

Terceros molares inferiores retenidos

¿Qué entendemos por oportunidad para la extracción?

Dr. Oscar Dario Yeman

Especialista en Odontopediatría.
Ex-Instructor de residentes en la Especialidad

Recibido: Enero 2004 - Aceptado: Abril 2004

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA
DE LA PLATA
BIBLIOTECA

Resumen

La propuesta de extraer los terceros molares inferiores, cuando no han llegado a su posición funcional en el arco, surge del análisis de las ventajas y desventajas que representa la remoción de los mismos.

El tercer molar es la pieza que más se impacta, generalmente por falta de espacio, llevando consigo un importante potencial patológico.

El periodo final de la adolescencia representa un momento muy especial para practicar la cirugía predecible; porque se minimiza la técnica y las complicaciones intra y post quirúrgicas.

Es conveniente que el odontopediatra y/o el odontólogo general puedan saber reconocer precozmente esta situación, para orientar hacia el tratamiento quirúrgico, y de este modo poder prevenir la aparición de futuras consecuencias negativas.

Palabras clave: tercer molar inferior retenido, etiología, consideraciones clínicas, quirúrgicas y ortodóncicas, remoción profiláctica en adolescentes.

Summary

The proposal to extract the lower third molars when they have not got their functional position in the mandibular dental arch yet, arises from the analysis of the advantages and disadvantages of their removal.

The third molar is the piece that is most impacted due to lack of space causing important pathological potential.

The final period of the adolescence is the right moment to perform the preventive operation because it is easier, as regards technique, and the intra post surgical complications are minimized.

It is advisable that the pediatric and the general dentist can recognize this situation in advance to suggest a surgical treatment to avoid negative consequences.

Key words: Mandibular third molars impacted, etiology, clinical, surgical and orthodontic considerations, prophylactic removal in adolescents.

Introducción

El tercer molar es una pieza *única* entre los dientes humanos, porque no muestra diferencias de sexo en la formación, ni está relacionado tan estrechamente al crecimiento somático y a la maduración sexual como otras piezas. Es el último molar destinado a hacer una normal aparición en la arcada, sin embargo su erupción, puede verse impedida permaneciendo en estado de retención^{1, 15, 34, 37}. Son las interferencias espaciales el factor causal fundamental.^{1, 41}

Una dieta blanda y refinada, que requiere menos masticación, favorece la tendencia de prescindir de un aparato masticatorio poderoso³.

Según Bjork, aproximadamente el 45% de la población habrá de tener los terceros molares inferiores retenidos⁷.

Aunque en ocasiones permanecen asintomáticos durante toda la vida, lo más frecuente es que participen de variados procesos patológicos, que van desde una caries dental y/o pericoronaritis, hasta estadios más comprometidos,

como por ejemplo: la formación de quistes o la instalación de una neoplasia^{1, 2, 33, 36}. Otros autores han asociado esta retención con fracturas de maxilar inferior debido a la práctica de deportes de contacto⁴².

Cuando la pieza retenida causa un problema de gravedad se suele coincidir que su tratamiento será la extracción, pero la manera de proceder con un tercer molar en estado pasivo, requiere de una consideración más profunda.

Los objetivos de este trabajo son:

1. Conocer la etiología de las retenciones de los terceros molares inferiores.
2. Reparar en las consideraciones y complicaciones: clínicas, quirúrgicas y ortodóncas de los mismos.
3. Proponer y justificar la exodoncia preventiva como tratamiento de rutina en el adolescente y/o adulto joven.

Desarrollo

La retención del tercer molar es atribuida a las siguientes razones:

- Causas de orden general: todas las enfermedades generales relacionadas con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias; también las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son propias 1).
- Razones Embriológicas: un germen dental ubicado muy lejos del reborde alveolar o con una angulación anormal, que pueda provocar su fijación al diente vecino.
- Motivos locales: falta material de espacio por disminución en el crecimiento de los maxilares. Otros autores hablan de la inserción mandibular del ligamento pterigomandibular, la cresta buccinatriz, y el triángulo retromolar, como los tres elementos anatómicos principales en la génesis de la inclusión^{1, 33, 41}.

