

TRABAJO DE FIN DE MASTER



ESTUDIO PRELIMINAR DE ANTROPOLOGÍA DEL DOLOR POST EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR EN PACIENTES PERUANOS Y ESPAÑOLES

Máster de Ciencias Odontológicas

Asesor: Alfonso Vidal Marcos

Marcos Omar Chuquispuma Bustos

INDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.....	03
2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	05
3. CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE ANTROPOLOGIA DEL DOLOR, DOLOR POSTEXODONCIA Y CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.....	07
4. MATERIAL Y METODO.....	60
5. RESULTADOS.....	63
6. DISCUSION.....	69
7. CONCLUSIONES.....	74
8. RECOMENDACIONES.....	76
9. BIBLIOGRAFIA.....	78
10. ANEXOS.....	81

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La exodoncia de un tercer molar inferior, ha sido siempre un tema de estudio en nuestra área la odontología, ya sea por su retención, su intento de erupción, dificultad de extracción o las complicaciones que se pueden presentar posterior a la exodoncia. Sabemos que todos estos llevan algo en común, el cual es el motivo principal de asistir a la consulta con el odontólogo, este es el dolor. La presencia de este síntoma hace de la exodoncia del tercer molar sea uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes tanto en la práctica privada, como en la hospitalaria. Pero este episodio al presentarse también después de la intervención quirúrgica es lo que preocupa ya que es un hecho indeseable tanto para el paciente como para el operador; este hecho va a estar mediado por diferentes factores ya conocidos como son el tiempo de la intervención, enfermedades presentes, etc. Sin embargo, también hay otros factores poco estudiados que son igual de importantes a la hora de valorar el dolor y que deben ser tomados en cuenta, estos son la cultura, etnia o sociedad de la que proviene el paciente, ya que esta va a influir mucho en su percepción del dolor y de cómo afrontarlo. Estos factores deben ser tomados en cuenta en el presente ya que vivimos en una época de globalización en la que la migración es fluida entre diferentes culturas, como en este caso, quienes serán materia de nuestro estudio: Perú, un país Sudamericano y España, un país europeo.

JUSTIFICACION

El presente estudio se realizó para conocer los diferentes tipos de manifestaciones de dolor en distintas culturas, existen ya numerosos estudios en cuanto a comparación de dolor en el continente europeo pero muy pocos con países americanos, además los estudios respecto a post tratamientos odontológicos son más escasos aun, siendo esto muy importante para nosotros ya que debemos conocer los diferentes tipos de manifestaciones y reacciones para saber de qué forma abordar al paciente no solo en general sino también según su cultura.

2. HIPOTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

HIPOTESIS

El dolor post exodoncias del tercer molar inferior, de la misma naturaleza e intensidad pueden expresarse de manera distinta en función del grupo o cultura al que pertenezca el individuo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre el dolor post exodoncia del tercer molar inferior de la misma naturaleza e intensidad y el grupo o cultura al que pertenece el individuo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar si existe relación significativa entre el dolor post exodoncia del tercer molar inferior de la misma naturaleza e intensidad y la cantidad de días que lo presenta, según el grupo o cultura al que pertenece el individuo.

Determinar si existe relación significativa entre el dolor post exodoncia del tercer molar inferior de la misma naturaleza e intensidad y la intensidad, según el grupo o cultura al que pertenece el individuo.

Determinar si existe relación significativa entre el dolor post exodoncia del tercer molar inferior de la misma naturaleza e intensidad y el cómo lo afronta, según el grupo o cultura al que pertenece el individuo.

**3. CONOCIMIENTOS
ACTUALES SOBRE
ANTROPOLOGIA DEL
DOLOR, DOLOR
POSTEXODONCIA Y
CIRUGIA DEL TERCER
MOLAR INFERIOR.**

Antes de describir la investigación es necesario recordar algunos conceptos relacionados con la antropología del dolor, el dolor postexodoncia y cirugía del tercer molar inferior.

Así entonces el siguiente orden:

3.1 CONOCIMIENTOS ANTROPOLÓGICOS

3.1.1 DIFERENCIAS EN LA EXPRESIÓN DEL DOLOR ENTRE DIFERENTES CULTURAS

3.1.2 INFLUENCIA DE LA COMUNIDAD Y SUS ESTEREOTIPOS CULTURALES EN LAS EXPRESIONES DE DOLOR

3.1.3 DIFERENCIAS DENTRO DE UNA MISMA CULTURA

3.1.4 ESTUDIOS Y PARÁMETROS QUE PERMITEN CUANTIFICAR DIFERENCIAS

3.1.5 FACTORES ASOCIADOS A DIFERENCIAS CULTURALES

3.1.6 DIFERENCIAS CULTURALES EN EL MANEJO CLÍNICO DEL DOLOR

3.1.7 DIVERSIDAD EN EL PERU, DIVERSIDAD EN ESPANA: LOS REFERENTES CULTURALES Y NACIONALES

3.2 CONOCIMIENTOS DE DOLOR

3.2.1 DOLOR OROFACIAL

3.2.1.1 EN FUNCION DEL TIEMPO

3.2.1.2 EN FUNCION DE LA INTENSIDAD

3.2.1.3 EN FUNCION DE LA PROCEDENCIA

3.2.2 MEDICION DEL DOLOR

3.2.2.1 METODOS PARA MEDIR EL DOLOR

3.2.3 DOLOR POSTCIRUGIA

3.2.3.1 FISIOPATOLOGIA

3.2.3.2 ETIOPATOGENIA

3.2.3.2.1 FACTORES PSICOLOGICOS

3.2.3.2.2 FACTORES LOCALES

3.2.3.2.3 OTROS FACTORES

3.3 CONOCIMIENTOS DEL TERCER MOLAR INCLUIDO

3.3.1 CLASIFICACION

3.3.2 CLINICA

3.3.3 DIAGNOSTICO

3.3.4 INDICACIONES

3.3.5 CONTRAINDICACIONES

3.3.6 TRATAMIENTO

3.3.7 INDICES DE DIFICULTAD

3.1. CONOCIMIENTOS ANTROPOLÓGICOS

La percepción de los datos cenestésicos es el resultado de un aprendizaje social y cultural que no se traduce en categorías objetivas y modificaciones sensoriales.

En la relación con su cuerpo el individuo transforma las sensaciones experimentadas en sus propias categorías, compartidas con su estilo personal con los otros miembros del grupo de referencia. La cultura interiorizada forma parte del cuerpo del individuo, orienta las percepciones sensoriales y frente al dolor produce las categorías de pensamiento que promueven el temor o la indiferencia.

El enfermo, interrogado, da una lectura particular de sus malestares; evoca lo que para él es determinante en su estado. La consulta tiende, no sin dificultades, a disipar los malentendidos derivados de su alejamiento del discurso profano mediante el interrogatorio. Sin llegar a considerar el estilo individual y cultural que reviste la queja, el médico se esfuerza por establecer la jurisdicción exclusiva de sus conocimientos y destreza profesional. La consulta médica es una modulación entre el saber y las competencias del profesional, integradas en una concepción del mundo compartida con sus colegas, y el saber obstinado del paciente que obedece a otra concepción del mundo. La práctica médica exige tener en cuenta la cultura puesta en juego por el paciente para hablar de sus sufrimientos o de las sorpresas que su cuerpo le revela. La lengua del médico no es la de la experiencia corporal del enfermo, inmerso en las actitudes y valores de sus propias "adhesiones culturales". El establecimiento del diagnóstico plantea en ese sentido menos dificultades para el curandero popular que pertenece a la misma trama cultural que su paciente. El médico busca encarar la enfermedad con eficacia siguiendo los rodeos impuestos por el testimonio del paciente, caminando a su paso, pero sin perder su propia orientación. El discurso ingenuo no es un obstáculo, puesto que toda enfermedad es la de un hombre concreto; su cultura es el lugar necesario de aparición de la enfermedad, y el propio cuerpo no existe en otra dimensión. La consulta médica es una negociación informal en la cual el médico sostiene el timón, arreglándose con informaciones que consigue obtener de un cliente que coopera más o menos, que es más o menos proclive a

hacerse comprender, y cuyo temperamento hay que gobernar a veces si se desea llegar a un diagnóstico satisfactorio (1)

3.1.1. DIFERENCIAS EN LA EXPRESIÓN DEL DOLOR ENTRE DIFERENTES CULTURAS

La forma en que las distintas comunidades o culturas tienen para expresar una sensación dolorosa es variable. Ante un mismo estímulo, un individuo proveniente de una cultura occidental puede expresar una respuesta diferente que uno de una cultura oriental.

Una investigación de Y. Zola realizada entre Julio de 1960 y febrero de 1961, en las consultas de oftalmología y de otorrinolaringología de dos grandes hospitales de Boston, demuestra el poder de las influencias culturales en la percepción de los síntomas y la emisión de la queja en una población. Comparó dos grupos de pacientes, irlandeses (42 mujeres y 39 hombres) e italianos (34 mujeres y 29 hombres).

Se trataba de pacientes que acudían a la primera consulta, interrogados antes del encuentro con el médico. Los italianos, en su mayoría eran hijos de padres emigrantes, y los otros norteamericanos de tercer o cuarta generación.

Se demostró que, para un abanico de patologías semejantes, los irlandeses tendían a minimizar sus malestares al tiempo que los italianos eran prolijos acerca de la intensidad y extensión de sus enfermedades (1).

Zola observó que, para un diagnóstico semejante, los italianos hablan y se quejan de más numerosos síntomas, mencionan más zonas del cuerpo afectadas y más clases de malestares que los irlandeses. Asimismo, suelen considerar con mayor frecuencia que sus síntomas alteran su comportamiento en relación con los demás. Los enfermos italianos manifiestan una tendencia cultural a la dramatización de su dolor. Por el contrario, la actitud convencional de los irlandeses consiste en encajar la situación en congruencia con el sentimiento de lo difícil que es la vida y que es necesario saber hacerle frente. La manera de exponer sus sufrimientos, dice Zola, haciendo poco para facilitar el tratamiento, tiene como consecuencia un estado de sufrimiento continuo (1).

Si una determinada cultura puede conllevar a expresar de modos distintos una misma situación, la convivencia y la mezcla cultural puede llevar a un cambio en esos modelos de respuesta.

20 años más tarde a la investigación de Zola, Koopman, S. y cols, (1) realizaron otra investigación en el mismo hospital de Boston en 1981, evaluando la persistencia o la erosión de los esquemas culturales de percepción del dolor y de los síntomas en el seno de las mismas poblaciones.

40 italianos y 44 norteamericanos de varias generaciones fueron seleccionados e interrogados con detalle, de acuerdo con el mismo procedimiento que aplicara Zola veinte años antes. Los resultados ilustran la pregnancia de los modelos culturales. Los enfermos italianos mencionan un número superior de síntomas para las mismas patologías que los norteamericanos, la edad y el sexo revelaron ser árbitros de estas variaciones culturales entre un grupo y otro. Los pacientes de más de sesenta años (una gran proporción de italianos) señalan muchos más dolores y se quejan más que sus homólogos norteamericanos, pero, por el contrario, en los más jóvenes, la diferencia desaparece y deja de ser estadísticamente significativa. De la misma manera, las mujeres italianas (sobre todo) o norteamericanas exponen más dolores y quejas que los hombres. Los autores de la investigación informan que la tradición italiana de expresión franca y dramatizada del dolor deja mayor impronta en las mujeres de mayor edad, garantes de la socialización y de la transmisión cultural. Por el contrario, el esquema norteamericano de inhibición del dolor está más marcado en los hombres mayores, quienes tienen conciencia de representar el papel de modelos en su medio. Las jóvenes generaciones de origen italiano, más alejadas de la matriz cultural de sus mayores, educadas en las escuelas norteamericanas y enfrentadas a otro modelo de identificación, asimilan los modos de comportamiento planteados como norteamericanos (1).

3.1.2. INFLUENCIA DE LA COMUNIDAD Y SUS ESTEREOTIPOS CULTURALES EN LAS EXPRESIONES DE DOLOR

Mark Zborowski, en 1952 publicó un artículo pionero sobre la influencia de la cultura en la percepción y la manifestación del dolor. Expuso en detalle los datos puestos al día por su investigación en una obra posterior que se convirtió en un clásico de la sociología del dolor (1).

Desarrolló su investigación en el hospital de Veteranos de Kingsbridge, en el barrio neoyorquino del Bronx, interrogó a 242 sujetos, entre los cuales había 146 enfermos internados, casi todos hombres.

El autor distingue cuatro tipos de población: de origen italiano, judío, irlandés y norteamericano. La investigación consiste en observaciones, entrevistas con los enfermos y los miembros del equipo sanitario. Paralelamente, con el objeto de identificar sus actitudes habituales ante el dolor, se realizan entrevistas con miembros de esos mismos grupos con buena salud. Los enfermos que participan en la investigación sufren, en la mayoría de los casos, afecciones neurológicas (sobre todo hernias de disco y lesiones espinales). Los enfermos de origen italiano o judío de Europa del Este, para los terapeutas tienen reacciones relativamente semejantes, caracterizadas por una sensibilidad excesiva, tendencia a la emotividad y a la dramatización. Entre los segundos, la ausencia de inhibición en las manifestaciones del dolor traduce sobre todo la búsqueda de comunicación con el medio social. Es una manera de reclamar la atención y los cuidados, de ser protegido de manera permanente. Toda la familia participa en el sufrimiento, el enfermo judío no soporta el aislamiento o las relaciones impersonales, exige la presencia de los otros incluso, y, sobre todo, en lo peor de su enfermedad. El dolor en principio es percibido como un signo nefasto que provoca ansiedad, temor del futuro.

Zborowski relaciona esta actitud con la historia dolorosa del pueblo judío marcado por interacciones trágicas con un mundo hostil en el cual, en principio, en asuntos de vida y muerte, había que contar consigo mismo y con la familia. Los enfermos italianos están mucho más afectados por la inmediatez del dolor que por el trastorno orgánico que manifiesta. Cuando aquél se calma con los analgésicos, sus quejas cesan, olvidan

sus temores y recuperan enseguida el buen humor ya que para ellos el dolor se convierte en toda la enfermedad. Por el contrario, muy afectados por el sufrimiento, los enfermos de tradiciones culturales judías a veces rechazan los analgésicos, lo que puede tener lamentables consecuencias sobre su salud. Para ellos, los medicamentos alivian de manera superficial un dolor que vale también por la patología de la cual es un signo, y a dicha patología dirigen su aprensión. Aunque estén aliviados, se mantienen inquietos. La enfermedad cuyo indicio es el dolor es la fuente primordial de su tormento. Los enfermos italianos y judíos se sienten libres de quejarse, gemir, lamentar, etc. No se avergüenzan por manifestar sus sentimientos. Buscan la compasión y la presencia de los otros a su lado, sobre todo la de la familia.

