



Sáez-Cuesta, Úrsula

# Estudio del postoperatorio de 100 terceros molares mandibulares incluidos, en relación a la edad, el sexo, el tabaco y la higiene bucal

Postoperative study in 100 impacted mandibular third molars and his relation with age, sex, smoking and oral hygiene

Sáez-Cuesta, Úrsula\*

Peñarrocha-Diago, Miguel\*\*

Sanchis-Bielsa, José María\*\*\*

Gay-Escoda, Cosme\*\*\*\*

\* Odontóloga. Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.

\*\* Profesor Titular de Medicina Bucal. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.

\*\*\* Profesor Asociado de Medicina Bucal. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.

\*\*\*\* Catedrático de Cirugía Bucal y Maxilofaxial. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

## Correspondencia

Miguel Peñarrocha Diago  
Unidad Médico-Quirúrgica  
Clínica Odontológica  
C/ Gascó Ollag, 1  
46010 Valencia

**Resumen:** La extracción del tercer molar inferior incluido provoca efectos secundarios como dolor, inflamación y trismo. Presentamos un estudio cuyo objetivo fue relacionar la edad, el sexo, el tabaco y la higiene oral con el postoperatorio de 100 de terceros molares inferiores incluidos. La edad, el sexo y el consumo de tabaco no influyeron significativamente en el postoperatorio. Sólo hallamos una correlación estadísticamente significativa entre la higiene oral y el dolor a las 6 horas de la exodoncia.

**Palabras clave:** Terceros Molares Inferiores Incluidos, Cirugía Oral, Dientes Incluidos.

**Abstract:** Surgical removal of mandibular third molars is normally followed by an inflammatory reaction characterized by pain, swelling, and trismus. The purpose of this study was to compare the preoperative variables (age, sex, smoking habits and oral hygiene), with the postoperative in 100 impacted mandibular third molars. The age, the sex and smoking habits showed no significant difference with the postoperative pain, trismus and swelling. Significant statistically us increase of the pain was found in the group of the poor oral hygiene, but not the swelling.

**Key words:** Impacted Mandibular Third Molar, Oral Surgery, Impacted Tooth .

BIBLID [1138-123X (1999)4:5; septiembre-octubre 445-548]

Sáez-Cuesta U, Peñarrocha-Diago M, Sanchis-Bielsa JM, Gay-Escoda C. Estudio del postoperatorio de 100 terceros molares mandibulares incluidos, en relación a la edad, el sexo, el tabaco y la higiene bucal. RCOE 1999; 4(5): 471-475

## Introducción

La extracción del tercer molar inferior incluido provoca efectos secundarios como el dolor, la inflamación y el trismo. Para algunos autores<sup>1-4</sup>, estos efectos secundarios son mayores en pacientes de más edad; en cambio, otros<sup>5</sup> no encontraron ésta relación significativa. Según algunos trabajos el sexo no influye significativamente en el postoperatorio<sup>3,4</sup>; aunque hay estudios que refirieron mayor dolor en las mujeres<sup>6,7</sup> y otros en los hombres<sup>2</sup>. Con respecto al tabaco, Infante y cols.<sup>3</sup> refirieron más dolor en pacientes fumadores, y Capuzzi y cols.<sup>2</sup> no encontraron relación del tabaco con el dolor y la inflamación. No hemos encontrado referencias, en la literatura revisada, con respecto a la higiene oral y el dolor e inflamación tras la exodoncia de cordales.

Estudiamos el postoperatorio de 100 pacientes sometidos a la extracción de terceros molares inferiores incluidos, con el fin de analizar su relación con la edad, el sexo, el tabaco, y la higiene oral.

## Pacientes y método

### Pacientes.

Se ha seleccionado una muestra de 100 pacientes sanos, mayores de 18 años, con terceros molares mandibulares incluidos (óseos, submucosos o sem incluidos), que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio. Fueron 39 hombres y 61 mujeres, siendo la edad media de 25 años. Los pacientes con infección local aguda no se consideraron.