Consideraciones quirúrgicas

Para llevar a cabo la cirugía del tercer molar inferior retenido es necesario analizar la región en la cual asienta, de manera de poder evaluar el grado de dificultad quirúrgica para facilitar el procedimiento y evitar posibles complicaciones. Hallazgos logrados por medio de la técnica radiográfica periapical³³ (ver Figura 1).

1. Observamos el hueso que lo cubre: puede ser que la corona solo este cubierta por tejido blando (retención textural) o por tejido óseo, en forma parcial o total; de allí se determina la profundidad de retención^{1, 2, 3} (ver Figura 2).

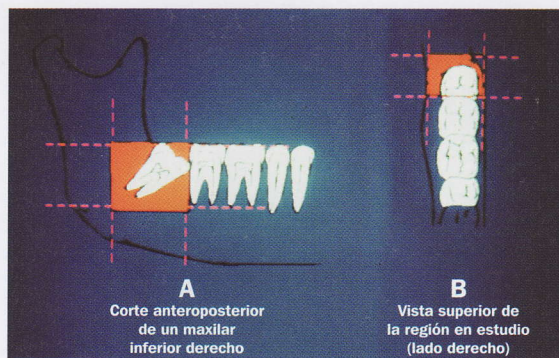


Figura 1. Región del tercer molar inferior.

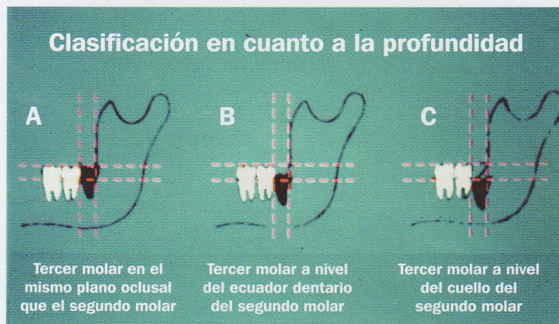


Figura 2. Profundidad de retención.

2. Su contacto con el segundo molar: debemos determinar si el diente está trabado debajo de la corona del segundo, si ha provocado algún trastorno anatómico en el cemento (rizólisis), o en la dentina y la pulpa del diente vecino^{1, 2, 38} (ver Figura 3).
3. Su relación con la rama ascendente. El hueso distal es clave para la cirugía, suele ser de sólida constitución, aunque a veces por los diferentes procesos patológicos originados del saco pericoronario, modifican esta estructura quitándole resistencia. Según sea la relación del tercero y el espacio ubicado entre la cara distal del segundo y la rama se clasifican en I, II y III; en donde encontramos que en la clase I el espacio para la erupción del tercero es apropiado, en la clase II es reducido y en la



Figura 3. Tercer molar en contacto con el segundo.

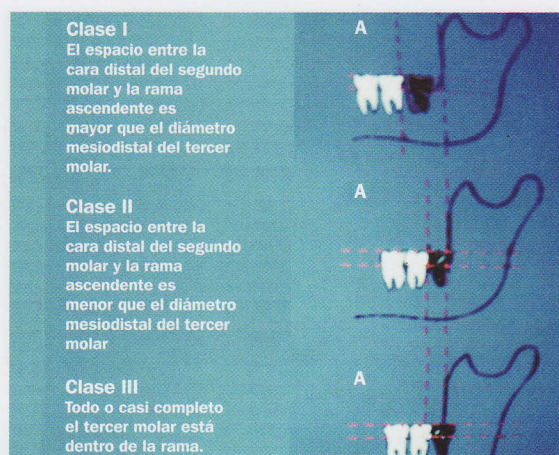


Figura 4. Relación con la rama ascendente.



Figura 5. Afinidad del tercer molar con el nervio dentario inferior.

