

POSTOPERATORIO EN LA AVULSION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

por el DOCTOR
JUAN ANDRES MIGLIORISI

El éxito de la cirugía del tercer molar inferior retenido, asienta como toda terapéutica quirúrgica sobre una trilogía de factores:

- 1) Perfecto conocimiento anatómico, fisiológico y patológico del terreno a intervenir.
- 2) Correcto diagnóstico y plan de tratamiento.
- 3) Conducta depurada a través del preoperatorio, acto quirúrgico y postoperatorio.

De esta manera la agresión que significa para el organismo un acto quirúrgico, se transforma en terapéutica, en la que colabora la proverbial capacidad reaccional de la cavidad oral.

Nos corresponde tratar un eslabón de toda esta cadena que es el Postoperatorio el cual se define en forma genérica como "el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados en la intervención, reparar los daños que puedan surgir con motivo del acto quirúrgico y colaborar con el organismo en el logro de la integridad anatómico-funcional y estado de salud del área intervenida".

Antes de proseguir debemos hacer una puntualización importante ya que si bien decimos que el conjunto de maniobras realizadas después de la intervención, consideramos que la PREPARACION DE UN POSTOPERATORIO exitoso se elabora mucho antes, es así que comienza con un correcto diagnóstico y plan de tratamiento de acuerdo al examen clínico y radiográfico correspondiente. Continúa con un adecuado preoperatorio. Cobra importancia capital en el acto quirúrgico a través de una técnica prolija en todos los pasos operatorios. Y tiene su razón de ser específica después de la intervención en los cuidados inmediatos y mediatos de la herida.

El Postoperatorio así concebido comienza estrictamente como tiempo quirúrgico, al terminar la intervención con el empacamiento de gasa descrito en el capítulo anterior y se continúa con las INDICACIONES POSTOPERATORIAS las cuales deben ser claras, precisas y comprensibles, limitando la terminología científica, haciéndolas accesibles al paciente, estableciéndolas oralmente o mejor en forma escrita. Veamos cuáles son las indicaciones postoperatorias y las razones de cada una:

- 1) Mantener el empacamiento de gasa que protege la herida, apretado entre las arcadas dentarias no menos de 20 minutos y no más de una hora es lo que se prescribe sin embargo para el caso particular del tercer molar es conveniente mantenerlo más tiempo, incluso 8 horas con lo que se observa reducción del edema postoperatorio por una razón mecánica de impedimento de expansión de los tejidos por la compresión que ella realiza.

Además, así como en cirugía mayor se protege la herida operatoria mediante vendaje e inmovilización del área operatoria, en la cirugía del tercer molar es este empacamiento de gasa el que cubre la herida y preserva el coágulo, elemento fundamental para la evolución postoperatoria, ya que impide la hemorragia, bloquea la entrada a la infección, y es punto de partida de la cicatrización siendo el pilar sobre el cual ella se edifica.

- 2) La segunda indicación se refiere a la alimentación la que se sistematiza en tres tipos de dietas que se utilizan sucesivamente a través del tiempo, los dos primeros días dieta líquida, luego de las 48 horas dieta en papillas, y a lugar de un día dieta normal masticando del otro lado de la intervención. Esto tiene como finalidad pro-

teger la herida desde dos puntos de vista a) desde el punto de vista físico respetando el coágulo al eliminar la acción dislocante de los alimentos duros y b) desde el punto de vista químico evitando las sustancias que puedan constituir un caldo de cultivo por transformaciones enzimáticas de sus residuos retenidos por la adherencia de la superficie cruenta y aglutinados en los bordes de la herida. Una dieta que Schuchardt aconseja y que nosotros aceptamos para los dos primeros días es exclusivamente líquida a base de té, café, jugos de fruta, caldo de carne y vino evitando la leche por ser un medio de cultivo favorable.

3) Enjuagatorios que se harán después de cada comida, sin hacer buches, utilizando soluciones que pueden ser compuestos de amonio cuaternario tipo RÓCAL, ESPADOL, ZEFIROL, CETAVLON cinco gotas en un vaso de agua o refrescantes como infusión de manzanilla, malva o si no la simple agua con sal. Estas soluciones deben ser las más tibias posible para cumplir con su función removedora de la película de grasas, proteínas y carbohidratos que queda luego de la ingestión de alimento realizando así la higiene del área operatoria que irá acompañada del correcto cepillado del resto de la cavidad oral.

4) Evitar esfuerzos físicos los dos primeros días, hablar poco, no tomar mate, y dormir con la almohada bastante más alta que de costumbre las primeras 24 horas. Estas medidas son preventivas de una hemorragia y de exceso de edema por posición declive que origina aflujo masivo de sangre con congestión cefálica que podría romper el coágulo que recién comienza a organizarse.

5) Aplicación de bolsa de hielo envuelta en una tela esponjosa previo entalcado de la zona facial correspondiente manteniéndola 20 minutos por hora en las primeras 48 horas, después si persiste la tumefacción se utilizarán fomentos calientes, húmedos durante 15 o 20 minutos, 4 veces al día.

Si bien la terapia por frío o calor en la evolución del proceso inflamatorio consecutivo a toda intervención es discutida, se acepta el rol analgésico del frío y la reducción del edema postoperatorio siempre presente en los decolamientos del muco periostio, se aplica inmediatamente después de la intervención ya que produce una vaso-

constricción de la zona, que compite, regula, y controla la vasodilatación arteriolar refleja, originada como respuesta a la agresión quirúrgica. En cuanto al calor aplicado luego de los dos primeros días produce una dilatación de los canales linfáticos cuya reapertura sucede en ese momento aumentando entonces el drenaje del emuntorio inflamatorio.

6) Se indicarán analgésicos con cafeína durante las horas de vigilia como los acetil salicílicos y sin cafeína o con hipnóticos, ataráxicos y miorelajadores con lo que se consigue dominar el síntoma dolor logrando confort postoperatorio.

7) En caso de hemorragia el paciente hará una compresa de gasa estéril, seca del tamaño de una nuez y colocada sobre la herida la deberá mantener 30 minutos pudiendo repetir la maniobra por igual tiempo; si persiste la hemorragia, hay dolor, tumefacción o fiebre excesiva el paciente deberá consultar al cirujano.

Una vez dadas las indicaciones dichas es imprescindible poner sobre aviso al paciente de las secuelas que acompañan el postoperatorio del tercer molar y que son:

a) **Dolor** si bien es una consecuencia lógica de una intervención sobre una región trigeminal de difícil abordaje y que necesita decolamiento del muco periostio como sucede en el área del tercer molar no llega a tener gran intensidad dominándose perfectamente con los analgésicos antedichos.

b) **Trismus**. Es una contractura muscular que impide la normal apertura bucal; sucede como reacción antálgica al dolor que produce el movimiento de la zona operada o sino por lesión del músculo temporal a nivel de su inserción inferior, donde guarda relación con el área del tercer molar como se vio en el capítulo de anatomía, y es la relación anatómica que condiciona también una tercera secuela: la **DISFAGIA** o dificultad en la deglución por estar ocupado el espacio funcional del constrictor superior por el proceso inflamatorio postoperatorio.

c) **Edema y fiebre**. Para comprender su existencia debemos partir de la base de que el acto quirúrgico es una agresión a la cual el síndrome local de adaptación del organismo, opone el proceso inflamatorio cuya fisiopatología explica las secuelas antedichas; es así que a nivel del foco in-

flamatorio sucede una vasodilatación arteriolar de origen axónico en un primer momento; mantenida luego físico-químicamente por sustancias como la leucotaxina e histamina; esta vasodilatación trae aparejada aumento de la permeabilidad lo que permite el pasaje al líquido intersticial de proteínas sanguíneas como las serinas las cuales aumentan la presión oncótica intersticial y disminuyen la capilar, sucediendo una extravasación masiva que sumada al bloqueo de la circulación venosa de drenaje por aumento de la presión oncótica intersticial, da origen al edema que no alcanza proporciones monstruosas gracias al drenaje linfático que se mantiene las primeras 24 horas según Hudack y Macmaster disminuyendo luego hasta bloquearse por trombos a las 48 horas; hasta este momento es útil la aplicación de frío para disminuir el aporte sanguíneo por la vasoconstricción que produce, desde este momento en adelante va a comenzar la apertura y drenaje venoso-linfático por lo que es útil la vasodilatación producida por el calor.

En cuanto a la prescripción de antiinflamatorios a base de enzimas proteolíticas tipo Tromasin, Tanderil, Ananase, derivados de la papaina, de la carina papaya, debemos decir que si bien da buenos resultados en algunos postoperatorios no está aceptada su eficacia en todos los casos.

La advertencia sobre las secuelas antedichas debe hacerse explicando al paciente que no revisten gravedad, que suceden en mayor o menor grado dependiendo de la capacidad reaccional individual, que es diferente en cada persona y en diferentes momentos para un mismo paciente, cumpliendo con el adagio médico de que "no existen enfermedades sino enfermos"; de esta manera ubicamos psicológicamente al paciente, lo cual, sumado a una técnica quirúrgica cuidadosa y adecuada elección del momento de la intervención, compatible con la posterior actividad a desarrollar por el paciente conducen a un postoperatorio exitoso que culmina con la extracción de los puntos de sutura entre el 5to. y 7to. día posterior a la intervención.

No queremos terminar sin citar dos complicaciones que se presentan con relativa frecuencia y que son:

a) **Parestesia.** Son alteraciones de la sensibilidad del territorio de inervación del dentario inferior como con-

secuencia de lesiones sufridas en el acto quirúrgico por su relación anatómica ya vista con el tercer molar. Se manifiesta según el grado de lesión por: **Hiperestesia, Hipostesia y Anestesia,** complicaciones que evolucionan favorablemente a través del tiempo siempre que no se haya seccionado totalmente el nervio como en el caso de la figura.

b) **Absceso retardado de la avulsión del tercer molar inferior retenido.** Accidente no descrito en la literatura que se observa a los dos meses de un postoperatorio normal; el paciente se presenta con una tumefacción geniana baja acompañada de discretas molestias y trismus; se trata de una colección purulenta de etiología discutida probablemente por infección del coágulo o cuerpos extraños, este proceso remite por una sanción terapéutica que consiste en practicar el drenaje en disto vestibular del segundo molar y el cuidadoso curetaje del tejido de granulación existente en el alvéolo del tercer molar dejando un dre de goma dique; se observa salida de pus espeso, amarillo, bien ligado, propio de una colección que data de largo tiempo.

De esta manera terminamos el estudio del postoperatorio del tercer molar, el cual, insistimos que evoluciona como un proceso inflamatorio banal como respuesta a una agresión operatoria que bien planeada y realizada siguiendo los principios quirúrgicos y de asepsia vistos en el capítulo de técnica quirúrgica dan dan como resultado un postoperatorio feliz; para el cual no se prescriben antibióticos cumpliendo con el concepto de su utilización en casos verdaderamente necesarios y nunca en forma indiscriminada.

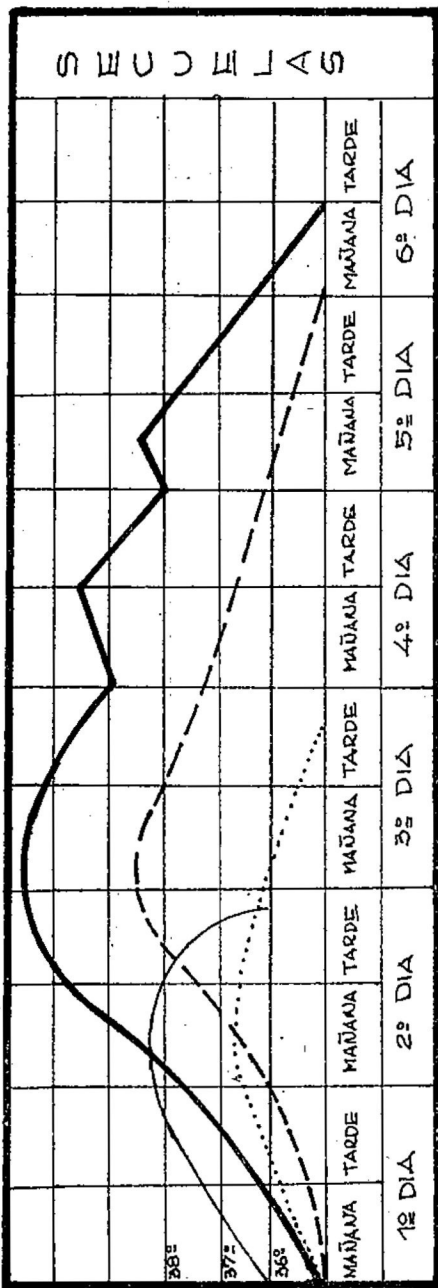
Finalmente hemos querido representar en forma gráfica promedial la evolución de las secuelas postoperatorias en función del tiempo y su tratamiento. Ver figura 47 donde se aprecia:

1) **Temperatura** en trazo continuo delgado. En caso de presentarse se extiende desde la intervención hasta la tarde del segundo día. no sobrepasando generalmente los 39°.

2) **Trismus** en trazo punteado largo progresa hasta un máximo en el tercer día, para decrecer franca y lentamente, para ir desapareciendo hacia el sexto día.

3) **Dolor** en trazo punteado corto es una curva regular de poca altura que puede extenderse hasta el tercer día posterior a la intervención.

GRAFICA DE LAS SECUELAS POST-OPERATORIAS



ANALGESICOS ANTIPIRETICOS
 HIELO
 ANTIFLOGISTICOS
 CALOR

REFERENCIAS	— EDEMA —	— TRISMUS —
	— TEMPERATURA — DOLOR

4) Edema en trazo continuo grueso aumenta progresivamente desde la intervención hasta el segundo día, se mantiene constante y disminuye en la tarde del tercero, teniendo dos empujes cada vez menores en la mañana del cuarto y quinto día como consecuencia de la congestión cefálica pro-

ducida durante la noche, para desaparecer hacia el 6to. día.

Repetimos sin temor a la redundancia que estos datos son absolutamente promediales, ya que se trata de la expresión gráfica de un fenómeno biológico y como tal, siempre variable.