



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA  
OCOTAL 2011- 2014

Tesis Para Optar al Título de Master en Epidemiología

PERICORONITIS EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS  
ODONTOLÓGICAS UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS EN  
EL VALLE DE SULA AÑO 2013

Autora: Julia María Gámez Alvarado  
Tutor: Marcía Ibarra M.D  
MSC. Salud Pública

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua. Enero 2014

## **INDICE**

Agradecimientos.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
<i>I. INTRODUCCIÓN.....</i>	<i>3</i>
<i>II. ANTECEDENTES .....</i>	<i>5</i>
<i>III. JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>9</i>
<i>IV. PROBLEMA DE INVESTIGACION .....</i>	<i>11</i>
<i>V. OBJETIVOS .....</i>	<i>12</i>
<i>VI. MARCO TEÓRICO .....</i>	<i>13</i>
<i>VII. DISEÑO METODOLÓGICO .....</i>	<i>22</i>
<i>VIII. RESULTADOS .....</i>	<i>26</i>
<i>IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....</i>	<i>29</i>
<i>X. CONCLUSIONES.....</i>	<i>31</i>
<i>XI. RECOMENDACIONES .....</i>	<i>32</i>
<i>XII. BIBLIOGRAFÍA.....</i>	<i>33</i>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>34</b>

## I. INTRODUCCIÓN

La Pericoronitis es un proceso infeccioso que afecta los tejidos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado. La inflamación que de ello resulta puede ser aguda, subaguda o crónica. Desde el punto de vista teórico, cualquier diente puede estar implicado por este trastorno inflamatorio, sin embargo, el tercer molar por el ser el diente que erupciona en etapa más tardía y que más comúnmente queda incluido, es más susceptible de presentar esta infección.

La Pericoronaritis es una infección aguda, localizada, causada por el atrapamiento de partículas de comida y microorganismos bajo la encía de los dientes parcialmente erupcionados, que afecta con mayor frecuencia a los terceros molares inferiores.

La Pericoronitis se observa en pacientes jóvenes, entre la segunda y la tercera décadas de la vida por erupción de cualquier diente, fundamentalmente en los terceros molares. Ocasionalmente puede aparecer en otras épocas de la vida. La mayor afectación es del tercer molar inferior por las características propias del hueso mandibular, que al tener la cortical más gruesa, la vascularización es menor, y hay mayor predisposición a las infecciones. Las razones que justifican esta afección son fundamentalmente embriológicas: crecimiento mandibular, factor anatómico y hereditario.

Puede originarse por una infección o por accidente mecánico. Actualmente se admite que el punto de partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario, donde el saco que rodea la corona forma una cavidad virtual que puede infectarse al ponerse en comunicación con el medio bucal,

En tanto, el accidente mecánico ocurre cuando el tercer molar inferior (más frecuente) u otro diente retenido se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente y el diente antagonista, que se encuentra brotado

y traumatiza con sus cúspides esta fibromucosa durante la masticación; entonces comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección.

La Pericoronaritis se caracteriza clínicamente por la presencia del dolor, que es el síntoma clínico más frecuente, la inflamación de los tejidos blandos adyacentes con el tejido pericoronario enrojecido, edematoso y puede haber pus, presencia de trismo, disfagia, halitosis, toma del estado general (escalofríos, fiebre) y linfadenopatías cervicales. No todos los signos y síntomas clínicos están siempre presentes, pero al manifestarse el tejido pericoronario inflamado con la presencia del dolor, se realiza su diagnóstico.

La Pericoronitis se clasifica en Pericoronitis Crónica, Pericoronitis Aguda Congestiva o Serosa y Pericoronitis Aguda Supurada. Las medidas terapéuticas son sintomáticas, antimicrobianas y quirúrgicas, dependiendo del diagnóstico.

## II. ANTECEDENTES

El estudio de Morejon Alvarez y colaboradores tenía como objetivo determinar la evolución clínica de la Pericoronaritis en terceros molares inferiores semirretenidos, su diagnóstico y tratamiento oportuno. Los resultados encontrados en 52 pacientes evaluados, la forma serosa fue la más frecuente con un 48%, siendo el dolor moderado el síntoma clínico de mayor incidencia en esta Pericoronaritis, no así en la forma supurada, que en el 42,3% existía un dolor severo. Como otros síntomas clínicos presentes, surgieron la inflamación y enrojecimiento del tejido pericoronario en el 100% de los casos, seguido del trismo en un 86,53% y la presencia de pus en un 22%, que se hicieron más notables en la forma supurada de la Pericoronaritis.(1)

En el estudio de Toledo Aguilera y Colaboradores, el diagnóstico de Pericoronitis en los terceros molares retenidos arrojó los siguientes resultados: el grupo de edades de 15 a 30 años fue el más afectado, con 31 pacientes para el 48,43%. Existió una mayor incidencia del sexo femenino en 44 pacientes para el 68,75%. Los terceros molares inferiores fueron los más afectados en 27 pacientes para el 39,13%. El origen infeccioso fue el más frecuente, con el 76,56% en 49 pacientes, y la forma de presentación más frecuente fue la Pericoronitis aguda congestiva o serosa en 31 pacientes para el 48,43 %. La Pericoronitis por retención de molares es frecuente, principalmente en mujeres y jóvenes. (2)

Muñoz Smitmans, en su estudio encontró que en un total de 9531 fichas correspondientes a los meses de octubre del año 2008 y enero, abril y julio del año 2009, se obtuvieron 456 con diagnóstico Pericoronaritis, lo cual equivale a un 4,7%. En cuanto a la edad de los pacientes que presentaron Pericoronaritis, se observó que el promedio era de 24 años. En relación al género de los pacientes que presentaron esta afección, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,02$ ) entre hombres (65%) y mujeres (35%) siendo la proporción

de estos de 1:2 respectivamente. Los resultados arrojaron que las piezas dentarias más afectadas fueron los terceros molares mandibulares (3.8 y 4.8) siendo estos vinculados con la infección en más de un 90% de los casos. Los terceros molares superiores y otras piezas dentarias sólo se ven afectadas en un 5% de los casos. Dentro de los tratamientos indicados encontramos que la medicación antibiótica y con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) fue recetada en aproximadamente un 70% de los casos, la terapia mecánica (irrigación, aseo local) en un 38,5%; el uso de Clorhexidina 0,12% en colutorio fue indicado en un 40% y la exodoncia inmediata de la pieza dentaria fue realizada en el 13% de los pacientes. En un 59% de los casos, los profesionales solicitaron una radiografía de la pieza involucrada para planificar, posteriormente, la exodoncia (3)

En el tratado de Rodríguez- Fernández se detallan los siguientes resultados: 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, 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.

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. (4)

En la investigación realizada por Perez Barrero, los pacientes se distribuyeron en dos grupos.

La Pericoronaritis se halló en 24,0 % del total, más elevada en el primer grupo (37,3 %); mientras que en el segundo, solo se presentó en 10,7 % de los integrantes.

De 24,0 % de los casos diagnosticados con esta afección, 11,3 % presentó Pericoronaritis aguda congestiva o serosa. No hubo diferencias significativas entre ambas variables, pero sí asociación de riesgo. La posibilidad de padecerla se incrementa 2,4 veces más para los pacientes con antecedentes de dientes retenidos o semirretenidos. El OR fue de 2,67, con un IC: 1,12; 7,92, por lo que no hubo diferencias significativas entre ambas variables ( $p > 0,05$ ), pero sí asociación de riesgo. El riesgo de padecer Pericoronaritis Aguda Supurada se incrementa en 5,3 veces más para los pacientes con antecedentes de dientes retenidos.

Se observó que 12,7 % de los pacientes presentó Pericoronaritis aguda supurada. Es notorio referir que el mayor porcentaje de afectados por ambas formas se encontró en el grupo I. El OR fue de 9,84 con un IC: 2,72; 34,47, por lo que hubo diferencias significativas entre ambas variables ( $p < 0,05$ ) y existió asociación de riesgo. La probabilidad de padecerla se incrementa 5,3 veces más para los que tienen antecedentes de dientes retenidos.

El tercer molar inferior resultó ser el más afectado por la Pericoronaritis (69,4 %), no así los segundos ni terceros molares superiores; similar resultado se reflejó en ambos grupos estudiados. El OR fue de 1,42 con un IC: 0,24; 8,50, por lo que no hubo diferencias significativas entre ambas variables ( $p > 0,05$ ) ni asociación de riesgo. (5)

En el estudio de Torres López se puede apreciar la distribución de los pacientes enfermos por Pericoronaritis; según edad y sexo, en la cual predominó el grupo de 15-59 con 76%; seguido por el grupo de 10 -14 con un 20 %, teniendo nula expresión los grupos de 0-4 y 60 años o más. Esto es justificado por el período de

brote del tercer molar o muela del juicio, diente de mayor relación con las erupciones patológicas del tercer molar.

El porcentaje con respecto al sexo, no reveló, una diferencia marcada, siendo ligeramente más representativo en el sexo masculino.

En el origen de las Pericoronaritis predominó el séptico, con un 86% de los pacientes estudiados asociados con dientes en una posición anormal para su brote en la cavidad bucal.

El dolor reflejó un mayor porcentaje en el grado 0 con un 50% del total de la muestra y en menor porcentaje el dolor grado III, representado con un 6%. También se puede observar el comportamiento de la infección y la toma sistémica después de aplicado el tratamiento correspondiente, donde el mayor porcentaje estuvo representado por la no existencia de infección con el 90%, existiendo ligeras diferencias según sexo, el femenino con el 91% y el masculino con un 89%.

La toma sistémica tuvo un comportamiento similar donde la fiebre, adenopatías y el trismo desaparecieron en el 96% del total de la muestra y por sexo, el masculino aglutinó el 100%. El mayor porcentaje con respecto a la evolución estuvo marcado por un 50%; de muy buena, el menor porcentaje se identificó con un 6% de evolución mala. La distribución de pacientes por sexo, y la calidad del tratamiento local impuesto, el mayor porcentaje estuvo representado por la evaluación de satisfactoria con un 82% del total de la muestra y el no satisfactorio con el 18%, se evidencia un ligero predominio del sexo masculino, diferencia que no tuvo significación estadística según prueba Chi Cuadrado ( $p > 0,05$ ). (6)

No se han encontrado documentos como antecedente a este estudio investigativo en Honduras.

### **III. JUSTIFICACIÓN.**

La patología que más frecuentemente sufren los pacientes que asisten al Área de Cirugía Bucal de la Carrera de Odontología de la UNAH VS es la Pericoronitis, que se presenta como un problema de salud pública; al no encontrarse un instrumento antecesor a este documento en nuestro país, se ha seleccionado este tema con el objeto de dar a conocer causas, efectos y posibles soluciones a la población que asiste a este Centro Dental en busca de ayuda, a fin de consolidar el nexo entre la atención odontológica que brinda dicho centro y los pacientes que asiste con los diferentes estadios clínicos de Pericoronitis, para dar mayor continuidad al sistema de atención, desarrollando estrategias preventivas y educativas enfocadas a la realidad local e incrementando la calidad de la atención ofrecida a los pacientes.

El año académico en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula está constituido en tres periodos, dos largos (de 16 semanas cada uno) y un corto (que consta de 8 semanas). En el Área de Cirugía Bucal del Departamento de Ciencias Odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma De Honduras en el Valle de Sula se brinda atención dental a la población durante los periodos largos que corresponden a los meses de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre, por tanto este estudio se realiza durante este lapso de tiempo.

