

Trabajos Originales:

ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES REGÍMENES DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ANTES DE LA CIRUGÍA BUCAL

Recibido para arbitraje: 19/02/2008

Aceptado para publicación: 19/06/2008

- **Sillet Marianella** Especialista en Cirugía Bucal, Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.
- **Orellana Alejandra** Profesora Agregado de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.
- **Salazar Esmeralda** Profesora Titular de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN

La remoción quirúrgica de los terceros molares ocasiona considerable dolor, edema y disfunción. Los factores que contribuyen a estas secuelas son complejos. Las estrategias farmacológicas para minimizar las manifestaciones clínicas del trauma quirúrgico son dirigidas hacia el bloqueo de la inflamación aguda, infección y dolor. Existe mucha controversia acerca de la necesidad de tratamiento antibiótico profiláctico antes de la cirugía bucal.

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto sobre el edema, trismus y dolor, de tres regímenes de tratamiento profiláctico antes de la cirugía bucal.

Pacientes y Métodos: Cuarenta y cinco pacientes fueron seleccionados al azar para recibir el protocolo antibiótico. Se establecieron tres grupos. El primer grupo recibió 500mg de Amoxicilina oral, 3 veces al día por 7 días luego de realizada la intervención quirúrgica. El segundo grupo recibió una única dosis de 2g de Amoxicilina oral, una hora antes de la cirugía. En el tercer grupo los pacientes recibieron placebo. Los parámetros evaluados fueron presencia de edema, trismus y dolor. Todos los datos fueron tabulados y estadísticamente analizados.

Resultados: Los resultados obtenidos demostraron la superioridad de la terapia con Amoxicilina en el control del edema postoperatorio y del trismus. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al dolor.

Conclusiones: Nuestros resultados mostraron que una sola dosis de antibiótico antes de la cirugía es tan buena como el tratamiento de 7 días después de la cirugía para prevenir el trismus, y resultó mejor en el control del edema, por consiguiente debería ser recomendada.

Palabras Clave: Amoxicilina, Antibióticoterapia Profiláctica, Edema, Trismus, Dolor

ABSTRACT:

The surgical removal of impacted third molar teeth can result in considerable pain, swelling and dysfunction. The factors contributed to postoperative pain, swelling and trismus are complex. Pharmacologic strategies for minimizing the clinical manifestation of surgical trauma are often directed toward blocking the acute inflammation, bacterial infections disease and pain. Therefore, much controversy has arisen about the necessity of prophylactic antibiotic treatment.

Purpose: The aim the present study was to evaluate three regimes of prophylactic oral treatment before oral surgery.

Patients and Methods: Forty five patients were assigned at random for antibiotic protocol. Three groups were established In the first group, antibiotic treatment with oral Amoxicillin 500mg, 3 times daily was carried out for 7 days postoperatively. The second group received 2g oral Amoxicillin one hour before surgery. In the third group the patients received placebo. The parameters that we evaluated were

swelling, trismus and pain. All data were tabulated and statistical analyzed by test.

Results: This investigation revealed a higher efficacy of the therapy with amoxicillin to swelling and trismus postoperative control. Our results demonstrated no statically significant differences with regard to pain.

Conclusions: Our results showed that a single dose before surgery is as well as the 7 day- treatment after surgery to prevent postoperative trismus, and better to swelling postoperative control and therefore should be recommended.

Key words: Amoxicillin, Prophylactic antibiotic treatment, Swelling, trismus, pain.

INTRODUCCIÓN

La eliminación quirúrgica de los terceros molares incluidos (odontectomía) implica la manipulación de tejidos blandos y duros de la cavidad bucal así como la exposición de los mismos a un ambiente séptico. Estos procedimientos conllevan a diversos grados de traumatismo lo que se traduce en edema, trismus, dolor e infección; en este sentido el cirujano bucal indica profilácticamente antibióticos y otros compuestos que impidan o reduzcan dichos procesos.

La prescripción de antibióticos profilácticos en intervenciones menores en cirugía bucal para prevenir procesos infecciosos es un tópico controversial y por ello su uso se ha reexaminado y han surgido nuevas tendencias.

El aumento progresivo en el número de antibióticos disponibles implica con frecuencia mayor dificultad en su empleo, ya que exige conocer con detalle sus diversos aspectos: actividad antibacteriana, características farmacocinéticas, toxicidad, etc. No es de extrañar, por lo tanto, que en ocasiones se utilicen incorrectamente y que, como consecuencia, disminuya su eficacia terapéutica, se favorezca la aparición de resistencia bacteriana, aumente en los pacientes la incidencia de reacciones adversas, sobre todo las sobreinfecciones, y se incremente el costo de los tratamientos, al utilizar, de forma muchas veces innecesaria y al amparo de una intensa promoción los antibióticos más recientes.(1,2,3,4)

Uno de los antibacterianos mayormente empleados profilácticamente en el área de la cirugía bucal es la Amoxicilina por su efectividad para el control de los procesos infecciosos de la cavidad bucal, buena absorción en el tracto gastrointestinal y comodidad de su frecuencia de administración, lo que garantiza en la mayoría de los casos el cumplimiento del tratamiento indicado.