### Procedimiento quirúrgico.

Las intervenciones fueron realizadas a todos los pacientes en el mismo quirófano ambulatorio, con idéntico material e instrumental quirúrgico, por un equipo de cirujanos de similar experiencia (alumnos del Master de Cirugía e Implantología Bucal de 2º curso). Se anestesió en todos los casos el nervio dentario inferior, el lingual y el bucal; con dos carpules de 1,8 ml de solución anestésica de lidocaína al 2 % y epinefrina al 1:100.000. La incisión realizada constaba de dos trayectos: uno distal, desde la parte posterior del triángulo retromolar hasta el segundo molar; y otro anterior, oblicuo en la zona mesial del segundo molar. El despegamiento fue siempre mucoperiostico, practicado con un periostótomo. Una vez extraído el molar se revisó la cavidad, y se suturó con seda de 2-0.

### Datos recogidos.

Registramos los siguientes datos: edad, sexo, consumo de tabaco, e higiene oral. Establecimos diversos grupos de edad: 1) menores o iguales a 25 años; 2) entre 26 y 35; 3) mayores de 35. El tabaco se codificó como 1) no fuma; 2) hasta 10 cigarrillos al día; 3) entre 11-20 cigarrillos al día; y 4) más de 20 cigarrillos al día. La higiene se evaluó utilizando el IHO-S (índice de higiene oral simplificado)<sup>8</sup>, para su obtención se midió la presencia de placa y cálculo en las superficies vestibulares del incisivo central superior derecho, incisivo central inferior izquierdo, primeros molares superiores, y en la superficie lingual de los primeros molares inferiores. Se cuantificó como buena si el valor estaba entre 0-1,2, regular entre 1,3-3, y mala entre 3,1-6.

El dolor y la inflamación se registraron por escrito y de forma personal

por cada paciente a las 2, 6 y 12 horas después, y cada día, durante los siete primeros días del periodo postoperatorio. Para valorar el dolor se utilizó una escala analógica visual de 1 a 10, y para la inflamación se utilizó una escala de valoración subjetiva con cuatro parámetros: no hay inflamación, leve, moderada o severa<sup>2,5</sup>. Antes de la intervención se anotó la apertura bucal interincisiva máxima activa en milímetros, con una regla milimetrada, desde el borde incisal del primer incisivo superior derecho hasta el borde incisal del primer incisivo inferior derecho. Todos los pacientes fueron medicados con amoxicilina (500 mg 1/8 horas durante seis días), e ibuprofeno (400 mg 1/8 horas durante tres días). Únicamente los pacientes que cumplieron la medicación fueron considerados para el estudio.

En el postoperatorio a las 48 horas y a los 7 días valoramos, la disminución de la apertura bucal, y el número de cápsulas de analgésicos (metamizol) consumidas por el paciente.

### Tratamiento Estadístico.

Realizamos un análisis descriptivo de cada una de las variables, y estudiamos las asociaciones entre las diversas variables cualitativas por medio de la prueba del «chi cuadrado» (X<sup>2</sup>), para las variables cuantitativas utilizamos la «t» de student, verificando en cada caso si las varianzas eran homogéneas. Además, se ha calculado el porcentaje de varianza asociado con la pertenencia a los grupos, en aquellos casos en los que los resultados fueron significativos. En los análisis en que existían más de dos grupos se utilizó un análisis de varianza de efectos fijos de un factor, verificándose igualmente en cada caso los supuestos matemáticos pertinentes.

## Resultados

**Tabla 1. Relación de la edad con el postoperatorio**

	<25 años	25-35 años	>35 años	p
Nº pacientes	64	24	12	
Dolor 6h	3.8	5	3.5	0.1 (*)
Inflamación 24h	3.1	3.2	3	0.6 (+)
Disminución apertura bucal 48h	17.5	18	14.7	0.5 (*)
Analgésicos 48h	3.5	3.6	4.3	0.8 (*)

*h: horas \*: Anova +: «chi cuadrado»*

**Tabla 2. Relación entre el sexo y el postoperatorio**

	Hombre	Mujeres	p
Nº pacientes	39	61	
Dolor 6h	4	4.1	0.8 (*)
Inflamación 24h	3	3.2	0.1 (+)
Disminución apertura bucal 48h	16.3	17.9	0.3(*)
Analgésicos 48h	3.7	3.6	0.9(*)

