

Influencia del hábito tabáquico en el postoperatorio de la cirugía del tercer molar inferior

Carmen López Carriches¹, Rafael Gómez Font², José M^a Martínez-González³, Manuel Donado Rodríguez⁴

(1) Profesora asociada de Odontología Integrada de Adultos de la Universidad Europea de Madrid

(2) Profesor responsable de Cirugía Bucal de la Universidad Europea de Madrid

(3) Profesor titular de Cirugía Maxilofacial de la Universidad Complutense de Madrid

(4) Catedrático de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial de la Universidad Complutense de Madrid

Correspondencia:

Dra. Carmen López Carriches
C/ Rey Francisco, 11-bajo izda
28008 Madrid
Tl/fax: 91 5422507
E-mail: carmen.lopez@uem.es

López-Carriches C, Gómez-Font R, Martínez-González JM, Donado-Rodríguez M. Influence of smoking upon the postoperative course of lower third molar surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E56-60.
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946

Recibido: 17-10-2004

Aceptado: 14-08-2005

Indexed in:

-Index Medicus / MEDLINE / PubMed
-EMBASE, Excerpta Medica
-Índice Médico Español
-IBECs

RESUMEN

Objetivos: Determinar si tras la cirugía del tercer molar inferior el tabaco influye en el postoperatorio (dolor y trismo) y valorar clínicamente el estado de la herida, analizando las posibles diferencias entre fumadores y no fumadores.

Diseño del estudio: Los pacientes que participaron en el estudio fueron distribuidos de forma aleatoria en dos grupos: Fumadores y no fumadores. Se les realizó la extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores en la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Universidad Complutense de Madrid. Las variables registradas fueron el trismo a los 7 días, la intensidad del dolor y la necesidad de medicación de rescate durante un periodo de una semana. Se analizó también el estado de la herida (coloración, presencia de placa, etc.)

Resultados: Hubo dos casos de infección postoperatoria en el grupo de pacientes fumadores. El trismo postoperatorio fue mayor en los fumadores ($p=0.05$)

Conclusiones: No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a dolor, pero sí se observó un mayor trismo en el grupo de fumadores. El tabaco no influyó en el estado de la herida (color, inflamación de los bordes, confrontación de los mismos, ulceración, etc.).

Palabras clave: Cirugía del tercer molar, complicaciones postoperatorias, tabaco.

ABSTRACT

Objectives: To determine whether smoking influences the postoperative course (pain and trismus) of lower third molar surgery, with a clinical evaluation of surgical wound condition and analysis of the possible differences between smokers and nonsmokers.

Design: The study subjects were randomly distributed into two groups (smokers and nonsmokers) and subjected to lower third molar extraction in the Unit of Oral and Maxillofacial Surgery (Madrid Complutense University, Spain). The study variables were trismus after 7 days, the intensity of pain and the need for rescue medication during a period of one week. The surgical wound was also assessed (color, presence of plaque, etc.).

Results: Two cases of postoperative infection were documented among the smokers, and postoperative trismus was found to be greater among the latter ($p=0.05$).

Conclusions: There were no statistically significant differences between the two groups in terms of pain, though trismus was greater among the smokers. Smoking did not influence wound condition (color, marginal inflammation, appositioning of the margins, ulceration, etc.).

Key words: Third molar surgery, postoperative complications, smoking.

INTRODUCCION

El consumo de tabaco produce una serie de efectos sistémicos sobre el sistema nervioso central, corazón, vasos sanguíneos y glándulas endocrinas, reduciendo la capacidad pulmonar y produciendo vasoconstricción en la circulación periférica; también se ha asociado con defectos en el nacimiento y complicaciones fetales (1). Dentro de estas acciones generales, se ha podido demostrar que la actividad fibrinolítica disminuye en los fumadores comparándola con los no fumadores, y hay un retraso en la curación de las heridas (2).

