

Pericoronitis asociada con terceros molares retenidos. Prevalencia y otros síntomas asociados

Rodríguez-Fernández M, Mendiburu-Zavala C, Peñaloza-Cuevas R.

Clínica de Cirugía

Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán

RESUMEN

El propósito de este estudio fue investigar la prevalencia de pericoronitis asociada a terceros molares retenidos en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán (FOUADY).

Se estudiaron 100 pacientes entre 16 y 82 años de edad con terceros molares retenidos.

Se encontró que de los 100 pacientes estudiados, 67% (n=67), presentaron pericoronitis, de los cuales 33% (n=22) desarrollaron infecciones faciales secundarias, siendo la edad promedio de estos pacientes de 27 años, manifestando dolor como síntoma principal. La ubicación que prevaleció fue clase I, tipo A, vertical, según Pell y Gregory.

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de pericoronitis encontrada en el presente estudio, es importante establecer medidas preventivas consistentes en la evaluación y eliminación temprana de éstas, evitando así, procesos infecciosos potenciales que podrían comprometer la vida del paciente.

Palabras clave: Retenciones dentarias, pericoronitis, infecciones odontogénicas, terceros molares.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the prevalence of pericoronitis associated with retained third molars in patients treated in the University of Yucatán School of Dentistry (FOUADY for the Spanish acronym). One hundred patients between the ages of 16 and 82 were studied, with retained third molars. Of the 100 patients studied, 67% (n=67) had pericoronitis. Of these, 33% (n=22) had developed secondary facial infections. Average age of the patients was 27. Pain was the main symptom and the prevailing location was vertical, class I, type A according to Pell and Gregory. Considering the high prevalence in our study of pericoronitis, it is important to establish preventive measures consisting of their early evaluation and cure, thus preventing potential infections processes that could represent a threat to the life of the patient.

Keywords: Dental retention, pericoronitis, odontogenic infection, third molar.

Solicitud de sobretiros: M. en O. María Rodríguez Fernández.

Correo electrónico: msrodri@uady.mx

Correspondencia: Calle 61 A #492A x Av. Itzáes, col. Centro, Mérida, Yucatán, México C.P. 97000.

Recibido: Noviembre 2007 / Aceptado: Febrero 2008

Artículo disponible en <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V00N1p9.pdf>

INTRODUCCIÓN

La pericoronitis es la infección de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente semierupcionado, causada por los propios gérmenes de la flora oral. Está frecuentemente asociada con los terceros molares que se encuentran retenidos y parcialmente incluidos. En ocasiones, la extensión de la infección, puede convertir un proceso localizado en un cuadro de osteítis más generalizado o de celulitis en los tejidos blandos y que algunas veces evoluciona y origina abscesos alveolares agudos o crónicos y a menudo, abscesos faciales o cervicales. Las infecciones que involucran espacios profundos de cabeza y cuello, tienden a drenar a cavidades cerradas o naturales a través de los espacios medulares hasta la cortical que en ocasiones perforan, siendo el punto de perforación el que determina qué espacio anatómico comienza a infectarse próximamente. Estas infecciones usualmente requieren drenaje quirúrgico cuando el espacio natural no existe, ya que pueden progresar rápidamente y obstruir las vías respiratorias; por lo que la consulta temprana con el especialista, puede salvarles la vida(1,2). Según Guillermo Raspall, los terceros molares son los dientes que presentan el más alto porcentaje de retención y su extirpación quirúrgica, es la intervención que con mayor frecuencia efectúan los cirujanos maxilofaciales; siendo la segunda intervención más frecuentemente realizada en Estados Unidos, después de la histerectomía (aproximadamente el 17% de los pacientes presentan inclusiones dentarias), por tal motivo, gran cantidad de personas acuden diariamente a solicitar atención odontológica, sobretodo por las alteraciones estomatognáticas que ocasionan. Por otra parte, la edad de inicio de los fenómenos patológicos que producen, muy variada y con unos límites muy amplios, hacen importante, la realización de un estudio epidemiológico de la pericoronitis en estos pacientes, para establecer programas preventivos con base en información fidedigna(2).

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, observacional y descriptivo de 100 pacientes entre

15 y 82 años de edad, que acudieron a la clínica de cirugía de la FOUADY y que presentaron terceros molares retenidos semierupcionados. Se excluyeron a los pacientes con terceros molares totalmente incluidos. Con el consentimiento informado y con la realización de una historia clínica completa, incluyendo los datos específicos para cumplir el objetivo de esta investigación, se procedió a realizar la exploración de la cavidad oral, buscando mediante los métodos de inspección y palpación, signos en la mucosa a nivel de los terceros molares, como son: inflamación, úlceras, abscesos y otras lesiones. Otras variables que se corroboraron fueron la presencia de trismus, adenomegalias, infecciones faciales y submandibulares, así como artropatías temporomandibulares, apiñamiento dental, movilidad dentaria y problemas periodontales en segundos molares. Se valoró si existían síntomas como dolor y qué tan severo era (la intensidad del dolor se clasificó con base a lo referido por el paciente y a la eficacia del analgésico por el que logró su remisión).

Se realizaron estudios roentgenográficos intraorales periapicales, con técnica de bisectriz, como auxiliares de diagnóstico y para clasificar la ubicación de los órganos dentarios de acuerdo a Pell y Gregory(3).

Todo lo anteriormente mencionado se efectuó siguiendo los lineamientos éticos para la investigación médica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial(4).

RESULTADO

De los 100 pacientes estudiados con terceros molares retenidos, 67% (n=67) presentaron pericoronitis. Se realizó una estimación de la proporción de la población, con un 95% de confiabilidad, dando como resultado que entre el 57% y el 76% de la población entre 16 y 82 años de edad, con dientes retenidos semierupcionados, pueden tener pericoronitis.

