

**"FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS Y SU  
EVALUACION EN UN GRUPO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA  
CLINICA DE CIRUGIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE  
LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA".**

**Tesis presentada por:**

**BEATRIZ ALBINA YAX COTI**

**Ante el tribunal de la Facultad de Odontología  
de la Universidad de San Carlos de Guatemala  
que practicó el Examen General Público  
previo a optar al título de:**

**CIRUJANO DENTISTA**

09  
7 (1247)  
c-4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Jorge Martínez Solares
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo
Vocal Tercero:	Dr. Víctor Manuel Campollo Zavala
Vocal Cuarto:	Br. Alejandro Manuel Palomo Cortéz
Vocal Quinto:	Br. Sergio Estuardo Juárez Faiz
Secretario:	Dr. Manuel Andrade Bourdet

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Jorge Martínez Solares
Vocal Primero (Miembro J.D.):	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo (Asesor):	Dr. Bernal Herrera Monteagudo
Vocal Tercero:	Dr. Denis Chew González
Secretario:	Dr. Manuel Andrade Bourdet

## ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Por iluminarme en momentos difíciles.
- A MIS PADRES: Víctor Manuel Yax Cortéz  
Florinda Cotí X. de Yax, por sus esfuerzos y sacrificios en todo momento de mi carrera, con amor.
- A MI ESPOSO: Rolando Robertho Chacón C., con amor, por su apoyo y comprensión.
- A MIS HIJOS: Manuel Alejandro  
Rolando Joaquín, por ser mi ilusión y alegría de vivir.
- A MIS HERMANOS: Miriam Judith  
Alvaro Edgar  
Eunice, por compartir conmigo esta alegría.
- A MIS SOBRINOS: En especial a mi ahijada Mónica, con cariño.
- A MIS AMIGAS: Eliza Hernández  
Nilda de Cobar, por su amistad.

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MI ASESOR: Dr. Bernal Herrera Monteagudo

A MIS PROFESORES: Dr. Angel Arturo Castillo Santos

Profesora Violeta de Muñoz

A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA CONTRIBUYERON EN MI  
FORMACION PROFESIONAL.

## HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el Honor de someter a vuestra consideración el trabajo de EVALUACIÓN EN UN GRUPO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA", conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Deseo agradecer a mi asesor Dr. Bernal Herrera Monteagudo por su colaboración para la realización de este trabajo.

Y a vosotros distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, aceptad mi mas alta muestra de consideración y respeto.

He Dicho.

## INDICE

	<u>Página</u>
SUMARIO . . . . .	1
INTRODUCCION . . . . .	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	5
JUSTIFICACION . . . . .	6
REVISION DE LA LITERATURA . . . . .	7
OBJETIVOS . . . . .	31
VARIABLES E INDICADORES DEL ESTUDIO . . . . .	34
METODOLOGIA . . . . .	36
PRESENTACION DE RESULTADOS . . . . .	38
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS . . . . .	51
CONCLUSIONES . . . . .	53
RECOMENDACIONES . . . . .	54
ANEXO . . . . .	55
BIBLIOGRAFIA . . . . .	57

## SUMARIO

El trabajo de investigación efectuado en 50 pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la Facultad de Odontología de la USAC. tuvo como finalidad determinar la frecuencia de complicaciones post-operatorios en dos momentos un inmediato a los tres días y un mediato a los 8 días después de realizada la cirugía, por medio de boletas en donde se anotó toda la información.

Fueron evaluados 33 pacientes de sexo femenino y 17 de sexo masculino, de los cuales el que más complicaciones presentó fue el grupo masculino.

El paciente que se complicó al ser evaluado a los 3 días (inmediato) le fue administrado medicamento, con el fin de evitarle las molestias presentadas, continuó con la complicación al ser evaluado a los ocho días (mediato).

La complicación más frecuente post-operatoria tanto en pacientes masculinos como femeninos fue alveolitis.

Los procedimientos quirúrgicos evaluados fueron: cirugía de terceros molares incluidos y preprotésica.

El procedimiento quirúrgico en el cual el paciente corre más riesgo de complicarse en el post-operatorio es la cirugía de terceros molares incluidos.

El procedimiento quirúrgico que más se efectuó fue la cirugía pre-protésica y también la que menos complicaciones presentó.

El hecho de que únicamente un paciente se haya infectado nos dice que las técnicas empleadas en la asepsia son adecuadas en la sala de cirugía oral de la Facultad de Odontología de la USAC y benefician al paciente reduciendo las complicaciones observadas en el post-operatorio de terceros molares incluidos.

Por lo que se sugiere un protocolo de tratamiento profiláctico en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares incluidos para evitar la complicación de alveolitis.

## INTRODUCCION

Las complicaciones pos-operatorias en la cirugía bucal revisten gran importancia debido a que como consecuencia de ellas, pueden presentarse inconvenientes en la recuperación del paciente.

Esto es importante ya que la cirugía bucal es un procedimiento que se realiza en pacientes ambulatorios y salvo contadas excepciones, requiere ser hospitalizado.

La cirugía preprotésica y de terceros molares incluidos pueden acompañarse de una evolución inhabilitante o complicaciones como alveolitis, hematoma, hemorragia, infección, parestesia, edema severo, trismo y dolor severo, según lo reportado. (3, 4, 5, 6, 7, 9, 10).

Bajo el incentivo de establecer la frecuencia de dichas secuelas, cual de ellas se presentan más, y qué tipo de cirugía las produce; se llevó a cabo un estudio de 50 pacientes que ingresaron a la clínica de cirugía oral de la Facultad de Odontología de la USAC, para procedimientos de cirugía preprotésica y de cirugía de piezas incluidas, se le evaluó clínicamente en dos momentos pos-quirúrgicos.

a: Tres días después de realizada la cirugía.

b: Ocho días después de realizada la cirugía.

Durante la evaluación clínica se tomaron en cuenta únicamente las variables del estudio mencionadas anteriormente, como complicaciones.

El estudio se realizó en 6 meses la información fue recolectada a través de una boleta diseñada especialmente para este.

Con las boletas debidamente llenas se procedió a tabular datos y se sacaron las conclusiones.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirugía preprotésica y de terceros molares incluidos pueden acompañarse de una complicación que repercute negativamente en la evolución satisfactoria del paciente, interfiriendo en el proceso normal de cicatrización y recuperación post-cirugía, por lo tanto lo retarda a integrarse a sus actividades cotidianas.

Es por ello que en este trabajo se investigó la frecuencia de complicaciones pos-operatorias en pacientes que consultaron a la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la USAC. Teniendo entre ellas dolor severo, hematoma severo, edema severo, hemorragia, infección, alveolitis, parestesia y trismo.

Hasta la fecha no se ha realizado una investigación sobre las complicaciones que se presentan en los pacientes intervenidos en esta Facultad. No habiendo por ello retroalimentación a la docencia con el fin de prevenirlas.