Además, entre los efectos locales, el tabaco ha sido señalado como agente etiológico en varios procesos patológicos orales, como es el cáncer oral y las lesiones cancerizables. Los fumadores tienen una prevalencia más alta de leucoplasia y hay una relación positiva dosis-respuesta. Las leucoplasias con áreas de eritroplasia o asociadas a candidas son más frecuentes en éstos y tienen un mayor potencial de transformación maligna, existiendo, una relación directa dosis-tiempo (3).

El cáncer oral más frecuente es el carcinoma de células escamosas, que supone más del 90%. En un estudio realizado por Oliver y colaboradores(4) sobre 92 casos se encontró como factor etiológico más destacable el consumo de tabaco (el 80% de los pacientes afectados fumaban).

Aunque la placa es el principal factor etiológico de la enfermedad periodontal, los fumadores tienen mayores niveles de enfermedad, encontrándose más placa, cálculo y gingivitis y los tratamientos periodontales son menos eficaces en ellos (5-9). Esto es debido según Eichel y Shahrik (10) a que el tabaco produce una inhibición de los leucocitos orales .

Pindborg (11) ya en 1949 citó el tabaco como etiología de la gingivitis aguda ulcerativa debido sobre todo a la vasoconstricción de los vasos gingivales que causa el tabaco o por los efectos tóxicos en los polimorfonucleares.

Se están estudiando mucho los efectos del tabaco sobre distintos tipos de células y en este sentido los estudios de Pabst y colaboradores (12) indican que el uso del tabaco está ligado a un perjuicio de la inmunidad y de los mecanismos de defensa de los neutrófilos y los macrófagos. La nicotina afecta a la función fagocítica de estas células pudiendo producirse colonización bacteriana (13).

Basándonos en los efectos anteriormente descritos y reconociendo que la acción del tabaco parece afectar la vascularización local y además es capaz de actuar sobre los mecanismos defensivos del organismo y sus extirpes celulares, podríamos pensar que estas acciones influirán en alguna medida en el postoperatorio de la Cirugía Bucal.

Por otro lado aunque la cirugía del tercer molar inferior es una de las actuaciones más frecuentes del Cirujano Bucal por la gran cantidad de patología que produce, la relación entre el tabaco y las complicaciones en el postoperatorio no ha sido suficientemente estudiada.

El hecho de que el tabaco afecte el aporte sanguíneo y la fibrinólisis, sugiere que puede influir en la aparición de alveolitis seca. Según un estudio realizado por Meechan y colaboradores (2) el tabaco reduce el aporte de sangre al alveolo vacío tras la extracción y se constataron más casos de alveolitis seca en el grupo de pacientes fumadores.

A las mismas conclusiones llega Larsen (14) en un estudio realizado sobre 70 pacientes : Se desarrolló alveolitis seca en el 10% comparado con el 44% en fumadores, lo que es estadísticamente significativo.

Estos estudios, además de aquellos que señalan un perjuicio de la inmunidad por la nicotina, pueden hacernos suponer que tras la cirugía del tercer molar inferior, donde se requiere el despegamiento de un colgajo y una ostectomía, el postoperatorio podría ser diferente entre fumadores y no fumadores.

En este sentido, la realización del presente estudio intenta aportar datos sobre si el tabaco puede ser capaz de influir en el postoperatorio, estableciéndose como objetivos determinar si el hábito de fumar conduce a un postoperatorio más doloroso y a un mayor trismo y valorar clínicamente el estado de la herida, analizando las posibles diferencias entre fumadores y no fumadores.

PACIENTES Y METODO

Se trata de un estudio prospectivo controlado de un año de duración, randomizado, sobre 64 pacientes que acudieron a la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid para la extracción de terceros molares inferiores. Los pacientes fueron voluntarios y firmaron tanto su autorización para participar como una hoja de consentimiento informado.

Los pacientes fueron distribuidos aleatoriamente en uno de los dos grupos de estudio (fumadores y no fumadores) mediante tabla de números aleatorios.

Los controles postoperatorios fueron llevados a cabo por un examinador independiente.

Se siguieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Voluntarios sanos que necesitaron la extracción quirúrgica del tercer molar inferior, mayores de 18 años.
- Ausencia de patología sistémica.
- Que no tomaran ninguna medicación de manera habitual.

