

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA ORAL. TERCER MOLAR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

AUTORÍA

Gascón Piqueras, Magdalena. DUE de la Unidad de Máxilofacial y Estomatología*.

Salazar Fernández, Clara I. FEA S. de Cirugía Oral y Máxilofacial*.

*Hospital Virgen Macarena . Sevilla. (España).

Dirección para correspondencia: m.gascon@ono.com

RESUMEN

La cirugía de los terceros molares (cordales o muelas del juicio), es quizás el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realiza en la práctica de la cirugía oral. Este tipo de cirugía puede ir acompañada de complicaciones asociadas al procedimiento así como técnicas para minimizarlas y para tratarlas en caso de que ocurran.

Dentro de las complicaciones más frecuentes de esta cirugía destacamos: sangrado moderado, edema postquirúrgico, trismus o dificultad para abrir la boca, dolor causado por la cirugía oral. Podemos hablar de otras complicaciones comunes: osteítis alveolar, infecciones agudas, sangrado excesivo. Y otras complicaciones poco comunes: fracturas, daño de dientes vecinos, defectos periodontales, fístula oroantral, desplazamiento de dientes vecinos, lesiones nerviosas.

Enfermería tiene que conocer las patologías, complicaciones y tratamientos, para colaborar con el equipo y contribuir, utilizando una metodología diagnóstica que nos permita tener del paciente una respuesta durante su curación e incluso mantener una continuidad en los cuidados.

Los diagnósticos enfermeros con los que trabajamos son: Deterioro de la integridad tisular. 00044. Dolor agudo, 00132. Ansiedad, 00146., realizar planes de cuidados, pudiendo así hacer guías de acción y protocolos específicos.

PALABRAS CLAVES

Cirugía tercer molar. Complicaciones en cirugía maxilofacial. Cuidados de enfermería en cirugía oral.

TITLE

COMPLICATIONS IN ORAL SURGERY. THIRD MOLAR. NURSING CARE

ABSTRACT

Surgery of the third molars (wisdom teeth or wisdom teeth), is perhaps the most common surgical procedure is performed in the practice of oral surgery. This type of surgery may be accompanied by complications associated with the procedure and techniques to minimize and treated if they occur.

Among the most common complications of this surgery highlight: moderate bleeding, postoperative edema, trismus or difficulty opening mouth, pain caused by oral surgery. We can talk about other common complications: alveolar osteitis, acute infections, excessive bleeding. And other rare complications include fractures, damage to adjacent teeth, periodontal defects, oro-antral fistula, displacement of adjacent teeth, nerve damage.

Nursing has to know the pathology, complications, and to collaborate with the team and contribute, using a methodology that allows us to diagnose the patient have an answer for your health and even maintain continuity of care. Nursing diagnoses that we work with are: Impaired tissue integrity. 00044. Sharp, 00132. Anxiety, 00146., plan of care, thus being able to make action guidelines and specific protocols

KEY WORDS

Third molar surgery. Complications in maxillofacial surgery. Nursing care in oral surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de los terceros molares (cordales o muelas del juicio), es quizás el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realiza en la práctica de la cirugía oral.

Hoy en día es un procedimiento técnicamente muy avanzado, con un protocolo quirúrgico y de cuidado post operatorio bien establecido lo cual le permite al paciente que se interviene, tener una experiencia indolora, segura, predecible, con pocos días de convalecencia. Pero no por ello exenta de complicaciones. Todos los pacientes antes de ser intervenidos

son previamente informados y firman el consentimiento informado, donde aparece explicado todos aquellos problemas que pudieran aparecer durante y tras la cirugía y la anestesia.

¿Por qué hay que extraer los terceros molares?

Por ser las últimas piezas en erupcionar, frecuentemente no tienen espacio para acomodarse dentro del arco dental, quedando en una posición de retención parcial dentro del hueso, induciendo a infecciones importantes y a caries en las piezas vecinas. Debido a su ubicación posterior al resto de las piezas dentales tiene poca o ninguna importancia en la función masticatoria, por lo tanto, su presencia es innecesaria.