La expectativa de este estudio es servir de instrumento de información y ayuda en el diagnóstico distintivo de la Pericoronitis, plan de tratamiento y manejo postoperatorio de los pacientes, tanto a los catedráticos del Departamento de Estomatología, a los alumnos de la clase de Cirugía Bucal de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula, así como a los pacientes que requieran de información.

Los casos de Pericoronitis de los pacientes que se presentan en el Departamento de Ciencias Odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras son atendidos por los estudiantes como casos de emergencia.

Los estudiantes cubren la provisión de materiales e instrumentos necesarios para la realización de los tratamientos (incisión y drenaje de abscesos o Exéresis dental) y en algunos casos proveen de medicamentos al paciente.

Cabe mencionar que los pacientes acuden a este Centro en busca de atención dental por ser atención calificada y de costos simbólicos. Los tratamientos se realizan bajo la estricta supervisión de los catedráticos y la gran mayoría de los tratamientos son costeados por los estudiantes.

El Área de Cirugía Bucal de la UNAH VS, cuenta con el equipo mínimo necesario, para realizar el diagnóstico distintivo y el plan de tratamiento de los pacientes con Pericoronitis. El servicio clínico prestado es absolutamente abierto a la población que asiste a este Centro Dental. Se trata, en la medida de lo posible, de cumplir con todos los requerimientos asépticos necesarios, a fin de lograr la realización de tratamientos de la más alta calidad.

#### **IV. PROBLEMA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la situación de la Pericoronitis en pacientes que asisten a la consulta dental en el Departamento de Ciencias Odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula durante los meses de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2013?

##### **Otras preguntas son:**

¿Cuáles son las características generales de los pacientes que asisten a la consulta dental?

¿Cuál es la frecuencia de la de Pericoronitis en el total de los pacientes que asisten al área de Cirugía Bucal?

¿Qué estadio infeccioso presenta cada paciente diagnosticado con Pericoronitis?

¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la Pericoronitis?

¿Qué tipo de tratamiento se administra a cada paciente?

¿Qué complicaciones postoperatorias se presentan en los pacientes intervenidos quirúrgicamente?

## V. OBJETIVOS

### Objetivo General

Conocer la situación de la Pericoronitis en pacientes que asisten a la consulta dental en el Departamento de Ciencias Odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula durante los meses de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2013.

### Objetivos Específicos

1. Revisar las características generales de los pacientes que asisten a la consulta dental: (sexo, edad).
2. Valorar la frecuencia de Pericoronitis en el total de los pacientes que asisten al área de Cirugía Bucal
3. Establecer el tipo de infección presente en cada paciente diagnosticado con Pericoronitis
4. Definir los principales signos y síntomas de la Pericoronitis
5. Precisar el tipo de tratamiento que se realizó en cada paciente dependiendo del diagnóstico clínico.
6. Evaluar la presencia de complicaciones postoperatorias en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

## **VI. MARCO TEÓRICO**

La Pericoronitis es una infección que se presenta afectando los tejidos adyacentes a una corona dentaria parcialmente erupcionada. Es la patología más frecuentemente asociada al proceso de erupción dentaria y la infección polimicrobiana que con más frecuencia se da en la cavidad oral.

La infección se produce a partir de los elementos infecciosos que circulan por la sangre o de los que ya existen en la cavidad bucal; también se debe a modificaciones vasomotoras provocadas por la evolución del germen, con la infección consiguiente del rodete fibromucoso, bien por penetración directa en el saco pericoronario o bien por intermedio del alveolo del segundo molar. Entre el diente retenido y el contiguo se crea un espacio casi cerrado, protegido de un saco o capuchón mucoso, que no tiene tendencia a retraerse y donde se multiplican los microorganismos. La infección se desarrolla entre la corona del diente semiretenido, el hueso circundante y el tejido gingival; cuando la infección solo afecta el tejido gingival que cubre el tercer molar se denomina Operculitis.

### **Factores de Riesgo**

#### **Directos:**

- Presencia de un diente parcialmente erupcionado
- Higiene bucal deficiente
- Traumatismo dentario por el diente antagonista durante la masticación

#### **Indirectos:**

- Estrés emocional
- Infecciones de vías respiratorias altas
- Embarazo
- Menstruación (científicamente no comprobado)

## **Fisiopatología y Progresión**

Durante el proceso normal de erupción de una pieza dentaria se produce la aparición de un tejido que rodea la corona del diente denominado “Capuchón Pericoronario”. Entre este tejido y la corona del diente existe un espacio virtual por donde circula saliva y restos de alimentos y que, por su localización, resulta muy difícil de higienizar, generándose las condiciones ideales para favorecer el crecimiento de bacterias, con la siguiente inflamación e infección de los tejidos involucrados.

### **Periodo Pre-patogénico**

Un diente parcialmente erupcionado cubierto por un capuchón pericoronario.

### **Periodo Patogénico**

- Pericoronitis aguda congestiva: presencia de dolor espontaneo
- Pericoronitis aguda supurada: dolor intermitente, trismo, disfagia, dificultad masticatoria, pus, adenopatías cervicales, fiebre, astenia, anorexia.
- Pericoronitis crónica: molestia local, mucosa eritematosa, supuración crónica.

### **Curso normal de la Pericoronitis**

En la Pericoronitis crónica juegan un papel muy importante la persistencia en la acumulación de los restos alimenticios y el traumatismo dentario durante la masticación o al cerrar la boca, en estas condiciones tenemos un nicho ecológico favorable para el desarrollo de microorganismos dentro del capuchón pericoronario.

Sin tratamiento puede conducir al desarrollo de varios trastornos:

- Gingivitis crónica
- Alteraciones periodontales en el segundo molar,
- Halitosis,
- Alteraciones digestivas,

- Astenia,
- Hiperplasia amigdalina con faringitis crónica,
- Amigdalitis.

Así como diversas complicaciones:

- Complicaciones mucosas: Estomatitis, Angina de Vincent, ulceración mucosa retromolar y alrededor del tercer molar, ulceración amplia y poco dolorosa del Capuchón Pericoronario
- Complicaciones por celulitis bucofaciales
- Complicaciones ganglionares: Adenitis Simple, Adenitis Supurada, Adenoflemón.
- Complicaciones óseas: Osteítis, Periostitis, Osteoperiostitis
- Complicaciones infecciosas a distancia: Mediastinitis, Bacteremia, o Septisemia, muerte.

La infección puede localizarse a mayor o menor distancia y producir distintos cuadros:

- Localización ocular (Uveítis)
- Localización mediastínica ( Mediastinitis)
- Localización renal ( Nefritis)
- Localización Cardíaca ( Endocarditis)

### **Formas de presentación de la Pericoronitis**

Los agentes infecciosos bucales se desarrollan en el espacio pericoronario, en uno de sus recesos, la mucosa adyacente opone a la infección sus reacciones de defensa habituales, cuando el proceso defensivo no es capaz de controlar la agresión se exagera la Pericoronitis, que se presenta de diferentes formas:

- a) Pericoronitis Aguda Congestiva o Serosa.
- b) Pericoronitis Aguda Supurada.
- c) Pericoronitis Crónica.

Por ser los terceros molares los que más frecuentemente presentan estos síntomas, describimos a continuación sus manifestaciones clínicas.

### **Pericoronitis Aguda Congestiva o Serosa**

Manifestaciones clínicas:

Se caracteriza por dolores acentuados a la masticación, que pueden irradiarse a la faringe o la rama ascendente de la mandíbula, mucosa eritematosa por detrás del molar, cubre una parte de la corona del molar y lleva a veces la presión de la cúspide del molar antagonista, la palpación de la región es dolorosa y puede sangrar a la menor presión, puede palparse una adenopatía simple en la cadena ganglionar submandibular, que se localiza por debajo del ángulo mandibular en los terceros molares en brote.

La evolución de la Pericoronitis aguda congestiva o serosa es variable. Espontáneamente o bajo el efecto de un tratamiento se atenúa; los dolores desaparecen primero, y después más lentamente, aparecen otros signos inflamatorios locales. Las recidivas pueden suceder hasta que la corona sea completamente liberada, pero en todo momento las lesiones pueden pasar al estadio de la Pericoronitis aguda supurada.

### **Pericoronitis aguda supurada**

Manifestaciones clínicas:

Se manifiestan dolores más intensos que se irradian a amígdalas, oído y hacen desviar el diagnóstico, por la atipicidad de la sintomatología. La región retromolar es turgente, el eritema se extiende hacia la faringe y al pilar anterior del velo del paladar, aparece trismo o limitación a la apertura bucal de poca intensidad, disfagia, puede revelar una infección más grave que se confirma por examen endobucal, la palpación es más dolorosa y la presión encima del capuchón mucoso y el diente provoca la salida de una pequeña cantidad de pus, presencia de adenopatía en la cadena ganglionar submandibular dolorosa a la palpación.

La evolución es similar a la de la forma congestiva o serosa, puede aún regresar, aunque es más raro; las recidivas se separan por períodos de acalmia (disminución del dolor) variables, y el paso a la forma crónica es frecuente, aunque la Pericoronaritis tiene el peligro sobre todo de ser el punto de partida de una complicación infecciosa más grave: celular, mucosa, ganglionar u ósea.

Esta infección puede complicarse si se extiende al área del pilar anterior, espacio pterigomandibular, espacios parafaríngeos, espacio submandibular, espacio bucal, espacio infratemporal y temporal profundo y/o espacio submasetérico, además puede causar infecciones profundas como la osteomielitis.

### **Pericoronitis crónica**

Manifestaciones clínicas:

Los síntomas más atenuados son las algias (dolor) retromolares intermitentes. A veces se acompaña de trismo o limitación a la apertura bucal ligera y pasajera, puede cursar con ausencia absoluta de síntomas o estos pueden ser poco manifiestos como halitosis marcada, faringitis repetidas, gingivitis tórpida, adenopatía crónica o abscesos periamigdalinos unilaterales.

El diente está cubierto de una mucosa eritematosa y edematosa sensible a la presión, que a veces deja salir 1 ó 2 gotas de serosidad purulenta bajo el capuchón. Un signo muy típico de la Pericoronitis crónica es la faringitis unilateral, intermitente y recidivante.

Si la corona del molar no está bien liberada, la Pericoronitis tiene todas las posibilidades de reproducirse o de evolucionar de modo crónico. Es más raro en el maxilar, donde los dientes encuentran menos dificultades evolutivas, también menos grave la posición de declive del orificio de comunicación, que al drenar mejor la infección pericoronaria limita los peligros de las complicaciones

## **Manifestaciones clínicas comunes**

La Pericoronitis tiene manifestaciones clínicas comunes independientes de su forma clínica de presentación, que serán descritas a continuación:

No se observa en la infancia ni en la niñez, sino en los comienzos de la edad adulta, de 20 a 30 años de edad y más frecuentemente en zona de terceros molares inferiores.

- Dolor punzante.
- Tejido pericoronario enrojecido y edematoso.
- La inflamación se extiende a los tejidos blandos adyacentes.
- Amigdalitis y absceso peritonsilar o faríngeo.
- Puede observarse presencia de pus.
- Dificultad a la masticación.
- Presencia de trismo o limitación a la apertura bucal.
- Halitosis.
- Disfagia.
- Toma del estado general (escalofrío, hipertermia o fiebre).
- Linfadenopatía cervical con mayor frecuencia en la cadena submandibular, ganglios dolorosos y endurecidos.

