Complicaciones intra y post quirúrgicas de exodoncias en un programa de atención comunitaria de la FOUBA en Junín de los Andes.

Garcia Blanco M [1], Aguirre JG [2], Crundall J[3], Gualtieri AF[4], Scanlan S[5], Vindigni VM [5], Pasart J[2].

[1] Cátedra de Cirugía y Traumatología BMF I, [2] Cátedra de Clínica II de Operatoria y Prótesis,
[3] Cátedra de Clínica I de Operatoria [4] Cátedra de Biofísica,
[5] Cátedra de Odontología Integral Adultos,
Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA).

Recibido 27/05/2015
Aceptado 13/07/2015

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de complicaciones intra y post quirúrgicas de extracciones simples en 5 días de atención comunitaria en Junín de los Andes, provincia de Neuquén, Argentina. Se realizaron 109 extracciones dentales en 74 de los pacientes que concurrieron al centro único de atención, entre el 27 y 31 de Octubre de 2014, presentando piezas dentarias con indicación de extracción. Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron la fractura de la tabla ósea vestibular, la fractura de la corona de la pieza dentaria, y el dolor post operatorio. Complicaciones de frecuencia intermedia fueron el trismus, la alveolitis, la laceración de los tejidos blandos, y la fractura de la raíz de la pieza dentaria. Se registró un caso de una hemorragia primaria, y una inyección accidental dentro de un vaso sanguíneo. Cuando se comparó estadísticamente la presencia de complicaciones pre y post quirúrgicas entre cirugías que duraron menos de 30 minutos y 30 minutos o más, se encontró una asociación significativa: para ambas complicaciones, el porcentaje fue mayor en el segundo grupo. La práctica de extracciones simples ocasionalmente conlleva tener que manejar complicaciones. Es importante que el odontólogo general sea capaz de prevenirlas, diagnosticarlas, y tratarlas. Reducir los tiempos operatorios parecería ser una medida clave para disminuir las probabilidades de aparición de complicaciones intra y post quirúrgicas.

Palabras claves: exodoncia, complicación, odontología comunitaria.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze intra and post surgical complications of dental extractions during five days of community care in Junín de los Andes, Neuquén, Argentina. One hundred and nine dental extractions were made in 74 patients that required attention, between October 27th and 31st, 2014. The most frequent developed complications were fracture of the buccal osseous plate, fracture of tooth's crown, and post operative pain. Complications of intermediate frequency were trismus, dry socket, laceration of soft tissue, and fracture of the tooth's root. Only one case of primary hemorrhage was registered, and another single case of accidental injection of anesthesia into a blood vessel. When statistically compared the presence of pre and post-surgical complications between surgeries that lasted less than 30 minutes and 30 minutes or more, a significant association was found: for both complications, the percentage was higher in the second group. It is important that dentists are able to prevent, diagnose, and treat these complications. Reducing operative times may be a key factor to reduce the chance of developing intra and post surgical complications.

Keywords: tooth extraction, complication, community dentistry.

INTRODUCCIÓN

La exodoncia es el procedimiento quirúrgico más frecuente en la especialidad de Cirugía Maxilofacial, y sus complicaciones son acontecimientos que tienden a aumentar la morbilidad, determinando mayores tiempos operatorios, mayores costos, y afectando la relación odontólogo-paciente. Estas complicaciones abarcan desde la simple fractura de la corona dentaria hasta la infrecuente fractura mandibular. Es importante que el odontólogo se concientice y reconozca todo el espectro de complicaciones y sus implicancias (Sisk et al., 1986; Venkateshwar et al., 2011).

