



## CASO CLÍNICO



**Serrano Torrecilla, Mónica**  
Cirujano Bucal. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

**Martínez-Rodríguez, Natalia**  
Profesora asociada de Clínica Odontológica Integrada de Adultos. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos (URJC). Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

**Martínez-González, Sandra**  
Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

**Rubio Alonso, Luis Jesús**  
Profesor colaborador honorífico. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid (UCM). Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

**Martínez-González, José M<sup>a</sup>**  
Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid (UCM).

### Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

### Correspondencia:

José M<sup>a</sup> Martínez-González  
Facultad de Odontología. UCM  
Pza. Ramón y Cajal s/n  
28040 Madrid  
jmargo@odon.ucm.es  
Tel.: 913 941 967

Fecha de recepción: 1 de junio de 2015.  
Fecha de aceptación para su publicación:  
30 de octubre de 2015.

# Tratamiento quirúrgico simultáneo de terceros y cuartos molares impactados: A propósito de un caso

Serrano Torrecilla, M., Martínez-Rodríguez, N., Martínez-González, S., Rubio Alonso, L. J., Martínez-González J. M<sup>a</sup>.  
Tratamiento quirúrgico simultáneo de terceros y cuartos molares impactados: a propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2015; 12; 3: 225-230.

## RESUMEN

**Introducción:** El diente supernumerario o hiperodoncia es una alteración infrecuente, caracterizada por el aumento en el número de dientes de un individuo y cuya etiología, en la actualidad, continúa siendo controvertida. Esta anomalía presenta una mayor prevalencia por el sexo femenino y su localización más habitual es a nivel del maxilar, preferentemente en la línea media.

**Objetivos:** El presente trabajo describe el tratamiento quirúrgico simultáneo de los terceros y cuartos molares impactados, así como el protocolo diagnóstico necesario para la realización del mismo.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una paciente mujer de 48 años que acude al Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial del Hospital Virgen de la Paloma, remitida por su odontólogo habitual. Tras la realización de un estudio radiológico, a través de una radiografía panorámica, se evidenció la presencia de distomolares inferiores bilaterales impactados junto a los terceros molares y su relación con el nervio dentario inferior determinó la realización de un estudio tomográfico. Una vez informada la paciente y habiendo obtenido el consentimiento informado se procedió a la extracción quirúrgica simultánea de los cuatro molares inferiores.

**Conclusiones:** El tratamiento de los molares supernumerarios debería realizarse lo antes posible, con la finalidad de evitar el desplazamiento y la alteración de la erupción de dientes permanentes.

## PALABRAS CLAVE

Terceros molares inferiores; Distomolares; Tratamiento quirúrgico.

## SURGICAL SIMULTANEOUS TREATMENT OF IMPACTED THIRD AND FOURTH MOLARS: CLINICAL CASE

## ABSTRACT

**Introduction:** supernumerary teeth or hyperodontia are infrequent alterations characterized by a higher number of tooth, and, to date, with a controversial etiology. This abnormality presents a higher prevalence in women, and its preferent location is maxilar, near the midline.

**Objectives:** The present paper describes the simultaneous surgical treatment of third and fourth impacted molars, as well as its necessary diagnostic protocol.

**Clinical case:** We present a 48 year-old woman that comes into the Surgery and Implantology Service of the Virgen de la Paloma hospital, sent by her usual dentist. After performing a radiologic study, through panoramic radiograph, it was evidenced the presence of bilateral mandibular impacted distomolars next to third molars, which relation to the inferior dental nerve was determined by a tomographic study. Once informed, and having obtained the informed consent, the simultaneous extraction of the four inferior molars was done.

**Conclusions:** The treatment of supernumerary molars should be performed as soon as possible, with the purpose of avoiding displacement and eruption of permanent teeth.

## KEYWORDS

Inferior third molars; Distomolars; Surgical treatment.