Criterios de exclusión:

- Mujeres gestantes o en periodo de lactancia.
- Pacientes que presentasen alergias a los anestésicos locales, antibióticos o analgésicos.
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares o cualquier otra enfermedad sistémica.

A los pacientes se les realizó una radiografía panorámica antes de la intervención para valorar las estructuras anatómicas vecinas al tercer molar.

Se rellenó con cada paciente una ficha clínica pre y postoperatoria con los datos epidemiológicos y clínicos.

El protocolo quirúrgico se realizó siguiendo una técnica reglada y siempre por el mismo cirujano, utilizándose como anestésico Articaina 0,5 mg. con vasoconstrictor (adrenalina 1:100000). Se realizó un colgajo mucoperiostico en festón con descarga posterior y se usaron fresas de carburo de tungsteno para ostectomía y odontosección, irrigando con suero fisiológico hiposódico.

Se midió el tiempo de la intervención desde el momento de la incisión hasta que se finalizó la sutura, recibiendo posterior-

mente el paciente instrucciones verbales y escritas sobre las medidas a seguir tras la intervención.

Durante el postoperatorio los pacientes no recibieron tratamiento con antibiótico, prescribiéndoseles únicamente metamizol magnésico como analgésico, con instrucciones escritas de tomar una cápsula sólo en caso de dolor, cuantas veces fuera necesario y con un intervalo mínimo de 6 horas. También se les prescribió diclofenaco sódico como antiinflamatorio, 50 mg cada 8 horas, vía oral durante tres días.

Las variables de estudio registradas fueron:

La intensidad del dolor y la necesidad de analgésicos de rescate. Al paciente se le dio una ficha con instrucciones verbales y escritas para rellenar una escala visual analógica para ver el dolor. Esta escala fue de 0 (no dolor) al 100 (el dolor no puede ser peor). El paciente rellenó el cuestionario de dolor a las: 1ª hora, 8 horas, 24 horas, 48 horas y 72 horas. Paralelamente el paciente debía indicar el número de analgésicos consumidos y el grado de intensidad del dolor (ausente, leve, moderado, intenso) durante 7 días

Trismo. Se midió la distancia interincisal preoperatoria y postoperatoria a los 7 días de la intervención, para valorar el trismo.

Aspecto de la herida. Se analizó también el estado de la herida (coloración, inflamación de los bordes, ulceración, presencia de placa, etc.)

Para la valoración de los resultados se utilizó el programa estadístico SAS: para comparación de dos medias la t de Student y el test F para más de dos medias.

Para comparación de porcentajes en tablas de frecuencia el Chi-cuadrado.

RESULTADOS

La media de edad en nuestro estudio fue de 23,5 años con un rango de 18 a 53 años, no hallándose diferencias significativas entre la edad de los fumadores y los no fumadores.

El 71,9% de la muestra eran mujeres y el 28,1% restante varones.

Un 51,6% de los pacientes incluidos en el estudio no fumaban, un 23,4% fumaba entre 1 y 9 cigarrillos/día, el 15,6% entre 10 y 19 y un 9,4% más de 20 cigarrillos/día. Afirmando en la evaluación a los 7 días que no había disminuido significativamente el número de cigarrillos durante el postoperatorio.

El tiempo medio de intervención fue de 11,03 minutos, siendo de 11,2 minutos para los fumadores y 10,9 minutos para los no fumadores, no habiendo por tanto diferencias significativas.

Se dieron dos casos de posible infección postoperatoria o alveolitis (el paciente acudió a revisión antes de tiempo por gran dolor) lo que supuso un 3,1% y en ambos casos correspondió a pacientes fumadores. Si la infección se relaciona con el tiempo de intervención la media para los que no presentaron infección fue de 11 minutos, mientras que en los dos casos de infección postoperatoria fue de 16 minutos ($p=0,05$)

En cuanto al grado de dolor postoperatorio, aunque hubo diferencias, éstas no fueron significativas ni en el dolor indicado por el paciente en la escala visual analógica ni en el número de analgésicos consumidos en fumadores o no fumadores.