Los enfermos de “vieja cepa americanas” observan con cierto desdén estas manifestaciones intempestivas que, según dicen, fastidian a los otros enfermos. Para ellos, no es una conducta digna de hombres. Antes de interrogar al médico acerca de las razones de su dolor, esperan el mayor tiempo posible, minimizando su malestar o encontrándole explicaciones tranquilizadoras. Solo deciden consultar a un facultativo cuando las molestias persisten y no es posible postergar el examen. Estos enfermos consideran su dolor con una especie de distancia. De manera meticulosa, casi técnica, tienden a dar a su médico la mejor descripción de lo que sienten. No se quejan, se esfuerzan en cooperar y en molestar lo menos posible. Al actuar de ese modo son conscientes de reproducir un modelo ideal de conducta reconocido como norteamericano. Sostienen que “gemir o lamentarse por la propia suerte no sirve para nada”. El dolor es asunto suyo, debe acostumbrarse. Cuando éste aparece, en principio suscita la paciencia y la espera de su desaparición. Si se instala de manera permanente y afecta a sus actividades, sólo entonces, después de haber diferido el trámite durante largo tiempo, se dirige al médico y le cuesta referir al médico el contenido de su malestar, para describir el sufrimiento que padece, más que el dolor en sí, no soporta las consecuencias físicas de una enfermedad que lo priva de su trabajo o actividades regulares. Para él, el dolor es menos un síntoma que un fastidio, un obstáculo físico temible que en principio reclama los recursos personales. Según Zborowski, los enfermos irlandeses representan la población “más triste y depresiva”, carecen del optimismo del norteamericano, del apoyo familiar del judío y de la orientación en el

presente del italiano, el paciente irlandés es preocupado, susceptible y está espantado por los efectos actuales y futuros de su trastorno (1).

Los estilos de educación, dan a la experiencia personal del dolor un significado, y sobre todo valores distintos de una sociedad a otra, y sobre todo conforman a los individuos para que respondan de una manera semejante a como lo hacen ante la adversidad, según su condición social y cultural.

3.1.3. DIFERENCIAS DENTRO DE UNA MISMA CULTURA

La atención de los médicos y enfermeras se dedica al control del dolor físico que se manifiesta a través de signos y síntomas. Estudios Interdisciplinarios (anatómicas, fisiológicas, neurológicas, endocrinológicas) se dedican al explicar el origen y la evolución del dolor, mientras se realizan los estudios de neuro-farmacológico para interrumpir, a diferentes niveles, los circuitos que están implicadas en la experiencia nociceptivo, sin embargo, no puede explicarse sólo en términos anatómicos o a través de la descripción de la red sensible. La experiencia del dolor no sólo se debe a una activación del sistema nervioso, sino que también está relacionado con un estado psicológico que está condicionado por las emociones y la vivencia personal (2).

Ortega López Rosa M. (3) nos dice que en México como fruto de la diversidad cultural existen diversos grupos de población con diferentes concepciones de la salud y la enfermedad y distintas maneras de abordarlas.

Para su investigación entrevistó a 153 enfermeras asignadas a los servicios de hospitalización, 249 usuarios de los servicios de salud de una institución pública de salud de segundo nivel de atención y seis curanderos (2 espiritistas, 2 curanderos y 2 yerberos) de la Ciudad de Tampico, Tamaulipas, México. Se realizó sobre cada grupo de estudio una encuesta semiestructurada y una división sociodemográfica que permitiese extraer conclusiones acerca de cada grupo.

Este estudio permitió observar diferencias, tanto en las definiciones de enfermedad, salud, y dolor, como en el manejo de las mismas según el grupo de estudio.

En cuanto al personal de enfermería, el 63.39% del personal definió a la salud como bienestar físico y mental del ser humano; el 36.60% como un desequilibrio en el organismo. En cuanto al dolor, el 60.78% lo definió como una manifestación de un malestar físico y mental. En cuanto a los métodos y remedios para curarse, el 77.85 % acude al médico y sigue sus instrucciones y como remedio el 81.61% toma los medicamentos indicados por el doctor. La mayoría del grupo de enfermeras consideran que las causas por las que se enferman son por estrés (90.84%), y en una menor proporción por envidia, mal o brujería (9.14%). Es importante mencionar que el 88.23% del personal de enfermería entre los aspectos que más toma en cuenta para atender al paciente que presenta dolor son las gesticulaciones faciales, además de considerar que la cultura del paciente tiene relación con la manera en que manifiesta el dolor (79.08%), que la visita a curanderos no es eficaz para la salud del paciente (95.42%) y que la oración ayuda a sanar al paciente (76.47%).

En cuanto a los usuarios del servicio de salud, en cuanto a las definiciones de salud, enfermedad y dolor, el 37.34% definió a la salud “que tu cuerpo este perfectamente bien y sentirse bien”, el 52.60% a la enfermedad como “algo feo y malo que es dañino para el ser humano” y 50.60% al dolor como molestia. Con respecto a los métodos y remedios para curarse, el 61.84% acude al médico general y 42.56% utiliza remedios caseros. Además, consideraron que el dolor debe atenderse inmediatamente (46.58%), que no es normal aguantarlo (97.99%), que la brujería o la envidias no pueden enfermarlo (79.11%) y que no es efectivo tratarse con un espiritista o brujo para curar las enfermedades (89.95%).

Respecto a la percepción del curandero del trabajo que realiza, los curanderos consideran que el curar a la gente a través de hierbas, veladoras, espíritus y oración es una misión que tienen de ayudar a las personas para recuperar la salud y la confianza en ellas mismas. Tienen la concepción de que son un vehículo de dios y su trabajo es dar confianza a las personas y decirles que se van a aliviar. Realizan las curaciones a través de Dios y los espíritus y la Fe de la persona que solicita la consulta, la persona pone el 80 % y el resto el curandero. Los curanderos consideraron que la gran mayoría de las personas que solicitan sus servicios piensan que todo lo que les pasa es por brujería, que están enfermas porque les hicieron un mal, les tienen envidia, mala

voluntad o por venganza. Las enfermedades incurables como el SIDA y el cáncer no las curan, les recomiendan a las personas que los consultan, que sigan con la visita al médico y con el tratamiento indicado. Las personas que consultan los curanderos son de todos los niveles sociales, económicos y profesionales, además los curanderos consideran que de cada 10 personas una está dañada por maldad, y que el 80 % son problemas de salud, no es brujería. Hay muchas personas que solicitan consulta, simplemente porque necesitan hablar con alguien que las escuche para desahogarse, ya que opinan que hay mucha gente sola (3).

Los resultados del estudio permitieron identificar en el grupo de enfermeras, usuarios de los servicios de salud y médicos tradicionales que la cultura juega un papel importante en las diferentes formas de definir, abordar y curar la salud, la enfermedad y el dolor.

3.1.4. ESTUDIOS Y PARÁMETROS QUE PERMITEN CUANTIFICAR DIFERENCIAS

La reacción de dolor es una experiencia individual, no estrictamente relacionada con la entidad del tejido dañado, estando presente incluso en ausencia de una lesión. El dolor es una experiencia que implica una interdependencia de la mente y el cuerpo, ya que no es posible hacer una clara distinción entre los componentes orgánicos y psíquicos de la enfermedad. Este concepto indica que el dolor es un componente de una persona que está sufriendo en su complejo e individualidad (2).

Para estudiar estas diferencias en las respuestas ante un estímulo nociceptivo se han desarrollado múltiples estudios, en ellos se exponen a individuos representativos de una determinada etnia o cultura a un estímulo doloroso para valorar su respuesta, generalmente se estudian los parámetros umbral de dolor y nivel de tolerancia ante un estímulo.

Del estudio de las diversas variables se observan distintas tendencias que parecen propias de cada cultura.

R. Sternbach y B. Tursky (1) emitieron la hipótesis de que las actitudes ante el dolor son correlativas de percepciones, que a su vez están bajo la influencia de coordenadas

sociales y culturales. Para ello estudiaron el umbral de percepción de un estímulo eléctrico sobre la piel.

Eligieron mujeres de cuatro poblaciones homogéneas, norteamericanas, irlandesas, judía e italiana. La investigación se centró en 60 mujeres divididas en 4 grupos culturales de 15 sujetos, todas ellas a la clase media. Esta población fue sometida a estímulos eléctricos cutáneos. El umbral más bajo era la primera percepción por el sujeto del estímulo del cual era objeto. Otro umbral se registró en el momento en que el sujeto experimentó el estímulo como doloroso y se negó a seguir siendo sometido a él. El umbral superior marcaba el límite de tolerancia cuando se preguntaba al sujeto si quería ir más allá de la percepción dolorosa observada en la fase precedente.

Las mujeres italianas, sensibles a la inmediatez del dolor, tenían un umbral de percepción (1.82), de penosidad (6.12) y límite de tolerancia (7.11), separado con claridad del de las mujeres irlandesas (2.12; 8.68; 9.35) o norteamericanas (2.16; 9.74; 10.23). Las mujeres judías les siguieron de cerca en el nivel del umbral de percepción, pero, por el contrario, las otras cifras (8.83 y 10.16) fueron menos significativas. Donde los estímulos no acarrearán temor alguno de sufrimientos por llegar, para las amas de casa judías no hay preocupación alguna asociada, y de hecho no aparece diferencia alguna entre ellas y sus homólogas de los grupos norteamericano e irlandés (1).

A. Dawson y T. List (4) compararon umbrales de dolor y niveles de tolerancia del dolor entre oriente medio y los suecos y entre géneros. El calor, el frío, la isquemia, la presión mecánica, estímulos eléctricos y sustancias algogénicas son los estímulos de dolor experimentales más utilizados, y sobre estos estímulos estudiaron tanto el umbral de dolor como el nivel de tolerancia al mismo.

Este estudio se llevó a cabo con 64 individuos sanos, en dos grupos. El primer grupo de 32 participantes fueron 16 hombres (25-36 años) y 16 mujeres (24-31 años) de Oriente Medio. El segundo grupo fueron 16 hombres (24-35 años) y 16 mujeres (23-33 años) de Suecia

El estudio comprendía tres ensayos experimentales de dolor, algómetro (estímulo mecánico), PainMatcher (estímulo eléctrico) y la prueba del frío (estímulo térmico). Las

mediciones estadísticas mediante la prueba T de Student pretendían determinar las diferencias en una escala de proporción entre los grupos étnicos (Oriente Medio frente a suecos) y géneros.

En los resultados de las pruebas térmicas y de presión, los suecos tuvieron mayor resistencia significativa. Mientras que en la prueba eléctrica no fue así. No se encontraron diferencias significativas entre los 4 subgrupos: 44% de los suecos y el 53% de Oriente Medio expresaron dolor en su lenguaje corporal. La mitad de los hombres y el 47% de las mujeres expresan el dolor de una manera similar. No se encontraron diferencias significativas entre sexos o entre culturas en reacción al dolor de cualquiera de los estímulos dolorosos en este estudio. Los hombres suecos tenían presión media significativamente más alta, así como niveles de tolerancia a estímulos eléctricos y térmicos más altos que los hombres de Oriente Medio. Las mujeres suecas tuvieron significativamente mayor media de nivel de tolerancia térmica que las mujeres de Oriente Medio.

Estos hallazgos coinciden con los de otros estudios, y por lo tanto sugieren que los habitantes de Oriente Medio son más sensibles a los estímulos térmicos dolorosos que los suecos (4).

3.1.5. FACTORES ASOCIADOS A DIFERENCIAS CULTURALES

Desde el principio de la humanidad todos los informes culturales relacionados con el concepto de dolor y sufrimiento que fue interpretado en diferentes modos, pero siempre se representan como una experiencia humana fuerte. De hecho, el dolor no es una sensación que sólo implica el sistema nervioso, sino que es una experiencia humana que involucra diversos aspectos (2) como:

- Socioculturales (Creencias, expresividad, lenguaje, etc.). Tema controvertido, no todos los autores están de acuerdo en diferenciar la expresión del dolor en diversas culturas como consecuencia de cómo actúan cada una de ellas. Pero lo que sí que es cierto es que existen tendencias diversas a cómo expresar el dolor.

- Psicológicos. No están muy claros, solo se han evidenciado ciertos patrones de copia de conductas ante el dolor, pueden ser influenciadas por la comunidad, pero también dentro del ambiente familiar, etc.
- Biológicos: Se han estudiado ciertas diferencias en la producción de hormonas, como oxitocina, ante dolor isquémico, mayores en afroamericanos que en caucasianos. La búsqueda de una causa genética en la expresión de ciertos receptores es todavía muy débil y es un campo en investigación, no pudiéndose establecer conclusiones ante ello.

3.1.6. DIFERENCIAS CULTURALES EN EL MANEJO CLÍNICO DEL DOLOR

La experiencia del dolor se caracteriza por una inmensa variabilidad inter-individual y de grupo, la etnicidad es un factor que contribuye a una construcción subjetiva impregnada de esta. Sinérgicamente, el dolor y el origen étnico son multidimensionales, maleable y moldeada por la cultura. Aunque no existe un consenso en cuanto a los mecanismos subyacentes, las diferencias entre grupos étnicos reflejan inevitablemente una influencia holística de los factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos; el modelo biopsicosocial cultural de dolor (5).

La diversidad cultural puede suponer un problema en el manejo del dolor, no tanto por una cuestión biológica, sino por la influencia de una determinada cultura en su expresión, evaluaciones en una VAS, comunicación con el clínico, etcétera.

Ciertas culturas actúan de manera más estoica frente al dolor (por ejemplo orientales), a diferencia de otras que lo sean más expresivas (por ejemplo mediterráneas).

También existen dificultades a la hora de describir el dolor. Por ejemplo, ante una misma intensidad puede ocurrir que dos personas pertenecientes a distintas culturas lo expresen con valores diferentes en una VAS, lo cual dificulta la valoración clínica.

El lenguaje ejerce también su influencia, pudiendo generar confusión. Al intentar expresar con palabras el dolor que se sufre, puede ocurrir que se exprese de maneras distintas en varios lenguajes, y al intentar hacer una similitud entre ellos lleve a una confusión del tipo de dolor.

Las diferencias también pueden verse en cuanto a cómo enfocar ese dolor. Culturas más introvertidas, como las orientales, que consideran el dolor como un desequilibrio

interno, tienden a intentar resolver por ellas mismas el problema, mientras que culturas más occidentales tienden a “derivar” la solución de dicho problema en profesionales adecuados.

De todos modos, estos y otros factores no deben confundir al clínico, no debe existir una discriminación por raza, o etnia o grupo cultural a la hora de tratar a un paciente con dolor, para ello deberían seguirse una serie de recomendaciones:

Comprender que el paciente es un individuo y evaluar la experiencia de dolor del paciente, como paciente, discriminando sesgos culturales. No puede obviarse que haya algún agente nociceptivo por el mero hecho de que no lo exprese el paciente.

3.1.7 DIVERSIDAD EN EL PERU, DIVERSIDAD EN ESPANA: LOS REFERENTES CULTURALES Y NACIONALES

Peruanidad

La construcción del sujeto nacional peruano, hoy sigue siendo compleja: tremendamente clasista por razones étnicas y sometida a las desigualdades de género que, a pesar de los avances legales, persisten. La pluralidad étnica (lingüística, cultural, racial) del Perú no está suficientemente valorada por el discurso oficial dominante, de tinte criollo, ni tiene reflejo en las estructuras de gobierno ni instituciones. Por el contrario, la mayoría de la población y sus representantes, fruto del mestizaje racial, mantienen la paranoica búsqueda del "blanqueamiento" (en formas y en contenidos). Así pues, aunque el peruano de la gran urbe es consciente de las enormes desigualdades de acceso y reconocimiento de los distintos grupos sociales, suele justificarlas bajo argumentos culturalistas y racistas, asegurándose de ese modo una menor competencia por los recursos y los puestos clave. Obviamente, bajo tales condiciones, resulta difícil construir una identidad colectivamente aceptada, de ahí que cada cual imagine un Perú a semejanza de sus condiciones de clase particulares, incluyendo referentes que se sitúan fuera del país (6).

