

Profilaxis antibiótica en cirugías de terceros molares: ¿es realmente necesaria?

Autor: **Dr. Claudio Menis Cohen**

Cirujano dentista especializado, docente, del Centro Odontológico Nacional, Santiago, Chile.

Una de las principales metas del cirujano al realizar cualquier intervención quirúrgica es prevenir la infección posoperatoria. Para lograrlo, es necesaria la profilaxis antibiótica en algunos procedimientos. Muchos de éstos pueden caer en las categorías de cirugías limpias/contaminadas o contaminadas. La incidencia de las infecciones posoperatorias en una cirugía limpia está más relacionada con la técnica del operador que con el uso de profilaxis antibiótica.

La cirugía de terceros molares intruidos claramente cae en la categoría de cirugía limpia/contaminada. Sin embargo, se desconoce la incidencia exacta de la infección posoperatoria. Algunos estudios han demostrado que la infección posoperatoria corresponde a un evento poco común luego de este tipo de cirugías. Esto quiere decir que es poco usual observar dolor, edema y producción de pus que requiera de incisión y drenaje o antibioterapia. La incidencia de dichas infecciones es, probablemente, menor a 2% para la mayoría de las cirugías.¹

Esta cirugía corresponde a la intervención quirúrgica más frecuente dentro de los procedimientos realizados en cirugía maxilofacial y corresponde a una cirugía estándar. Aun así, ha producido mucha controversia durante las últimas tres décadas, especialmente sobre la necesidad profiláctica de extraer dichas piezas dentarias, como también de llevar a cabo o no profilaxis antibiótica, lo que hace que su prescripción sea controversial.²

El porcentaje de infección luego de la exodoncia de los terceros molares es mayor que en una exodoncia de rutina,² pero, como se mencionó anteriormente, ésta es muy baja.

Un problema más común es la alveolitis seca. Dicha falla en la reparación de la herida es causada, en su mayoría, por la combinación de saliva y bacterias anaeróbicas.¹

Antibióticos sistémicos

Reiteradamente la literatura ha confundido la palabra profilaxis. Hay que tomar en cuenta que profilaxis es todo aquel procedimiento que se efectúa antes y no después del acto quirúrgico. Toda acción posterior es considerada como tratamiento.³ Partiendo de esta base, la profilaxis antibiótica (independiente del antibiótico a utilizar como veremos más adelante) debe realizarse antes de la cirugía y con un tiempo adecuado de administración para poder obtener un máximo índice de concentración del antibiótico en el sitio de la cirugía. Por su parte, los niveles sanguíneos del fármaco deben ser por lo menos tres a cuatro veces mayores antes de la cirugía con el fin de evitar la invasión bacteriana.³

Es común el uso de antibióticos en cirugía de terceros molares como tratamiento contra la posibilidad de infección causada por microorganismos orales. La vía sistémica sigue siendo la forma más común de administración, aun

cuando el uso de enjuagatorios antisépticos como Clorhexidina al 0.2% previo a la cirugía y el empleo de antibióticos en el alveolo inmediatamente después de la exodoncia han demostrado ser efectivos en la prevención de la infección posoperatoria.

Pero, ¿el cirujano ha seguido los principios sobre profilaxis antibiótica descritas por Peterson? Éstos son: primero, el procedimiento quirúrgico debe tener un riesgo calculado de infección; segundo, es necesario elegir el antibiótico adecuado para el procedimiento quirúrgico; tercero, los niveles antibióticos tienen que ser elevados; cuarto, el antibiótico se debe administrar tomando en consideración su MIC; quinto, resulta esencial exponer el antibiótico el menor tiempo posible.² Aun cuando los principios dos al cinco establecen un correcto protocolo y administración, sólo el primer principio determina la necesidad de dicha terapia. Como se dijo previamente, la cirugía de terceros molares es considerada un procedimiento limpio/contaminado y, por lo tanto, la aplicación de antibióticos de rutina ha propiciado que muchas investigaciones entren en conflicto.