Cuando se desarrolla un programa de atención comunitaria de extensión universitaria la anamnesis es fundamental para la realización de los actos quirúrgicos, ya que la realización de exámenes hematológicos y radiografías generalmente se ve dificultada. Los tiempos para establecer diagnósticos y tratamientos se ven acortados por la necesidad de brindar soluciones de salud bucal a una población en un corto lapso de tiempo. Además, el ámbito quirúrgico se encuentra considerablemente afectado por la precariedad de las instalaciones. Todo esto conlleva indudablemente a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones intra y post quirúrgicas. En el programa, se hizo especial hincapié en la conservación de piezas dentarias a través de la operatoria dental, periodoncia, endodoncia, anclajes intra-radiculares, coronas acrílicas, e incrustaciones; extrayéndose sólo las piezas sin posibilidades de restauración.

El propósito de este estudio fue analizar la incidencia de las complicaciones intra y post quirúrgicas de exodoncias realizadas por alumnos del último año de la Carrera de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA), en un programa de atención comunitaria en Junín de los Andes, provincia de Neuquén, Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizaron las exodoncias de piezas dentarias con indicación de extracción de los pacientes que concurrieron al colegio Centro de Educación Integral (CEI) San Ignacio en Junín de los Andes, provincia de Neuquén, entre el 27 y 31 de Octubre de 2014. Los operadores fueron alumnos del último año de la carrera de grado de la FOUBA, asistidos por docentes de la misma casa de estudios. Se realizaron exodoncias en individuos presuntamente sanos. No se realizaron exodoncias en pacientes sistémicamente comprometidos, embarazadas y pacientes que se negaron a atenderse. Solo se realizaron extracciones simples que requerían la utilización de elevadores y fórceps. Se realizó un solo caso de extracción de un tercer molar inferior en retención ósea en estado agudo de dolor.

En todos los casos, se utilizó como agente anestésico 4% de carticaína con adrenalina (Totalcaína, Laboratorio Bernabó, Argentina). Se realizaron las técnicas anestésicas convencionales correspondientes a la distribución anatómica de los dientes a ser extraídos. Para la administración de la técnica anestésica troncular, el largo de la aguja empleada y la aplicación directa o indirecta de la técnica fue según la elección de cada operador. Se realizó medicación antibiótica previa en 4 pacientes que lo requirieron por la intervención quirúrgica (tercer molar retenido y extracciones múltiples) o su estado sistémico (fiebre reumática previa). La profilaxis antibiótica fue con amoxicilina 2 gramos vía oral (V.O.), 1 hora antes del procedimiento. Postoperatoriamente a todos los pacientes se les prescribió analgésicos según la presunción del dolor post operatorio, alergias, y la condición del aparato gastrointestinal: ibuprofeno 600 miligramos (Ibutenk, Biotenk, Argentina) V.O. cada 8 horas, por 2 días, y posteriormente según dolor; o ketorolac 20 miligramos (Sinálgico, Laboratorio Bernabó, Argentina) V.O. cada 8 horass por 2 días, y posteriormente según dolor. Se medicó postoperatoriamente con antibióticos a 14 de los 74 pacientes dependiendo de la invasividad de la intervención, y de la imposibilidad de control post quirúrgico. Se administró como primera opción amoxicilina 500 miligramos (Amixen, Laboratorio Bernabó, Argentina) cada 8 horas durante 7 días, y como segunda opción azitromicina 500 miligramos (Misultina, Laboratorio Bernabó, Argentina) cada 24 horas durante 5 días.

Las indicaciones postoperatorias fueron: morder la gasa una hora, en los subsiguientes 3 días, realizar una dieta fría y blanda, evitar ingerir líquidos con bombillas, no fumar, evitar ingresar restos de alimentos en el alvéolo dentario, y no realizar actividades físicas. En casi todos los casos se tomó como medida estándar no suturar la herida y dejar 5 minutos al paciente mordiendo una gasa para evaluar su coagulación antes de considerarse concluida la atención.