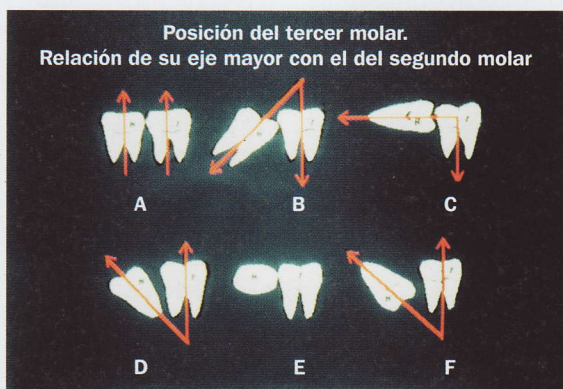


Figura 6. Posiciones del tercer molar.



Figura 7. Caries y bolsa patológica piezas 47 y 48.

clase III es sumamente limitado lo que constituye una verdadera impactación en rama^{1,2,5} (ver Figura 4).

- Afinidad con el hueso basal y el nervio dentario inferior. El hueso basal tiene una constitución esponjosa de mallas anchas; surcado mesiodistalmente por el conducto dentario inferior que aloja al paquete vasculonervioso del mismo nombre.

Sicher ha señalado tres tipos de vínculo entre la pieza y el conducto:

En el primer tipo: el conducto está en contacto con el fondo del alvéolo del tercer molar; en el segundo tipo hay una franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores y en el tercer tipo: todos los molares inferiores se relacionan con el conducto¹ (ver Figura 5).

- El Tercer molar inferior. Es uno de los dientes que más variabilidad anatómica posee; la corona se puede presentar en un tamaño normal, pequeño o grande y las raíces pueden estar separadas o fusionadas, ser rectas o curvas, dilaceradas o en hipercementosis^{1,2}. La técnica quirúrgica deberá adaptarse teniendo en cuenta la porción radicular, zona de anclaje al hueso y en contacto con el conducto, de manera tal que la pieza pueda ser extraída por la vía de menor resistencia.

Según la posición que adoptan, teniendo en cuenta su eje mayor en relación al eje del segundo molar, se clasifican en: posición vertical, mesioangular, horizontal, distoangular, vestibuloangular, linguoangular, invertida e inusual². También pueden presentar desviaciones hacia la zona bucal o lingual (ver Figura 6).

Consideraciones Clínicas

Estas piezas son susceptibles a padecer caries y enfermedad periodontal, debido al acumulo de alimentos, placa bacteriana, productos regurgitados, difíciles de remover y de limpiar. Las restauraciones son técnicamente complejas de realizar y lo usual es que recidiven. La bolsa patológica debilita el sostén del segundo o lo compromete hasta llegar a su desvitalización^{2,19} (ver Figura 7).

La pericoronaritis es el estado más común que lo afecta cuando se encuentra erupcionando, la infección se produce en los restos del folículo comprendidos entre la corona, el hueso circundante y el tejido gingival. Cuando toma solamente el colgajo gingival que lo cubre, se denomina operculitis. Los microorganismos causales son los estreptococos y espiroquetas de Vincent y el resultado es un malestar dificultoso con episo-

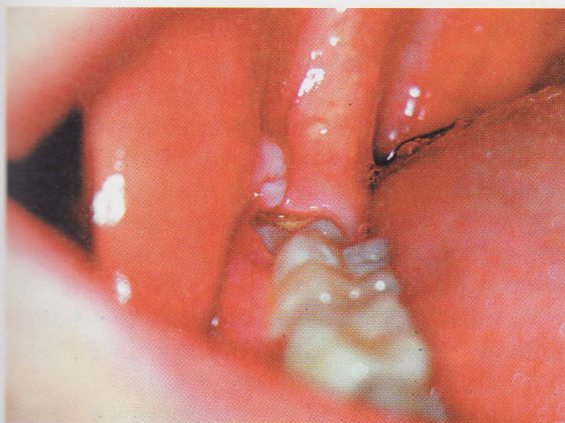


Figura 8. Cuadro clínico de una pericoronaritis.

dios a repetición; se acompaña de un cortejo ganglionar (ganglio de Chassaignac o submaxilares). Tanto la *adenitis* como el *trismus* evolucionan de acuerdo a la marcha del proceso y se resuelven totalmente un vez finalizado el cuadro^{1,2} (ver Figura 8).