## **Reglas del Manejo de Pericoronitis**

1. Tratamiento Etiológico Odontogénico: Para arribar al diagnóstico de esta patología se realizó previamente el interrogatorio del paciente, en el que se indagó sobre aspectos importantes como antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos higiénicos y presencia de alteraciones anatómicas y tiempo en que comenzaron las molestias. Se hizo el examen clínico de la cavidad bucal para emitir el diagnóstico y verificar la presencia; de infección, toma sistémica y tipo de origen. Se realizó un examen clínico minucioso y fueron explorados los signos y síntomas, se estableció el diagnóstico de Pericoronitis y se valoró el pronóstico de

evolución del diente, teniendo en cuenta las posibilidades de erupción en la arcada, las posibilidades de recidiva de la infección y los riesgos de complicaciones, teniendo; en cuenta la posición sobre la arcada, el estado de los molares y premolares homolaterales, los desplazamientos dentarios preexistentes, los grados de armonía dentomaxilar, la forma y estado de la mucosa que cubre el tercer molar o diente con dificultad para brotar.

2. Tratamiento Sistémico de Soporte: control del dolor, inflamación, pasando por medidas físicas, hidratación y control de la temperatura. Para aliviar el dolor; se utilizó analgésicos. Para la inflamación Antiinflamatorios. Para la fiebre antipiréticos y se indica abundante líquido para la hidratación Dieta abundante en frutas, vegetales, no condimentada ni caliente.

a. Tratamientos con antimicrobianos teniendo en cuenta criterios de racionalidad y eficiencia. Uso de antimicrobianos: Amoxicilina de 500mg, ácido clavulánico.

En alérgicos a la penicilina; de elección la azitromicina, adultos 500mg diario en 3 días consecutivos.

<b>Adultos y adolescentes ( Pericoronitis no se presenta en niños)</b>	
<b>Infecciones de grado leve a moderado</b>	Una tableta de CLAVULIN® 500 mg, administrada dos veces al día
<b>Infecciones severas</b>	Una tableta de CLAVULIN® 1 g, administrada dos veces al día.
<b>La terapia puede iniciarse vía parenteral y continuarse con alguna preparación oral.</b>	
<b>En infecciones más graves, puede aumentarse la dosificación hasta 50 mg/kg/día, administrados en dosis divididas, cada ocho horas.</b>	

El tratamiento antimicrobiano está indicado en la profilaxis preoperatoria con alto riesgo de infección postquirúrgica y en las Pericoronitis supuradas en fase aguda en las que se deba posponer la cirugía.

b. Aplicación de anestésico tópico (lidocaína al 2% en forma de gel) que permite la exploración y el desplazamiento del tejido blando subyacente.

c. Lavado profuso por debajo del capuchón pericoronario con abundante clorhexidina al 0,2 %. El procedimiento consistió en la utilización de clorhexidina al 0,2% en forma irrigatoria con jeringuilla de cristal estéril específicamente por debajo del capuchón pericoronario del diente por erupcionar, este tratamiento se realizó una vez al día, desde el momento del diagnóstico durante 7 días manteniendo la terapia medicamentosa. Se recogieron todos los aspectos clínicos observados.

d. Control de la higiene bucal.

e. Indicación de una radiografía para saber posición del diente por erupcionar de elección radiografía periapical.

3. Incisión y drenaje: Eliminación del saco u opérculo (operculectomía) con bisturí o electrocirugía. En este caso el tratamiento se aplicará si el tercer molar está ubicado en posición vertical, clase I, posición A.

4. Exéresis de la pieza dentaria cuando su posición es paranormal. Aunque el tratamiento quirúrgico de las Pericoronitis por tercer molar tiene una indicación de exodoncia de grado quirúrgico, constituye el motivo más frecuente de exodoncia de terceros molares retenidos, debido al beneficio en la calidad de vida.

### **Curso Clínico con Tratamiento:**

El objetivo de tratar la Pericoronitis pasa por restablecer la salud del paciente y evitar la aparición de secuelas y complicaciones. Los principales objetivos son:

- Disminuir el dolor
- Tratar la infección y evitar su diseminación

- Eliminar las causas de la Pericoronitis
- Restablecer las funciones de apertura bucal

El curso clínico de los pacientes en su mayoría es favorable, ya que una vez sometidos a la Antibioticoterapia y/o Intervención quirúrgica, se restablece su salud y pueden continuar una vida normal.

### **Medidas de Prevención**

#### **Primarias:**

- Una adecuada higiene oral que consista en el manejo adecuado de una técnica de cepillado, el uso del hilo dental y el uso de enjuagues bucales.
- Toma de radiografías panorámicas o periapicales con el fin de localizar los terceros molares y así realizar la exodoncia quirúrgica (Germenectomía) antes de que cause patologías.

#### **Secundaria:**

- Estricta higiene bucal
- Administración de analgésicos y antiinflamatorios
- Antibioticoterapia
- Enjuagues de clorhexidina al 0.12 %
- Irrigación con hipoclorito de sodio.
- Eliminación del saco pericoronario u opérculo

### **Posibles complicaciones postoperatorias**

Las posibles complicaciones postoperatorias que pueden sufrir los pacientes tratados quirúrgicamente son dolor, inflamación, infecciones recurrentes y no respuesta al tratamiento profiláctico que se administra al paciente. Estas complicaciones pueden aparecer inmediatamente después de la intervención hasta un máximo de 72 horas postoperatorias.

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

*Tipo de estudio:* Descriptivo, Corte transversal sobre la situación de la Pericoronitis en los pacientes que asisten a la consulta dental en el Departamento de Ciencias Odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula en el año 2013.

*Área de estudio:* Área de Cirugía Bucal del Departamento de Ciencias Odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula

*Población de Estudio:* 128 pacientes positivos por Pericoronitis en los meses de marzo, abril, mayo, octubre, noviembre y diciembre del año 2013.

*Unidad de Análisis:* Paciente que presento las características clínicas de la Pericoronitis

*Variable según objetivo específico*

*Objetivo 1. Características Físicas del Paciente*

- Sexo
- Edad

*Objetivo 2. Frecuencia de Pericoronitis en el Total de Pacientes*

- Numero de paciente con Pericoronitis/Total de pacientes atendidos

*Objetivo 3. Tipos de Diagnóstico:*

- Número de Pacientes con Pericoronitis aguda congestiva o serosa.
- Número de Pacientes con Pericoronitis aguda supurada
- Número de Pacientes con Pericoronitis crónica.

*Objetivo 4.* Revisar los principales signos y síntomas de la Pericoronitis

- Trismo
- Disfagia
- Halitosis
- Inflamación y Enrojecimiento del Tejido Pericoronario
- Linfadenopatía Cervical
- Toma del Estado General
- Pus

*Objetivo 5.* Efectuar el tipo de tratamiento específico en cada paciente al momento de la inspección clínica

- Antibioticoterapia
- Intervención Quirúrgica
- Antibioticoterapia / intervención quirúrgica

*Objetivo 6.* Velar por la presencia de posibles complicaciones postoperatorias en pacientes intervenidos quirúrgicamente

- Inflamación
- Infección recurrente
- No respuesta al tratamiento profiláctico

*Criterios de Selección:* Se seleccionó cada paciente que presente sintomatología al momento de ser evaluado clínicamente.

*Fuentes de datos primaria:* A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013.

*Técnicas e Instrumentos:* Como técnica se realizó observación directa de la cavidad bucal, para diagnóstico de la Pericoronitis. Como instrumento se utilizó una Guía de Revisión de Fichas Clínicas (Ver Anexo 2)

*Procesamiento de Datos:* Los datos recopilados se introdujeron en un documento de Excel y con el método de SPSS, para tabular los datos obtenidos y se presentaron en tablas y gráficos.

Las variables cualitativas se analizaron en tablas de frecuencia y porcentajes.

Las variables cuantitativas además mostraron medidas de tendencia central.

*Trabajo de Campo:* Los alumnos pasantes de la clase de Cirugía Bucal II, del 4° año de la Carrera de Odontología, fueron instruidos en la evaluación y llenado de las fichas clínicas de los pacientes atendidos, así como en el diagnóstico y tratamiento clínico de cada paciente.

*Aspectos Éticos:* El estudio asegura la confidencialidad de los pacientes, omitiendo los nombres y cualquier otro dato que pueda identificarlos, además asegura que la información resultante se utilizó únicamente con fines académicos.

### Matriz de Operacionalizacion de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	VALOR O CATEGORÍA	ESCALA
SEXO	CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA PERSONA	OBSERVACIONAL	HOMBRE/MUJER	NOMINAL DICOTÓMICA
EDAD	NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS	ENTREVISTA		
ESTADO CLINICO DE LA PERICORONITIS	SITUACION EVOLUTIVA DE LA PEROCORONITIS	EXAMEN CLÍNICO	* AGUDO CONGESTIVO. * AGUDO SUPURATIVO *CRÓNICO	NOMINAL POLITÓMICA
SINTOMAS Y SIGNOS DE LA PERICORONITIS		EXAMEN CLINICO		NOMINAL DICOTOMICA
• TRISMO			SI-NO	
• DISFAGIA			SI-NO	
• HALITOSIS			SI-NO	
• INFLAMACION Y ENROJECIMIETN O DEL TEJIDO PERICORONARIO			SI-NO	
• LINFOADENOPATI A CERVICAL			SI-NO	
• TOMA DEL ESTADO GENERAL			SI-NO	
• PUS			SI-NO	
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:	AFECCIONES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO		NOMINAL DICOTÓMICA
• INFLAMACION			SI - NO	
• INFECCIÓN RECURRENTE			SI - NO	
• NO RESPUESTA AL MEDICAMENTO			SI - NO	
• NINGUNA			SI - NO	
TIPO DE TRATAMIENTO	DERIVADO DEL DIAGNÓSTICO	EXAMEN CLÍNICO	*ANTIBIOTICOTERAPIA *INTERVENCION QUIRURGICA *AMBOS TRATAMIENTOS	NOMINAL POLITÓMICA

## VIII. RESULTADOS

Se brindó atención dental a 749 pacientes en el Área de Cirugía Bucal del Departamento de Ciencias Odontológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula; 493 pacientes mujeres y 256 hombres, de los cuales 209 pacientes presentaron tercer molar semiretenido.

La inspección clínica nos arrojó el siguiente diagnóstico: Las causas que provocan la afluencia de pacientes a esta área, se debe en un 28% a padecimientos relacionados con el tercer molar semiretenido, el resto de pacientes refieren signos clínicos relacionados con infecciones en otras áreas bucales.

De 209 pacientes con presencia de tercer molar semiretenido, 128 pacientes presentaron sintomatología clínica de Pericoronitis que representa el 61% de los pacientes; 81 pacientes en presencia de tercer molar semirretenido no presentaron ningún tipo de manifestación clínica o síntomas, siendo el 39% del total de pacientes.

De 128 pacientes con manifestación de Pericoronitis, 97 eran mujeres, lo que representa el 64%; 31 pacientes eran hombres, que presenta el 53%. Un total de 81 pacientes no presentaron sintomatología de Pericoronitis, de los cuales fueron 54 mujeres, el 36%; y 27 hombres, el 47%.

