



caso
CLÍNICO

Trastornos eruptivos de segundos molares y terceros molares incluidos. A propósito de un caso

Ibáñez García, P.; Loughney González, A.; Caballero Labadía, M.L.; Pérez Corral, I.; Fernández Domínguez, M.
Trastornos eruptivos de segundos molares y terceros molares incluidos. A propósito de un caso. Cient. Dent. 2013; 10; 1: 73-76.



Ibáñez García, P.

Licenciado en Odontología. Alumno del Máster en Cirugía Bucal e Implantología de la universidad San Pablo - CEU.

Loughney González, A.

Licenciada en Odontología. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Profesora de la facultad de medicina USP-CEU Madrid.

Caballero Labadía, M.L.

Licenciado en Odontología. Alumno del Máster en Cirugía Bucal e Implantología de la universidad San Pablo - CEU.

Pérez Corral, I.

Licenciado en Odontología. Profesor del Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU Madrid. Máster en Cirugía Bucal e Implantología.

Fernández Domínguez, M.

Jefe de servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo hospitalares de Madrid. Director Dpto. de Odontología USP-CEU Madrid. Director Máster Cirugía Bucal e Implantología.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

correspondencia:

Pablo Ibáñez García.
Calle Toledo 128, 3ºD. 28005. Madrid.
ibanez.garcia.pablo@gmail.com
Telefono: 625 080 954.

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2012.
Fecha de aceptación para su publicación:
23 de noviembre de 2012.

RESUMEN

La literatura determina, que el diente incluido es aquel que permanece completamente rodeado de hueso. Por ello, la erupción fisiológica del molar es interrumpida por diferentes factores que pueden ser de origen físico, dentario, óseo y sistémico.

La incidencia de segundos molares inferiores retenidos relacionados con la inclusión de los terceros molares adyacentes, se establece alrededor del 6%.

Se presenta un caso clínico donde se exodoncian los segundos y terceros molares del tercer y cuarto cuadrante cerca de la basal mandibular.

PALABRAS CLAVE

Retención dental; Impactación dental; Tratamiento quirúrgico de inclusiones dentales; complicación de dientes retenidos.

ERUPTIVE DISORDERS OF IMPACTED SECOND AND THIRD MOLARS. A CASE STUDY

ABSTRACT

The literature determines that the impacted tooth is that which remains completely surrounded by bone. For this reason, the physiological eruption of the molar is interrupted by different factors that may be of a physical, dental, bone and systemic origin.

The incidence of retained lower second molars related with the impaction of the adjacent third molars is established at around 6%.

A clinical case is presented where the second and third molars are extracted from the third and fourth quadrant near the mandibular base.

KEY WORDS

Dental retention; Dental impaction; Surgical treatment of dental impaction; Complication of retained teeth.

INTRODUCCIÓN

La exodoncia de dientes incluidos es una intervención quirúrgica frecuente en la clínica dental. Los dientes incluidos se consideran potencialmente patológicos. Pueden desarrollar procesos infecciosos o quísticos en un alto porcentaje de los casos.^{1,2}

Los dientes retenidos son un reto al que se enfrenta el odontólogo. Alrededor del 65% de la población presenta, por lo menos, uno de los cuatro terceros molares incluidos.³

Las complicaciones que pueden presentarse al realizar una intervención quirúrgica dependen de las características anatómicas, la complejidad de la intervención, así como las condiciones locales y sistémicas en las que se presenta el paciente y la destreza del cirujano.^{4,5}

Las publicaciones respecto a la inclusión de segundos y terceros molares adyacentes de manera simultánea se presentan en un 6% de los casos, encontrándose la mayoría de ellos en una posición vertical o mesioangular.⁶

En este artículo, se presenta un caso de un paciente con múltiples inclusiones dentales, que aumenta la complejidad del tratamiento quirúrgico por su localización anatómica, así como la posibilidad de desarrollar complicaciones post-operatorias. Tres de las inclusiones están en una posición mesioangular, dejando una cortical basal ósea mandibular muy fina, que puede derivar en fractura, y una posible alteración del nervio dentario inferior.

CASO CLÍNICO

En este caso clínico, se presenta la inclusión de los segundos molares mandibulares, los cuales están en una situación desfavorable para cualquier tracción ortodóncica, ocasionando una gran pérdida ósea que dificulta la rehabilitación implanto-lógica. De la misma manera, se observa la rizólisis de primer molar inferior izquierdo, lo que obliga a la exodoncia del mismo. El riesgo elevado de fractura mandibular bilateral como consecuencia de la posición singular de los dientes incluidos, conlleva la necesidad de realizar una técnica quirúrgica de riesgo.