Si la infección se propaga, origina *abscesos* que pueden tomar diferentes vías:

- Abscesos a evolución externa: Migratorio del vestíbulo inferior o Absceso buccinatomaxilar y Absceso maseterino (ver Figura 9).
- Abscesos de evolución interna: Absceso submaxilar y Absceso de piso de boca (ver Figura 10).
- Absceso de evolución posterior. Absceso del pilar anterior y Absceso subamigdalino (ver Figura 11).

Las *osteítis*, *osteoflemones* y *osteomielitis* ocurren con poca frecuencia.

Los *quistes dentígeros* y los *queratoquistes* son tumores odontogénicos. Ambos susceptibles a infectarse y dar procesos supurativos. Estudios reportan mayor frecuencia de quistes dentígeros en pacientes varones entre 14 y 25 años encontrados en la zona mandibular^{1,2,33,36,41}. Los restos del saco dentario, ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar, originan granulomas posteriores².

En esta región problemática pueden formarse *neoplasias* benignas y malignas (de partes blandas y óseas); y haber *dolor referido* a otras partes de la cabeza y cuello como consecuencia de los variados accidentes mencionados con anterioridad².

Consideraciones Ortodóncicas

Sigue siendo discutido el papel de éste molar como culpable del apiñamiento de los incisivos inferiores durante el período final de la adolescencia⁴. La opinión de investigadores y clínicos está dividida, algunos lo responsabilizan^{8,11} y otros lo absuelven^{2,9,5} (ver Figura 12).

Las complicaciones celulares de la pericoronaritis abscesos a evolución externa

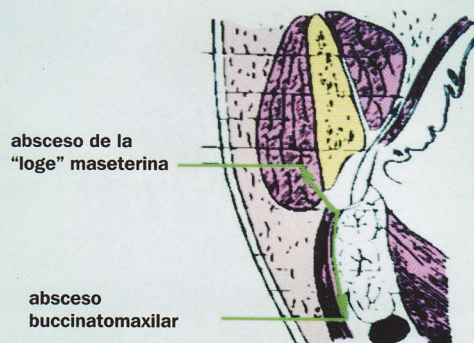


Figura 9. Abscesos a evolución externa.

Las complicaciones celulares de la pericoronaritis abscesos a evolución interna

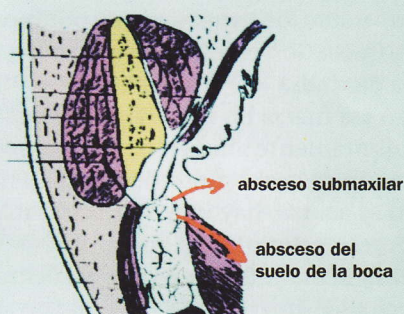


Figura 10. Abscesos a evolución interna.

Las complicaciones celulares de la pericoronaritis a evolución posterior

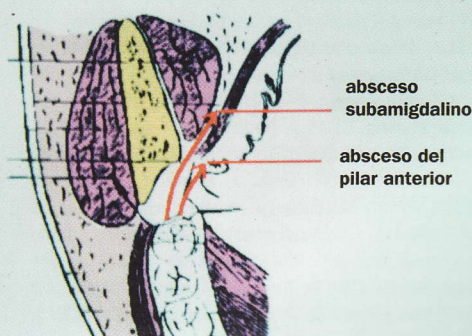


Figura 11. Abscesos a evolución posterior.



Figura 12. Apiñamiento anteroinferior.



Figura 13. Estado del tercer molar entre los 16 y 20 años

En la mayoría de los casos los terceros quedan impactados porque la mandíbula no ha crecido por remodelación posterior, los dientes se desarrollan, tratan de erupcionar y producen una presión que a los colegas les parece razonable que sea la causa del apiñamiento tardío. Sin embargo esa fuerza no es fácil de detectar¹⁴.

Conjuntamente una serie de fenómenos confunden aún más el asunto porque el perímetro del arco se acorta, hay una migración mesial de los sectores posteriores, el apiñamiento incisivo aumenta y la mandíbula crece hacia delante más que el maxilar superior¹⁵. Dichos sucesos ocurren

juntos pero no dependen el uno del otro. Sin embargo el apiñamiento se hace presente en los casos de terceros congénitamente ausentes y de primeros molares extraídos prematuramente.

