial integra (Fig. 5). ⁽²⁵⁾

Es a partir de este instante, cuando se va a dar el aumento de la resistencia elástica de la herida, pudiéndose requerir hasta un año para volver a presentar su resistencia máxima. ⁽²⁵⁾

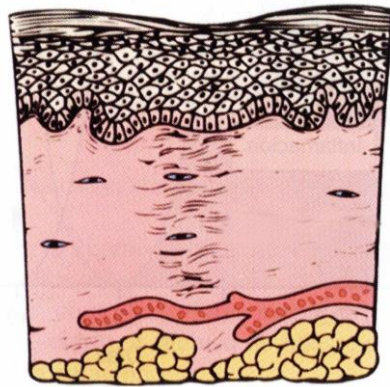


Figura 5. Fase de la cicatrización por primera intención (1 mes)
Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000. ⁽²⁵⁾

2.3.2.- Cicatrización por segunda intención (heridas con bordes separados)

Al producirse mayor destrucción de células y tejidos en donde los defectos son mayores, el proceso de reparación será más complejo. Esto es lo que sucede en la cicatrización por segunda intención en donde existe un gran defecto tisular (Fig. 6) que es necesario que se rellene. En este caso para que se logre una adecuada reparación del tejido es necesario que en los bordes de la herida se forme un abundante tejido de granulación.⁽²⁵⁾

La cicatrización por segunda intención se diferencia de la cicatrización por primera intención en los siguientes aspectos:⁽²⁵⁾

a.- Los grandes defectos tisulares tienen en un principio más fibrina y más residuos de tejido necrótico y exudado, los cuales deben ser eliminados. Debido a lo antes expuesto la reacción inflamatoria será más intensa (Fig. 7).

b.- En la cicatrización por segunda intención habrá mucha mayor cantidad de tejido de granulación.

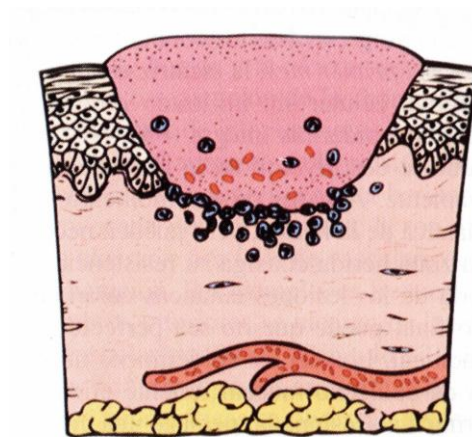


Figura 6. Fase de la cicatrización por segunda intención (24 horas). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000.⁽²⁵⁾

c.- En esta cicatrización sucede el fenómeno de retracción de la herida, el cual ocurre en las grandes heridas superficiales.

En parte se piensa que esta retracción se da debido a la presencia de miofibroblastos en la cicatriz (Fig. 8), dichas células no son más que fibroblastos alterados que poseen características ultraestructurales semejantes a las fibras musculares lisas.



Figura 7. Fase de la cicatrización por segunda intención (3 a 7 días)
Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000. ⁽²⁵⁾

El que una herida cicatrice por primera o por segunda intención dependerá de la naturaleza de la herida, y no del propio proceso de curación; Las características de cada tipo de cicatrización se muestran en la tabla 1. ⁽²⁶⁾

PRIMERA INTENCIÓN	SEGUNDA INTENCIÓN
· Pérdida de poca cantidad de tejido.	· Pérdida de mayor cantidad de tejido
· Escaso exudado y restos necróticos	· Mayor exudado y restos necróticos.
· Poco tejido de granulación	· Mucho tejido de granulación
· Rápida sustitución de tejidos	· Lenta sustitución.
· Sin retracción de la herida.	· Gran retracción de la herida.
· Cicatriz normal	· Cicatriz gruesa y a veces deformada

TABLA 1 Tabla comparativa entre los tipos de cicatrización por primera y segunda intención. ⁽²⁶⁾

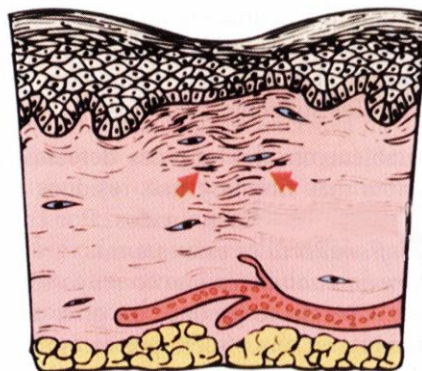


Figura 8. Fase de la cicatrización por segunda intención (1 mes). Tomado de Robbins. Patología Estructural y Funcional. 2000. ⁽²⁵⁾

2.3.3.- Cicatrización por tercera intención

Se denomina así cuando reunimos las dos superficies de una herida, en fase de granulación, con una sutura secundaria.⁽²⁶⁾

2.3.4.- Cicatrización por cuarta intención

La cicatrización por cuarta intención se sucede cuando aceleramos la cura de una herida por medio de injertos cutáneos.⁽²⁶⁾

2.4.- Factores que influyen en la cicatrización de las heridas

2.4.1.- Factores locales

Los factores de orden local que influyen en la cicatrización de las heridas son los siguientes: ⁽²⁵⁾

- Infección, la cual conforma la causa aislada más importante en el retardo para la cicatrización de las heridas.

- Presencia de cuerpos extraños, como lo son suturas innecesarias, o fragmentos de amalgama, dientes y hueso, que van a ser impedimentos para que se cicatrice adecuadamente.
- Factores mecánicos, como el no mantener un reposo adecuado de las zonas vecinas a la herida y la ingesta de alimentos que puedan causar movimientos precoces de los cabos de la herida que pueden retardar la cicatrización.
- El tamaño, la localización y la clase de herida van a influir en la cicatrización, las heridas que se producen en áreas altamente irrigadas, cicatrizarán más fácilmente que en otras áreas menos vascularizadas. En el caso de las heridas producidas en la cavidad bucal por el cirujano, se debe tener en cuenta que suelen ser heridas de un solo trazo y heridas supuestamente asépticas, aunque el lograr esta condición es casi imposible en la cavidad bucal.
- Presencia de hematoma.

- Tensión excesiva de la herida por la sutura

2.4.2.- Factores generales ⁽²⁵⁾

- Las hormonas, como los glucocorticoides, poseen efectos antiinflamatorios que influyen sobre varios componentes de la inflamación, además de que estos agentes inhiben la síntesis de colágeno.
- Condición metabólica del paciente, por ejemplo la diabetes mellitus puede retardar la cicatrización de la herida.
- Alteraciones nutricionales. La deficiencia de proteínas (hipoproteïnemia), y en especial la deficiencia de vitamina C, inhiben la síntesis de colágeno y retardan la curación.
- Estado circulatorio. Un riego escaso de la zona involucrada que puede estar causado por enfermedades arteriales o por alteraciones de las

venas que dificulten el drenaje venoso, pueden dificultar también la cicatrización.

2.5.- Defectos en la cicatrización de las heridas

La cicatrización de las heridas se puede alterar al haber anomalías en cualquiera de los procesos básicos de la reparación, estas alteraciones se dividen en tres grupos, a saber:⁽²⁵⁾

- Formación insuficiente de la cicatriz
- Formación excesiva de los componentes de la reparación
- Aparición de contracturas

2.5.1.- Formación insuficiente de la cicatriz

La formación insuficiente de una cicatriz o del tejido de granulación puede causar dos complicaciones, la primera es la dehiscencia o separación de los bordes de la herida, la cual se puede producir bien sea por distensión mecánica por ingesta de alimentos, o por la presión ejercida al hablar, pero también se

puede producir por la presencia de tensiones al momento de afrontar los cabos de la herida. La segunda complicación es la ulceración de la herida, la cual sucede por falta de vascularización o vascularización deficiente durante el proceso de reparación. ⁽²⁵⁾

2.5.2.- Formación excesiva de los componentes de la reparación

Se pueden presentar alteraciones del crecimiento del tejido de reparación en casos en donde el inicio de la misma es aparentemente normal. De esta manera si se presenta acumulación excesiva de colágeno, se pueden presentar cicatrices excesivas con un aspecto tumoral, las cuales han sido descritas como queloides y no son más que crecimientos exagerados del tejido cicatricial en el sitio de una lesión de los tejidos, también han sido descritos como cicatrices hipertróficas. ⁽²⁵⁾

La formación de este tejido dependerá de una predisposición de cada individuo, y por causas desconocidas es una afección que presenta mayor incidencia en la raza negra. La formación de queloides también se ha visto asociada a factores

como trauma, tensión y hormonas. Los mecanismos que intervienen en su formación se desconocen.⁽²⁵⁾

2.5.3.- Aparición de contracturas

Siempre, cuando se produce la cicatrización de una herida va a estar presente la retracción de la misma, siendo este proceso parte importante en el proceso de curación de las heridas. Cuando la retracción es exagerada y produce deformación en la herida es que se habla de contractura.⁽²⁵⁾

Estos defectos tienden a aparecer en zonas como las palmas de las manos y las plantas de los pies. Se observan también en pacientes con quemaduras graves, pudiéndose ver comprometida la motilidad del paciente si se afectan zonas articulares.⁽²⁵⁾

III. OBJETIVOS

1.- OBJETIVO GENERAL

I.- Identificar que tipo de incisión ya sea la técnica distal oblicua y festoneada o la técnica triangular modificada es la que mejor

cicatrización por primera intención post-odontectomía de terceros molares inferiores retenidos.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la cicatrización por primera intención post - odontectomía de terceros molares inferiores retenidos utilizando técnica distal oblicua y festoneada a los días 0,7 y 14.
- Evaluar la cicatrización por primera intención post - odontectomía de terceros molares inferiores retenidos utilizando la técnica triangular modificada a los días 0,7 y 14.
- Identificar la incisión que presenta mejor evolución sobre la cicatrización por primera intención post - odontectomía de terceros molares inferiores retenidos los días 0,7 y 14.