Españolidad

Por su lado, España hoy y hablando con propiedad jurídica es un país-Estado formado por diversas nacionalidades, en el sentido de albergar áreas o regiones geográficas que mantienen un sentimiento de singularidad cultural e histórica frente a la nación

española, y de voluntad de autogobierno diferenciado del gobierno central, ubicado en la capital del Estado, Madrid. En estas áreas de las que destacaremos el caso del País Vasco y Cataluña, se usa y promueve una lengua propia que cohabita en términos oficiales con el castellano (el vasco y el catalán respectivamente), y cuyo conocimiento es obligatorio para el empleo público y cada vez más para el trabajo en el sector privado que mantiene contacto con clientes locales o con la administración. Empero, desde las masivas migraciones internas que acontecieron en estas zonas durante el siglo pasado, coexiste la población local con un gran número de inmigrantes castellano-parlantes de primera y segunda generación, que han supuesto todo un desafío a los movimientos de reclamo de una identidad nacional propia frente a una identidad nacional central. Solo desde la comprensión de los procesos de adaptación mutua de vascos y catalanes de origen con inmigrantes del resto de España, se puede entender y prever los derroteros por los que se conduce la nueva inmigración, en el caso latinoamericano, también hispanohablante (6).

3.2. CONOCIMIENTOS DEL DOLOR.

3.2.1. DOLOR OROFACIAL.

El dolor definido comúnmente como “Una sensación de molestia, angustia o agonía, más o menos localizada, resultado de la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas, que sirve como mecanismo protector, en la medida que induce al que lo sufre a retirarse de la fuente” (7). Una definición más actual, es la de la International Association for the Study of Pain que define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular o potencial o descrito en términos de dicho daño” (8). Si bien el concepto ha evolucionado, se sigue reconociendo la utilidad del dolor como mecanismo protector. Esta definición resume los conceptos más importantes, en ella, el dolor no se describe únicamente como un estímulo fisiopatológico, que conduce una sensación hasta el sistema nervioso central; sino que

implica al mismo tiempo la existencia de un factor emocional que modula la percepción consciente de quien lo sufre (9).

Como ya hemos visto anteriormente en nuestros antecedentes si aplicamos el mismo estímulo doloroso a distintos individuos de diferentes culturas o sociedades, éstos sienten dolor de forma diferente y en diferentes grados, es decir, es una experiencia subjetiva, por lo tanto, están involucrados la psicología del individuo. Esto hace que intentar medir el dolor se vuelva una tarea compleja ya que varía en función de quien lo padece.

El dolor postexodoncia es considerado un dolor orofacial, por ello es preciso referirnos a las peculiaridades de este.

El dolor orofacial se puede clasificar en función de distintas variables.

3.2.1.1. EN FUNCIÓN DEL TIEMPO

Dolor agudo: Patrón temporal bien definido en su comienzo, de duración breve, desde horas hasta un máximo de seis meses. Con escaso componente psicológico.

Dolor crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico (10).

3.2.1.2. EN FUNCION DE LA INTENSIDAD

Leve: Puede realizar actividades habituales.

Moderado: Interfiere con las actividades habituales.

Severo: Interfiere con el descanso (10).

3.2.1.3. EN FUNCIÓN DE LA PROCEDENCIA

Dolor somático: Es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos. Estrictamente, debiera incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en

describirlo. El dolor visceral, en cambio, es frecuentemente menos localizado y puede ser referido a un área cutánea que tiene la misma inervación. Por ejemplo, el estímulo de receptores en el miocardio activa aferentes viscerales que terminan en los cuatro primeros segmentos medulares torácicos; esta información converge sobre la misma neurona que recibe los estímulos cutáneos, por lo que el dolor es referido muchas veces al hombro y brazo izquierdos. La activación crónica de estos elementos puede evocar dolor referido, efectos simpáticos locales, contracciones musculares segmentarias y cambios posturales (8).

Dolor neuropático: Es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo, por ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia). Estos términos se agrupan en el de hiperpatía y son característicos de una hipersensibilidad alterada (8).

Dolor psicogénico: Ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico (8).

3.2.2. MEDICION DEL DOLOR

3.2.2.1. METODOS PARA MEDIR EL DOLOR

El estudio científico de cualquier fenómeno implica la necesidad de su medición. La medición del dolor es fundamental para su tratamiento, pero al ser una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere necesariamente de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son absolutamente inespecíficos y no mantienen necesariamente una relación proporcional a la magnitud del dolor (11).

La descripción subjetiva es probablemente el mejor indicador del dolor, pero hay varios métodos de medición del dolor. Para su elección es importante tener en cuenta factores demográficos (nivel de enseñanza, pertenencia étnica y lengua), estado cognitivo, función sensorial (visión y habilidades psicomotrices) y la preferencia del paciente (12), además hay diversos factores que pueden variar el umbral doloroso, tales como raciales, la edad (mayor dolor en adultos jóvenes que en viejos), el sexo, el estado psicológico, por lo que cualquier evaluación o ensayo clínico obliga a estudiar un número significativo de pacientes (idealmente más de 30 por grupo en estudio) y a estandarizar al máximo las variables señaladas(13).

Los procedimientos para evaluar el dolor pueden clasificarse en tres grandes métodos:

1. Métodos verbales: Dependen de la información suministrada por el paciente.
2. Métodos conductuales: Dependen de la observación y evaluación de la conducta.
3. Métodos fisiológicos: Dependen de sus medidas fisiológicas.

1. MÉTODOS VERBALES.

Incluyen los procedimientos de evaluación basados en la información que aporta el paciente, puede ser obtenida por medio de diversas técnicas que se diferencian en su estructura.

Escala numérica

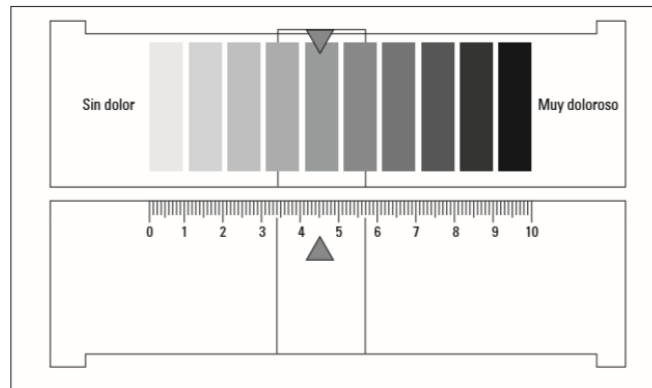
Es una de las más comúnmente empleadas y fue desarrollada por Downie en 1978. Se le pide al paciente que asigne al dolor un valor numérico entre 2 puntos extremos de 0 al 100, donde el 0 corresponde a “dolor suave” y el 100 a “dolor insoportable” (12).

Escala visual analógica (VAS)

Esta escala fue ideada por Scott-Huskinson en 1976. Se compone de un dibujo con una línea continua con los extremos marcados por 2 líneas verticales que indican la experiencia dolorosa. Esta escala se denomina analógica solamente cuando se emplean palabras en sus 2 extremos, tales como “no dolor” y el “máximo dolor imaginable” o “no alivio” y “alivio completo”. Se denomina “gráfica” si se establecen niveles con las palabras de referencia. Al paciente no se le indica que describa su dolor

con palabras específicas, sino que es libre de indicarnos, sobre una línea continua, la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los extremos de ésta. Se han ido introduciendo modificaciones con el fin de aumentar su sensibilidad, ya que alrededor de un 9% de los pacientes son incapaces de completarla (12). Algunas de ellas son:

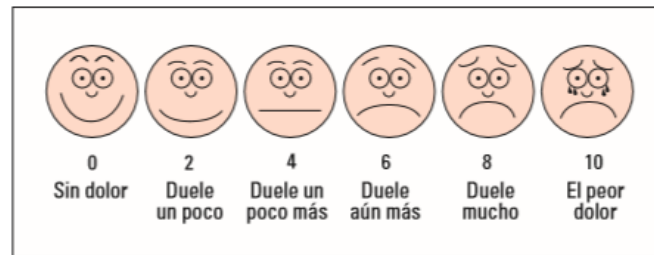
Escala analógica graduada: Aparece una serie de marcas o gradaciones, aisladas o acompañadas de números o términos descriptivos ordinales (12).



Escala analógica luminosa (Nayman). Está constituida por un sistema de colores codificado (blanco, amarillo, naranja, rojo, violeta) que se disponen a lo largo de la línea. Cada uno de estos colores es representativo de un determinado nivel de dolor, que abarca desde la ausencia de dolor (color blanco) hasta un dolor insoportable (color violeta). El paciente debe marcar un determinado color que refleja la magnitud de su dolor (12).

Escala de la expresión facial (Faces Pain Scale [FPS]). Fue desarrollada por Bieri en 1990 para su uso en niños. Está compuesta por rostros con diferentes expresiones que representan a una persona que está feliz porque no siente dolor o que está triste porque siente algo de dolor o mucho dolor. A cada rostro se le asigna una puntuación. Se pide al paciente que seleccione el rostro que describe mejor cómo se siente. Al no requerir lectura, escritura o capacidad expresiva, puede ser muy útil para valorar el dolor en pacientes con incapacidad para describirlo o para comprender las formas de valoración, como los niños menores de 3 años, las personas analfabetas, los pacientes

con deterioro cognitivo y los más ancianos, con datos aceptables de fiabilidad y validez (12).



Termómetro del dolor. Se ha demostrado eficaz en la población anciana (12).

Escala de grises de Luesher. Se basa en una serie de tonalidades grises (del blanco al negro) con diferentes texturas y grados de luminosidad. El blanco simboliza el bienestar y corresponde al 0 (ningún dolor); el negro corresponde al máximo dolor y el gris es un color indiferente. El blanco es un índice de confianza, participación, fuerza y colaboración. El negro es de pasividad, negación y no colaboración. Los grises claros representan una decreciente disminución de la actividad. Se pueden coordinar los resultados de la escala de grises y la escala visual analógica. Con la escala de los grises se obtendrán datos que confirmarán o no los anteriores (12).

MODELOS MULTIDIMENSIONALES

McGill Pain Questionnaire (MPQ): Fue desarrollado con el fin de realizar un abordaje multidimensional del fenómeno doloroso. Abarca componentes sensoriales y emocionales y es un instrumento importante en la valoración del dolor crónico. Valora 3 aspectos: sensorial (localización, aspectos táctiles, aspectos temporales y propiedades térmicas), afectivo (tensión emocional, signos vegetativos y miedo) y evaluativo (emocional). Consiste inicialmente en la localización corporal del dolor, para lo que se solicita al paciente que señale, en un gráfico que se adjunta, la zona dolorosa.

Posteriormente se realiza un test que consta de 20 grupos de palabras que describen el dolor. Se pide al paciente que dentro de cada uno de los grupos elija el vocablo que mejor se corresponda con las características de su dolor. Los primeros 10 grupos representan cualidades sensoriales, los 5 siguientes, cualidades afectivas, el grupo

número 16 es evaluativo y los 4 restantes son una miscelánea. La tercera parte indica los cambios que experimenta el dolor y, por último, la cuarta es una escala de valoración subjetiva que puntúa la intensidad del dolor de 1 a 5. Algunos pacientes la encuentran más complicada que la escala analógica visual o la escala numérica, porque el vocabulario que se emplea no es de fácil manejo a pesar de tratarse de una escala fácil de completar (se puede realizar en 5-15 min). Se ha demostrado su viabilidad en los más ancianos. Algunas de las limitaciones encontradas son: la ausencia de una categoría para la “ausencia de dolor”, su difícil traducción a otras lenguas y la diferente interpretación de sus adjetivos según la edad, el sexo, la posición social, etc.

Test de Lattinen: Se utiliza ampliamente en España debido a su fácil comprensión. Las valoraciones se obtienen por la suma de la puntuación asignada a cada uno de los 5 grupos de 4 preguntas; se puede alcanzar un máximo de 20 puntos que nos informan sobre aspectos como intensidad subjetiva del dolor, frecuencia de la presentación del dolor, consumo de analgésicos, discapacidad causada por el dolor e influencia de éste en el reposo nocturno (12).

MÉTODOS CONDUCTUALES.

Estas escalas de observación se basan en una serie de criterios definidos de manera objetiva que pueden ser valorados tanto por personas cercanas al paciente como por personal entrenado. La persona que observa estos criterios debe anotar si éstos se manifiestan y, si es así, su frecuencia, duración e intensidad.

Escala de Andersen

En el caso que no se pueda establecer comunicación con el paciente, se considera útil la escala de Andersen para valorar el dolor (12):

0. Ausencia de dolor.
1. Ausencia de dolor en reposo y ligero a la movilización o tos.
2. Dolor ligero en reposo o moderado a la movilización o tos.
3. Dolor moderado en reposo o intenso a la movilización o tos.
4. Dolor intenso en reposo y extremo a la movilización o tos.

5. Dolor muy intenso en reposo.

Cartilla de autodescripción diaria del dolor

Consiste en una valoración diaria por parte del paciente de la intensidad y duración del dolor, así como de otros ítems indirectos (consumo de fármacos, horas de sueño, etc.). El sueño constituye un parámetro de ausencia de dolor y de estabilidad psíquica (12).

Escala de Branca-Vaona

Se basa en la terapia antiálgica.

MÉTODOS FISIOLÓGICOS.

Con estos métodos se trata de emplear como índice de dolor las medidas de las respuestas fisiológicas. Se han empleado la electromiografía, la electroencefalografía, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura corporal. Se basan en la determinación de los péptidos opioides endógenos en el líquido cefalorraquídeo, catecolaminas, cortisol y hormona antidiurética, estudio de potenciales evocados, patrones electromiográficos y neurografía percutánea y mediante la determinación de patrones respiratorios, sobre todo en el dolor torácico y abdominal alto (12). Sin embargo, No son eficaces cuando se emplean como la única fuente de información para determinar la intensidad del dolor. Y además, las respuestas fisiológicas pueden verse influidas por factores fisiológicos y patológicos, por lo que deben interpretarse con precaución.

3.2.3. DOLOR POSTCIRUGIA

3.2.3.1. FISIOPATOLOGIA

El dolor tras una extracción dentaria, debe considerarse fisiológico, este dolor postoperatorio forma parte de la respuesta inflamatoria, siendo localizado y de variada intensidad. Al realizarse una exodoncia de tercer molar, la destrucción celular tiene como resultado la liberación y producción de algunos mediadores envueltos en el proceso del dolor, pues el dolor no puede separarse de la inflamación de un modo real.

En el dolor bucodental por inflamación se representa un típico mecanismo de retroalimentación positiva; el estímulo nociceptivo sobre el tejido (pulpar, periodontal, entre otros) promueve la liberación de mediadores químicos de 2 orígenes: del plasma (bradicinina) y de las células lesionadas (prostaglandina E2 -PGE2). Ambas actúan sobre la terminación nerviosa, que se sensibiliza por la acción de la PGE2; la bradicinina completa su excitación, produce en la fibra nociceptiva la generación de potenciales de acción y por tanto el dolor.

Así, la terminación nerviosa no solo se excita, sino que tiene la capacidad de liberar neuropéptidos (sustancia P y péptido relacionado genéticamente con la calcitonina - PGRC-), los cuales actúan sobre las células cebadas que rodean los vasos sanguíneos y estas liberan de sus gránulos la histamina y las citosinas de sus membranas prostaglandinas; incrementan la vasodilatación, así como el aumento de la permeabilidad vascular. Además, aumentan el aporte de mediadores químicos frescos a la zona, promueven mayor activación de la fibra nerviosa y perpetúan la inflamación. Todos los eventos descritos son importantes para conocer que en un acto quirúrgico, que implique tiempo prolongado y traumático, el nivel de mediadores químicos aumentará en el tejido comprometido y por tanto, se incrementará el proceso inflamatorio, así como el dolor; aspecto que se debe tener en cuenta ante exodoncias traumáticas y prolongadas, o cualquier otro tratamiento de cirugía bucal (14).