## INTRODUCCIÓN

El diente supernumerario o hiperodoncia, ha sido definido como aquella anomalía dentaria caracterizada por el aumento en el número de dientes de un individuo, en relación con la configuración normal de la dentición temporal y permanente, constituidas respectivamente por 20 y 32 dientes<sup>1, 2</sup>.

La aparición de estas alteraciones no es muy frecuente, presentando una incidencia del 0,3% al 0,6% en dentición temporal y del 0,1% al 3,8% en la dentición adulta<sup>3</sup>. Presentan una mayor prevalencia por el sexo femenino, en una proporción de 2:1<sup>4</sup>.

Suelen presentarse en mayor proporción en el maxilar que en la mandíbula en una proporción que oscila de 5:1 a 10:1<sup>5</sup>. Así, la localización más habitual, a pesar de poder encontrarlos en cualquier punto de la arcada dentaria, es la línea media. Este tipo de supernumerarios representan el 80% y son denominados mesiodens<sup>6, 7</sup> y van seguidos, en orden de frecuencia de aparición, por los cuartos molares superiores, premolares inferiores, incisivos laterales superiores, cuartos molares inferiores y los incisivos centrales inferiores, siendo más excepcional la presencia en premolares superiores, caninos superiores e inferiores e incisivos laterales inferiores<sup>8</sup>.

La etiología de los dientes supernumerarios, a día de hoy, sigue siendo controvertida. Sin embargo, se ha demostrado que el tipo de dentición que presentan los humanos favorece su aparición, pues es una dentición difiodonta (dos denticiones), heterodonta (distinta morfología de cada grupo dentario) y que ha sufrido numerosas variaciones a lo largo de su evolución filogenética<sup>5</sup>.

El diagnóstico de los dientes supernumerarios es fruto de hallazgos casuales durante exploraciones radiográficas rutinarias<sup>9</sup>. Sólo una cuarta parte de ellos erupciona total o parcialmente, siendo lo más habitual que permanezcan incluidos. La presencia de hiperodoncia puede causar múltiples complicaciones, como son retraso en la erupción de dientes definitivos o malposiciones dentarias (rotación, torsión, versión), siendo en muchos casos la primera manifestación clínica de un diente supernumerario<sup>10-12</sup>. Asimismo pueden provocar rizólisis y lesiones periodontales de los dientes adyacentes por compresión sobre sus raíces e incluso podemos encontrar la formación de quistes radiculares en relación a estos dientes, aunque este último hallazgo se presente en tan sólo un 5% de los casos<sup>5, 13, 14</sup>.

Los dientes supernumerarios se clasifican atendiendo a su morfología, número y localización:

En cuanto a la morfología, se distinguen los "dientes suplementarios" que son aquellos que presentan una forma de diente normal (eumórficos) y los "dientes dismórficos" los cuales tienen morfologías atípicas (heteromórficos) y dentro de los cuales pueden aparecer con distintas formas: conoides que son de pequeño tamaño con una corona y raíz rudimentarias y dientes tuberculados presentando coronas con múltiples cúspides y una única raíz curvada<sup>5, 15-17</sup>.

Atendiendo al número de dientes supernumerarios, podemos encontrar casos de hiperodoncia simple (un único diente supernumerario), siendo el mesiodens el más frecuente en aparecer de forma unitaria y el cuarto molar el segundo en orden de frecuencia<sup>18</sup>. La hiperodoncia múltiple es un hallazgo menos frecuente, en el que suelen aparecer múltiples dientes supernumerarios tanto a nivel anterior como posterior, pudiendo estar asociado a síndromes complejos como son la displasia cleidocraneal<sup>19</sup>, el síndrome de Gardner o el querubismo<sup>5</sup>.