La revisión de la literatura apoya como principio que el antibiótico debe preceder al procedimiento quirúrgico, es decir debe administrarse en el período preoperatorio por un corto tiempo y a dosis lo suficientemente efectiva para alcanzar las concentraciones plasmáticas y tisulares adecuadas para prevenir la infección, (2,3,4) sin embargo este tópico ha entrado en controversia, no sólo respecto al beneficio de su uso sino en relación a la dosis y el tiempo de administración; por ello su uso se ha reexaminado y han surgido nuevas tendencias.

Por lo antes mencionado, el objetivo del presente estudio fue evaluar la respuesta en cuanto al dolor, al edema y las diferencias en la apertura bucal, luego de prescribir tres regímenes diferentes como medicación profiláctica en donde se incluía o no, la administración de un antibiótico y en todos los casos se indicaba un compuesto antiinflamatorio no esteroideo antes de la remoción quirúrgica de los terceros molares incluidos asintomáticos.

PACIENTES Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó en la Sala Clínica del Postgrado de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la UCV, en pacientes que fueron sometidos a cirugía de terceros molares, de forma

ambulatoria.

Cuarenta y cinco pacientes sanos, sin enfermedad sistémica, 39 mujeres y 6 hombres en edades comprendidas entre 18 y 35 años de edad, fueron incluidos en esta investigación. Todos los individuos tenían indicación de la extracción quirúrgica de por lo menos un (1) tercer molar y todos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. Fueron excluidos, aquellos pacientes alérgicos a la penicilina y a cualquier antiinflamatorio no esteroideo (AINEs), así mismo, mujeres embarazadas o en período de lactancia, sujetos con alteraciones gastrointestinales que conlleven a una reducción de la absorción a nivel intestinal, sujetos con antecedentes de trastornos hepáticos, renales, metabólicos o cardíacos, con alteraciones hematológicas, dependencia a alguna droga, infección dentaria previa a la extracción, paciente fumador y con enfermedades neoplásicas o patologías que por su severidad puedan interferir con la interpretación de los resultados.

Tratamiento y Dosificación

Se dividió la muestra en tres grupos de 15 pacientes cada uno, codificados con las letras: A, B y C; de acuerdo a los siguientes esquemas de dosificación:

Grupo A:

A cada paciente de este grupo se le indicó 500 mg. de Amoxicilina (Trimoxal) vía oral, cada ocho (8) horas por siete (7) días, comenzando en el período postoperatorio. Con un horario fijo para las tomas (6:00 a.m ; 2:00 p.m y 10:00 p.m). Esta posología fue tomada del esquema terapéutico utilizado en el Servicio del Postgrado de Cirugía Bucal (UCV).

Grupo B:

A cada paciente de este grupo se le indicó una sola dosis de 2 g. de Amoxicilina (Trimoxal) por vía oral, una hora (1) antes de practicar la cirugía. Adaptado según protocolo de tratamiento sugerido por la Asociación Americana de Cardiología (1997) como esquema de profilaxis antibiótica en pacientes con riesgo de contraer endocarditis bacteriana sometidos a procedimientos dentales, orales, tracto respiratorio o esofágico.2,5,6

Grupo C:

A los pacientes de este grupo no se les indicó ningún antibiótico. Se les suministraron tabletas de Placebo, vía oral, cada ocho (8) horas por siete (7) días, comenzando en el período postoperatorio. Con un horario fijo para las tomas (6:00 a.m ; 2:00 p.m y 10:00 p.m).

Debido a que la cicatrización de la herida está siempre ligada a una reacción inflamatoria local y por ende acompañado de dolor postoperatorio en la zona intervenida quirúrgicamente⁷ , es necesario mediante un tratamiento farmacológico limitar estos fenómenos, por ello se indicó a todos los pacientes (grupo A, B y C) un antiinflamatorio no esteroideo (AINEs), Ibuprofeno (Brugesic ®) de 400 mg, cada seis (6) horas por dos días. A partir de este momento el tratamiento para el dolor fue suministrado según requerimiento del paciente.

Todos los fármacos activos y el placebo fueron suministrados, envasados y etiquetados por Laboratorios Elmor S.A y cada tratamiento fue entregado a los pacientes de acuerdo a su distribución por grupo (A, B y C).

