

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA EXÉRESIS DE LOS TERCEROS MOLARES

Autor: Yoniel Pérez Peña. Estudiante de 2^{do} año de Estomatología. Alumno ayudante de Cirugía Maxilofacial

Coautores: Jessica Pacheco Díaz, Daniela Robaina Rodríguez, Denia Morales Navarro

RESUMEN

Introducción: Los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar, su presencia genera diversas complicaciones como apiñamiento, pericoronitis y dolor, generalmente por falta de espacio en la mandíbula o maxilar. Generalmente estas piezas dentarias se encuentran retenidas, o sea, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares por presentar cierta anomalía en su posición o situación que le impide erupcionar normalmente. Una posible opción terapéutica para esta entidad es la exodoncia quirúrgica, acto que puede venir acompañado de ciertas complicaciones que dificultan la debida recuperación. **Objetivos:** describir las complicaciones postoperatorias de la exéresis de los terceros molares. **Material y método:** se realizó una revisión bibliográfica durante los meses enero y febrero de 2015, donde se consultaron 25 bibliografías, entre ellas libros y artículos publicados, enfocados de manera integral en las complicaciones postoperatorias de la exéresis de los terceros molares. **Conclusiones:** los terceros molares corresponden a una de las entidades que más frecuentemente son motivo de tratamiento quirúrgico dentro de la práctica estomatológica. Las complicaciones quirúrgicas son accidentes o fenómenos adversos que ocurren durante o después de un acto operatorio como por ejemplo hematoma, trismo, aparición de vesículas herpéticas o aftas, hemorragia, alveolitis e infección.

Palabras clave: terceros molares, complicaciones postoperatorias, molares retenidos.

INTRODUCCIÓN

Con la evolución del ser humano y teniendo en cuenta las innumerables facilidades para su supervivencia, la capacidad masticatoria del individuo quedó disminuida debido a los cambios en los hábitos alimenticios, lo que causó, entre otras cosas, la reducción del tamaño del maxilar y la mandíbula, que no fue acompañado en la misma proporción por la reducción del número de dientes. Este hecho influyó la manifestación de problemas como la falta de espacio, principalmente para los terceros molares que son los últimos dientes en erupcionar.¹

El desarrollo dentario resulta de una complicada interacción de múltiples pasos entre el epitelio oral y el tejido mesenquimático subyacente. Una serie de complejas reacciones tisulares resultan en la formación del diente maduro.² Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si de un diente de reemplazo se tratara.^{3, 4}

Las discrepancias existentes en cuanto a qué edad comienza la calcificación del molar son numerosas. Según Yukio Seino⁴ comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15-16 años, coincidiendo con González Espangler ³ quien agrega que la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad, y va a realizarse en un espacio muy limitado. El hueso, en su crecimiento tiene tendencia a distalizar las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace chocar contra la cara distal del segundo molar.

Una de las entidades que más frecuentemente son motivo de tratamiento quirúrgico dentro de la práctica estomatológica corresponde a dientes retenidos, conocidos también, como dientes incluidos o impactados ², que no son más que aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico, por presentar cierta anomalía en su posición o situación que le impide erupcionar normalmente. Son los terceros molares superiores e inferiores los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos.⁵

Ante la presencia de un tercer molar incluido existen, según Gay Cosme⁶, varias opciones terapéuticas:

Conducta expectante

Es decir abstención, que siempre significa control del paciente con el fin de prevenir posibles complicaciones. Normalmente se decide la conducta expectante mientras no hay sintomatología, como en los terceros molares profundamente incluidos (inclusión intraósea profunda), que no producen síntomas o cuando no se comunican con la cavidad bucal.

Trasplante

Los términos reimplante, trasplante e implante, entre otros relacionados, son confundidos frecuentemente y en ocasiones mal empleados. Reimplante se conceptúa como la inserción de un diente en su alveolo después de su completa avulsión como resultado de una lesión traumática. Implante es la colocación de un diente artificial o estabilizador en una cavidad quirúrgicamente preparada y, por último, trasplante es la remoción de un diente o de un germen dentario de un alveolo y su colocación en otro alveolo.⁷

En función a la relación existente entre el donante y el receptor, se distinguen los siguientes tipos de trasplantes:⁶

- Autotrasplante, autoinjerto o trasplante autólogo: consiste en aquel trasplante en el que el donante y el receptor son el mismo individuo.
- Singénico o isotrasplante: trasplante realizado entre individuos genéticamente idénticos (gemelos univitelinos).
- Alotrasplante u homotrasplante: Cuando el donante y el receptor son individuos de una misma especie no genéticamente idénticos. Este es el tipo de trasplante más común de células, tejidos y órganos entre humanos.
- Xenotrasplante o heterotrasplante o trasplante heterólogo: cuando el donante y el receptor son de especies distintas. Ejemplo de esto es la utilización de válvulas cardíacas porcinas (válvulas cardíacas de cerdo) en humanos.