Entonces podemos decir que el origen del dolor que acompaña la respuesta inflamatoria, ha sido atribuido a la compresión del líquido extravascular sobre las terminaciones nerviosas y/o a la irritación nerviosa directa por los mediadores químicos del dolor-inflamación.

3.2.3.2. ETIOPATOGENIA

El dolor es una experiencia desagradable que todos en algún momento de nuestras vidas hemos o vamos a sufrir, este varía en cada individuo, ya que esta depende de distintos factores ya sean biológicos, psicológicos, sociales, culturales quienes moldean y diferencian esta experiencia en cada individuo.

La evaluación del dolor debe partir de que es una experiencia multidimensional, única para cada persona, con varios niveles: nociocepción (la estimulación de las fibras nerviosas), sensación, percepción, motivación, emoción y valoración cognitiva (peligro percibido, significado), así como las conductas de dolor (las respuestas observables, ej. gestos, inactividad, peticiones de asistencia). Así mismo, la evaluación debe abarcar el impacto del dolor en las actividades sociales y laborales, metas vitales, y en la calidad de vida en general del paciente y los familiares (15).

Podemos decir entonces que el dolor desarrollado tras la extracción quirúrgica de un tercer molar, viene condicionado por diferentes factores, en las que podemos decir que las principales son: Psicológicas, locales y de índole general.

3.2.3.2.1. FACTORES PSICOLOGICOS

La percepción del dolor postoperatorio varía de un individuo a otro, su manifestación se guía por aspectos como las emociones del paciente. En la actualidad, se acepta que la “mentalidad” con la que el paciente afronta la intervención quirúrgica puede ejercer una gran influencia sobre la evolución del periodo postoperatorio. Esta mentalidad viene condicionada sobre todo por dos aspectos: El grado de ansiedad preoperatoria y el tipo de personalidad. Ambos determinarán, en mayor o menor medida, la respuesta posterior del paciente a la intervención y a las consecuencias que se derivan de ésta, como es el caso del dolor postoperatorio (16).

Decimos entonces que la percepción del dolor no sólo dependerá de los estímulos que actúan sobre el organismo, sino también de las diferentes interacciones entre el hombre y su entorno, social y cultural.

3.2.3.2.2. FACTORES LOCALES

FACTORES DEPENDIENTES DEL TRAUMA QUIRURGICO

Durante la intervención quirúrgica pueden controlarse algunos de los factores implicados en la mayor o menor presencia de molestias y complicaciones postoperatorias. Esto será fundamental si queremos conseguir un postoperatorio con las mínimas molestias posibles, una correcta cicatrización de la herida y una mayor satisfacción por parte de nuestros pacientes. Estos factores serán:

La correcta planificación de la intervención, que evite imprevistos intraoperatorios que compliquen la intervención. Saber lo que vamos a hacer en todo momento y con qué problemas nos encontraremos facilitará el éxito de la intervención, acortará su duración y asegurará un postoperatorio menos tormentoso.

Asepsia y esterilización. Ya hemos citado la importancia de este punto, ya que la contaminación de la herida quirúrgica repercutirá directamente en las secuelas postoperatorias, complicando la cicatrización.

La experiencia del cirujano y su equipo puede afectar la mayor o menor presencia de dolor postoperatorio. La exquisitez en el manejo de los tejidos y materiales garantiza - en ausencia de complicaciones, una adecuada cicatrización y un mejor postoperatorio que la situación inversa. Es pues fundamental obtener una formación adecuada y amplios conocimientos sobre el tipo de cirugía a realizar, así como conocer los límites de nuestras aptitudes, remitiendo a un profesional más cualificado todo aquello que supere nuestras capacidades (17).

Podemos decir entonces que para evitar la presencia de dolor o lo menos posible de este, se requiere el empleo de una técnica quirúrgica adecuada, que sea lo menos traumática posible, de esta manera podemos lograr una mejor evolución postoperatoria, ya que la magnitud de la lesión y el tiempo influyen de manera directamente proporcional a la inflamación y dolor postoperatorio.

FACTORES DEPENDENTES DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA EMPLEADA

En lo que respecta al periodo operatorio propiamente dicho, parece clara la influencia de la técnica anestésica sobre la magnitud del dolor postoperatorio, en especial en lo que se refiere a su momento de aparición, debido a los efectos residuales bien del bloqueo anestésico o de los opioides administrados (16).

El dolor postoperatorio puede ser provocado por la aplicación de anestesia local de manera incorrecta, ya sea por inexperiencia en cuanto a los tiempos, anatomía, así como la destreza del operador.

PRESENCIA DE ALVEOLITIS Y/O INFECCION

La alveolitis es una de las complicaciones que puede presentarse después de una exodoncia, se pueden dar por diferentes factores como edad, estado de nutrición, enfermedades sistémicas, estado de higiene oral, malos cuidados postoperatorios entre otros, teniendo como uno de los principales síntomas el dolor y la ausencia parcial o total del coágulo intraalveolar.

Los estudios epidemiológicos han detectado distintos factores de riesgo en el desarrollo de la alveolitis postextracción: la dificultad de la extracción, la inexperiencia del cirujano, el uso de anticonceptivos orales, una inadecuada irrigación intraoperatoria, la edad avanzada, el sexo femenino, el tabaquismo, la inmunosupresión, y el trauma quirúrgico (18).

El procedimiento quirúrgico de los terceros molares retenidos constituye una de las actividades operatorias más frecuentes dentro del marco de la cirugía maxilofacial, y a partir de la cual pueden aparecer complicaciones que exigen su diagnóstico oportuno y tratamiento. Como complicaciones posoperatorias más frecuentes se encontraron la alveolitis en el 29,6 %, la celulitis facial posquirúrgica en el 22,7 %, la hemorragia en el 18,2 % y el trismo mandibular, en el 13,7 % de los casos (19).

Vemos entonces que la complicación que mayormente se presenta después de una exodoncia de terceras molares es la Alveolitis y esta a su vez es la causa de la presencia prolongada del dolor, lo cual hace que tomemos mayor interés en este tipo de intervenciones ya que evitar el dolor en nuestros pacientes es de suma importancia tanto para el paciente como para el operador.

3.2.3.2.3. OTROS FACTORES

EDAD y SEXO

El dolor no es una experiencia ajena a ningún ser humano, sin embargo, se trata de un fenómeno complejo, en tanto que resultado de diversos factores (biológicos, psicológicos y sociales) que interactúan de modo no menos complejo. En líneas

generales, se defiende que la experiencia de dolor vendrá determinada por la capacidad del sujeto para manejar una situación que es en sí misma y dadas sus características contextuales estresante, los recursos (internos y externos) con los que cuenta para hacerles frente, y las características personales que, en interacción con las anteriormente reseñadas, pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (20).

Por lo que respecta al sexo, no existen datos concluyentes que indiquen una influencia del mismo sobre la magnitud del dolor postoperatorio; por consiguiente, la terapéutica no tiene porqué orientarse a priori en función de esta variable (16).

Podemos decir entonces que, en cuanto al umbral del dolor, esta puede variar en función de la edad y del sexo, pero siempre va estar guiada por otros factores como personalidad, cultura, entre otros; también podemos agregar que el trato que le ofrezca el operador puede influir en cierta manera al control de este.

RAZA, ETNIA Y CULTURA

Raza se utiliza para distinguir grupos de personas de acuerdo a sus características físicas, disposición biológica o ser del mismo origen. El término etnicidad se centra en la distinción entre grupos de personas que comparten un cierto origen social, comportamientos distintivos, cultura, historia, creencias, convenciones y tradiciones, así como las características físicas. La cultura se refiere por lo general a las normas de comportamiento y de actitud, ideas heredadas, las creencias, los valores y los conocimientos transmitidos y reforzados por los miembros del grupo. La cultura determina muchos aspectos de la experiencia del dolor, incluyendo la expresión del dolor, remedios, roles sociales, expectativas, percepciones del sistema médico, cuándo, cómo, dónde buscar atención, las prácticas de salud, creencias enfermedad y los comportamientos, y la receptividad a la atención médica intervenciones (21).

Estos tres factores son determinantes en cuanto a la formación de la personalidad de la persona y del concepto que tiene de las cosas que le ocurren y que lo rodean, además de cómo es su percepción y su forma de afrontarlo, entre ellas tenemos el dolor. Conocer esto es muy importante para el operador ya que tiene que tener ciertos

conocimientos que lo prevengan y así saber cómo afrontar ciertas situaciones propias de nuestra profesión.

3.3. CONOCIMIENTOS DE TERCERS MOLARES INCLUIDAS

3.3.1. CLASIFICACION

Winter clasifica los terceros molares según la relación del eje longitudinal del cordal y el eje longitudinal del segundo molar en los planos sagital y coronal. Según el plano sagital de la arcada se clasifican en (22):

1. Cordales verticales, cuando los dos ejes son paralelos.
2. Cordales mesioangulados, cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45 grados.
3. Cordales horizontales, cuando ambos ejes son perpendiculares.
4. Cordales distoangulados, cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45 grados.
5. Cordales invertidos, cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180 grados.

Según el plano coronal se clasifican en vestibuloversión si la corona se desvía hacia vestíbulo y en linguoversión si se desvía hacia lingual.

Pell y Gregory los clasifican según la altura de la corona del tercer molar respecto al segundo molar y según la proporción de superficie oclusal de corona cubierta por el hueso del borde anterior de la rama ascendente mandibular (22).

Según la altura de la corona del tercer molar se clasifican en:

1. Clase A, la mayor parte de la corona del cordal está por encima del plano de la unión corono-radicular del segundo molar.
2. Clase B, cuando la unión corono-radicular divide la corona del tercer molar en dos partes iguales.

3. Clase C, cuando la mayor parte de la corona se encuentra debajo del plano corono-radicular.

Según el grado de superficie oclusal de corona cubierta por hueso se clasifican en:

1. Clase 1, cuando la corona está descubierta de hueso.
2. Clase 2, cuando la mitad distal de la corona está cubierta de hueso.
3. Clase 3, cuando toda la corona está cubierta de hueso.

3.3.2. CLINICA DE TERCERAS MOLARES INCLUIDAS

Los terceros molares incluidos pueden presentar un gran abanico de manifestaciones clínicas desde asintomáticos hasta estar incluidos dentro de procesos tumorales malignos (22).

Dentro de las complicaciones infecciosas la pericoronaritis es la más frecuente. Consiste en una inflamación del folículo y sus tejidos circundantes tras el contacto de la cavidad folicular con la boca. La pericoronaritis aguda congestiva consiste en la inflamación del saco pericoronario que suele resolverse con estricta higiene oral. La pericoronaritis aguda supurada suele debutar con afectación del estado general, dolor a nivel de la zona del cordal, odinofagia, encía eritematosa, trismus y supuración resolviéndose con tratamiento antibiótico e higiene. Los gérmenes mas frecuentemente aislados son peptostreptococcus, fusobacterium y bacteroides. Finalmente, la pericoronaritis crónica es una inflamación crónica acompañada de gingivitis, halitosis y alteraciones periodontales del segundo molar. Las pericoronaritis a su vez, pueden dar lugar a determinadas complicaciones, a saber: celulitis y abscesos orofaciales, estomatitis, gingivitis y faringitis de repetición, úlceras traumáticas, angina de Vincent, periostitis y afecciones generales como meningitis, abscesos cerebrales, nefritis, endocarditis, etc.

Los cordales incluidos pueden, a su vez, producir caries en la segunda molar y úlceras traumáticas. De igual forma, los dientes incluidos constituyen un factor debilitante en la mandíbula, lo cual explica la mayor frecuencia de líneas de fractura en relación con

el diente incluido. La destrucción ósea y rizólisis del diente vecino es una complicación relativamente en impactaciones horizontales y mesioangulares que pueden acarrear la pérdida del diente adyacente.

La odontalgia es una más de las manifestaciones de los cordales incluidos y suele deberse a pericoronaritis, caries o presión sobre los dientes vecinos.

Asimismo, los cordales pueden relacionarse con lesiones como quistes foliculares y radiculares, granulomas, queratoquistes, odontomas, ameloblastomas y tumores malignos.

Finalmente pueden asociarse a trastornos sensitivos (hipoestesia mentoniana, algias faciales, etc.), motores, vasomotores (sialorrea, asialia, etc.) y sensoriales (hipoacusia, disminución de la agudeza visual, etc.) (22).

3.3.3. DIAGNÓSTICO

La pericoronaritis con una anamnesis y una exploración clínicas cuidadosas, conduce a establecer un diagnóstico de erupción patológica del tercer molar (23).

Sin embargo, antes de considerar su extracción es obligatorio un examen radiológico, que aportará una serie de datos indispensables para su correcto tratamiento. Esta información se refiere a:

- Forma de corona, número y disposición de las raíces. Estas pueden ser: unidas en forma cónica, separadas, convergentes, incurvadas, etc.
- Posición: vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, invertido; situación sobre la arcada, hacia lingual o hacia vestibular.
- Existencia o ausencia de ligamento periodontal. Su ausencia conlleva mayor dificultad en la extracción.
- Situación: submucosa o perforando la mucosa (diente enclavado o impactado); intraósea alta o baja (diente incluido), ectópica o heterotópica.
- Segundo molar: forma y disposición de sus raíces.

- Relaciones con: rama mandibular, techo osteomucoso, segundo molar, dentario inferior, cortical interna (sumamente delgada) y externa.
- Lesiones patológicas asociadas.

Las radiografías intrabucales son las habituales para matizar la morfología, la posición y las relaciones; las oclusales, para deslindar una situación vestibular o lingual en relación con el segundo molar; la radiografía panorámica para una visión general y el diagnóstico de múltiples inclusiones, ectópicas y heterotópicas o cuando por la existencia de trismo, el paciente no pueda abrir la boca y la tomografía computarizada (TC) para una ubicación y una relación mejores con el dentario inferior.

Precisamente el diagnóstico de la relación de la raíz del tercer molar con el conducto dentario inferior es de suma importancia para prevenir su posible lesión durante la exodoncia y por las implicaciones legales que ello conlleva. Se describen los siguientes signos radiológicos:

- Oscurecimiento de la raíz.
- Cambios en la dirección de la raíz.
- Estrechamiento de las raíces.
- Oscurecimiento e imágenes bífidas de ápices.
- Interrupción de la banda radiotransparente del conducto dentario.
- Desviación del conducto dentario.
- Estrechamiento del conducto dentario.

El nervio puede situarse por lingual (33%), vestibular (61%), íntimamente unido al ápice (6%), o atravesar las raíces. El diagnóstico puede hacerse con la técnica de paralelización, variando la proyección vertical de $+10^\circ$ a -10° y viendo el desplazamiento del nervio hacia abajo en las situaciones linguales, hacia arriba en las vestibulares o sin modificación alguna cuando el conducto está unido al ápice.

De todos modos, el mejor método para detectar esta relación son los cortes transversales de TC (23).

3.3.4. INDICACIONES FRENTE A TERCERS MOLARES INFERIORES INCLUIDAS

Mecánicas

Falta de espacio: es probablemente, en el maxilar inferior, la indicación más común en ausencia de patología. Cuando se determina que un tercer molar retenido no tiene y no tendrá función en el maxilar, se debe de extraer. Un 5% los jóvenes adultos que con una dentición completa, tienen espacio para la erupción.

Lesión a estructuras contiguas: puede contribuir a la formación de caries, pudiendo también causar reabsorción y lesiones periodontales en el segundo molar.