Evaluación de los pacientes

Los pacientes fueron evaluados en los siguientes momentos:

- **Primera Cita:** Al incluirlo en el estudio, previo a la intervención quirúrgica.
- **Segunda Cita:** En la intervención quirúrgica (Hora: 0)
- **Tercera Cita:** Posterior a la cirugía (Hora: 48)

- **Cuarta Cita:** Posterior a la cirugía (Hora: 72)
- **Quinta Cita:** Posterior a la cirugía (7 días)

Previo a la intervención quirúrgica se hizo la medición de:

Máxima Apertura Bucal

Se realizó la medición con una regla flexible milimetrada Odontológica Médico Dental, C.A. de 140 mm de longitud, desde el borde inferior de los incisivos centrales superiores hasta el borde superior de los incisivos centrales inferiores. Entendiéndose como máxima apertura bucal, a la distancia máxima entre los bordes incisales superiores e inferiores durante la apertura bucal. Los valores pueden oscilar entre 0 mm y 99 mm. (8,9)

Posterior a la Cirugía se evaluó la sintomatología:

Dolor

Se realizó interrogatorio al paciente de la presencia o no de dolor postoperatorio. De esta manera si el paciente manifestaba la presencia de dolor, se determinaba su intensidad, localización, tipo, duración, disminución por efecto del Ibuprofeno y la necesidad de requerir medicación adicional. (10)

Parámetros evaluados en relación al dolor postoperatorio:

Intensidad

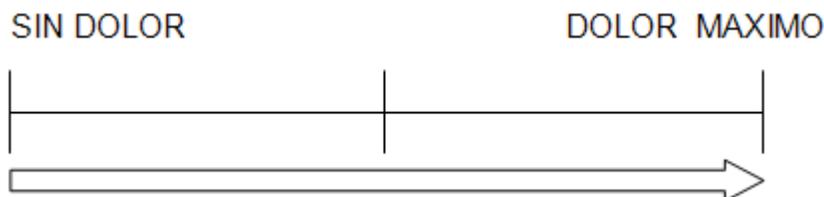
Se midió utilizando la Escala Visual Análoga (EVA).

Entendiéndose por intensidad, la magnitud del síntoma. (Gráfico N° 1) (11,12,13,14)

A tal efecto, el paciente colocaba una equis (x) sobre la línea recta representada en la hoja de evaluación, ubicándola de acuerdo a la intensidad de su dolor (el extremo izquierdo indicaba "sin dolor" y el derecho "dolor máximo").

Posteriormente se midió con una regla milimetrada y donde se marcó la equis, se le asignó un valor numérico, para luego establecer la ubicación dentro de la siguiente escala: 0 = Sin dolor, 1-3 = Leve, 4-6 = Moderado, 7-10 = Severo.

GRÁFICO N° 1
ESCALA VISUAL ANALOGA (EVA)



Edema Extraoral

Se realizó la evaluación del edema extraoral, definido como el acúmulo de líquido en el intersticio tisular o tejido celular subcutáneo. (15) Para la medición del edema se utilizaron dos métodos, los cuales se describen como:

Método directo: observación directa extraoral, donde se determina la presencia o ausencia.

Método computarizado: se tomaron fotografías digitales a color (Cámara digital SONY Cyber-shot 3.3 mega pixels), a los 45 pacientes para tener una evaluación cero (0), es decir sin ningún grado de inflamación. A tal efecto, los pacientes fueron colocados en un Cefalostato con guías auditivas y frontal, lo cual nos garantizaba una posición fija reproducible. A los pacientes con evidencias de edema se les

tomaron nuevas fotografías. Sobre ambas fotos se marcó una secuencia de puntos anatómicos que al relacionarlos con los ejes longitudinales determinaron valores "x" e "y" para cada fotografía, los cuales, al compararlos, definen el área de edema (Método Facultad de Odontología UCV).(16)

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación fueron obtenidos al medir las variables en estudio sobre los 45 pacientes que conforman la muestra seleccionada, debido a que todos los pacientes culminaron el estudio.

Máxima Apertura Bucal

La máxima apertura bucal promedio en la evaluación previa a la cirugía fue de 46,4 mm. En la primera consulta posterior a la intervención disminuyó a 23,7mm, en la segunda consulta aumentó aproximadamente 4 mm y en la tercera consulta siguió en aumento para llegar a 35,1 mm (valores promedios). Con esto se observa que la máxima apertura bucal posterior a la intervención quirúrgica disminuyó, para luego ir aumentando progresivamente en las siguientes evaluaciones, sin llegar a alcanzar la máxima apertura bucal inicial previa a la cirugía.

La mínima apertura bucal en la evaluación previa a la intervención fue de 37 mm, aproximadamente en todos los grupos, a las 48 horas posteriores a la intervención fue de 9mm observándose en una paciente del grupo B y otra del grupo C. A las 72 horas se observó que la mínima apertura bucal presentada en un paciente del Grupo C fue de 9 mm y 16 mm aproximadamente para los pacientes del grupos A y B. A los 7 días fue de 14 mm para el grupo C mientras que para los pacientes de los grupos A y B la apertura bucal mínima fue de 18 mm aproximadamente.

En la Tabla I se observa que los pacientes del grupo C fueron los que presentaron menor apertura bucal en todas las evaluaciones posteriores a la intervención quirúrgica.