Respecto a la edad de los pacientes que presentaron Pericoronitis, en el grupo de edades comprendidas entre 18 a 22 años, se encontró a 38 mujeres que implica el 86% y 6 hombres, que es el 14%; en las edades de 23 a 27 años, están incluidos 36 pacientes femeninas representando el 78% y 10 hombres, representando el 22%; el grupo de edades de 28 a 32 años se conformó de 6 pacientes femeninas, el 43% y 8 hombres que fueron el 57%; en el grupo de 33 a 37 años, están comprendidas 6 mujeres, el 67% y 3 hombres, el 33%; en el grupo de edades de 38 a 42 años se atendieron 2 mujeres y 2 hombres, siendo cada género el 50% del total de ese grupo; 9 mujeres conformaron el grupo de edades entre 43 a 47

años, representando el 82% de mujeres atendidas y en cuanto a los pacientes del sexo masculino, 2 hombres conformando el 18%.

En relación a los estadios infecciosos de la Pericoronitis se encontró que los 128 pacientes con manifestaciones clínicas, 42 mujeres presentaron Pericoronitis Aguda, lo que integró el 43%, 41 mujeres manifestaron Pericoronitis Crónica, que representa el 42%, y 14 pacientes femeninas sufrían de Pericoronitis Supurada que significa el 15%.

En cuanto al sexo masculino: 23 pacientes padecían Pericoronitis Crónica, el 74%; 6 estaban afectados por Pericoronitis Aguda, el 19% y 2 pacientes con estadios de Pericoronitis Supurada, el 6%.

Relacionando los síntomas presentados en los pacientes con Pericoronitis y el sexo, se observaron los siguientes resultados: 14 pacientes del sexo femenino presentaron trismo, y del sexo masculino 2 pacientes, el 14% y 7% respectivamente; 83 mujeres, el 86% y 29 hombres, el 93% no presentaron trismos al momento de ser evaluados. Respecto a los pacientes que registraron disfagia, 13 mujeres, el 13% y 2 hombres, el 7%; los pacientes que no presentaron disfagia al momento de su atención dental fueron 84 mujeres, el 87% y 29 hombres, el 93%. Pacientes con halitosis se observaron un total de 69 mujeres y 18 hombres, 71% y 58%, respectivamente. Pacientes que no padecían halitosis, 28 mujeres, el 29% y 13 hombres, el 42%. De los pacientes con signos de inflamación y enrojecimiento de tejido pericoronario, 41 pacientes eran mujeres, el 42% y 4 pacientes eran hombres, el 13%.

El porcentaje de pacientes que presentaron linfadenopatías cervicales fue de 12 mujeres, el 12% y 2 hombres, el 7%; los pacientes que no mostraron linfadenopatías cervicales fueron 85 mujeres y 29 hombres, el 88% y el 93% respectivamente. El malestar general se registró en 28 mujeres, representando el 29% y 3 hombres, el 10%, 69 mujeres y 28 hombres no adolecieron de malestar general, el 71% y el 90%, correspondientemente.

La presencia de pus se observó en 14 mujeres, el 14% y en 2 hombres, el 7%. Un total de 83 mujeres y 29 hombres estaban libres de la presencia de pus, el 86% y el 96% respectivamente.

Referente a la frecuencia con que se realizaron los tratamientos, se practicó en 64 paciente la Intervención Quirúrgica, siendo el 50% del total de tratamientos efectuados, la Antibioticoterapia se administró en 48 pacientes como único tratamiento de elección, el 38%; y a 16 pacientes, el 12% se les trató con ambos procedimientos.

Durante el posoperatorio se observó que la mayoría de los pacientes intervenidos quirúrgicamente no presentaron ningún síntoma, un total de 101 pacientes, el 79%, estuvieron dentro de la condición de inflamación-dolor considerada normal; 11 pacientes, el 9%, presentaron inflamación al límite de administrar antiinflamatorios por vía intravenosa, y 16 pacientes registraron infección recurrente, el 12%.

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Haciendo una comparación de los resultados de este estudio con resultados de estudios antecesores, se comprueba que los resultados son similares, tanto en las características físicas de los pacientes, como en los estadios infecciosos, la sintomatología por Pericoronitis, el tipo de tratamiento a efectuar y la presencia de posibles complicaciones postoperatorias.

Las causas que provocan la afluencia de pacientes a esta área, se debe en un 28% a padecimientos relacionados con el tercer molar semiretenido. La posibilidad de que una mujer que asiste al área de cirugía bucal se vea afectada por tercer molar semirretenido es de 0.30, o sea 30 mujeres por cada 100, y en cuanto a los hombres, es de 0.22 o sea 22 hombres por cada 100.

En el sexo femenino donde se encontró el mayor número de pacientes afectados, es en el grupo con edades comprendidas entre 18 a 22 años; en los hombres es el grupo de edad de 28 a 32 años; se relacionó con la etapa de erupción de tercer molar. La posibilidad de presentar Pericoronitis en las pacientes atendidas es de 0.19 o 19 mujeres por cada 100, y en los pacientes del sexo masculino es 0.12 o 12 hombres por cada 100.

La presencia de una pieza dental semierupcionada, una higiene bucal deficiente y/o traumatismo por masticación con la pieza antagonista, son motivos desencadenantes para la inflamación y posterior infección del tejido pericoronario. Tomando en cuenta las Medidas de Tendencia Central, la media de los pacientes atendidos por Pericoronitis es de 26 años, con una mediana de 24 años y una moda de 23 años.

En relación a los estadios infecciosos se determinó la presencia de Pericoronitis Aguda Congestiva o Serosa en 42 pacientes del sexo femenino, siendo el 43% del total de las mujeres atendidas odontológicamente, habiendo una frecuencia de 8 mujeres de cada 100; y en el sexo masculino se estableció a la Pericoronitis Crónica como el estadio infeccioso más común, diagnosticándose en 23 hombres,

una frecuencia de 8 hombres de cada 100, el 74% del total de los pacientes masculinos que recibieron atención dental. Dicha determinación se fundamentó en la presencia de los diferentes signos y síntomas que los pacientes manifestaron al momento de la evaluación clínica. Por lo cual se vio muy acentuada la halitosis y la inflamación y enrojecimiento del tejido pericoronario, en ambos sexos.

Por presentarse en menor escala la Pericoronitis Supurada, se observó un bajo porcentaje en los síntomas de mayor severidad congestiva, como ser trismo, disfagia, linfadenopatías cervicales y presencia de pus.

El tratamiento de elección efectuado de manera urgente, en los pacientes diagnosticados con Pericoronitis Crónica fue la Intervención Quirúrgica, en el 50% del total de los casos; como segundo tratamiento realizado fue la Antibioticoterapia, en todos los pacientes en los que se determinó Pericoronitis Serosa, con un porcentaje del 38% de los pacientes atendidos. Puntualizando con el tipo de tratamiento efectuado, únicamente en 16 pacientes, un porcentaje de 12% del total de los pacientes atendidos, fue previamente prescrita Antibioticoterapia y en un lapso posterior a 8 días, se realizó la intervención quirúrgica.

El 79% de los pacientes intervenidos, presentaron una condición postoperatoria considerada normal. En un porcentaje menor se presentaron casos aislados de inflamación e infección recurrente que fueron tratados de manera oportuna e inmediata, con la respectiva terapia antibiótica y antiinflamatoria.

## **X. CONCLUSIONES**

1. El presente estudio nos refleja que la Pericoronitis como problema de salud afecta en mayor porcentaje a la población femenina en las edades comprendidas de 18 a 27 años, del total de pacientes atendidos en el Área de Cirugía Bucal de la Carrera de Odontología de la UNAH VS.
2. Los pacientes que acuden al Área de Cirugía Bucal en busca de ayuda por la infección del tejido pericoronario alcanzan el 28% del total de los pacientes atendidos.
3. La forma de presentación de la Pericoronitis en los pacientes atendidos fue el estadio infeccioso Pericoronitis Aguda Serosa en mujeres; y Pericoronitis Crónica en hombres, con una frecuencia en ambos grupos de 8 pacientes de cada 100.
4. Los síntomas clínicos más frecuentemente observados tanto en mujeres como en hombres, fueron halitosis e inflamación y enrojecimiento del tejido pericoronario, que dependen directamente de los estadios infecciosos con mayor presencia entre los pacientes evaluados.
5. El tratamiento de elección que se realizó de manera urgente fue la intervención quirúrgica, seguido de la Antibioticoterapia.
6. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, la gran mayoría de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, no presentaron ninguna sintomatología posoperatoria, se manejaron en el rango de lo normal, con dolor de leve a moderado, así como la inflamación del área intervenida, se instruyó de manera clara y concisa a los pacientes intervenidos quirúrgicamente sobre los cuidados postoperatorios y la administración de medicamentos.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a las autoridades de la Secretaria de Salud en su dependencia odontológica, la educación a la población joven a través de boletines radiales, por ser uno de los medios que más alcanza a la comunidad y de menor costo.
2. Como una proyección de la población estudiantil de la Carrera de Odontología, seria de beneficio la exposición del tema hacia el resto de la comunidad universitaria, a través de boletines, afiches y/o charlas educativas, a fin de orientar y educar de manera continua sobre el manejo y tratamiento preventivo de la Pericoronitis.
3. Para contrarrestar la presencia de la sintomatología ocasionada por la Pericoronitis se recomienda el examen radiológico en edades alrededor de los 17 años, para determinar si la extracción temprana del tercer molar inferior resulta benéfica como prevención al problema infeccioso.

## **XII. BIBLIOGRAFÍA**

1. Morejón Álvarez, F y Colaboradores. Evolución clínica de la Pericoronaritis en terceros molares inferiores semirretenidos
2. Toledo Aguilera. B y Colaboradores. Pericoronitis en los terceros molares retenidos en pacientes de Gibara.
3. Muñoz Smitmans, C y Colaboradores. Epidemiología y Tratamiento de la Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile
4. Rodríguez-Fernández M y Colaboradores. Pericoronitis asociada con terceros molares retenidos. Prevalencia y otros síntomas asociados.
5. Pérez Barrero, B y Colaboradores. Pericoronaritis aguda en adolescentes y adultos jóvenes de un consultorio estomatológico del municipio venezolano de Valencia.
6. Torres López. M y Colaboradores. Tratamiento medicamentoso con clorhexidina al 0,2 % como coadyuvante para el manejo de las Pericoronaritis. Sancti Spíritus 2007.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: MODELO EXPLICATIVO



## ANEXOS 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### GUIA DE REVISION Y OBSERVACION CLINICA DEL PACIENTE

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLINICAS DE LA PERICORONITIS EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA

DATOS DEL PACIENTE	
SEXO DEL PACIENTE	HOMBRE/MUJER
EDAD DEL PACIENTE	
DATOS DE LA OBSERVACION	
DIAGNOSTICO CLINICO	*ESTADO AGUDO *ESTADO CRONICO *ESTADO AGUDO SUPURATIVO
SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PERICORONITIS	
TRISMO	SI / NO
DISFAGIA	SI / NO
HALITOSIS	SI / NO
INFLAMACION Y ENROJECIMIENTO DEL TEJIDO PERICORONARIO	SI / NO
LINFOADENOPATIA CERVICAL	SI / NO
TOMA DEL ESTADO GENERAL	SI / NO
PUS	SI / NO
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	SI / NO
INFLAMACION	SI / NO
INFECCION RECURRENTE	SI / NO
NO RESPUESTA A LOS MEDICAMENTOS	SI / NO
NINGUNA SINTOMATOLOGIA	
TIPO DE TRATAMIENTO	
ANTIBIOTICOTERAPIA	SI / NO
INTERVENCION QUIRURGICA	SI / NO
AMBOS TRATAMIENTOS	SI / NO

