



**COMPARACIÓN ENTRE EL POST OPERATORIO DE LA EXTRACCIÓN DE  
TERCEROS MOLARES CON Y SIN PERICORONITIS AGUDA PREVIA,  
CONCEPCION 2015-2016**

**POR: CONSTANZA SABA DÍAZ - MACARENA SABA DÍAZ**

**Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del  
Desarrollo para optar al grado académico de Licenciado en Odontología**

**PROFESOR GUÍA:**

**Sr. VLADIMIR DEDIC MORALES**

Diciembre 2016  
CONCEPCIÓN

## AGRADECIMIENTO

A todas las personas que estuvieron involucradas en el desarrollo de este estudio. A los pacientes, que aceptaron participar y se dieron el tiempo de responder la encuesta, a nuestro tutor, doctor Vladimir Dedic, por su motivación y orientación entregada en este trabajo, a las docentes de investigación, profesora Marcela Valdez y Patricia Silva, quienes también nos guiaron en lo que respecta a su área y en forma especial a nuestra familia, que alguna u otra manera siempre nos brindaron un incondicional apoyo. ¡Infinitas gracias a todos ellos!.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

	<b>Páginas</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	i
<b>INDICE DE TABLAS</b>	iii
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>MARCO TEORICO</b>	3
<b>OBJETIVOS</b>	10
<b>MATERIALES Y METODOS</b>	11
<b>RESULTADOS</b>	15
<b>DISCUSION</b>	17
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	19
<b>ANEXOS</b>	21

## INDICE DE TABLAS

	Páginas
TABLA 1: Comparación de promedios de intensidad de dolor por día en pacientes con y sin antecedentes de pericoronitis aguda.....	15
TABLA 2: Comparación de percepción de edema, aumento de volumen, por día en paciente con y sin antecedentes de pericoronitis aguda.....	15
TABLA 3: Comparación de percepción de trismus, por día en paciente con y sin antecedentes de pericoronitis aguda.....	15
TABLA 4: Comparación de percepción de disfagia por día en paciente con y sin antecedentes de pericoronitis aguda.....	16
TABLA 5: Comparación de percepción de insomnio por día en paciente sano y enfermos.....	16
TABLA 6: Desarrollo de alveolitis posterior.....	16

## RESUMEN

*Introducción:* La pericoronitis es la inflamación del tejido blando que se encuentra alrededor de la corona de un diente. Esta se presenta generalmente en los terceros molares, con predominio en los inferiores. Su tratamiento se basa en una terapia farmacológica y/o quirúrgica, terminando en la mayoría de los casos en la extracción de la pieza una vez eliminada su fase aguda. *Objetivo:* Comparar el post operatorio de la extracción de terceros molares con y sin pericoronitis aguda previa, con el fin de poder tomar mejores decisiones al momento de la intervención, ya sea modificar ciertas acciones, maniobras, cuidados, en caso de presentar variaciones entre estos grupos. *Metodología:* Se realizó un reporte de casos en pacientes derivados a extracción de terceros molares con y sin antecedentes de pericoronitis aguda, atendidos en el pabellón de la Universidad del Desarrollo, en consultas privadas o públicas de la ciudad de Concepción durante el año 2015-2016. En el estudio participaron 18 pacientes, los cuales fueron escogidos por conveniencia, 12 sin antecedentes de pericoronitis aguda y 6 con antecedentes. Los participantes debían responder una encuesta que evaluaba su percepción sobre el post operatorio de la extracción de terceros molares, específicamente dolor, edema, trismus, disfagia, insomnio y desarrollo de alveolitis posterior. Esta debía ser respondida el día 1, 3, 5 y 7 posterior a la extracción. *Resultados:* Se observó que los pacientes con antecedentes de pericoronitis aguda presentaban un post operatorio más complicado, percibían mayor dolor, edema, trismus, disfagia e insomnio. Solo un paciente del grupo con antecedentes de pericoronitis desarrollo alveolitis posterior. *Discusión:* De un total de 18 participantes, solo 5 de ellos presentaron al menos una complicación post operatoria al día 7. En el grupo de pacientes sin antecedentes, las complicaciones más prevalentes fueron dolor, edema y trismus, y en el grupo con antecedentes de pericoronitis aguda fueron dolor, edema y disfagia. Las conclusiones obtenidas en este estudio no son representativas, ya que el tipo de estudio no lo permite debido a que la muestra obtenida fue muy pequeña. Lo ideal, para poder lograr conclusiones representativas, sería realizar este estudio en una muestra mayor y controlar mejor las variables.

## **INTRODUCCION**

La pericoronitis es la inflamación de la encía alrededor de la corona de un diente. Se da con mayor incidencia en los terceros molares inferiores, ya que presenta mayores problemas en su erupción y es el que frecuentemente se encuentra retenido (Morán & Cruz, 2001). El proceso infeccioso se debe principalmente a que la higiene en esa zona es muy deficiente, ya que el acceso es limitado, y a esto se le suma, que una parte de los pacientes evitan higienizarse de forma adecuada las zonas posteriores porque tienden a presentar reflejo nauseoso, por lo que se comienza a acumular placa bacteriana en el área, lo que genera como consecuencia una reacción en los tejidos, de tipo inflamatorio, a causa de la llegada de microorganismos al saco pericoronario (infección).