Causas protéticas: fundamentalmente hallazgos radiográficos casuales, de dientes retenidos que un momento determinado provocan disfunciones en pacientes con prótesis removibles (24).

Ortodóncicas

No existe unanimidad en ortodoncia sobre la extracción temprana del tercer molar. No parece lógico extraer el tercer molar para minimizar el apiñamiento anterior y es dudosa su indicación si existe una gran susceptibilidad a padecer caries. Sin embargo, hay quien opina que su exodoncia facilita el tratamiento ortodóncico.

El que no está a favor de la extracción de los premolares lo está de la extracción del tercer molar, cuando existe discrepancia entre el tamaño y el número de los dientes con la estructura ósea. Aunque se ha señalado que en más de un 10% de las exodoncias del tercer molar inferior la indicación es ortodóncica en nuestro medio supone el 26.1% (24).

Infección e inflamación

Pericoronaritis. Supone una indicación formal sobre todo en los casos repetitivos.

Periodontitis y complicaciones repetidas de carácter infeccioso o inflamatorio con participación de tejidos óseos o blandos son otra indicación formal.

Neurológica-troficas

El dolor asociado o no a la infección es la causa más frecuente para indicar la extracción.

El dolor de etiología desconocida, la neuralgia de la zona temporomandibular, cervical y cefaleas pueden ser eliminados con la extracción del tercer molar retenido, aunque no puede garantizarse, que la extracción solucione el problema. Habitualmente el tercer molar inferior es incriminado en la causa del dolor atípico facial en ausencia de patología detectable (24).

Otras causas

Tumorales: los dientes retenidos asociados con quistes deben ser extraídos. Los quistes son la razón de las exodoncias en un 4.5% de los casos. Otra indicación para la extracción es la asociación a tumores odontogénicos o cuando se presenta junto a neoplasias.

Preparación para la irradiación de la mandíbula y tejidos circundantes: aunque no existe unanimidad los dientes retenidos deben ser extraídos con anterioridad.

Indicación por motivo social: puede ser motivo de indicación en pacientes que se desplacen a zonas donde el tratamiento quirúrgico puede no ser factible o dificultoso desde criterios técnicos. Por ejemplo, misioneros en zonas selváticas o marinos en bacalederos (24).

3.3.5. CONTRAINDICACIONES FRENTE AL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

La negativa del paciente después de ser correctamente informado. Intervenciones quirúrgicas sobre dientes retenidos, en pacientes con procesos sistémicos descompensados suponen, sino una contraindicación formal, si al menos un riesgo que debe ser evaluado previamente; por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, defectos congénitos, asma, hipertensión, diabetes, etc. (24).

Desde criterios locales, no debe de extraerse un tercer molar asintomático en jóvenes con riesgo de perder el segundo molar por caries.

En el caso de un tercer molar en línea de fractura su extracción está contraindicada al menos que el diente esté fracturado e interfiera con la reducción de los fragmentos o exista suficiente desplazamiento de los fragmentos para facilitar su extracción.

Cuando el acceso quirúrgico es muy difícil o existe posibilidad de dañar estructuras adyacentes la cirugía puede estar contraindicada. El paquete vasculonervioso puede resultar lesionado cuando las raíces del tercer molar retenido lo rodean. Aunque no se pueden considerar una contraindicación absoluta, conviene valorar si es conveniente o no la extracción de un diente retenido asintomático, si la extracción puede suponer la lesión o pérdida de otro diente.

También factores sociales y económicos pueden determinar la contraindicación de la cirugía (24).

3.3.6. TRATAMIENTO

Como consideración previa es preciso señalar la controversia surgida en los últimos años sobre la actitud que el profesional debe tomar ante la presencia de un tercer molar inferior retenido. Si bien la norma habitual era la extracción sistemática de este tipo de dientes para evitar la previsible aparición de los accidentes ya mencionados (infecciosos, mecánicos, reflejos y tumorales), numerosas voces, entre ellas la escuela de Gales, se han levantado en contra de esta opinión aduciendo argumentos tales como (23):

- Dificultad para predecir si la erupción va a ser normal o va a presentar los accidentes señalados.
- Falta de justificación de la exodoncia como prevención del apiñamiento tardío de los incisivos inferiores.
- Efectos negativos de la extracción sobre el crecimiento y desarrollo mandibular.
- Posibles efectos más perjudiciales de las complicaciones posquirúrgicas, que de los hipotéticos accidentes eruptivos.
- Coste económico y social, debido a la morbilidad, como consecuencia de la técnica quirúrgica y a las pérdidas laborales derivadas de ella.

Ante estos hechos, se han editado distintas guías por NIH (National Institute of Health) en su conferencia de Bethesda (1979) y por SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2000), basada esta última en los criterios de la AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research, USA) sobre la evidencia científica y el Protocolo de Revisión Cochrane (2002), que intentan orientar al profesional hacia la actitud a tomar basada en datos evidentes comprobados científicamente.

Esta actitud, actualmente, puede concretarse en tres formas: abstención, extracción profiláctica y extracción, bien sean en cordales asintomáticos o que presentan una franca sintomatología.

La abstención se basa en una actitud expectante hasta que surja una complicación. Se consideran el espacio de erupción y función en la arcada, situaciones muy profundas, atrofia ósea severa y pacientes de riesgo. Esta abstención será temporal en los casos de infección aguda, patologías sistémicas descompensadas, infarto de menos de seis meses, tratamientos con radioterapia o bisfosfonatos, alteraciones psíquicas o fiebre de origen desconocido. Puede llegar a ser permanente en inclusiones muy bajas con gran reabsorción ósea y riesgo de fractura, cuando exista peligro de desplazamiento del cordal a regiones vecinas o de lesión nerviosa.

La extracción profiláctica es la realizada para evitar las complicaciones clásicas ya reseñadas y de llevarla a cabo sería lo más precozmente posible cuando estén formados los 2/3 corales de la raíz entre los 16 y 20 años, antes de la calcificación apical con predominio de hueso esponjoso sobre la cortical, en pacientes que van a ser irradiados, trasplantados o antes del tratamiento ortodóncico. En estos casos es necesario estudiar el coste/beneficio de la intervención.

Aquí intervienen múltiples factores como son la acusada demanda, las largas listas de espera, los recursos humanos insuficientes, los costes administrativos, el tratamiento en régimen ambulatorio u hospitalario, etc.

La extracción de cordales que no presentan síntomas o signos patológicos estaría indicada en:

- Tercer molar inferior con riesgo de infección, mucho más frecuente en los enclavados que en los incluidos.
- En una fase previa a la radioterapia o a la prescripción de bisfosfonatos para evitar mucositis u osteorradionecrosis.
- Pacientes desdentados que van a utilizar una prótesis removible o fija que va a ser soportada sobre el segundo molar.
- En los casos de mordisqueo o ulceraciones de la mejilla debido a la erupción incompleta del cordal.
- Por indicación ortodóncica, en casos de maloclusión del sector posterior, como puede ser el enclavamiento del segundo molar y si es necesario conseguir espacio distal; en estos casos siempre se seguirán las indicaciones del especialista que asume el tratamiento.
- Antes de la cirugía ortognática (osteotomías sagitales de la mandíbula o extracción de los cordales superiores en el caso de osteotomía de Lefort I).
- En algunos casos ante la existencia de una fractura del ángulo mandibular, cuando el molar se encuentra en la línea de fractura y no sea necesario para la fijación de los fragmentos.
- Cuando el tercer molar inferior está involucrado en el área de extirpación de una lesión tumoral.

La exodoncia del tercer molar inferior sintomático se realiza en:

- Aparición de accidentes infecciosos (mucosos, celulares o ganglionares)
- Caries profundas en el propio diente o en distal del segundo molar.
- Lesión periodontal acusada entre segundo y tercer molar.
- Presencia de quistes pericoronarios, dentígero, queratoquistes o ameloblastomas.
- Ante procesos neurológicos o febriles de origen desconocido que no obedecen a otro tipo de tratamiento.

Una vez hechas estas consideraciones y decidida la actitud intervencionista cabe destacar en principio dos hechos:

1. Ante una infección aguda es recomendable enfriar el proceso mediante un tratamiento antibiótico-antiinflamatorio para, una vez eliminados el trismus, el dolor y la inflamación y recuperado el paciente en su estado general, proceder a la exodoncia. Podríamos decir que es el único caso en que es necesaria a veces una extracción “diferida”. Sin embargo, hay autores que opinan que se puede actuar en la fase aguda.
2. Del mismo modo, no es aconsejable en los periodos agudos realizar resecciones del capuchón mucoso que cubre el molar, pues suelen provocar complicaciones mayores que la propia extracción. Estas actuaciones están formalmente contraindicadas.

Así pues, el tratamiento es médico y quirúrgico (23).

TRATAMIENTO MÉDICO

Tiene como objetivo el tratamiento de los accidentes o la preparación para la cirugía.

Se basa fundamentalmente en la medicación antimicrobiana, antiinflamatoria y analgésica.

En las pericoronaritis y las estomatitis se obtienen excelentes resultados con la asociación de espiramicida y metronidasol, derivados de la penicilina, amoxicilina/ácido clavulánico o eritromicina en los pacientes alérgicos.

Como tratamiento local se aconseja una buena higiene bucal, colutorios con solución salina, Clorhexidina e incluso toques con sustancias cáusticas.

La adenitis simple obedece al tratamiento de la pericoronaritis; si es supurada, requiere una punción evacuadora o incisión con drenajes junto con antibioterapia.

El mismo tratamiento, antimicrobianos y necesidad de drenaje quirúrgico o no, se utiliza en los accidentes celulares u óseos.

Todas estas medidas se deben mantener hasta que se compruebe que el molar evoluciona favorablemente.

Previamente a la cirugía, es necesario firmar por ambas partes, el paciente y el cirujano, el consentimiento informado correspondiente donde figura el grado de dificultad del tratamiento y las posibles complicaciones intra y postoperatorias.

Otra cuestión, también muy debatida, es el tratamiento previo como preparación para la cirugía con una profilaxis antibiótica sistemática en terceros molares sin signos de infección.

Si bien existen estudios que parecen demostrar las ventajas de índole psicológica que reporta en el postoperatorio haber informado previamente al enfermo sobre las características de la intervención y las posibles complicaciones que deben quedar fielmente reflejadas en el consentimiento informado, sin embargo, se mantiene una fuerte controversia sobre la necesidad o no de instaurar la profilaxis antibiótica previa a la cirugía para prevenir la infección postoperatoria.

En nuestra práctica, no empleamos esta profilaxis sistemáticamente en los casos asintomáticos.

Solo la prescribimos en pacientes considerados de riesgo y en las pautas ya indicadas, a dosis altas y en periodos muy cortos.

La misma controversia existe con la administración de antibióticos de modo sistemático después de la exodoncia como tratamiento preventivo (23).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La extracción del tercer molar inferior es una intervención a veces difícil, laboriosa y minuciosa, que requiere una técnica reglada y correcta junto con un estudio previo cuidadoso. A medida que se realizan más intervenciones de este tipo, la técnica parece más fácil, el tiempo de ejecución es menor y sobre todo las complicaciones postoperatorias disminuyen.

Se pueden realizar con anestesia local (troncular) o general. Preferimos esta última si las extracciones son múltiples, los pacientes no son colaboradores o los dientes están en una situación difícil.

Se practica en el sillón odontológico o mejor en un medio quirúrgico, con una sedación previa: un simple ansiolítico vía oral, un ayudante adiestrado, buena visibilidad y aspiración, junto con los conocimientos técnicos indispensables (23).

Técnica quirúrgica

Comprende una serie de pasos quirúrgicos con un orden establecido. Debido a las múltiples variedades de situación y posición del diente y a su distinta morfología radicular, es imposible establecer un tipo único de intervención. Existen diversas clasificaciones donde se manejan diferentes parámetros: posición del molar (angulación), situación más o menos profunda y relación con la rama mandibular para predecir la dificultad de la extracción y la necesidad de una mayor ostectomía u odontosección o no.

La clasificación más utilizada son las de Winter y las de Pell y Gregory.

Asimismo, la American Dental Association (ADA) y la American Association of Oral and Maxillofacial Surgery (AAOMS) hacen una clasificación de los dientes retenidos de acuerdo con la relación con los tejidos blandos y óseos vecinos, las complicaciones infrecuentes y la complejidad en la técnica quirúrgica.

Basados en estas clasificaciones se han realizado numerosos estudios que intentan a través de diversas variables radiográficas y clínicas dictar una serie de escalas que definen el grado de dificultad de la exodoncia, la competencia del cirujano y la disminución de las complicaciones. Así figuran la escala de Pederson, Parant y variaciones sobre ellas de Santamaría, Cáceres, Peñarrocha, García García, Susaria, Gbotolorum y Akadiri, entre otros.

Existen aplicaciones de programas informáticos (software Radio Memory) para registrar y clasificar los terceros molares inferiores de acuerdo a los criterios ya descritos por Pell y Gregory y Winter.

Aun respetando estas descripciones y con un sentido pedagógico, pensamos que es más práctico describir las distintas fases quirúrgicas comunes en la extracción del tercer molar inferior y luego, por separado, matizar las diferencias dependientes de las distintas posiciones. Es obvio que, a mayor profundidad ósea, posición distoangular, mayor enclavamiento en la rama, forma y número de las raíces, mayor edad y condensación del hueso vecino y menor presencia del ligamento periodontal, más compleja será la técnica (23).

Anestesia de zona operatoria

Se realiza una anestesia troncular de la tercera rama del trigémino que comprende el dentario inferior, el lingual y el bucal.

En otros casos se recurrirá al empleo de anestesia general con intubación bucal o nasocraneal y taponamiento faríngeo.

Todo diente retenido puede ser extraído con técnicas de anestesia local.

Incisión de zona operatoria

Preferimos la angular bastante extendida, que proporciona un amplio campo de trabajo sobre la región vestibular y oclusal y evita la maceración de los bordes mucosos, fuente de complicaciones posteriores. Es imprescindible la palpación de la mucosa laxa para que la incisión asiente siempre sobre el hueso. Esta consta de dos trayectos: el posterior es sagital, desde la parte posterior del triángulo retromolar hacia delante hasta la cúspide distobucal del segundo molar; al anterior es oblicuo, desde el segundo molar o incluso en las incisiones extensas desde distal del primero hacia vestibular. En su trazo posterior, la incisión debe estar desplazada hacia fuera para evitar trastornos más o menos importantes (trismo).

Este desplazamiento hacia vestibular del trazo posterior obliga a incidir la mucosa paralelamente a la cara distal del segundo molar y a despegarla para permitir el acceso al hueso que cubre la corona dentaria.

Otras incisiones son lineales a lo largo de los cuellos dentarios y sin trazo oblicuo vestibular. Aunque ofrecen menos campo quirúrgico y se utilizan menos, las

aconsejamos en los casos de cordales en situación alta y posición favorable en los que no es necesario practicar odontosecciones. La adaptación posterior del colgajo es mejor y se producen menos complicaciones durante la cicatrización.

Se utiliza una hoja de bisturí del número 15.

Se han hecho estudios comparativos, con análisis estadísticos, entre los dos tipos de incisiones para valorar la afectación periodontal del segundo molar. Las medidas de la inserción epitelial, el margen gingival y la mucosa masticatoria no ofrecen diferencias significativas entre los distintos colgajos y la elección de uno u otro estará en función de las preferencias del cirujano.