Finalmente también se clasifica a los dientes supernumerarios en función de su localización. Centrándonos en la región molar, que es la que nos atañe fundamentalmente en este escrito, encontramos distomolares o retromolares siendo aquellos situados distalmente al tercer molar en la misma línea de la arcada o bien podemos encontrar los denominados paramolares, localizados en el triángulo interdentario entre segundo y tercer molar o menos frecuente entre primero y segundo, fuera de la línea de la arcada por vestibular, lingual o palatino<sup>15, 17, 20</sup>.

Por tanto el diagnóstico a través de un examen radiológico, será necesario para determinar la posición del diente supernumerario en cuestión, su tamaño, forma, relación de proximidad con dientes y estructuras anatómicas adyacentes y la distancia que lo separa del plano oclusal<sup>21</sup>.

La extracción de estos dientes supernumerarios será, en general, la primera opción terapéutica con la finalidad de evitar futuras complicaciones<sup>8</sup>, siendo tratado al igual que un tercer molar incluido<sup>22</sup>.

El propósito del presente trabajo es la presentación de un caso clínico de distomolares inferiores bilaterales, que a pesar de su posición y relación de cercanía con el nervio dentario inferior, no presentaba ningún signo clínico.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 48 años que acude al Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial del Hospital Virgen de la Paloma, remitida por su odontólogo habitual. La paciente sin antecedentes patológicos de interés fue sometida a un examen intraoral y extraoral exhaustivo, no encontrando patología alguna. Tras la realización de un estudio radiológico, a través de una radiografía panorámica, se evidenció la presencia de distomolares inferiores bilaterales impactados junto a los terceros molares. Se encontraba en posición horizontal el tercer molar inferior derecho y en posición vertical el del lado contralateral. Su anatomía, permitió describirlos como eumórficos y su relación con el nervio dentario inferior determinó la realización de un estudio tomográfico (Figuras 1-4).

Una vez obtenidas ambas pruebas diagnósticas, se informó a la paciente sobre la conveniencia de la extracción quirúrgica de los cuatro molares, así como las ventajas de realizar dicho procedimiento bajo anestesia general.

Una vez obtenido dicho consentimiento, se solicitó a la paciente un estudio preoperatorio que incluía una radiografía de tórax, un electrocardiograma y un análisis sistemático de sangre.

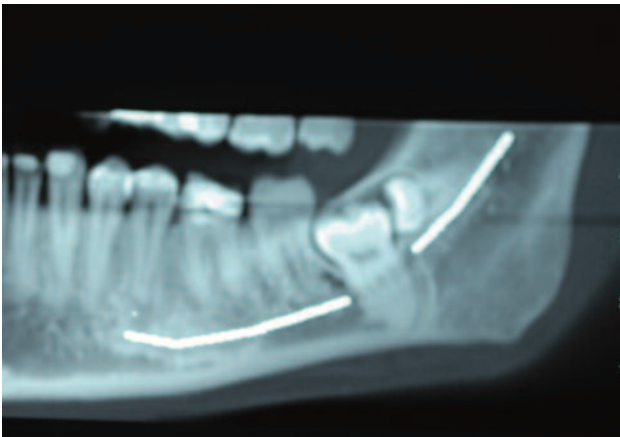


Figura 1. Corte panorámico en CBCT. Obsérvese la presencia del distomolar inferior izquierdo y el tercer molar en relación con el nervio dentario inferior.

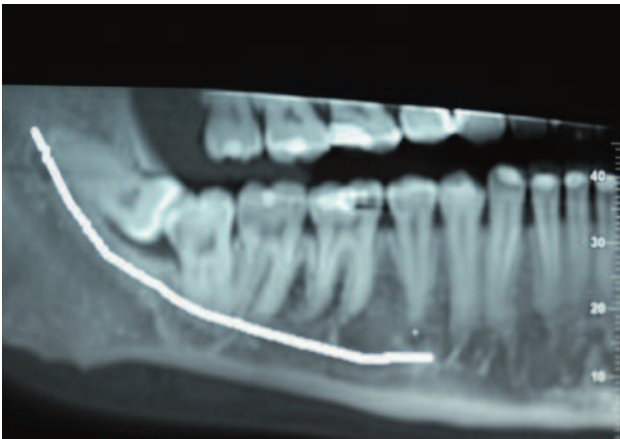


Figura 2. Corte panorámico en CBCT. Obsérvese la presencia del distomolar inferior derecho y tercer molar con una relación más favorable con el nervio dentario inferior.