### JUSTIFICACION

En la actualidad se desconoce la frecuencia de complicaciones pos-operatorias que se presentan en la clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la U.S.A.C., en los diversos procedimientos quirúrgicos realizados. Así mismo se ignora cuál es la complicación pos-operatoria más común y en qué tipo de cirugía bucal se presenta.

Es por ello que este estudio pretende dar respuesta a estas interrogantes, con el fin de proporcionar una retroalimentación a la docencia y poder prevenirlas.

## REVISION DE LA LITERATURA

### EL POSOPERATORIO

La cirugía preprotésica y de terceros molares incluidos pueden acompañarse de una evolución inhabilitante, o complicación como alveolitis, hematoma severo, hemorragia severa, edema severo, infección, dolor severo, parestesia y trismo: son temas que a continuación serán descritos.

Se entiende por pos-operatorio al conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, repara los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, y colaborar con la naturaleza, en el logro del perfecto estado de salud.(9)

El tratamiento pos-operatorio es la fase más importante de nuestro trabajo, tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, pueda modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

La cirugía bucal tiene la trascendencia que alcanza una operación de cirugía general. En otros términos, nuestra cirugía es la que se efectúa en un paciente ambulatorio, y salvo excepciones que se fundamentan más bien en el tipo de anestesia usado que en la operación misma, el enfermo necesita ser hospitalizado.

Los cuidados pos-operatorios deben referirse a la herida misma y al estado general del paciente.

### TRATAMIENTO LOCAL, POSOPERATORIO

Higiene de la cavidad bucal: terminada la operación, el ayudante o la enfermera lavan la sangre que puede haber quedado depositada sobre la cara del paciente, con una gasa mojada con agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún proyectada la solución con un atomizador, que se limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse.

Los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y aumentan la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio, constituido ya el coágulo, hará enjuagues suaves de su boca, cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

### FISIOTERAPIA POSOPERATORIA

Se ha preconizado en el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Nos referimos al empleo del calor, frío, irradiaciones ultravioleta e infrarrojo.

**FRIO:** Empleamos con frecuencia el frío como tratamiento posoperatorio aconsejamos bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada, se colocan sobre la cara, frente al sitio de intervención. El papel del frío es múltiple: evita la

congestión y el dolor posoperatorio, previene las hemorragias y los hematomas, disminuye y delimita los edemas posoperatorios. El frío se usa por periodos de quince minutos, seguidos de periodos iguales de descanso, y durante no más de los primeros tres días, pues más allá es ineficaz, (dolor postoperatorio) en este último caso el calor está más indicado.(8)

La acción del frío puede ser completada con empleo de una solución enfriada de sulfato de magnesio (100 g. en 500 ml. de agua) en lugar del agua; la aplicación en el lugar indicado se hace mediante una toalla empapada en la solución cuyo resto se guarda en la nevera y mantenerla refrigerada; el sulfato de magnesio reduce los edemas.

**CALOR:** Sólo empleamos el calor para madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación del pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

**Lámpara Solux: rayos infrarrojos:** son fuentes de calor interesantes.

Se emplean después de las extracciones laboriosas. Se usa también en el tratamiento de la alveolitis.

**Rayos Ultravioletas:** preconizados por algunos autores para el tratamiento de los dolores postoperatorios. No hay experiencias sobre esta terapéutica.(6)

### CUIDADOS DE LA HERIDA

Si evolucionan normalmente, las heridas en la cavidad bucal no necesitan terapéutica. La naturaleza, que es sabia, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria. En términos generales, un alvéolo que sangra y se llena con un coágulo tiene la mejor defensa contra la infección y dolores.

Después del segundo día, la herida (en especial las heridas mayores que las alveolares serán suavemente irrigadas con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado 30 gotas; 3 ml; agua 200 ml. Si hay que extraer los puntos de sutura esto se hará al cuarto o quinto día (hacen excepción las suturas sobre el alvéolo del tercer molar o aún posteriores) en estos sitios después del segundo día la sutura actúa como cuerpo extraño. Provocando inflamaciones localizadas y supuraciones; estos puntos, por lo tanto serán retirados a las 24 o 48 horas después de la operación.

### EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA

La técnica es la siguiente, se le pasa al hilo a extraerse un algodón embebido en tintura de yodo o de merthiolate con el objeto de desinfectar la parte del hilo que estando en la cavidad se encuentra infectada. Se toma una pinza de disección o pinza para algodón (manejada con la mano izquierda), un extremo del nudo se emerge sobre los labios de la herida y se tracciona el hilo como para permitir obtener un trozo de éste por debajo del nudo y poder cortarlo.(7)

### TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente, en colaboración con el cirujano bucal, dicho tratamiento se refiere a la vigilancia del pulso, la tensión arterial, alimentación y a las medidas terapéuticas de orden general de las complicaciones posoperatorias (vacunoterapia, sulfamidoterapia, tratamiento de las hemorragias, administración de sueros, transfusión sanguínea, tratamiento de shock).

### ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO

Se refiere al tipo de alimentación que se le puede dar al paciente por la circunstancia de una operación en la boca. La primera comida la hará 6 horas después de operarse y consistirá en una taza de té con leche tibia, 6 horas después tomar el menú que se consiga.(1)

### INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, quimioterápicos, corticoides), deben darse por escrito para evitar dudas.

Por otra parte hay que hacer ver al paciente, que una operación realizada en la cavidad bucal por sencilla que sea, necesita de ciertos cuidados como guardar reposo, colocar una bolsa con hielo en la región operada durante 15 minutos

alternados con 15 de descanso. No deben realizarse ninguna clase de enjuagatorios por el término de 3 horas, salvo prescripción médica, se le ha dejado alguna gasa protectora, retirarla después de una hora, pasadas 3 horas podrá realizar enjuagatorios, en caso de dolor tomar una tableta de medicamento indicado, si el dolor no cesa se puede repetir la tableta cada 2 horas. Si se diera salida de sangre mayor de la normal, el paciente podrá colocarse en taponamiento de urgencia sobre la herida un trozo de gasa apreciable que esté esterilizada y morder durante 30 minutos la alimentación en las primeras 6 horas deberá ser líquida (té, leche, naranjada, caldo tibio). (9)

### COMPLICACIONES DE LA OPERACION

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole; el afán del operador debe ser prevenirlas. En la precisión de las técnicas, en la asepsia de la operación, encuentran escudo los accidentes posoperatorios.

#### COMPLICACIONES LOCALES

##### Hemorragia:

La salida de la sangre en el curso de una operación es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por acción de la anestesia local (vasoconstrictores). Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostasia, pero ahora nos referimos a la hemorragia posoperatoria que aparece intempestiva e inmediatamente (hemorragia primaria) o un tiempo después (hemorragia secundaria).(4)

### HEMORRAGIA PRIMARIA

El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía realizada por dos procedimientos: uno instrumental y el otro mecánico. El primero tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura solamente tiene escasas aplicaciones, como ya se ha dicho; el aplastamiento se practica comprimiendo bruscamente y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.(10)

El otro se logra por taponamiento con un trozo de gasa y su compresión. Generalmente volviendo el colgajo a su sitio suturado, la hemorragia cesa por compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos sangrantes. A expensas de este coágulo se realiza el proceso de osificación. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en un tiempo y en cantidad desusados, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este objeto; para aumentar su acción hemostática, la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: trombina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro. Para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina. El taponamiento se realiza después de las operaciones de los quistes de los maxilares y de algunos tumores y tienen por objeto en primer término evitar la hemorragia.