Selección de un 38. Cordal inferior izquierdo

OBJETIVOS

Enfermería tiene que conocer las patologías, complicaciones y tratamientos, para colaborar con el equipo y contribuir, utilizando una metodología diagnóstica que nos permita tener del paciente una respuesta durante su curación e incluso mantener una continuidad en los cuidados.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES.

La cirugía del tercer molar tiene una alta morbilidad, complicaciones intraoperatorias, así como lesiones iatrogénicas. Por eso es necesario un análisis de decisión para indicar la exodoncia de cordales asintomáticos, y al paciente se le debe dar información sobre la relación riesgos-beneficios. El cirujano debe considerar las complicaciones asociadas al procedimiento, así como técnicas para minimizarlas y para tratarlas en caso de que ocurran.

Dentro de las complicaciones más frecuentes de esta cirugía destacamos:

- Sangrado moderado, puede ser controlado mediante medidas locales: colocando un tapón de gasa en el alveolo y ejerciendo presión, si no cede se realizará la sutura del lecho alveolar, junto con otros métodos adjuntos como hemostáticos locales (trombina, surgicel). Si el sangrado es arterial es mejor identificar el vaso y realizar su ligadura o cauterización.
- El edema postquirúrgico, es la inflamación esperada siempre que se extrae un diente impactado, generalmente alcanza su máximo a los 2-3 días postcirugía. Suele resorberse en torno a los 7 días. El uso de hielo y elevación de la cabeza en el perioperatorio, limitar el edema.
- Trismus o dificultad para abrir la boca, es a menudo consecuencia del trauma quirúrgico y es secundario a la inflamación facial y de los músculos masticatorios.
- El dolor causado por la cirugía oral comienza después de la anestesia con un pico máximo en 6-12 h. postcirugía. , anestésicos locales de larga acción (bupivacaína) disminuye el discomfort hasta que haga efecto la analgesia sistémica, analgésicos, AINES e incluso narcóticos, incluso existen algunos autores que indican AINES preoperatorios

OTRAS COMPLICACIONES COMUNES Y SU MANEJO

OSTEITIS ALVEOLAR:

Es una de las complicaciones más frecuentes asociadas a la cirugía del 3 molar. Su tasa varía desde 1-30%, esta variabilidad puede ser debida a su ambigüedad diagnóstica. La forma más frecuente es la alveolitis seca, que ocurre en un 3% de las extracciones. Es más frecuente en las exodoncias de dientes inferiores, con anestesia infiltrativa y por la dificultad de la exodoncia.

Algunos factores de riesgo son: edad avanzada (pacientes < 20 años son de riesgo bajo), sexo (mujeres probablemente por el uso de contraceptivos orales), escasa experiencia quirúrgica del profesional, tipo de extracción (más frecuente en las exodoncias de dientes inferiores, semi o impactado completo), aplicación de anestesia local con técnica traumática y compleja, tabaco, anticonceptivos orales y patología preexistente (pericoronaritis o infección periapical) higiene oral pobre.

La clínica se caracteriza por la aparición de dolor intenso al 3-5 días tras la cirugía sin otros signos de infección sistémica. Siendo característico su irradiación al oído, la causa de este dolor seco no es bien conocida pero está relacionada con la malformación o alteración del coagulo de sangre en el alveolo. Aunque la alveolitis puede ser ocasionada de forma independiente de la fibrinolisis parece que la causa más aceptada es la destrucción del trombo formado, por la invasión de una bacteria

Las medidas y métodos para reducir la incidencia de alveolitis en la cirugía oral sobre todo en los pacientes de riesgo: Irrigación del alveolo, el uso de antibióticos tópicos en el interior del alveolo o yodoformo (polvo de tetraciclinas, ALBOGIL), el uso de irrigaciones con clorhexidina perioperatoria.



Alveolitis

INFECCIONES TEMPRANAS

Es frecuente debido a la gran variedad microbiana de la flora oral. La incidencia de infección en la cirugía del 3 molar es de 3-5%. Y esta tasa es más alta para los cordales inferiores, sobre todo los impactados reflejando un incremento del trauma quirúrgico.