IV. MATERIALES Y METODOS

Este estudio fue realizado en la sala clínica del Postgrado de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela y en el Departamento de Odontología, Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Ortopédico Infantil (Pasantía Hospitalaria Convenio U.C.V. – Fundación Hospital Ortopédico Infantil) con una muestra experimental de 20 pacientes que asistieron a consulta de ambos centros entre el periodo Agosto – Septiembre de 2002.

De dicha muestra se conformaron dos grupos experimentales administrándoseles por vía oral a todos los pacientes Celebrex® (Celecoxib) una hora antes de la intervención y Dalacin® (Clindamicina) postquirúrgico.

Fueron incluidos en este estudio aquellos pacientes que cumplieron con los criterios mencionados a continuación:

Criterios de inclusión:

1.- Paciente hombre o mujer con edades comprendidas entre 14 y 25 años.

2.- Presentar la necesidad de odontectomía de los terceros molares inferiores retenidos (al menos uno).

3.- Firma del consentimiento escrito.

Fueron excluidos los pacientes de este estudio en los siguientes casos:

1. Historia de alergia a Clindamicina, Celecoxib® o AINES.
2. Tratamiento concomitante con AINES.
3. Presencia de signos inflamatorios en mucosa bucal.
4. Presencia de úlcera gástrica o duodenal activa o hemorragias digestivas.
5. Conocidas alteraciones de la función hepática o renal.
6. Alteraciones hematológicas.
7. Enfermedades terminales o neoplasias o patologías que debido a su severidad puedan interferir con la posterior interpretación de los datos.

Los pacientes que falten a alguno de los controles, serán sustituidos por otro y eliminado del estudio.

Procedimientos:

Los pacientes recibieron dos (2) cápsulas de Celecoxib® de 200 mg. una hora antes de la intervención y luego dos (2) cápsulas cada 12 horas durante dos días y una cápsula de 300 mg. de Clindamicina cada seis (6) horas durante siete (7) días posteriores a la intervención.

Para realizar las incisiones comparadas se dividió la muestra en dos grupos A y B los cuales recibieron los medicamentos antes descritos y fueron aleatoriamente asignados para realizar cada incisión. Cada uno de estos grupos se dividió a su vez en dos subgrupos, es decir, A1 – A2 y B1 – B2, a los pacientes seleccionados del grupo A se les realizó la incisión distal oblicua y festoneada, al subgrupo A1 en el lado derecho del paciente y en el subgrupo A2 en el lado izquierdo y en el grupo B la incisión realizada fue la técnica triangular modificada, en el subgrupo B1 en el lado izquierdo y en el subgrupo B2 en el lado derecho del paciente. El propósito de esta subdivisión fue el de realizar los dos tipos de incisión en ambos cuadrantes del paciente, eliminando así el factor que puede significar que el operador tenga mayor facilidad o ventaja

para realizar una incisión en el cuadrante mas cercano a él y que presente mayor dificultad el cuadrante más lejano, en este caso, el cuadrante derecho más cerca del operador y el izquierdo más lejos, por lo cual se dividió la muestra en estos cuatro subgrupos, en los cuales se realizaron veinte (20) incisiones con la técnica distal oblicua y festoneada, diez (10) del lado derecho y diez del lado izquierdo, y se realizaron veinte (20) incisiones con la técnica triangular modificada, diez (10) del lado derecho y diez (10) del lado izquierdo.

Todas las incisiones fueron realizadas por el mismo operador, residente de segundo año del postgrado de Cirugía Bucal. Para ser seleccionado, el paciente llenó un cuestionario donde están incluidos los criterios de selección o exclusión (Anexo 1) y los pacientes aptos para el estudio firmaron la autorización escrita (Anexo 2).

El paciente que cumplió con los criterios se le indico antes del día control los exámenes de laboratorio pre-operatorios y la radiografía panorámica.

Los exámenes de laboratorio exigidos fueron los siguientes:

- 1.- Hematología completa
- 2.- Plaquetas
- 3.- Glicemia
- 4.- Tiempo de protrombina
- 5.- Tiempo parcial de tromboplastina
- 6.- V.D.R.L.

Todos los pacientes incluidos dentro del estudio presentaron resultados de los exámenes de laboratorio dentro de los valores normales.

Todos los pacientes se sometieron a tres exámenes de control explicados a continuación:

Control día 1 (0 horas):

- Evaluación clínica (Se llenó la historia clínica del Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Ortopédico infantil o la historia clínica del Postgrado de Cirugía Bucal (Anexo 5) y se evaluaron los exámenes de laboratorio (Anexo 3) y la radiografía panorámica.
- Prescripción de fármacos (Celecoxib) e intervención quirúrgica (Fig. 9,10,11,12,13,14) .
- Prescripción del otro medicamento, de acuerdo al protocolo. (Anexo 6)

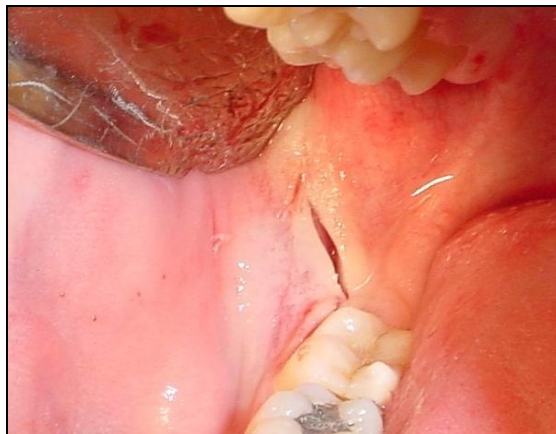


Figura 9. Fotografía clínica intrabucal de la técnica de incisión distal oblicua y festoneada al segundo molar inferior.



Figura 10. Visualización del campo quirúrgico en la incisión distal oblicua y festoneada.



Figura 11. Síntesis de los tejidos en la incisión distal oblicua y festoneada.

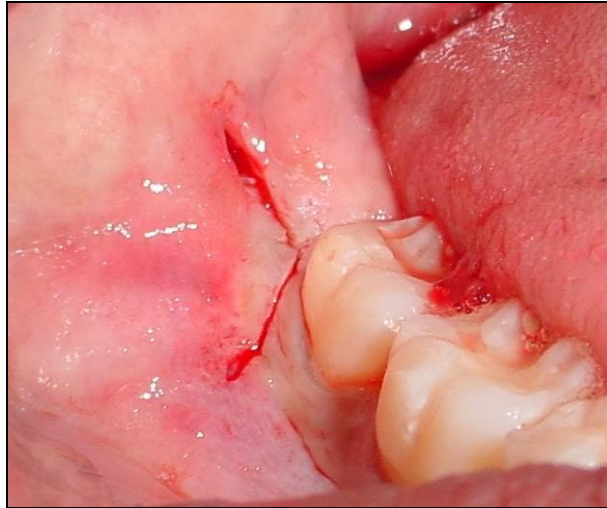


Figura 12. Fotografía clínica intrabucal de la técnica de incisión triangular modificada.

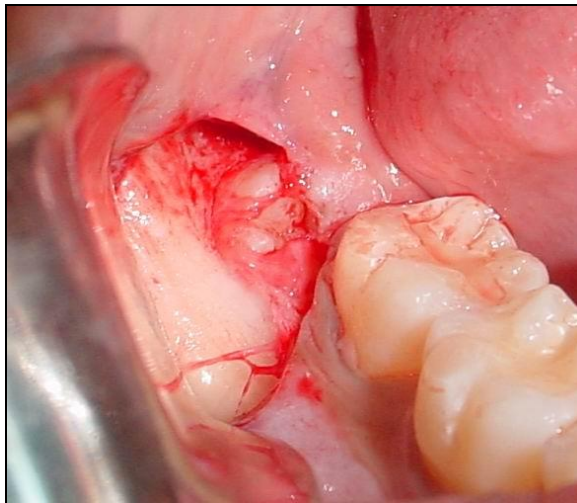


Figura 13. Visualización del campo quirúrgico en la incisión triangular modificada.