Despegamiento de zona operatoria

Será siempre mucoperióstico, practicado con un despegador, periostótomo, o legra, realizando con cuidado y sin abandonar el contacto óseo para no perforar la mucosa. En los casos en los que ha habido procesos inflamatorios repetitivos existe una gran fibrosis de los tejidos blandos y la separación es difícil; se debe actuar con decisión y tacto a la vez, ayudándose en ocasiones de las tijeras para seccionar posibles adherencias o la inserción del músculo temporal. Una vez separado el colgajo mucoperióstico, queda expuesta la lámina ósea externa, zona de acceso en la extracción del cordal. El campo se hace visible mediante un separador de Langenbeck o de Farabeuf, que separa el colgajo vestibular, apoyado firmemente sobre la cortical externa y un periostótomo, que rechaza hacia lingual, sin profundizar en exceso, la vertiente interna de la herida a la vez que protege el nervio lingual.

Ostectomía de zona operatoria

Puede realizarse con fresas montadas en pieza de mano, turbina, escoplo o martillo automático. Nosotros preferimos la pieza de mano con fresa de tungsteno.

La ostectomía tiene como finalidad la exposición de la corona dentaria y la liberación de su cara vestibular y distal. La sección del diente, paso quirúrgico posterior, evita, al crear espacio, que dicha ostectomía sea demasiado amplia. Siempre es por tanto, preferible practicar las odontosecciones convenientes que abusar de una generosa y traumática ostectomía.

Se pueden efectuar una serie de perforaciones con fresa redonda que luego se unen entre sí, levantando la “tapa” ósea resultante o bien, lo que es más frecuente, directamente con una fresa redonda grande se elimina el tejido óseo que cubre la corona dentaria. Posteriormente, con una fresa redonda o de fisura, se libera la cara posterior y vestibular del diente, tratando de no lesionar el segundo molar.

Es indispensable durante este tiempo quirúrgico mantener una irrigación constante con suero fisiológico o agua estéril, mediante una pera de goma o jeringa de gran capacidad con aguja larga, para evitar la necrosis ósea.

Existe una técnica, descrita por Ward y desarrollada por Fry, Killey y Kay en gran Bretaña, de acceso lingual en cordales profundamente situados y que no se encuentran en vestibuloversión. Se basa en el escaso espesor de la cortical lingual. Para estos autores, las ventajas de esta técnica son: menor tiempo quirúrgico, prevención de la lesión periodontal en distal del segundo molar, menor producción de trismo y menor riesgo de lesión de los nervios dentario inferior y lingual. Se practica con un escoplo una ostectomía a la altura de la cortical externa, superior e interna, intentando no lesionar el nervio lingual y elevando el cordal hacia distolingual. El peligro de esta técnica es la lesión de este nervio y la posible infección del suelo de boca y de espacios perifaríngeos. Para evitarlo se han hecho modificaciones, preservando la cortical lingual fracturada. A pesar de ello, es un método poco utilizado y recomendable.

Extracción (odontosección)

La extracción propiamente dicha comprende como primer paso importante la completa liberación de la cara mesial, obstáculo primordial en toda extracción. Según la posición del molar (vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, etc.), la técnica variará y exigirá odontosección o no. Debe seguirse siempre la sugerencia de que “es más conveniente dividir el diente que se debe extraer mediante las odontosecciones oportunas que abusar de una amplia ostectomía”. La falta de la adecuada ostectomía mínima indispensable y de la odontosección necesaria implica la realización de apalancamientos bruscos y fuertes presiones, con los accidentes que esto conlleva.

A este respecto, quizá convenga advertir de la conveniencia de utilizar en principio el elevador recto en vez del Winter cuando no se tiene mucha experiencia, dada la mayor potencia que desarrolla este último elevador. Otra alternativa es el elevador angulado de Pott.

En lo que se refiere a los cordales verticales, si las raíces no están muy incurvadas, una vez realizada la ostectomía del hueso que cubre la corona, en distal y en vestibular, se extraen fácilmente practicando una “muesca” en la cara vestibular del molar e introduciendo en ella la punta de un elevador de Winter; apoyándose en la cordal externa, el diente se luxa hacia arriba.

Si las raíces son divergentes o convergentes, la sección vertical y la extracción por separado de ambas raíces facilita la exodoncia.

En los cordales inclinados hacia mesial, los más frecuentes, la realización de un “slice” o corte en la cara mesial facilita extraordinariamente su extracción. Una vez eliminado el fragmento mesial se aplica un elevador y con maniobras de apalancamiento desde mesial se consigue la extracción facilitada por la ostectomía del hueso distal al molar.

En ocasiones una vez situado el diente en posición vertical, se aplica un elevador de Winter en la bifurcación radicular, con lo que el diente es expulsado fácilmente hacia arriba. Otras veces puede estar indicado realizar la odontosección en la cara distal del molar y una amplia ostectomía del hueso distal.

Los cordales inclinados hacia distal suelen ser los que más inconvenientes acarrear, sobre todo cuando no existe espacio suficiente para la introducción del elevador entre la cara distal de segundo molar y la mesial del tercero. En estos casos, la ostectomía distal en plena rama ha de ser mayor. La odontosección de la superficie distal no siempre es suficiente, puesto que el diente, al ser luxado, tiende a ir hacia atrás y a introducirse cada vez más contra la rama. Por ello, la mayoría de las veces es necesaria la odontosección transversal del molar. Si las raíces están separadas, conviene dividir las y extraerlas independientemente.

Respecto a la odontosección es necesario advertir que la fresa no debe profundizar hasta seccionar la superficie opuesta del molar; es menos traumático y peligroso para

las estructuras adyacentes terminar la fractura del diente con la fuerza de la palanca de la punta del elevador introducida en la ranura.

Los cordales en posición horizontal exigen siempre una odontosección transversal con fresa de fisura que separe la corona de las raíces. La mayor dificultad radica a veces en practicar la sección con una fresa montada en pieza de mano recta debido al difícil acceso al diente. El contraángulo facilitaría la maniobra, pero carece de la potencia necesaria. Lo ideal sería la fresa fina y larga de diamante montada en contraángulo de turbina, siempre que esta se mantuviera estéril y no proyectara agua ni aire hacia la zona operatoria. Una vez extraída la corona, se elimina el hueso que cubre la parte superior de las raíces y practicando en la raíz distal una “muesca” con una fresa redonda pequeña, se aplica la punta del elevador de Winter para desplazar aquellas hacia delante en la cavidad creada por la eliminación de la corona. Si las raíces están separadas y ofrecen dificultad a la luxación, se dividen longitudinalmente y se extraen por separado.

Estas inclusiones precisan un buen diagnóstico por la imagen (RM y TC) donde se constate la situación, posición y relación con las estructuras adyacentes. Podrá tomarse una actitud abstencionista en los casos asintomáticos y quirúrgicos cuando el cordal presente cuadros infecciosos, alteraciones neurológicas o lesiones quísticas. Cuando se decida la abstención es necesario el seguimiento continuado del paciente. Si se realiza la extracción, la mayoría de las veces es necesaria la anestesia general, un abordaje cutáneo y distintos tipos de ostectomías.

Cuando hay que extraer un germen del cordal, casi siempre por causa ortodóncica, la intervención puede prolongarse y hacerse sumamente dificultosa debido a la gran movilidad que presenta el germen. Es preciso realizar la ostectomía suficiente de acuerdo con el diámetro del germen o intentando fijar este contra las paredes óseas, practicar una o varias odontosecciones. De lo contrario, la sección es difícil. El saco pericoronario debe eliminarse en su totalidad. En los casos más favorables donde se ha realizado una amplia ostectomía, el germen puede extraerse fácilmente “ensartado” en la propia fresa.

Lo discutible en estos casos es la conveniencia o no de realizar las germenectomias. Parece recomendable por las siguientes razones: la técnica es más sencilla (al no haber desarrollo de las raíces y el hueso ser más elástico), previene el enclavamiento sobre el segundo molar, evita las complicaciones de una evolución patológica del molar y presenta una mejor recuperación tras la cirugía.

Estará indicada la exodoncia cuando presente alteraciones morfológicas o estructurales, exista una discrepancia osteodentaria con falta de espacio para la erupción del segundo molar, sea preciso distalizar este molar o se vaya a trasplantar el cordal al alveolo del primer molar.

No se extraerá si hay ausencia de algún molar anterior o se ha extraído. La edad idónea para la exodoncia es entre los 13 y 16 años.

Sin embargo, no hay consenso sobre la extracción sobre la extracción en edades tempranas del tercer molar ya que es muy difícil predecir su erupción en la arcada dentaria.

Existen, por último, otras situaciones que hacen imposible sistematizar la extracción y en las que es el juicio del cirujano, combinando odontosecciones y ostectomías adecuadas, el que resolverá el problema (23).

Revisión y sutura de la herida

Una vez extraído el tercer molar inferior, la cavidad resultante requiere una minuciosa exploración para eliminar posibles fragmentos dentarios y óseos, un legrado cuidadoso del saco pericoronario o del granuloma marginal, una regularización del tejido óseo remanente con fresa en forma de pera de repasar resina y una comprobación de la hemostasia.

Se termina la intervención con un punto de sutura simple sobre el trazo vertical de la incisión y uno doble sobre el horizontal posterior. La sutura inmediatamente distal al segundo molar evita retracciones o bolsas periodontales a este nivel.

Cuidados postoperatorios

Se deben seguir cuidadosamente las normas postexodoncia. La aplicación de una gasa de hielo intermitente, la cabeza erguida, una alimentación adecuada, el reposo relativo, la medicación y la abstención de fumar son medidas que deben tenerse muy en cuenta.

Respecto a la utilización de un tratamiento preventivo de la infección después de la cirugía, tampoco hay un consenso general y las opiniones son muy controvertidas.

Se sabe que la infección postoperatoria, sobre todo la alveolitis, se presenta con una frecuencia entre el 0 y el 45.5%. Y se calcula que los cirujanos recomiendan tratamiento antibiótico postoperatorio entre el 20 y el 80% de los casos. Ante estos hechos, incuestionables, distintos organismos llaman la atención sobre el abuso que estas medidas representa en el aumento de las resistencias microbianas y la falta de evidencia científica que avale el procedimiento, como tampoco la hay que no sea necesario. En realidad, no existen protocolos internacionales a tal fin.

La federación Dental Internacional (FDI), en sus "Guidelines for the use of antimicrobial agents to minimise development of resistance (1999)", recomienda antibioterapia sistemáticamente en los siguientes casos:

- Existencia de infección aguda con fiebre.
- Extensión de la infección.
- Presencia de infección crónica.
- Pacientes medicamente inmunocomprometidos.
- Presencia de un cuadro de osteomielitis.

Se publican distintas pautas de tratamiento según la experiencia de cada cirujano. Así, se emplean: amoxicilina, amoxicilina/ácido clavulánico, metronidazol, eritromicina, clindamicina, doxiciclina, etc. No conviene olvidar que la mayoría de las especies bacterianas en las infecciones bucales son anaerobias facultativas o estrictas; existen de 3 a 6 por cada aerobia.

Existen múltiples experiencias y estudios sobre el tratamiento local y general con diversos fármacos para eliminar o aliviar esa tríada sintomática del dolor, inflamación y trismo que acompaña prácticamente siempre, en mayor y menor medida, a la cirugía del tercer molar, sin embargo, no hay resultados con evidencia científica a favor o en contra del tratamiento preventivo.

Respecto a los antiinflamatorios se han realizado estudios con la aplicación local o sistémica de glucocorticoides y esteroides obteniendo resultados dispares frente al dolor, la inflamación y el trismo (23).

Complicaciones post exodoncia

La más común es la extracción incompleta, puede permanecer el conjunto radicular completo, una de las raíces, el ápice o también olvidarse tras la extracción el “slice” o “rodaja” mesial que se secciona previamente y que queda enclavado bajo la pared distal del segundo molar. La falta de un buen campo operatorio, de instrumental adecuado y de criterio quirúrgico propicia este tipo de accidentes.

A causa de un apoyo indebido del elevador sobre el segundo molar, se produce la fractura o luxación de este; asimismo, se puede lesionar su parte cervical o radicular al realizar la ostectomía o la odontosección de la cara mesial del cordal.

Pueden darse desplazamientos de una raíz o un ápice al conducto dentario, al suelo de la boca, a espacios parafaríngeos o laterocervicales y descender por vía digestiva o respiratoria.

Se han descrito casos de enfisema bilateral cervicofacial, axilar y mediastínico por el uso indebido de turbina para realizar la odontosección.

La fractura de la lámina externa se produce en ocasiones al tomarla como punto de apoyo del elevador, sobre todo cuando, tras una amplia ostectomía, la cortical externa ha quedado muy debilitada; en estos casos es necesario eliminar los fragmentos para evitar los fenómenos inflamatorios que pueden ocasionar estos secuestros. Otras veces la ubicación muy inferior del tercer molar entraña tales dificultades que es necesaria una destrucción extensa de esta lámina externa.

Cuando la ostectomía es muy amplia, la odontosección insuficiente, el apalancamiento brusco o la región está debilitada (quiste dentífero o desdentados con gran reabsorción ósea), es factible que se produzca una fractura mandibular angular.

La luxación de la mandíbula puede suceder en la extracción de un cordal inferior cuando esta es laboriosa, no se protege con la mano contraria el posible desplazamiento mandibular o existe cierta laxitud articular.

Respecto a los desgarros de tejidos blandos se cuidará de no lesionar el tejido gingival, la lengua, el suelo de boca ni el surco yugal. Un buen colgajo, separadores adecuados y maniobras delicadas evitarán estos accidentes. Es posible, si no se está avisado, producir quemaduras en el labio inferior por calentamiento excesivo de la pieza de mano cuando inadvertidamente se apoya sobre él.

Complicación de mayor trascendencia es la lesión del paquete dentario bien sea por traumatismo directo con la fresa que realiza la ostectomía u odontosección, cuando existe una íntima vecindad entre el diente y el conducto, bien por un excesivo legrado de los restos granulomatosos en el fondo de la cavidad creada. Consecuencia de ello será la instauración de hemorragias, neuralgias, parestesias, anestésias y herpes zoster labial neurotrófico en los días siguientes a la extracción.

La frecuencia de estas lesiones se cifra entre 0,4 y el 8,4%.

Se han descrito distintos tipos de consecuencias de la lesión del dentario inferior:

- La neuropraxia es una interrupción pasajera de la sensibilidad debida a compresión del nervio y se recupera en pocos días o escasas semanas.
- La axonotmesis o interrupción temporal producida por compresión o estiramiento pero que se recupera en pocos meses.
- La neurotmesis, que consiste en una interrupción completa por pérdida de la continuidad del nervio y que precisa técnicas de reanastomosis o injerto.

Revisando los distintos factores predictores de lesión del dentario inferior durante la exodoncia del cordal, respecto a los factores clínicos el riesgo aumenta con la edad; el sexo no influye ni la existencia de patología previa, sí lo hace la proximidad del

conducto nervioso y la posición y situación del molar. En cuanto a factores técnicos no es concluyente la relación con el tipo de anestesia, sí lo es con la dificultad quirúrgica del caso y el tipo de odontosección, la exposición del paquete vasculonervioso, volumen de sangrado, duración de la intervención y experiencia del cirujano.

Para obviar estas lesiones en los casos de alto riesgo Pogrel et al. Describieron la técnica de la coronectomía, que consiste en seccionar y eliminar la corona dentaria y el tercio superior de las raíces dejando el resto radicular bajo el cierre del alveolo. Estaría solo recomendada en casos de posición vertical o angular, sin signos de infección ni de movilidad.

Si la extracción no se realiza siguiendo el acceso vestibular (que como se ha dicho, es la vía adecuada para esta cirugía) y se utilizan ostectomías linguales, se puede seccionar el nervio lingual a la vez que propagar peligrosamente infecciones al suelo de la boca. La frecuencia de lesiones del lingual oscila entre el 2 y el 10%.