Se registraron las siguientes complicaciones:

· Intra quirúrgicas: Fractura de la corona o de la raíz de la pieza dentaria, laceración de tejidos blandos, fractura de la tabla ósea vestibular, fractura de la tabla ósea lingual o palatina, luxación de piezas vecinas, fractura de la tuberosidad, desplazamientos de tejidos

dentarios a zonas adyacentes, comunicación bucosinusal, inyección de anestesia en vasos sanguíneos, hemorragia primaria.
· Postquirúrgicas: hemorragia secundaria, trismus, alveolitis, dolor post operatorio, edema post operatorio, infección, hematoma, lesiones nerviosas y de hiscencia de la herida.

La alveolitis fue considerada como un dolor post operatorio dentro y alrededor del sitio de la extracción, que aumentó en cualquier momento entre el primer y el tercer día después de la extracción, acompañado de una desintegración parcial o total del coágulo sanguíneo, con o sin halitosis (Venkateshwar et al., 2011).

La hemorragia fue considerada primaria si sucedió dentro de las primeras 24 horas de la exodoncia, y secundaria si ocurrió después de las 24 horas.

Además de consideraciones etarias y de género, se registró la pieza dentaria a extraer, la causa de su indicación de extracción, la realización de odontosecciones, y el tiempo total de cada acto quirúrgico.

Análisis estadístico

La descripción del tiempo de cirugía se realizó mediante las siguientes medidas: media, desviación estándar (DE), mínimo (Mín), máximo (Máx), mediana, primer cuartil (Q1) y tercer cuartil (Q3). Para estudiar la relación entre la presencia de complicaciones y el tiempo de cirugía se realizó una regresión logística. Los resultados se presentan mediante el coeficiente de regresión y su error estándar (EE), la medida odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95), y el p-valor asociado al coeficiente de regresión. Cuando se obtuvo una regresión significativa, la predicción del modelo logístico se representó mediante una curva de probabilidad de complicación según el tiempo de cirugía.

Para evaluar la asociación entre la presencia de complicaciones y el sector de la arcada dentaria se utilizó la prueba de Cochran-Mantel-Haenszel para datos estratificados, considerando como estratos las condiciones permanente y temporaria de la pieza.

Para evaluar asociación entre dos factores, con dos niveles en cada uno, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson cuando las frecuencias esperadas por independencia fueron mayores o iguales que 5. Si no se cumplió este supuesto, se utilizó la prueba exacta de Irwin-Fisher.

La relación entre el grupo etario y la presencia de complicaciones se analizó mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos de edad: 4 a 15, 16 a 19, 20 a 35 y 36 a 54 años. Los percentiles 25, 50, 75 y 100 fueron establecidos como límites superiores de cada grupo, respectivamente.

Un p-valor menor que 0,05 fue considerado significativo en todas las pruebas de inferencia. Se utilizó el programa Infostat versión 2014 (Di Rienzo et al., 2014).

RESULTADOS

Se realizaron 109 extracciones en 74 pacientes, 89 de piezas dentarias permanentes y 20 de piezas temporarias. Se desarrollaron más exodoncias en maxilar superior (53%) que en mandíbula (47%), y más en sector posterior (92%) que en sector anterior (8%). 45 exodoncias se realizaron en mujeres y 64 en varones.

Se observó que la caries dental (94,5%) fue, ampliamente, la patología principal que motivó las exodoncias, seguida por piezas no funcionales (2,8%) y por periodontitis (0,9%).

La duración promedio de las cirugías evaluadas fue de 19 ± 10 minutos (Mín = 5; Máx = 50; Mediana = 15; Q1 = 10; Q3 = 25).

La eficacia anestésica de la técnica troncular para los nervios dentario inferior y lingual en la primera inyección fue de 59,4%.

Sólo se realizó una exodoncia de una pieza en retención ósea de un tercer molar inferior (paciente femenina de 18 años) por presentar dolor agudo. Esta cirugía no presentó complicaciones intra quirúrgicas, pero presentó trismus y dolor leve como complicaciones post quirúrgicas, que fueron resueltas con analgésicos [ketorolac 20 miligramos (Sinálgico) V.O. cada 8 horas por 4 días] y miorelajantes (Clonixinato de lisina 125 miligramos y Ciclobenzaprina clorhidrato 5 miligramos (Dorixina Relax, Roemmers, Argentina) V.O. cada 12 horass durante 24horas). No se realizaron exodoncias de piezas con retención mucosa.