Massei y Cardesi, citados por Montalvo Villena ⁸, en su trabajo plantean que para lograr el éxito de los trasplantes dentarios, es necesario tener en cuenta varios aspectos:

1. Un particular cuidado y selección del diente a trasplantar, teniendo en cuenta la morfología y el desarrollo radicular.

2. Una correcta preparación del lecho receptor en relación con el tamaño del diente donante.
3. Una cuidadosa técnica quirúrgica con una delicada manipulación de los tejidos duros y blandos del diente a trasplantar, con buenas condiciones de esterilización.
4. El uso apropiado de los medios de fijación, para lograr la estabilidad del diente trasplantado, favorecer la proliferación celular y reducir la actividad osteoclástica.
5. Reducción de la presión oclusal sobre el diente trasplantado.

Este éxito se comprobará a partir de la formación radicular, ausencia de reabsorción externa e interna y la anquilosis, así como la adecuada integración a las estructuras dentarias adyacentes y al aparato estomatognático.

Exéresis del capuchón mucoso

Los autores franceses la denominan "décapuchonage" y consiste en la exéresis del capuchón mucoso que cubre en mayor o menor grado el tercer molar; esta maniobra no se debe efectuar nunca en una fase aguda de pericoronitis, puesto que esto acarrearía complicaciones infecciosas graves.

Cauterización

Consiste en la colocación de sustancias cáusticas en el capuchón mucoso con el fin de aliviar el dolor y acelerar la resolución de la pericoronitis crónica, a la espera de una erupción correcta del tercer molar o de ir consiguiendo la desaparición del capuchón mucoso.

Exodoncia quirúrgica

Bachmann⁹ refiere que la exodoncia como opción terapéutica de terceros molares, es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en estomatología. Las razones para realizar este tipo de cirugías incluyen las pericoronitis crónicas, presencia de quistes o tumores, problemas periodontales, caries profundas, o por indicación ortodoncia. De Moura¹⁰ en uno de sus estudios plantea que la extracción profiláctica de los terceros molares no debe ser considerada como una terapéutica rutinaria sin hacer antes una evaluación cuidadosa de las indicaciones reales y la relación coste-beneficio.

La extracción del tercer molar, como cualquier procedimiento quirúrgico, tiene riesgos que han sido evaluados en diversos estudios.^{1- 3, 9- 11}

En la actualidad, los terceros molares representan el mayor índice de cirugías ambulatorias registradas anualmente; ya que el fracaso eruptivo en esta pieza dental es la más común entre todas. Al presentarse en una zona de difícil acceso anatómico, propicia un acto quirúrgico más largo y complejo que en una exodoncia simple, por esta razón las complicaciones tras este tratamiento se encontrarán con más frecuencia que en otras intervenciones quirúrgicas en cavidad bucal.¹¹

Por lo antes mencionado, se realiza una revisión bibliográfica con el propósito de congrega, mediante un análisis íntegro, la información disponible a partir de estudios realizados y publicados por diferentes autores sobre las complicaciones postoperatorias de la exéresis de los terceros molares.

El objetivo general es Describir las complicaciones postoperatorias de la exéresis de los terceros molares y los objetivos específicos es describir complicaciones inmediatas y tardías.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica, desarrollada durante los meses enero y febrero de 2015, donde se consultaron bases de datos y bibliotecas electrónicas confiables como Medline, Pumed Central, Cumed, SciELO y la Biblioteca Virtual de Salud del Portal de Salud Cubano Infomed; circunscribiéndose a la revisión de 25 trabajos que enfocaban como temática de manera más integral las complicaciones postoperatorias de la exéresis de los terceros molares, utilizando los descriptores: terceros molares y complicaciones postoperatorias, molares retenidos.

DESARROLLO

El propósito de este trabajo obliga a enfocar como opción terapéutica de los terceros molares, la exodoncia quirúrgica, puesto que lógicamente de este acto podrán o no acontecer diversas complicaciones.