La mayoría de las derivaciones a extracción de estos molares es por motivos ortodóncicos (falta de espacio o inclinación), donde por lo general estas piezas se encuentran sanas. También se ha visto que una parte de las derivaciones es por pericoronitis aguda previa. Esto nos genera una gran interrogante, unas de las piezas extraídas son sanas y otras están infectadas, por lo que nos planteamos: ¿existe una diferencia entre el post operatorio de piezas sanas y las infectadas?

Como se sabe, la cicatrización de los tejidos varía según la limpieza de la herida, si una pieza está infectada, su cicatrización y post operatorio, en general, debería ser más complejo, en comparación con una pieza sana.

El objetivo de este estudio fue comparar el post operatorio de la extracción de terceros molares que presentaron pericoronitis aguda previa y los que no, en la ciudad de

Concepción, durante el período 2015-2016, con el fin de poder evidenciar sus diferencias, y con esta información generar conciencia en los profesionales del área para que sean más cuidadosos durante la intervención y tratar de minimizar al máximos las complicaciones que puedan surgir, y así poder tomar medidas durante y posterior al procedimiento, como por ejemplo, prescribiendo quizás un analgésico más potente, prescribiendo antibiótico, teniendo un mayor monitoreo del post operatorio de los pacientes para detectar a tiempo ciertas complicaciones como la alveolitis, etc.

## **ESTADO DEL ARTE**

La pericoronitis o pericoronaritis, es la inflamación de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente total o parcialmente erupcionado, acompañado por dolor de algunos días de duración, el cual puede ser desde leve a muy doloroso (Muñoz, Inostroza, Moreno, & Díaz, 2010).

En un estudio, realizado en Santiago de Chile, se encontró que el 4,7% de los pacientes que llegaban a urgencias dentales del Hospital Barros Luco Trudeau, tenían pericoronitis (Muñoz et al., 2010).

Esta condición sintomática, puede estar asociada a cualquier pieza dentaria, pero se encuentra principalmente asociada a los terceros molares mandibulares (Gelesko, 2009; recuperado de Muñoz et al., 2010), entre la 1ª y 2ª década de vida (McNutt, Partrick, Shugars, Phillips, & White, 2008; recuperado de Muñoz et al., 2010) y sobre el 60% de éstos, se encuentran parcialmente retenidos y en posición vertical (Punwutikom, Waikakul, & Ochareon, 1999; recuperado de Muñoz et al., 2010). Se ha reportado una mayor frecuencia en pacientes de género femenino, con una proporción aproximada de 1:2 de hombres frente a mujeres (Muñoz et al., 2010).

### **Etiología**

La pericoronaritis es producida por crecimiento bacteriano activo en un medio ideal, que es el espacio de tejido blando que cubre la corona del molar. Debajo de la mucosa peridentaria existe un espacio donde hay humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad, creándose un entorno perfecto para el crecimiento y desarrollo de la flora



bacteriana. Se produce también por irritación traumática de la mucosa (Morán & Cruz, 2001).

### **Patogenia**

Puede tener dos tipos de origen:

- Origen infeccioso: Se produce a partir de los elementos infecciosos que circulan por la sangre o de los que ya existen en la cavidad bucal. Se admite actualmente que el punto de partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario el cual puede infectarse al ponerse en comunicación con la cavidad bucal, por penetración a nivel del saco pericoronario o por intermedio del alveolo del segundo molar (Morán & Cruz, 2001).
- Accidente mecánico: Ocurre cuando el tercer molar, ya sea superior o inferior, está cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso y el antagonista comienza a traumatizar este tejido durante la masticación y así comienza un proceso inflamatorio que llega a la infección (Morán & Cruz, 2001).

### **Microorganismos:**

Hoy día se sabe que la pericoronitis es una infección polimicrobiana, donde predominan principalmente los anaerobios obligados, entre los que destacan: *Prevotella intermedia*, *Peptostreptococcus micros* y *Fusobacterium* spp (Marsh & Martin, 1999).

“En un estudio realizado con el fin de determinar cuáles eran los microorganismos causantes de la pericoronitis del tercer molar inferior, se observó la presencia de

espiroquetas en 55% de las muestras y de bacilos fusiformes en 84% de estas. Las bacterias anaerobias obligadas aisladas en ese estudio correspondieron principalmente a los Géneros *Actinomyces* y *Prevotella*. También se detectaron microorganismos aerobios y anaerobios facultativos, entre estos: *Streptococcus milleri* (78% de las muestras), *Rothia mucilaginosa* (*Stomatococcus mucilaginosus*) (71% de las muestras) y *Rothia dentocariosa* (57% de las muestras). Se pudo concluir a través de esta investigación que los estreptococos del grupo milleri, microorganismos ampliamente conocidos por su capacidad para producir infecciones supurativas, se encuentran muy implicados en la patogénesis de la pericoronitis aguda severa del tercer molar inferior” (Peltroche-Llacsahuanga, Reichhart, Schmitt, Lutticken, & Haase, 2000).

