

S. Pons Salvadó¹
L. Berini Aytés²
C. Gay Escoda³

1 Licenciada en Odontología.
Alumna del Máster de Cirugía
e Implantología Bucal.

2 Profesor Titular de Patología
Quirúrgica Bucal y Maxilofacial.
Profesor del Máster de Cirugía
e Implantología Bucal.

3 Catedrático de Patología
Quirúrgica Bucal y Maxilofacial.
Director del Máster de Cirugía e
Implantología Bucal.
Cirujano Maxilofacial del
Centro Médico Teknon. Barcelona.

Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Dr. Cosme Gay Escoda
C/ Ganduxer 140, 4º
08022 Barcelona
E-mail: cgay@bell.uib.es
<http://www.gayescoda.com>

Terceros molares inferiores incluidos. Revisión de 156 casos de germenectomías bilaterales

RESUMEN

En este estudio se revisaron 156 casos de germenectomías bilaterales extemporáneas de los terceros molares inferiores realizadas a 78 pacientes de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años. Los parámetros estudiados fueron el motivo de extracción, el grado de desarrollo del cordal, la edad del paciente, la angulación del germen y finalmente la aparición de complicaciones postextracción. La mayoría de pacientes intervenidos fueron de sexo femenino (60,3%), y la edad a la que se realizó el mayor número de extracciones fue a los 16 años (41,6%).

La principal causa de extracción fue por indicación del ortodoncista (43,6%), seguida muy de cerca por la extracción profiláctica (42,6%). La clínica de pericoronaritis fue motivo de extracción en un 12,8% de los casos.

Las complicaciones que aparecieron en el postoperatorio fueron todas reversibles y consistieron en cinco casos de alveolitis supurada, tres casos de inflamación y trismo, un caso de parestesia lingual y un caso de absceso facial

botonado. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la aparición de complicaciones postextracción cuando el motivo de la germenectomía era por clínica de pericoronaritis ($p < 0,05$). No se observó ninguna alteración de la sensibilidad del nervio dentario inferior, complicación relativamente frecuente en las extracciones de cordales en adultos (entre el 1 y el 5%) porque, al no estar completa la formación radicular del tercer molar, el riesgo de lesionar el nervio dentario inferior es menor.

PALABRAS CLAVE

Extracción profiláctica; Germenectomía del tercer molar; Complicaciones.

ABSTRACT

In this study 156 cases of bilateral germenectomy of third molars were compared. 78 patients (60,3% girls and 39,7% boys) aged 13 to 16 years were included

42 *in the study. The purpose of the present investigation was analysing the reason of germenectomy, the tooth formation, the age of the patient, the germen angulation and the complications after germenectomy. The most number of extractions were made at 16 years old (41,6%).*

The first cause of germenectomy was the orthodontist indication (43,6%) and the second one was prophylactic extraction (42,6%).

All postoperative complications were temporary and there were five cases of suppurate alveolitis, three cases of inflammation and trismus, one case of lingual nerve paresthesia and one case of cutaneous abscess. This study showed no significant difference in the complication rate when the cause of early removal of third molars was pericoronaritis ($p < 0,05$). There was no instance of mandibular nerve paresthesia because the root of germen was not formed and there is not relation with the nerve (incidence of mandibular nerve paresthesia in adult patients between 1 and 5%).

KEY WORDS

Prophylactic removal teeth; Germenectomy of third molar; Complications.

INTRODUCCIÓN

La erupción de los terceros molares inferiores generalmente se encuentra condicionada por la falta de espacio en la arcada dentaria. La inclusión del cordal es frecuente, éste puede quedar impactado contra el segundo molar, distalizado, totalmente intraóseo (sin sintomatología, tratándose de una inclusión muda), o submucoso; en este caso sí que es probable la presencia de clínica de pericoronaritis porque el sellado que proporciona la encía no es hermético y permite la filtración de saliva, detritus y gérmenes creando un medio séptico. Esta dificultad en la erupción de los terceros molares inferiores se debe a su formación tar-

día y a la involución que ha sufrido la mandíbula dando como resultado la falta de espacio para que este molar pueda erupcionar normalmente.

Hasta el momento no hay ningún estudio que pueda predecir de forma fiable si tendrá lugar la erupción o la retención de un cordal, por tanto la extracción profiláctica del germen del tercer molar se realiza de forma empírica.