### HEMORRAGIA SECUNDARIA

Aparece algunas horas o algunos días después de la operación, puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o a que ha cesado la vasoconstricción de la anestesia. A estos factores locales puede agregarse una causa de índole general que favorezca la hemorragia, que entonces adquiere características e intensidades variables.

El tratamiento de tal accidente se realiza por métodos locales y métodos generales.(7)

### METODOS LOCALES

Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al enfermo enjuagatorios de su boca para evitar que queden restos del coágulo y la sangre que dificultan la visión y la individualización del punto sangrante.

Investigando el lugar por donde mana la sangre, la hemostasia se realiza por taponamiento a presión, con gasa encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos, o mejor aún bajo la presión masticatoria.

Esta presión debe mantenerse por lo menos media hora, transcurrida la cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace compresión, en caso de persistencia, se insiste con la compresión o se administran los tratamientos generales. (1)

## METODOS GENERALES

Según la cantidad de sangre perdida, el estado del paciente estará más o menos comprometido. En general, las hemorragias en cirugía bucal no son mortales, aunque conocemos algunas alarmantes.

Al manifestarse hemorragia se mejorará el estado general del paciente (pulso, tensión, corazón) administrando analépticos (aceite alcanforado) y ante pérdidas considerables se tratará de normalizar la volemia mediante la infusión de líquidos adecuados (soluciones, sueros, expansores del plasma) en casos más graves, transfusiones sanguíneas. En ocasiones deberá completarse la medicación con coagulantes (vitamina K, calcio, agentes antifibrinolíticos principalmente).

La falta de coagulación de la sangre, y la no formación del coágulo, se deben a razones generales o a causa locales, éstas obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteitis, pólipos gingivales ocasionadas por paradentosis, gingivitis, herida y desgarros de la encía, esquirlas o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival.(10)

## HEMATOMA

Un accidente frecuente y al cual no se le asigna importancia es ocasionado por el hematoma operatorio. Consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares, o a favor de

la menor resistencia que oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado una operación bucal.

El hematoma se caracteriza por un aumento del volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina. Este cambio de color de la piel sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina; así toma primeramente un color de piel dura varios días y termina generalmente por resolución al octavo o noveno día.

#### DOLOR POSTOPERATORIO

Cuando después de la intervención quirúrgica bucal se da de alta al enfermo es necesario proporcionarle algunas tabletas de analgésico, para que las use si necesita controlar algún dolor postoperatorio.

Es preciso darle otra cita al paciente, así como instrucciones para que regrese con su dentista si ocurre algún hecho desfavorable durante el período de cicatrización; el dolor que varía de grado, carácter y duración quizá complique la fase de la cicatrización y puede ocurrir por una variedad de motivos.(5)

#### CAUSAS DEL DOLOR POSTOPERATORIO

- Irritación debida a bordes cortantes del hueso.
- Trozos de hueso que irritan e inflaman el alvéolo.

- Traumatismo en el alvéolo debido a raspado con cucharillas que pulen el hueso.
- Permanencia en los alvéolos de raíces, cuerpos extraños, restos de granulomas, quistes, etc.
- Estados generales que establecen dificultad en la cicatrización, diabetes, fiebre.
- Anestesia local.(7)

#### CAUSAS INEVITABLES DEL DOLOR POSTOPERATORIO

Si no se manipulan los tejidos blandos en forma cuidadosa durante el procedimiento quirúrgico se puede causar una tumefacción edematosa, molestias y retraso en la cicatrización. La utilización de los instrumentos romos, la retracción excesiva de los colgajos mal diseñados o el que las fresas se atoren en los tejidos blandos son errores técnicos típicos que producen dichas secuelas evitables, si se atan con demasiada tensión las suturas la tumefacción posoperatoria, que ocurre con la formación del edema o los hematomas, puede crear escaras en los tejidos blandos y la desintegración de la línea de sutura; por lo general estos estados regresan si el enfermo usa con frecuencia los enjuagues hechos con solución salina caliente durante dos o tres días.

La infección de la herida es una causa más grave de la tumefacción posoperatoria; debe hacerse lo posible por evitar la introducción de los microorganismos patógenos en los tejidos. Si la infección es leve, muchas veces responde a la aplicación de

calor dentro de la boca con frecuentes enjuagues hechos con solución salina caliente.

Es necesario recomendarle al paciente que no aplique el calor por fuera de la boca, porque así tiende a incrementarse el tamaño de la tumefacción facial. (1)

### TRISMO

El trismo o incapacidad para abrir la boca por espasmos, de los músculos, puede complicar los procedimientos de la cirugía bucal, en particular las extracciones dentales difíciles, y puede ser resultado del edema postoperatorio, formación de hematomas o inflamación de los tejidos blandos.

Las personas con artritis traumática de las articulaciones temporomandibulares exhiben una limitación dolorosa del movimiento mandibular. El trismo puede suceder luego del bloqueo del nervio dentario anterior, incluso cuando se administra por razones diferentes a la extracción, debido a la formación de un hematoma o a la introducción de la infección.

El tratamiento del trismo varía según la causa fundamental. Aunque la aplicación intrabucal del calor a través de la diatermia de onda corta o con los enjuagues hechos con solución salina caliente, proporcionan alivio en los casos leves. Otros pacientes pueden necesitar la administración de antibióticos y del tratamiento especializado para aliviar los síntomas. (2)

El dolor posoperatorio, puede resultar del traumatismo evitable que ocurre durante los procedimientos de la cirugía

bucal; la instrumentación torpe puede magullar el hueso o el sobrecalentamiento efectuado con fresas también pueden dañarlo durante la eliminación ósea.

### ALVEOLITIS

La alveolitis, es decir, la infección pútrida del alvéolo dentario después de la extracción, es una complicación frecuente, la más molesta y la más engorrosa de la exodoncia, se cree que esta se presenta por:

Osteitis, periostitis ósea, flemones, inflamación o predominio alveolar, alvéolo fungoso, sangrante o doloroso, alveolitis seca, alvéolo abierto, paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy dolorosas sobre todo en los bordes.

La lesión alveolar puede ser:

a) **Primer tipo:** Forma parte de la gran lesión inflamatoria y que a veces por su extensión llega a desbordar los límites, y existe la alveolitis a y b.

En la b, son reacciones de cuerpos extraños como esquirlas óseas y a veces esquirlas dentarias de dientes fracturados.

La clase c es típica, generalmente después de una extracción laboriosa sin lesión previa alveolar y con más razón si la hubo, se presenta una lesión que por falta inmediata o prematura desaparición del coágulo, el alvéolo abierto queda en comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados.