### ANEXOS 3: TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. POBLACIÓN DE ESTUDIO DEL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA MESES MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

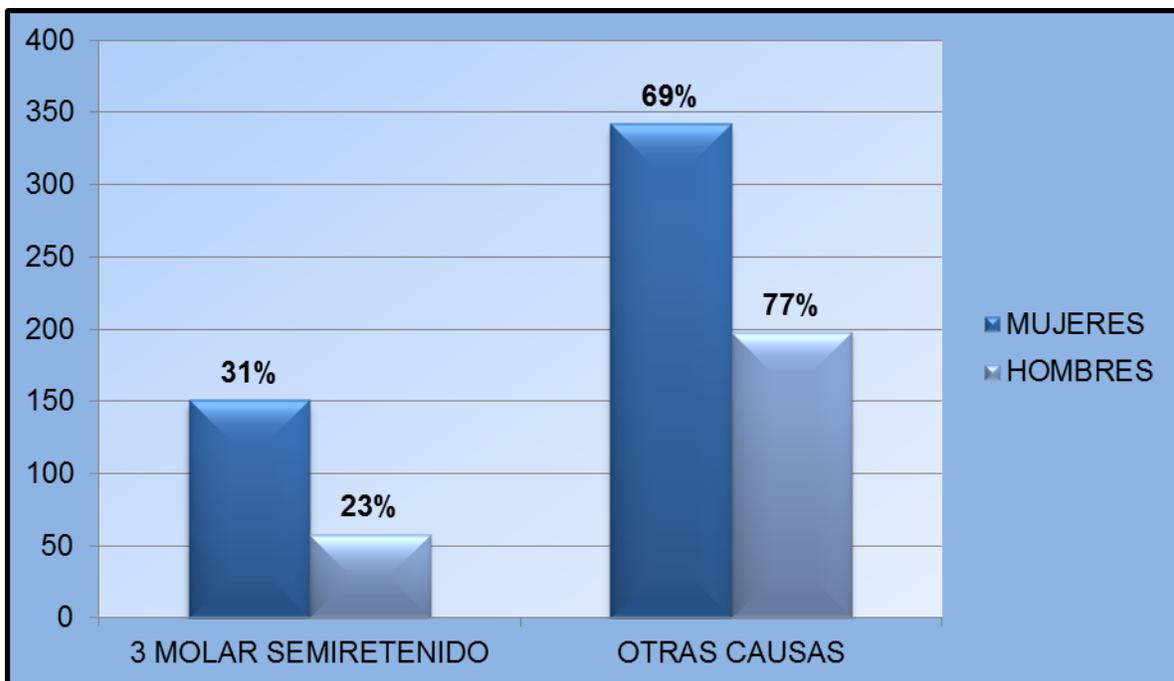
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre Del 2013

SEXO	3 MOLAR SEMIRETENIDO	OTRAS CAUSAS	TOTAL
MUJERES	31% (151 pacientes)	69% (342 pacientes)	100% (493 pacientes)
HOMBRES	23% (58 pacientes)	77% (198 pacientes)	100% (256 pacientes)
TOTAL	28% (209 pacientes)	72% (540 pacientes)	100% (749 pacientes)

La tabla 1, representa 749 pacientes atendidos; por presencia de tercer molar semirretenido 209 pacientes, el 28% de los pacientes atendidos; los cuales 151 son mujeres, el 31%, con una frecuencia de 30 mujeres de cada 100; y 58 hombres, 23%, una frecuencia de 22 pacientes masculinos de cada 100; el resto de pacientes fueron atendidos por causas diferentes.

GRAFICO 1. POBLACIÓN DE ESTUDIO DEL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA MESES MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



El total de pacientes atendidos fue de 749 personas, de las cuales 209 refirieron problemas relacionados con el tercer molar inferior lo que refleja el 28% de los pacientes recibidos. De los pacientes atendidos, 31% son mujeres en presencia de Pericoronitis y 23% son hombres.

TABLA 2. RELACION ENTRE PACIENTES CON TERCER MOLAR SEMIRETENIDO EN PRESENCIA DE PERICORONITIS Y LOS PACIENTES SIN NINGUN SINTOMA AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

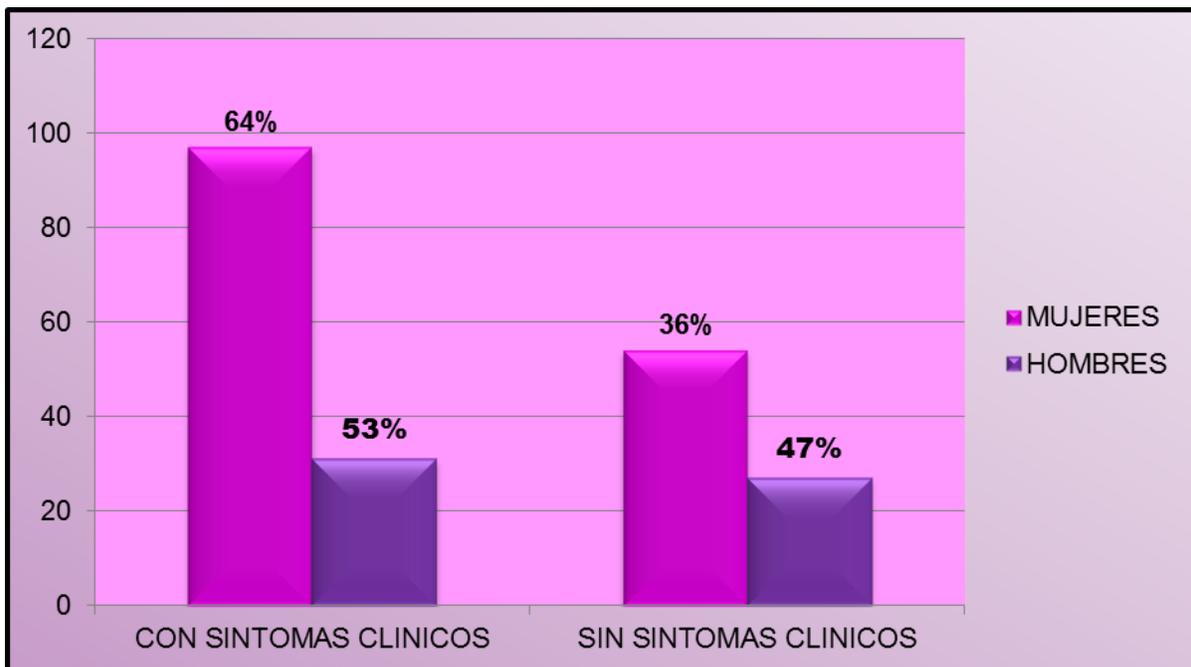
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

SEXO	CON SINTOMAS CLINICOS	SIN SINTOMAS CLINICOS	TOTAL
MUJERES	64% (97 pacientes)	36% (54 pacientes)	100% (151 pacientes)
HOMBRES	53% (31 pacientes)	47% (27 pacientes)	100% (58 pacientes)
TOTAL	61% (128 pacientes)	39% (81 pacientes)	100% (209 pacientes)

La Tabla 2 refiere el total de pacientes con presencia de tercer molar semirretenido, 209 pacientes; 128 pacientes presentaron sintomatología clínica por Pericoronitis; de ellos 97 eran mujeres, el 64%, una frecuencia de 19 de cada 100; y 31 hombres, el 53% una frecuencia de 12 pacientes de cada 100; 81 personas no presentaron ningún síntoma.

GRAFICO 2. RELACION ENTRE PACIENTES CON TERCER MOLAR SEMIRETENIDO EN PRESENCIA DE PERICORONITIS Y LOS PACIENTES SIN NINGUN SINTOMA AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



De los 209 pacientes atendidos con problemas relacionados al tercer molar mandibular, 128 presentaron sintomatología de Pericoronitis, lo que representa el 61% de los pacientes con esta afección bucal. 64% eran mujeres y 53% del total de pacientes eran hombres.

TABLA 3. SEXO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON PERICORONITIS AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

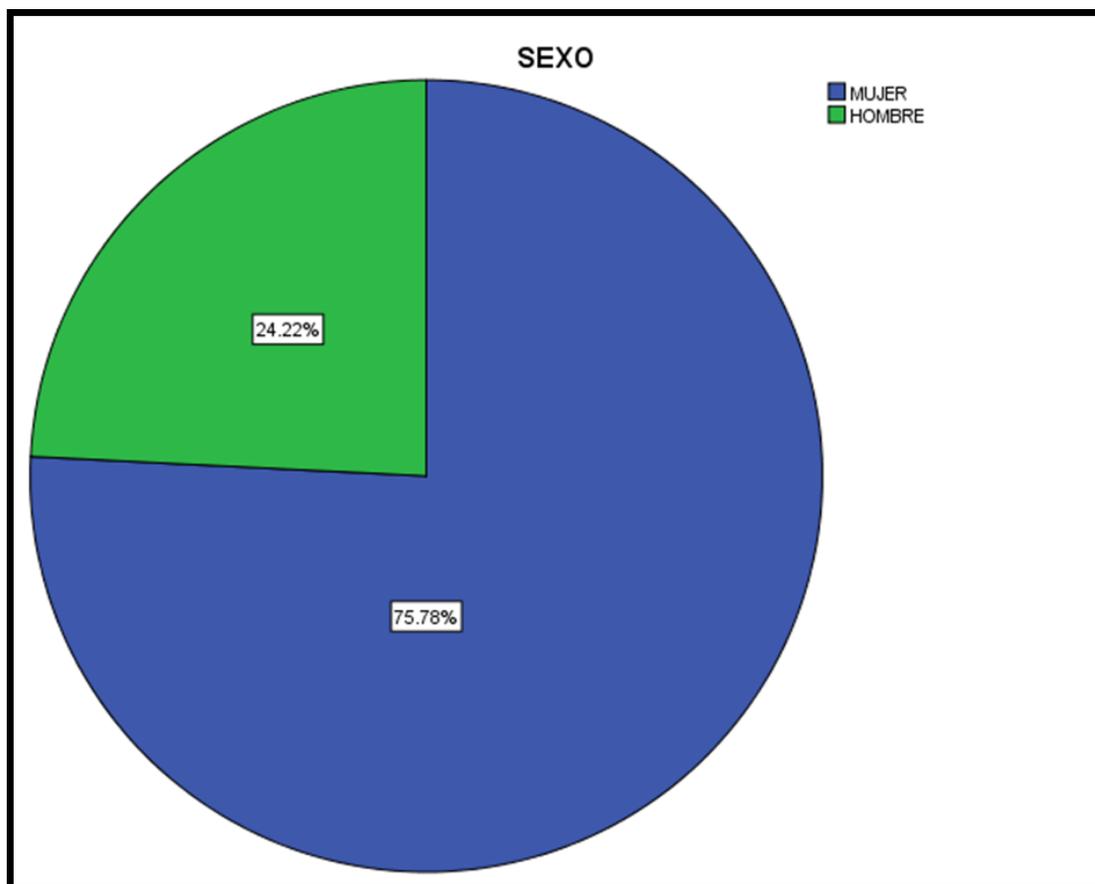
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

SEXO	EDAD 18-22	EDAD 23-27	EDAD 28-32	EDAD 33-37	EDAD 38-42	EDAD 43-47	TOTAL
MUJERES	86%	78%	43%	67%	50%	82%	76%
HOMBRES	14%	22%	57%	33%	50%	18%	24%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

La tabla 3 refiere la relación entre sexo y edad de los pacientes atendidos, se observó que las mujeres en edades comprendidas entre 18 y 27 años son las más afectadas por Pericoronitis, con un porcentaje de 86%, y los hombres en edades de 28 a 32 años.

