

Capítulo 3

Cordales incluidos

Fernando García Marín
Antonio Valiente Álvarez
Ignacio Alamán Fernández

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	51
1.1. Definición del problema	51
1.2. Repercusión social. Epidemiología	51
1.3. Justificación y objetivos de la Guía de Práctica Clínica	51
2. CLÍNICA.....	51
3. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO	52
4. INDICADORES PRONÓSTICOS	52
5. MANEJO TERAPÉUTICO	53
5.1. Factores que afectan la decisión terapéutica	53
5.2. Indicaciones para el no tratamiento de los cordales incluidos	53
5.3. Indicaciones para el tratamiento de los cordales incluidos	53
5.4. Remisión	54
5.5. Manejo perioperatorio	55
6. RESULTADOS.....	56
6.1. Seguimiento	56
6.2. Indicadores de resultado favorable.....	56
6.3. Complicaciones. Indicadores de resultado favorable	56
7. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	57
7.1. Consentimiento informado	57
7.2. Recomendaciones postoperatorias.....	57
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

Los terceros molares generalmente erupcionan entre los 18 y los 24 años de edad, aunque existe un rango amplio para la fecha de erupción.

Una pieza dentaria retenida o incluida se puede considerar aquella que no alcanza el plano oclusal después del cierre completo de sus raíces.

Un cordal incluido es aquel completamente metido en la mandíbula, cubierto por completo por tejido blando, y total o parcialmente por hueso.

Un cordal semiincluido es aquel que no ha conseguido alcanzar su posición normal, pero se encuentra visible o en comunicación con la cavidad oral.

Un cordal impactado es aquel cordal incluido que está completamente rodeado de tejido óseo.

Aunque, cuando hablamos de cordal incluido nos referimos tanto a los inferiores como a los superiores, la mayor parte de las dificultades se refieren a los cordales inferiores. Los cordales superiores suelen dar menos problemas, suelen ser más sencillos de extraer y no presentan tanta morbilidad postoperatoria.

1.2. Repercusión social. Epidemiología

La incidencia de molares incluidos varía dependiendo del sexo y la etnia, y su exodoncia es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. La prevalencia de inclusión de al menos un 3º molar inferior se ha situado en un 72,7% en una cohorte de edad entre 20 y 30 años en Suecia, y de al menos un cordal superior en un 45,8% en el mismo estudio.

1.3. Justificación y objetivos de la Guía de Práctica Clínica

La presencia de cordales incluidos o semiincluidos puede provocar problemas como: infección local, daños a las piezas vecinas, malposiciones dentarias. Por el otro lado, la exodoncia quirúrgica de los cordales se asocia a una significativa morbilidad que puede incluir dolor e inflamación, daño temporal o permanente del nervio dentario inferior y del nervio lingual con el resultado de anestesia o parestesias del labio inferior o de la lengua.

Parece existir una variabilidad importante en las indicaciones para la exodoncia de los cordales incluidos entre diferentes profesionales. El objetivo de esta GPC es servir de ayuda a los clínicos y cirujanos con el fin de identificar a aquellos pacientes que se pueden beneficiar de la exodoncia de un cordal incluido y aquellos para los que la exodoncia es innecesaria.

2. CLÍNICA

El paciente con patología del 3º molar suele acudir al dentista, al médico de cabecera o a un servicio de urgencias.

La primera evaluación debe incluir una historia completa médica y dental, así como una exploración completa intra y extraoral, tratando de analizar:

- el estado de erupción del cordal
- la presencia de infección local
- caries en el cordal o en el 2º molar adyacente
- estado periodontal
- orientación del cordal y relación con el canal dentario
- relación oclusal
- función de la ATM
- nódulos linfáticos

3. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Las imágenes radiológicas son indispensables previamente a la cirugía. Cuando se debe estudiar más de un cordal, la prueba de elección es una ortopantomografía. El objetivo de esta prueba es complementar el examen clínico con información adicional sobre el 3er molar, los dientes adyacentes y otros detalles anatómicos como el lecho óseo mandibular. Se debe prestar atención a:

- el tipo y orientación del cordal y el acceso quirúrgico al mismo
- el tamaño y condición de la corona
- el número y morfología de las raíces, con especial atención a ganchos apicales
- el nivel óseo alveolar
- la anchura folicular
- el estado periodontal del cordal y dientes adyacentes
- la relación con el canal dentario o con el seno maxilar

4. INDICADORES PRONÓSTICOS

El riesgo de complicaciones en relación con la exodoncia de cordales incluidos depende de la posición anatómica del cordal, de la patología acompañante, de la indicación establecida para su extracción, y también de la experiencia del cirujano.