“En otro estudio de data más reciente, realizado en 35 sujetos, con la finalidad de detectar la flora involucrada en la Pericoronitis del tercer molar inferior, se pudo evidenciar la presencia de anaerobios obligados en 32 de estos. Se pudo evidenciar además la presencia de estreptococos del grupo viridans en 32 de los 35 sujetos, *Actinomyces* (29 de 35 sujetos) y *Prevotella* (21 de 35 sujetos)” (Sixou, Magaud, Jolivet-Gougeon, Cornier, & Bonnaure-Mallet, 2008).

#### Formas de la Pericoronitis según Morán y Cruz (2001):

Pericoronitis aguda congestiva o serosa: se observa una mucosa eritematosa, con dolor a la palpación y a la masticación, que puede sangrar a la menor presión. Puede haber adenopatía en la cadena ganglionar submandibular. Se puede atenuar espontáneamente o con tratamiento con posibilidad de recidivar, o puede evolucionar a Pericoronitis

aguda supurada. La recidiva puede ser tanto a pericoronitis aguda congestiva como a supurada.

Pericoronitis aguda supurada: Se presenta con dolores intensos e irradiados, con edema y eritema en la zona retromolar, trismo de poca intensidad, disfagia, adenopatía en la cadena ganglionar submandibular dolorosa a la palpación, dolor a la palpación de la zona retromolar y salida de pus al presionar el capuchón. La evolución puede ser espontánea (rara vez) o con tratamiento. Las recidivas se separan por periodos de acalmia (disminución del dolor) variables, y el paso a la forma crónica es frecuente. Esta infección puede causar osteomielitis u otras infecciones más graves al pasar a otros espacios como al área del pilar anterior, espacio pterigomandibular, espacios parafaríngeos, espacio submandibular, espacio bucal, espacio infratemporal y temporal profundo y/o espacio submasetérico.

Pericoronitis crónica: se presenta con edema y eritema, con dolor leve e intermitente en la zona retromolar, es sensible a la presión y pueden salir gotitas de serosidad bajo el capuchón, a veces trismo leve y pasajero. Puede presentarse con ausencia absoluta de sintomatología o como síntomas poco manifiestos, como halitosis marcada, faringitis repetidas, adenopatía crónica, gingivitis tórpida o abscesos periamigdalinos unilaterales. El signo típico es la faringitis unilateral intermitente y recidivante. Puede agudizarse.

Si la corona del molar no está bien liberada, la pericoronaritis tiene todas las posibilidades de reproducirse o de evolucionar de modo crónico.

### Tratamiento de la Pericoronitis

De acuerdo a la Guía Clínica AUGÉ de Urgencias Odontológicas Ambulatorias (MINSAL, 2011), el tratamiento tiene 3 objetivos, disminuir el dolor, tratar la infección y evitar su diseminación y eliminar las causas de la Pericoronitis.

Este se basa principalmente en una terapia medicamentosa y/o quirúrgica.

El tratamiento inicial puede ser con antibióticos (ATB), antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y/o un desbridamiento mecánico de la zona. Independientemente que se haga inicialmente, la mayoría terminan en extracción (Muñoz et al., 2010), la cual se realiza cuando la pieza viene en una posición paranormal, siendo imposible la erupción completa, lo que ocurre en la mayoría de los casos, teniendo en consideración que en un estudio se determinó que un 70% de los terceros molares venían en una posición 2, según la clasificación de Pell y Gregory (Laisle, Aparicio, Uribe, & Alcocer, 2009). Otra indicación de extracción de estas piezas, es cuando la afección no remite o cuando la sintomatología de Pericoronitis es recurrente (NICE, 2000).

En caso de tener una Pericoronitis aguda, esta debe ser tratada con terapia farmacológica previa a la intervención quirúrgica, ya que está absolutamente contraindicado hacer una exodoncia de una pieza en ese estado.

### Post operatorio

El post operatorio de la extracción de un tercer molar puede cursar con dolor o molestias, edema, trismus, disfagia, dificultades para dormir, entre otras. Las complicaciones posteriores más frecuentes son: edema, dolor y alveolitis, que

comprenden el 80% de todas las complicaciones (Bachmann, Cáceres, Muñoz, & Uribe, 2014). El edema y el dolor se presentan de forma paralela.

El edema va a ocurrir siempre, ya que se produce por el traumatismo de los tejidos. Para minimizarlo el paciente debe aplicarse frío local (extra o intraoral) durante las primeras 48 horas posteriores a la intervención. También haría efecto el uso de antiinflamatorio.

El dolor, en este caso, es post quirúrgico y de tipo agudo, que sería consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión quirúrgica, la distensión ligamentosa, los espasmos musculares, las lesiones nerviosas y en general todas aquellas maniobras realizadas durante el acto operatorio o intervención quirúrgica (Lago, 2007).

La alveolitis es la inflamación del procesos alveolar posterior a la extracción dentaria. Se produce por un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos, que ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares ni de tejido de granulación para organizar el coagulo sanguíneo, el que se desintegra parcial o totalmente (MINSAL, 2011).

“Es la complicación más frecuente de la extracción dentaria, su frecuencia varía de 1 al 4%, y puede llegar del 20 al 30% en extracciones de terceros molares mandibulares, especialmente en personas fumadoras” (MINSAL, 2011, p. 77).