GRAFICO 3. SEXO DE PACIENTES CON PERICORONITIS  
AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE,  
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

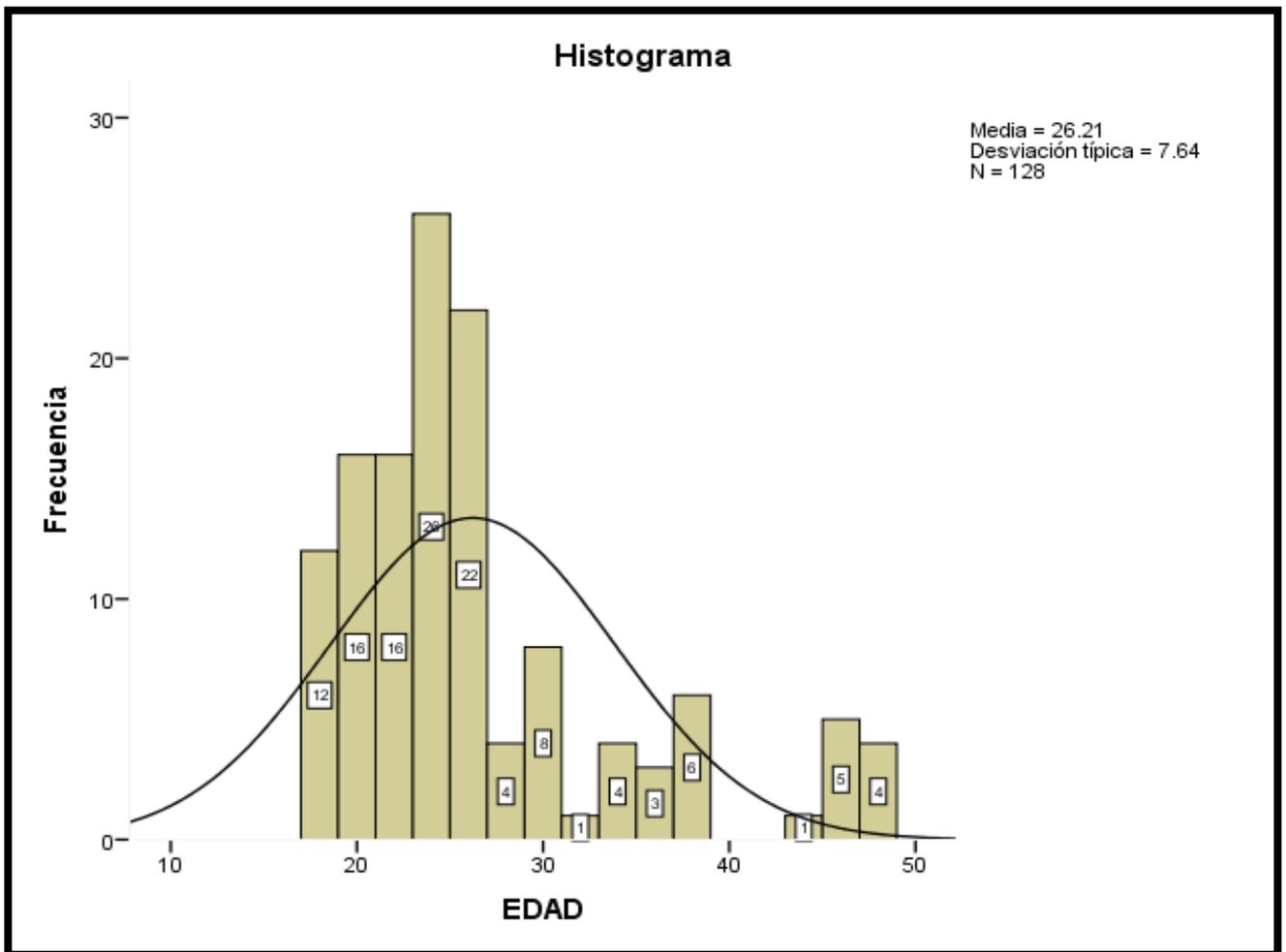
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



Según la gráfica en pastel las mujeres son más afectadas por Pericoronitis que los hombres, presentando 75% de los casos atendidos, mientras que los hombres afectados representan el 24% de los pacientes atendidos.

HISTOGRAMA 1. EDAD DE PACIENTES CON PERICORONITIS  
 AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE,  
 NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

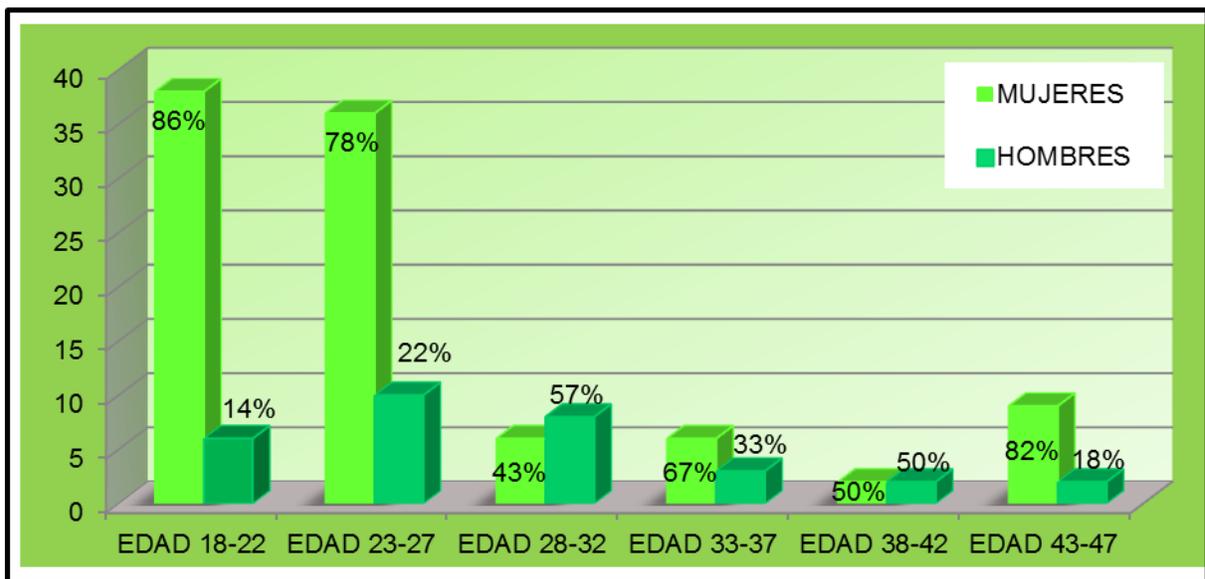
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



Respecto a las medidas de Tendencia Central, la media de los pacientes atendidos por Pericoronitis es de 26 años, con una mediana de 24 y la moda 23 años.

GRAFICO 4. RELACION ENTRE EL SEXO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON PERICORONITIS AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre Del 2013



De los 128 pacientes que presentaron sintomatología por Pericoronitis, 97 eran mujeres, el 75%; con una edad promedio de 18 a 22 años, el 86%; y 31 eran hombres, el 24%; con edad promedio de 28 a 32 años, el 57%

TABLA 4. RELACION ENTRE SEXO Y LOS DIFERENTES ESTADIOS INFECCIOSOS DE LA PERICORONITIS AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre Del 2013

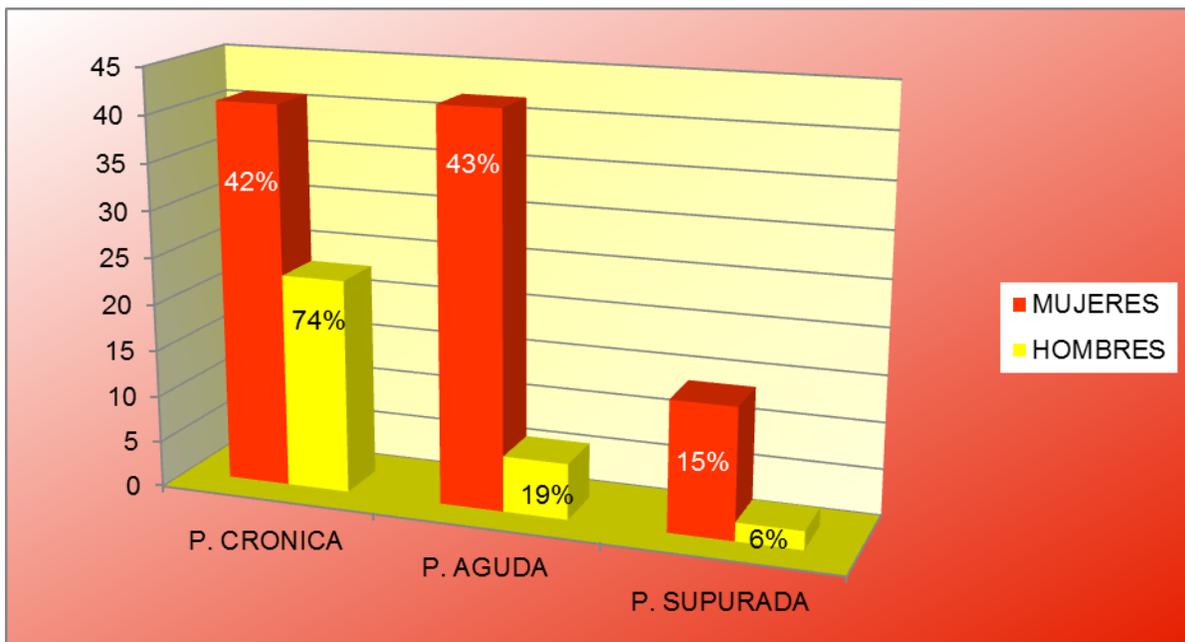
RELACION SEXO * DIAGNOSTICO					
SEXO		DIAGNOSTICO			Total
		PERICORONITIS SEROSA	PERICORONITIS CRONICA	PERICORONITIS SUPURADA	
MUJER	# Pacientes	42	41	14	97
	% dentro de SEXO	43.3%	42.3%	14.4%	100.0%
HOMBRE	# Pacientes	6	23	2	31
	% dentro de SEXO	19.4%	74.2%	6.5%	100.0%
Total	# Pacientes	48	64	16	128
	% dentro de SEXO	37.5%	50.0%	12.5%	100.0%

En relación a los estadios infecciosos de la Pericoronitis se encontró que de los 128 pacientes con manifestaciones clínicas, 42 mujeres presentaron Pericoronitis Aguda, el 43%, 41 mujeres fueron diagnosticadas con Pericoronitis Crónica, el 42%, y 14 pacientes femeninas sufrían de Pericoronitis Supurada que significa un porcentaje de 14%

En cuanto al sexo masculino: 23 pacientes padecían Pericoronitis Crónica, un porcentaje de 74%; 6 estaban afectados por Pericoronitis Aguda, el 19%; y 2 pacientes con estadios de Pericoronitis Supurada, representando el 7%

GRAFICO 5. RELACION ENTRE SEXO Y LOS DIFERENTES ESTADIOS INFECCIOSOS DE LA PERICORONITIS AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



El estadio infeccioso que sobre sale en las mujeres es Pericoronitis Aguda, con el 43% y en los hombres es Pericoronitis Crónica, con el 74% de los pacientes masculinos atendidos.