La extracción profiláctica de gérmenes de terceros molares es un tema que despierta gran controversia, pero a la vez es un hecho poco estudiado. Hay pocos estudios que traten de las germenectomías de terceros molares, mientras que son muy numerosos los referidos a la extracción de cordales en adultos. Existen autores que creen conveniente realizar la extracción profiláctica, mientras que otros defienden la necesidad de conservar estos terceros molares todavía en fase de germen. Así Bruce y cols.⁽¹⁾, Osborn y cols.⁽²⁾, Hinds y Frey⁽³⁾, y Chiles y Cosentino⁽⁴⁾ defienden que la extracción profiláctica del germen es una terapéutica correcta y beneficiosa para el paciente ya que le evitará una serie de complicaciones que potencialmente pueden ir asociadas a la inclusión del tercer molar, como pericoronaritis, patología quística o neurológica, patología periodontal del segundo molar o apiñamiento dentario anterior. Para otros autores como Chiapasco y cols.⁽⁵⁾ y Leonard⁽⁶⁾ hay que dar la oportunidad al germen del cordal para que erupcione, ya que en el futuro puede utilizarse como pilar de una prótesis o incluso servir de anclaje en un tratamiento ortodóncico.

Otro tema en debate es si en el postoperatorio de las germenectomías de terceros molares existe menor morbilidad que en la extracción de este molar con su formación radicular completada.

El objetivo de este estudio es valorar cuáles son las ventajas que proporciona la germenectomía de los terceros molares inferiores respecto a la extracción de estos molares en edad adulta.

PACIENTES Y MÉTODO

Para realizar este estudio retrospectivo se hizo una



Figura 1. Protección del lado lingual del colgajo con el periostótomo de Freer.



Figura 2. Ostectomía mediante pieza de mano y fresa redonda de carburo de tungsteno del número 8.

selección de pacientes de la base de datos del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona de los años 1996 y 1997. Los requisitos para formar parte del estudio eran una edad máxima de los pacientes de 16 años, que el motivo de consulta fuese la extracción bilateral extemporánea de los gérmenes de los dos cordales inferiores, y que se hubiera realizado el control postoperatorio a la semana de la extracción.

La técnica quirúrgica estandarizada que realizamos en nuestro equipo para la extracción de cordales inferiores es la siguiente:

- Aplicación de anestésico local (Articaína al 4% con adrenalina al 1:100.000). Generalmente se inyecta un carpule de 1,8 ml para el bloqueo troncular de los nervios dentario inferior y lingual mediante la técnica directa y aguja larga de 38 mm y bisel corto, y medio carpule para infiltrar el fondo del vestíbulo (nervio bucal).
- Preparación de un colgajo triangular de grosor completo, tras una incisión distal sobre el triángulo retromolar y una descarga, que generalmente hacemos por mesial del segundo molar, para tener un mejor campo quirúrgico debido a la profundidad del germen del tercer molar inferior.
- Despegamiento de un colgajo mucoperiostico con

el periostótomo de Freer, y protección de la parte lingual del colgajo con este mismo instrumento (Fig. 1).

- Ostectomía con pieza de mano y fresa redonda de carburo de tungsteno del número 8 irrigando con suero fisiológico estéril, hasta visualizar tres cuartas partes de la corona del germen o hasta la línea amelocementaria, en caso de que éste haya iniciado la formación radicular (Fig. 2).
- Odontosección siguiendo el eje longitudinal del molar pasando por la bifurcación radicular. Evitamos así la necesidad de realizar una ostectomía más amplia.
- Extracción de las dos mitades del germen mediante la aplicación de los botadores de Pott y limpieza minuciosa del alvéolo, realizando un meticuloso legrado e irrigación con abundante suero fisiológico estéril (Fig. 3).
- Reposición del colgajo a su lugar inicial mediante la sutura con puntos simples y aguja atraumática (C16) y seda de 3/0.

Se revisó la historia clínica de todos los pacientes y se valoró su edad en el momento de la extracción, el sexo del paciente, el motivo de la extracción, el estadio de Nolla (sobre la ortopantomografía) y si existía compromiso del hueso alveolar por distal del segun-



Figura 3. Legrado e irrigación del alvéolo con suero fisiológico estéril.