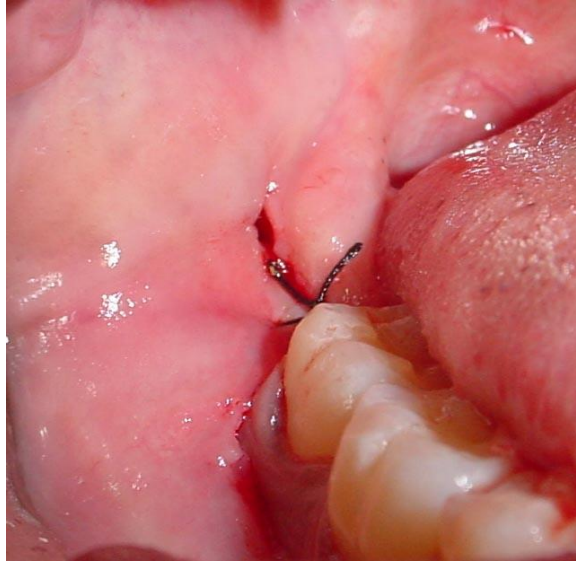


Figura 14. Síntesis de los tejidos en la incisión triangular modificada.



Figura 15. Fotografía clínica intrabucal de la técnica incisión distal oblicua y festoneada al control 2 (7 días)



Figura 16. Fotografía clínica intrabucal de la técnica incisión distal oblicua y festoneada al control 2 (7 días)



Figura 17 Fotografía clínica intrabucal de la técnica de incisión triangular modificada al control 2 (7 días)

Control 2 (7 días):

- Observación objetiva de control (Fig. 15,16,17)

Control 3 (14 días):

- Observación objetiva de control (Fig. 18)



Figura 18. Fotografía clínica intrabucal de la técnica triangular modificada al control 3 (14 días)

Metodología de la evaluación

CICATRIZACION POR PRIMERA INTENCIÓN:

Para la medición de la cicatrización por primera intención se utilizó como método directo, la observación de dos Cirujanos especialistas, uno en Cirugía Bucomaxilofacial y el segundo en Cirugía Bucal, quienes en momentos distintos examinaron clínicamente al paciente y sin comunicación entre sí dieron su opinión en cuanto a la presencia o no de dehiscencia en la incisión realizada a cada paciente, para de esta manera poder observar las diferencias que existen en la cicatrización por primera intención de ambas incisiones. Estas observaciones directas fueron realizadas en el segundo y tercer control post-odontectomía de los terceros molares inferiores retenidos.

V. RESULTADOS

MUESTRA

Se analizó una muestra de 20 pacientes los cuales se dividieron en dos grupos A (incisión distal oblicua y festoneada) y B (incisión triangular modificada).

Los grupos A y B presentaron un promedio de edad de 16 años respectivamente (Gráfico 1) mientras que la distribución por sexo fue de 12 mujeres y 8 hombres (Gráfico 2)

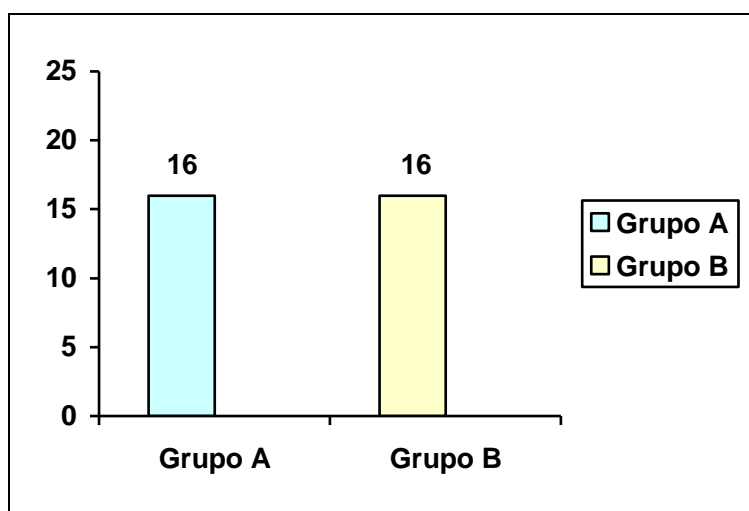


Gráfico 1. Edad promedio de ambos grupos

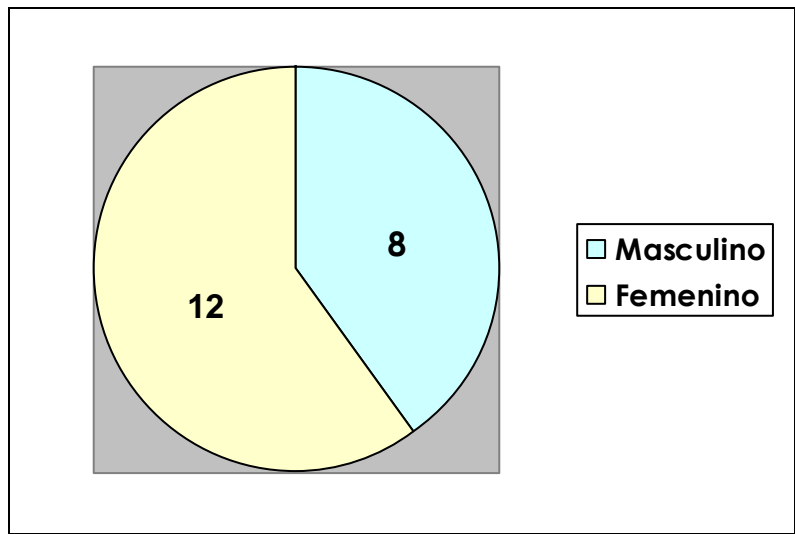


Gráfico 2. Distribución por sexo de ambos grupos

MEDICIONES DIRECTAS

PRESENCIA DE DEHISCENCIAS	
	Grupo A
Control 2 (7días)	13
Control 3 (14 días)	08

Tabla 2. Presencia de dehiscencias en el grupo A

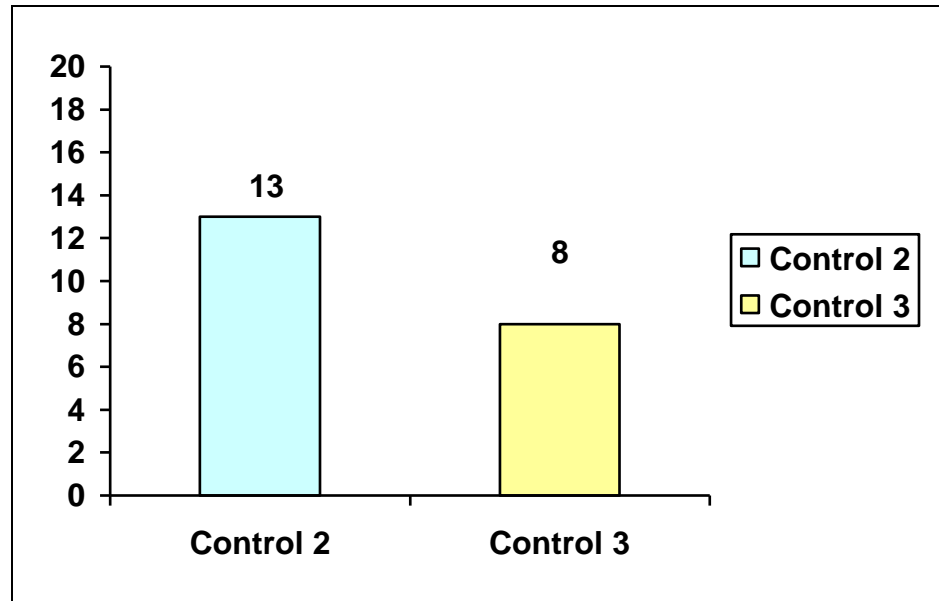


Gráfico 3. Presencia de dehiscencias en el grupo A al control 2 y 3

En la tabla 2 y en el gráfico 3 muestran la cantidad de dehiscencias que se presentaron en el grupo A en los controles determinados. Si se observaron diferencias significativas en el grupo A de incisiones en el control 2 a los 7 días de realizada la intervención quirúrgica a el control 3 (14 días) presentándose dehiscencias en mas de la mitad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con el uso de esta técnica.

PORCENTAJE DE DEHISCENCIAS	
	Grupo A (porcentaje)
Control 2 (7días)	65 %
Control 3 (14 días)	40 %

Tabla 3. Porcentaje de dehiscencias en el grupo A al control 2 y 3.

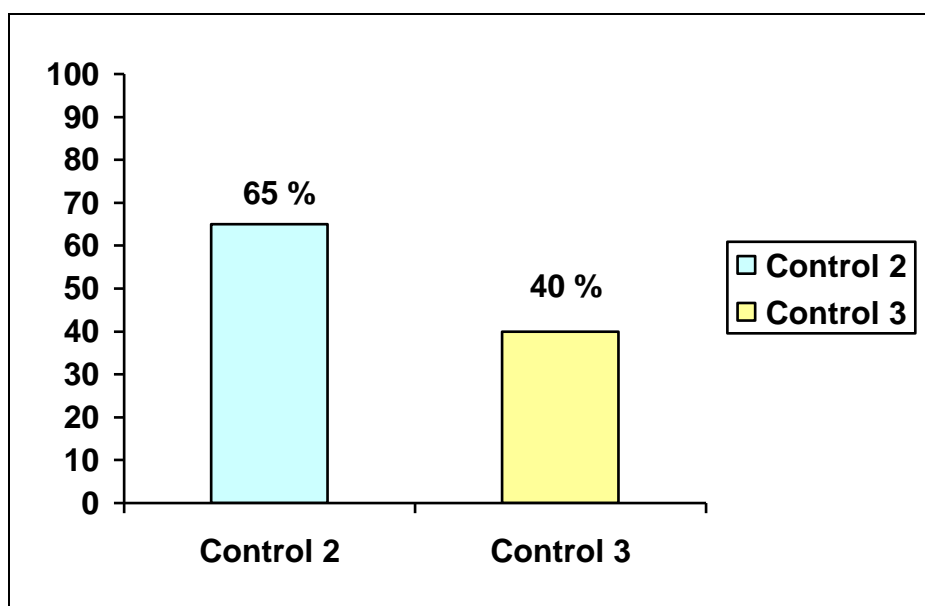


Gráfico 4. Porcentaje de dehiscencias en el grupo A en los dos controles.