Los resultados, aparentemente conflictivos, son causa constante de frustración para el clínico que necesita una respuesta. La exodoncia dependerá del caso clínico individual del paciente²¹; aún así existe consenso profesional de incluir la remoción del mismo después de finalizado el tratamiento ortodóncico y de evitar la interrupción de la contención^{20, 22}.

Se contraindica la extracción de un tercer molar inferior retenido cuando existe:

- Espacio suficiente para su normal erupción, determinada clínica y radiográficamente.
- Su utilización como reemplazo de un primer o un segundo molar perdido, como pilar de puente o para proveer soporte vertical crítico a la articulación temporomandibular^{6, 7}.
- Salud general del paciente comprometida e impactaciones asintomáticas en donde existe un trauma potencial de la cirugía, que se contrapone a los beneficios de la misma⁵.

Y está indicada cuando hay:

- Dolor o patología proveniente de una pericoronaritis, periodontitis, de abscesos, quistes o

Bibliografía

1. Ries Centeno, G (1987) *Extracción de dientes retenidos*. Pags. 22-333 Cirugía Bucal Patología Clínica y terapéutica. 9na Edición. Bs As. Lima Ed. El Ateneo.
2. Laskin, Daniel M. *Escisión de dientes no erupcionados y retenidos: odontectomía*. Pags. 58-90.
3. Kruger, Gustav O. (1986): *Cirugía Buco-Maxilo-Facial* 5a. Edición. Editorial Médica Panamericana. Bs As. Argentina. Cap 6 pags. 81-94.
4. Kruger, Gustav O.(1959) *Management of Impactions*. Dent. Clin. North. Am. P. 707 nov.
5. Koerner, Karl R (1994/1995) *Métodos sin misterio. Exodoncias de terceros molares mandibulares*. Dentistry Today. Año 10 N° 6 artículo N° 3.
6. Ricketts, Robert. Ruel, Bench. (1983). *Terceros molares y diagnóstico ortodóncico. Técnica bioprogresiva de Ricketts*, cap. 3 pags. 365-372. Ed. Med. Panamericana.
7. Bjork, A. *Mandibular growth and third molar impaction*. Acta Odontológica Scandinavica, Vol. 14: 231-72 November, 1956.
8. Vego, Leroy: *A longitudinal study of mandibular arch perimeter*. The Angle Orthodontist, Vol. XXXII N° 3, July, 1962.
9. Kaplan, R G.: *Mandibular third molars and post retention crowding*. American Journal of Orthodontics. Vol. 66 N° 4, 411-430 October 1974.
10. Turley, Patrick K: *A computerized method of forecasting third molar space in the mandibular arch*. Paper read at NIDR Meeting. 1994.
11. Schwarze, C.W. *The influence of third molar germectomy- a comparative long-term study*. Trans. Third Intl. Ortho. Cong. 1973, p. 551.
12. Anderson, D L.: *Socioeconomic status, loss of teeth, and participation in a dental study*. Journal Of. Public Health Dentistry. Vol. 34 N° 2-Spring Issue.
13. Enunlu, H.: *Early Extracción of Molars*. Trans. Europ. Orth. Soc. 47:439-449. 1971.
14. Proffit, William. Fields, Henry. (1996) *Fases posteriores del desarrollo. Ortodoncia Teoría y Práctica*. Cap 4 pags.87-104. Ed. Mosby.
15. Moyers, Robert E.(1992) *Desarrollo de la dentición y la oclusión*. Manual de ortodoncia. Cap 6 pags 144-145. Ed. Med. Panamericana.
16. Godfrey-K. *Prophylactic removal of asymptomatic third molars: a review*. Ausr-Dent-J. 1999 Dec; 44 (4): 233-7
17. Kaminishi-R. *A case for prophylactic removal of impacted third molars in young patients*. J-Oral-Maxillofac-Surg. 2000 Mar; 58 (3): 359
18. Edwards, MJ; Brickley, MR; Godey, RD; Shepherd, JP. *The cost, effectiveness and cost effectiveness of removal and retention of asymptomatic, disease free third molars*. Br-Dent-J. 1999 Oct 9; 187 (7): 380-4.
19. Motamedi-MH. *Preventing periodontal pocket formation after removal of an impacted mandibular third molar*. J-Am-Dent-Assoc. 1999 Oct; 130(10): 1482-4.
20. Hicks-EP. *Third molar management: a case against routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients*. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1999 Jul; 57 (7): 831-6
21. Beeman-CS. *Third molar management: a case for routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients*. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1999 Jul; 57(7): 824-30.
22. Bishara-SE. *Third molars: a dilemma! Or is it?*. Am-J-Orthod-Dentofacial-Orthop. 1999 Jun; 115 (6): 628-33.
23. Haddock-A; Flower-A. *Symptomatic third molar removal*. Br-Dent-J. 1999 Mar 27; 186 (6): 262
24. Flick-WG. *The third molar controversy: framing the controversy as a public health policy issue*. J-Oral-Maxillofac-Surg. 1999 Apr; 57 (4): 438-44; discusión 445.
25. Anderson-M. *Removal of asymptomatic third molars: indications, contraindications, risk and benefits*. J-Indiana-Dent-Assoc. 1998 Spring; 77 (1): 41-6