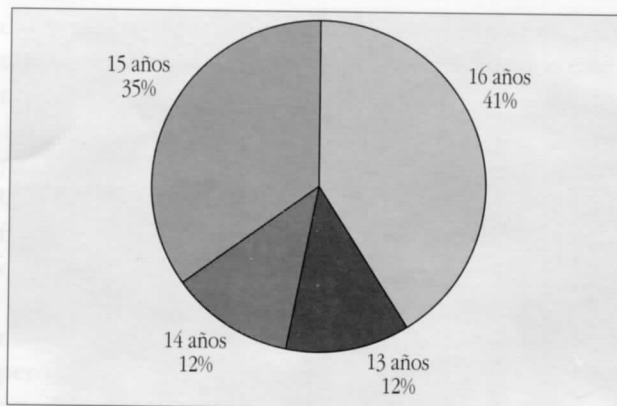


Figura 4. Edades en las que se realizaron las germenectomías de terceros molares inferiores.

do molar; es decir, se comprobó si no existía una separación ósea entre la raíz distal del segundo molar y el germen del cordal inferior, lo cual favorecerá la aparición de una bolsa periodontal. También se estudió la angulación del cordal respecto al eje longitudinal del segundo molar, y finalmente, si habían aparecido complicaciones tras la extracción.

Se valoró la frecuencia de aparición de complicaciones postoperatorias cuando el motivo de la extracción era la presencia de un proceso infeccioso (pericoronaritis) respecto a la extracción profiláctica, mediante el test de chi cuadrado.

RESULTADOS

El número de pacientes incluidos en este estudio fue de 78, lo que se corresponde con 156 germenectomías de terceros molares inferiores.

La mayor parte de las extracciones se realizaron a pacientes de sexo femenino, que representaron el 60,3% de los pacientes intervenidos.

Un 41,6% de los pacientes tenía 16 años, seguido del grupo de 15 años que representó el 35,1%. Los grupos de pacientes de 14 y 13 años estuvieron formados por el mismo número de individuos (11,7% cada uno). No se realizó ninguna germenectomía a pacientes menores de 13 años (Fig. 4).

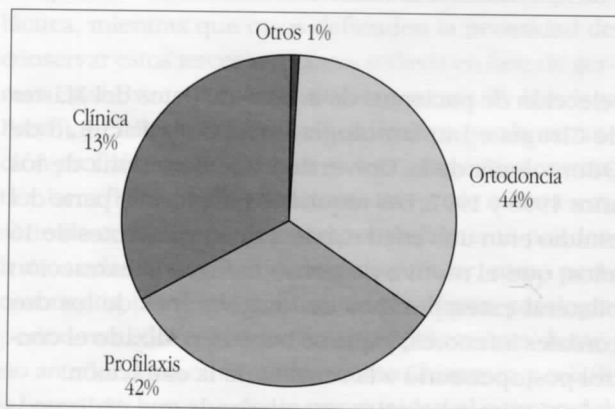


Figura 5. Motivo que indicó la extracción quirúrgica.

La principal indicación de germenectomía de terceros molares inferiores fue por recomendación del ortodoncista (43,6%), en pacientes con aparatología fija o que la habían llevado anteriormente, para evitar recidivas de apiñamiento dentario mandibular anterior, seguida muy de cerca por la extracción profiláctica (42,3%) porque se preveía falta de espacio, o bien porque la presencia del cordal representaba una amenaza potencial para el buen estado periodontal del segundo molar inferior. La existencia de pericoronaritis fue la causa de extracción en el 12,8% de los casos, y únicamente un 1,3% de pacientes, además de la indicación por parte del ortodoncista, presentaba también

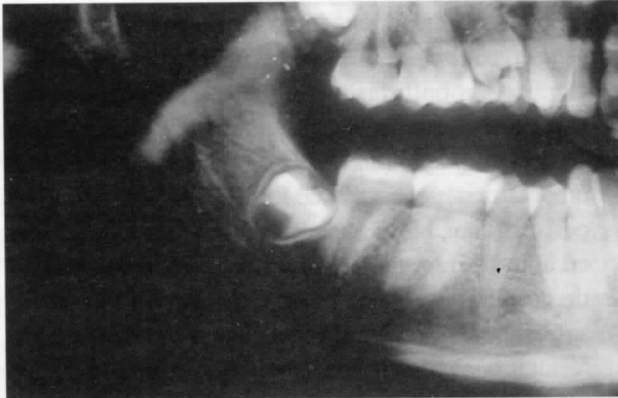


Figura 6. Ortopantomografía en la que se observa el germe de un tercer molar inferior.

sintomatología de pericoronaritis asociada al tercer molar inferior (Fig. 5).