Paciente varón de 20 años de edad, sin alergias conocidas hasta el momento, ni antecedentes médicos relevantes, acude a consulta del Hospital Universitario Madrid- Montepríncipe, para valorar las inclusiones dentarias que presenta, que producen rizólisis y un gran dolor a nivel del 36.

En la exploración extraoral, el paciente presenta inflamación, adenopatías y asimetría facial.

En la exploración clínica intraoral se observa, ausencia de 18, 27, 28, 37, 38, 47, retención del 48 y movilidad grado I del 36. Se solicita una ortopantomografía y como hallazgo radiológico, se encuentra la inclusión de los segundos y terceros molares inferiores en íntima relación con la basal mandibular, así como

con el nervio dentario inferior y una rizólisis severa de la raíz distal del 36 (Figura 1).

Como prueba radiológica complementaria, debido a las múltiples inclusiones dentarias, se solicitó un Tomografía Axial Computerizada (TAC) mandibular para valorar la posición de los dientes incluidos, su relación con el nervio dentario inferior y la basal mandibular. Se observa la inclusión de los dientes 38, 47 y 48 con una posición horizontal, el 37 mesioangular, y la estrecha relación de 37 y 47 con el nervio dentario, así como el riesgo elevado de fractura mandibular por la escasa basal mandibular como consecuencia de lo baja que está la inclusión con respecto al plano oclusal (Figuras 2 y 3).

Bajo anestesia general, por el riesgo elevado de fractura mandibular durante el procedimiento, se realiza una incisión en

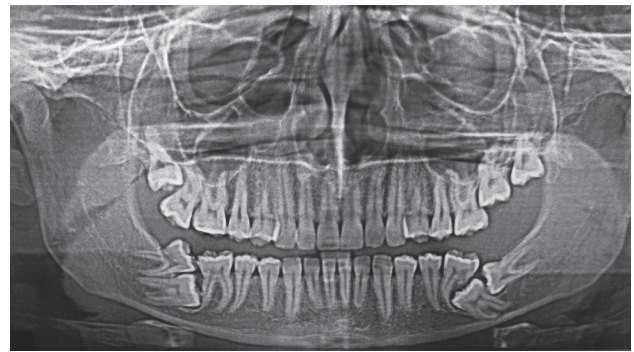


Fig. 1. Ortopantomografía de diagnóstico.

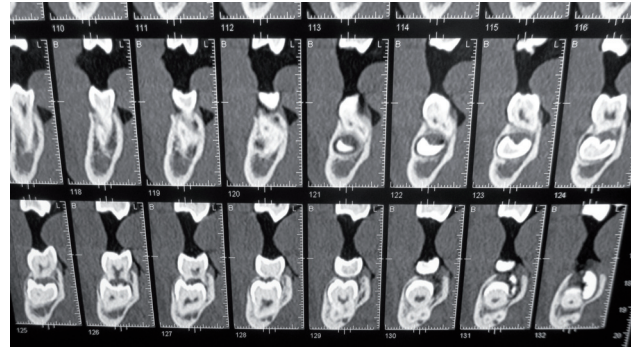


Fig. 2. TAC Mandibular; Tercer cuadrante.



Fig. 3. TAC Mandibular; Cuarto Cuadrante.

bayoneta en ambos lados, con la descarga hasta mesial de los primeros molares para obtener un buen campo. Tras el despegamiento mucoperióstico, se realiza en primer lugar la exodoncia simple de 36, y en segundo lugar una mínima ostectomía vestibular bilateral y odontosección de 37 y 38, para evitar ejercer una excesiva fuerza durante la luxación de los dientes incluidos. Se irriga con suero y se legra los alveolos para eliminar el saco folicular remanente con precaución de no lesionar el nervio dentario. Debido a la pérdida ósea, y a la falta de paredes óseas que pudieran permitir una adecuada consolidación de un material de osteosíntesis y por la proximidad con el nervio dentario inferior, se opta por no realizar una regeneración ósea primaria en el momento de la cirugía, para permitir una regeneración ósea espontánea, y valorar un injerto en una segunda intervención en el caso de realizar una rehabilitación implantológica.

Finalmente se sutura con un multifilamento reabsorbible. Se prescribe antibiótico por vía oral (Amoxicilina/ ácido clavulánico 875/125mg cada 8 horas durante 10 días), antiinflamatorio (Diclofenaco 50mg cada 8 horas durante 5 días), analgésico (Paracetamol 1 gr cada 12 horas durante 5 días) y dieta blanda durante un periodo de 1 mes. Se envía la muestra obtenida a anatomía patológica para obtener el diagnóstico de certeza.

A la semana de la intervención el paciente acude a consulta, refiere dolor, inflamación y parestesia bilateral inferior comprendidos dentro de la normalidad. En este momento se prescribe al paciente un complejo de vitaminas B1+B6+B12/ un comprimido cada 12 horas durante un mes para favorecer la recuperación nerviosa y se comprueba que la zona está libre de infección. El informe anatomopatológico confirma ser un quiste radicular que rodeaba los dientes incluidos.