De los terceros molares estudiados, 15% fueron superiores y 85%, inferiores. Se encontró que de los 67 pacientes con pericoronitis, 90% (n=60), tuvieron dolor, como alteración más frecuente (Tabla 1).

Tabla 1. Signos y síntomas asociados a los 67 pacientes con pericoronitis

Signos y síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	60	90
Apiñamiento dental	32	48
Desbalance oclusal	29	43
Artropatía temporomandibular	27	40
Cefalea	25	37
Trismus	22	33
Infección facial	22	33
Adenomegalias	14	21
Periodontitis	10	15
Caries en 2º molar	4	6
Movilidad del 2º molar	3	5

Tabla 2. Pacientes con pericoronitis según edad

Grupo etario	Pacientes con pericoronitis
59-65	1
52-58	1
45-51	2
38-44	5
31-37	7
24-30	22
17-23	29
Total	67

Se observó la presencia de más de una alteración asociada, al mismo tiempo.

La ubicación predominante del tercer molar retenido con pericoronitis de acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, fue clase I tipo A vertical.

El promedio de edad de pacientes con pericoronitis asociada a terceros molares retenidos, fue de 27 años (Tabla 2).

La mayoría de los pacientes 33% (n=22) que presentaron infecciones faciales secundarias a pericoronitis de terceros molares retenidos, fue controlada con antibióticos e hidroterapia sin ser necesaria la debridación o manejo quirúrgico previo a la odontectomía.

DISCUSIÓN

El estudio realizado por el cirujano maxilofacial Rodríguez Calzadilla, profesor de la Universidad de la Habana Cuba, acerca de la pericoronitis, refiere

que ésta es mas frecuente en la segunda y tercera década de la vida, lo cual coincide con los resultados de nuestro estudio cuyo promedio fue de 27 años de edad; y entre los signos y síntomas más frecuentemente asociados a terceros molares retenidos con pericoronitis, observó en primer lugar el dolor; no encontrándose diferencia con nuestro estudio(5).

El efectuado por Litonjua y cols., en pacientes con terceros molares retenidos, 13% tuvieron pericoronitis y de éstas, 11%, infecciones faciales secundarias (en nuestro estudio 67% tuvo pericoronitis y 33% infecciones faciales secundarias). La ubicación del tercer molar, coincide con nuestro estudio, (clase I, tipo A, vertical, según Pell y Gregory)(6).

Osaki T. y cols., en pacientes mayores de 60 años con retenciones de terceros molares, encontraron que el 26% presentó pericoronitis, observándose menos frecuente que en jóvenes. En cambio en cuanto a su ubicación, coincidió con el estudio de Faiez N. Hattab y cols., en donde predominaron los dientes mesioangulados(7,8).

Por otra parte, también es de considerar los estudios de Jukka H. Meurman y cols., acerca de las infecciones de las vías respiratorias en pacientes que presentaron pericoronitis(9); así como los de Morey Mass y cols., de la mediastinitis como una rara complicación de infección odontogénica(10); y la de Peltroche Huacsahuanga y cols. sobre microorganismos causantes de pericoronitis, entre otros, que aunque no tenemos información local al respecto, si nos pone en evidencia los alcances que puede tener un proceso infeccioso originado por una pericoronitis(11,12).

CONCLUSIONES

La alta prevalencia a nivel mundial de terceros molares retenidos y la gran cantidad de alteraciones maxilares que son capaces de ocasionar, hacen importante que se le preste mayor atención a su erupción, para poder evitar la presencia de las mismas; por lo que es indispensable su diagnóstico temprano y la eliminación oportuna en su caso.

REFERENCIAS

1. Blakey GH, White RP Jr, Offenbacher S, Phillips C, Delano EO, Maynor G. Clinical/biological outcomes of treatment for pericoronitis. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54(10):1150-60.
2. Raspall G: *Cirugía Oral e Implantología*. 2ª ed. Madrid, España: Médica Panamericana; 2006.
3. White D. *Tratado de Cirugía Bucal Práctica*. 2ª ed. México, D.F: CECSA; 1984.
4. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [Base de datos en internet] [consultado 17 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinkrev.htm>
5. Rodríguez-Calzadilla O. Celulitis facial odontógena. *Rev Cubana de Estomatol*. 1997; 34(1):15-20.
6. Litonjua LS. Pericoronitis, deep facial space infections, and the impacted third molar. *J. Philipp Dent Assoc*. 1996; 47 (4):43-7.
7. Osaki T, Nomura Y, Hirota J, Yoneda K. Infections in elderly patients associated with impacted third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod*. 1995; 79(2):137-41.
8. Hattab FN, Rawashdeh MA, Fahmy MS. Impacción status of third molars in Jordanian students. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod*. 1995; 79: 24-9.
9. Meurman JH, Rajasuo A, Murtomaa H, Savolainen S. Respiratory tract infections and concomitant pericoronitis of the wisdom teeth. *BMJ*. 1995; 310:834 – 6.
10. Peltroche-Llacsahuanga H, Reichhart E, Schmitt W, Lutticken R, Haase G. Investigation of infectious organisms causing pericoronitis of the mandibular third molar. *Oral Maxillofac Surg*. 2000; 58 (6): 611-6.
11. Capuzzi P, Montebuqnoli L, Vaccaro MA. Extraction of impacted third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994; 77:341-3.
12. Morán E, Cruz Y. Pericoronaritis. Criterios actuales. *Revisión Bibliográfica*. 2001; 38(3):192-204.