El trismus o trismo es la dificultada para realizar la apertura bucal. Suelen ser generados por causas locales y generales. Entre las causas generales encontramos el tétanos y la encefalitis. En las locales encontramos los traumatismos, infecciones, tumores a nivel de

la articulación temporomandibular, además su aparición prácticamente constante en el post operatorio de la exodoncia quirúrgica del tercer molar inferior (Lago, 2007).

La disfagia es la dificultad para tragar. Esto se debe a un conjunto de complicaciones, como al edema, dolor y trismus. En el caso de que sea muy grave, el paciente requerirá hospitalización, pero esto no suele ocurrir.

El insomnio se produce por otras complicaciones del post operatorio, como el dolor, edema, hemorragia, impidiendo que el paciente pueda conciliar el sueño.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Comparar el post operatorio de la extracción de terceros molares que presentaron pericoronitis aguda previa y los que no, Concepción, 2015-2016.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Determinar la percepción sobre el post operatorio de la extracción de terceros molares en pacientes que tuvieron Pericoronitis previas.
2. Determinar la percepción sobre el post operatorio de la extracción de terceros molares en paciente que no tuvieron Pericoronitis previa a la extracción.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio de reporte de casos con el fin de describir el post operatorio de la extracción de terceros molares en pacientes con y sin pericoronitis aguda previa.

La población de estudio eran paciente de sexo femenino o masculino, entre 15 y 25 años sometidos a extracción de terceros molares en la ciudad de Concepción, 2015-2016.

La muestra se obtuvo por conveniencia, llegándose finalmente a conseguir la participación de 18 sujetos.

Los criterios de inclusión que se utilizaron para los pacientes del grupo sin antecedentes de pericoronitis aguda fueron: pacientes para extracción de uno o dos molares sanos (sin antecedentes de pericoronitis aguda previa), molares con indicación de extracción por ortodoncia, ya sea por falta de espacio o por mala posición, molares incluidos o erupcionados y pacientes atendidos tanto en consulta privada como pública, en pabellón o en box dental. Los criterios de inclusión para el grupo con antecedentes de pericoronitis aguda fueron: pacientes para extracción de uno o dos molares, mínimo uno con antecedentes de pericoronitis y pacientes atendidos tanto en consulta privada como pública, en pabellón o en box dental.

Los criterios de exclusión utilizados para ambos grupos fueron: pacientes fumadores pesados (10 o más cigarros diarios), pacientes diabéticos, pacientes con discapacidad motora, pacientes tratados con anestesia general.



Las variables medidas fueron pericoronitis aguda previamente tratada, dolor, disfagia, trismus, edema, insomnio y desarrollo de alveolitis posterior.

El estudio se comenzó el segundo semestre del año 2015. Para este, se diseñó una encuesta que tenía como finalidad evaluar la percepción de los pacientes acerca de su post operatorio de la extracción de terceros molares y así comparar el post operatorio de la extracción de los terceros molares con y sin pericoronitis aguda previa. La recolección de datos se llevó a cabo de la siguiente manera: se solicitó a la secretaria de cirugía la programación semanal de los pabellones de la Universidad del Desarrollo, Concepción, y se seleccionó, de acuerdo a la disponibilidad de horario de las tesis, a los pacientes agendados para extracción de terceros molares. Por otro lado se les solicitó a alumnos de la carrera de Odontología de cuarto y quinto año, de la misma universidad, que informaran si tenían conocimiento de alguien que fuera derivado a extracción de terceros molares, ya sea con o sin antecedentes de pericoronitis aguda, y que se fuera a realizar la extracción de la pieza en otro centro dental externo a la Universidad del Desarrollo. Previo a la extracción se contactó a los pacientes y se les informó de que trataba el estudio y se les preguntó si querían participar, en el caso de aceptar, mediante una conversación, se determinaba el motivo de la extracción, de esta forma se sabía si eran molares con o sin pericoronitis aguda previa y finalmente se coordinaba la entrega de una encuesta y la posterior recepción de esta. Junto con la encuesta, se entregó el consentimiento informado, el que cumplía con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en el año 2005, en donde se le informaba al paciente en qué consistía su participación y que contaba con una total libertad para retirarse del

estudio en caso de no querer continuar. También se informaba que sus datos serían resguardados y confidenciales. Éste debía ser leído y firmado por los participantes de forma voluntaria.

El cuestionario fue creado por las tesisistas y validado por juicio de expertos, por dos cirujanos maxilofaciales y un cirujano dentista. Los K de competencia obtenidos fueron 0.95, 1 y 0.65. No se necesitó calibración de los operadores para su aplicación.

Ésta evaluó la presencia o ausencia de pericoronitis aguda previa, dolor, edema, trismus, disfagia, insomnio y desarrollo de alveolitis posterior. Las preguntas sobre dolor, edema, trismus, disfagia e insomnio fueron respondidas por los pacientes y la de pericoronitis aguda previa y el desarrollo de alveolitis posterior fueron completadas por las tesisistas.