En la tabla 3 y en el gráfico 4 se muestran los porcentajes en los cuales se presentaron dehiscencias en el grupo A en los controles 2 y 3. Se observan porcentajes significativos en los controles 2 y 3 de presencia de dehiscencias con el uso de la técnica distal oblicua y festoneada.

PRESENCIA DE DEHISCENCIAS	
	Grupo B
Control 2 (7días)	07
Control 3 (14 días)	04

Tabla 4. Presencia de dehiscencias en el grupo B

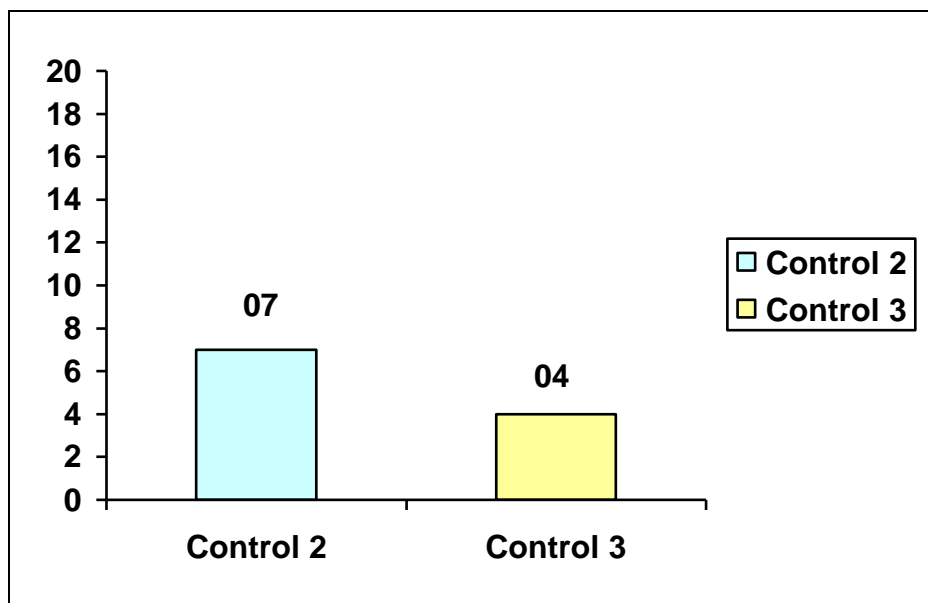


Gráfico 5. Presencia de dehiscencias en el grupo B en los dos controles

En la tabla 4 y en el gráfico 5 se muestran la cantidad de dehiscencias que se presentaron en el grupo B al cual se le practico la incisión triangular modificada al control 2 (7 días) y al control 3 (14 días). Si se observaron diferencias significativas entre la cantidad de incisiones realizadas y la cantidad de dehiscencias presentes.

PORCENTAJE DE DEHISCENCIAS	
	Grupo B (porcentaje)
Control 2 (7días)	35 %
Control 3 (14 días)	20 %

Tabla 5. Porcentaje de dehiscencias en el grupo B en el control 2 y 3

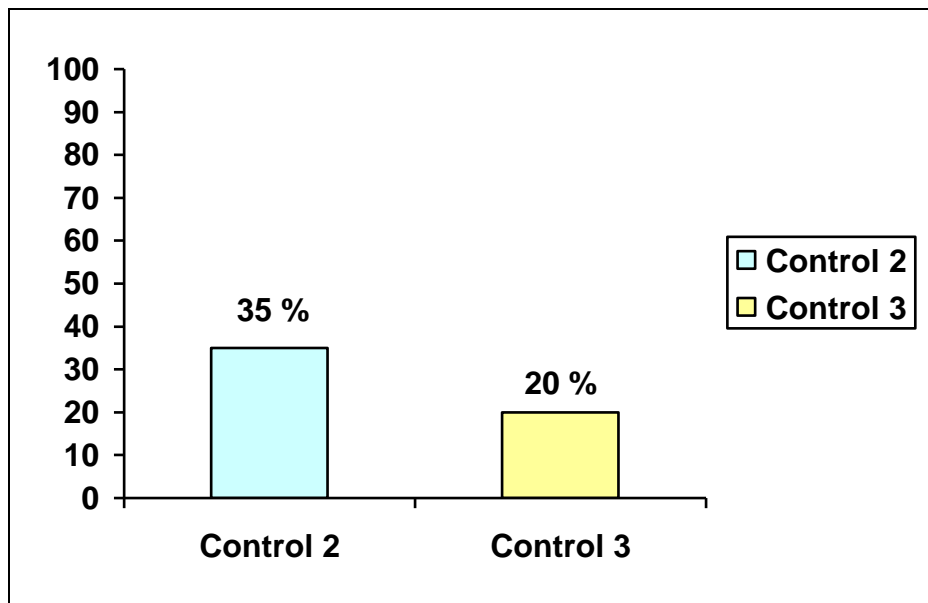


Gráfico 6. Porcentaje de dehiscencias en el grupo B al control 2 y 3

En la tabla 5 y en el gráfico 6 se muestran los porcentajes en los cuales se presentaron dehiscencias en el grupo B en los controles 2 y 3. Se observaron porcentajes significativos en los controles 2 y 3 de presencia de dehiscencias con el uso de la técnica triangular modificada.

PRESENCIA DE DEHISCENCIAS		
	Grupo A	Grupo B
Control 2 (7días)	13	7

Tabla 6. Comparación entre los grupos de estudio A y B en cuanto a cantidad de dehiscencias presentes en el control 2 (7 días)

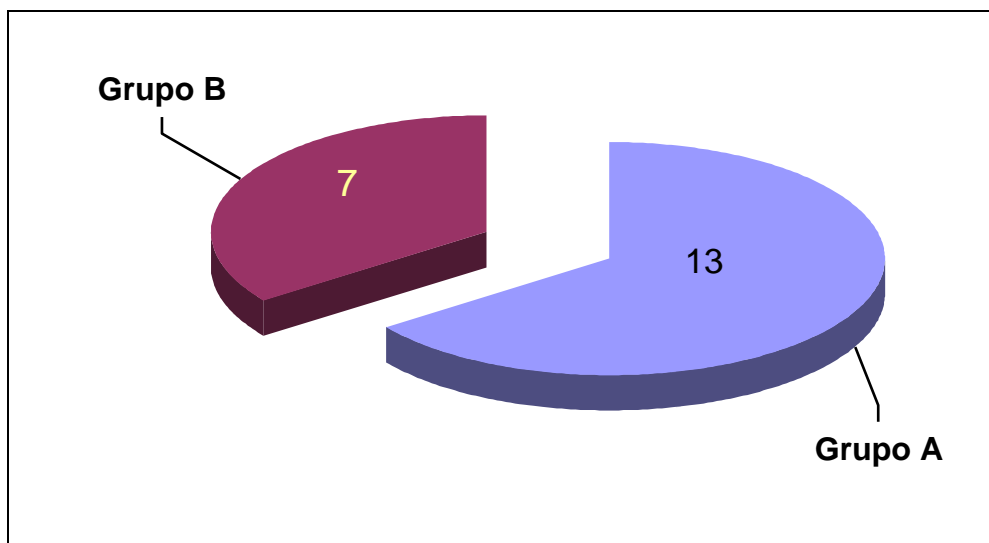


Gráfico 7. Comparación en cuanto a presencia de dehiscencias entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7días)

En la tabla 6 y en el gráfico 7 se muestran los valores de los porcentajes en cuanto a presencia de dehiscencias entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7 días) Si se observaron porcentajes significativos de presencia de dehiscencias al control realizado.