TABLA 5. RELACION ENTRE SEXO Y TRISMO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

<b>RELACION SEXO * TRISMO</b>				
<b>SEXO</b>		<b>TRISMO</b>		<b>Total</b>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>MUJER</b>	<b># Pacientes</b>	<b>14</b>	<b>83</b>	<b>97</b>
	<b>% dentro de SEXO</b>	<b>14.4%</b>	<b>85.6%</b>	<b>100.0%</b>
<b>HOMBRE</b>	<b># Pacientes</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>31</b>
	<b>% dentro de SEXO</b>	<b>6.5%</b>	<b>93.5%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Total</b>	<b># Pacientes</b>	<b>16</b>	<b>112</b>	<b>128</b>
	<b>% dentro de SEXO</b>	<b>12.5%</b>	<b>87.5%</b>	<b>100.0%</b>

En la relación sexo-trismo se encontró que 14 pacientes del sexo femenino presentaron trismo, y del sexo masculino 2 pacientes, el 14% y 7% respectivamente; 83 mujeres, el 86% y 29 hombres, el 93% no presentaron trismos al momento de ser evaluados.

TABLA 6. RELACION ENTRE SEXO Y DISFAGIA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

RELACION SEXO * DISFAGIA				
SEXO		DISFAGIA		Total
		SI	NO	
MUJER	# Pacientes	13	84	97
	% dentro de SEXO	13.4%	86.6%	100.0%
HOMBRE	# Pacientes	2	29	31
	% dentro de SEXO	6.5%	93.5%	100.0%
Total	# Pacientes	15	113	128
	% dentro de SEXO	11.7%	88.3%	100.0%

La tabla 6 presenta los pacientes que registraron disfagia, 13 mujeres, el 13% y 2 hombres, el 7%; los pacientes que no presentaron disfagia al momento de su atención dental fueron 84 mujeres, el 87% y 29 hombres, el 93%.

TABLA 7. RELACION ENTRE SEXO Y HALITOSIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013.

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

RELACION SEXO * HALITOSIS				
SEXO		HALITOSIS		Total
		SI	NO	
MUJER	# Pacientes	69	28	97
	% dentro de SEXO	71.1%	28.9%	100.0%
HOMBRE	# Pacientes	18	13	31
	% dentro de SEXO	58.1%	41.9%	100.0%
Total	# Pacientes	87	41	128
	% dentro de SEXO	68.0%	32.0%	100.0%

En la tabla 7 se observan pacientes que presentaron halitosis, un total de 69 mujeres y 18 hombres, 71% y 58%, respectivamente. Pacientes que no padecían halitosis, 28 mujeres, el 29% y 13 hombres, el 42%. 69 pacientes del sexo femenino presentaron halitosis, y del sexo masculino 18 pacientes.

TABLA 8. RELACION ENTRE SEXO E INFLAMACION Y ENROJECIMIENTO DEL TEJIDO PERICORONARIO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

<b>RELACION SEXO * INFLAMACION Y ENROJECIMIENTO DEL TEJIDO PERICORONARIO</b>				
	SEXO	INFLAMACION Y ENROJECIMIENTO		Total
		SI	NO	
MUJER	# Pacientes	41	56	97
	% dentro de SEXO	42.3%	57.7%	100.0%
HOMBRE	# Pacientes	4	27	31
	% dentro de SEXO	12.9%	87.1%	100.0%
Total	# Pacientes	45	83	128
	% dentro de SEXO	35.2%	64.8%	100.0%

En la tabla 8 se observa los pacientes con signos de inflamación y enrojecimiento de tejido pericoronario, 41 pacientes eran mujeres, el 42% y 4 pacientes eran hombres, el 13%; 56 pacientes femeninas, el 58% no presentaron inflamación ni enrojecimiento del tejido pericoronario, así como 27 hombres, el 87%.

TABLA 9. RELACION ENTRE SEXO Y LA PRESENCIA DE LINFOADENOPATIA CERVICAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

RELACION SEXO * LINFOADENOPATIA CERVICAL				
SEXO		LINFOADENOPATIA		Total
		SI	NO	
MUJER	# Pacientes	12	85	97
	% dentro de SEXO	12.4%	87.6%	100.0%
HOMBRE	# Pacientes	2	29	31
	% dentro de SEXO	6.5%	93.5%	100.0%
Total	# Pacientes	14	114	128
	% dentro de SEXO	10.9%	89.1%	100.0%

En la tabla 9 se observa el porcentaje de pacientes que presentaron linfadenopatias cervicales, 12 mujeres, el 12% y 2 hombres, el 7%; los pacientes que no mostraron linfadenopatias cervicales fueron 85 mujeres y 29 hombres, el 88% y el 93% respectivamente.

TABLA 10. RELACION ENTRE SEXO Y LA PRESENCIA DE MALESTAR GENERAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

RELACION SEXO * MALESTAR GENERAL				
SEXO		MALESTAR		Total
		SI	NO	
MUJER	# Pacientes	28	69	97
	% dentro de SEXO	28.9%	71.1%	100.0%
HOMBRE	# Pacientes	3	28	31
	% dentro de SEXO	9.7%	90.3%	100.0%
Total	# Pacientes	31	97	128
	% dentro de SEXO	24.2%	75.8%	100.0%

En la tabla 10 se observa que el malestar general se registró en 28 mujeres, representando el 29% y 3 hombres, el 10%, 69 mujeres y 28 hombres no adolecieron de malestar general, el 71% y el 90%, correspondientemente.

TABLA 11. RELACION ENTRE SEXO Y LA PRESENCIA DE PUS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013.

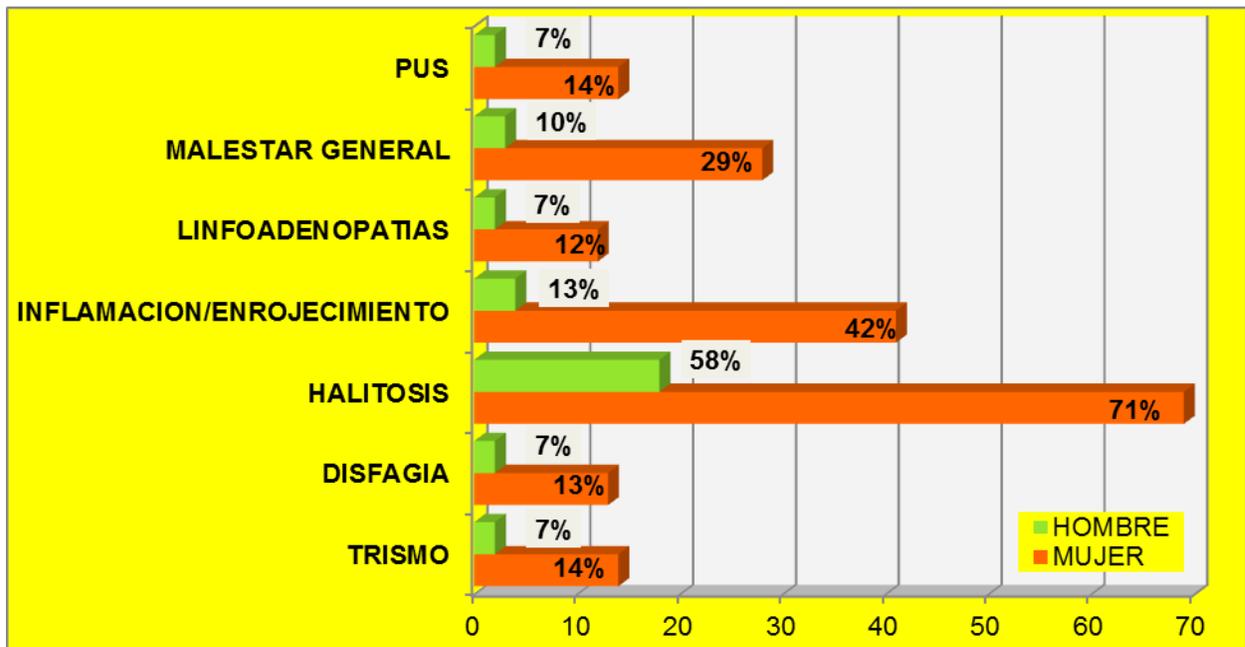
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

RELACION SEXO * PUS				
SEXO		PUS		Total
		SI	NO	
MUJER	# Pacientes	14	83	97
	% dentro de SEXO	14.4%	85.6%	100.0%
HOMBRE	# Pacientes	2	29	31
	% dentro de SEXO	6.5%	93.5%	100.0%
Total	# Pacientes	16	112	128
	% dentro de SEXO	12.5%	87.5%	100.0%

En la tabla 11 se observa que la presencia de pus se observó en 14 mujeres, el 14% y en 2 hombres, el 7%. Un total de 83 mujeres y 29 hombres estaban libres de la presencia de pus, el 86% y el 96% respectivamente.

**GRAFICO 6. RELACION ENTRE SEXO Y LA PRESENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS DE LA PERICORONITIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013**

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



El Grafico 6 presenta los porcentajes en la relación sexo – síntomas y signos clínicos por Pericoronitis, observamos que los signos más observado en los pacientes fueron la halitosis, con un 71% de presencia, en pacientes de ambos sexos, seguido de la inflamación y enrojecimiento del tejido pericoronario, el cual se presentó en 42% de las mujeres atendidas y en el 13% de los hombres evaluados.

El malestar general fue el síntoma con mayor referencia por el 29% de las mujeres y el 10% de los hombres.

TABLA 12. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

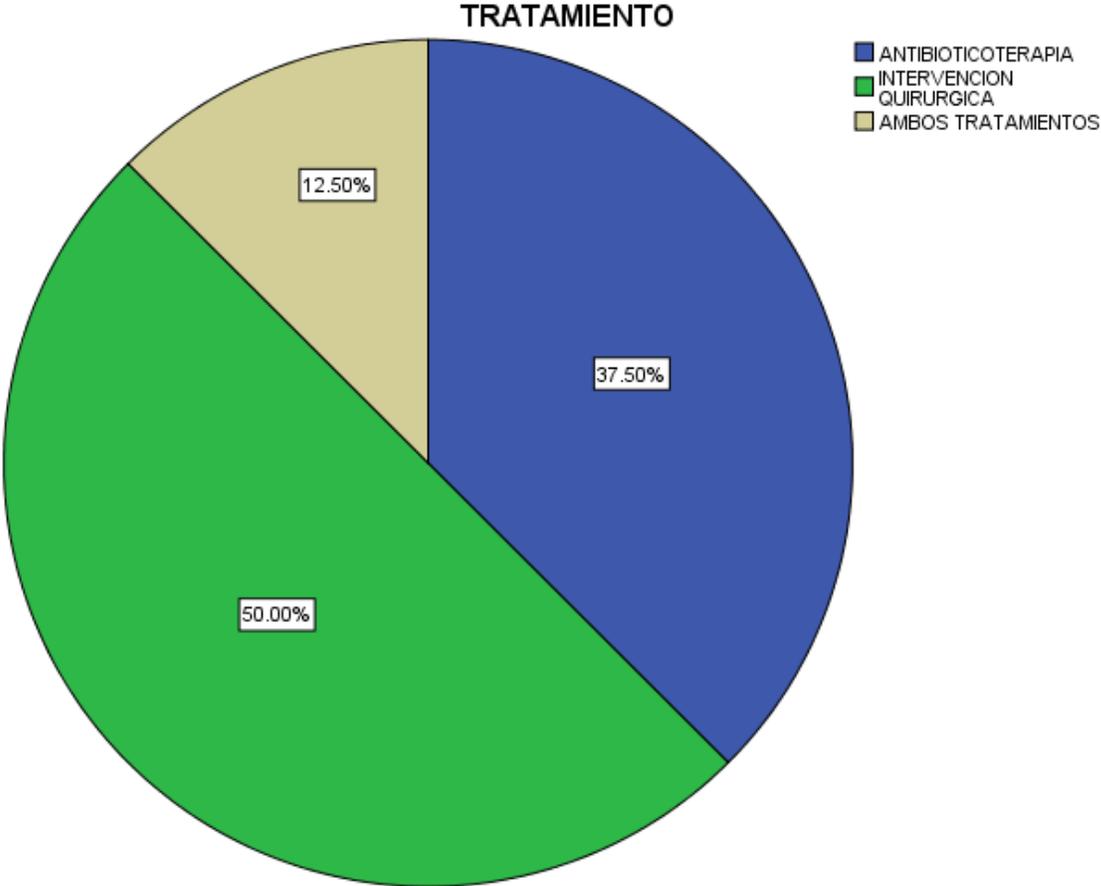
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