La incidencia de complicaciones es significativamente superior a mayor edad, habiéndose establecido el umbral a partir de los 25-30 años.

Los siguientes signos radiológicos se han asociado con riesgo de dañar el nervio alveolar inferior:

- división del canal
- interrupción de las líneas marginales blancas del canal
- oscurecimiento de la raíz cuando es cruzada por el canal
- estrechamiento de la raíz cuando es cruzada por el canal

5. MANEJO TERAPÉUTICO

5.1. Factores que afectan la decisión terapéutica

Como principio general ninguna pieza dentaria debe extraerse sin una causa bien definida. Toda forma de cirugía presenta algún riesgo de complicaciones, y existe una morbilidad inevitable asociada a la extracción de piezas dentarias.

5.2. Indicaciones para el no tratamiento de los cordales incluidos

Se debe desaconsejar la exodoncia de los cordales cuando exista un espacio adecuado para su erupción, y puedan llegar a tener una posición funcional en la arcada dentaria; o en los niños aunque aparezcan impactados, pues pueden cambiar su posición.

Cuando existan otras enfermedades que aumenten el riesgo quirúrgico, este riesgo debe ser valorado cuidadosamente en la balanza riesgo/beneficio.

Cuando se extrae un cordal incluido, la extracción simultánea de otro cordal asintomático se debe evitar.

En el caso de cordales profundamente impactados sin evidencia de patología, especialmente cuando están completamente cubiertos de tejido blando y/o hueso, existe un riesgo de pérdida de soporte periodontal para el segundo molar adyacente como consecuencia de la exodoncia del cordal. Por tanto es mejor desaconsejar la exodoncia, salvo que ese cordal esté semiincluido, en cuyo caso es más probable que produzca síntomas.

Cuando el tercer molar está profundamente impactado sin evidencia de patología y en estrecha relación con el nervio dentario inferior, o cuando existe una mandíbula extremadamente atrófica, se considera buena praxis la no exodoncia del cordal.

En ocasiones se indica la exodoncia del cordal por motivos ortodóncicos. Sin embargo, existe evidencia de que la exodoncia de los cordales inferiores no previene, limita ni cura el apiñamiento de los incisivos inferiores.

5.3. Indicaciones para el tratamiento de los cordales incluidos

Existen algunas indicaciones claras para la exodoncia de los cordales incluidos, por ejemplo, cuando la infección es previsible, cuando ha existido dolor o molestias de manera recurrente, o cuando ha habido múltiples intentos de tratamiento conservador. En estos casos la exodoncia reduce el coste para el paciente, pérdida de tiempo, y los riesgos asociados al tratamiento conservador (p.ej. antibióticos).

Se aconseja la extracción cuando los pacientes han experimentado o experimentan infecciones significativas asociadas al cordal, y especialmente ante la presencia de pericoronaritis, celulitis, abscesos o patología pulpar o periapical intratable.

Se aconseja la exodoncia de los cordales semiincluidos, por el riesgo de infección, cuando el paciente, por sus circunstancias personales, no pueda tener un acceso rápido y fácil al tratamiento quirúrgico en caso necesario.

Se aconseja la exodoncia de los cordales cuando el riesgo de su retención es mayor que el de la exodoncia, por ejemplo, antes de radioterapia o cirugía cardiaca.

En pacientes con problemas médicos específicos, como la enfermedad valvular cardiaca, cuando exista un potencial de infección, éste debe ser eliminado. Este sería el caso de un tercer molar semiincluido, mientras que un cordal profundamente incluido no lo sería. Otras circunstancias médicas similares serían: transplantes, quimioterapia o inserción de implantes aloplásticos.

Se puede considerar la exodoncia del cordal incluido cuando éste pueda complicar una cirugía ortognática u otro procedimiento quirúrgico sobre la mandíbula, como en casos de fractura de mandíbula, especialmente cuando el cordal se ha desplazado o desvitalizado; o cuando el cordal se ve implicado en una resección tumoral.