Se observó algún tipo de complicación en 25 cirugías (23%). Se presentaron complicaciones intraquirúrgicas en 19 (17%) de las 109 exodoncias realizadas. Dentro de las 43 cirugías controladas, se presentaron complicaciones postquirúrgicas en 9 de ellas (21%).

Se registró un hecho inusual de inyección accidental de anestesia en la zona terminal de la arteria facial cuando se realizó la anestesia infiltrativa en fondo de surco para la exodoncia de un segundo premolar superior. El paciente (masculino de 38 años) experimento un dolor eléctrico agudo y pasajero en el momento de la inyección, y posteriormente se notó

una marcada isquemia de la piel irrigada por esta arteria en su recorrido distal. Se intervino para disminuir la ansiedad del paciente, y se esperó hasta la reversión del efecto isquémico de la anestesia para continuar con el acto quirúrgico, que conllevó de 8 a 10 minutos. La exodoncia se llevó a cabo sin ninguna otra complicación en 15 minutos, presentando el paciente una buena estabilización del coágulo sanguíneo.

Además se registró un solo hecho de hemorragia primaria, una hora posterior a la exodoncia de un resto radicular de un primer molar superior (paciente masculino de 15 años). A esta pieza dentaria se la extrajo sin la realización de una odontosección, y se produjeron como complicaciones intra quirúrgicas, la laceración de los tejidos blandos vestibulares, y la fractura de la tabla ósea vestibular. Esta hemorragia puede deberse a la lesión de la arteria alveolar superior cuando se produjo la fractura de la tabla ósea vestibular. Cuando concurre el paciente a la hora con la hemorragia primaria establecida, se realizó la remoción del coágulo en formación, y la colocación de un tapón hemostático de subgalato de bismuto (Puia et al., 2009), y un punto con hilo de nylon. A los 4 controles subsiguientes el paciente presentó una evolución favorable, retirándose el punto en el último día de control.

	Sector	Complicación intra quirúrgica					
		Ausente		Presente		Total	
		n	%	n	%	n	%
Permanente	AI	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
	AS	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
	PI	31	81,6%	7	18,4%	38	100,0%
	PS	35	76,1%	11	23,9%	46	100,0%
	Total	70	78,7%	19	21,3%	89	100,0%
Temporaria	AI	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	AS	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
	PI	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
	PS	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Total	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Tabla 1. Distribución de cirugías con y sin complicaciones intraquirúrgicas de acuerdo a la condición de la pieza (permanente y temporaria) y al sector de la arcada dentaria (AI = anterior inferior; AS = anterior superior; PI = posterior inferior; PS = posterior superior).

Complicaciones intraquirúrgicas:

Todas las complicaciones intra quirúrgicas se observaron en piezas dentarias permanentes. El porcentaje de complicaciones por sector en piezas permanentes fue de 33,3% para el sector antero superior, 23,9% para el postero superior, y 18,4% para el postero inferior. No se registraron complicaciones intra quirúrgicas en cirugías del sector antero inferior (Tabla 1).

En los 27 casos de exodoncias de primeros y segundos molares inferiores permanentes, se realizaron 7 odontosecciones y en los restantes 20 casos se extrajo íntegramente el molar. No se realizaron odontosecciones en terceros molares inferiores.

Se observó que la fractura de la tabla ósea vestibular y la fractura de la corona dentaria fueron las complicaciones intraquirúrgicas más frecuentes. Con una frecuencia menor se encontraron la fractura radicular y laceración de tejidos blandos, seguidos por la fractura de la tabla lingual, y la hemorragia primaria (Tabla 2).