(Figura 1 y figura 2).

El trismo postoperatorio fue mayor en los fumadores (11,35mm) que en los no fumadores (7,84mm), lo cual es estadísticamente significativo ($p<0,05$). (Figura 3).

Se estudió también la influencia del número de episodios anteriores de pericoronaritis: Tanto en el dolor postoperatorio como en el trismo: Hubo una gran diferencia en el dolor postoperatorio a las 48 y 72 horas siendo casi el doble en pacientes que habían tenido tres o más episodios de pericoronaritis; asimismo el trismo fue mayor en pacientes que habían sufrido tres o más episodios de pericoronaritis (11,2mm) que en aquellos que no habían tenido nunca pericoronaritis o habían tenido un máximo de 2 procesos (8mm).

Los fumadores utilizaron más días de baja laboral: 1,87 días frente a 1,27 días, lo cual resulta estadísticamente significativo. ($p<0,10$)

Por último según los resultados de nuestro estudio podemos afirmar que el tabaco no influye en el aspecto de la herida (color, inflamación de los bordes, confrontación de los mismos, ulceración, etc) sino que es más bien la higiene del paciente la que influye en este sentido, ya que un 68,8% de los pacientes afirma no haberse cepillado la zona en el momento de la retirada de puntos, presentando placa bacteriana en la herida y los puntos un 60,9% de los pacientes.

DISCUSION

Hemos de destacar que no se usaron antibióticos pre o postoperatorios que pudieran alterar los resultados. De hecho el uso sistemático de antibioterapia es un tema muy controvertido y hay autores que desaconsejan la utilización de antibióticos tras la exodoncia de un tercer molar inferior (15) ya que el porcentaje de infecciones es muy bajo.

Usando la escala visual analógica no hemos encontrado una relación significativa entre el dolor y el tabaco. En esto coincidimos con Sáez-Cuesta y colaboradores (16).

Se observó un mayor trismo entre los pacientes fumadores, lo cual puede ser indicativo de que los fumadores tienen, en general un peor postoperatorio que los no fumadores, lo que les induce a tomar más tiempo de baja laboral. En nuestro estudio esto fue significativo ($p<0,1$). En un estudio realizado por Berge en 1997 (17) fumar más de 19 cigarrillos al día junto con la duración de la intervención eran factores pronósticos de absentismo laboral (estos pacientes se tomaban más días de baja).

Como hemos comentado anteriormente hubo un mayor porcentaje de infección o alveolitis en fumadores que en no fumadores, lo cual coincide con los resultados de otros autores como Larsen (14) y Meechan (2) Se ha estudiado la influencia del tabaco en la curación de las heridas, hallándose que este agente perjudica la curación de las mismas, pues perjudica células como los polimorfonucleares (12).

Debemos destacar que es la higiene del paciente la que influye en el aspecto de la herida (color, inflamación de los bordes, ulceración, etc.) y en este sentido debemos hacer hincapié en la higiene al dar las instrucciones postoperatorias pues un 68,8% de los pacientes afirma no haberse cepillado la zona operatoria