El estadio de Nolla más frecuente en los pacientes de 16 años (que fue la edad a la que se realizaron el mayor número de extracciones) fue de 8. La media del estadio de Nolla del lado derecho en pacientes de 16 años fue de 7,31 y de 6,48 para los de menos de 16 años. En el lado izquierdo fueron de 7,34 y 6,48, respectivamente. Se observó un desarrollo radicular de los terceros molares inferiores simétrico; sólo en tres de los 78 pacientes revisados los estadios de Nolla eran distintos para ambos lados (Fig. 6).

Se valoró la angulación de los gérmenes de los terceros molares inferiores respecto al eje longitudinal del segundo molar en la ortopantomografía. En el lado izquierdo un 1,3% de los gérmenes presentaban una angulación de 45° , un 14,3% superior a 45° y un 84,4% inferior a 45° . En el lado derecho un 15,6% presenta-



Figura 7. Absceso facial botonado con drenaje tipo Penrose.

ban una angulación superior a 45° y un 84,4% inferior a 45° . Así pues vemos que la angulación de los gérmenes era prácticamente simétrica para el lado derecho e izquierdo.

Finalmente revisamos la aparición de complicaciones postexodoncia, que se observaron en el 6,4% de los casos.

Las complicaciones que aparecieron fueron todas reversibles y consistieron en (Tabla 1):

- Alveolitis supuradas: 5 casos (en un paciente se asoció con una adenitis submaxilar reactiva).
- Inflamación y trismo: 3 casos.
- Parestesia lingual: 1 caso que se recuperó espontáneamente a los dos meses.
- Absceso facial botonado: 1 caso (Fig. 7).

Mediante el test de Chi cuadrado se comprobó que no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de las complicaciones postex-

Tabla 1 Complicaciones observadas tras las germenectomías de terceros molares inferiores

Complicaciones	Nº de casos	Tratamiento	Evolución
Alveolitis supurada	5	Antibiótico	Remisión en 7 a 15 días
Inflamación y trismo	3	Antiinflamatorios, calor local y fisioterapia	Remisión en 7 a 15 días
Parestesia del nervio lingual	1	Conducta expectante	Remisión total a los dos meses
Absceso botonado	1	Antibioticoterapia y drenaje quirúrgico	Curación total a los 10 días de realizar el drenaje

46 tracción cuando la indicación de la exodoncia quirúrgica era por presencia de manifestaciones clínicas o por profilaxis ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Aproximadamente un 10% de la población tiene agenesia de algún cordal⁽⁷⁾. Un 20% de los terceros molares erupcionan y consiguen establecer una oclusión correcta⁽⁸⁾. Así, quedaría un grupo formado por el 70% de la población en el que se produciría una erupción patológica o en la que el cordal quedaría impactado (se aplica el término de diente impactado a cualquier diente parcial o totalmente no erupcionado, colocado contra otro diente, hueso o tejidos blandos, con lo que su posterior erupción será imposible⁽⁹⁾). En una revisión bibliográfica sobre inclusiones dentarias realizada por Ruiz Mirete y Gay Escoda⁽¹⁰⁾ se confirma que los terceros molares inferiores son los que con más frecuencia quedan impactados.

La extracción profiláctica de los terceros molares estaría indicada para prevenir las futuras complicaciones de naturaleza quística o infecciosa que con frecuencia acompañan a dientes incluidos o con alteraciones de la erupción. Muchos autores, entre ellos Gay Escoda y Berini⁽⁹⁾, consideran como extracción profiláctica la que se realiza entre los 18 y los 22 años de edad, momento en el que ya se ha iniciado la mineralización del tercio radicular inferior.

Revisando la bibliografía podemos considerar distintos tipos de germenectomía según la edad del paciente:

- Germenectomía muy prematura, antes de la erupción de los segundos molares, es decir antes de los 12 años. Ésta es una indicación poco recomendable, porque en este momento el paciente es todavía muy joven y tolerará mal la intervención; además hay riesgo de lesionar el germen del segundo molar inferior.
- Germenectomía precoz, realizada entre los 12 y los 16 años, que es la que se corresponde con la edad de los pacientes de nuestro estudio y cuya indica-

ción suele ser propuesta por el ortodoncista para asegurar la retención postratamiento ortodóncico. Uno de los partidarios de realizar la germenectomía en esta edad es Sentilhes⁽¹¹⁾ quien precisa que se debería prescindir de la edad del paciente y valorar sólo el estado de mineralización de los terceros molares y el espacio disponible a los catorce años, para evitar el brote eruptivo (que coincide con la mineralización del tercio apical) y realizar así la extracción antes de que aparezcan manifestaciones patológicas.