Tabla I
Medida de tendencia central y dispersión de la máxima abertura bucal según grupos de estudio

Medidas de tendencia central y dispersión	GRUPO											
	A				B				C			
	Apertura bucal (mm)				Apertura bucal (mm)				Apertura bucal (mm)			
	Antes de la intervención	48h posterior	72h posterior	7 días posterior	Antes de la intervención	48h posterior	72h posterior	7 días posterior	Antes de la intervención	48h posterior	72h posterior	7 días posterior
Media	47,2	23,2	25,9	32,0	45,3	23,7	29,1	35,7	46,7	24,1	27,9	37,6
Mediana	48	22	24	33	43	22	26	35	43	24	28	39
Moda	50	20	22	34	43	21	26	30	40	27	32	25
Máximo	58	35	35	42	55	43	43	50	63	43	43	58
Mínimo	38	18	18	21	37	9	15	17	38	9	9	14
Rango	20	17	17	21	18	34	28	33	25	34	34	44
Desviación típica	5,4	4,5	5,5	6,5	5,5	7,9	7,9	10,3	7,4	9,1	8,8	11,0
Varianza	29,6	20,3	30,6	42,1	29,8	62,1	62,7	106,4	54,8	83,7	77,1	120,0

Medidas de tendencia central y dispersión	Antes de la intervención	48 h posterior	72 h posterior	7 días posterior
Rango	26	34	34	44
Mínimo	37	9	9	14
Máximo	63	43	43	58
Media	46,4	23,7	27,6	35,1
Desviación típica	6,1	7,3	7,5	9,5
Varianza	37,0	53,0	56,1	91,0
Total muestra	45	45	45	45

Edema Extraoral

A las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica un 80% de los pacientes del grupo A presentaron edema extraoral al igual que un 60% de los pacientes del grupo B y un 86,7% de los pacientes del Grupo C.

A las 72 horas un 66,7% de los pacientes del Grupo A y C presentaron edema al igual que un 53,3% del Grupo B.

Y a los 7 días posteriores a la intervención quirúrgica un solo paciente de cada uno de los grupos A y B presentó edema mientras que en el grupo C dos pacientes se mantuvieron con edema, cabe destacar que a estas pacientes se les diagnosticó un cuadro clínico de infección.

Estos resultados muestran que con el transcurso de los días la presencia del edema en los pacientes disminuyó progresivamente. (Gráfico 2).

Gráfico 2
Presencia de edema extraoral según grupos en estudio

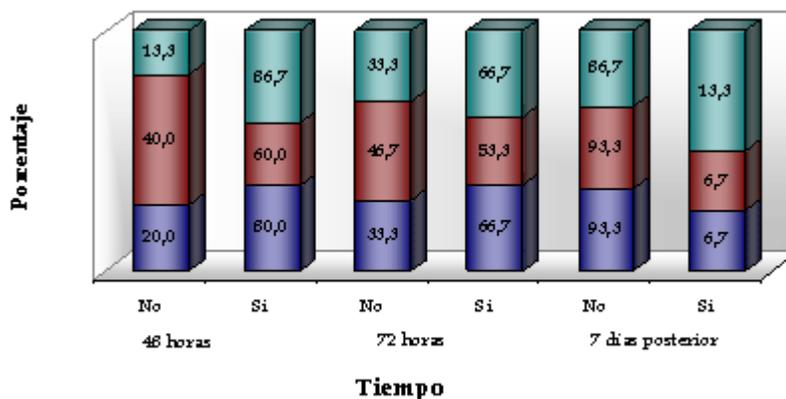
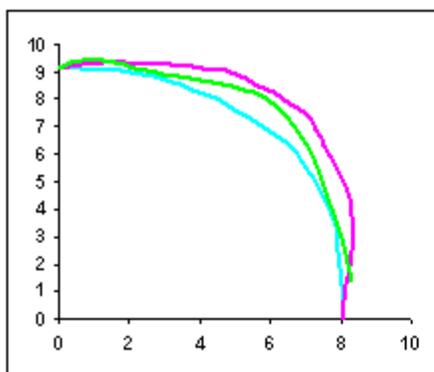
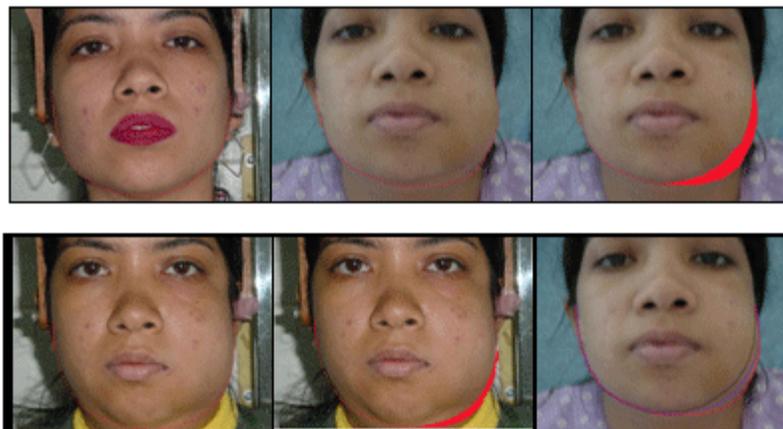