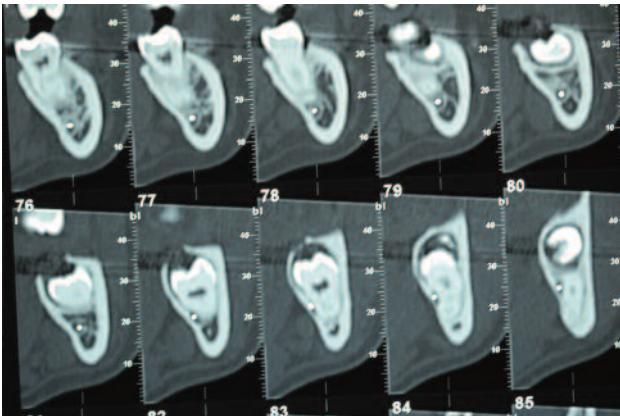


Figura 3. Cortes transversales izquierdos en los que se observa la posición lingual del nervio dentario inferior.

La intervención quirúrgica se realizó siguiendo el protocolo de desinfección del campo con povidona yodada, incisión festoneada lineal desde mesial del segundo molar con descarga distal (Figura 5) y despegamiento mucoperióstico exponiendo el hueso para llevar a cabo la ostectomía seguida de la extracción del distomolar inferior izquierdo (Figura 6). Tras extracción del distomolar, se realizó la exodoncia del tercer molar inferior izquierdo requiriendo la odontosección coronal del mismo (Figura 7). Para la limpieza de la zona quirúrgica y la eliminación

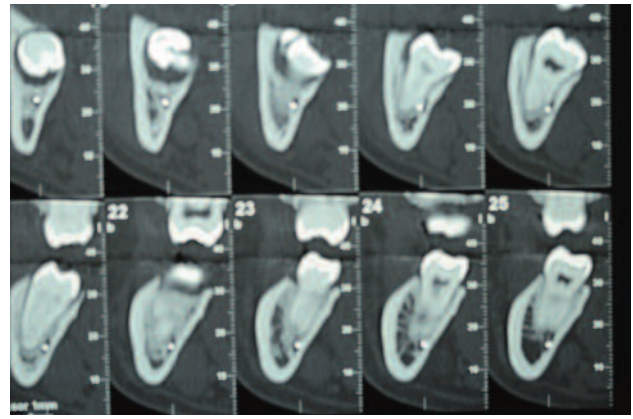


Figura 4. Cortes transversales derechos, con posición lingual del nervio dentario inferior.

de restos óseos, se irrigó con suero fisiológico, previamente al cierre de los tejidos blandos mediante sutura de tres ceros (Figura 8).

La intervención quirúrgica finalizó con la remoción del tercer y cuarto molar del lado contralateral, realizando inicialmente la ostectomía para proceder después a la odontosección del distomolar que finalizaría con la exodoncia del mismo (Figuras 9 y 10). Posteriormente se llevó a cabo la exodoncia del tercer molar inferior derecho, no siendo necesaria, en este caso, la odontosección.

Como tratamiento postoperatorio, se le prescribieron a la paciente, un antibiótico (Amoxicilina 750 mg cada 8 horas durante



Figura 5. Incisión lineal con descarga posterior para el acceso quirúrgico.