Complicaciones en cirugía

Las complicaciones son accidentes, fenómenos adversos que sobrevienen durante un acto operatorio o después de él.¹² En la exodoncia de los terceros molares retenidos pueden ocurrir las mismas complicaciones que en cualquier exodoncia,

pero el hecho de que se trate de un acto quirúrgico con características propias y que tenga lugar en una zona de encrucijada anatómica, hace que las complicaciones sean especialmente frecuentes y adquieran características propias.¹³

Una vez terminado el acto quirúrgico pueden surgir complicaciones inmediatas y complicaciones tardías:⁶

Complicaciones postoperatorias inmediatas

Hemorragia

Durante las primeras 12-24 horas es normal un ligero sangrado que rezuma del alvéolo, controlable mediante presión con una gasa. Cuando la pérdida de sangre es importante, más de 450 ml en 24 horas, es necesario un control de las constantes vitales del paciente: respiración, pulso, tensión arterial, etc. Asimismo, deberá efectuarse la exploración quirúrgica de la zona operatoria para la localización y solución del origen de la hemorragia.¹¹

El 99% de las hemorragias postextracción se debe exclusivamente a causas locales:

¹⁴

- Lesiones traumáticas mucosas u óseas.
- Persistencia de un resto radicular o de un granuloma apical.
- Aparición de fenómenos infecciosos.
- Anomalías en la formación estructural del coágulo.
- Vasodilatación secundaria producida por la adrenalina contenida en la solución anestésica.

Hematoma

Es la colección sanguínea que diseca los planos faciales o el periostio, y que se traduce clínicamente por la aparición de tumefacción, equimosis y la palpación de una masa de consistencia dura.¹⁵ Cuando el hematoma es incipiente y muy importante, es candidato a evacuación con aspiración. De todas formas lo más frecuente es que se resuelva espontánea y progresivamente, y dé a la piel una coloración particular que torna de azul a amarillo en un periodo de 8 a 15 días.¹⁶

Trismo

La mayoría de los pacientes presenta en el postoperatorio una incapacidad o limitación para abrir la boca hasta los límites normales. Las causas que explican este hecho son:¹⁷

- La contracción muscular protectora, debido a la inflamación relacionada con el traumatismo quirúrgico.

- El dolor postoperatorio por vía refleja acentúa aún más dicha contracción.
- La presencia de infección en los espacios vecinos (masetérico, temporal, pterigomandibular, etc.).
- Por la punción del músculo pterigoideo interno o por aplicar otras técnicas de anestesia local de forma incorrecta.
- La lesión de la articulación temporomandibular durante la intervención quirúrgica.

Aparición de vesículas herpéticas o aftas.

Varios autores^{6, 14, 17} asocian la aparición de esta manifestación con el estrés psicológico y el propio acto quirúrgico y supone muchas veces la reactivación de una situación latente.

Complicaciones postoperatorias tardías

Alveolitis:

Es una infección reversible y localizada que ocurre cuando hay expulsión, no formación, o destrucción del coágulo como consecuencia de un pobre aporte sanguíneo o por aumento de la actividad fibrinolítica que interrumpe este proceso dando paso a la infección pútrida del alvéolo dental.¹⁸

Existen varios términos y sinónimos para calificar este cuadro: alveolitis post extracción, osteítis alveolar, osteítis localizada, alveolitis húmeda, alveolitis seca, esta es la causa más común de dolor en el postoperatorio, que persiste después de las primeras 24 horas o se inicia al cabo de 2 a 3 días.

La clasificación de las alveolitis difiere según los autores¹⁹⁻²⁰. Se agrupa generalmente en:

- Alveolitis seca: alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante y perturbador, que se exacerba con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente, especialmente el sueño.
- Alveolitis húmeda o supurada: inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado.

Parece que en su etiología multifactorial está involucrada la actividad bacteriana del *Treponema Denticola*.¹⁹ Los factores que intervienen en su presentación se agrupan en generales y locales, entre los generales figuran: edad, estado nutricional y enfermedades sistémicas. Muchos de los locales son: aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo; extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, presencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares de quistes, granulomas, contraceptivos orales, período menstrual en la mujer y la falta de irrigación durante el procedimiento operatorio.¹⁸⁻²¹

El tabaco también influye en su aparición, al producir la nicotina, constricción de los vasos periféricos. Después de la exodoncia se suma el efecto mecánico debido a la succión durante la aspiración del humo, que puede determinar un desplazamiento del coágulo.¹⁹

Los estudios sobre incidencia muestran que la alveolitis ocurre entre 1 y 4 % de todas las extracciones. Se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula, los alveolos más afectados son los de molares y premolares; es más frecuente en el sexo femenino y en relación con la edad son rarísimas las apariciones durante la infancia, pues la mayoría de los casos se observan entre la tercera y cuarta décadas de la vida.²²

Nápoles Gonzales²³ en su estudio concluyó que el sexo más afectado por alveolitis fue el femenino por encima del masculino, coincidiendo con Vergara Pérez¹¹ donde en su estudio el género femenino sobrepasó en un gran porcentaje al masculino. Ambos fundamentan que los grupos etarios más afectados por Alveolitis son el género femenino con edades entre 35 y 44 años y el masculino con edades entre 45 y 54 años.