Cuando se va a realizar una exodoncia de cordales inferiores bajo anestesia general se puede aceptar la exodoncia simultánea de cordales superiores incluidos asintomáticos.

Se aconseja la exodoncia del tercer molar incluido y afuncional en caso de caries siempre que no se pueda restaurar su función.

Cuando un segundo molar debe ser extraído, es recomendable extraer simultáneamente un tercer molar incluido siempre que éste no tenga posibilidad de erupcionar a la posición del segundo molar.

La angulación mesial de un tercer molar inferior entre 40-80° con un punto de contacto en la zona de la unión amelocemental del segundo molar condiciona la aparición de caries en ese punto de la cara distal del segundo molar. Por tanto, la extracción precoz profiláctica de un tercer molar en esa posición y parcialmente erupcionado puede prevenir la formación de una caries cervical distal en el segundo molar inferior.

Cuando existe formación de bolsa periodontal entre el tercer molar impactado y el segundo molar parece que si la exodoncia del cordal se retrasa más allá de los treinta años la situación será irreversible. La exodoncia del cordal antes de esa edad permitirá la reparación del tejido periodontal dañado. Los cordales impactados horizontales y mesioangulares son los que producen una mayor pérdida ósea distal al segundo molar.

Cuando un cordal incluido se asocia a un quiste dentígero, la exodoncia y exéresis completa del quiste están indicadas.

La situación con respecto a un dolor facial atípico es de difícil decisión, y la extracción de un cordal profundamente incluido sólo debe ser considerada como último recurso y siempre que el paciente señale esa zona como el origen del dolor.

5.4. Remisión

Una vez establecido que un cordal debe ser extraído, hay que decidir quien y donde realiza la intervención. La base para la decisión debe tener en cuenta las instalaciones quirúrgicas y de recuperación y la competencia de los profesionales. Además depende de la historia médica del paciente y de la dificultad previsible del tratamiento quirúrgico.

El odontólogo general podrá atender aquellos casos para los que se considere capacitado por su formación y experiencia, y referirá al cirujano oral y maxilofacial los que tengan un grado de dificultad mayor.

El profesional que deriva un paciente debe enviar al profesional receptor la historia clínica y todas las radiografías de que disponga, las cuales le serán devueltas tras completar el tratamiento, con un informe describiendo el tratamiento efectuado y recomendaciones para el postoperatorio y seguimiento del paciente.

5.5. Manejo perioperatorio

Se debe realizar el máximo esfuerzo para minimizar o evitar complicaciones y efectos secundarios.

El manejo preoperatorio exige como mínimo una historia detallada, y una exploración clínica y radiológica completas. Una vez tomada la decisión sobre qué cordales se van a extraer, se obtendrá del paciente un consentimiento informado.

5.5.1. Anestesia

Las alternativas anestésicas incluyen:

- anestesia local
- anestesia local y sedación intravenosa
- anestesia general

La anestesia general puede requerirse para procedimientos largos o complejos, pero debe reconocerse que la anestesia local comporta menores riesgos.

5.5.2. Medicación perioperatoria

Se prescribirá tratamiento antibiótico en aquellos casos en los que haya infección aguda en el momento de la exodoncia, una eliminación importante de hueso o una intervención prolongada.

Se prescribirán analgésicos no esteroideos para el postoperatorio.

5.5.3. Procedimiento quirúrgico

Generalmente la cirugía incluye la elevación de un colgajo mucoperióstico, protección de los tejidos blandos, y la eliminación de hueso con fresa e irrigación fría. Debe extraerse la totalidad de la pieza dentaria. Se usarán preferiblemente suturas reabsorbibles, sobre todo cuando no se prevea una revisión del paciente.

En el caso de rotura apical quedando un pequeño fragmento, hay que valorar si su extracción conlleva mayor riesgo que su abandono. El paciente debe ser informado y el hecho registrado en la historia clínica.

5.5.4. Hospitalización

En general, se realizará la exodoncia de cordales incluidos en régimen ambulatorio.

Se hospitalizará al paciente en casos de coagulopatías con riesgo de hemorragia, y cuando exista alguna patología asociada que requiera control hospitalario.

6. RESULTADOS

6.1. Seguimiento

Se realizará una visita de revisión:

- Cuando se use sutura no reabsorbible.
- Cuando surjan complicaciones.
- A petición del paciente.