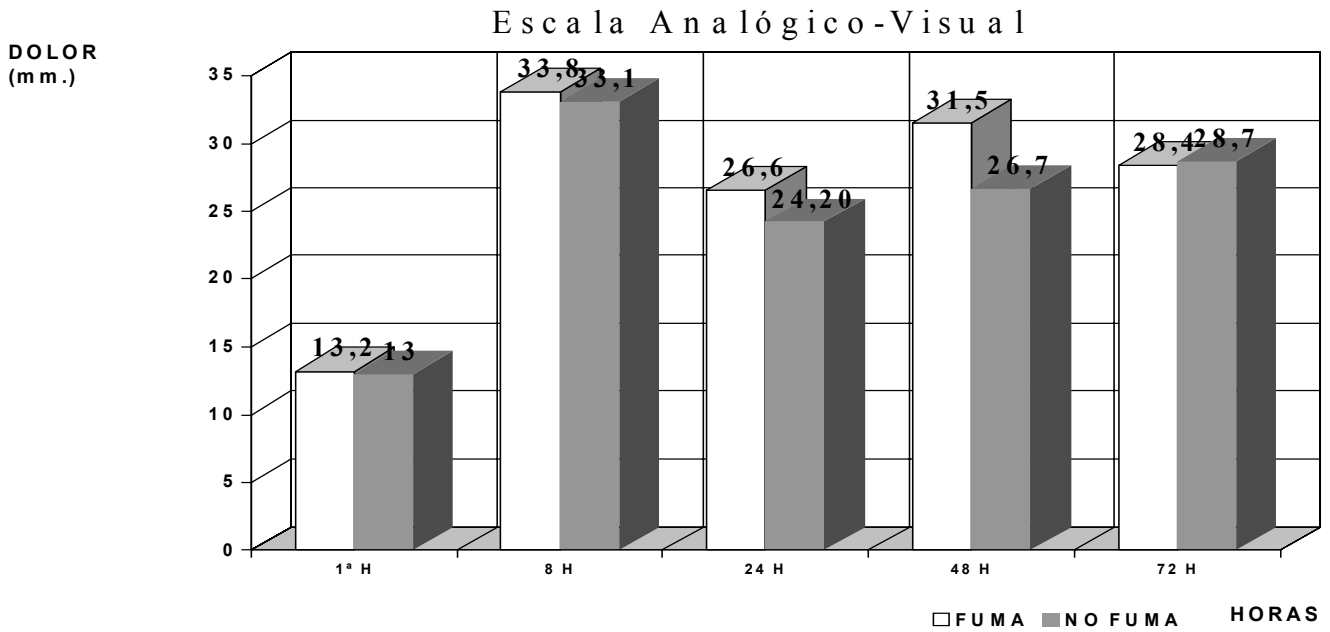


Fig. 1. Dolor postoperatorio en relación al tabaco. (Escala visual analógica)
DOLOR/TABACO

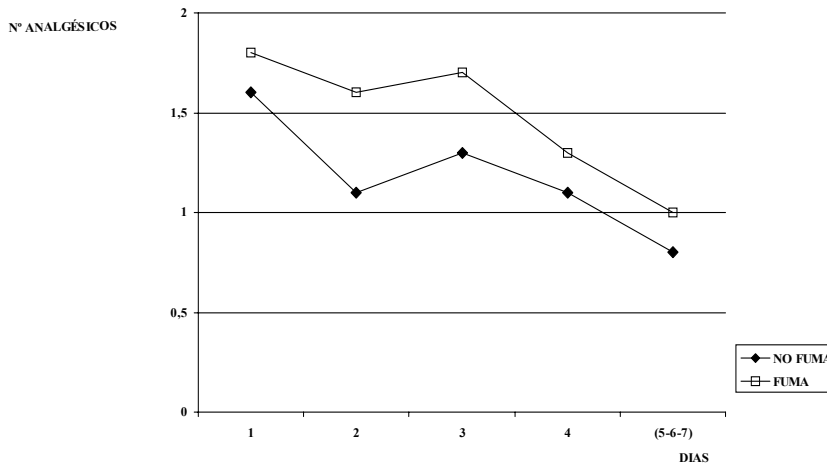


Fig. 2. Nº de analgésicos consumidos en relación al tabaco
DOLOR/TABACO

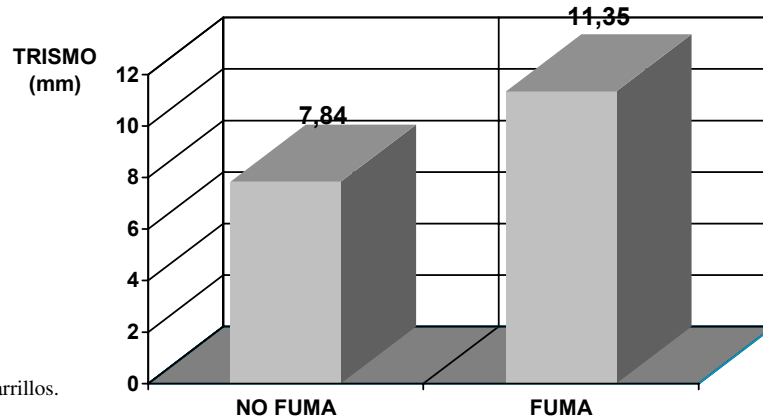


Fig. 3. Relación trismo/número de cigarrillos.
TRISMO/Nº CIGARRILLOS

en los 7 días posteriores a la intervención. Hay autores que afirman que los fumadores tienen peor higiene bucal que los no fumadores (18), pero en nuestro estudio no hemos hallado tal relación.