Al mes se realiza una radiografía panorámica de control de osificación que revela ausencia de patología (Figura 4). En el mapeo se aprecia recuperación nerviosa hasta la región anterior del bermellón del labio. A los dos meses la recuperación es completa.



Fig. 4. Ortopantomografía de control de osificación al mes de la intervención.

DISCUSIÓN

La mayoría de los artículos revisados, establecen un consenso en la importancia de un seguimiento rutinario por parte del Odontólogo. Es la forma más eficaz de realizar un diagnóstico precoz de trastornos eruptivos, evitando de esta manera la aparición de complicaciones asociadas al desarrollo del mismo.⁷

La presencia asociada de inclusiones dentales de segundo y tercero Molares mandibulares de manera bilateral, es un trastorno eruptivo de baja presentación.

En la literatura existe un consenso establecido en la necesidad de tratar quirúrgicamente este tipo de situaciones clínicas, ya que existe una alta tasa de complicaciones derivadas. Entre ellas cabe destacar el desarrollo de un quiste dentígero o un queratoquiste por la inclusión de numerosos dientes, provocando una mayor pérdida de tejido óseo alrededor de las coronas de los mismos e incrementando de esta manera los riesgos de fractura mandibular.^{1,7}

La incidencia de fracturas mandibulares durante la extracción del tercer molar inferior se estima entre un 0,19% y un 0,3%, por lo que está considerado como una complicación muy poco frecuente⁴. Sin embargo, este porcentaje se incrementa como consecuencia de características asociadas a la inclusión, como es la profundidad de la inclusión, el número de dientes incluidos, así como afectaciones endógenas del paciente.⁸

CONCLUSIÓN

Las pruebas radiológicas de rutina para establecer el diagnóstico de certeza, son importantes porque pueden revelar trastornos eruptivos que cursan, la mayoría de las veces con ausencia de clínica y precisan de una actitud terapéutica temprana.⁹

En cuanto a la necesidad o no de regeneración ósea del defecto resultante, la literatura establece controversia, aunque en mayor parte se posiciona hacia la posibilidad de rellenar dicha zona en vista a un futuro menos incierto para la rehabilitación implantológica de los molares ausentes.¹⁰

En el caso clínico presentado, no se realizó regeneración ósea guiada, por la edad del paciente para permitir una cicatrización ósea espontánea. Reservando para una posterior intervención, si fuese necesario, la necesidad de realizar técnicas de aumento óseo para la colocación de implantes con el objetivo de proporcionar una rehabilitación protodóntica sobre implantes en los molares ausentes.



BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez A, Fernández- Valencia R, Pérez F, Toquero N, Travesí M. Tratamiento quirúrgico de las malposiciones dentales. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac* 2004; 26 (3): 168- 177.
2. Colmenero C, Herrero R. Patología y tratamiento quirúrgico de las inclusiones dentarias. *RCOE* 2002; 14 (5): 287- 294.
3. Mateos Corral I, Hernández Flores F. Prevalencia de inclusión dental y patología asociada. *Rev Odontol Mex* 2005; 9 (2): 84- 91.
4. Barrionuevo J, Valmaseda E, Gay C. Fractura mandibular. Una complicación de la extracción del tercer molar inferior. Presentación de 7 casos. *Arch Odontoestomatol* 2000; 16(6): 355- 363.
5. Chaparro AV, Perez S, Valmaseda E, Berini L, Gay C. Morbidity of third molar extraction in patients between 12 and 18 years of age. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10 (5):422- 431.
6. Contar M, de Oliveira P, Kanegusuku K, Berticelli R, Azavedo A, Luciana M. Complicaciones en la extracción del tercer molar: un estudio retrospectivo en 588 pacientes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15 (4): 257- 261.
7. Alberto J.M, Junquera L.M. Exodoncia selectiva de los terceros molares. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac* 2003; 25 (1): 9-15.
8. Kwok Wing K, Edward C.M, Esmonde Corbet F, Keung Leung W. Residual periodontal defects distal to the mandibular second molar 6- 36 months after impacted third molar extraction. *J Clin Periodontol* 2002;29:1004- 1011.
9. Briguglio F, Zenobio E, Isola G, Briguglio R, Briguglio E, Farronato D, Awad J. Complications in surgical removal of impacted mandibular third molars in relation to flap design: Clinical and statistical evaluations. *Quintessence Int* 2011; 42 (6): 445- 453.
10. Shipper G, Thomadakis G. Bone regeneration after surgical repositioning of impacted mandibular second molars: a case report. *Dent Traumatol* 2003;19 (2): 109- 14.