6.2. Indicadores de resultado favorable

Se considera resultado favorable cuando los síntomas y signos asociados al cordal retenido hayan sido eliminados y los tejidos hayan curado completamente sin alteraciones funcionales residuales.

Es normal la existencia de molestias, inflamación y trismus durante tres o cuatro días, a partir de ese momento deben seguir un curso decreciente y desaparecer antes de dos semanas.

6.3. Complicaciones. Indicadores de resultado desfavorable

- Hemorragia. La hemorragia se debe controlar durante e inmediatamente tras la cirugía. El sangrado de tejidos blandos requiere una sutura ajustada. El sangrado óseo en raras ocasiones puede requerir cera de hueso. El sangrado postoperatorio generalmente se controla mediante compresión.
- Equímosis. Los pacientes deben ser informados de que la equímosis es autolimitada y se resuelve sola antes de dos semanas.
- Infección. La aparición de celulitis o abscesos será tratada con antibióticos y en ocasiones legrado o drenaje de la cavidad alveolar.
- Alveolitis seca.
- Osteomielitis. Rara complicación que puede requerir antibioterapia prolongada y/o cirugía en medio hospitalario.
- Retención de fragmentos apicales. Cuando producen síntomas, deben extraerse.
- Desplazamiento del diente a los espacios linguales o fosa infratemporal. Cuando ocurre se deben extremar los esfuerzos para recuperarlo durante la cirugía, aunque en ocasiones requiere derivar al paciente a un medio hospitalario.
- Dehiscencia de la herida. Cuando ocurre sin dolor ni infección se tratará con lavados y enjuagues.

- Daño a dientes adyacentes. Debe ser comunicado al paciente. Si requiere una reparación, el profesional se responsabilizará de la misma o de su derivación.
- Alteración periodontal distal al segundo molar. En los cordales incluidos horizontales o mesioangulados, la extracción temprana se relaciona con un mejor resultado para ese periodonto.
- Fractura de mandíbula. Debe ser percibida durante la cirugía, y procederse a su tratamiento.
- Fractura de la tuberosidad. Debe ser percibida durante la cirugía, y procederse a su tratamiento.
- Comunicación oro-sinusal. Cualquier defecto de este tipo debe ser inmediatamente reparado, generalmente con un colgajo bucal de avance. Se prescribirá tratamiento antibiótico y el paciente evitará enjuagarse y sonarse la nariz.
- Cuerpo extraño retenido: rotura de instrumental. Debe ser retirado inmediatamente. Si no es posible se comunicará al paciente y se registrará en su historia.
- Daño a los nervios lingual o alveolar inferior. La persistencia de anestesia completa más allá de tres meses indica que el retorno a la normalidad es improbable.

7. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

La buena comunicación con el paciente es esencial para un buen tratamiento. Los pacientes requieren información sobre las distintas opciones disponibles, así como sobre el propio procedimiento quirúrgico.

7.1. Consentimiento informado

La información que se da al paciente debe ser suficiente para permitirle tomar una decisión informada y dar el consentimiento.

En los casos de extracción de cordales asintomáticos se deben poner en la balanza los posibles beneficios frente a las posibles complicaciones y sus consecuencias, considerando todas las posibles alternativas con el paciente.

El paciente firma el consentimiento informado tras recibir explicaciones acerca de:

- Posibles ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto, incluyendo posibles riesgos y complicaciones.
- Probabilidad de éxito
- Consecuencias del no tratamiento
- Cualquier alternativa importante

7.2. Recomendaciones postoperatorias

Tras la operación el paciente recibirá información escrita especificando las recomendaciones más adecuadas para su recuperación:

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS:

Después de la intervención realizada es importante que lea y siga las siguientes recomendaciones con el fin de que su recuperación postoperatoria se desarrolle de manera satisfactoria.

PRIMERAS HORAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

- Aplicar frío local de forma discontinua sobre la piel de la región intervenida.
- Apretar el tapón de gasa colocado sobre la herida quirúrgica. Si tras su retirada se aprecia sangrado apretar un nuevo tapón durante varios minutos .
- No enjuagarse ni escupir.
- No tocar con la lengua la zona intervenida o levantar el coágulo sanguíneo en formación para evitar el sangrado.
- Extremar las precauciones si debe conducir algún vehículo.
- Iniciar el tratamiento antibiótico y analgésico pautado.