Se utilizó la Escala visual-analógica (EVA) graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor, la que iba de 0 al 10, donde 0 es ausencia y 10 es lo máximo. Para evaluar el edema, la disfagia, el trismus e insomnio se usó alternativas con diferentes opciones de intensidad. Y finalmente para ver el desarrollo de alveolitis posterior, se revisó la ficha clínica de los pacientes intervenidos en la Universidad del Desarrollo y también se conversó con ellos. En el caso de los pacientes atendidos fuera de la Universidad, la información acerca de la alveolitis posterior se obtuvo mediante diálogo.

El cuestionario se diseñó para evaluar 4 días, el día 1 (día de la extracción), el día 3, el día 5 y el día 7 (día de retiro de suturas y recepción de la encuesta).

Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva. Se usaron tablas de distribución de frecuencia absoluta y promedios.

## RESULTADOS

Presentación de datos:

TABLA 1. Comparación de promedios de intensidad de dolor por día en pacientes con y sin antecedentes de pericoronitis aguda.

	N	Día 1	Día 3	Día 5	Día 7
<b>Sin antecedentes</b>	12	3.6	2.3	1.3	1.0
<b>Con antecedentes</b>	6	6.6	5.1	4.0	2.3

Se observa mayor dolor en los pacientes con antecedentes, en los cuatro días evaluados.

TABLA 2. Comparación de percepción de edema, aumento de volumen, por día en paciente con y sin antecedentes de pericoronitis aguda.

	N	Día 1				Día 3				Día 5				Día 7			
		a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d
<b>Sin antecedentes</b>	12	2	7	2	1	4	5	3	0	8	4	0	0	10	2	0	0
<b>Con antecedentes</b>	6	0	1	5	0	0	2	3	1	0	5	1	0	4	2	0	0

\*Para la confección de esta tabla se utilizaron códigos: a (nada), b (leve), c (moderado) y d (severo).

TABLA 3. Comparación de percepción de trismus, por día en paciente con y sin antecedentes de pericoronitis aguda.

	n	Día 1					Día 3					Día 5					Día 7				
		a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e
<b>Sin antecedentes</b>	12	3	0	6	3	0	3	7	1	1	0	6	5	1	0	0	8	4	0	0	0
<b>Con antecedentes</b>	6	1	1	2	2	0	0	3	1	2	0	1	3	2	0	0	4	1	1	0	0

\*Para la confección de esta tabla se utilizaron códigos: a (abre la boca igual que antes de la extracción), b (abre menos que antes de la extracción, pero más de la mitad de lo que abría), c (abre la mitad de lo que abría antes de la extracción), d (abre menos que la mitad) y e (no abre).

TABLA 4. Comparación de percepción de disfagia por día en paciente con y sin antecedentes de pericoronitis aguda

	n	Día 1				Día 3				Día 5				Día 7			
		a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d
<b>Sin antecedentes</b>	12	3	6	2	1	9	3	0	0	10	2	0	0	12	0	0	0
<b>Con antecedentes</b>	6	2	1	3	0	3	1	2	0	3	1	2	0	4	1	1	0

\*Para la confección de esta tabla se utilizaron códigos: a (no presenta dificultad), b (leve dificultad), c (moderada dificultad) y d (severa dificultad).

TABLA 5. Comparación de percepción de insomnio por día en paciente sano y enfermos.

	N	Día 1				Día 3				Día 5			
		a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d
<b>Sin antecedentes</b>	12	12	0	0	0	11	1	0	0	12	0	0	0
<b>Con antecedentes</b>	6	3	3	0	0	3	3	0	0	4	2	0	0

\*Para la confección de esta tabla se utilizaron códigos: a (no presenta insomnio), b (presenta insomnio y antes de la extracción no presentaba), c (presentaba insomnio antes de la extracción y ahora sigue igual) y d (presentaba insomnio antes de la extracción pero ahora se ve aumentado).

TABLA 6. Desarrollo de alveolitis posterior.

	n	Sí	No
<b>Sin antecedentes</b>	12	0	12
<b>Con antecedentes</b>	6	1	5

## **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en el estudio muestran que existe un post operatorio más complejo en los pacientes que presentaron, previo a la extracción de terceros molares, pericoronitis aguda. Se evidenció que el promedio de dolor en los pacientes con antecedentes de pericoronitis aguda, durante los cuatro días de medición post extracción, fue más alto que en los pacientes sin antecedentes, esto deja en evidencia que el dolor fue más intenso en estos pacientes.

También se pudo ver la diferencia del post operatorio en las otras variables, encontrándose mayor percepción de aumento de volumen, de trismus, disfagia e insomnio en el grupo de los pacientes con antecedentes de pericoronitis.

Por otra parte, se encontró que ninguno de los pacientes sin antecedentes desarrolló alveolitis posterior a la extracción, a diferencia de los pacientes con antecedentes de pericoronitis donde hubo una persona de la muestra que sí desarrollo la afección posterior.

De un total de 18 personas, 5 pacientes encuestados, considerando pacientes con y sin antecedentes de pericoronitis, presentó al menos una complicación postoperatoria al día 7 de haber realizado la extracción. Esto es considerablemente mayor, en comparación a un estudio realizado en Valdivia sobre las complicaciones de la extracción de terceros molares (muestra de 679 personas), donde al día 7, solo un 11% (75 personas de la muestra) presentaba una o más complicaciones postoperatorias (Bachmann, Cáceres, Muñoz, & Uribe, 2014).