Ante este tipo de lesiones nerviosas se puede mantener una conducta expectante, utilizar reparación microquirúrgica o emplear medios físicos (acupuntura, estimulación eléctrica) o farmacológicos (AINE, vitaminas, fosfolípidos, etc.).

Otras complicaciones frecuentes son la aparición de dolores postoperatorios y procesos inflamatorios (trismo, abscesos y celulitis), consecuencia casi siempre de un tratamiento previo insuficiente, actuaciones en periodos agudos, técnicas no regladas con incisiones excesivamente internas o magullamiento de tejidos blandos por colgajos inadecuados.

El trismo obedece a la irritación y el espasmo de los músculos masticadores por la inflamación y el traumatismo operatorio; puede deberse a infecciones localizadas en los espacios vecinos o simplemente por punción del músculo pterigoideo interno al anestesiar.

Los abscesos se presentan a veces repetidos a lo largo del tiempo, incluso pasadas más de 6 semanas de la intervención. Pueden estar originados por pequeñas esquirlas óseas remanentes que actúan como secuestros y que se diagnostican en la exploración

radiológica. Se solucionan medicamente con antibióticos o exigen una incisión, la eliminación del fragmento óseo o un drenaje.

Cuando el componente dolor es manifiesto, pasadas las primeras horas, traduce una de las complicaciones más frecuentes, la alveolitis, bien sea seca o fungosa en forma de granuloma piógeno.

Es evidente que el mayor número de complicaciones en la extracción de los terceros molares es el dolor, la inflamación y el trismo. Se han publicado numerosos estudios para interrelacionar estos accidentes con la exodoncia. Se ha encontrado relación, estadísticamente significativa, con la edad del paciente, la posición y profundidad del molar, la duración de la intervención, el tabaco, la higiene bucal y la experiencia del cirujano.

Los hematomas postextracción también son frecuentes y se deben al propio individuo, por alteraciones de la crisis sanguínea, aumento de la fragilidad capilar o baja elasticidad de los tejidos. De todos modos, siempre están en relación con defectos técnicos debido a la falta de hemostasia adecuada o al uso de amplios y aparatosos despegamientos.

Ya se mencionaron la frecuencia e importancia de las lesiones periodontales en distal del segundo molar.

Por eso se aconseja, cuando se indica la exodoncia, realizarla antes de los 25 años sobre todo en los que tienen posición mesioangular u horizontal.

Kugelberg describió una serie de factores de riesgo de esta lesión periodontal que consisten en: presencia de placa bacteriana, profundidad de sondaje mayor de 6 mm, defecto óseo superior a 3 mm, posición del cordal con una angulación mayor de 50°, aumento del fólculo del diente en su zona mesial mayor de 2,5 mm, reabsorción de la raíz distal del segundo molar, contacto entre tercer y segundo molar y paciente fumador.

Junto a las medidas preventivas de una exodoncia en edad temprana, se aconsejan las técnicas de regeneración ósea después de un tratamiento periodontal de raspado y alisado en distal del segundo molar.

El tipo de incisión no influye en la curación periodontal (23).

Profilaxis de complicaciones post exodoncia

La profilaxis de accidentes se consigue en primer lugar mediante la obtención de un diagnóstico correcto, tanto clínico como radiológico. Precisamente, el estudio radiológico intrabucal (periapical y oclusal) y extrabucal (radiográfica panorámica o TC) aportará los datos necesarios para planear una intervención reglada en la que todos los pasos se hayan considerado previamente. Estos datos son los relativos a la posición y profundidad del diente, la forma de la corona, las raíces y el tejido óseo que lo rodea y las relaciones con el segundo molar, la rama mandibular y el conducto dentario.

Una adecuada anestesia troncular o general (en ocasiones), un ayudante adiestrado, un campo amplio con perfecta visibilidad (indispensable al aspirador quirúrgico), la inmovilización del paciente (usar abre bocas que fijan la mandíbula y a la vez sirven de descanso), la abstención en fase aguda y las normales habituales o cuidados pre o postoperatorios son asimismo los factores indispensables en la profilaxis de estos accidentes (23).

3.3.7. INDICES DE DIFICULTAD

La clasificación más utilizada son las de Winter y las de Pell y Gregory.

La propuesta por Winter hace referencia al eje o posición del tercer molar respecto al segundo. Así, clasifica al cordal retenido en posición: vertical, horizontal, mesioangular, distoangular, vestibuloangular y linguoangular. Este mismo autor definió unas líneas (líneas de Winter) que orientan sobre la dificultad de la extracción en función de la posición y profundidad del diente. La primera línea discurre a lo largo del plano oclusal de los molares hasta la rama mandibular. La segunda discurre inferiormente a la anterior desde el hueso existente en distal del cordal hasta la cresta del tabique entre los dos primeros molares. La tercera línea, perpendicular desde la segunda, desciende hasta el punto donde debe aplicarse el elevador por mesial o distal del cordal; mide por tanto la profundidad de la retención y a mayor longitud de la línea, habrá mayor dificultad en la exodoncia.

La clasificación de Pell y Gregory tiene en cuenta el espacio existente entre la rama mandibular y el segundo molar y el nivel de profundidad del tercer molar. Realizan las divisiones siguientes (24):

- Clase I. existe suficiente espacio compatible con el diámetro de la corona.
- Clase II. La corona tiene un diámetro mesiodistal mayor que el espacio.
- Clase III. El espacio es menos y la corona se enclava en la rama mandibular.
- Posición A. El tercer molar se encuentra alto, al mismo nivel o por encima del plano oclusal del segundo molar.
- Posición B. El tercer molar está por debajo del segundo molar, pero por encima de su límite cervical.
- Posición C. El tercer molar se sitúa al mismo nivel o por debajo del referido plano cervical.

4. MATERIAL Y METODO

METODOLOGIA

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Población de estudio:

Está constituido por pacientes que acuden a consultorios privados previamente seleccionados que cumplen con características similares.

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años de edad.

Pacientes que tengan educación superior o en curso.

Pacientes que necesiten extracción dental del tercer molar.

Pacientes que acepten participar del estudio

Criterios de exclusión:

Pacientes que no puedan seguir el seguimiento del caso

Pacientes que presenten enfermedades sistémicas

Pacientes que presenten procesos infecciosos periapicales

Pacientes gestantes (fémimas)

RECOGIDA DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACION

La recogida de datos fue realizada por el operador debidamente instruido y calibrado para este trabajo de investigación mediante una “ficha de recolección de datos” realizando observación periódica de las manifestaciones ante el dolor post exodoncia del tercer molar inferior.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones la constituyó el tamaño de la muestra, ya que necesitamos pacientes que necesiten realizarse exodoncia del tercer molar inferior que acudan a la consulta odontológica.

Los pacientes incluidos en esta investigación serán exclusivamente aquellos que acudan a la consulta odontológica.

No disponibilidad de tiempo suficiente para la recolección de datos.

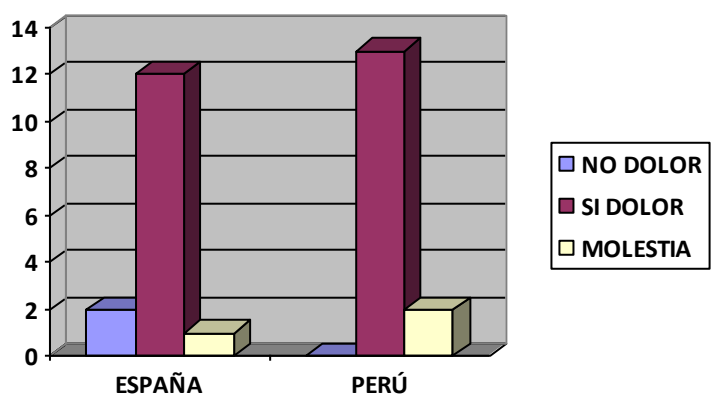
5. RESULTADOS

TABLA 1

Relación entre la presencia de dolor en la zona de intervención post exodoncia de tercer molar inferior y el lugar de procedencia.

Tabla de contingencia

Recuento		¿Presentó dolor en la zona de la intervención?			Total
		No	Sí	Sólo molestias	
Procedencia	España	2	12	1	15
	Perú	0	13	2	15
Total		2	25	3	30



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,373 ^a	2	,305
Razón de verosimilitudes	3,152	2	,207
Asociación lineal por lineal	1,752	1	,186
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

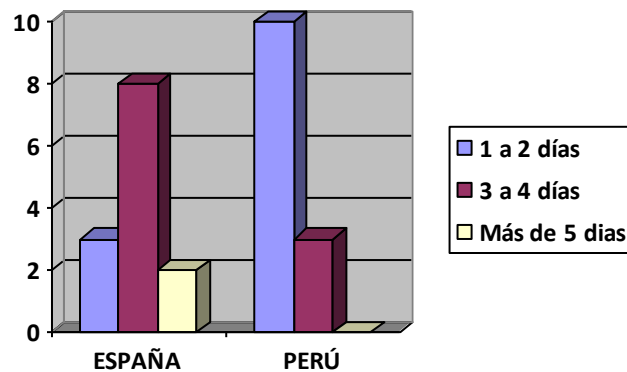
Se observa en el grupo de pacientes españoles, 3 contestaron no haber sentido dolor post exodoncia o solo molestia y en el grupo de pacientes peruanos 2. Este resultado nos muestra cierta similitud entre ambos grupos.

Realizada la prueba de contrastación de hipótesis se encuentra que los resultados no son significativos con lo cual es posible concluir que las variables son independientes.

TABLA 2
Relación entre la presencia de dolor en la zona de intervención post exodoncia de
tercer molar inferior y la cantidad de días.

Tabla de contingencia

Recuento		¿Cuántos días presentó dolor?			Total
		1 a 2 días	Entre 3 y 4 días	Más de 5 días	
Procedencia	España	3	8	2	13
	Perú	10	3	0	13
Total		13	11	2	26



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,042 ^a	2	,018
Razón de verosimilitudes	9,107	2	,011
Asociación lineal por lineal	7,528	1	,006
N de casos válidos	26		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

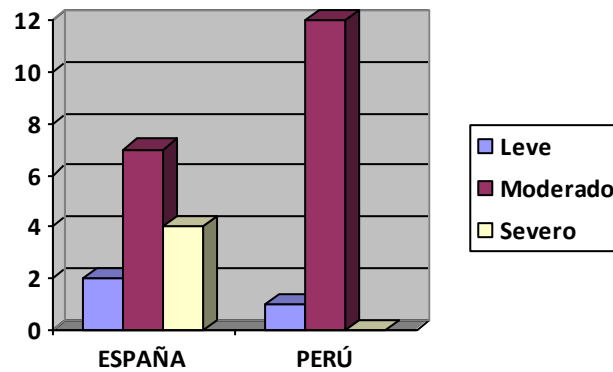
Se observa en la población peruana el dolor se manifiesta mayoritariamente en los primeros 2 días, en la población española se prolonga hasta el cuarto día en su mayoría.

Realizada la prueba de contrastación de hipótesis se encuentra que los resultados son significativos con lo cual es posible decir que las variables están directamente relacionadas.

TABLA 3
Relación entre la presencia de dolor en la zona de intervención post exodoncia de
tercer molar inferior y la intensidad.

Tabla de contingencia

Recuento		¿Con qué intensidad?			Total
		Leve	Moderado	Severo	
Procedencia	España	2	7	4	13
	Perú	1	12	0	13
Total		3	19	4	26



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,649 ^a	2	,059
Razón de verosimilitudes	7,216	2	,027
Asociación lineal por lineal	1,243	1	,265
N de casos válidos	26		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,50.

Se observa que los pacientes peruanos responden en mayor cantidad que sienten un dolor moderado, a diferencia del dolor severo donde 4 de los pacientes españoles responde haberlo presentado y los pacientes peruanos 0.

Realizada la prueba de contrastación de hipótesis se encuentra que los resultados son ligeramente no significativos con lo cual es posible decir que las variables no están directamente relacionadas.

TABLA 4

Relación entre la presencia de dolor en la zona de intervención post exodoncia de tercer molar inferior y la magnitud por día.

Estadísticos de grupo					
	Procedencia	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Magnitud de dolor el primer día	España	12	5,50	1,784	,515
	Perú	13	5,69	2,287	,634
Magnitud de dolor el segundo día	España	12	4,33	2,309	,667
	Perú	13	3,31	1,251	,347
Magnitud de dolor el tercer día	España	12	3,25	2,491	,719
	Perú	13	1,62	1,557	,432
Magnitud de dolor el cuarto día	España	12	2,08	2,539	,733
	Perú	13	,31	,751	,208
Magnitud de dolor el quinto día	España	12	,58	1,730	,499
	Perú	13	,15	,376	,104

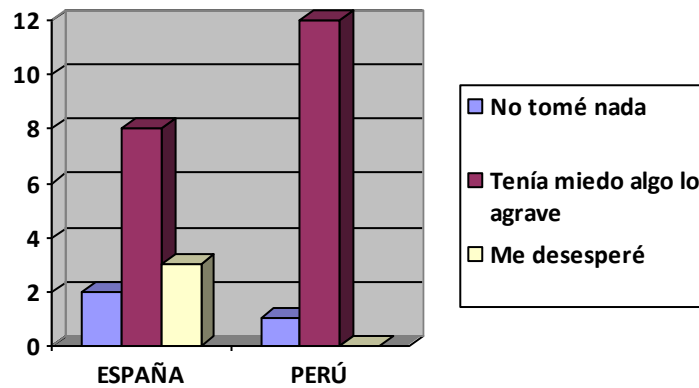
se observa que el primer día es prácticamente igual para ambos grupos, pero se observa que conforme va transcurriendo el tiempo la diferencia se amplía, siendo siempre mayor en la población española.

TABLA 5

Relación entre la presencia de dolor en la zona de intervención post exodoncia de tercer molar inferior y el cómo se le afrontó.

Tabla de contingencia

Recuento		¿Cómo afrontó la experiencia de dolor?			Total
		No tomé nada, tolerable	Tenía miedo que algo lo agrave	Me desesperé y no sabía que hacer	
Procedencia	España	2	8	3	13
	Perú	1	12	0	13
Total		3	20	3	26



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,133 ^a	2	,127
Razón de verosimilitudes	5,304	2	,071
Asociación lineal por lineal	,641	1	,423
N de casos válidos	26		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,50.

Se observa que en la población peruana es mayor el miedo de hacer algo que agrave el dolor post exodoncia, pero no reaccionan con desesperación ante esta, cosa que si se observa en 3 de los pacientes del grupo español.

Realizada la prueba de contrastación de hipótesis se encuentra que los resultados no son significativos con lo cual es posible concluir que las variables son independientes.

6. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se buscó demostrar la relación entre el dolor existente después de una exodoncia de un tercer molar inferior y el lugar de procedencia, en este caso España y Perú.

Si comparamos nuestros resultados con el de Y. Zola (1) se puede observar que la población italiana manifiesta mayor dolor al igual que los españoles y que los irlandeses tienen una respuesta parecida a la del grupo peruano, podemos decir que hay cierta similitud de comportamientos y respuestas ante el dolor como respuesta a la misma causa. Está demostrado en diversos estudios que ciertas culturas actúan de manera más estoica frente al dolor como por ejemplo orientales, a diferencia de otras que lo son más expresivas como las mediterráneas.