Esta complicación fue la más frecuente en el estudio realizado por Morejón Álvarez²⁴ en 680 pacientes intervenidos por terceros molares retenidos.

Infección

Esta es otra de las complicaciones frecuentes. En el adulto la incidencia de infección secundaria es mayor que en pacientes jóvenes. En el origen de la infección tras la extracción del tercer molar cabe considerar una pericoronaritis o un absceso

dentario previos. La sobreinfección de la herida operatoria puede producirse espontáneamente o como consecuencia de alguna de las complicaciones ya comentadas.¹⁹

La infección puede localizarse en el hueso maxilar (osteítis) o en las partes blandas periorales, y aparecen celulitis u otros cuadros característicos de la infección odontógena.^{19, 20}

Unos niveles sanguíneos adecuados de antibiótico (penicilina o derivados) son generalmente suficientes para controlar esta complicación. Una antibioticoterapia incorrecta, especialmente si es intermitente e insuficiente en calidad y en cantidad, puede conducir a la cronicidad del proceso y a la aparición de sequestróseos, que a menudo pueden complicarse con una pérdida importante de sustancia ósea.²²

Vergara Pérez¹³ destaca en su estudio que las complicaciones más frecuentes registradas fueron la alveolitis y luego en menor grado la queilitis angular, coincidiendo con Flores Álvarez²⁵ en un estudio realizado a 100 pacientes donde la complicación que se observó con mayor frecuencia fue la alveolitis.

Sin embargo Martínez Gómez¹² en la investigación realizada sobre las complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos, en el Hospital Militar Dr. Luis Díaz Soto, en el año 2011, en La Habana, encontró que la complicación más frecuente fue el dolor mantenido y la limitación de la apertura bucal.

CONCLUSIONES

- En la exodoncia de los terceros molares retenidos pueden ocurrir complicaciones inmediatas como hematoma, trismo, aparición de vesículas herpéticas o aftas, hemorragia y complicaciones tardías como alveolitis e infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aparecida Costa M, Figueiredo de Oliveira AE, Da Silva RA, Ferreira Costa J, Ferreira Lopes F, Lima Rodrigues A. Prevalencia de los terceros molares incluidos en estudiantes de una escuela pública de São Luís- Maranhão - Brasil. Acta Odontol Venez. 2010 [citado 28 Ene 2015]; 48(4). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/4/art16.asp>
2. Fuentes Fernández R, Oporto Venegas G. Tercer Molar Ectópico Impactado en Zona Retromolar: Reporte de Caso. Int. J. Morphol. [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado

2015 Ene 28]; 27(1): 35-38. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000100006&lng=es.

3. González Espangler L, Mok Barceló P, de la Tejera Chillón A, George Valles, Leyva Lara ML. Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 2015 Ene 28]; 18(1): 34-44. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100006&lng=es.

4. Yukio S. Formación y desarrollo de los terceros molares en casos de maloclusión-relación entre erupción y espacio posterior. Clínica Estomatológica INPE. Rev Cubana Ortod 1999 [citado 2015 Feb 26] Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord09199.htm

5. Rodríguez Rodríguez N, Álvarez Blanco Y, Gallardo Melo VR. Tercer molar retenido en paciente geriátrica. Presentación de dos casos. Mediegeo 2010, Hospital Provincial General Docente

"Capitán Roberto Rodríguez", Morón [citado 2015 Feb 26]; 16(Supl.2). Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/casos/t-13.html

6. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía Bucal. 2da Ed. Madrid: EditorialHenarini, 2002.

7. Juárez Broon N, Juárez García MA, Zumaya Chávez R. Trasplante dentario autólogo: Una alternativa quirúrgica en rehabilitación bucal. Rev Sanid Milit Mex 2010 [citado 2015 Feb 28] 64(4) Jul- Ago: 192-196. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2010/sm104g.pdf>

8. Montalvo Villena MR, Fernández Herrera EL. Autotrasplante dentario. Rev Cubana de Estomatol 2000 [citado 2015 Feb 28]; 37(1): 50-5. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000100002&lng=es.