Diversos estudios han revelado que la incidencia de complicaciones posoperatorias son del orden del 1% al 5.8% de los casos. Además, se ha visto que la incidencia de las infecciones a planos profundos es igual de baja, lo que hace que la administración de antibióticos sea cuestionable.² Happonen y sus colaboradores² investigaron los efectos del tinidazol y penicilina en la cirugía de terceros molares y concluyeron que el uso de estos dos antibióticos comparados con el no uso de antibióticos no presentaba diferencias significativas. MacGregor, Sands y sus colaboradores² no recomiendan la administración de rutina de antibióticos en cirugías de terceros molares, excepto en casos de mayor complejidad. Por otro lado, Mitchell² comparó tinidazol con un grupo control y observó diferencias significativas en relación con la reducción de infección en el grupo de tinidazol. Sin embargo, el autor aconseja sólo la aplicación de antibióticos bactericidas anaeróbicos para terceros molares intruidos. Kaziro, MacGregor, Addy, Bystedt y Nord² concuerdan con lo mencionado anteriormente. Pero además, dichos investigadores proponen el uso de antibióticos sólo en una cirugía de carácter traumático o en casos donde la pieza dentaria será difícil de remover.

Un punto crucial de debate sobre la administración de antibióticos en la cirugía de terceros molares es el tiempo

de administración. Usualmente, los antibióticos son recetados y administrados luego de la cirugía por vía oral, alcanzando su MIC algunas horas después de la exodoncia. Sin embargo, existen fuertes evidencias que demuestran que la administración preoperatoria del antibiótico produce un efecto significativo en la reducción de la infección posoperatoria. Stone y sus colaboradores comprobaron que las infecciones posoperatorias disminuyeron en pacientes que recibieron una profilaxis antibiótica preoperatoria. Classen, Piecuch y sus colaboradores² también demostraron lo señalado previamente, pero además recalcaron que sólo debería ser usado en cirugías de terceros molares.

Antibióticos tópicos

Junto con investigaciones realizadas sobre la administración de antibióticos sistémicos, se han efectuado numerosos estudios respecto a la aplicación tópica del antibiótico inmediatamente después de la cirugía. Aun cuando este tipo de tratamiento no se lleva a cabo previo a la cirugía, su tiempo de exposición y de administración es menor que los que se han propuesto en situaciones posoperatorias.

La aplicación tópica de antibióticos y de sustancias antisépticas como la clorhexidina al 0.2% han sido utilizadas por su mayor concentración en la zona de la exodoncia, con lo que se evita la presencia de infecciones posoperatorias y alveolitis.⁴ Los antimicrobianos utilizados tanto sistémica como tópicamente han demostrado una reducción en la incidencia de las alveolitis secas.

La utilización de la tetraciclina tópica en polvo o en suspensiones acuosas ha comprobado, la mayoría de las veces, una reducción significativa de las alveolitis secas, así como la combinación de tetraciclinas con hidrocortisona. Debido al transportador de esta combinación, se han detectado numerosos casos con hipersensibilidad, por lo que se recomienda el uso de la solución acuosa.⁴

Como se ha probado a través de estudios, la efectividad obtenida al usar tetraciclina tópica en solución ha llevado a la práctica de rutina de esta modalidad en cirugías de alto riesgo de producir alveolitis seca como en terceros molares inferiores intruidos, exodoncias de piezas dentarias posteriores complicadas y en pacientes con una larga historia de tabaquismo, con lo cual se demuestra una importante disminución de alveolitis seca comparadas con sitios sin este tratamiento.⁴ ▶

En un estudio se analizaron tres grupos: sin tratamiento antibiótico, con tratamiento antibiótico sistémico y con tetraciclina tópica. Los tres grupos estaban conformados por pacientes que presentaban terceros molares intruidos. Se demostró que el porcentaje de infección fue de 14.9% en el grupo sin antibióticos, 5.7% en el grupo con antibióticos sistémicos y 2.1% en el grupo con tetraciclina tópica aplicada en el alvéolo inmediatamente después del procedimiento quirúrgico.³ Junto con las tetraciclinas se encuentra todo el arsenal de antibióticos aunque no todos han sido probados en su aplicación tópica.