Gráfico 3
Cuantificación del edema extra-oral de la primera paciente infectada,
3er día posterior a la intervención quirúrgica.
Cálculo del Area del Edema Izquierdo
"Modelo Facultad Odontología U.C.V"



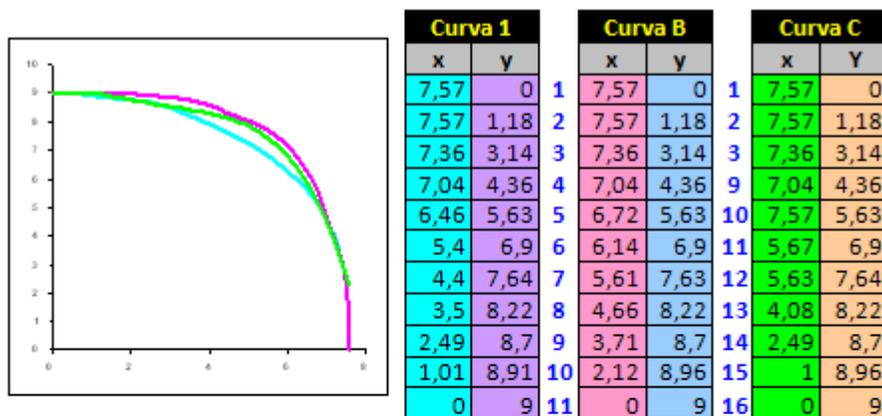
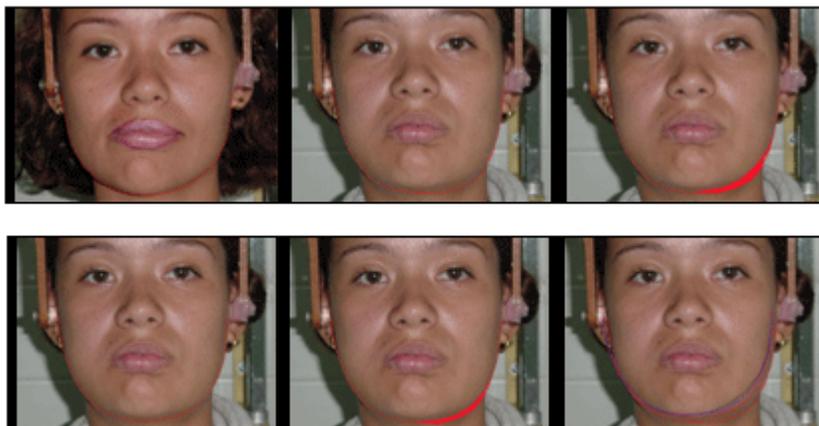
Línea 1		Línea 2		Línea 3	
X	Y	X	Y	X	Y
8,06	0	8,06	0	8,06	0
8	1,23	8,17	1,23	8,33	1,23
7,91	2,5	8,34	2,5	8,24	2,5
7,75	3,77	8,34	3,77	8,12	3,77
7,27	5,04	8,06	5,04	7,75	5,04
6,42	6,42	7,53	6,31	7,06	6,47
5,05	7,58	6,95	7,53	6,11	7,58
3,78	8,38	5,1	8,85	5,1	8,33
2,35	8,91	3,78	9,23	3,73	8,85
1,24	9,12	2,51	9,28	2,56	9,12
0	9,17	1,24	9,33	1,24	9,28
		0	9,17	0	9,17

Lím. Izq.	8,060cm²
Lím. Der.	0,000

Area A-B	65.364cm²
-----------------	-----------------------------

Esta paciente sólo presentaba edema extraoral del lado izquierdo, cuyo límite se obtuvo de la foto realizada en la cita previa a la intervención quirúrgica (Hora 0), el cual correspondió a 8.060 cm², posteriormente, el día de la infección (72 horas posteriores a la intervención quirúrgica) observamos que el área de inflamación correspondió a 65.364cm², en la siguiente evaluación el área correspondió a 40.559 cm², evidenciándose una disminución de 24.805 cm² en el área de inflamación del lado izquierdo (Gráfico 3).

Gráfico 4
Cuantificación del edema extra-oral de la segunda paciente infectada 4to día posterior a la intervención quirúrgica.
Cálculo del Área del Edema Izquierdo
"Modelo Facultad de Odontología U.C.V"



Lím. Izq.	7,410cm²
Lím. Der.	0,000

Area A-B	38.163 cm²
Area A-C	24.350 cm²

Diferencia Area (A-B) - (A-C)	13.812 cm²
--------------------------------------	------------------------------

A esta segunda paciente se le diagnosticó la presencia clínica de infección a las 96 horas posteriores a la intervención quirúrgica (4to día), cabe destacar que este día no correspondió con los días establecidos

previamente para la evaluación.

