

Conservative, non-surgical management of patients presenting with impacted lower third molars: A 5-year study

C.M. Hill, R.V. Walker.

Br J Oral and Maxillofac Surg 2006;44:347-50.

Las complicaciones asociadas a la exodoncia de los terceros molares incluidos o parcialmente erupcionados es considerable, sobre todo en personas de edad media, por lo que, para muchos autores la exodoncia profiláctica de cordales es muy discutible. Dentro de las posibles complicaciones postoperatorias destacan la hinchazón, el trismus, lesión del nervio dentario inferior y del lingual. Después de la exodoncia de los cordales un 5-15 % de los pacientes pueden llegar a tener entumecimiento de la hemilengua o del labio y en un 0.5% puede ser una lesión permanente.

Los criterios de exodoncia de los terceros molares fueron debidamente concensuados en el Instituto de Salud de los Estados Unidos en 1979. Estos criterios son la pericoronaritis recurrente, caries no favorables, quiste dentígero y enfermedad periodontal relacionada con el cordal. Posteriormente se incluyeron otros criterios como la exodoncia de cordales que se encuentran en el foco de una fractura ósea o aconsejado por el ortodontista como parte del plan ortodóncico.

En general muchos cirujanos prefieren exodonciar los cordales incluidos en la gente joven con la certeza que van a producir éstos algún efecto perjudicial para el paciente a lo largo de su vida.

En este estudio se han incluido a 228 pacientes de edades entre 16 y 30 años que tenían al menos un cordal incluido con ningún criterio para su exodoncia inmediata. El periodo de seguimiento de los pacientes fue de 5 años. En la primera consulta se realizaron la historia clínica y las radiografías pertinentes. Los pacientes eran revisados cada 6 meses mediante un cuestionario. Si se presentaba algún problema en el transcurso del estudio de investigación se atendía al paciente inmediatamente y se planificaba un nuevo plan de tratamiento.

En el estudio había 150 mujeres y 78 hombres y el número total de cordales en la mandíbula era 427, de los cuales 19 estaban erupcionados completamente. Un total de 66 pacientes tenían una historia previa pericoronaritis antes de comenzar el estudio, de los cuales a 23 se les realizó la extracción del cordal correspondiente en los 5 años de seguimiento. Además, a otros 48 pacientes se les exodonció los cordales por distintas razones siendo la causa más frecuente la pericoronaritis

(30 pacientes) durante la realización del estudio. La razón principal de la extracción de cordales era la pericoronaritis aunque el número de los pacientes que desarrollaron el pericoronaritis (30 de 153) era perceptiblemente más bajo que el número que tenía pericoronaritis recurrente (23 de 66).

De los 228 pacientes en 150 no se observó ninguna sintomatología ni lesiones asociadas al cordal en un período de seguimiento de 6 meses. Tampoco se encontró relación entre la extracción del cordal con otras variables como el hábito de fumar, la profundidad del saco distal al segundo molar o el tamaño del saco folicular.

La pericoronaritis de los terceros molares suele ser la causa más frecuente de extracción y ocurre habitualmente en cordales que están comunicados con la cavidad oral (sobre todo los semierupcionados). En diferentes estudios publican un rango de 8-20% de los cordales son extraídos por pericoronaritis. En cuanto a los cordales totalmente incluidos asintomáticos en pacientes de edad media se sugiere revisiones a los 2 años con radiografía y si siguen cubiertos de hueso completamente no requieren más seguimiento.

Factors influencing the development of wound infection following free-flap reconstruction for intra-oral cancer

D.J. Cloke, J.E. Green, A.L. Khan, P.D. Hodgkinson, N.R. McLean.

Br Assoc Plastic Surg. 2004;57:556-60

Las infecciones de heridas quirúrgicas tras grandes cirugías a nivel de la región oromaxilofacial son relativamente comunes. De entrada las cirugías que involucren de alguna manera el tracto aerodigestivo superior se consideran por definición cirugías limpias-contaminadas. Asimismo, se han descrito en algunos trabajos científicos tasas de incidencias de infecciones del 68% sin una profilaxis antibiótica adecuada. El microorganismo responsable de la mayoría de estas infecciones son los Gram - y *Staphylococcus aureus*.