PORCENTAJE DE DEHISCENCIAS		
	Grupo A	Grupo B
Control 2 (7días)	65 %	35 %

Tabla 7. Comparación en cuanto a porcentajes de dehiscencias presentes entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7días)

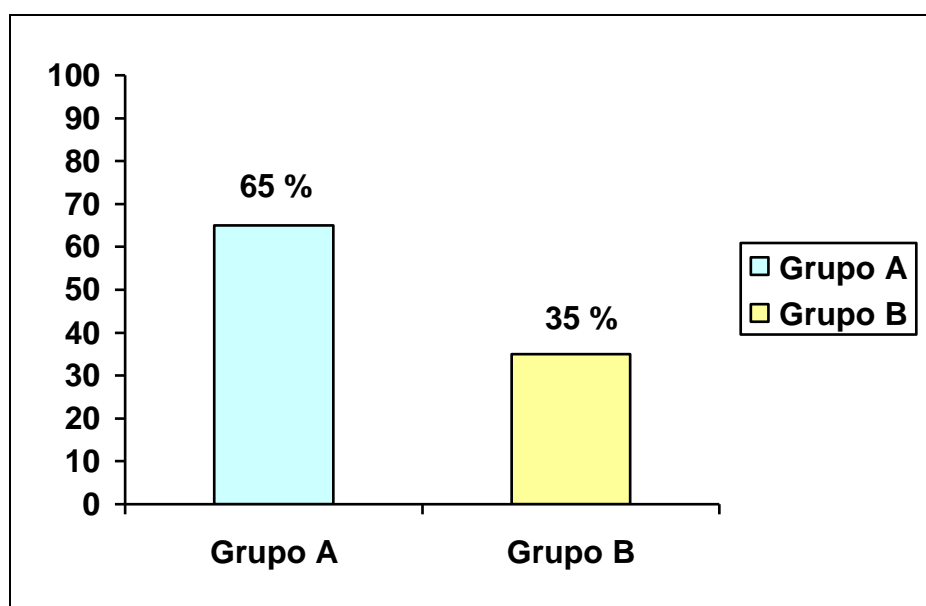


Gráfico 8. Comparación en cuanto a porcentajes de dehiscencias presentes entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7días)

En la tabla 7 y en el gráfico 8 se muestran la comparación de los valores porcentuales en cuanto a presencia de dehiscencias entre el grupo A y el grupo B al control 2 (7 días). Si se observaron porcentajes significativos de presencia de dehiscencias en el control realizado.

PRESENCIA DE DEHISCENCIAS		
	Grupo A	Grupo B
Control 3 (7días)	8	4

Tabla 8. Comparación entre los grupos de estudio A y B en cuanto a cantidad de dehiscencias presentes en el control 3 (14 días)

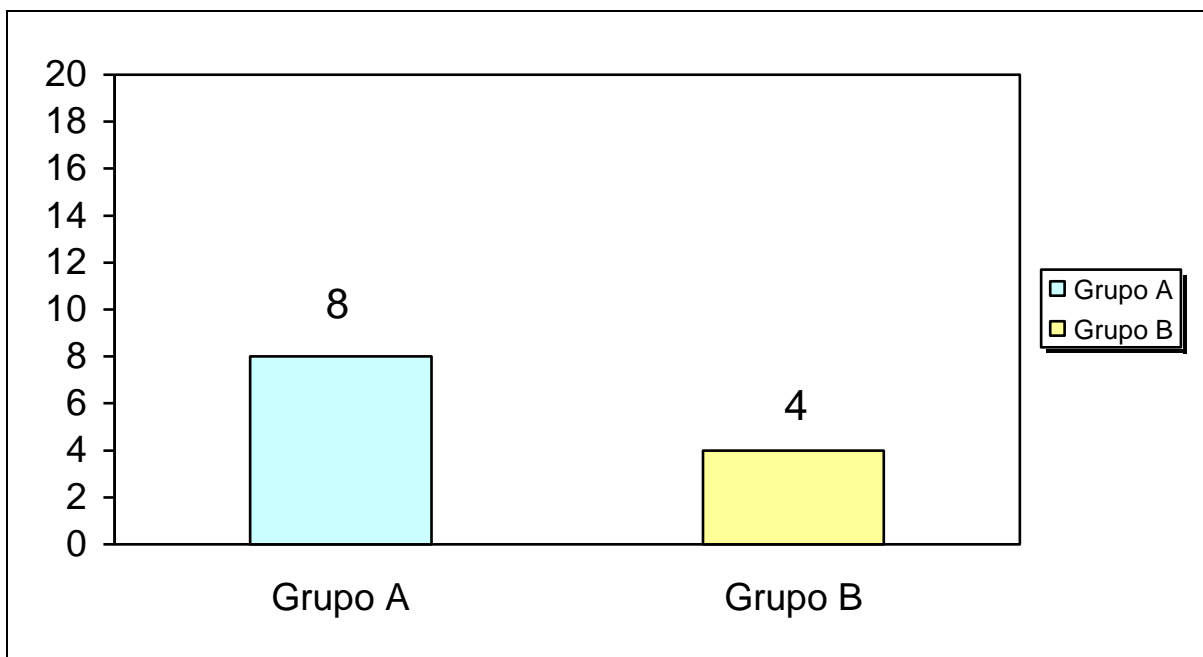


Gráfico 9. Comparación en cuanto a presencia de dehiscencias entre el grupo A y el grupo B al control 3 (14días)

En la tabla 8 y el grafico 9 se muestra la comparación entre la cantidad de casos que presentaron dehiscencias en ambos grupos para el control 3 (14 días). Si se presentaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en este control.

PRESENCIA DE DEHISCENCIAS		
	Grupo A	Grupo B
Control 3 (14días)	40 %	20 %

Tabla 9. Comparación de porcentajes de dehiscencias presentes al control 3 (14 días) entre el grupo A y el grupo B.

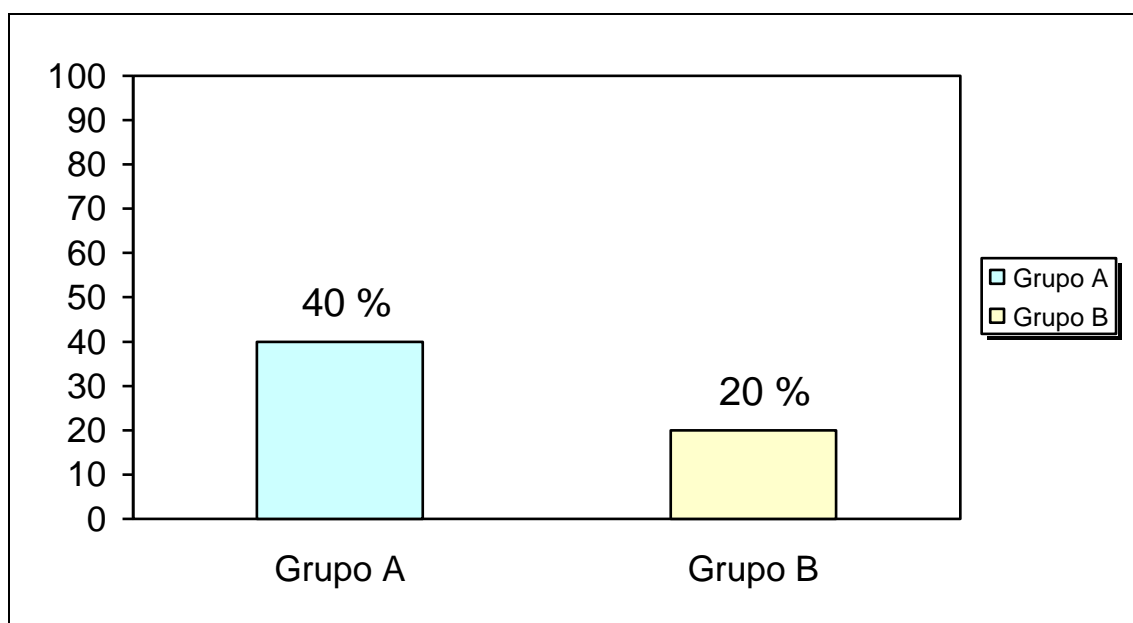


Gráfico 10. Comparación de porcentajes de dehiscencias presentes al control 3 (14 días) entre el grupo A y el grupo B.

En la tabla 9 y en el gráfico 10 se muestran la comparación de los valores porcentuales de dehiscencias que se presentaron en los grupos A y B durante el control 3 (14 días). Si se observaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en el control realizado.

PRESENCIA DE DEHISCENCIAS		
	Grupo A	Grupo B
Control 3 (14días)	61,54 %	57,14%

Tabla 10. Porcentaje de persistencia de dehiscencias a los 14 días en los grupos A y B

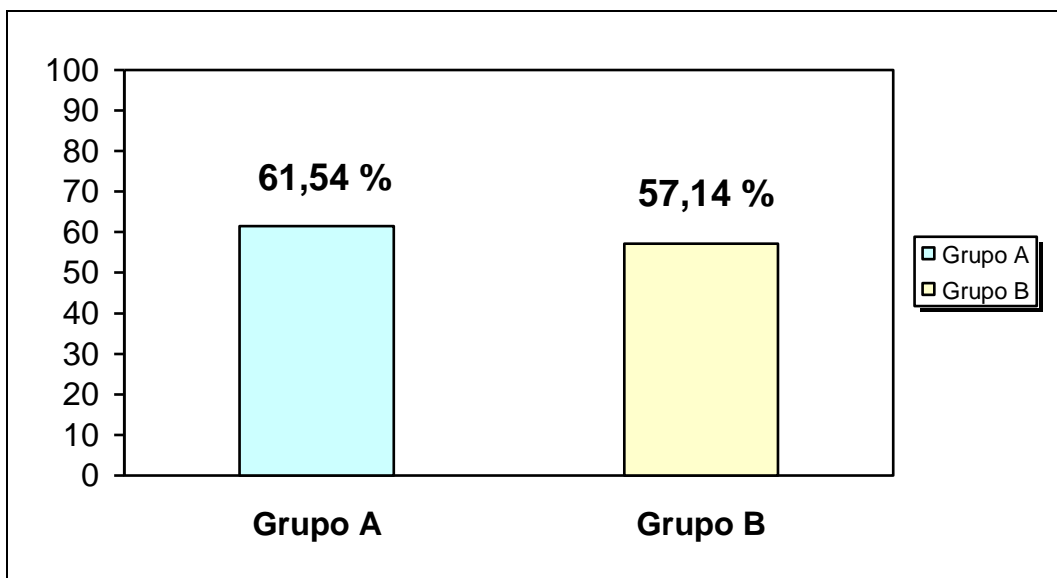


Gráfico 11. Porcentajes de persistencia de dehiscencias a los 14 días en los grupos A y B.