Esta paciente sólo presentaba edema extraoral del lado izquierdo, cuyo límite era de 7.410 cm² (HORA 0), posteriormente el día en el cual se le realizó el diagnóstico de infección, el área de inflamación correspondió a 38.163 cm² y en la siguiente evaluación el área de inflamación era de 24.350 cm², evidenciándose una disminución de 13.812cm² (Gráfico 4).

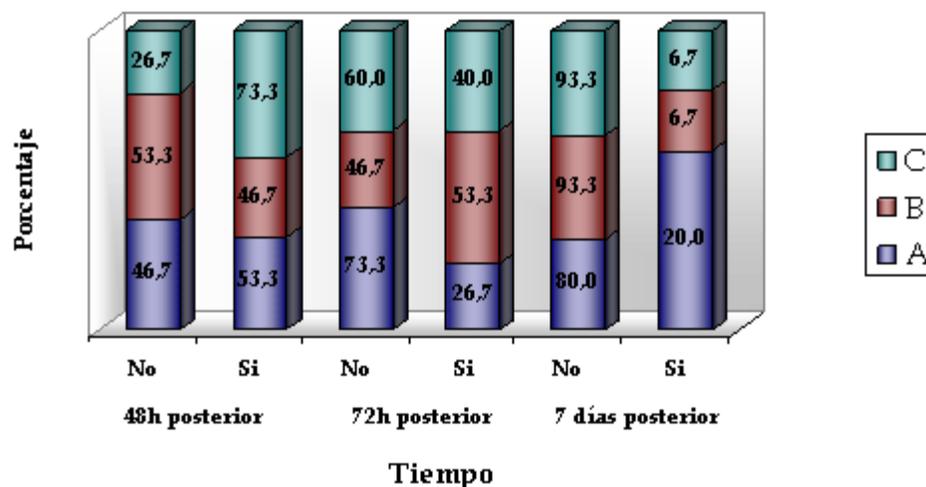
Dolor Postoperatorio

Una proporción del 50% aproximadamente de los pacientes de los Grupos A y B refirieron tener dolor postoperatorio a las 48 horas después de la intervención quirúrgica, mientras que en el grupo C esta proporción fue de un 73,3%. A las 72 horas una proporción de un 26,7% de los pacientes del grupo A refirieron tener dolor, al igual que un 53,3% del grupo B y un 40% del grupo C (Gráfico 5).

A los siete días posteriores a la intervención quirúrgica 3 pacientes del grupo A manifestaron tener dolor, al igual que una paciente de los grupos B y C que manifestaron tener dolor (Gráfico 5).

Con estos resultados se aprecia que la presencia del dolor postoperatorio en los pacientes tiene un comportamiento muy similar en todos los grupos en estudio.

Gráfico 5
Presencia de dolor postoperatorio según grupos de estudio



Intensidad del Dolor

A las 48 horas un 75% de los pacientes del grupo A presentaron dolor leve; al igual que un 100% de los pacientes del grupo B y un 81,8% del grupo C. Refirieron dolor moderado un 25% de los pacientes del grupo A y un paciente del grupo C, en tanto que sólo una paciente del grupo C manifestó dolor severo.

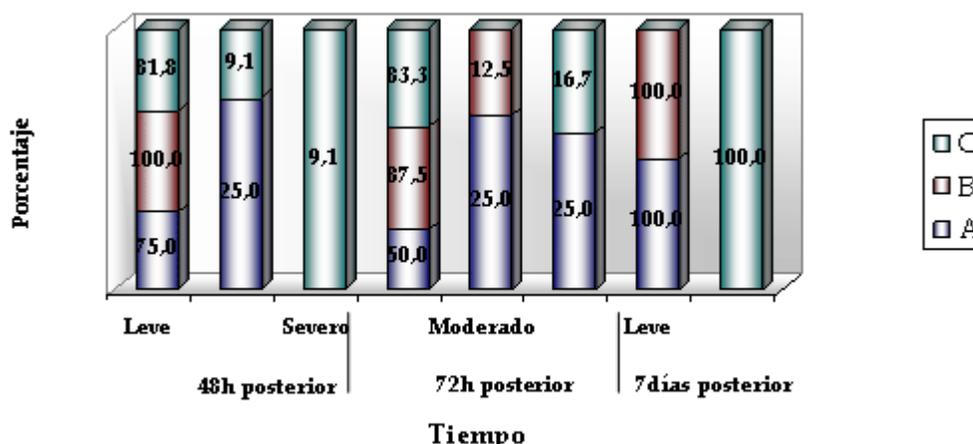
A las 72 horas postoperatorias un 50% de los pacientes del grupo A que manifestaron tener dolor lo calificaron como leve, al igual que un 85% aproximadamente de los grupos B y C; fue moderado en un paciente del grupo A y B; y severo para una paciente del grupo A y otra del grupo C.

A los 7 días posteriores a la intervención los pacientes que manifestaron sentir dolor en el grupo A y B lo calificaron como leve y la única paciente del grupo C que refirió sentir dolor lo calificó como severo (Tabla N° II - Gráfico N° 6).