neoplasias. Reabsorción de la raíz del segundo molar, caries en el tercer molar o en la cara distal del segundo^{18,20,35,44}.

- En posiciones anormales que no permitan su normal erupción.
- Previo a una rehabilitación integral que incluya prótesis fija o removibles.
- Discrepancia en el tamaño de las arcadas y los casos en donde los terceros molares podrían desviar el mantenimiento y la estabilidad de los resultados del tratamiento ortodóncico^{5,20}.

Los terceros molares inferiores son más fáciles de remover cuando se encuentran en posición mesioangular. Sus raíces tienen (2/3 a 3/4 de su formación); no presentan dilaceraciones, hipercementosis, ni tampoco están en íntima proximidad con el canal dentario inferior, motivo por el cual reduce la lesión del mismo⁴⁵. De los 16 a los 20 años la corona está totalmente calcificada y desarrollada en un saco de 2 milímetros de ancho. Las fibras periodontales poseen un espesor de 1/4 de milímetro. El hueso se muestra con un trabeculado normal y elástico. Esta "ventana de desarrollo" representa una oportunidad para la cirugía predecible; las parestesias son poco frecuentes, la cicatrización es rápida y sin complicaciones^{5,16,17,18,25} (ver Figura 13).

A menor edad, hay un franca distancia entre el reborde alveolar y el germen dentario, que al intentar extraerlo rota sobre sí mismo dificultando el procedimiento quirúrgico.

Cuando el paciente es adulto, las raíces completan su crecimiento, el hueso es denso y gradualmente se forma alrededor de la corona; existe un aumento de la dificultad operatoria, dolor, inflamación, trismus, trauma al nervio, fractura de las raíces, de la tabla lingual, alveolo seco y cicatrización prologada. Por esta razón los dientes bien impactados, sin comunicación con los fluidos orales, asintomáticos y sin patología aparente no son buenos candidatos para la cirugía^{2,5,39}.

Conclusión

Definimos como oportuno al momento en el cual la cirugía practicada resulta más sencilla, se realiza con un mínimo de instrumental, con menos porcentual de complicaciones y el post-operatorio es más favorable ☺

Correspondencia

Calle 2 N° 1209 4° A La Plata.