Desde el auge de las reconstrucciones con injertos libres microvascularizados en los cánceres intraorales, el riesgo de infecciones de las herida quirúrgicas varían entre el 26-48% aún con una profilaxis antibiótica adecuada. Este riesgo se considera aún mayor si el injerto transferido lleva un componente óseo. Diversos estudios han relacionado múltiples factores con el riesgo de infección como la transfusión sanguínea, la radio o

Revisión Bibliográfica Cirugía Bucal

quimioterapia preoperatoria, el tiempo de duración de la intervención quirúrgica, la traqueostomía o el tiempo de estancia hospitalaria.

El presente estudio investiga las infecciones de heridas quirúrgicas en resecciones de cánceres de cabeza y cuello que hayan abordado la mucosa oral o orofaringe, reconstruidos mediante colgajos libres microvascularizados. En el estudio se incluyeron 100 pacientes con dichas características entre los años 1992 y 2000. Se evaluaron numerosas variables como las transfusión sanguínea, radio o quimioterapia preoperatoria, duración de la intervención quirúrgica, traqueostomía, hábito de fumar, etc. En todas las cirugías se produjo inevitablemente una comunicación entre la cavidad oral y el cuello. El protocolo de profilaxis antibiótica durante la inducción anestésica fue con 1.5 g. de cefuroxima y 500 mg. de metronidazol. El diagnóstico de infección de herida quirúrgica era realizado cuando se observaba secreción purulenta o indicios de una celulitis o absceso cutánea en un periodo máximo de 6 meses postoperatorias.

En cuanto a los resultados obtenidos en el estudio fue que la edad media de los pacientes era de 60,4 años y que 75 eran varones; 33 de los pacientes habían recibido radioterapia preoperatoria. La localización tumoral más común era el suelo de boca (38 casos) seguido de la lengua (32). En 93 casos el diagnóstico histológico era carcinoma epidermoide. En 98 pacientes se realizó una traqueostomía antes de comenzar la cirugía y en la gran mayoría (94 pacientes) se utilizó el colgajo fascio-cutáneo radial libre para reconstruir el defecto producido en la resección del tumor.

Durante los 6 meses postoperatorios se observó 21 casos de infección de la herida quirúrgica, de los cuales 17 eran a nivel cervical, 2 en la mejilla y 2 en la boca. En cuanto al tratamiento de estas infecciones además de la antibioterapia correspondiente (cefalosporina, metronidazol, clindamicina o amoxicilina), en 6 casos se requirió un desbridamiento exhaustivo de la herida, en 3 casos se drenó el absceso, en 2 casos se realizó curetajes y por último en 1 paciente se tuvo que retirar una miniplaca de osteosíntesis.

El análisis microbiológico mostró en 11 casos un cultivo de microorganismos mixtos, en 7 casos se cultivo únicamente el staphyococcus aureus y en los 3 restantes no se cultivaron microorganismos aunque existían indudables signos clínicos de infección. De las múltiples variables relacionadas con el riesgo de infección solamente hubo una asociación estadísticamente significativa en la estancia prolongada hospitalaria. Asimismo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en relación con la edad o el sexo del paciente, la transfusión sanguínea, la duración de la cirugía etc.

Podemos concluir que en este estudio se encontró una tasa de infecciones postoperatorias de las heridas quirúrgicas en 21% de los pacientes con resecciones orales, disección cervical y reconstrucción con colgajo libre microvascularizado. Asimismo, destaca que, al contrario que otros estudios, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre factores como el hábito de fumar o las transfusión sanguínea, radio o quimioterapia preoperatorio, duración de la intervención quirúrgica, o traqueostomía con el riesgo de infecciones excepto la estancia media hospitalaria.