9. Bachmann H, Cáceres R, Muñoz C, Uribe S. Complicaciones en Cirugía de Terceros Molares entre los Años 2007-2010, en un Hospital Urbano, Chile. Int. J. Odontostomat. [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2015 Ene 28]; 8(1): 107-112. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100014&lng=es

10. De Moura WL, Rodríguez Freire AS, Mendes Suyá M, Olate S. Eficacia del Tratamiento con Amoxicilina en la Prevención de Complicaciones Postoperatorias en Pacientes Sometidos a Cirugía del Tercer Molar: un Estudio Doble Ciego. Int. J. Odontostomat. [revista en la Internet]. 2011 Ago. [citado 2015 Ene 25]; 5(2): 147-152. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000200006&lng=es

11. Vergara Pérez MR. Prevalencia de Complicaciones Post Exodoncias complejas de Terceros Molares más frecuentes en el servicio de Máxilo Facial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Año 2000 al 2010. Tesis, Para Obtener Título Profesional de Cirujano Dentista. Usmp, Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Odontología. Lima - Perú 2011. Disponible en:

<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/moraimaraquelvergaraperez.pdf>.

12. Martínez Gómez N, Díaz D, Guerra Cobian O, Pérez Díaz A, Guilian Carrión M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev. Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2013 [citado 2015 Ene 24] 12(3). Disponible en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/196/148>

13. Toledo Aguilera B, Calzadilla González A, Morales Corella V, Aguilera Bauzá S, Pupo Clapé C. Pericoronitis en los terceros molares retenidos en pacientes de Gibara. CCM [Internet]. 2013 [citado 2015 Ene 28]; 17(1). Disponible en:

<http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1261>

14. Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea. 5ta edición. Barcelona, España 2010. Ed. Elsevier

15. Guevara Melcón A, Obregón Marín A. Tratamiento médico de un hematoma subdural crónico. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2015 Ene 25]; 51(1):

65-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000100008&lng=es.

16. Rodríguez Fernández R, Rodríguez Amador L, Buchaca Faxas E, Fernández Valdez F, Suardiaz Martínez L, Aguilar Calleja MC. Neuropatía femoral y hematoma bilateral de músculos psoas-iliaco asociados a tratamiento con warfarina. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2015 Ene 28]; 51(2): 191-196. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000200010&lng=es.

17. Gascón Piqueras M, Salazar Fernández C. Complicaciones en cirugía oral. Tercer molar. Cuidados de enfermería. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. (España). Junio de 2010 [citado 2015 Feb 26] N°13. Disponible

en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina7.html>

18. Martín Reyes O, Ferrales Día Y, Fernández Carmenates N. Eficacia de la magnetoterapia en el tratamiento de las alveolitis. AMC [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2015 Ene 28]; 14(1): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100010&lng=es.

19. Vicente Rodríguez MT, Lopes Cardoso C, Perri de Carvalho PS, Cestari TM, Feres M, Pompermaier Garlet G, Ferreira Júnior O. Experimental alveolitis in rats: microbiological, acute phase response and histometric characterization of delayed alveolar healing. J. Appl. Oral Sci. [online]. 2011, vol.19, n.3 [cited 2015-02-16], pp. 260-268. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572011000300015>.

20. Bestard Romero J, Ocaña Fontela N, López Vantourt AC, García Fajardo IM, Escalona Betancourt M. Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario "Josué País García". MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Ene 28]; 15(6): 808-812. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600011&lng=es

21. Del Toro Gámez Y, Díaz del Mazo L, Ferrer González S, de los Ángeles Céspedes Ruiz A, González Mateo A. Eficacia del extracto fluido de Vimang® en el tratamiento de pacientes con alveolitis. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2015 Ene 28]; 18(9): 1187-1194. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000900001&lng=es.

22. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sistema de vigilancia estomatológica de la salud bucodentaria. En: Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: MINSAP; 2013. p. 169-76.

23. Nápoles González IJ, Batista Zaldívar XB, Rivero Pérez O, Díaz Gómez SM, Fernández Frach N. Incidencia de la alveolitis. AMC [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2015 Ene 28]; 13(2): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552009000200004&lng=es.

24. Morejón Álvarez F, López Benítez H. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. Rev Cubana de Estomatol 2000 [citado 2015 Feb 28]; 37(2):102-5. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_2_00/est05200.htm

25. Flores Álvarez FF. Determinación de las complicaciones postoperatorias después de procedimientos de extracciones simples en pacientes que asistieron a la clínica dental de la Fundación Corazones en Acción del municipio de San Andrés, del departamento de Petén, en el período comprendido de abril a junio del año 2013. Tesis, Septiembre 2013 [citado 2015 Feb 28]. Disponible en : http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_2138.pdf