PRIMEROS DÍAS

- Iniciar una dieta blanda y fría, que debe durar al menos 24 a 48 hrs.
- A las 12 hrs postoperatorias se pueden iniciar enjuagues orales con agua y sal, o antisépticos orales diluidos con agua o suero fisiológico, durante 7-10 días.
- A las 12 hrs postoperatorias se debe iniciar el cepillado dental normal después de las comidas, utilizando un cepillo de cerdas suaves o específico para cirugía.
- Dormir con la cabeza elevada por encima del plano del corazón, la primera noche.
- Realizar ejercicios de apertura oral tras 48-72 hrs de la cirugía.
- En general, evitar el tabaco y el alcohol, al menos durante la primera semana.

MEDICACIÓN

Antibiótico: _____ cada ____ hrs. durante ____ días.

Analgésico/antiinflamatorio: _____ cada ____ hrs. durante __ días.

- En caso de necesidad contactará con su cirujano a través del nº de teléfono _____
- Deberá acudir a una visita de revisión el próximo día _____ a las _____ horas

ANEXO:

VIA CLÍNICA PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CORDALES INCLUIDOS (CMA:
Sedación i.v. o anest. gral)

	PRIMERA VISITA	2ª VISITA	3ª VISITA	DÍA INTERVENCIÓN	SEGUIMIENTO
EVALUACIONES Y ASISTENCIAS	Atención por el Cirujano Maxilofacial: historia clínica y exploración.	Atención por el Cirujano Maxilofacial: confirmación diagnóstico. Evaluación	Atención por el Anestesiista: valoración preanestésica	Atención por el Cirujano Maxilofacial	
DETERMINACIONES O PRUEBAS	Ortopantomografía. Estudio preoperatorio				
TRATAMIENTOS MÉDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA		Programación. Protocolo prequirúrgico CMA. Valorar criterios de selección. Instrucciones preoperatorias		Intervención quirúrgica. Alta por Cirujano y Anestesiista, entre 4 y 8 h. tras intervención. Control telefónico rutinario de enfermería (noche)	Control telefónico rutinario de enfermería al día siguiente. Teléfono de contacto durante 24 h. Retirada de puntos ambulante a la semana si precisa.
MEDICACIÓN				Analgesia Profilaxis antimicrobiana si precisa Pautar medicación en domicilio	
ACTIVIDAD				Reposo. Deambulación	
DIETA				Dieta líquida fría	
INFORMACIÓN Y APOYO		Información a paciente y familia. Consentimiento informado		Recomendaciones médicas Informe de alta. Encuesta de satisfacción del enfermo/familia	Revisión a la semana

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim Gomes A C, Cavalcanti do Egito Vasconcelos B, Dias de Oliveira e Silva E, Ferreira da Silva L C. Lingual nerve damage after mandibular third molar surgery: a randomized clinical trial. *J Oral Maxillofac Surg* 2005 Oct; 63(10): 1443-6.
- Blaeser B F, August M A, Donnof R B, Kaban M B, Dodson T B. Panoramic radiographic risk factors for inferior alveolar nerve injury after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 417-21.
- Hugoson A, Kugelberg CF. The prevalence of third molars in a Swedish population. An epidemiological study. *Community Dent Health* 1988; 5: 121-138.
- Lysell L, Rohlin M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988 Jun; 17(3): 161-4.
- Management of Patients with Impacted Third Molars. BAOMS
- Mc Ardle L W , Renton T F. Distal cervical caries in the mandibular second molar: An indication for the prophylactic removal of the third molar? *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005 Oct 4; [Epub ahead of print]
- Peterson IJ. Rationale for removing impacted teeth: when to extract or not to extract. *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 198-204.
- Rood JP, Shebab BA. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1990; 28: 20-5.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of unerupted and impacted Third Molar Teeth. www.sign.ac.uk/
- Sedagbafar M, August M, Dodson T B. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2005 Jan; 63(1): 3-7.

Susarla S, Dodson T B. Estimating third molar extraction difficulty: a comparison of subjective and objective factors. *J Oral Maxillofac Surg* 2005 Apr;63(4):427-34.

Venta I, Turtola L, Ylipaavalniemi P. Change in clinical status of third molars in adults during 12 years of observations. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57:386-9.

Wissenschaftliche Stellungnahme. Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund und Kiefer Heilkunde.