<b>FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS REALIZADOS</b>				
<b>TRATAMIENTOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>ANTIBIOTICOTERAPIA</b>	<b>48</b>	<b>37.5%</b>	<b>37.5%</b>	<b>37.5%</b>
<b>INTERVENCION QUIRURGICA</b>	<b>64</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>87.5%</b>
<b>AMBOS TRATAMIENTOS</b>	<b>16</b>	<b>12.5%</b>	<b>12.5%</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

El tratamiento que con más frecuencia se realizó en los pacientes al momento de su evaluación fue la intervención quirúrgica, atendándose 64 pacientes, el 50% de los casos; los pacientes que solo necesitaron Antibioticoterapia como tratamiento único fueron 48, un porcentaje de 38% y en 16 pacientes fue preciso administrar ambos tratamientos, el 12% de los pacientes que recibieron atención dental.

GRAFICO 7. PORCENTAJES DEL TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



El Grafico 7 nos muestra visiblemente la cantidad de pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica como tratamiento de urgencia, el 50%; seguido del 38% de los pacientes que recibieron Antibioticoterapia como tratamiento definitivo, y a 12% de pacientes tratados se les administro Antibioticoterapia como tratamiento de urgencia al momento de ser evaluados y posteriormente fueron intervenidos quirúrgicamente.

TABLA 13. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS PRESENTE EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

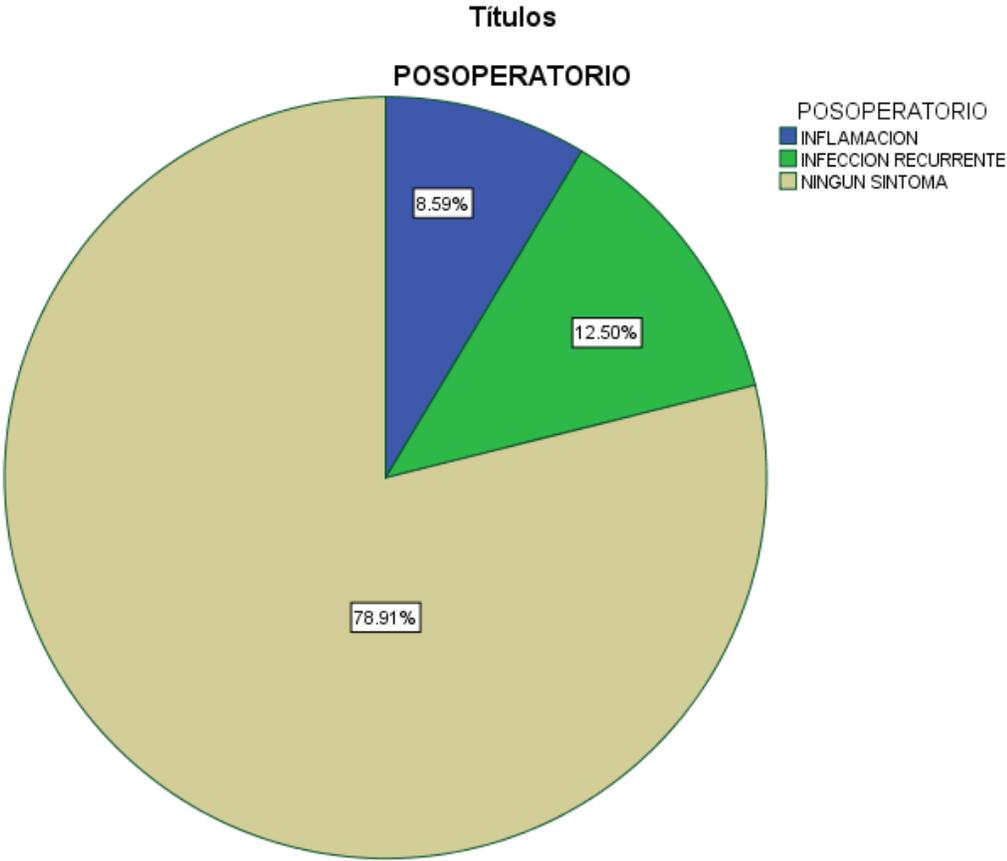
Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013

<b>FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS</b>				
<b>TIPO DE COMPLICACION POSTOPERATORIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>INFLAMACION</b>	<b>11</b>	<b>8.6%</b>	<b>8.6%</b>	<b>8.6%</b>
<b>INFECCION RECURRENTE</b>	<b>16</b>	<b>12.5%</b>	<b>12.5%</b>	<b>21.1%</b>
<b>NINGUN SINTOMA</b>	<b>101</b>	<b>78.9%</b>	<b>78.9%</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

La tabla 13 nos presenta las condiciones posoperatorias de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, observándose que 101 pacientes, el 79% no presentaron ninguna complicación; en 16 pacientes, el 13% se presentaron infecciones recurrentes y en 11 pacientes, el 9% se observó inflamación.

GRAFICO 8. PORCENTAJES DE LA SINTOMATOLOGIA POSOPERATORIA PRESENTE EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL UNAH VS MARZO, ABRIL, MAYO, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2013

Fuentes de datos primaria: A partir de las hojas de reporte diario de los alumnos de la clase de Cirugía Bucal II en el periodo de Marzo, Abril, Mayo, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2013



En el Grafico 8 se manifiesta las condiciones postoperatorias de los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Un porcentaje de 79% del total de pacientes estuvieron dentro de las condiciones normales de inflamación – dolor; el 12% de los pacientes presentaron infecciones recurrente y en un 9% de pacientes se observó inflamación. En ambos casos se administró la terapia medicamentosa necesaria.

ANEXO 4. FOTOS



FOTO 1. PACIENTE FEMENINO DE 20 AÑOS, CON PERICORONITIS AGUDA SEROSA, AL MOMENTO DE SU LLEGADA AL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA EN EL AÑO 2013.

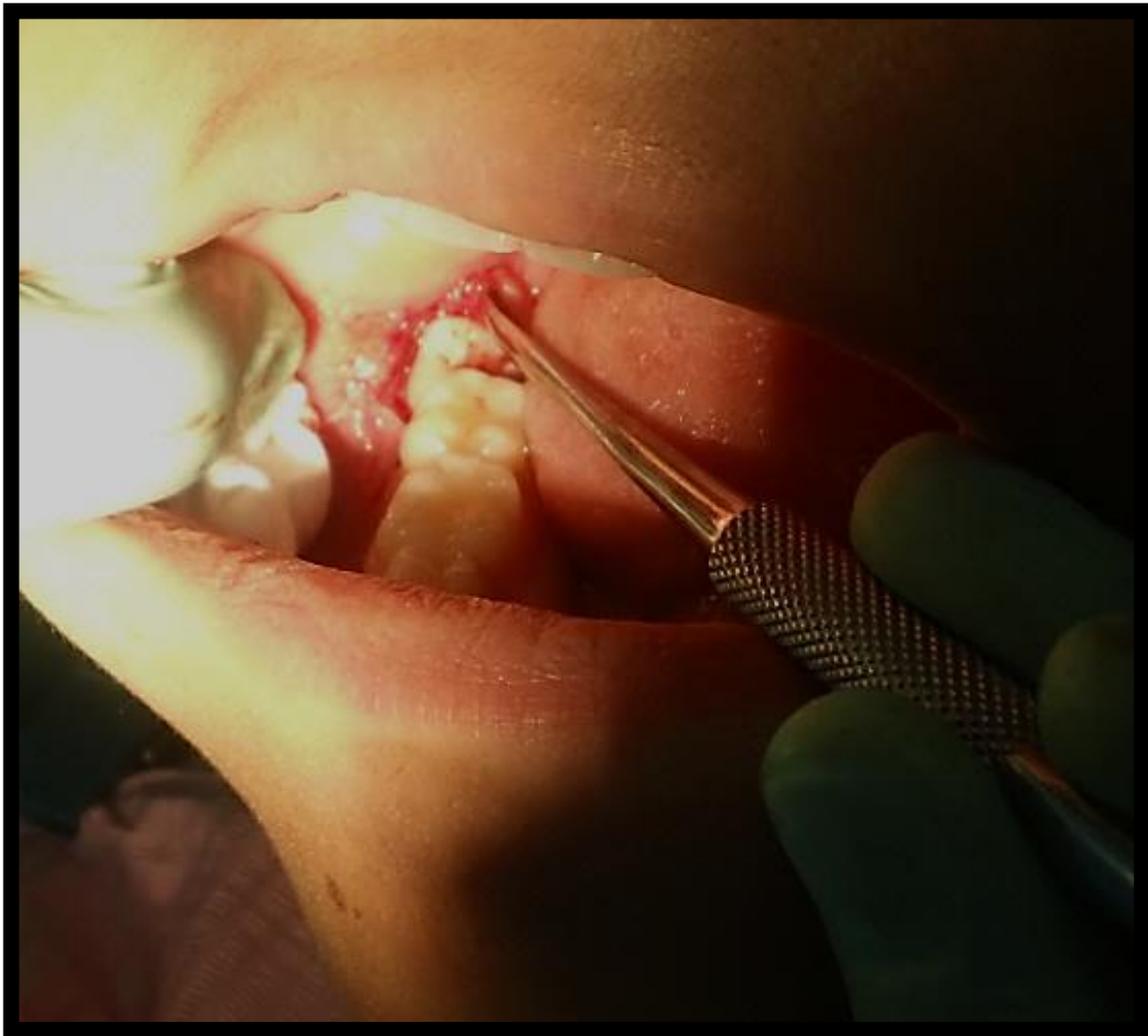


FOTO 2. INTERVENCION QUIRURGICA EN PACIENTE MASCULINO, 22 AÑOS, CON SINTOMATOLOGIA DE PERICORONITIS AGUDA SEROSA, PREVIAMENTE SE ADMINISTRO ANTIBIOTICOTERAPIA. ATENDIDO EN EL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA EN EL AÑO 2013.



FOTO 3. PACIENTE MASCULINO, 24 AÑOS, DIAGNOSTICADO CON PERICORONITIS CRONICA Y LA REALIZACION DE LA INTERVENCION QUIRURGICA ATENDIDO EN EL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA EN EL AÑO 2013.



FOTO 4. ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA.