

PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR

Definición del problema a tratar

Inclusión del tercer molar mandibular

Su exodoncia quirúrgica es la intervención más frecuente en Cirugía Bucal. La prevalencia de la inclusión de los terceros molares inferiores en la población adolescente y adulta joven es importante. Cabe considerar que por lo menos un 70% de este sector poblacional presenta algún problema derivado de la inclusión del tercer molar en la mandíbula; no obstante también debe tenerse en cuenta que buena parte de las indicaciones quirúrgicas se justifican en base al beneficio que supone una actitud preventiva de los mismos.

Indicaciones de la exodoncia quirúrgica Conducta preventiva en el adolescente

Se considera así cuando no existe clínica y el tercer molar aún no ha completado su formación radicular; en principio, las razones que se aducen están relacionadas con:

- imposibilidad para erupcionar: valoración de una inclinación superior a 45°, falta de espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente, ectopia franca, etc.
- problemas de apiñamiento tanto del sector anterior (incisivo- canino) como del posterior (premolares); valorar este tratamiento como previo a la ortodoncia o en fase de mantenimiento/retención de la misma.
- problemas de erupción del segundo molar. Existe además otra razón de peso como la de una menor morbilidad postquirúrgica respecto a la del adulto.

Conducta preventiva en el adulto

Se define así cuando ya ha finalizado la formación radicular y, en este caso, puede estar total o parcialmente incluido.

La justificación de esta exodoncia quirúrgica es por:

- evitar lesiones altamente presumibles por la posición del tercer molar: básicamente afectará la integridad del segundo molar tanto por motivos de reabsorción radicular como por problemas periodontales.
- evitar una patología potencial dada la asociación existente entre dientes en inclusión e inducción de diversos tipos de patología: quístico-tumoral, infecciosa, neurológica, etc. Actualmente la actitud expectante siempre debería conceptuarse como arriesgada, y en caso de que se tome esta decisión deberían realizarse controles periódicos clínicos anuales, y radiográficos cada 2 años, para detectar precozmente la aparición de cualquier alteración importante.

Conducta curativa

Es la que se adopta después de la presentación de alguna manifestación clínica.

Contraindicaciones de la exodoncia

Existe, especialmente en el campo de la protodoncia, una filosofía conservadora que otorga un cierto valor funcional al tercer molar tanto si está erupcionado –posible pilar de prótesis- como retenido ya que, en este caso, su extracción comportaría un cierto grado de pérdida de altura ósea.

No obstante, y desde el punto de vista quirúrgico, actualmente las contraindicaciones de la extracción de un tercer molar incluido no deben considerarse como absolutas sino relativas. Dejando aparte las relacionadas con el estado general (sistémico) del paciente hay que valorar adecuadamente el beneficio/riesgo; pueden evaluarse como de riesgo superior aquéllas en las que exista una situación topográfica inusual como inclusiones profundas, ectopias o relación íntima con el conducto dentario inferior.

También coadyuva a este riesgo superior ciertas condiciones locales como la existencia de una gran atrofia ósea y el riesgo de fractura patológica que ello comporta.

Edad de la intervención quirúrgica

Hay que tener en cuenta que la morbilidad del postoperatorio aumenta en paralelo con la edad del paciente. Si bien las germenectomías pueden realizarse a partir de los 12-13 años, el período ideal para esta intervención se sitúa entre los 15-18 años que es el momento en el que las raíces están todavía en fase de formación.

Estudios preoperatorios

Obviamente dependerá de las características físicas y patológicas del paciente, pero para un correcto estudio de rutina será imprescindible disponer de una radiografía periapical y de una ortopantomografía; en los casos en los que el tercer molar sea francamente ectópico, se sospeche la presencia de patología asociada o que haya una relación íntima con el conducto dentario inferior, la exploración adecuada es una tomografía computadorizada (TC).

Tratamiento preoperatorio

Salvo la necesidad de efectuar la pauta correspondiente a la profilaxis de la endocarditis bacteriana, existe debate en relación a la posibilidad de administrar (iniciar o preparar) el tratamiento con antibióticos antes de la intervención quirúrgica. Los autores del presente protocolo no aconsejan nunca esta pauta. Puede ser interesante realizar una premedicación ansiolítica con alguna benzodiazepina -por vía oral- o analgésica -analgésia preventiva- 1 ó 2 horas antes de la intervención dependiendo de las características farmacocinéticas del fármaco que quiera emplearse.

En cambio, es fundamental para prevenir la alveolitis, que el paciente se enjuague -cinco minutos antes de iniciar la intervención quirúrgica- con una solución de clorhexidina.

Técnica anestésica

La mayor parte de las intervenciones quirúrgicas pueden efectuarse bajo anestesia locorregional: bloqueo troncal de los nervios dentario inferior y lingual (en algunos textos, bloqueo mandibular) con suplemento mediante infiltración de las ramificaciones procedentes del nervio bucal que inervan la zona del vestíbulo.

En los casos en que se programe la extracción simultánea de más de un tercer molar -inferior o superior- es conveniente contar con un complemento en forma de premedicación ansiolítica o de alguna técnica de sedación consciente.

Esta misma consideración puede hacerse en caso de terceros molares francamente ectópicos o si el paciente no es colaborador o presenta alguna patología que así lo justifique.

Tratamiento postoperatorio

Si el desarrollo de la intervención quirúrgica ha sido normal, se recomienda adoptar las medidas propias de toda manipulación quirúrgica menor -frío local, dieta blanda, colutorios con clorhexidina, extremar la higiene bucal- así como tratamiento del dolor esperable con analgésicosparacetamol,

metamizol- y de la inflamación –antiinflamatorios no esteroideos especialmente los que muestren una inhibición más selectiva para la ciclooxigenasa-2 como, entre otros, el dextroketo profeno-.

Cuando la intervención quirúrgica ha sido de larga duración y/o con osteotomía abundante, se prescribirá tratamiento antibiótico durante 4 días; esta misma actitud deberá tomarse si el paciente es portador de algún déficit leve o moderado de la inmunidad.

Si se evidencia supuración durante la intervención quirúrgica, existe el antecedente cercano en el tiempo de una infección o conste que se ha seguido un tratamiento con antibióticos en las dos últimas semanas, se prescribirá un tratamiento con Amoxicilina + Ác. clavulánico con Clindamicina.

En principio, en tales circunstancias, no se aconseja que la duración del tratamiento exceda los 7 días.

Control postoperatorio

Salvo casos en los que el paciente no pueda acudir de nuevo a la consulta -por el motivo que sea- es recomendable efectuar la sutura con material no reabsorbible, como seda; lo habitual será retirarlos a los 7 días (10 días a lo sumo), momento que se aprovechará para examinar al paciente y darle el alta si no existe ninguna complicación.