La producción de la alveolitis se establece por una serie de factores; el principal es el traumatismo operatorio el cual debe actuar con otros:

a) Anestesia local: los productos usados en ella, tienen químicos de poder tóxicos sobre los tejidos perialveolares. Al ser extraído bajo anestesia local un diente portador de un proceso apical de una lesión del periodonto y de una alveolitis, la condición infecciosa se instala una alveolitis pos-opreatoria.

b) El estado general del paciente, debilitado por una enfermedad general o con trastornos metabólicos varios.

El alvéolo seco, esta bien reconocida pero mal entendida, complicación de la extracción dental que es familiar para todos los odontólogos experimentados y, por lo general, se considera como una osteiteitis localizada, que afecta todo o parte del hueso condensado que reviste el alvéolo dental la llamada lámina dura. La situación se caracteriza por dolor agudo en un alvéolo que contiene hueso desnudo y un coágulo sanguíneo desintegrado.

Se dice que se complica el 3% de las extracciones dentales y entre 14 a 37% de las hechas en la región del tercer molar inferior, su frecuencia es considerablemente más alta después de la extracción de un solo diente que luego de las extracciones múltiples. (9)

La etiología no es clara: sin embargo se mencionan muchas

causas predisponentes. La infección alveolar que ocurre antes, durante o después de la extracción puede ser un factor estimulante, sin embargo se extraen muchos dientes con afección periodontal, abscesos e infecciones sin que suceda el "alvéolo seco". Si bien es cierto que la situación puede ocurrir luego del empleo de la fuerza excesiva para hacer la extracción, este no siempre es el caso y la complicación puede ocurrir después de extracciones fáciles. (8)

Muchas autoridades creen que el vasoconstrictor de las soluciones anestésicas puede predisponer al alvéolo seco al interferir con el riesgo sanguíneo del hueso, y mencionan que sucede con más frecuencia la situación bajo la anestesia local que con la general, sin embargo las afecciones de "alvéolo seco" pueden presentarse bajo anestesia de la última. (9)

Las extracciones de piezas dentales del maxilar inferior se complican por la formación de un alvéolo seco, con más frecuencia que las extracciones hechas en el maxilar superior. El hueso mandibular es mucho más denso y menos vascular que el maxilar, sin embargo los estudios muestran que el riego sanguíneo del alvéolo en la región de los molares inferiores no es más deficiente que el de otras zonas de los maxilares. Por lo regular es más complicado extraer los dientes inferiores que los superiores y la gravedad garantiza que se contaminen los alvéolos inferiores con desechos alimentarios. (7)

Al parecer algunos pacientes tienen predisposición a alvéolos secos y sufren esta desagradable complicación de la

extracción dental más de una ocasión, lo que ha provocado que algunas autoridades postulen la existencia de un factor etiológico sistémico.

Pues se ha encontrado en el hueso alveolar de los enfermos que padecen de alvéolo seco una concentración aumentada de sustancias fibrinolíticas; se debe que diversas bacterias poseen actividad fibrinolítica, y recientemente se dijo el *Treponema Denticolum* puede tener una función etiológica en la creación de los alvéolos secos. (5)

Al parecer, las mujeres embarazadas y las que toman anticonceptivos bucales son más susceptibles que otras al sufrir un alvéolo seco. Si no existe este factor coadyuvante no hay predilección por sexo. (5)

Se dice que muchos procedimientos disminuyen la frecuencia del alvéolo seco; la mayor parte comprenden la colocación de antibióticos, esteroides, o una combinación de los mismos dentro del alvéolo después de la extracción. Ni tales medicamentos ni la utilización profiláctica de los antibióticos administrados por vía parenteral son ampliamente favorecidos; no obstante la administración profiláctica de las tabletas de Metronidazol BP en dosis de 200 mg (5) cada 8 horas durante tres días empezando en el día de la extracción, reducen al parecer en forma importante la frecuencia de los alvéolos secos y vale la pena utilizarlas. También se ha demostrado que el mismo medicamento antibacteriano permite un pronto alivio del dolor una vez ocurrida la complicación si se administra en una dosis mayor de 400 mg cuatro

veces al día durante 5 días; es necesario prevenir al enfermo para que no ingiera alcohol mientras esté bajo tratamiento con metronidazol y hasta tres días después de completar la serie terapéutica si se requiere evitar los desagradables efectos secundarios de la náusea y el vómito.

Cuando sucede el "alvéolo seco", los objetivos del tratamiento deben ser aliviar el dolor y acelerar la resolución.

Se debe irrigar el alvéolo con una solución salinal normal tibia para eliminar todo el coágulo sanguíneo que degenera y es necesario cortar con alveolótomos o alisar con una rueda de piedra las espículas óseas agudas, se introduce en el alvéolo un apósito sin cohesión, compuesto de óxido de zinc, aceite de clavo mezclados con algodón que aliviarán el dolor pero retrasan la cicatrización. (9)

#### OSTEOMIELITIS MANDIBULAR AGUDA

Es difícil diferenciar entre la persona que padece de un alvéolo seco grave y el paciente que sufre de osteomielitis aguda del maxilar inferior, la última situación produce mayor postración, hay fiebre marcada y dolor intenso. La mandíbula presenta sensibilidad extrema a la palpación extrabucal, si bien el inicio de la sensación labial algunas horas, incluso días después de la extracción, es un aspecto de la osteomielitis mandibular aguda. Requiere hospitalización urgente para tratarla eficazmente.

### LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

Consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoides. Accidente raro, se produce en ocasión de las extracciones de los terceros molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes. Puede ser unilateral o bilateral. El maxilar luxado puede ser ubicado nuevamente en su sitio por medio de la colocación de los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar inferior, los dedos restantes sostienen el maxilar inferior, se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos para obtener la restitución normal del maxilar, uno hacia abajo y el otro movimiento hacia atrás, reducida la luxación puede continuarse la operación.

En algunos pacientes la luxación completa o parcial de la articulación temporomandibular ocurre con facilidad y nunca debe omitirse la historia de la luxación recurrente; este accidente o la artritis traumática postoperatoria de la articulación temporomandibular pueden complicar las extracciones difíciles o los procedimientos prolongados de la cirugía bucal si no se brinda soporte a la mandíbula durante el tratamiento. (2)

Es necesario completar el apoyo dado a la mandíbula por la mano libre del operador, con el anestesiólogo o la asistente ya que ellos ayudan al presionar hacia arriba, con ambas manos, por abajo de los ángulos mandibulares. (1)

La luxación también puede ocurrir por la utilización imprudente de los abre bocas; si sucede la luxación debe reducirse de inmediato. (2)

tejidos blandos linguales o si una fresa los traba durante la eliminación del hueso, para ello debe utilizarse el retractor metálico para proteger del peligro a los tejidos blandos vecinos siempre que se utilice una fresa. (10)

### LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS

Una extracción dentaria puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Esta lesión puede radicarse en los nervios superiores e inferiores.

Los accidentes más importantes, son aquellos que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior, mentoniano o nervio lingual. (9)

El Traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarró del nervio, lesiones estas que se traducen en neuritis, neuralgias o anestias en zonas diversas, frecuentemente ocurren en las extracciones del maxilar inferior por intervenciones sobre el tercer molar o premolares.