Al día 7 se pudo observar que las complicaciones que más prevalencia tenían en el grupo de los pacientes sin antecedentes eran el dolor, el edema y trismus, y en el grupo de los con antecedentes eran dolor, edema y disfagia. Esto no está muy alejado de la evidencia existente, donde se reporta que las complicaciones más prevalentes al día 7 son el dolor, el edema y alveolitis (Bachmann et al., 2014). Esta última se desarrolló solo en uno de seis pacientes del grupo con antecedentes.

Con los resultados obtenidos no se pueden sacar conclusiones, ya que el tipo de diseño de estudio ocupado no lo permite, esto se debió a que la muestra que se obtuvo fue muy pequeña. Lo óptimo hubiese sido lograr una muestra mayor para que el estudio fuese más representativo y que se hubiese tenido mayor control de las variables, como de los fármacos indicados posterior a la extracción, como antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y antibióticos, técnica ocupada para la extracción, si se hizo odontosección, si se necesitó osteotomía, tipo de colgajo, entre otras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bachmann, H., Cáceres, R., Muñoz, C., y Uribe, S. (2014). Complicaciones en Cirugía de Terceros Molares entre los Años 2007-2010, en un Hospital Urbano, Chile. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000100014&script=sci_arttext)

Lago, L. (2007). Exodoncia de terceros molares inferiores: factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el post operatorio. Recuperado de [https://dspace.usc.es/bitstream/10347/2360/1/9788497509503\\_content.pdf](https://dspace.usc.es/bitstream/10347/2360/1/9788497509503_content.pdf).

Laisle, G., Aparicio, P., Uribe, F., & Alcocer, D. (2009). Comparación del postoperatorio de dos colgajos en cirugía de terceros molares inferiores. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582009000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582009000300007)

Ministerio de salud. (2011). Guía Clínica Urgencias Odontológicas Ambulatorias. Recuperado de: <file:///C:/Users/sony/Downloads/Urgencias%20Odontol%C3%B3gicas%20Ambulatorias.pdf>

Marsh, P., & Martin, M. (1999). Oral Microbiology. 4 ed. Great Britain: Wright. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652005000100016](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000100016)

Morán, E., y Cruz, Y. (2001). Pericoronaritis. Criterios actuales. Revisión bibliográfica. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072001000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300007)

Muñoz, C., Inostroza, Y., Moreno, J., & Díaz, C. (2010). Epidemiología y Tratamiento de la Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2010000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2010000300006&script=sci_arttext)



Sixou, J., Magaud, C., Jolivet-Gougeon, A., Cormier, M., & Bonnaure-Mallet, M. (2003). Evaluation of the Mandibular Third Molar Pericoronitis Flora and Its Susceptibility to Different Antibiotics Prescribed in France. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC308963/>

Peltroche-Llacsahuanga, H., Reichhart, E., Schmitt, W., Lutticken, R., & Haase, G. (2000). Investigation of infectious organisms causing Pericoronitis of the mandibular third molar. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652005000100016](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000100016)

## ANEXOS

### ANEXO 1. Tabla de variables.

Variable	Clasificación de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Pericoronitis aguda previamente tratada	Cualitativa nominal, dicotómica.	La pericoronitis es la inflamación de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente parcial o totalmente erupcionado.	La pericoronitis es la inflamación de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente parcial o totalmente erupcionado. Esta debe ser tratada previa a la extracción. Se determinará mediante la revisión de la ficha clínica.	Presencia o ausencia de pericoronitis aguda previamente tratada.
Dolor	Cualitativa ordinal, policotómica	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.	Escala visual análoga (EVA).  0-10
Disfagia	Cualitativa , ordinal, policotómica	Dificultad para el paso del alimento a través de la boca, faringe o el esófago.	Dificultad para comer posterior a la extracción.	-No presenta dificultad  -Leve dificultad  -Moderada dificultad  -Severa dificultad
Trismus	Cualitativa ordinal, policotómica	Constricción intensa de los maxilares producida por la contracción de los músculos masticadores.	Dificultad para abrir la boca después de la extracción.	-Abre lo mismo que antes de la extracción.  -Abre menos que antes de la extracción pero más de la mitad de lo que abría.  -Abre la mitad de lo que abría antes

				de la extracción.  -Abre menos de la mitad.  -No abre.
Edema	Cualitativa ordinal, policotómica	Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.	Aumento de volumen facial en la zona donde se realizó la extracción.	Nada, leve, moderado o severo.
Insomnio	Cualitativa, nominal, policotómica	Dificultad para iniciar o mantener el sueño	Dificultad para iniciar o mantener el sueño debido a molestias que se pueden generar posterior a la extracción, ya sea dolor, hemorragias, etc.	-No presenta insomnio  -Presenta insomnio y antes de la extracción no presentaba  -Presenta insomnio antes de la extracción y ahora sigue igual  -Presenta insomnio antes de la extracción pero ahora se ve aumentado
Alveolitis	Cualitativa nominal, dicotómica	Es la inflamación del procesos alveolar posterior a la extracción dentaria.	Es la inflamación del procesos alveolar posterior a la extracción dentaria.	Presencia o ausencia de alveolitis posterior a la extracción.