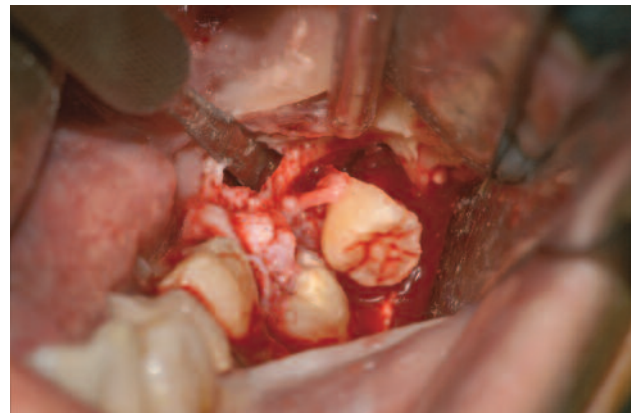


Figura 6. Extracción de distomolar inferior izquierdo.



7 días), un antiinflamatorio (Diclofenaco sódico 50 mg cada 8 horas durante 4 días) y un analgésico de rescate en el caso de que la paciente padeciese dolor postquirúrgico.

A la semana de la intervención la paciente acudió a consulta para revisión de la zona intervenida y la retirada de los puntos de sutura.

## DISCUSIÓN

Los dientes supernumerarios se presentan como alteraciones del desarrollo, que aparecen poco frecuentemente en cualquier área de los arcos dentales, pudiendo estar asociado a síndromes sistémicos.

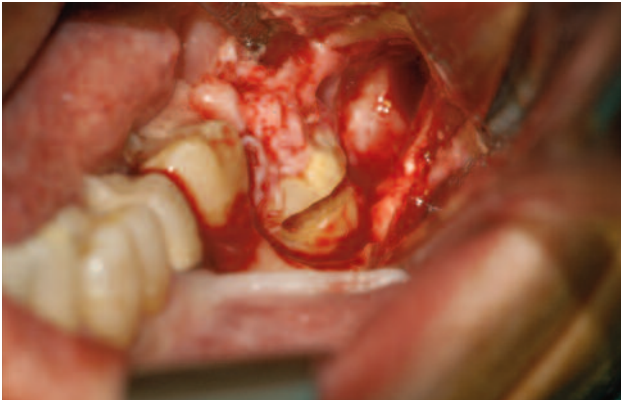


Figura 7. Odontosección coronal del tercer molar inferior izquierdo.

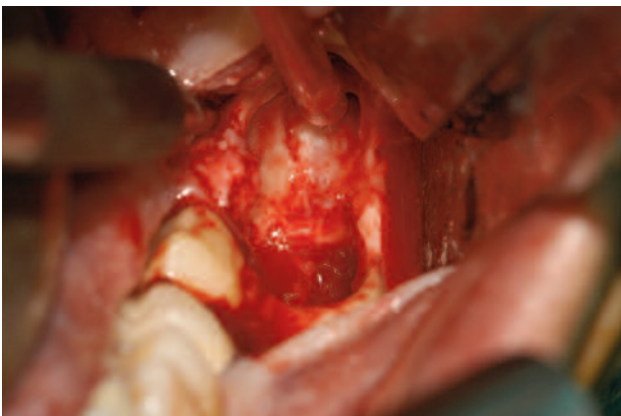


Figura 8. Aspecto de la cavidad residual tras la extracción de ambos dientes retenidos.

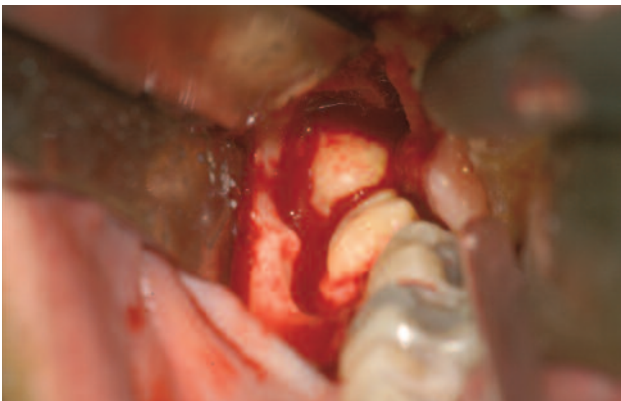


Figura 9. Detalle de la osteotomía para la extracción del distomolar y tercer molar inferiores derechos.