Complicación intraquirúrgica	N	%
Fractura Coronaria	8	7,3%
Fractura Radicular	3	2,8%
Lesión de tejidos blandos	3	2,8%
Luxación de pieza vecina	0	0,0%
Fractura de tabla vestibular	10	9,2%
Fractura de tabla lingual	2	1,8%
Fractura de tuberosidad	0	0,0%
Fractura mandibular	0	0,0%
Hemorragia primaria	1	0,9%
Desplazamiento a zona vecina	0	0,0%
Total de cirugías	109	100,0%

Tabla 2. Distribución de las diferentes complicaciones intraquirúrgicas.

No hubo casos de complicaciones severas como la fractura de la mandíbula, o impulsión de fragmentos dentarios al seno maxilar u otra región

anatómica de vecindad. Tampoco se registraron casos de fractura de tuberosidad o luxación de piezas vecinas.

El análisis de regresión logística indica que existe una relación significativa entre la duración de la cirugía y la presencia de complicaciones: a mayor tiempo, mayor probabilidad de complicación intraquirúrgica (coeficiente de regresión ± EE = 0,14 ± 0,03; OR [IC95] = 1,15 [1,08; 1,22]; p < 0,05) (Figura 1).

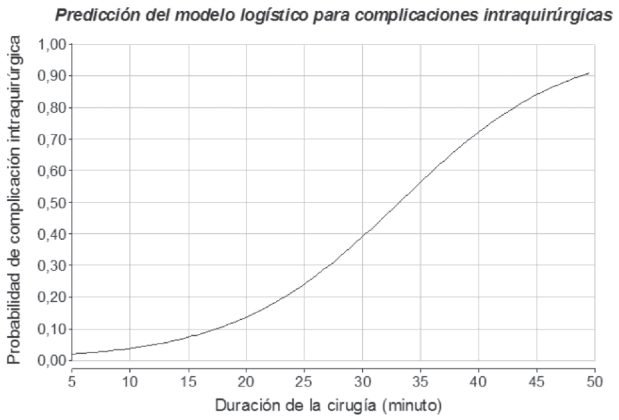

Figura 1. Relación entre la probabilidad de complicación intraquirúrgica y la duración de la cirugía según la predicción del modelo logístico.

Además, al dividir la muestra de las cirugías según tiempo operatorio, en menores de 30 minutos, y mayores o iguales de 30 minutos, se encontró una asociación significativa entre la duración de la cirugía (< 30 minutos y ⩾ 30 minutos) y la presencia de complicaciones intraquirúrgicas (prueba de Irwin-Fisher: estadístico = 0,43; p < 0,05) (Figura 2). En las cirugías que duraron menos de 30 minutos el porcentaje de complicaciones fue del 10%; mientras que en las cirugías que duraron más de este tiempo, se presentaron complicaciones en el 53% de los casos.

No se encontró asociación entre el sexo del paciente y la ocurrencia de complicaciones intraquirúrgicas (Chi-cuadrado = 0,19; gl = 1; p = 0,67). Tampoco se encontró una asociación significativa entre el grupo etario y la presencia de complicaciones intraquirúrgicas (Chi-cuadrado = 2,18; gl = 3; p = 0,54). Cuando se evaluó la relación entre la presencia de complicaciones intraquirúrgicas y sectores de la arcada, ponderando las condiciones permanente y temporaria de la pieza, mediante la prueba de Cochran-Mantel-Haenszel, no se encontró una asociación significativa (estadístico ≈ 0,00; gl = 3; p ≈ 1,00).