*h: horas \*: T de Student +: «chi cuadrado»*

**Tabla 3. Relación entre el tabaco y el postoperatorio**

	Grupo1	Grupo2	Grupo3	Grupo 4	p
Nº pacientes	65	20	10	5	
Dolor 6h	3.8	3.9	4.8	6.2	0.1(*)
Inflamación 24h	3	3	3.5	3.6	0.1(+)
Disminución apertura bucal 48h	16.5	16.8	21.3	20.8	0.3(*)
Analgésicos 48h	3.2	3.7	4.6	7	0.22(*)

*Grupo1: no fuma; Grupo 2: hasta 10 cigarrillos al día;  
Grupo 3: entre 1 y 20 cigarrillos al día y Grupo 4: más de 20 cigarrillos al día*  
*h: horas \*: Anova +: «chi cuadrado»*

**Tabla 4. Relación la higiene y el postoperatorio**

	Regular-Mala	Buena	p
Nº pacientes	40	60	
Dolor 6h	4.7	3.6	0.02 (*)
Inflamación 24h	3.18	3.05	0.4 (+)
Disminución apertura bucal 48h	18.5	16.4	0.2(*)
Analgésicos 48h	4.6	3	0.05(*)

*h: horas \*: T de Student +: «chi cuadrado»*

El mayor grado de dolor se presentó en el postoperatorio a las 6 horas, asimismo, la mayor inflamación fue a las 24 horas, y la mayor disminución de la apertura bucal a las 48 horas. La edad y el sexo no influyeron significativamente en el dolor a las 6 horas, en el trismo a las 48 horas, en la inflamación del primer día, ni en el consumo de analgésicos a las 48 horas (tablas 1 y 2).

De los 100 pacientes con terceros molares inferiores incluidos 65 eran no fumadores, 20 fumaban menos de 10 cigarrillos/día, 10 fumaban entre 11-20 cigarrillos/día, y 5 fumaban más de 20 cigarrillos/día. El mayor consumo de tabaco hizo aumentar el dolor a las 6 horas, la inflamación a las 24 horas, el consumo de analgésicos a las 48 horas y el trismo a las 48 horas; pero los resultados no fueron estadísticamente significativos (tabla 3).

El 60% de los pacientes tenían una higiene oral buena, y en el 40% restante la higiene oral era regular-mala. Los pacientes con peor higiene oral tuvieron más dolor a las 6 horas, inflamación a las 24 horas, consumieron más analgésicos en las primeras 48 horas y tuvieron mayor trismo a las 48 horas. Sin embargo, sólo fue estadísticamente significativa la relación entre la mala higiene oral y el dolor a las 6 horas, que se verificó a través de una prueba t para varianzas no homogéneas ( $p < 0.0001$ ), ya que la prueba de Levene resultó significativa ( $p < 0.015$ ). El consumo de analgésicos a las 48 horas alcanza el límite de significación ( $p = 0.05$ ) (tabla 4).

## Discusión

Según numerosos estudios<sup>4,9-12</sup> existe un incremento de la morbilidad postoperatoria en pacientes de más edad. Bruce y cols.<sup>1\*</sup> establecieron tres grupos de edad; y observaron que los pacientes mayores tenían más dolor, inflamación y trismo que los jóvenes. El paso de los años se correlaciona con un aumento de la densidad ósea, el hueso está más mineralizado, y por tanto la extracción del cordal inferior es más laboriosa y el riesgo de complicaciones se eleva. Sánchez y cols.<sup>5</sup> encontraron en los pacientes con más de 25 años mayor tumefacción subjetiva, pero no la objetiva, ni el dolor, ni el trismo. Para algunos autores<sup>2,3</sup> existe una relación directa entre mayor edad y más dolor; aunque no se ha encontrado una significación entre el consumo de analgésicos y la edad<sup>2</sup>. En nuestros pacientes la edad no fue un factor relacionado significativamente con

la sintomatología del postoperatorio.

Para algunos autores el sexo no influye en la tasa de complicaciones postoperatorias<sup>4</sup>, en el dolor postquirúrgico, ni en el trismo<sup>3</sup>. En cambio, en otros estudios el dolor fue mayor en hombres<sup>2</sup>, y la inflamación y el trismo en mujeres<sup>3,6</sup>. Según Fisher y cols.<sup>6</sup> el sexo afecta a la severidad del dolor, registrando mayor dolor las mujeres. Nosotros no hemos hallado diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Se ha observado que el consumo de tabaco incrementa el dolor postquirúrgico tras exodoncias<sup>3</sup>, siendo más intenso en pacientes muy fumadores (más de 20 cigarrillos al día). Se ha sugerido que el efecto vasoconstrictor de la nicotina, que provoca un menor relleno de sangre del alvéolo<sup>13</sup>. Capuzzi y cols.<sup>2</sup> no encontraron una influencia significativa del tabaco en el dolor y en la inflamación postoperatoria. En nuestro estudio los pacien-

tes fumadores presentaron mayor intensidad de dolor, trismo e inflamación, aunque no fue estadísticamente significativo.