En la tabla 10 y el gráfico 11 se muestran los valores porcentuales de persistencia de dehiscencias al control 3 (14 días) en los grupos de tratamiento. Si se observan diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en el control realizado.

VI.- DISCUSION

La técnica distal oblicua y festoneada conocida también como técnica del sobre cuya incisión va desde parte de la rama mandibular hasta la mitad de la superficie distal del segundo molar en sentido vestibulolingual separando la encía distal tanto libre como adherida del segundo molar y la mucosa vestibular incluyendo o no la papila mesial del segundo molar es la técnica más utilizada para la odontectomía del tercer molar inferior retenido. El lecho quirúrgico es ampliamente expuesto brindando una adecuada visibilidad para realizar la intervención quirúrgica. ^(27,28)

Se han publicado diversos trabajos en donde se plantean posibles desventajas de este método, una de estas desventajas es que al separarse el colgajo mucoperióstico se va a inducir a los osteoclastos a que ejerzan su actividad en el área, es decir, toda zona que sea descubierta y separada de su periostio presentara una resorción de tejido óseo y una retracción de la mucosa. ^(29,30,31)

En los colgajos en donde se separa la encía queratinizada en el área del segundo molar se puede producir

una pérdida de la encía insertada en esta zona después de la operación. Esta pérdida puede producir la formación de sacos periodontales y pérdidas de encía insertada en la zona involucrada del segundo molar inferior. ⁽³²⁾

Además, la presencia de dehiscencias a nivel distovestibular del segundo molar parece ser otra desventaja de la técnica distal oblicua y festoneada. Las dehiscencias se suelen presentar en la superficie de unión entre la incisión distal y la incisión intrasulcular que se realiza en la técnica distal oblicua y festoneada a nivel del segundo molar, en esta zona la tensión que se produce entre el hematoma leve que allí sucede y los movimientos masticadores pueden producir la ruptura de los márgenes de la herida durante los primeros días del postoperatorio del paciente intervenido. ⁽²³⁾

Estas dehiscencias producidas pueden pasar inadvertidas por el paciente y simplemente cicatrizar por segunda intención, pero se puede producir un defecto en la encía distal al segundo molar que puede favorecer pérdida posterior de tejido óseo o alteraciones en la altura de la unión de la encía marginal al diente. Esta complicación periodontal ha sido descrita por varios autores. ^(27,33,34)

Las dehiscencias hacen más difícil la posibilidad de mantener una higiene bucal adecuada. La presencia de dehiscencias también puede producir un mayor tiempo de molestias postquirúrgicas causadas por el aumento de sensibilidad en el área distal al segundo molar por exposición de la superficie radicular del segundo molar.

Nuestros resultados coinciden con otros autores quienes determinan que el diseño del colgajo tiene una influencia considerable en la cicatrización por primera intención al realizar la odontectomía de los terceros molares inferiores y también coinciden que al realizar la técnica triangular modificada se disminuye considerablemente las deficiencias en la cicatrización por primera intención. ⁽²³⁾

Diversos autores demuestran en sus estudios que la incisión intrasulcular usada en la técnica distal oblicua y festoneada presenta un riesgo seis (6) veces mayor que se produzca la ruptura de la unión por primera intención al compararla con la técnica triangular modificada a diferencia de los resultados obtenidos en nuestro trabajo que demuestran que existe una tendencia no tan elevada a presentarse

deficiencias en la cicatrización por primera intención en la técnica distal oblicua y festoneada en el segundo molar.⁽²³⁾

Al comparar los resultados obtenidos en esta investigación con los resultados obtenidos por otros investigadores en cuanto a el tipo de cicatrización más adecuada postodontectomia de terceros molares inferiores retenidos se obtuvo que existe una disparidad en cuanto a estos estudios, ya que ellos sugieren que la técnica de colgajo adecuada para la odontectomía del tercer molar debe ser aquella que permita un cierre secundario de la herida y la posterior cicatrización por segunda intención, alegando que de esta manera se minimiza el edema y el dolor postquirúrgico dando al paciente mayor confort.⁽³⁵⁾

Además sugieren que la higiene postquirúrgica en el cierre secundario es más fácil de manejar por el paciente, concluyendo en su investigación que el procedimiento de elección es la ventana quirúrgica que cicatriza por segunda intención.⁽³⁵⁾

VII.- CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestra investigación podemos concluir lo siguiente:

1. El diseño del colgajo influye en la cicatrización por primera intención postodontectomia del tercer molar retenido.

2. La técnica triangular modificada al ser comparada con la técnica distal oblicua y festoneada muestra una mejor cicatrización por primera intención.

3. La técnica triangular modificada muestra una mejor recuperación en caso de presentarse la dehiscencia que la técnica distal y oblicua en un periodo de catorce (14) días.

VIII.- RECOMENDACIONES

1.- De acuerdo con los resultados obtenidos se puede recomendar el uso del colgajo triangular modificado para la odontectomía del tercer molar retenido.

2.- En los casos en donde el tercer molar se encuentra retenido cercano a la raíz distal del segundo molar, se recomienda el uso de otra incisión que no sea la triangular modificada debido a que en estos casos específicos, al realizar la reposición del colgajo, el mismo quedaría sobre el defecto dejado por la odontectomía del molar irrumpiendo así con principios quirúrgicos básicos.

3.- Es importante incentivar la utilización de esta técnica para que cada cirujano bucal sea quien decida cual de las técnicas que existen es mejor en sus manos para el mismo procedimiento quirúrgico.

4. Es importante tener claro que la técnica triangular modificada se presenta como otra opción más para la odontectomía del tercer molar inferior retenido, y la

misma puede ser tan efectiva como otras técnicas y brindar mejores resultados postquirúrgicos en cuanto a cicatrización por primera intención.

IX.- REFERENCIAS

1. Peterson L. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. Editorial Mosby, 1998: 215-248
2. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS). Report of workshop on the management of patients with third molar teeth. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1994; 52:1102-12.
3. Von Wowern NV, Nielsen HO. The fate of impacted lower third molars after the age of 20. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1989; 18(5): 277-80.
4. Mercier P, Precious D. Risks and benefits of removal of impacted third molars. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1992; 21:17-27.
5. Toth B. The appropriateness of prophylactic extraction of impacted third molars. A review of the literature.

Health Care Evaluation Unit. University of Bristol
1993.

6. Shepherd JP. The third molar epidemic. *British Dental Journal* 1993; 174:85
7. Leone SA, Edenfield MJ, Cohen ME. Correlation of acute pericoronitis and the position of the mandibular third molar. *Oral Surgery* 1986; 62: 245-50.
8. Tate TE. Impactions: observe or treat? *Journal of California Dental Association* 1994; 22(6): 59-64.
9. Bramante MA. Controversies in orthodontics. *Dental Clinics of North America* 1990; 34:(1): 91-102.
10. Donoff B. *Manual of Oral and Maxillofacial Surgery*. Editorial Mosby 1992
11. Peterson LJ. Rationale for removing impacted teeth: when to extract or not to extract. *Journal of American Dental Association* 1992; 123:198-204.

12. Nitzan D., Keren T., Marmary Y. Does an impacted tooth cause root resorption of the adjacent one?. *Oral Surgery* 1981; 51:221-24.

13. Lytle J. Indications and contraindications for removal of the impacted tooth. *Dental Clinics of North America* 1979; 23(3): 333-46

14. Marx RE. A new concept in the treatment of osteoradionecrosis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1983; 41:341

15. Sailer H, Pajarola G. *Atlas de Cirugía Oral*. Editorial Masson 1997: 71-99

16. Colella G. The timing of third molar removal in patients undergoing a bilateral sagittal split osteotomy. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2003; 61:(8): 975

17. Mehra P. y col. Complications of the mandibular sagittal slit ramus osteotomy associated with the presence or absence of third molars. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2001; 59: 854.
18. Precious DS. Presence of impacted teeth as a determining factor of unfavourable splits in 1256 sagittal split osteotomies. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics* 1998; 85: 362.
19. Reyeneke JP, Tsakiris P. Becker P. Age as a factor in the complication rate after removal of unerupted/impacted third molars at the time of mandibular sagittal split osteotomy. *Journal Oral and Maxillofacial Surgery* 2002; 60 : 654.
20. Raspall G. *Cirugía Oral. Editorial Médica Panamericana*, 1994; 148-65.
21. Pell Gj, Gregory BT. Impacted mandibular third molars: classification and modified techniques for removal. *Dent. Digest* 1933; 93: 330–38.