Tabla II
Intensidad del dolor postoperatorio según grupos en estudio

Intensidad		GRUPO					
		A		B		C	
Visita	Lesión	Frecuencia	% Col	Frecuencia	% Col	Frecuencia	% Col
48 horas posterior	Leve	6	75,0	7	100,0	9	81,8
	Moderado	2	25,0	0	0,0	1	9,1
	Severo	0	0,0	0	0,0	1	9,1
BASE		8 ptes.	100,0	7 ptes.	100,0	11 ptes.	100,0
72 horas posterior	Leve	2	50,0	7	87,5	5	83,3
	Moderado	1	25,0	1	12,5	0	0,0
	Severo	1	25,0	0	0,0	1	16,7
BASE		4 ptes.	100,0	8 ptes.	100,0	6 ptes.	100,0
7 días posterior	Leve	3	100,0	1	100,0	0	0,0
	Moderado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Severo	0	0,0	0	0,0	1	100,0
BASE		3 ptes.	100,0	1 pte.	100,0	1 pte.	100,0

Gráfico 6
Intensidad del dolor postoperatorio según grupos de estudio



DISCUSIÓN

La cirugía de los terceros molares incluidos, una de las prácticas más comunes del cirujano bucal, conlleva en la mayoría de los casos a la presencia de diversos grados de edema, trismus, dolor e

infección consecuencia de la manipulación de tejidos blandos y duros de la cavidad bucal; en este sentido el cirujano bucal indica profilácticamente antibióticos y otros compuestos que impidan o reduzcan dichos procesos.

En la presente investigación se realizó un estudio en el cual fueron sometidos 45 pacientes a tres esquemas diferentes de tratamiento para evaluar clínicamente su uso en relación a la incidencia en la apertura bucal, en la aparición e intensidad del dolor, en la presencia y reducción del edema, en tanto que la influencia en la aparición y control de infecciones postoperatorias así como las reacciones adversas referidas fueron reportadas en otro trabajo (17).

En nuestro estudio se observó que la máxima apertura bucal posterior a la intervención quirúrgica disminuyó en los tres grupos de pacientes, para luego ir aumentando progresivamente en las siguientes evaluaciones, sin llegar a alcanzar la máxima apertura bucal inicial previa a la cirugía, pero se pudo evidenciar que los pacientes del grupo C quienes no fueron medicados con el antibiótico preoperatoriamente ni postoperatoriamente si no solo con ibuprofeno en el postoperatorio, fueron los que presentaron menor apertura bucal en todas las evaluaciones posteriores a la intervención quirúrgica.

A diferencia del estudio realizado por Sekhar y col., en la India donde sometieron a 151 pacientes a tres esquemas diferentes de antibioterapia profiláctica. De acuerdo a sus resultados no consiguieron relación de la apertura bucal, dolor y presencia de exudado, con la administración de antibióticos profilácticos; pero si encontraron relación con la presencia de edema postoperatorio. Resultados similares nos presentan Mónaco y col. los cuales tampoco reportan diferencias postoperatorias con el uso de antibióticos profilácticos (18).

En relación al edema pudimos observar que a las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica un 80% de los pacientes del grupo A presentaron edema extraoral al igual que un 60% de los pacientes del grupo B y un 86,7% de los pacientes del Grupo C. La incidencia de edema fue significativamente menor en el grupo en el cual se empleó la amoxicilina preoperatoriamente. A las 72 horas un 66,7% de los pacientes del Grupo A y C presentaron edema al igual que un 53,3% del Grupo B, evidenciándose que en este último grupo el edema sigue siendo menor.

Según Messer y col., (19) el dolor es relativo al edema y controlando éste, el dolor será mínimo. Sin embargo, en nuestro estudio se pudo apreciar que la presencia del dolor postoperatorio en los pacientes tuvo un comportamiento muy similar en todos los grupos en estudio, aún cuando a las 48 horas posterior a la cirugía, una proporción del 50% aproximadamente de los pacientes de los Grupos A y B (los que tomaron el antibiótico) refirieron tener dolor, mientras que en el grupo C esta proporción fue de un 73,3%. En relación a la intensidad del dolor a las 48 horas posterior a la intervención, un 75% de los pacientes del grupo A y el 100% de los pacientes del grupo B presentaron dolor leve, en tanto que un 81,8% del grupo C catalogaron el dolor como leve. No siendo estos resultados estadísticamente significativos, lo que concuerda con los estudios de Sekhar, C.H (9) y de Mónaco y col.(18)

Es importante resaltar que existen variables que pueden influir en la dificultad de las extracciones quirúrgicas de un paciente a otro e inclusive, en un mismo paciente de un sitio a otro, variables dependientes de la destreza del operador, diferencias de habilidades entre distintos operadores y un amplio margen de interpretación del dolor, lo cual dificulta la medición de secuelas postoperatorias en un ambiente uniforme. Estas diferencias, sugieren la necesidad de unificar la muestra, en cuanto al tipo de extracción a realizar, es decir, el número de molares a extraer, su posición anatómica y el grado de osteotomía a realizar (20). Sin embargo, a pesar de las variables mencionadas, con nuestros resultados se pudo demostrar que la administración profiláctica de antibióticos mejora la presencia de edema extraoral y el grado de apertura bucal en el período postoperatorio.