Gigliio y cols.<sup>14</sup> estudiaron la repercusión de la extracción de terceros molares inferiores semiincluidos en la higiene oral del paciente. Observaron que a las seis semanas postoperatorias mejoraba la salud gingival de los pacientes, los índices de placa y gingival eran menores. Esta mejoría era mayor cuando los terceros molares habían causado dolor a los pacientes antes de la exodoncia. En los estudios revisados no hemos encontrado ningún trabajo que relacione la higiene oral preoperatoria con el postoperatorio de los pacientes. Nosotros encontramos estadísticamente significativo el aumento de dolor a las 6 horas con la mala higiene; sugiriéndonos instaurar una higiene correcta antes de la cirugía, para disminuir las molestias postquirúrgicas.

## Bibliografía recomendada

Para profundizar en la lectura de este tema, el/los autor/es considera/an interesantes los artículos que aparecen señalados del siguiente modo: \*de interés \*\*de especial interés.

- 1\*. Bruce RA, Frederickson GC, Samall GS. **Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery.** JADA 1980; 101: 240-5.  
Los resultados de este estudio indican que hay un aumento significativo de la morbilidad (dolor, trismo, inflamación y complicaciones) en pacientes de más edad, tras la exodoncia quirúrgica de terceros molares.
2. Capuzzi P, Montebugnoli L, Vaccaro M<sup>ª</sup>A. **Extraction of impacted third molar. A longitudinal prospective study on factors that affect postoperative recovery.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 341-3.
3. Infante P, Espin F, Mayorga F et al. **Estudio prospectivo de los factores relacionados en la recuperación postoperatoria tras la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos.** Av Odontostomatol 1995; 11: 569-73.
4. Martin PJ, Gerry M, Boudewijn S et al. **Complicaciones tras la extracción de un tercer molar mandibular.** Quintessence 1996; 9: 588-93.
5. Sánchez ME, Carrillo JS, Díaz MJ, Calatayud J. **Influencia de la edad de los pacientes en las complicaciones que aparecen después de la exodoncia del tercer molar inferior retenido.** Rev Esp Cirg Oral Maxillofac 1995; 17: 173-8.
6. Berge TI, Boe OE. **Predictor of postoperative morbidity after surgical removal of mandibular third molars.** Acta Odontol Scand 1994; 52: 162-9.
- 7\*. Fisher SE, Framé JW, Rout PG. **Factors affecting the onset severity of pain following the surgical removal of unilateral impacted mandibular third molar teeth** Br Dent. J. 1988; 164: 351-4.  
Este artículo estudia los factores que pueden afectar a la severidad del dolor tras la extracción de cordales. Influyen claramente en el dolor el sexo, la edad, la duración de la intervención y la experiencia del cirujano.
8. Cuenca E, Manau E; Serra LI. **Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria.** Barcelona. Ed. Masson. 1<sup>ª</sup> Ed. 1991: 238-9.
9. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. **Side effects and complications associated with molar surgery.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 76: 412-20.
11. Osborn TP, Frederickson G, Small Y, Togerson T. **A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery.** J Oral Maxillofac Surg 1985; 43: 767-9.
12. Infante P, Espin F, Rendon JI et al. **Cirugía del tercer molar inferior retenido. Indicaciones y complicaciones asociadas.** Rev Andaluza Estomatol 1995; 5 (3): 106-15.
13. Meechan JG, Mac Gregor IDM, Rogers SN et al. **The effect of smoking on immediate post-extraction socket filling with blood and on the incidence of painful socket.** Br J Oral Maxillofac Surg 1988; 26: 402-9.
14. Giglio JA, Gunsolley JC, Laskin DM et al. **Effect of removing impacted third molars on plaque and gingival indices.** J Oral Maxillofac Surg 1994; 52: 584-7.