A pesar de la distancia intercontinental podemos suponer que hay similitud entre Irlanda y Perú por los resultados que nos arroja la investigación, a pesar de la distancia intercontinental. Los irlandeses nos dice Y. Zola (1) tratan de encajar la situación en congruencia con el sentimiento de lo difícil que es la vida y que es necesario saber hacerle frente, esto también se puede aplicar a la realidad peruana ya que ha vivido muchos momentos difíciles marcados por interacciones trágicas a través de su historia ya sea política, económica o social, así también los conflictos internos como el terrorismo.

A pesar de esto no se puede asegurar que estos países en mención tengan igual comportamiento frente al dolor, pero si se observa cierta tendencia por lo cual sería de mucha utilidad seguir investigando con muestras más representativas.

Nuestro estudio nos dice que no hay relación significativa y que las variables son independientes, pero se observa que ambos grupos interpretan la presencia de dolor de forma similar, incluso la ausencia de esta, en el grupo de pacientes españoles, 3 contestaron no haber sentido dolor post exodoncia o a lo mucho solo molestia y en el grupo de pacientes peruanos 2. El individuo transforma las sensaciones experimentadas en sus propias categorías, en su estilo personal compartido con otros miembros de su entorno. La cultura interiorizada forma parte del cuerpo del individuo,

orienta las percepciones sensoriales y frente al dolor produce las categorías de pensamiento que promueven el dolor, el temor a este o la indiferencia.

Si lo comparamos con el estudio realizado por Mark Zborowski (1) donde se observa una gran diferencia de percepción del dolor en pacientes italianos y judíos quienes se sienten libres de quejarse, gemir, lamentar, etc. No se avergüenzan por manifestar sus sentimientos y norteamericanos quienes refieren que “gemir o lamentarse por la propia suerte no sirve para nada”. El dolor es asunto suyo, deben acostumbrarse. Vemos que para este grupo la presencia de dolor en principio suscita la paciencia y la espera de su desaparición. Si afecta a sus actividades, sólo entonces, se dirige al médico y le cuesta referir el contenido de su malestar, para describir el sufrimiento que padece, más que el dolor en sí, no soporta las consecuencias físicas de una enfermedad que lo priva de su trabajo o actividades regulares. Para él, el dolor más que un síntoma es un fastidio; esto también lo podemos observar directamente proporcional en el Perú y sus poblaciones rurales. Podemos ver también aquí que hay diferentes respuestas entre estos países de diferentes continentes (Europeo y Americano).

Decimos entonces que la forma en que las distintas culturas tienen para expresar una sensación dolorosa es variable ante un mismo estímulo como se muestra en ambos estudios.

Nuestro estudio también nos dice que en la población peruana el dolor se manifiesta mayoritariamente en los primeros 2 días mientras que en la población española se prolonga hasta el cuarto día en su mayoría. Nuestro análisis estadístico nos arroja valores significativos lo cual nos dice que sus variables no son independientes, esto nos quiere decir que se relaciona una con otra. Si lo comparamos con el estudio de A. Dawson y T. List (4) quienes compararon umbrales de dolor y niveles de tolerancia del dolor entre oriente medio y los suecos, exponiéndolos a estímulos como el calor, el frío, la isquemia, la presión mecánica, estímulos eléctricos y sustancias algogénicas, se observan resultados que coinciden con otros estudios que sugieren que los habitantes de Oriente Medio son más sensibles a los estímulos térmicos dolorosos que los suecos. Aquí se observa que esta población Europea tolera mejor la presencia del dolor, cosa

que no se ve en diversos estudios anteriores donde casi siempre la población Europea resulta ser más sensible, esto puede deberse quizás a la ubicación geográfica y a su clima que necesariamente hace su población sea más resistente ante las inclemencias por lo tanto así también a las pruebas sometidas, podemos relacionarlo también con el comportamiento irlandés y el peruano quienes se pueden decir han tenido ciertas circunstancias de vida ya sea política, económica, climática o de conflicto que dan a la experiencia personal del dolor un significado distinto comparados con otra sociedades y que conforman a los individuos que responden de una manera semejante a como lo hacen ante la adversidad.

Nuestros resultados arrojan que los pacientes peruanos responden en mayor cantidad el sentir un dolor moderado (españoles = 7; peruanos = 12), a diferencia del dolor severo donde 4 de los pacientes españoles responde haberlo presentado y los pacientes peruanos 0. Nuestras pruebas estadísticas nos arrojan valores ligeramente no significativos (0.059) con lo cual podemos decir que las variables son independientes. Son 23 los pacientes entre las dos poblaciones los que refieren necesitar como mínimo el uso de analgésico para afrontar la experiencia del dolor post exodoncia, esta es una cantidad importante en nuestro estudio, lo que nos indica dar una atención equitativa a las diferentes poblaciones sean cual sea ya que independientemente de la intensidad el dolor se va a presentar mayoritariamente.

Podemos ver en la investigación de R. Sternbach y B. Tursky (1) quienes emitieron la hipótesis de que las actitudes ante el dolor son correlativas de percepciones, que a su vez están bajo la influencia de coordenadas sociales y culturales. Para ello estudiaron el umbral de percepción de un estímulo eléctrico sobre la piel, encontrando que las mujeres italianas son sensibles a la inmediatez del dolor, tenían un umbral de percepción (1.82), de penosidad (6.12) y límite de tolerancia (7.11), separado con claridad del de las mujeres irlandesas (2.12; 8.68; 9.35) o norteamericanas (2.16; 9.74; 10.23) pero no por esto se les va a tratar de forma diferente ante situaciones que sabemos va a presentarse el dolor.

Rahim-Williams B (5) en su artículo "A Quantitative Review of Ethnic Group Differences in Experimental Pain Response: Do Biology, Psychology, and Culture Matter?" nos dice que hay diferentes factores, los cuales no deben confundir al clínico, además no debe existir una discriminación por raza, o etnia o grupo cultural a la hora de tratar a un paciente con dolor, para ello deberían seguirse una serie de recomendaciones como el comprender que el paciente es un individuo y evaluar la experiencia de dolor del paciente, como paciente, discriminando sesgos culturales. No puede obviarse que haya algún agente nociceptivo por el mero hecho de que no lo exprese el paciente.

Podemos decir entonces que, si bien una determinada cultura puede conllevar a expresar de modos distintos o similares una misma situación, estas deben ser tratadas de la misma manera ya que no podemos llegar al extremo de guiarnos por la etnia, procedencia o cultura del paciente ya que si bien hay tendencias de comportamiento y de tolerancia no todos la presentan igual, entonces se debe siempre tratar de la misma manera clínica situaciones que se espera presenten la experiencia del dolor.

En cuanto a la magnitud por días post exodoncia dental se observa que el primer día es prácticamente igual para ambos grupos, pero se observa que conforme va transcurriendo el tiempo la diferencia se amplía, siendo siempre mayor en la población española. Podemos decir entonces que la evolución del dolor es distinta para ambas poblaciones y vamos a comparar con lo que nos dice Ortega R (3) en su investigación, ella nos habla de la atención de los médicos y enfermeras, la cual se dirige al control del dolor físico que se manifiesta a través de signos y síntomas pero la experiencia del dolor no sólo se debe a una activación del sistema nervioso, sino que también está relacionado con un estado psicológico que está condicionado por las emociones y la vivencia personal. Así pues, podemos ver la importancia de la concepción del dolor ya que está guiada más por factores culturales y sociales que incluso por otros factores importantes como lo es la educación todavía en muchos casos, como es el caso de este estudio en mención que arroja que la mayoría del grupo de enfermeras consideran que las causas por las que se enferman son por estrés (90.84%), y en una menor proporción por envidia, mal o brujería (9.14%).

7. CONCLUSIONES

- Se concluye que no hay relación directa y estadísticamente significativa entre la presencia de dolor y ambos grupos de estudio.
- Se concluye que existe relación directa y estadísticamente significativa entre la cantidad de días que se presenta el dolor en ambos grupos de estudio.
- Se concluye que no hay relación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y ambos grupos de estudio.
- Se concluye que en cuanto a la magnitud del dolor en ambos grupos la diferencia no es significativa el primer día, pero se observa que conforme va transcurriendo el tiempo la diferencia se amplía, siendo siempre mayor en la población española.
- Se concluye que no hay relación directa y estadísticamente significativa entre la forma de afrontar el dolor y ambos grupos de estudio.

8. RECOMENDACIONES

- Realizar trabajos de investigación acerca de antropología del dolor post exodoncia de terceros molares inferiores, pero con poblaciones más grandes.
- Realizar trabajos de investigación acerca de antropología del dolor post exodoncia de terceros molares inferiores, pero con poblaciones más representativas.
- Realizar cursos o seminarios de concientización a los alumnos que serán futuros profesionales, respecto a la antropología del dolor.
- Desarrollar un programa de atención e inducción a la clínica que incluya el manejo y enfrentamiento adecuado frente a los pacientes, respecto a la antropología del dolor para mejorar el abordaje de los mismos.

9. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Breton D. Antropología del dolor. España: Seix Barrial; 1999: 145-160.
2. Agró FE, D'Antuono A, Fusco BM. Anthropology and pain. *Minerva Anesthesiol.* 2005;71:397-400.
3. Ortega R. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los ciudadanos.* 2006;1(19):63-72.
4. Dawson A, List T. Comparison of pain thresholds and pain tolerance levels between Middle Easterners and Swedes and between genders. *Journal of oral rehabilitation.* 2009; 36: 271-8.
5. Rahim-Williams B, Riley JL III, Williams KKA, Fillingim RB. A Quantitative Review of Ethnic Group Differences in Experimental Pain Response: Do Biology, Psychology, and Culture Matter?. *Pain Medicine* 2012; 13: 522–540.
6. Yépez Isabel. Nuevas migraciones latinoamericanas a Europa Balances y desafíos. Ecuador. *RisperGraf.* 2007; 290-293
7. Okeson J. Dolor orofacial según Bell. 5ª Ed. Editorial Quintessence. 1999
8. Dagnino J. Definiciones y clasificaciones del dolor. *Boletín Esc de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994; 23: 148-151
9. Torres L. Concepto de dolor. Curso de dolor en Atención Primaria. Ediciones Mayo. 2003.
10. Puebla D. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología,* 2005; 28 (3):139-143
11. Gallego J, Rodríguez de la Torre M, Vázquez-Guerrero J y Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev. Soc. Esp. del Dolor,* 2004;11(4): 197-202
12. Montero R, Manzanares A. Escalas de valoración del dolor. *Jano.* 2005;68(1553):41-44
13. Torregrosa S, Bugedo G. Medición del dolor. *Boletín Esc de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.* 1994; 23:155-158

14. Rodríguez O, García L, I MsC. Bosch A, Inclán A. Fisiopatología del dolor bucodental: una visión actualizada del tema. MEDISAN 2013; 17(9):5079-85
15. Olivares E, cruzado J. Evaluación psicológica del dolor. Clínica y Salud.2008;19(3):321-41
16. Martínez-Vázquez de C, Torre L. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp del Dolor. 2000;7(7):59-70
17. Romero M, Herrero M, Torres D, Gutiérrez J. Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional. RCOE,2006;11(2):205-15
18. Torres D, Serrera A, Romero M, Infante P, García M, Gutiérrez J. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.2005;10:77-85.
19. Morejón F, López H, Morejón T, Corbo M. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. Rev Cubana de Estomatol. 2000;37(2):102-5
20. Ramírez C, Esteve R, López A, Anarte T. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. Rev. Soc. Esp. Dolor.2001; 8(8): 562-68
21. Campbell C, Edwards R. Ethnic differences in pain and pain management. Pain Manag.2012;2(3):219–23
22. Navarro C, Garcia F, Ochandiano S. Tratado de Cirugia Oral y Maxilofacial. Vol1. Madrid. Arán ediciones. 2004
23. Donado M, Martinez JM. Cirugía Bucal Patología y técnica. 4ta ed. Barcelona. Elsevier España. 2014.
24. Santamaría J. Lecciones de cirugía bucal. Bilbao. Servicio editorial de la Universidad del país vasco.

10. ANEXOS

ANEXO 1: Medios disponibles para la realización del proyecto

Medios físicos y materiales

Contamos con consultorios odontológicos privados de características similares en los que disponemos de los materiales básicos:

- Articaína/lidocaína con epinefrina 1:50.000
- Jeringa de anestesia
- Agujas de anestesia
- Jeringa de irrigación de 20 mL.
- Gasas
- Clorhexidina
- Suero salino
- Sutura de nylon 5-0
- Elevadores
- Fórceps
- Tijeras
- Porta agujas
- Pinza
- Espejo bucal

Medios humanos:

Cirujano dentista (operador)

Cirujano dentista (Auxiliar)

Operador: Marcos Omar Chuquispuma Bustos

Servicio de atención al paciente.

UCM

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

ANTROPOLOGÍA DEL DOLOR, ANTE EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR EN PACIENTES PERUANOS
Y ESPAÑOLES

Yo.....DNI.....

Acepto participar en el estudio “Antropología del dolor, ante exodoncia de tercer molar inferior en pacientes Peruanos y Españoles” que realiza el Señor Marcos Omar Chuquispuma Bustos como parte de su investigación para optar al grado de Master en Ciencias Odontológicas. Me comprometo a seguir el plan que amerite el estudio.

Dado en Madrid, el día:

.....

FIRMA

CUESTIONARIO

NOMBRE	

SEXO 1 <input type="checkbox"/> MASCULINO	2 <input type="checkbox"/> FEMENINO
¿EDAD ACTUAL?AÑOS	
PIEZA EXTRAÍDA.....	

A COMPLETAR POR OPERADOR

Grado de dificultad

Según Pell y Gregory:

Según Winter:

Tiempo efectivo de Cirugía

a. Menor de 15min ()

b. Entre 15-30 min ()

c. Entre 30-45min ()

d. Entre 45-60min ()

e. Mayor de 60min ()

A COMPLETAR POR EL PACIENTE

1. ¿Presentó dolor en la zona de la intervención?

NO 1 SI 2 SOLO MOLESTIA 3

Si presentó dolor, conteste por favor las siguientes preguntas:

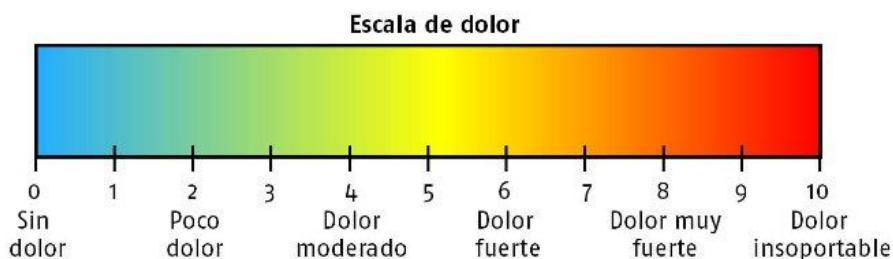
2. ¿Cuántos días presentó dolor?

1-2 1 3-4 2 5 ó más 3

3. ¿Con qué intensidad?

- a) Leve (no necesito calmantes) 1
- b) Moderado (necesité calmante) 2
- c) Intenso (no me ayudó el calmante) 3

4. Descríbanos la magnitud de su dolor.



Escriba en el espacio en blanco correspondiente a la presencia de dolor un número de 1 a 10 que indica la magnitud de la presencia de dolor en cada uno de los cinco días siguientes a la extracción. donde 0 significa nada de dolor y 10 el peor dolor imaginable.

	Primer día	Segundo día	Tercer día	Cuarto día	Quinto día
Presencia de dolor					

5. ¿Cómo afrontó la experiencia del dolor?

- a) No tomé nada, era soportable 1
- b) Tenía miedo hacer algo que lo agrave 2
- c) Me desesperé, no sabía que hacer 3