En las extracciones del tercer molar, y especialmente en la del tercer molar retenido, la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por aplastamiento del conducto que se realiza al girar el tercer molar retenido. (5,9)

### LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS

Desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, etc. Accidente posible, pero no frecuente, se produce al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico. (5)

### ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DE LOS DIENTES TEMPORARIOS

Los accidentes de la extracción de los dientes temporarios los consideramos de gran importancia, aquí se estudiarán los accidentes que corresponden al diente en sí y al vecino permanente.

Entre los accidentes más frecuentes están:

#### FRACTURA DEL DIENTE

Accidente frecuente, si no se toman las precauciones que hemos señalado; división del molar para facilitar su extracción y evitar los inconvenientes que significan el estallido de la corona del diente y la búsqueda de la extracción de la raíz. El examen radiográfico, dentro de lo posible, presenta grandes utilidades; los temporarios, como los permanentes, pueden presentar accidentes y anomalías radiculares que es menester saber que existen para emplear las técnicas o procedimientos indicados para tales casos. (9)

Producido este accidente se trata de lavar el sitio de la extracción, se retiran las esquirlas y se investigará si las raíces están individualizadas; en caso contrario es necesario proceder a separarlas, según se indicó.

Las raíces se extraerán por medio de las cucharillas que hemos señalado.

### LESION Y EXTRACCION DE LOS GERMENES DE LOS DIENTES PERMANENTES

Consiste este accidente en la lesión y aún avulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de extraer las raíces del temporario. Supone maniobras bruscas e incontroladas por lo que se aconseja en los casos en que radiográficamente las raíces de molar temporario con curvas y encierran entre sí la corona del permanente, cortar el molar, según las técnicas de división, haciendo del órgano dentario un elemento mesial y otro distal que se extraen por separado.

### ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA

Los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distinta categoría: unos interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos; otros, al hueso y a las partes blandas que los rodean, los estudiaremos así:

### FRACTURA DEL DIENTE

Es el accidente más frecuente de la exodoncia en el curso de la extracción, al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta o parte de la raíz se quiebran, quedando por lo tanto la porción radicular en el alvéolo. Las causas de este accidente son múltiples.

Los órganos dentarios debilitados por los procesos de caries o anomalías radiculares, no pueden resistir el esfuerzo aplicado sobre su corona y se fracturan en el punto de menor resistencia.

(2)

### CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE FRACTURAS

Al darse la fractura, los cuidados a seguir son extraer la porción radicular que queda en el alvéolo siguiendo maniobras previas para corregir el error. (5,7)

### TRATAMIENTO DE LA FRACTURA

A causa de Traumatismo sufrido por la fractura del diente al extraer, se producen desgarros de la encía se desplazan esquirlas óseas, y sobre todo en la boca del alvéolo se sitúan trozos del diente; la pulpa puede quedar expuesta. La encía desgarrada y el periostio lesionado producen una hemorragia abundante que oscurece el campo operatorio. (5,9)

Este se entiende como eliminar los trozos óseos y dentarios que lo cubren; cohibir la hemorragia de las partes blandas, es decir, aclarar la visión del muñón radicular fracturado, para así poder llevar a feliz término la extracción. Los fragmentos se retiran con pinzas de algodón, se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico, se seca con gasa y se practica la hemostasis con los medicamentos disponibles. La hemorragia también puede cohibirse aplicando anestesia local a nivel de la zona sangrante. Sin el requisito previo de tener un campo limpio, exangüe, no puede intentarse la extracción con éxito. (5,9)

### FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS

La presión ejercida sobre la pinza de extracciones puede ser transmitida a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona debilitada o luxando el diente cuando disposiciones radiculares lo facilitan. El diente luxado puede ser implantado en su alvéolo, fijándolo con los procedimientos usuales.

### FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA

No es excepcional que las pinzas o elevadores se fracturen en el acto quirúrgico, cuando excesiva fuerza se aplica sobre ellos. Puede así herirse las partes blandas u óseas vecinas. En el caso que esta lesión se produzca es necesaria una nueva intervención para extraer los cuerpos. (9)

### LESION DEL SENO MAXILAR

Perforación del piso del seno; durante la extracción de los molares premolares superiores puede abrirse el piso del antro; esta perforación adquiere dos formas: accidental e instrumental. En el primer caso, por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación. Inmediatamente se advierte el accidente, porque el agua del enjuagatorio pasa al seno y sale por la nariz. En algunas oportunidades el paciente nota que ha cambiado el timbre de su voz (5,7,9)

### PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENSO MAXILAR

Una raíz de un molar superior, al fugarse del alvéolo empujada por las maniobras que pretenden extraerla, pueden comportarse de distintas maneras en relación al seno maxilar.

La raíz penetra en el antro, desgarrando en la mucosa sinusal y se sitúa en el piso de la cavidad. La raíz se desliza entre la mucosa del seno y el piso óseo, quedando por lo tanto cubierta por la mucosa. (5,7,9)

### EXTRACCION DE LA RAIZ EN EL SENSO MAXILAR

Un examen radiográfico previo, nos impondrá en la ubicación exacta de la raíz.

Sea que la extracción de la raíz intente en la misma sesión o se realice posteriormente, la vía de elección para su búsqueda es siempre vestibular.

La manera de proceder es la siguiente: Se trazan dos incisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre. Esta incisión coincidirá con las lengüetas mesial y distal del alvéolo que estamos considerando. Se desprende el colgajo y expuesto el hueso, se calcula por el examen radiográfico la altura a que se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz que se quiere extraer. Se practica la ostectomía de la tabla externa con fresa, la mucosa sinusal se le incide con un bisturí para poder llegar al interior del antro.

Abierto el seno y proyectando la luz hacia el interior de su cavidad se busca la raíz. Hallada, se la toma con una pinza larga, o bien se le elimina con una cucharilla para hueso.

La boca del alvéolo debe ser cubierta con tejido gingival, se disminuye la altura del borde óseo-alveolar y se desprende el colgajo palatino. Se puede alargar el telón vestibular practicando a bisturí la sección del periostio, con lo cual se logra alargar el colgajo, una sutura cierra la boca del alvéolo, dos puntos afrontan los labios de la herida. (9)

## OBJETIVOS

### General:

1. Conocer la frecuencia de complicaciones postoperatorias en cirugía Preprotésica y de terceros molares incluidos (Alveolitis, dolor severo, edema severo, hematoma, hemorragia, infección, parestecia, trismo), en pacientes intervenidos en la clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la USAC.

### Específicos:

1. Conocer la complicación postoperatoria más común que se presenta en cirugía preprotésica y de terceros molares incluidos evaluándose clínicamente en dos momentos, 3 días después de realizada la cirugía y a los 8 días postoperatorios.
2. Determinar en qué tipo de cirugía bucal se presentan complicaciones postoperatorias.