## ANEXO 2. Consentimiento informado.



### **Comparación entre el post operatorio de la extracción de terceros molares con y sin pericoronitis aguda previa, Concepción 2015-2016**

Tesis para Optar al Grado Académico de Licenciado en Odontología, Universidad del desarrollo, sede concepción.

Investigador Responsable: Constanza Saba Díaz y Macarena Saba Díaz.

En Concepción, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar el post operatorio, posterior a la extracción de terceros molares en pacientes atendidos en el pabellón de la universidad del desarrollo concepción.

Yo entiendo que:

- a) Debo responder personalmente la encuesta en los días que se solicita (día 1, 3,5 y 7).
- b) Debo traer el cuestionario el día de retiro de suturas y entregárselo a una de las investigadoras en el policlínico de la Universidad Del Desarrollo, Concepción.
- c) Cualquier pregunta que yo quiera hacer podrá ser contestada por una de las tesistas, Constanza Saba Díaz y Macarena Saba Díaz.
- d) Los investigadores podrán acceder a mi ficha clínica para obtener información que se requiera para el estudio.
- e) Yo podre retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a a dar razones y sin que esto me perjudique.
- f) A los resultados del estudio podrán tener accesos terceras personas a través de la publicación de la investigación, pero mi nombre no será revelado a menos que mi identidad sea solicitada por ley.

Mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado, aceptando todos los puntos detallados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTES

ANEXO 3. Cuestionario utilizado para recopilar la información.



**COMPARACIÓN ENTRE EL POST OPERATORIO DE LA EXTRACCIÓN DE  
TERCEROS MOLARES CON Y SIN PERICORONITIS AGUDA PREVIA,  
CONCEPCION 2015-2016**

Este es un cuestionario que consiste en recolectar datos para la elaboración de una tesis, para comparar el post operatorio entre dos grupos de estudio. Su identidad será resguardada, solo tendrán acceso a ella los investigadores. Este cuestionario deberá ser llenado durante 4 días, el día 1, que será el día de la extracción, el día 3, el día 5 y el día 7, que será el día de control, día en que tendrá que traer y entregar el cuestionario a las asistentes de policlínico. En el caso que el control sea posterior al día 7, usted deberá responder hasta ese día y entregar el cuestionario cuando tenga la hora a control. A continuación se les presenta el cuestionario relacionado con los signos y síntomas posteriores a la extracción dentaria.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Sexo:

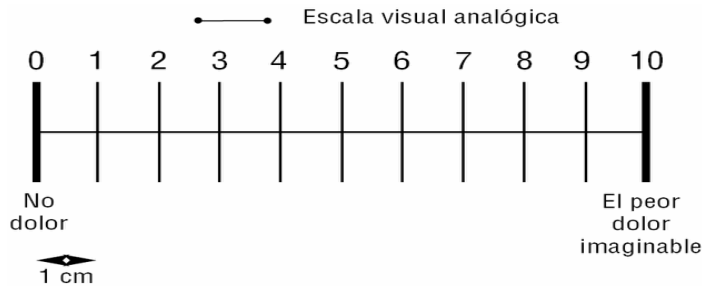
Femenino	Masculino	
----------	-----------	--

Pericoronitis Aguda previa (Será llenado por el investigador):

Si	No	
----	----	--

**Día 1:**

1. Marque con un circulo el número de acuerdo a la intensidad con la que siente el dolor, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor imaginable (desmayo).



2. Marque con una X cuanto siente usted que tiene inflamado, aumentado de volumen la cara en relación a la zona de extracción.

Nada	<input type="checkbox"/>
Leve	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Severo	<input type="checkbox"/>

3. Trismus (dificultad para abrir la boca):

a) Abre la boca igual que antes de la extracción
B) Abre menos que antes de la extracción, pero más de la mitad de lo que abría
c) Abre la mitad de lo que abría antes de la extracción
d) Abre menos que la mitad
e) No abre

4. Disfagia (dificultad para tragar):

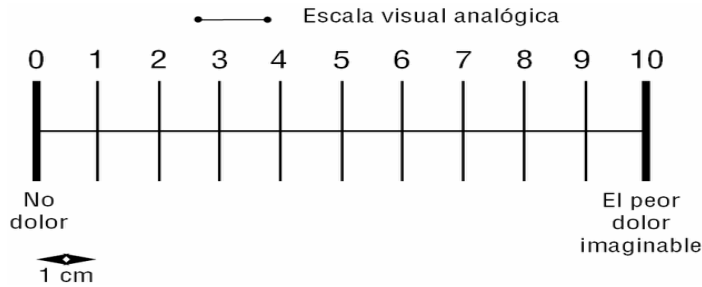
a) No presenta dificultad ( come comidas sólidas , como siempre)
b) Leve dificultad ( come las comidas picadas en trozos pequeños)
c) Moderada dificultad ( come solo molido)
d) Severa dificultad ( solo puede consumir líquidos)

5. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido durante la noche o despertarse muy temprano por la mañana) a causa de molestias relacionadas con la extracción.

a) No presenta insomnio
b) Presenta insomnio y antes de la extracción no presentaba
c) Presentaba insomnio antes de la extracción y ahora sigue igual
d) Presentaba insomnio antes de la extracción pero ahora se ve aumentado

### Día 3

1. Marque con un círculo el número de acuerdo a la intensidad con la que siente el dolor, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor imaginable (desmayo).