22. Jakse N. Primary wound healing after lower third molar surgery; Evaluation of 2 different flap designs. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics 2002; 93:(1): 7-12.

23. Romero MM., Gutiérrez JL. El Tercer Molar Incluido. Glaxo Smith Kline, 2001.

24. Szmyd L. Impacted Teeth. Dental Clinics of North America 1971; 15(2) 299-318.

25. Contran R, Kumar V, Robbins S. Patología Estructural y Funcional. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000; 95-119.

26. Valer Tito V, Trujillo F. Heridas y cicatrización. Cirugía General. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2000. (serial online) (consultado 04/08/03)
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_i/Cap_01_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm

27. Stephens RJ, App GR. Foreman DW. Periodontal evaluation of two mucoperiosteal flaps used in removing impacted mandibular third molar. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 1983; 41: 719-24
28. Pajarola GF, Jaquier C, Lambrecht Jt. Die Entfernung unterer retinierter weisheitszähne (II) *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 1994;104:1521-30
29. Tavtigian R. The height of facial radicular alveolar crest following apically positioned flap operations. *Journal Periodontology*, 1970; 41: 412-18
30. Wood DL, Hoag PM. Donnenfeld W. Rosenfeld LD. Alveolar crest reduction following full and partial thickness flaps. *Journal Periodontology* 1972;43:141-144
31. Yaffe A, Iztzkovich M, Earon Y, Lilov R, Binderman I. Local delivery of amino biphosphonate prevents the resorptive phase of alveolar bone following

mucoperiostial flap surgery in rats. Journal Periodontology 1997; 68: 884-889

32. Motamendi MH. A technique to manage gingival complications of third molar surgery. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics 2000; 90: 140-3.
33. Ash MM, Costich ER. Hayward JR. A study of periodontal hazards of third molars. Journal Periodontology 1962;33: 209-219
34. Kugelberg CF; Ahlström U; Ericson S; Hugoson A; Kvint S. Periodontal healing after impacted lower third molar surgery in adolescents and adults. A prospective study. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1991; 20: 18-24
35. Dubois D; Pizer M; Chinnis R. Comparison of primary and secondary closure techniques after removal of impacted mandibular third molars 1982; 40: 631-34

ANEXOS

ANEXO 1

				Paciente #
Investigador				Fecha
Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		No. Historia	Iniciales

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente hombre o mujer con edades comprendidas entre 18 y 30 años

Necesidad de odontectomía de tercer molar inferior retenido

Firma del consentimiento escrito

El paciente solo será incluido en el estudio si la respuesta a todas las preguntas formuladas es SI

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historia de alergias a penicilina, clindamicina y/o ácido acetilsalicílico.

Tratamiento concomitante con AINES.

Presencia de signos inflamatorios en mucosa bucal.

Úlcera gástrica o duodenal activa o hemorragias digestivas.

Conocidas alteraciones de la función hepática o renal.

Alteraciones hematológicas.

Patologías inflamatorias Enfermedades terminales o neoplasias o patologías que debido a su severidad puedan interferir con la posterior interpretación de los datos en la boca antes de la odontectomía.

Embarazo o lactancia.

Pacientes fumadores.

El paciente solo será incluido en el estudio si la respuesta a todas las preguntas formuladas es NO.

Firma del investigador

Asignación del tratamiento

Incisión A1 Incisión A2 Incisión B1 Incisión B2

Realizado por

Fecha

Firma

ANEXO 2

Investigador Od. Ricardo Tovar Mattar **Teléfono celular**
04143071448

Coordinador Prof. Raúl García Arocha

Yo _____, C.I. _____, mayor de edad
y domiciliado(a) en

_____, certifico que he autorizado voluntariamente y sin
coacción alguna mi participación en el estudio clínico: Cicatrización por
primera intención postodontectomía del tercer molar inferior retenido.
Estudio comparativo entre dos tipos de incisión. Facultad de Odontología
U.C.V.

He sido informado que el objetivo de este estudio es evaluar la cicatrización por primera intención en dos tipos diferentes de incisión utilizadas para la extracción de terceros molares inferiores retenidos, intervención que se realizará en el Servicio de Cirugía Bucal de I.V.S.S. y Postgrado de Cirugía Bucal o en el Departamento de Odontología, Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Ortopédico Infantil. Para ello, se me ha explicado que una vez una vez que el examen odontológico certifique la necesidad de la extracción del (los) molares inferiores retenidos, se realizará una película radiográfica panorámica de la cavidad bucal para complementar el diagnóstico odontológico y se realizarán exámenes de sangre preoperatorios de rutina.

Inmediatamente a la extracción del (los) terceros molares retenidos se administraran 300 mg. de Clindamicina una cada 8 horas por 7 días y Celebrex en cápsulas 200mg, dos caps. una hora antes de la intervención y luego una cáp. Cada 12 horas durante 2 días (en caso de ser alérgico al Celebrex se le indicara acetaminofén en tabletas 500 mg. cada 6 horas durante tres días).

Después de la extracción del (los) molar (es) retenido(s) deberé asistir a la consulta en la Facultad de Odontología de la U.C.V. o en el Hospital Ortopédico Infantil a los 7 y 14 días para control.

Certifico, así mismo, que he sido informado que así como soy completamente libre de participar o no en este estudio de investigación, igualmente me puedo retirar del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna. El investigador responsable del estudio me ha garantizado que de no querer participar o en el caso de retirarme, ello no me traerá ningún inconveniente ni perderé ningún derecho como paciente en la Facultad de Odontología de la U.C.V. ni del Hospital Ortopédico Infantil. Igualmente, sé que el Od. Ricardo Tovar Mattar es la persona responsable para que me asista en relación con cualquier hecho de salud (médico-odontológico) durante la investigación.

He sido informado que durante o después de la investigación el centro de investigación del estudio podrá acceder a los resultados de la investigación, incluyendo mis datos personales, pero que ello será realizado de manera estrictamente confidencial y que ningún dato o resultado que me identifique personalmente podrá ser divulgado por ningún medio oral, escrito o electrónico.

Firma del paciente

Firma del investigador

C.I.

C.I. 11.233.298

En Caracas a los _____ días del mes de _____ de 2002

Hora

ANEXO 3

VALORES NORMALES DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Laboratorio clínico:

Hematología completa:

Hematíes

Hombres: 4.2 – 5.4 ($\times 10^{-6}$) Mujeres: 3.6 – 5.0 ($\times 10^6$)

Hemoglobina

Hombres: 14.0 – 18.0 (g/dl) Mujeres: 12.0 – 16.0 (g/dl)

Hematocrito Hombres: 43 – 49 Mujeres: 35 – 54 (%)

VCM 85 – 100 (μ^3)

HCM 28 - 31 (μg)

CHCM 33 – 37 (g/dl)

Plaquetas 145 – 375 ($\times 10^3$)

Leucocitos 4 – 11 ($\times 10^3$)

Formula leucocitaria:

Neutrófilos 40 – 75 (%)

Linfocitos 15 – 45 (%)

Monocitos 1 – 10 (%)

Eosinófilos 1 – 6 (%)

Tiempo control

P.T. 12 – 14 (seg.) P.T.T. 25 - 45 (seg.)

Glicemia 65 – 110 (mg/dl)

V.D.R.L. No reactivo V.I.H. No reactivo

ANEXO 4

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología

Post-grado de Cirugía Bucal

Para ser llenado por el investigador

Fecha

Nombre del paciente Hc #

Edad Sexo

Diagnóstico clínico

No de dientes extraído 38 48 _____

Tipo de incisión realizada

38 Incisión A1 Incisión A2 Incisión B1 Incisión B2

48 Incisión A1 Incisión A2 Incisión B1 Incisión B2

Tipos de Incisión

Incisión A1 Técnica del sobre Lado derecho

Incisión A2 Técnica del sobre Lado izquierdo

Incisión B1 Técnica triangular modificada Lado izquierdo

Incisión B2 Técnica triangular modificada Lado derecho

Nombres y apellidos del cirujano

Firma

ANEXO 5

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Cátedra de Cirugía Estomatológica

HISTORIA CLINICA

Fecha: _____

N°: _____

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Raza: _____ Edo. Civil: _____ Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Telef: _____

Referencia: _____

Estudiante: _____

II. EXAMEN SUBJETIVO

Motivo de consulta: _____

Curso de la enfermedad actual: _____

Está tomando algún medicamento: _____ Cuál: _____

Ha sido hospitalizado alguna vez: _____ Por qué: _____

Ha sido intervenido quirúrgicamente: _____ Por qué: _____

Fuma Ud.: _____ Cuantos cigarrillos: _____ Desde cuando: _____

Toma Ud.: _____ Que cantidad: _____

III. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Cardiovasculares

Se cansa al subir escaleras: _____

Ha presentado edema de los miembros inferiores: _____

Ha sentido palpitaciones: _____ Dolores en el pecho: _____

Ha sufrido algún infarto: _____ Cuándo: _____

Ha sufrido o sufre Endocarditis Bacteriana: _____

Presenta alguna valvulopatía (soplos, prolapso valvular): _____

Es Ud. Hipertenso: _____ Hipotenso: _____ Está en tratamiento: _____

Alérgicos

Es Ud. alérgico a algún medicamento: _____ Cuál: _____

Ha presentado urticaria: _____ Dificultad para tragar: _____

Dificultad para respirar: _____ Ha sufrido o sufre de Asma: _____ última crisis: _____