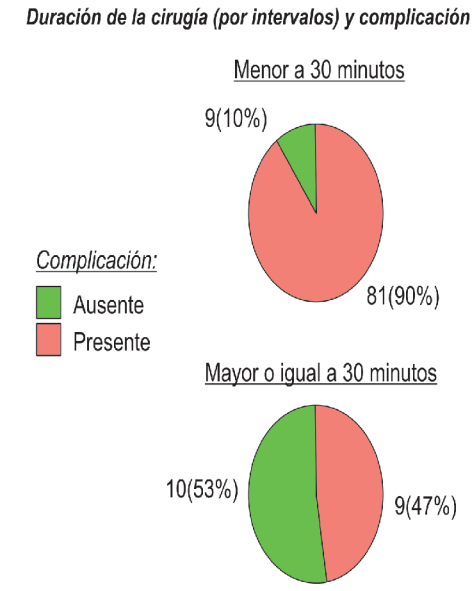

Figura 2. Distribución de cirugías con y sin complicaciones intraquirúrgicas, de acuerdo a la duración de la cirugía dividida en dos categorías: < 30 minutos, ⩾30 minutos; n (%).

Complicaciones post quirúrgicas:

Se controlaron 43 actos quirúrgicos, y las complicaciones más frecuentes fueron el dolor, seguido del trismus y la alveolitis (Tabla 3).

El análisis de regresión logística no mostró una relación significativa entre la duración de la cirugía y la presencia de complicaciones postquirúrgicas (coeficiente de regresión ± EE = 0,05 ± 0,03; OR [IC95] = 1,06 [0,99; 1,12]; p = 0,07).

Sin embargo, al dividir la muestra de las cirugías según tiempo operatorio, en menores de 30 minutos, y mayores o iguales de 30 minutos, se encontró una asociación significativa entre la duración de la cirugía (< 30 minutos y ⩾ 30 minutos) y la presencia de complicaciones (prueba de Irwin-Fisher: estadístico = 0,29; p < 0,05) (Figura 3). En las cirugías que duraron menos de 30 minutos el porcentaje de complicaciones post quirúrgicas fue del 11%; mientras

Complicación post quirúrgica	N	%
Dolor Postoperatorio	5	11,6%
Trismus	3	7,0%
Alveolitis	2	4,7%
Dehiscencia de herida	0	0,0%
Infección	0	0,0%
Hemorragia secundaria	0	0,0%
Total de controles	43	100,0%

Tabla 3. Distribución de las diferentes complicaciones postquirúrgicas.

que en las cirugías que duraron más de este tiempo, se presentaron complicaciones en el 40% de los casos.

DISCUSIÓN

Especialmente en el contexto de ámbito quirúrgico de los programas de atención comunitaria, es importante realizar una correcta anamnesis y preparación del paciente, planificar los maniobras quirúrgicas, ser meticuloso en el manejo de tejidos duros y blandos, controlar las fuerzas al aplicar los instrumentos, controlar la hemostasia, y comunicar claramente las indicaciones post operatorias, manteniendo la mejor cadena de asepsia posible. Se ha reportado que las complicaciones de las exodoncias son dependientes de la edad (Bruce et al., 1980) y género del paciente (Capuzzi et al. 1994), y también de la experiencia quirúrgica del operador (Capuzzi et al., 1994; Sisk et al., 1986; Venkateshwar et al., 2011). En nuestra casuística no se han observado estas asociaciones, y la experiencia del operador no pudo ser comparada porque todos correspondían al último año de la Carrera de Odontología de la FOUBA.

Este estudió encontró una mayor incidencia de dolor post operatorio (12%), fractura de la tabla ósea vestibular (9%) y fractura coronaria (7%). Probablemente, el porcentaje mayor en dolor post operatorio se deba a que los pacientes motivados por dolor hayan retornado más frecuentemente a los controles. En cuanto a las complicaciones intraquirúrgicas más frecuentes, el porcentaje mayor de fractura de la tabla vestibular podría ser consecuencia de la no realización de odontosecciones en todas las piezas multi-radiculares; y en el caso de las fracturas coronarias el factor operador puede haber jugado un rol importante, ya que al tener menor experiencia clínica los operadores podrían haber empleado una fuerza mayor a la soportada por la corona dentaria sin poder predecir el límite de su fractura.