2. Marque con una X cuanto siente usted que tiene inflamado, aumentado de volumen la cara en relación a la zona de extracción.

Nada	<input type="checkbox"/>
Leve	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Severo	<input type="checkbox"/>

3. Trismus (dificultad para abrir la boca):

a) Abre la boca igual que antes de la extracción
B) Abre menos que antes de la extracción, pero más de la mitad de lo que abría
c) Abre la mitad de lo que abría antes de la extracción
d) Abre menos que la mitad
e) No abre

4. Disfagia (dificultad para tragar):

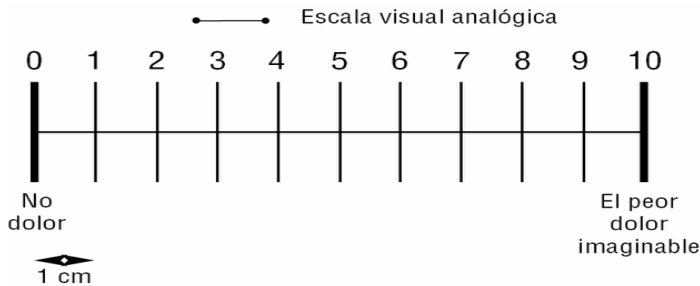
a) No presenta dificultad ( come comidas sólidas , como siempre)
b) Leve dificultad ( come las comidas picadas en trozos pequeños)
c) Moderada dificultad ( come solo molido)
d) Severa dificultad ( solo puede consumir líquidos)

5. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido durante la noche o despertarse muy temprano por la mañana) a causa de molestias relacionadas con la extracción.

a) No presenta insomnio
b) Presenta insomnio y antes de la extracción no presentaba
c) Presentaba insomnio antes de la extracción y ahora sigue igual
d) Presentaba insomnio antes de la extracción pero ahora se ve aumentado

### Día 5

1. Marque con un circulo el número de acuerdo a la intensidad con la que siente el dolor, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor imaginable (desmayo).



2. Marque con una X cuanto siente usted que tiene inflamado, aumentado de volumen la cara en relación a la zona de extracción.

Nada	<input type="checkbox"/>
Leve	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Severo	<input type="checkbox"/>

3. Trismus (dificultad para abrir la boca):

a) Abre la boca igual que antes de la extracción
B) Abre menos que antes de la extracción, pero más de la mitad de lo que abría
c) Abre la mitad de lo que abría antes de la extracción
d) Abre menos que la mitad
e) No abre

4. Disfagia (dificultad para tragar):

a) No presenta dificultad ( come comidas sólidas , como siempre)
--



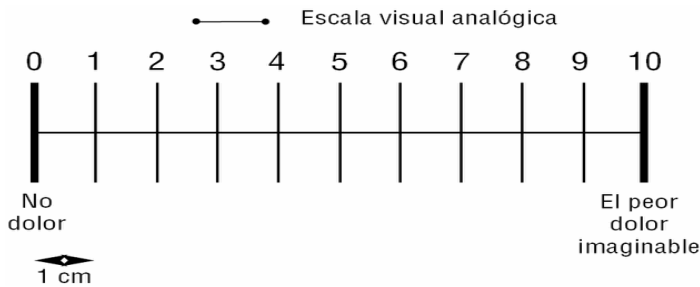
b) Leve dificultad ( come las comidas picadas en trozos pequeños)
c) Moderada dificultad ( come solo molido)
d) Severa dificultad ( solo puede consumir líquidos)

5. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido durante la noche o despertarse muy temprano por la mañana) a causa de molestias relacionadas con la extracción.

a) No presenta insomnio
b) Presenta insomnio y antes de la extracción no presentaba
c) Presentaba insomnio antes de la extracción y ahora sigue igual
d) Presentaba insomnio antes de la extracción pero ahora se ve aumentado

**Día 7**

1. Marque con un círculo el número de acuerdo a la intensidad con la que siente el dolor, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor imaginable (desmayo).



2. Marque con una X cuanto siente usted que tiene inflamado, aumentado de volumen la cara en relación a la zona de extracción.

Nada	<input type="checkbox"/>
Leve	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Severo	<input type="checkbox"/>

3. Trismus (dificultad para abrir la boca):

a) Abre la boca igual que antes de la extracción
b) Abre menos que antes de la extracción, pero más de la mitad de lo que abría
c) Abre la mitad de lo que abría antes de la extracción
d) Abre menos que la mitad

e)No abre
-----------

4. Disfagia (dificultad para tragar):

- |   |
|---|
| a) No presenta dificultad ( come comidas sólidas , como siempre)  |
| b) Leve dificultad ( come las comidas picadas en trozos pequeños) |
| c) Moderada dificultad ( come solo molido)                        |
| d) Severa dificultad ( solo puede consumir líquidos)              |

5. Alveolitis posterior a la extracción (Será respondido por los investigadores más adelante).

Alveolitis	Si		No	
------------	----	--	----	--