- Germenectomía ecléctica o racional, ya que aquí suelen coincidir los intereses del cirujano bucal y del ortodoncista: es aquella que se realiza aprovechando el brote eruptivo; en este momento ya se ha iniciado la mineralización del tercio radicular inferior habiéndose completado la reabsorción de la rama ascendente, además el grosor de hueso que recubre el germen no es excesivo. Esta época suele ser para las chicas a los 16 años y a los 18 años para los chicos.
- Germenectomía tardía hacia los 20-22 años en los que la corona está prácticamente submucosa y la raíz está casi completamente formada.

Si bien hay muchos estudios que intentan predecir si se producirá la impactación del tercer molar inferior o si éste llegará a erupcionar, no existen datos fiables que nos den la respuesta. Lo que sí se ha observado son una serie de factores que favorecen la erupción o la impactación del cordal. Richardson⁽¹²⁾ realizó un estudio cefalométrico longitudinal en 45 individuos de edades entre los 10 y los 18 años y concluyó que no era posible predecir si un cordal inferior erupcionaría o no, pero observó una mayor facilidad de erupción en aquéllos que se desarrollaban antes. También vio que otros parámetros como un menor crecimiento óseo, un ángulo goníaco cerrado y un gran tamaño del diente influyen pero no son determinantes para preveer que se producirá una impactación.

Olive y Basford⁽¹³⁾ estudiaron la distancia entre la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar en 30 cefalometrías y encontraron una relación significativa de este parámetro con la impactación; sin

embargo no encontraron una relación estadísticamente significativa con el patrón esquelético facial.

Svensden y Björk⁽¹⁴⁾ en un estudio longitudinal de 91 pacientes observaron que la impactación del tercer molar inferior era consecuencia de una mineralización tardía de este molar junto con una madurez física precoz, donde unas condiciones de espacio desfavorables podrían ser el factor precipitante.

Ya que no es posible predecir la evolución del tercer molar hay autores que sí son partidarios de realizar su germenectomía profiláctica de forma sistemática para evitar la aparición de complicaciones asociadas a su erupción anormal. Así, Bruce y cols.⁽¹⁾, Osborn y cols.⁽²⁾, Hinds y Frey⁽³⁾, y Chiles y Cosentino⁽⁴⁾ creen que la edad ideal de extracción estaría entre los 13 y los 19 años, ya que en edades más avanzadas aumenta el número de complicaciones postoperatorias.

Para Ustrell y Gay Escoda⁽¹⁵⁾ la extracción de los terceros molares estaría indicada en aquellos casos en los que se observa una falta de espacio o una malposición de estos molares. El momento adecuado para la extracción sería al finalizar la reabsorción de la rama ascendente mandibular (generalmente a los 17 años en chicos y a los 15 años en chicas).

Virgili y cols.⁽¹⁶⁾ están a favor de la extracción de los terceros molares ante el primer episodio de pericoronaritis ya que éste será significativo de la existencia de cierto grado de dificultad en la erupción.

Otros autores se muestran mucho más conservadores, como Chiapasco y cols.⁽⁵⁾, que consideran que la germenectomía debería efectuarse exclusivamente después de analizar la relación coste/beneficio, para finalmente indicar la extracción en los siguientes casos: alteraciones morfoestructurales o inclusiones ectópicas, imposibilidad de erupción del cordal por alteraciones displásicas del germen o patología de la mandíbula, para ganar espacio en el segmento posterior cuando la distalización del primer y segundo molar es necesaria, y en caso de excesivo crecimiento mandibular anteroposterior o severa discrepancia dentoalveolar. En esta misma línea de opinión, Leonard⁽⁶⁾ concluye que la extracción del tercer molar sólo debe rea-

lizarse después de valorar todas las posibles consecuencias de este tratamiento.

Gay Escoda y Ruiz Mirete⁽¹⁷⁾ creen que la abstención terapéutica ante una inclusión dentaria puede estar indicada ante una enfermedad sistémica que contraindique la extracción, ante la aparición de complicaciones graves secundarias a la extracción (lesiones óseas, nerviosas o pérdida de otros dientes) o ante la ausencia de sintomatología clínica y manifestaciones locales o regionales; siendo conscientes que cualquier diente incluido, asintomático en la actualidad, tiene potencial de producir trastornos en el futuro.