VARIABLES E INDICADORES DEL ESTUDIO

VARIABLE	INDICADOR
1. ALVEOLITIS	Se caracteriza por presentar dolor agudo en un alvéolo que contiene hueso desnudo y un coágulo sanguíneo desintegrado, con una capa blanquecina o grisácea, además hay halitosis.
2. DOLOR SEVERO	Sensación generalmente localizada de malestar o aflicción resultante de estimulación de terminaciones nerviosas especializadas. En este estudio de dolor postoperatorio será considerado severo cuando no sea controlable con analgésicos para dolor moderado.
3. EDEMA SEVERO	Se presenta con una hinchazón blanda de un área intrabucal o en la piel de la cara, adquiere un gran volumen que sede a la presión quedando por un momento la huella de la depresión. Se hace presente en el postoperatorio en forma moderada o normal que tiende a desaparecer en 2 o 3 días, pero cuando se prolonga más allá de estos días será considerado para este estudio como severo.
4. HEMATOMA SEVERO	Clínicamente se observará como un cambio de coloración (morado) en el lugar de la operación o en la piel de la cara en el área correspondiente a la cirugía hay además aumento de volumen considerable, debido a la acumulación de sangre en el tejido. Se considera severo cuando su presencia se prolonga más allá de 3 días.

VARIABLE	INDICADOR
5. HEMORRAGIA SECUNDARIA	Extravasación de sangre debida a causas traumáticas o espontáneas por fragilidad y rotura de las paredes capilares. Esta produce después de haberse formado un coágulo, que por alguna razón este se desprende (por fallas en su formación, enjuagatorios u otras maniobras violentas efectuadas por el paciente) y se provoca así la salida de sangre nuevamente.
6. INFECCION	Se manifiesta por la contaminación de la herida postoperatoria, observándose en el: aumento de volumen, enrojecimiento, elevación de la temperatura, dolor. Además el paciente presenta fiebre, aceleración del ritmo cardíaco y los movimientos respiratorios, sequedad de la lengua.
7. PARESTESIA	Sensación anormal rara, en ocasiones se manifiesta por sensaciones como de quemaduras, de hormigueo o de pinchazos.
8. TRISMOS	Se considera en este estudio que hay presencia de Trismos, cuando el paciente no pueda abrir la boca más allá de 2 cm, medidos de distancia inter-incisal.

## METODOLOGIA

### Población y Muestra:

Se determinó un grupo representativo de pacientes que ingresaron a la clínica de cirugía oral de la Facultad de Odontología de la USAC, (50 pacientes equivalente al 32% del total de atendidos en el período de estudio), para ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, siendo estos: cirugía preprotésica y cirugía de piezas incluidas.

### Procedimiento:

1. A los pacientes que ingresaron a la clínica de cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la USAC, para procedimientos de cirugía preprotésica y de cirugía de piezas incluidas. Se les evaluó clínicamente en 2 momentos postquirúrgicos.
  - A. 3 días después de realizada la cirugía.
  - B. 8 días después de realizada la cirugía.

Durante la evaluación clínica se tomaron en cuenta únicamente las variables del estudio, es decir: Alveolitis, dolor severo, edema severo, hematoma severo, hemorragia secundaria, infección, parestesia, trismos.

La información fue recolectada a través de una boleta diseñada especialmente para este estudio, la cual contenía además los datos generales del paciente.

2. Con las boletas debidamente llenas se procedió a tabular datos y se sacaron las conclusiones del estudio.

El equipo que se utilizó fue el siguiente: Espejo, explorador, pinzas, gasas estériles, bandeja porta instrumentos, guantes, mascarillas, bata blanca, boleta de recolección de datos, lapicero, máquina de escribir, hojas de papel, computadoras, calculadora, útiles de oficina.

El personal que participó en la investigación:

- Asistente de cirugía.
- Asistente que proporciona equipo para retirar material de sutura.
- Personal médico que labora en cirugía.
- Pacientes (objeto de la investigación).
- Estudiante (Tesisista)
- Asesor de la Investigación.

Dr. Bernal Herrera Monteagudo.

## PRESENTACION DE RESULTADOS

Se determinó un grupo representativo de pacientes que ingresaron a la clínica de cirugía oral de la Facultad de Odontología de la USAC. (50 pacientes equivalentes al 32% del total de atendidos en el período de estudio) para ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, siendo estos: cirugía preprotésica y cirugía de piezas incluidas. Se les evaluó clínicamente en 2 momentos postquirúrgicos; Inmediato (3 días después de realizada la cirugía), Mediato (8 días después de realizada la cirugía) obteniéndose los resultados que a continuación serán presentados a través de un diagrama de barras para demostrar la distribución por edad y sexo de los pacientes estudiados, a la vez 6 cuadros que llevan previa su interpretación.

INTERPRETACION DE LA GRAFICA DE FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS, DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.S.A.C.



PACIENTES MASCULINOS



PACIENTES FEMENINOS

Participaron en el estudio 50 pacientes que correspondieron al total de procedimientos quirúrgicos disponibles, de terceros molares, incluidos un total de 22 y 28 de cirugía prepotésica.

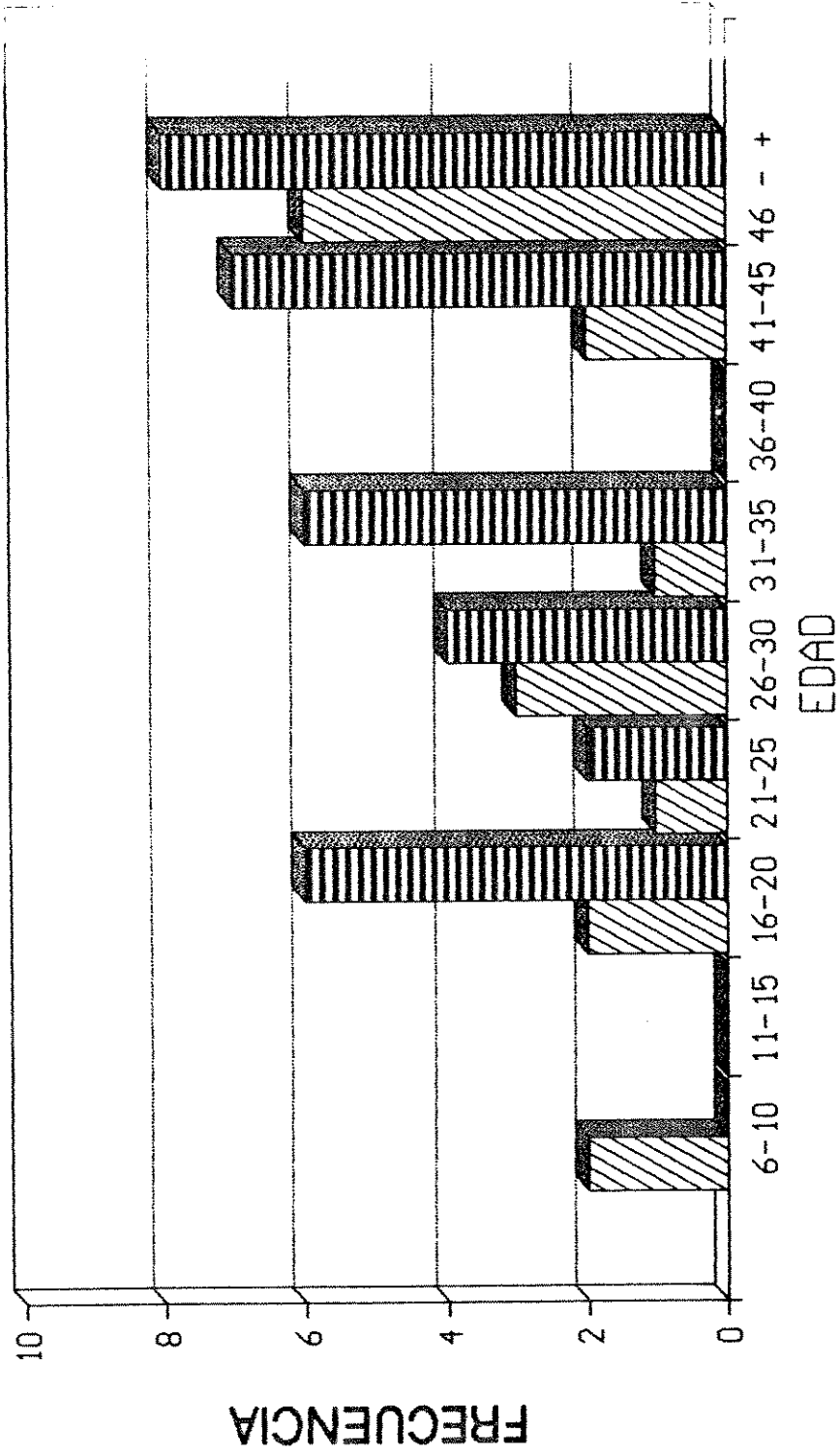
Se tomaron en cuenta pacientes de todas las edades siendo el más joven de 6 años y el mayor de 75 años.

