

Is there a role for reconstructive techniques to prevent periodontal defects after third molar surgery?

Dodson TB.

J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 891-6.

Algunos estudios longitudinales bien documentados, han sugerido que la extracción de los terceros molares puede provocar defectos periodontales en la superficie distal del segundo molar adyacente. En este sentido, se puede considerar el papel de la reconstrucción dentoalveolar al tiempo de la extracción del tercer molar, para prevenir el desarrollo de defectos periodontales en el área distal del segundo molar. La mayoría de los ensayos clínicos randomizados, evalúan los efectos terapéuticos de varias técnicas reconstructivas; disponemos de sustitutos óseos como, por ejemplo, hueso desmineralizado (HD), la regeneración tisular guiada (RTG), y de procedimientos sobre los tejidos blandos. Los factores de riesgo asociados con la pérdida ósea secundaria a la extracción del tercer molar incluyen la edad, dirección de la erupción, defectos preoperatorios óseos, y reabsorción de la superficie de la raíz del segundo molar. Estudios realizados por Pecora y cols. sugieren, que existe una cohorte de sujetos de alto riesgo que pueden beneficiarse de los procedimientos reconstructivos para prevenir los defectos periodontales del segundo molar tras la exodoncia del tercero. El objetivo específico de este estudio es medir los parámetros periodontales del soporte óseo del segundo molar (M2), antes de la exodoncia del cordal (M3), y compararlos con los parámetros periodontales medidos a las 26 semanas. La muestra está compuesta por sujetos de alto riesgo con reconstrucción inmediata con HD o RTG, tras la extracción del M3, frente a los no tratados.

Utilizan un estudio diseñado con cohortes prospectivas. El ensayo clínico se realiza de forma randomizada a doble ciego. Para poder incluir un paciente en el estudio, debe tener al menos un lugar M3 considerado de alto riesgo para desarrollar enfermedad periodontal del M2; los factores que categorizan el alto riesgo son: edad superior o igual a 26 años, posición mesioangular u horizontal de M3, y preexistencia de un defecto periodontal a nivel del área distobucal de M2, definido éste como un nivel de inserción superior o igual a 3 mm. Las variables del estudio son: en primer lugar la predictora, que considera el tipo de tratamiento recibido dividiendo a los pacientes en tres categorías, los tratados con HD, los tratados con RTG y los no tratados o control. Los pacientes son asignados de forma randomizada a los distintos grupos. La segunda variable del estudio son los resultados y su ensayo. El primer resultado variable son las medidas longitudinales del nivel de inserción, que es la distancia en mm entre la unión cementodentina y la profundidad del bolsillo. Se evalúa a los sujetos en cinco momentos: T0 preoperatoriamente, T1 una semana tras la cirugía, T2 a las tres

semanas, T3 a las doce semanas, y T4 a las 26 semanas de la cirugía. Para las propuestas del estudio, la comparación se realizaba entre T0 y T4. Las medidas se toman en el área distobucal del M2. El nivel de inserción se determina con el test periodontal de Michigan, que mide la distancia desde el margen de encía libre a la unión cementodentinaria. La tercera variable es lo que denominan "otras variables y su ensayo", esto incluye edad, sexo, técnica de extracción, posición anatómica de la muela del juicio, tabaquismo... La técnica de extracción se divide en tres niveles: tejido blando (se incide y no se reseca hueso), hueso parcial (se reseca hueso), y hueso total (se reseca hueso y se realiza odontosección). La posición anatómica considera cuatro niveles: vertical, mesioangular, distoangular y horizontal. El análisis de las complicaciones postextracción es la última de las variables. Se definen las siguientes complicaciones: a) Retardo en la cicatrización de la herida. Normalmente la epitelización completa se produce entre 14 y 21 días. Se valora este hecho en T1 y T2. b) Infección de la herida, definida como la presencia clara de pus, se valora en todos los momentos postoperatorios. c) Aparición de alveolitis localizada, se valora en T1 y T2. d) Exposición de la membrana barrera y, si existe supuración, se procede a retirarla.

En cuanto a cuidados clínicos y técnicas operatorias valoran los siguientes aspectos. Dentro de los cuidados preoperatorios la cirugía se realiza con sedación o anestesia local. Emplean profilácticamente 1 millón de unidades de penicilina G o clindamicina (600 mg). Durante la cirugía el mismo cirujano realiza todos los procedimientos. En los pacientes control emplean una cureta curva. Se desbrida la superficie de la raíz distal y se cierra la herida primariamente. En los casos de hueso, se rellena el defecto hasta el nivel de hueso alveolar tras desbridar el aspecto distal. En los casos de RTG, la membrana se hidrata en suero salino estéril. La membrana se coloca de manera que se extiende al menos 3 mm sobre el margen del defecto. De forma postoperatoria prescriben antibióticos durante 10 días.

El manejo de los datos se realiza con un programa Epi-Info versión 6. Los datos se introducen dos veces y se realizan copias duras. Dentro de la complejidad del análisis estadístico, consideran el nivel de significación estadística cuando $p < 0,05$.

La cohorte original del estudio estaba constituida por 27 sujetos, solo 24 completaron el estudio. De ellos, 12 contribuyeron con un total de 18 lugares de extracción de cordales, y se consideraba que tenían más de un lugar de extracción de M3 con alto riesgo de desarrollar enfermedad periodontal de M2. De estos doce, 6 sujetos contribuyeron con observaciones pareadas (12 piezas) y seis pacientes de forma no pareada (6 piezas). La media de edad de la muestra era de $30 \pm 6,1$ con un rango entre 26 y 48 años. Ocho pacientes (75%) eran hombres y tres casos (25%) tenían adicción al tabaco. Las variables específicas de los dientes entre los grupos no presentaban significación estadística. De forma preoperatorio, existía enfermedad periodon-

tal preexistente en el aspecto bucal de M2, como se evidenciaba por los niveles de inserción, con un rango medio de 5.4 mm en el grupo tratado con RTG, y 7,6 en el tratado con HD. No había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en términos de niveles de inserción ($p = 43$). En el grupo tratado con HD existía mejoría clínica y estadísticamente significativa en los niveles de inserción medidos a las 26 semanas. Dentro de este grupo, se mejoraban los niveles de inserción por 6,2 mm ($p = 0,014$). En el grupo tratado con RTG existía una mejoría clínica que, sin embargo, no alcanzaba significación estadística, 2,4 mm y $p = 0,15$. Al final del periodo de

seguimiento, existían diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, en los lugares de exodoncia de M3. Las comparaciones de Tukey evidenciaban diferencias con significación estadística entre el grupo control y el de HD, y sin significación estadística entre el grupo control y el de RTG.

El autor concluye que, los pacientes con elevado riesgo de desarrollar defectos periodontales en M2 tras la exodoncia de los terceros molares, se pueden beneficiar del uso de hueso desmineralizado en polvo colocado en el lugar de la exodoncia.

Magnífico diseño de trabajo por parte del autor, que sin embargo a mi juicio, se queda escaso en la casuística.