Las medidas recomendadas para evitarlas son:

Usar una técnica aséptica, hemostasia, manejo meticuloso de los tejidos, lavado abundante y exhaustivo del sitio de la extracción,

En caso de instaurarse es necesario el uso de antibióticos por vía oral o sistémica, siendo la penicilina el antibiótico de primera elección y en caso de alergia se administrará eritromicina, clindamicina o una cefalosporina.

Debido a la posición del 3 cordal en relación con espacios faciales, cualquier infección de esta área debe ser tomada con seriedad porque la progresión de la infección puede originar celulitis, con trismos con compromiso de la vía aérea y

mediastinitis. La incidencia de celulitis secundaria (espacio facial profundo) es bajo, en estos casos el manejo de la infección depende de su severidad: control de la vía aérea, drenaje quirúrgico del pus, con antibiótico y corticoides por vía sistémica, generalmente antibiótico que cubran anaerobios (clindamicina + tobramicina)

SANGRADO EXCESIVO

Se define como un sangrado más allá de lo esperado o un sangrado continuado tras la extracción a pesar del coágulo formado.

Ocurre en el 1-6% de la cirugía del 3 molar. Es más frecuente en los cordales inferiores

Entre los factores de riesgo suelen ser pacientes con alteración de la vía intrínseca (anticoagulantes, antiplaquetarios), el nivel de impactación y su relación con el paquete vascular, experiencia del profesional, edad avanzada (probablemente debido a la fragilidad vascular y menor efectividad de los mecanismos de coagulación). Es más frecuente en varones debido al efecto positivo de los anticonceptivos en la coagulación.

Es importante para su detección una Hª clínica detallada

Las medidas de prevención incluyen:

Identificación de los pacientes con alteración de la coagulación de forma precisa. Así como una buena Hª clínica.

Medidas recomendadas: durante la intervención es necesario el manejo cuidadoso de los tejidos y medidas locales. Factores estabilizantes de la fibrina como el ácido epsilon aminocaproico o el ácido tranexámico puede ser útil. La hemorragia que no pueda ser controlada con medidas locales es rara, siendo necesario la ligadura del vaso he incluso se ha descrito la embolización selectiva.



COMPLICACIONES POCO FRECUENTES

FRACTURAS:

Son poco frecuentes 0.00049%, suelen ser de mandíbula y de consecuencias serias particularmente si se asocian a lesión del nervio dentario. Por tanto, son más frecuentes en la cirugía del cordal inferior

Se producen por un exceso de fuerza durante la extracción o en dientes incluidos muy profundos. A veces puede transcurrir un tiempo después de la extracción.

Debido a su escasa frecuencia los factores de riesgo son difíciles de identificar, algunos estudios identifican la edad avanzada donde existe atrofia y osteoporosis del hueso, o la presencia de una lesión que debilite el hueso como un gran quiste odontógeno.

Su tratamiento, consiste en la estabilización y fijación con osteosíntesis o bloqueo intermaxilar

DAÑO DEL DIENTE ADYACENTE

Debido a la fuerza requerida para exodonciar el cordal es posible dañar dientes adyacentes, incluso realizando una técnica cuidadosa los dientes careados o con grandes restauraciones son susceptible de romperse, por ello siempre se le debe advertir al paciente

Si un diente es luxado o avulsionado inadvertidamente, la acción más correcta es el reposicionamiento del diente y su fijación, con suturas laterales adicionales a través de las caras oclusales, igualmente efectivas son la fijación con alambres, férulas almenadas o ferulización con composite.

DEFECTOS PERIODONTALES

Generalmente es debido al diseño inapropiado del colgajo mucoperiostico. La lesión más frecuente es la pérdida de encía adherida en los dientes cercanos a la cirugía.

La mayoría de los casos pueden preverse en función de la edad del paciente y la salud periodontal prequirúrgica.

FISTULA OROANTRAL

El seno maxilar está íntimamente relacionado con las raíces de los molares y premolares, por tanto, debe informarse a los pacientes que la cirugía a este nivel puede ocasionar comunicaciones orosinusales.

Con frecuencia realizamos pequeñas perforaciones que pasan inadvertidas y que se controlan espontáneamente con el coagulo sanguíneo. Es más frecuente en la exodoncia del cordal superior profundamente impactado con raíces largas y de gran superficie.