En la presente investigación los dos grupos sometidos a los esquemas terapéuticos con Amoxicilina, tuvieron respuestas equivalentes por ello recomendamos el uso del esquema de dosis única preoperatoria, ya que reduce la posibilidad del desarrollo de bacterias resistentes, al ser una sola dosis la

indicada disminuye las eventuales respuestas alérgicas si se compara con el esquema de 7 días de tratamiento en el postoperatorio en el cual el paciente se somete a múltiples dosis con el antibiótico existiendo más oportunidad a que el individuo se sensibilice, además se reducen las posibles sobreinfecciones y el gasto sanitario.

CONCLUSIONES

1. Los dos esquemas utilizados como antibiòticoterapia profiláctica con Amoxicilina son equivalentes en la reducción del trismus en el período postoperatorio en la cirugía de los terceros molares.
2. En relación al dolor, en este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas con los tres regímenes terapéuticos empleados.
3. De los dos esquemas terapéuticos donde se empleó la Amoxicilina, con el de dosis única preoperatoria se obtuvo mejor resultado en el control del edema en el período postoperatorio en la cirugía de los terceros molares.
4. Recomendamos el uso del esquema terapéutico de dosis única de Amoxicilina ya que posiblemente contribuiría además, a disminuir el potencial de desarrollo de resistencia bacteriana, las eventuales respuestas alérgicas y sobreinfecciones y a reducir el costo del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Torres H. Farmacología y Terapéutica Odontológica. Editorial Médica Celsus. Colombia, 2005.
2. Salazar E. Manual para Mediar en Odontología Pediátrica. Ediciones del Autor. Caracas, 2000.
3. Flórez J. Armijo J. Mediavilla A, Editores. Farmacología humana. España. Barcelona, 2001.
4. Arista A. Uso y abuso de antibióticos. Hospital General de México S.S. Unidad de Pediatría. <http://www.perinat.org.ar/ATB.html>
5. L. Dajani AS, et al. Prevention of bacterial endocarditis, recommendations by the American Heart Association. JAMA 1997; 227: 1794-1801.
6. Segarra A. Conducta del cirujano bucal ante el adulto con afección cardiovascular. Caracas. UCV, 1999.
7. Sailer H, Pajarola G. Atlas de cirugía oral. España. Barcelona, 1999.
8. López J, García A. Cirugía oral. España. Madrid, 1997.
9. Sekhar CH, Narayanan V, Baig MF. Role of antimicrobials in third molar surgery: prospective, double blind, randomized, placebo-controlled clinical study. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2001 Apr; 39 134-137.
10. McDonald J. Diagnóstico de dolor de cabeza y cuello de origen no odontogénico. Caracas. UCV,

2000.

11. Hernández N. Analgesia preventiva con Ketorolac Trometamina Vs. Ibuprofeno en cirugía de terceros molares retenidos estudio comparativo. Caracas. UCV, 2001.
12. Torregrosa S, Bugeo G. Medición del dolor. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994.
<http://www.escuela.med.puc.cl/páginas/publicaciones/boletin.html>
13. Asteggiante D, Edelman M, Saralegui J. Evaluación del Dolor Postoperatorio en un Área de Recuperación Postanestésica. Departamento y Cátedra de Anestesiología, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay, 2002.
<http://www.anestesia.hc.edu.uy>
14. Papa P, Kohn E, Ayala W. Tratamiento del dolor oncológico con morfina por vía oral y subcutánea. Uruguay. 2002. <http://www.sau-uruguay.org/revista2/papahtm>
15. Raspall G. Cirugía oral. España. Madrid, 1994.
16. Cedeño J, Ghanem A. Estudio controlado del efecto de la Bencidamina en el tratamiento de la inflamación posterior a la odontectomía del tercer molar. Tesis de Grado. Caracas. UCV, 2002.
17. Sillet M, Orellana A, Salazar E. ¿Es realmente necesario la Antibióticoterapia Profiláctica en la Cirugía del Tercer Molar?. Acta Odont. Vzolana. 2009, 47 (3).
18. Monaco G, Staffolani C, Gatto MR, Checchi L. Antibiotic therapy in impacted third molar surgery. Eur J Oral Sci. 1999 Aug; 107: 437-441.
19. Messer G, Séller J. The use of intraoral dexamethasone after extraction of mandibular third molars. Oral Surg. 1975 November; 594-598.
20. Orellana A, Salazar E. Evaluación Clínica de la Terapia con Dexametasona e Ibuprofeno en la Cirugía de los Terceros Molares Retenidos. Acta Odont. Vzolana. 2007, 45 (1): 54-60.