Las lincosaminas han sido consideradas como fármacos de primera línea en infecciones odontogénicas moderadas a severas y han demostrado ser efectivas frente a una gran variedad de aeróbicos gram (+) y bacterias anaeróbicas. Al aplicarlo de manera tópica, la lincomicina y clindamicina han reducido de manera significativa el colapso del coágulo y su posible infección. La aplicación sistémica de estos medicamentos también ha logrado disminuir de manera importante las alveolitis secas. Tanto la penicilina como sus derivados han comprobado su efectividad en la vía sistémica, pero no se han realizado trabajos que determinen en forma concluyente su eficacia a nivel tópico.

Evidencias contrarias

Cada antibiótico imaginable, individual o en combinación, en diversas fórmulas y dosis y aplicados bajo numerosos transportadores han sido usados a través de los años en un intento por prever la alveolitis seca. Sin embargo, muy pocos estudios están de acuerdo. La incidencia citada en algunos estudios es mayor con antibióticos que en estudios sin tratamiento antibiótico. En ciertos casos el antibiótico o el transportador han causado más complicaciones que la alveolitis seca. En muchas investigaciones, variables que fueron consideradas como agentes causales o que incrementan el riesgo de alveolitis seca no fueron corregidas.⁵

El hecho de que ha habido malas interpretaciones sobre el concepto de profilaxis también ha generado controversia. El principio básico de la profilaxis corresponde a que el antibiótico esté en los tejidos en el momento de la cirugía.³

La administración del antibiótico como profilaxis de más de 24 horas no ha demostrado beneficios en la mayoría de los estudios y, por lo tanto, se debe considerar la

administración de una dosis preoperatoria para administrar un antibiótico de manera profiláctica.³

Finalmente, el uso de elementos tópicos en el alvéolo puede generar más daño de lo previsto. El hecho de que existan sustancias extrañas puede provocar que el organismo genere una respuesta tardía a la cicatrización, como también una reacción de hipersensibilidad y resistencia antibiótica.⁵

Realidad actual

Hoy en día el uso o no de antibióticos se resume según la necesidad de cada paciente. Los factores que determinan su uso son: 1) personas con compromiso sistémico, como los casos de endocarditis bacteriana; 2) molares intruidos con un alto grado de complejidad que, en el momento de la cirugía, llevará a la realización de osteotomías; 3) molares con historia de infección; 4) presencia de pericoronaritis aguda.⁶

El antibiótico de preferencia es la amoxicilina, con una dosis de 2 g una hora antes de la cirugía. En casos de hipersensibilidad, se puede administrar clindamicina, la cual ha demostrado un efecto deseable contra las complicaciones posoperatorias.⁴ En casos de cirugías de terceros molares no complicados, se recomienda sólo el uso de antiinflamatorios no esteroideos, junto con enjuagues de clorhexidina al 0.2% previos y posteriores a la cirugía.^{4,6}

Conclusión

Como se ha podido observar, el tema de la profilaxis antibiótica es muy variado y controversial. Son muchas las investigaciones que se han realizado en las últimas tres décadas, sin que la comunidad de cirujanos maxilofaciales llegue a un consenso. Establecer un protocolo estándar de profilaxis o tratamiento antibiótico para cirugías de terceros molares es prácticamente imposible, ya que depende de las experiencias de cada cirujano. *OC*

Bibliografía

1. Peterson L. *Principles of oral and maxillofacial surgery*; Ed. J.B Lippincott Co. 1992, Vol. 1, Part II, Cap. 6. 116-117.
2. Poeschl P, Eckel D, Poeschl E. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery. A necessity? *J Oral Maxillofac Surg* 62:3-8, 2004.
3. Lieblich S. Discussion. *J Oral Maxillofac Surg* 62:9, 2004.
4. Vezeau P. Dental extraction wound management: medicating postextraction sockets. *J Oral Maxillofac Surg* 58:531-537, 2000.
5. Alexander R. Dental extraction wound management: a case against medicating postextraction sockets. *J Oral Maxillofac Surg* 58:538-551, 2000.
6. Castellón ML. *Terceros molares*. Clase Magistral Cirugía II, Universidad Mayor, Santiago.