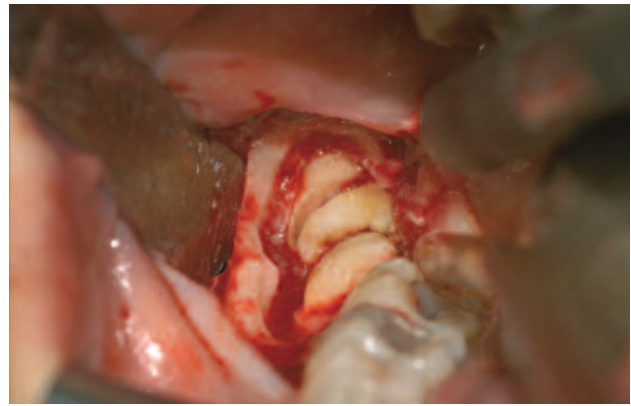


Figura 10. Odontosección realizada a nivel del distomolar inferior derecho.

Leco Berrocal y cols.<sup>23</sup>, en el año 2008, publicaron un estudio analizando la actividad quirúrgica llevada a cabo en el Máster de Cirugía Bucal de la Universidad Complutense de Madrid, en el cual tras realizar 6.750 intervenciones, tan solo el 0,5% de las mismas fueron por la presencia de dientes supernumerarios.

El porcentaje de aparición de los cuartos molares varía según los resultados de los distintos autores, del 1% en lo que coinciden Menardia y cols.<sup>24</sup>, y Stafne y cols.<sup>25</sup>, el 2% para Luten y cols.<sup>26</sup>, hasta el 1,9% para Backmann y cols.<sup>27</sup>.

Su aparición es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula, tal y como describen autores como Muhammed-Ísa Kara y cols.<sup>9</sup>, con un 84,4% y un 15,8% respectivamente, Leco Berrocal y cols.<sup>28</sup>, en cuyo estudio encontraron un 79,2% en maxilar y un 20,8% en mandíbula o Menardia y cols.<sup>24</sup>, quienes encontraron un 86,8% de los molares supernumerarios a nivel maxilar.

Actualmente su etiología sigue siendo controvertida, existiendo tres teorías principales que intentan explicar las causas de aparición de estas poliodoncias:

Teoría de la "hiperactividad del epitelio embrionario", la más acogida por parte de los autores, define la sobreactividad epitelial, en cualquier momento embrionario, como la causa de nueva formación dentaria<sup>29</sup>.

Teoría de la "escisión del folículo dental", la cual afirma que factores traumáticos o disturbios evolutivos (mutaciones evolutivas), pueden provocar la división del folículo en dos o más fragmentos, lo que conllevaría a la formación de dos dientes a partir de un único germen (teoría dicotómica)<sup>5, 29</sup>.

Teoría del "atavismo", que explicaría la formación de dientes supernumerarios como una reversión filogenética, es decir, el regreso a una fórmula dentaria primitiva, similar a la que presentan ciertos vertebrados con mayor número de dientes, como son los primates<sup>5</sup>.

La relación por sexos se inclina a favor del sexo femenino, como recoge Shahzad y cols.<sup>30</sup> en su estudio del año 2012, con un porcentaje del 65% a favor de las mujeres. Asimismo atendiendo a la edad más frecuente de aparición Salcido-García y cols.<sup>31</sup>, determinan que la presencia de dientes su-

pernumerarios es mayor durante las tres primeras décadas de vida.