El tratamiento suele ser con antibióticos y descongestionantes nasales, con buena higiene oral en un periodo de 6-8 semanas. Si no se consigue el cierre espontaneo se indica el cierre quirúrgico.

Las 2 secuelas más implicadas en estos casos son la sinusitis maxilar y la fístula oroantral crónica, el grado de severidad dependerá del tamaño de la comunicación y el estado preoperatorio del seno maxilar.





Las raíces son tan largas que penetran en el seno superior



Sinusitis derecha. En el TAC también se ve.



DESPLAZAMIENTO DE DIENTES

El desplazamiento de dientes o partes del diente dentro de los espacios faciales o del seno maxilar.

En estos casos la decisión de eliminar el diente se debe basar en el TC tridimensional y clínica del paciente

Dientes, raíces y cuerpos extraños pueden desplazarse en el interior del seno maxilar, aunque son vistos ocasionalmente en una radiografía de rutina, tales elementos deben ser eliminados para prevenir la infección del seno o formación de pólipos: una vez que se ha desplazado, el resto dentro del seno se debe aplicar la aspiración por la apertura ocasionada, si esto no es exitoso se realizarán irrigaciones del seno a través de la apertura y nueva aspiración.

COMPLICACIONES MÁS IMPORTANTES. LESIONES NERVIOSAS

Es la complicación postoperatoria más seria.

Ocurre casi exclusivamente durante la cirugía del 3 cordal inferior.

Se afectan el nervio. Dentario inferior y en menor frecuencia el nervio lingual y el nervio bucal mayor con una frecuencia del 0.6–5%. El riesgo de lesionar el n. dentario inferiores en la cirugía del cordal inferior es del 0.5–5%, y en la mayoría de los casos se recupera espontáneamente siendo < 1% la tasa de lesiones permanentes.

La mejor recuperación es el n. alveolar inferior y es probablemente atribuible al hecho de que al ser un n. intraóseo los extremos dañados se aproximan mejor espontáneamente. Aunque la recuperación espontánea ocurre en los 9 primeros meses y que después de 2 años hay pocas probabilidades de recuperación espontánea.

EL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR:

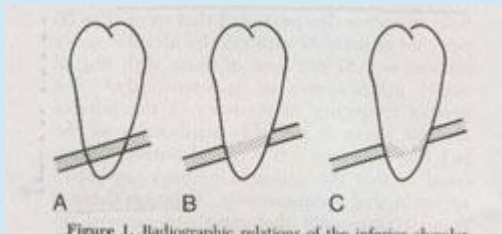
La lesión del nervio alveolar inferior ocurre por su relación anatómica con el 3 molar. La relación entre ambos puede ser prevista por la radiografía: panorex donde se aprecia el canal con una línea radiopaca superior e inferiormente:

- Si el canal es visto a través de las raíces del 3 molar manteniendo su anchura y sus corticales visibles superior e inferiormente, las raíces probablemente no están en relación con el nervio.
- Si las corticales del canal no se visualizan bien en la zona de la raíz del 3 molar, lo más probable es que el nervio esté grooving al diente
- Si existe una pérdida de las corticales con un estrechamiento del canal o está desplazado indica que existe una íntima relación entre el nervio y el diente, incluso las raíces pueden perforar el canal del dentario, con una alta probabilidad de ser lesionado durante la cirugía.

Son signos de alto riesgo significativo:

- Estrechamiento o desviación del canal del dentario
- Pérdida de la línea cortical del canal
- Aumento de la radiolucidez sobre la raíz
- Impactaciones completas
- Impactación horizontal
- Fresado que se extiende a los ápices
- Excesiva hemorragia en el alveolo durante la extracción, porque el tapón hemostático realizará compresión del nervio y la fibrosis posterior puede causar una lesión adicional
- Edad avanzada del paciente asociado a un procedimiento más dificultoso

En estos casos la técnica es necesario realizarla minimizando los riesgos (sección del diente). Aunque estos factores indican que el nervio se puede lesionar durante la extracción, esta complicación puede ocurrir independientemente de la presencia de estos factores.