La mayor parte se concentró en edades de 40 años en adelante, siendo la menor cantidad jóvenes de 21 a 30 años que es la población económicamente activa y que posiblemente no acuden a tratamiento por razones de trabajo.

Se determinó que la mayor cantidad de pacientes sometidos a cirugía corresponden al sexo femenino en un número de 33.

# GRAFICA 1

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.S.A.C.



Fuente: Investigación de Campo

MASCULINO
 FEMENINO

INTERPRETACION DEL CUADRO DE COMPLICACIONES EN EL GRUPO  
DE PACIENTES FEMENINOS

En un grupo de pacientes tenemos como en el de pacientes masculinos la complicación más frecuente fue alveolitis.

Con un 28.57% para complicaciones inmediatas.

33.33% para las mediatas esto es congruente con lo que reporta la literatura en la revisión bibliográfica donde se establece como complicación de un 14 a un 37%.

El dolor severo ocupa el segundo lugar con un 28.57%

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES EN EL GRUPO DE PACIENTES FEMENINOS

COMPLICACION	INMEDIATA		MEDIATA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALVEOLITIS	2	28.57	2	33.33
DOLOR SEVERO	2	28.57	1	16.66
EDEMA SEVERO	0	0.00	0	0.00
HEMATOMA SEVERO	0	0.00	0	0.00
HEMORRAGIA SECUNDARIA	0	0.00	0	0.00
INFECCION	0	0.00	0	0.00
PARESTESIA	1	14.85	1	16.66
TRISMO	2	28.57	2	33.33
TOTAL	7	100.00	6	100.00

FUENTE: Investigación de campo.

INTERPRETACION DEL CUADRO COMPLICACIONES EN EL GRUPO  
DE PACIENTES MASCULINOS

La complicación inmediata más frecuente en el grupo de pacientes masculinos fue la alveolitis con 3 casos para un 42.85% la complicación Mediata más frecuente también fue la alveolitis con 4 casos 50% de las complicaciones.

Infecciones solamente se presentó una lo que nos da idea de que los procedimientos efectuados tienen una buena técnica de asepsia.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES EN EL GRUPO DE PACIENTES MASCULINOS

COMPLICACION	INMEDIATA		MEDIATA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALVEOLITIS	3	42.85	4	50.00
DOLOR SEVERO	1	14.28	0	0.00
EDEMA SEVERO	0	0.00	0	0.00
HEMATOMA SEVERO	0	0.00	0	0.00
HEMORRAGIA SECUNDARIA	0	0.00	0	0.00
INFECCION	1	14.28	1	12.50
PARESTESIA	2	28.57	2	25.00
TRISMO	0	0.00	1	12.50
TOTAL	7	100.00	8	100.00

FUENTE: Investigación de campo.

INTERPRETACION DEL CUADRO DE COMPLICACIONES EN EL GRUPO DE  
PACIENTES FEMENINOS SEGUN EN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO

Como en el grupo de pacientes masculinos en este también la cirugía de terceros molares incluidos fue la que presentó el mayor número de complicaciones 5 inmediatas y 5 mediatas, la causa de este como se apuntó en el cuadro anterior posiblemente fue secundario a la manipulación durante el acto quirúrgico.

En cirugía pre-protésica se presentaron 2 casos solamente.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS  
COMPLICACIONES EN EL GRUPO DE PACIENTES FEMENINOS SEGUN EL  
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO

PROCEDIMIENTO	COMPLICACION		
	INMEDIATA	MEDIATA	NINGUNA
CIRUGIA 3a. MOLARES INCLUIDAS	5	5	9
CIRUGIA DE CANINO INCLUIDO	0	0	1
CIRUGIA PRE-PROTESICA	2	0	17
TOTAL	7	5	26

FUENTE: Investigación de campo.

INTERPRETACION DEL CUADRO DE COMPLICACIONES EN EL GRUPO DE  
PACIENTES MASCULINOS SEGUN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO

El mayor número de complicaciones de acuerdo a la cirugía efectuada se dio en el grupo de los terceros molares incluidos con 7 complicaciones inmediatas y 5 mediatas.

Este se debe posiblemente a la manipulación inflamatoria local causada por el material de sutura.

En los procedimientos preprotésicos prácticamente no se presentó ninguna complicación, 2 casos únicamente.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES EN EL GRUPO DE PACIENTES MASCULINOS SEGUN EL  
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO

PROCEDIMIENTO	COMPLICACION		
	INMEDIATA	MEDIATA	NINGUNA
CIRUGIA 3a. MOLARES INCLUIDAS	7	5	2
CIRUGIA DE CANINO INCLUIDO	0	2	0
CIRUGIA LATERAL INCLUIDO	0	0	1
CIRUGIA PRE-PROTESICA	1	1	8
TOTAL	8	6	11

FUENTE: Investigación de campo.

INTERPRETACION DEL CUADRO  
COMPLICACIONES CLASIFICADAS POR SEXO

Del total de los 17 pacientes de Sexo Masculino 6 presentaron complicaciones (35.29%). 11 no presentaron complicaciones (64.70%) las complicaciones se dividieron en:

5 inmediatas y 6 mediatas.