Ha tenido alguna reacción a la anestesia local: _____

ANEXO 5

Nutricionales y Metabólicos

Ha padecido de anemia alguna vez: _____ Ha perdido peso: _____ Se encuentra realizando alguna dieta: _____ Siente decaimiento: _____ Malestar general: _____
Fiebre: _____ Es Ud. Diabético: _____ Está en tratamiento: _____
Se levanta a orinar de noche: _____ Cuantas veces: _____ Siente mucha sed: _____
Sufre de insomnio: _____ Ha padecido de la Tiroides: _____

Infecciosas

Ha padecido enfermedades venéreas: _____ Hace cuanto tiempo: _____
Ha recibido alguna transfusión de sangre: _____ Ha sufrido Hepatitis: _____ Hace cuanto tiempo: _____ De qué tipo: _____ Ha padecido alguna otra enfermedad hepática: _____ Cuál: _____ Ha padecido de Tuberculosis: _____

Renales y Gastrointestinales

Ha padecido alguna enfermedad renal: _____ Cuantas veces orina al día: _____
De qué color: _____ Ha tenido cálculos renales: _____ Sufre Ud. de acidéz estomacal: _____ Ha tenido o tiene úlcera péptica: _____ Sufre Ud. diarreas con frecuencia: _____

Neurológicos

Ha sufrido alguna vez convulsiones: _____ hace cuanto tiempo: _____ Sufre Ud. de Epilepsia: _____ fecha de la última crisis: _____ Ha sentido neurálgias o neuritis en la cara: _____ Ha tenido alguna vez una parálisis facial: _____ Ha sentido alguna vez parestésia en la cara: _____ Se altera Ud. con facilidad: _____ Presenta cefaleas frecuentes: _____

Femeninos

Menstruación: Regular: _____ Irregular: _____ Duración: _____ Está Ud. embarazada: _____ cuantos meses: _____ Toma Ud. pastillas anticonceptivas: _____ Presenta Ud. la menopausia: _____

Hematológicos

Ha sufrido hemorragias importantes: _____ Causa: _____ Duración: _____
Presenta hematomas espontáneos en la piel: _____ le sangran las encías espontáneamente: _____ Sangra Ud. por la nariz frecuentemente: _____

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES



Cáncer: Enf. Pulmonares: Enf. Hepáticas:
Diabetes: Enf. Cardiovasculares: Otros:

Nota: Coloque al lado de cada enfermedad la figura correspondiente al familiar que la sufre

ANEXO 5

V. EXAMEN CLINICO

Tensión Arterial : Máxima: _____ mmHg Mínima: _____ mmHg

Palpación de los Gánglios

No palpables: _____

Palpables: _____ Localización: _____

Características: _____

Examen de la Cavidad Bucal

Labios: _____

Frenillos labiales: _____

Vestíbulo bucal: _____

Mucosa palatina: _____

Mucosa del piso de la boca: _____

Frenillo lingual: _____

Lengua

Cara dorsal: _____

Cara ventral: _____

Bordes laterales: _____

Encía: _____

Dientes: _____

VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Examen Radiográfico

Rx. Panorámica: _____

Rx. Periapical: _____

Rx. Oclusal: _____

Otras: _____

Exámenes de Laboratorio

Perfil Hematológico: _____

Perfil de Coagulación: _____

Glicemia: _____

VDRL: _____

VIH: _____

Otros: _____

ANEXO 5

VII. DIAGNOSTICO

Presuntivo: _____

Estudio Histopatológico: _____

Definitivo: _____

VIII. PLAN DE TRATAMIENTO

IX. OBSERVACIONES

V° B° _____

FIRMA

Profesor: _____

ANEXO 6



**FUNDACIÓN
HOSPITAL
ORTOPÉDICO
INFANTIL**

**UNIDAD DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS**
Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial

FECHA: _____ HISTORIA CLINICA N°: _____

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____	C.I.: _____
EDAD: _____	SEXO: _____	RAZA: _____
PROCEDENCIA: _____		
DOMICILIO: _____	TELÉFONO: _____	
REFERIDO POR: _____		

Por favor conteste el siguiente cuestionario, los datos suministrados forman parte de su Historia Clínica y son confidenciales.

MOTIVO DE CONSULTA:

- Está Ud. bajo algún tratamiento médico actualmente? SI NO
- Ha estado hospitalizado alguna vez? SI NO
- Ha sido sometido a alguna Intervención Quirúrgica? SI NO
- Ha aumentado o disminuido de peso ultimamente? SI NO
- Se levanta de noche a orinar mas de dos veces? SI NO
- Padece Ud. de frecuentes dolores de cabeza? SI NO
- Se cansa al subir escaleras? SI NO
- Esta Ud. embarazada? SI NO
- Tiene Ud algún problema con la menstruación? SI NO
- Esta tomando algún medicamento? SI NO
- En caso afirmativo, cual(es)? _____
- Ha tenido alguna reacción desfavorable a algún medicamento SI NO
- En caso afirmativo, cual(es)? _____
- Sangra Ud. por mucho tiempo al cortarse? SI NO

PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | | | |
|---|---|---|
| Diabetes: <input type="checkbox"/> | Enfermedades Pulmonares: <input type="checkbox"/> | Úlcera Gástrica: <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Reumática: <input type="checkbox"/> | Anemia: <input type="checkbox"/> | Hipertensión: <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis: <input type="checkbox"/> | Artitis: <input type="checkbox"/> | Sinusitis: <input type="checkbox"/> |
| Hipertiroidismo: <input type="checkbox"/> | Hipotiroidismo: <input type="checkbox"/> | Hipotensión: <input type="checkbox"/> |
| Asma: <input type="checkbox"/> | Convulsiones: <input type="checkbox"/> | Angina de Pecho: <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades Venéreas: <input type="checkbox"/> | Infarto: <input type="checkbox"/> | |

ANEXO 6

EXAMEN CLINICO:

Tensión Arterial: Máxima: _____ mmHg Mínima: _____ mmHg: _____

Ganglios Linfáticos: _____

Labios: _____

Lengua: _____

Carrillos: _____

Piso de Boca: _____

Paladar: _____

Encías: _____

Dientes: _____

EXAMEN RADIOGRAFICO: _____

EXAMENES DE LABORATORIO:

Glóbulos Rojos:

Glóbulos Blancos:

Hemoglobina:

Hematocrito:

VCM:

HCM:

CHCM:

PT:

PTT:

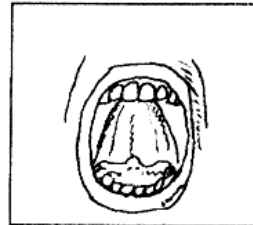
Plaquetas:

Glicemia:

VDRL:

VIH:

DIAGNOSTICO:



TRATAMIENTO:

Realizado por: _____

PROCEDIMIENTO: _____

ANEXO 7

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA FACULTAD DE ODONTOLOGIA POSTGRADO DE CIRUGIA BUCAL

Caracas, / / .

INDICACIONES POST-OPERATORIAS

1. Mantener la gasa mordida por treinta (30) minutos y luego desecharla sin tocarla con los dedos.
2. Mantener reposo relativo las primeras veinticuatro (24) horas, posterior a la intervención.
3. Colocar compresas de hielo, a los lados de la cara, a intervalos de quince (15) minutos, durante las primeras seis (6) horas siguientes a la intervención.
4. No realizar buches, ni enjuagatorios las primeras veinticuatro 24 horas, posterior a la intervención.
5. Dieta balanceada y blanda las primeras cuarenta y ocho (48) horas posterior a la intervención.
6. No tocar la herida con los dedos, la lengua y/o pañuelos, ya que se puede contaminar y producir un nuevo sangramiento.
7. Dormir semiacostado la primera noche posterior a la intervención.
8. En caso de sangramiento, colocar una gasa limpia en la zona intervenida y mantenerla mordida durante treinta (30) minutos. Si el sangrado no se detiene, llamar por teléfono a su odontólogo.
9. Mantener una buena higiene bucal, cepillándose los dientes con cuidado de no maltratar la zona intervenida veinticuatro (24) horas después a la intervención.
10. No se alarme si observa inflamación, esto es un mecanismo de defensa de su organismo, la cual se producirá las primeras cuarenta y ocho (48) después a la intervención y posteriormente comenzará a disminuir.
11. Analgésico: CELEBREX® TOMAR UNA (1) TABLETA CADA SEIS (8) HORAS POR DOS (3) DIAS, LUEGO EN CASO DE DOLOR.
12. Antibiótico: CLINDAMICINA 300 mg TOMAR UNA (1) CAPSULA CADA SEIS (6) HORAS POR SIETE (7) DÍAS
13. Usted tiene control postoperatorio en el servicio a los siete (7) días de la intervención y a los catorce (14).

**En caso de emergencia comunicarse con Od. Ricardo Tovar.
Teléfonos: celular: 0414-3071448 Servicio: 6053825 / 6053826 hab. 0212-7303378.**