La odontosección tiene la gran ventaja de conservación del tejido óseo, y la reducción de la cantidad de fuerza necesaria para extraer la pieza dentaria. En cuanto al trismus post quirúrgico, esta complicación, podría ser atribuida al bajo porcentaje registrado de eficacia anestésica de la técnica troncular para el nervio dentario inferior y lingual (59,4%). A veces la falta de profundización de la aguja, por miedo a equivocarse por los alumnos, puede llevar a la inyección próxima a los músculos masticadores, resultando en esta complicación post quirúrgica. El 4,7% de casos de alveolitis de este estudio concuerda con la incidencia de alveolitis reportada para las extracciones dentales simples en ámbitos hospitalarios en el rango del 3 al 5% (Bowe et al., 2011; Jaafar y Nor,

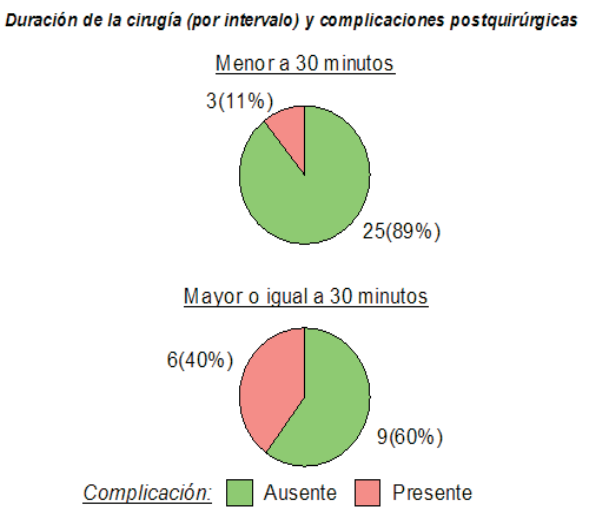

Figura 3. Distribución de cirugías con y sin complicaciones post quirúrgicas, de acuerdo a la duración de la cirugía dividida en dos categorías: < 30 minutos, ≥30 minutos; n (%).

2000; Ogunlewe et al., 2007; Torres-Lagares et al., 2005). Se ha reportado mayor incidencia de alveolitis en los fumadores (Abu Younis y Abu Hantash, 2011; Tarakji et al., 2015) y en mujeres (Al-Khateeby Alnahar, 2008; Ogunlewe et al., 2007) especialmente medicadas con anticonceptivos orales (Alexander, 2000; Tarakji et al., 2015), variables no consideradas en el presente estudio. El porcentaje de complicaciones post quirúrgicas puede haber sido inferior al real teniendo en cuenta que sólo hubo 5 días de atención por la culminación temporal del programa. Teniendo en cuenta esta problemática, la mayor cantidad de exodoncias se realizaron en los primeros días, y en el último día sólo se realizaron 4 extracciones dentarias de muy baja complejidad.

La tuberosidad del maxilar es una importante zona retentiva para prótesis removibles y deben hacerse todos los esfuerzos para conservarla. En esta serie de exodoncias no se registraron hechos de fractura de la misma. El desplazamiento accidental de piezas dentarias en espacios anatómicos vecinos constituye una complicación inusual, que tampoco se registró en este programa.

La cantidad de tiempo necesario para completar el procedimiento quirúrgico fue un factor que se relacionó con la aparición de complicaciones. En un estudio similar se encontró una mayor incidencia de complicaciones en los procedimientos que requieren 30-60 min para su terminación (65%), en comparación con los procedimientos que fueron completados dentro de 30 minutos (35%) (Venkateshwar et al., 2011). En este estudio, se

encontró una asociación significativa entre la duración de la cirugía (< 30 minutos y ⩾ 30 minutos) y la presencia de complicaciones, tanto para las complicaciones intraquirúrgicas como para las postquirúrgicas. En las cirugías que duraron menos de 30 minutos el porcentaje de complicaciones intra y post quirúrgicas fue significativamente menor que en las cirugías que duraron más de este tiempo.