EL NERVI0 LINGUAL

La incidencia de la lesión del n. lingual es más baja que la del n. dentario inferior: 0.02–0.06%. Sin embargo una vez lesionado su recuperación espontánea es menos frecuente, causa más disconfort al paciente y pueden acosonar pérdida del gusto

Su localización anatómica es variable y aunque comúnmente se piensa que está en la zona de la cortical lingual a nivel del tercer molar se puede localizar en cualquier sitio entre el músculo milohioideo y el reborde alveolar lingual.

Son factores de alto riesgo:

- La maniobra del despegamiento y protección de la encía lingual durante la exodoncia del 3 cordal
- Perforación de la tabla lingual por las raíces o por un quiste
- La técnica quirúrgica juega un roll importante. En el caso del nervio lingual si se demuestra su rotura es útil la reparación temprana del n. mediante técnicas microquirúrgicas, se ha relacionado con resultados favorables.

Las causas más comunes:

1. Lesiones directas:

Lesiones mecánicas (anestesia troncular, cirugía del 3 molar, osteotomías mandibulares, implantes dentales, cirugía preprotésica, exodoncia traumática, manejo traumático de los tejidos blandos, daño causado por el uso de instrumentos como fractura), surgicel en caso de sangrados, torundas de yodoformo, clorito férrico, así como otros materiales usados durante la endodoncia) suelen producir neuritis con disminución de la función temporalmente, 2 semanas

2. Lesiones indirectas:

Como resultado de un fenómeno fisiológico (infección de raíz, presión por hematomas, Edema postquirúrgico.)

La clínica es variada y puede ir desde la anestesia, parestesias o disestesias (parestesias dolorosas), hiperalgias o dolor que puede llegar a ser incapacitante, del territorio inervado, sinestesias (dificultad para localizar de forma rápida y precisa el estímulo aplicado) dificultad para establecer la calidad e intensidad del estímulo, todo ello producirán alteraciones en las funciones orales (hablar, masticar, mantener la higiene oral, besar, tocar determinados instrumentos de música...) que pueden producir una alteración psicosocial del paciente si el proceso es crónico.

El diagnóstico se realiza:

- Hª clínica: la clínica y la exploración: Es importante preguntar desde cuándo (tiempo de evolución).

La anestesia local se utiliza para diagnosticar. Si la anestesia local no elimina las disestesias factores psicológicos o patología asociada en el extremo proximal del nervio debe ser sospechada.

- Panorex de control para descartar una causa evidente en el territorio del nervio dañado (cuerpo extraño, resto dentario u óseo)
- TC tiene una utilidad limitada: para valorar las corticales y en caso del n. dentario un denta-scan para ver el canal óseo y descartar la existencia de un fragmento óseo o dentario que lo estuviera comprimiendo
- RNM de alta resolución con cortes axiales, coronales y sagitales. Ultrasonografía de alta resolución, permite ver desplazamiento del nervio, compresión extrínseca y disrupción del nervio por tumor o sección, igualmente permitiría valorar los extremos de un injerto nervioso después de la reconstrucción.

El seguimiento en estos pacientes es fundamental, en los casos de lesión nerviosa empieza a recuperarse a las 6–8 semanas y usualmente se completa en los 6–9 meses siguientes, pero después de 2 años la recuperación espontánea es rara. Igualmente, después de 6 meses la recuperación total también es rara. Por tanto, el seguimiento debe ser durante este periodo: existen un número de pautas de seguimiento y la más aceptada es al mes, 3m y después cada 6 meses/2 años.

El tratamiento será, mejorar las condiciones que favorezcan la curación del nervio (control de la causa siempre que sea posible)

Tratamiento no quirúrgico: Es la indicación primaria

Sus objetivos son: reducción del dolor, prevenir la adicción, prevenir las lesiones irreversibles originadas por la microcirugía, ayudar al paciente a llevar una vida normal.

Se puede dividir en varias categorías:

1. Tratamiento farmacológico
2. Rehabilitación: ejercicios de los tejidos tributarios, TENS, acupuntura, calor, ultrasonidos
3. Terapia psíquica conductual: yoga, técnicas de relajación, psicoterapia

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico para reparar el nervio lesionado o el tratamiento del dolor neuropático intratable es selectivo e individual para cada paciente.