En cuanto a la posición, es más frecuente encontrar los molares supernumerarios en posición de distomolares frente a un menor número de casos en los que podemos localizarlos en posición paramolar. Esto fue descrito en el estudio realizado en 2012 por Muhammed-Ísa Kara y cols.<sup>9</sup>, quienes recogieron cifras de un 63% de casos de distomolares y tan sólo un 37% de paramolares. Asimismo Leco Berrocal y cols.<sup>28</sup>, encontraron sobre 2000 pacientes un 79,2% de los casos en posición distomolar.

Estos datos son sorprendentes, pues autores como Donado y cols.<sup>32</sup>, Gay-Escoda y cols.<sup>8</sup>, o Peñarrocha y cols.<sup>5</sup>, consideran los paramolares en tercer y cuarto lugar de frecuencia dentro de los dientes supernumerarios.

A diferencia de nuestro caso clínico la mayoría de los autores describen la presencia de cuartos molares bilaterales más frecuentemente a nivel maxilar, como fue descrito ya en el año 1992 en el estudio de Martínez-González y cols.<sup>29</sup>.

En cuanto al tratamiento de los molares supernumerarios, autores como Donado y cols.<sup>32</sup>, afirman que debería realizarse lo antes posible, con la finalidad de evitar el desplazamiento y la erupción de dientes permanentes. Esta misma posición adoptan Cozza y cols.<sup>33</sup>, sin embargo autores como Koch y cols.<sup>34</sup>, desaconsejan la extracción de estos molares incluidos en niños menores de 10 años, debido a la necesidad en la mayoría de los casos de realizarlo bajo anestesia general. Asimismo Kruger y cols.<sup>35</sup>, sugieren el retraso de estas exodoncias, pero en este caso señalando la necesidad de que los dientes vecinos presenten sus ápices cerrados.