CONCLUSIONES

La práctica odontológica actual en cualquier situación temporo-espacial que se realice debe promover la mayor conservación de las piezas dentarias posible, a través de la operatoria dental, la periodoncia, la endodoncia, y rehabilitaciones protéticas de baja complejidad; siendo la exodoncia la última de las alternativas.

Al desarrollar programas de atención comunitaria en ámbitos edilicios desfavorables, deben hacerse especiales esfuerzos para lograr la mejor cadena de asepsia posible.

Idealmente, deberían desarrollarse los actos quirúrgicos con un margen de 72 horas a la finalización del programa, para poder controlar y solucionar posibles complicaciones post quirúrgicas.

Cuando el equipo docente intuya que una exodoncia pueda superar la media hora de atención, deberá asistir al alumno para evitar cirugías prolongadas, ya que se ha encontrado asociación significativa con las complicaciones intra y post quirúrgicas.

Futuros estudios deberán determinar si la mayor utilización de equipos rotatorios para odontosecciones lograría disminuir significativamente la generación de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Abu Younis MH, Abu Hantash RO. Dry socket: frequency, clinical picture, and risk factors in a palestinian dental teaching center. Open Dent J 2011;5:7-12.

Alexander RE. Dental extraction wound management: A case against medicating post extraction sockets. J Oral MaxillofacSurg 2000;58:538-51.

Al-Khateeb TH, Alnahar A. Pain experience after simple tooth extraction. J Oral Maxillofac Surg 2008;66:911-7.

Bowe DC, Rogers S, Stassen LF.The management of dry socket/ alveolar osteitis. J Ir Dent Assoc 2011;57(6):305-10.

Bruce RA, Fredricson GC, Small GS. Age of the patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. J Am Dent Assoc 1980;101:240-5.

Capuzzi P, Montebugnoli L, Vaccaro MA. Extraction of impacted third molars: A longitudinal prospective study on factors that affect post-operative recovery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77:341-3.

Di Rienzo JA, Casanoves F, Balzarini MG, Gonzalez L, Tablada M., Robledo C.W. InfoStat versión 2014. Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. URL http://www.infostat.com.ar

Jaafar N, Nor GM. The prevalence of post-extraction complications in an outpatient dental clinic in Kuala Lumpur Malaysia--a retrospective survey. Singapore Dent J 2000;23:24-8

Ogunlewe MO, Adeyemo WL, Ladeinde AL, Taiwo OA. Incidence and pattern of presentation of dry socket following non-surgical tooth extraction. Nig Q J Hosp Med 2007;17(4):126-30.

Puia SA, Renou SJ, Rey EA, Guglielmotti MB, Bozzini CE.Effect of bismuth subgallate (a hemostatic agent) on bone repair; a histologic, radiographic and histomorphometric study in rats.Int J Oral Maxillofac Surg 2009;38(7):785-9.

Sisk AL, Hammer WB, Shelton DW, Joy ED Jr. Complications following extractions of third molars: The role of experience of the surgeon. J Oral Maxillofac Surg 1986;44:855-9.

Tarakji B, Saleh LA, Umair A, Azzeghaiby SN, Hanouneh S. Systemic review of dry socket: aetiology, treatment, and prevention. J ClinDiagn Res 2015;9(4):ZE10-3.

Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Romero-Ruíz MM, Infante-Cossío P, García-Calderón M, Gutiérrez-Pérez JL. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:77-85.

Venkateshwar GP, Padhye MN, Khosla AR, Kakkar ST. Complications of exodontia: a retrospective study. Indian J Dent Res. 2011;22(5):633-8.

Dirección para Correspondencia:
Cátedra de Cirugía y Traumatología BMF I
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, M. T. de Alvear 2142, CP 1125, Buenos Aires, Argentina.
matiasgarciablanco@yahoo.com.ar