De las 33 pacientes de sexo femenino observadas presentaron complicaciones 6 (18.83%) y 27 no tuvieron (81.17%).

Como podemos observar el porcentaje de complicaciones en el sexo masculino fue mayor a pesar de que la muestra fue más pequeña.

Las pacientes femeninas fueron menos propensas a complicarse a pesar de que la muestra fue mucho más grande.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS  
NUMERO DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON  
CLASIFICADAS POR SEXO

COMPLICACION	MASCULINO	FEMENINO
INMEDIATA	5	6
MEDIATA	6	4
SIN COMPLICACION	11	27

FUENTE: Investigación de campo.

## ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Este fue el estudio prospectivo en el cual participaron 50 pacientes que ingresaron a la clinica de Cirugia Oral de la facultad de Odontologia de la USAC.

De acuerdo al instrumento previamente elaborado para recoger datos se les entrevistó y evaluó en dos momentos quirúrgicos el inmediato (3 días) y el mediato (8 días), del grupo de pacientes 33 fueron femeninos y 17 masculinos. Se descartaron del estudio a pacientes que manifestaron enfermedades orgánicas crónicas que alteran el proceso normal de recuperación post-operatoria tales como: Hipertensión, Diabetes, Discracias sanguíneas, etc.

Los procedimientos efectuados fueron cirugía de piezas incluidas y cirugía pre-protésica.

Analizando previamente lo que fue el resultado del estudio podemos darnos cuenta que el grupo que más complicaciones presentó fue el de pacientes masculinos hecho que resalta más aún si tomamos en cuenta que fue el grupo más pequeño con apenas 17 casos de los cuales 6 pacientes el 35% presentó complicaciones entre los que sobresale con mayor frecuencia Alveolitis, tanto en la evaluación inmediata como en la mediata, en la primera con un 42.85% y en la segunda con un 50% en este grupo se presentó un paciente con infección que fue el único del estudio.

La cirugía que más complicaciones presentó para ambos grupos fue la de terceros molares incluidos esto se asume por la extensa manipulación que dio como resultado la prolongación del tiempo del procedimiento quirúrgico.

En lo que respecta al grupo de pacientes femeninos se tuvo un total de 33 de las cuales 27 no presentaron complicaciones, únicamente 6 pacientes se complicaron, siendo como en el grupo masculino la alveolitis la más frecuente con 28.57% para las inmediatas y 33% para las mediatas, esto es totalmente congruente con la literatura que reporta de un 14% a un 37% de alveolitis en cirugía de terceros molares incluidos.

Un hecho interesante es que todos los pacientes con complicación inmediata presentaron siempre una complicación mediata, esto puede servir como un factor predecible de complicación mediata el que el paciente se complique en el post-operatorio inmediato.

Finalmente el hecho de que únicamente 1 paciente se halla infectado nos dice que las técnicas empleadas en la asepsia del paciente son adecuadas ya que únicamente reporta el 2% del total de casos.

### CONCLUSIONES

1. La complicación más frecuente postoperatoria tanto en pacientes masculinos como femeninos fue Alveolitis.
2. El procedimiento quirúrgico en el cual el paciente corre más riesgo de complicarse en el post-operatorio es la cirugía de terceros molares incluidos.
3. El procedimiento quirúrgico que más se efectuó fue la cirugía Pre-protésica y también la que menos complicaciones presentó.
4. El grupo de pacientes de sexo masculino fue el que se complicó en el post-operatorio según el estudio efectuado.
5. El paciente que se complicó al evaluarlo a los 3 días (inmediato) también se complicó a los 8 días de evaluado (mediato).

### RECOMENDACIONES

1. Crear un Protocolo de tratamiento Profiláctico en pacientes sometidos a Cirugía de terceros molares incluidos para evitar la complicación de Alveolitis.
2. Realizar un estudio para determinar cuáles son los factores de riesgo en cirugía para que la misma no se complique.
3. Realizar investigaciones sobre medicamentos o procedimientos para evitar la Alveolitis.

A N E X O

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
COMISION DE TESIS

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Boleta No. \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES:

Enfermedades que padece:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento?

Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿De qué tipo?

Analgésico \_\_\_\_\_

Antibiótico \_\_\_\_\_

Antiinflamatorio \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS:

Inmediatas: (3 días)

Mediatos: (8 días)

1. Alveolitis \_\_\_\_\_

Alveolitis \_\_\_\_\_

2. Dolor severo \_\_\_\_\_

Dolor severo \_\_\_\_\_

3. Edema severo \_\_\_\_\_

Edema severo \_\_\_\_\_

4. Hematoma severo \_\_\_\_\_

Hematoma severo \_\_\_\_\_

5. Hemorragia secundaria \_\_\_\_\_

Hemorragia secundaria \_\_\_\_\_

6. Infección \_\_\_\_\_

Infección \_\_\_\_\_

7. Parestesia \_\_\_\_\_

Parestesia \_\_\_\_\_

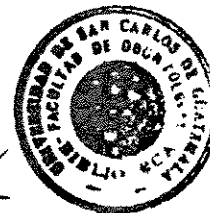
8. Trismos \_\_\_\_\_

Trismos \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, J.W. Nosocomial infection in current problems surgery. 2a. ed. Chicago, Yearbook, 1973. 185 p.
2. Archer, H. Oral and maxillofacial surgery. 5a. ed. Philadelphia, Saunders Co, 1975. v. 2
3. Durante, A.C. Diccionario odontológico. Buenos Aires, Mundi, 1964. 77 p.
4. González Palma de Aragón. G.N. Prevalencia de infección de heridas en pacientes de cirugía maxilofacial de urgencia (Hospital regional de Quilapa Santa Rosa). Tesis. (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1990. 96 p.
5. Howe, G.L. Cirugía bucal menor. 3a. ed. México, Manual Moderno, Teroy, 1974. pp. 24-51.
6. Kanj, E. Asepsia en cirugía, desinfección y esterilización. 4a. ed. México, Teroy, 1974. pp 24-51.
7. Laskin, D. Cirugía bucal y maxilofacial. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1988, 782 p.
8. Shafer, W.G., M.K. Hine and B.M. Levy. Tratado de patología bucal. 4a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1988. 940 p.
9. Ries, G.A. Cirugía bucal, patología clínica y terapéutica. 9a. ed. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1988.
10. Regezzi, J.A. Patología bucal. México, Nueva Editorial Interamericana, 1971.

V. Bo.  
*[Handwritten signature]*

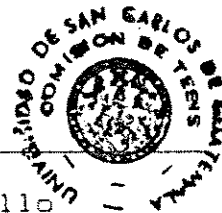


OP. Beatriz Albina Yax Cotí  
Sustentante

Vo. Bo.

Dr. Bernal Herrera Monteagudo  
Asesor

Dr. Ricardo León Castillo  
Comisión de Tesis



Dr. Ernesto Valiagrán Colón  
Comisión de Tesis



IMPRIMASE:

Dr. Manuel de Jesús Andrade Bourdet  
Secretario