Sin embargo todos ellos coinciden, que en el momento de la exodoncia, es fundamental iniciar el acto quirúrgico con el diente que se encuentre en una posición más coronal, realizando la odontosección del mismo con la finalidad de simplificar la cirugía y evitando llevar a cabo ostectomías agresivas que puedan empeorar el postoperatorio del paciente, procedimiento que fue el utilizado en el caso clínico expuesto en el presente artículo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Romero FJ, Cerviño Ferradañes S. Múltiples dientes supernumerarios distomolares. *Av Odontoestomatol* 2009; 25 (6): 319-25.
2. Domínguez Reyes A, Mendoza Mendoza A, Fernández Domínguez H. Estudio retrospectivo de dientes supernumerarios en 2045 pacientes. *Av Odontoestomatol* 1995; 11: 575-82.
3. Díaz A, Orozco J, Fonseca M. Múltiple hiperodontia: Report of a case with 17 supernumerary teeth with non syndromic association. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14: E229-31.
4. Thongudomporn U, Freer TJ. Prevalence of dental anomalies in orthodontic patients. *Aust Dent* 1998; 43: 395-8.
5. Peñarrocha MA, Peñarrocha M, Larrizábal C, Mínguez I. Dientes supernumerarios, consideraciones quirúrgicas y ortodóncicas. *Arch Odontoestomatol* 2003; 19 (4): 263-72.
6. Alaejos C, Contreras MA, Buenechea R. Mesiodens: A retrospectiva de una serie de 44 pacientes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2000; 5: 81-8
7. Danalli DN, Buzzato JF, Braum TW. Long-term interdisciplinary management of multiple mesiodens and delayed eruption: report of a case. *J Dent Child* 1988; 55: 376-80.
8. Gay C, Mateos M, España A. Otras inclusiones dentarias: Mesiodens y otros dientes supernumerarios. Dientes temporales incluidos. Eds. *Cirugía Bucal*. Madrid: editorial Ergon 1999; 511-50.
9. Muhammed-Isa K, Ali-Murat A, Sinan A. Characteristics of 351 supernumerary molar teeth in Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17 (3): e395-400.
10. Mendiazabal J. Falta de erupción de centrales causados por supernumerarios. *Rev Vasca Odontoestomatol* 1992; 2: 255-7.
11. Mitchell L, Bennett TG. Supernumerary teeth causing delayed eruption: a retrospective study. *Br J Orthod* 1992; 19: 41-6.
12. Anthonappa RP, Omer RS, King NM. Characteristics of 283 supernumerary teeth in Southern Chinese children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105: e48-54.
13. McCrear S. Adjacent dentiderous cysts with ectopic displacement of a third mandibular molar and supernumerary (forth) molar: a rare occurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107: e15-e20.
14. Lustmann J, Bodner L. Dentigerous cyst associated with supernumerary teeth. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17: 100-2.
15. Nayak G, Shetty S, Singh I, Pitalia D. Paramolar – A supernumerary molar: A case report and an overview. *J Dent Res* 2012; 9 (6): 797-803.
16. Liu JF. Characteristics of premaxillary supernumerary teeth: a survey of 112 cases. *ASDC J Dent Child* 1995; 62 (4): 262-5.
17. Rajab LD, Hamdan MA. Supernumerary teeth: review of the literatura and a survey of 152 cases. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12 (4): 244-54.
18. Howe GL. Auxiliares quirúrgicos en ortodoncia. (ed) *Cirugía bucal menor*. México 1987: 197-203.
19. Atasu M, Dumlu A, Ozbayrak S. Múltiple supernumerary teeth in association with cleidocraneal dysplasia. *J Clin Pediatric Dent* 1996; 21: 87-93.
20. Koo S. Bilateral Maxillary fourth molars and a supernumerary tooth in maxillary canine región: a case report. *SADJ* 2002; 57: 372-4.
21. Reddy GS, Reddy GV, Krishna IV, Regonda SK. Nonsyndromic bilateral multiple impacted supernumerary mandibular third molars: a rare and unusual case report. *Case rep Dent* 2013, ID 857147. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/857147>.
22. Clementini M, Ottria L, Pandolfi C. Four impacted fourth molars in a young patient: a case report. *Oral Implantol* 2013; 5 (4): 100-3.
23. Leco Berrocal MI, Martínez González JM, Donado Rodríguez M. Demanda social en cirugía bucal ambulatoria. Casuística en el máster de cirugía bucal de la Universidad Complutense de Madrid. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 1:13 Supl 1:41-5.
24. Menardia-Pejuan V, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Supernumerary molars. A review of 53 cases. *Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol* 2000; 42 (2-3): 101-5.
25. Stafne EC. Supernumerary teeth. *Dent Cosmos* 1935; 74: 653-9.
26. Luten JR. The prevalence of supernumerary teeth in primary and mixed dentitions. *J Dent Child* 1967; 34: 346-53.
27. Backman B, Wahlin YB. Variations in number and morphology of permanent teeth in 7- year old Swedish children. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11 (1): 11-7.
28. Leco Berrocal MI, Martín Morales JF, Martínez González JM. Estudio observacional sobre la frecuencia de dientes supernumerarios en la población de 2000 pacientes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: 96-100.
29. Martínez González JM, Alobera Gracia MA, Baca Pérez-Bryan. Patología y diagnóstico de los molares supernumerarios. *Av Odontoestomatol* 1992; 8: 661-66.
30. Shahzad KM, Roth LE. Prevalence and management of fourth molars: A retrospective study and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70: 272-5.
31. Salcido-García JF, Ledesma C, Hernández F. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población mexicana. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9: 403-9.
32. Donado M. Otras inclusiones. *Cirugía Bucal. Patología y técnica*. Barcelona. ed Masson 2005; 434-59.
33. Cozza P, Mucedero M, Ballanti F. Supernumerary teeth and mental retardation: the importance of early surgical intervention. *Eur J Paediatr Dent* 2006; 7 (1): 45-9.
34. Koch H, Schwartz O, Klausen B. Indications for surgical removal supernumerary teeth in the premaxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15: 272-81.
35. Kruger GO. *Tratado de Cirugía Bucal*. México. Ed Interamericana 1984; 329-31.