Para Lytle⁽¹⁸⁾ es importante realizar la extracción precoz de los gérmenes impactados contra los segundos molares porque, a menor edad del paciente más rápida será la formación de hueso en el defecto óseo posterior a la extracción, reduciéndose de forma significativa el riesgo de aparición de una bolsa periodontal por distal del segundo molar tras la exodoncia. En esta misma línea, un trabajo de Kugelberg⁽¹⁹⁾ demuestra que el estado periodontal de la cara distal del segundo molar puede mejorar espontáneamente a largo plazo después de la extracción del tercer molar inferior impactado, especialmente en pacientes jóvenes.

De igual manera, Colmenero y cols.⁽²⁰⁾ opinan que tras la extracción de los terceros molares pueden quedar defectos periodontales por distal del segundo molar. Además cuando los cordales se encuentran parcialmente incluidos es muy frecuente la aparición de una bolsa periodontal en la superficie distal del segundo molar, ya que se favorece la retención de restos alimentarios y la higiene en la zona del molar semierupcionado quedará comprometida. Por todo ello aconsejan la extracción temprana de los gérmenes de los terceros molares sintomáticos, y en el caso de los asintomáticos esperar hasta los 25-26 años para ver si tienen una erupción espontánea completa. Nunca recomiendan realizarlas después de los 35 años porque la morbilidad y el riesgo de patología periodontal con grandes pérdidas de inserción aumenta de forma acusada.

Según Donado⁽²¹⁾ deben extraerse aquellos corda-

48

les incluidos que tengan una angulación igual o superior a 45° porque, a causa de su inclinación, en el momento de la erupción, el molar no sufrirá un movimiento de enderezamiento y distalización suficiente para colocarse correctamente en la arcada. En nuestro estudio se valoró la angulación del eje longitudinal del germen del tercer molar inferior respecto al eje longitudinal del segundo molar en la ortopantomografía, y se encontró que tanto en el lado izquierdo como en el derecho un 15% de los gérmenes extraídos presentaba una angulación igual o superior a 45° . Si no se hubieran realizado las germenectomías de estos cordales con marcada inclinación es muy probable que, a largo plazo, se observara la aparición de patología periodontal del segundo molar, bien por la impactación del cordal contra éste con la consecuente pérdida de la cresta ósea distal del segundo molar, o bien por quedar semierupcionados con la formación de una bolsa periodontal por distal del segundo molar, tal como mencionan Colmenero y cols.⁽²⁰⁾

Uno de los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes que acuden para la extracción del tercer molar inferior es la sensación subjetiva de presión en los dientes anteroinferiores que el paciente asocia a un posible apiñamiento de este grupo dentario. A pesar de ello no se ha demostrado una relación directa entre la inclusión del tercer molar y el apiñamiento dentario inferior⁽¹⁾. Según López-Areal⁽²²⁾ este apiñamiento es un problema multifactorial en el que también influyen otros procesos relacionados con el crecimiento y la maduración de las estructuras bucofaciales.

En nuestro estudio se observó que la mayoría de los pacientes a los que se les realizó la germenectomía eran del sexo femenino. Esto podría sugerir que en las adolescentes el desarrollo de los cordales inferiores se produce de una forma más precoz que en los chicos; no obstante, hay estudios como los de Levesque y cols.⁽²³⁾ y Engström y cols.⁽²⁴⁾ que confirman que las diferencias entre ambos sexos en la formación y maduración de los terceros molares inferiores son insignificantes.

Un 6,4% de los pacientes intervenidos en nuestro

estudio presentaron complicaciones postoperatorias. Todas ellas fueron reversibles y de corta duración a excepción de una parestesia del nervio lingual que tardó dos meses en remitir, y un absceso facial botonado que requirió tratamiento quirúrgico. Las otras complicaciones se habían solucionado ya en el segundo control realizado quince días después de la extracción. Una de las ventajas de realizar germenectomías es que hay un menor riesgo de producir parestesia del nervio dentario inferior, ya que las raíces del tercer molar no están totalmente formadas y por tanto la relación con el nervio es inexistente o mucho menos evidente que en el adulto. En nuestra serie no hemos observado ninguna parestesia del nervio dentario inferior y en la bibliografía revisada tampoco se refiere ningún caso de alteración sensitiva de este nervio tras la germenectomía de terceros molares inferiores, mientras que en el adulto la parestesia del nervio dentario inferior no es una complicación rara. Según un estudio prospectivo realizado por Goldberg y Albraith⁽²⁵⁾, las alteraciones sensitivas de este nervio son una complicación postoperatoria que aparece tras la extracción del cordal inferior con una frecuencia comprendida entre el 1 y el 5%. En el estudio de Carmichael y McGowan⁽²⁶⁾ sobre 1339 molares intervenidos quirúrgicamente se halló una frecuencia de un 0,9% de lesiones del nervio dentario inferior después de un año de la exodoncia.

Roca y cols.⁽²⁷⁾ y Richards⁽²⁸⁾ revisaron las diferentes técnicas de diagnóstico por la imagen (ortopantomografía, radiografías periapicales y oclusales y tomografía computadorizada) para determinar el trayecto y la situación del conducto dentario inferior con respecto a los ápices.

Chiapasco y cols.⁽⁵⁾, en un estudio en el que agruparon a los pacientes por edades, estudiaron la aparición de complicaciones postoperatorias y encontraron que en el grupo de pacientes de 9 a 16 años aparecían en el 2,6% de los casos, en el grupo de 17 a 24 años en el 2,8%, mientras que en el grupo de pacientes de más de 24 años la frecuencia aumentaba hasta el 7,4%. Según Preshaw y Fisher⁽²⁹⁾, la frecuencia de aparición de complicaciones tras la extracción de un

cordal es del 10%. En el estudio de Chiapasco y cols.⁽⁵⁾ obtuvieron un porcentaje muy bajo de complicaciones (de un 2,6%), mientras que en nuestro estudio éstas se observaron en un 6,4% de los pacientes intervenidos. No obstante, para contrastar resultados tendríamos que saber qué es lo que ellos consideraron como complicación porque, dependiendo del criterio de los autores, los resultados pueden variar notablemente, pero lo que sí parece claro es que en las germenectomías de terceros molares inferiores disminuye el riesgo de aparición de complicaciones postextracción.

Sería lógico pensar que existe una correlación entre la duración de la intervención y la morbilidad en el postoperatorio, así como una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias. Así lo afirman Lombardía y cols.⁽³⁰⁾ que en su estudio sobre 500 pacientes estudiaron el dolor postoperatorio y concluyeron que, a mayor dificultad y duración del acto quirúrgico se observaba mayor intensidad y duración del dolor postoperatorio. Contrariamente Fisher y cols.⁽³¹⁾ no encontraron ninguna correlación positiva entre las variables -edad del paciente, tiempo operatorio, experiencia del cirujano, presencia o ausencia de pericoronaritis y grado de retención- y los niveles de dolor registrados durante las primeras ocho horas después de la cirugía del tercer molar inferior. En nuestro estudio no se pudo demostrar la relación entre la presencia de sintomatología de pericoronaritis asociada al tercer molar inferior y una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias.

Algunos autores franceses como Le Toux⁽³²⁾ han des-

critado la aparición de una complicación postoperatoria infecciosa denominada «celulitis del día 21», que consiste en una tumefacción cutánea (con frecuencia localizada a nivel del primer molar inferior) ligeramente dolorosa a la palpación que se observa a la 3ª ó 4ª semana y que generalmente remite con tratamiento antibiótico. En algún caso puede cronificarse y aparece un absceso facial botonado, que además de tratamiento antibiótico, requiere desbridamiento cutáneo con la colocación de un drenaje tipo Penrose, como ocurrió en uno de los pacientes de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

- En las germenectomías de los terceros molares inferiores, la morbilidad es menor respecto a la extracción quirúrgica de los cordales efectuada en los adultos.
- En nuestra serie no se ha producido ningún caso de lesión del nervio dentario inferior, mientras que en el adulto esta complicación postextracción tiene una incidencia de entre el 1 y el 5%.
- La posibilidad de generar un defecto periodontal postoperatorio por distal del segundo molar inferior, como ocurre con frecuencia en el adulto, es remota, ya que la regeneración ósea en pacientes jóvenes se produce a una velocidad muy superior a la del adulto.
- La existencia de clínica previa no parece implicar que aparezca un mayor número de complicaciones en el postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruce RA, Frederickson GC, Small GS. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J Am Dent Assoc* 1980;**101**:240-245.
2. Osborn ThP, Frederickson G, Small IA, Torgerson ThS. A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1975;**43**:767-769.
3. Hinds EC, Frey KF. Hazards of retained third molars in older persons: report of 15 cases. *J Am Dent Assoc* 1980;**101**:246-250.
4. Chiles DG, Cosentino BJ. The third molar question: report of cases. *J Am Dent Assoc* 1987;**115**:575-576.
5. Chiapasco M, Crescentini M, Romanoni G. Germenectomy or delayed removal of mandibular impacted third molars: the relationship between age and incidence of complications. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;**53**:418-422.
6. Leonard MS. Extracción de terceros molares: revisión para el odontólogo general. *Arch Odontostomatol* 1992;**8**:164-171.
7. Schersten E, Lysell L, Rohlin M. Prevalence of impacted third molars in dental students. *Swed Dent J* 1989;**13**:7-13.
8. González N, Harena R. Radiographic study of formation and calcification of the third molar. *Pract Odontol* 1990;**11**:27-28.

9. Gay Escoda C, Berini L. *Cirugía Bucal*. Madrid: Ergon, 1999.
10. Ruiz Mirete P, Gay Escoda C. ¿Qué hacer con los dientes incluidos? *Ortod Esp* 1982;**26**:129-136.
11. Sentilhes C. Indications des germenectomies des dents de sagesse. *Rev Odontostomatol* 1988;**17**:199-209.
12. Richardson ME. The etiology and prediction of mandibular third molar impaction. *Angle Orthod* 1977;**47**:165-172.
13. Olive RJ, Basford KE. Transverse dento-skeletal relations and third molar impaction. *Angle Orthod* 1981;**51**:41-47.
14. Svendsen H, Björk A. Third molar impaction: a consequence of late M3 mineralization and early physical maturity. *Eur J Orthod* 1988;**10**:1-12.
15. Ustrell JM, Gay Escoda C. Revisión conceptual sobre el tercer molar. *Ortod Esp* 1990;**31**:211-218.
16. Virgili AM, Berini L, Gay Escoda C. Criterios de extracción de los terceros molares incluidos. *An Odontostomatol* 1996;**1**:27-35.
17. Gay Escoda C, Ruiz Mirete P. Tratamiento de los dientes incluidos. *Rev Act Estomatol Esp* 1988;**48**:27-36.
18. Lytle JJ. Indicaciones y contraindicaciones para la eliminación del diente impactado. *Clin Odontol Norteamer* 1979;**3**:333-335.
19. Kugelberg C. Periodontal healing two and four years after impacted lower third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990;**19**:341-345.
20. Colmenero C, Restoy A, Carrera G, López V. Técnicas de preservación periodontal en la extracción de terceros molares. *Arch Odontostomatol* 1998;**14**:137-145.
21. Donado M. *Cirugía Bucal. Patología y técnica*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 1998.
22. López-Areal V. Cordales y apiñamiento incisivo tardío: una revisión. *Arch Odontostomatol* 1994;**10**:603-610.
23. Levesque GY, Demirjian A, Tanquay R. Sexual dimorphism in the development, emergence and agenesis of the mandibular third molar. *J Dent Res* 1981;**60**:1735-1741.
24. Engström C, Engström H, Sagne S. Lower third molar development in relation to skeletal maturity and chronological age. *Angle Orthod* 1983;**53**:97-106.
25. Goldberg MH, Albraith DA. Late onset of mandibular and lingual dysesthesia secondary to postextraction infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;**58**:269-271.
26. Carmichael F, McGowan D. Incidence of nerve damage following third molar removal: a west of Scotland oral surgery research group study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992;**30**:78-82.
27. Roca L, Félez J, Berini L, Gay Escoda C. Técnicas radiológicas para la identificación anatómica del conducto dentario inferior respecto al tercer molar inferior. *An Odontostomatol* 1995;**2**:44-48.
28. Richards AG. Roentgenographic localization of the mandibular canal. *J Oral Maxillofac Surg* 1952;**10**:273-279.
29. Preshaw PM, Fisher SE. Routine review of patients after extraction of third molars: is it justified. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997;**35**:393-395.
30. Lombardía E, González M, Junquera L, Gener M. Estudio del dolor postoperatorio habido tras la extracción de terceros molares inferiores. *Rev Esp Cir Oral Maxillofac* 1989;**11**:98-101.
31. Fisher SE, Frame JW, Rout PG. Factors affecting the onset and severity of pain following the surgical removal of unilateral impacted mandibular third molar teeth. *Br Dent J* 1988;**164**:351-354.
32. Le Toux G. Complications infectieuses des germenectomies des dents de sagesse mandibulaires. *Le Chirurgien Dentiste de France* 1994;**684/685**:95-98.