Sus objetivos son: reducción de las sensaciones dolorosas, mejora de la detección de estímulos, restauración de los reflejos defensivos. La mejora o restauración de la pérdida del gusto es posible en algunos pacientes pero no siempre es predecible

La edad, estado general del paciente, tiempo de evolución de la lesión, tipo de lesión, técnica quirúrgica empleada y la suplencia vascular de los tejidos circundantes son factores que van a influir en los resultados de la microcirugía.

Evidencias de los tratamientos

- Microcirugía está indicada a los 4-6 meses
- No existe tasa de éxito para el n. alveolar
- Sí para el nervio lingual: mejoría 70%, excelente-buenos del 20%, recuperación del gusto del 50%
- Mejores resultados con la sutura, aunque el tiempo de evolución influirá en los resultados

METODOLOGÍA

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y PLANES DE CUIDADOS EN URGENCIAS

Enfermería contribuye trabajando con una metodología enfermera. Tratándose de pacientes preocupados, en ocasiones con grandes dolores o asustados por su sintomatología encontramos los siguientes diagnósticos enfermeros.

Diagnostico	Intervenciones. NIC/ Resultados NOC
Deterioro de la integridad tisular. 00044	NIC 4160: Control de la hemorragias: Identificar la causa de la hemorragia Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida 4020: Disminución de la hemorragia. Instruir al paciente y familia a cerca de los signos y acciones apropiadas para pararla.
	NOC 1101. Integridad tisular, piel y membranas

Diagnostico	Intervenciones. NIC/ Resultados NOC
Dolor agudo.00132 R/C Proceso quirúrgico	NIC 2210. Administración de analgésicos. Comprobar el historial de alergias. Conocer las características del dolor 1400 Manejo del dolor. Evaluar con el paciente la eficacia de las medidas de control del dolor que se hayan utilizado
	NOC 1605 Control del dolor/ 160502 Reconoce el comienzo del dolor 2102 Nivel del dolor/ 210203 Frecuencia del dolor/ 210204 Duración de los episodios del dolor

Diagnostico	Intervenciones. NIC/ Resultados NOC
-Ansiedad. 00146 R/C amenaza de cambio en el estado de salud M/P Inquietud, incertidumbre.	NIC 5820. Disminución de la ansiedad. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento. 5240. Presencia Escuchar las preocupaciones de la paciente Permanecer con la paciente para fomentar seguridad y disminuir los miedos
	NOC 1402. Control de la ansiedad 140204. Buscar información para reducir la ansiedad

BIBLIOGRAFÍA

- Antonia María Tomás Vidal. Planes de cuidados de enfermería. Modelo de referencia; Métodos e instrumentos. Ediciones Olalla 1996.
- Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3 Ed. Madrid 1996
- Wearingen, P.L. Ross, D.G. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones Enfermeras y Tratamientos Interdisciplinarios. 4ª Ed. Harcourt. Madrid. 2000.
- Valmesada-Castellon E. et al " Inferior alveolar nerve damage alter cogger third molar surgical extraction: a prospective study of 1117 surgical extractions". Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001. 92:337
- Miloro M et al. "Radiologic assessment of the trigeminal nerve". Oral and Maxillofac Surgery Clinics North America. 13:2. 2001.
- Gregg et al "An outcome análisis of clinical trials of the surgical treatment of traumatic trigeminal sensory neuropayhy. Oral and Maxillofac Surgery Clinics North America. 13:2. 2001.
- Sekhar C.H. et al "Role of antimicrobials in third molarsurgery: prospective, double blind,randomized, placebo-controlled clinical study". Br. J Oral Maxillofac Surg. 2001. 39:134.
- Bloomer C.R. et al "Alveolar osteitis prevention by inmediate placement of medicated parking". Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000. 90:282.
- Susarla et al. "Third molar surgery and associated complications". Oral and Maxillofac Surg Clinics. 15:2. 2003.
- Alan L et al. "Surgical exposure of impacted teeth. Oral and Maxillofac Surgery Clinics North America. 14:2. 2002.