Por último, creemos que se deben dar recomendaciones al paciente para que intente no fumar tras la cirugía, lo que interpretará como un signo de que el profesional se preocupa porque su postoperatorio sea lo menos tórpido posible. En un estudio realizado por Campbell y colaboradores(19), casi el 60% de los pacientes encontraban muy acertado que su dentista les diese consejo sobre la importancia de dejar de fumar para la mejora de su salud bucal.

CONCLUSIONES

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a dolor, pero sí se observó un mayor trismo en el grupo de fumadores. El tabaco no influyó en el estado de la herida (color, inflamación de los bordes, confrontación de los mismos, ulceración, etc.).

BIBLIOGRAFIA

1. AAPHD members. Resolution on Tobacco Cessation, Prevention, and Control. *J Public Health Dent* 1994;54:111-3.
2. Meechan JG, McGregor IDM, Rogers SN, Hobson RS, Bate JPC, Dennison M. The effect of smoking on immediate post-extraction socket filling with blood and on the incidence of painful socket. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988;26:402-9.
3. Palmer RM. Tobacco Smoking and Oral Health. *Br Dent J* 1988;23:258-9.
4. Oliver AJ, Helfrick JF. Primary Oral Squamous Cell Carcinoma: A Review of 92 Cases. *J. Oral Maxillofac. Surg* 1996;54:949-54.
5. Bergström J, Preber H. Tobacco Use as a Risk Factor. *J. Periodontol* 1994;Supl:545-9.
6. Martínez Canut P, Lorca A, Magán R. Smoking and periodontal disease severity. *J Clin Periodontol* 1995;22:743-9.
7. Haber J, Kent RL. Cigarette smoking in periodontal practice. *J Periodontol* 1992;63:100-6.
8. Haber J, Wattles J, Crowley M. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontol* 1993;64:16-23.
9. Preber H, Berstrom J, Linder L. Occurrence of periodontopathogens in smokers and non-smokers patients. *J Clin Periodontol* 1992;19:667-71.
10. Eichel G, Sharick HA. Tobacco smoke toxicity. Loss of human oral leucocyte function and fluid cell metabolism. *Science* 1996;166:1424-8.
11. Pindborg J. Tobacco and gingivitis. Correlation between consumption of tobacco, ulceromembranous gingivitis and calculus. *J Dent Res* 1949;28:460-3.
12. Pabst MJ. Inhibition of Neutrophil and Monocyte Defensive Functions by Nicotine. *J. Periodontol* 1995;66:1047-55.
13. Tripton DA, Kabbous MKH. Effects of Nicotine on Proliferation and Extracellular Matrix Production of Human Gingival Fibroblasts In Vitro. *J. Periodontol* 1995;66:1056-63.
14. Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:393-7.
15. Peterson LJ. Antibiotic prophylaxis against wound infections in oral and maxillofacial surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg* 1990;48:617-20.
16. Sáez-Cuesta U, Peñarocha-Diago M, Sanchís-Bielsa JM, Gay-Escoda C. Estudio del postoperatorio de 100 terceros molares mandibulares incluidos, en relación a la edad, el sexo, el tabaco y la higiene bucal. *RCOE* 1999;4:471-5.
17. Berge TI. Inability to work after surgical removal of mandibular third molars. *Acta Odontol Scand* 1997;55:64-9.
18. Andrews JA, Severson HH, Lichtenstein E. Relationship between tobacco use and self-reported oral hygiene habits. *JADA* 1998;129:313-20.
19. Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *JADA* 1999;130:219-26.