E-mail: darioyeman@hotmail.com

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA
DE LA PLATA
BIBLIOTECA

- Erdem-D; Ozdiler-E; Memikoglu-UT; Baspinar. *Third molar impaction in extraction cases treated with the Begg technique*. E. Eur-J-Orthod. 1998 Jun; 20 (3): 263-70.
- Waite-PD; Reynolds-RR. *Surgical management of impacted third molars*. Semin-Orthod. 1998 Jun; 4 (2): 113-23
- Knutsson-K; Brehmer-B; Lysell-L; Rohlin-M. *Mandibular third molars as mediated by thee cues. Dentists treatment decisions on asymptomatic molars compared with molars associated with pathologic conditions*. Acta-Odontol-Scand. 1997 Dec; 55(6): 372-7.
- Naidoo-LC. *Third molar surgery in general dental practice*. J-Dent-Assoc-S-Afr. 1997 Feb; 52 (2): 73-5
- Santamaria-J; Arteagoitia-I. *Radiologic variables of clinical significance in the extraction of impacted mandibular third molars*. Oral-Surg-Oral-Med-Oral-Pathol-Oral-Radiol-Endod. 1997 Nov; 8 4(5): 469-73.
- Knutsson-K; Brehmer-B; Lysell-L; Rohlin-M. *Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal*. Oral-Surg-Oral-Med-Oral-Pathol-Oral-Radiol-Endod. 1996 Jul; 8 2(1): 10-7.
- de-Boer-MP; Raghoobar-GM; Stegenga-B; Schoen-PJ; Boering-G. *Complications after mandibular third molar extraction*. Quintessence-Int. 1995 Nov; 26(11): 779-84.
- Rodríguez Jiménez, Rubén; López Pérez, Juan Pedro. *Retención compleja de terceros molares asociada a quistes de los maxilares*. Rev. Cubana Estomatol; 29(2): 139-44, jul.-dic.1992. ilus.
- Radi Londoño, José N. *Evaluación del tercer molar*. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioquia; 5(1): 37-47, oct. 1993. ilus.
- Crestanello Nese, José P. *Terceros molares: indicaciones para su extracción*. Odontol. Urug; 42 (1): 17-22, 1994.
- Marín de Esquivel, Ramona Hortensia; Esquivel, Santiago A. *Frecuencia de los quistes dentígeros en los terceros molares retenidos. Valoración clínica histológica*. Cátedras: Cirugía Bucal I, Curso e Historia. FOUNNE. Período 91/93. Rev. Fac. Odontol. U.N.N.E.;(2): 19-22, mar. 1994. ilus, tab.
- De Vicente Rodríguez, Juan Carlos; Alvarez, Isabel de la merced; Cobo Plana, Juan Manuel; Junquera Gutiérrez, Luis Manuel. *Valoración prequirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos*. Rev. Europea Odonto-Estomatol; 6 (5): 291-8, set.-oct.1994. tab, ilus.
- Filippi, Andreas. *Reabsorción de tejido dentario por terceros molares retenidos y ectópicos*. Quintessence (ed. Esp.); 8(7): 463-8, ago.-set. 1995. ilus.
- Infante Cossio, Pedro; Espín Gálvez, Fernando; Mayorga Jiménez, F. *Estudio prospectivo de los factores relacionados en la recuperación post operatoria tras la exodoncia de los terceros molares inferiores retenidos*. Av. Odontoestomatol; 11 (8): 569-72, oct. 1995. tab.
- Carrillo Badillo, A; Sánchez Fernández, Elena; Vallecillo Capilla, Manuel. *Consideraciones sobre las inclusiones dentarias*. Rev. Actual. Odontoestomatol. Esp; 53 (420): 51-9, ene.-feb. 1993.
- Santos Unamuno, C; Sánchez Sánchez, T Sánchez Turrión, A. *Los factores anatómicos de la causalidad de la retención cordal mandibular*. Av. Odontoestomatol; 9(7): 493-5, sept. 1993.
- Schwimmer, Alan M; Stern, Robert; Kritchman, David. *El tercer molar retenido como factor predisponente en las fracturas de mandíbula ocasionadas por los deportes de contacto*. Rev. Ateneo Argent. Odontol; 31(2): 61-4, jul.-dic. 1993.
- Cuestas Carnero, Ricardo A. *Tercer molar inferior retenido: actitud terapéutica*. Claves odontol; 3 (19): 4-6, mar.-abr. 1996.
- Daley, Tom D. *Extracción profiláctica del tercer molar: revisión y análisis de la literatura*. J. Clin. Odontol. (ed. Esp.); 13 (1): 5-20. ene.-feb. 1997-1998.
- Bruce, R.A. Frederickson, G.C. and Small, G.C. *Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery*. Jada 101: 240, 1980.