

CIENCIAS QUIRÚRGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"

Segundo y tercer molar inferior izquierdo impactados. Presentación de un caso

Impacted second and third lower left molar. A case report

Dr. Luis Hernández Pedroso

Especialista Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar.
e.mail: luis.hernandez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los dientes impactados presentan variadas formas de presentación en cuanto a posición, diente involucrado y complicaciones asociadas.

Objetivo: mostrar un caso poco frecuente de impactación de dientes continuos con las complicaciones y posibilidades terapéuticas implementadas.

Presentación del caso: presentamos el caso de una paciente femenina, 17 años, quien acude a la clínica de cirugía de la Facultad de Estomatología, en IBB, República de Yemen, por presentar dolor en hemiarcada inferior izquierda, al examen clínico se aprecia, 37 parcialmente erupcionado y ausencia de 38 en cavidad bucal. Se completa estudio con análisis radiográfico diagnosticando retención del 37 y 38, se decide exéresis quirúrgica del 37 y seguimiento de erupción del 38, asociado a terapéutica conservadora del 36 con severa lesión cariosa.

Conclusiones: la valoración integral del paciente en casos de retenciones múltiples se hace necesaria para lograr el equilibrio funcional y estético como los obtenidos en casos como este.

Palabras clave: dientes impactados, retenciones múltiples, odontosección.

ABSTRACT

Introduction: the impacted teeth have several forms of presentation in position, involved tooth, and associated complications.

Objective: to show an unfrequented case of impactation in neighbor teeth, with its complications and therapeutic solutions.

Presentation of the case: the case is a female patient, 17 years old, who came to service of surgery of dentistry college of IBB university, Yemen; due to she felt pain in left inferior dental arcade, in the clinical examination was observed the 37 partially erupted, and absent of the 38 in the oral cavity. A radiographic exam was done, diagnosing retention in 37 and 38. Surgical extraction of 37 was done and the eruption follows up of the 38, in association with a conservative treatment in the 36 due to severe carious lesion.

Conclusions: the integral assessment is necessary in all patient with multiple retention to get the functional and aesthetic equilibrium like a result obtained in this case.

Key words: impacted teeth, multiple retentions, odontosection.

INTRODUCCIÓN

Se denominan dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad o no de su saco pericoronario fisiológico. Los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores constituyen los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos.^{1,2}

Son muchas las causas de retención dentaria, las principales son las embriológicas, malformaciones, mecánicas, y las asociadas a enfermedades genéticas.

Existen diversas clasificaciones de acuerdo con el orden de frecuencia con que se presentan, la posición del eje longitudinal del diente, la altura respecto al plano de oclusión, la profundidad, entre otras. La retención de los terceros molares es una afección muy común en la generación actual. Su diagnóstico conlleva un examen clínico y radiográfico y su tratamiento, por lo general, es quirúrgico o quirúrgico-ortodóncico.³

En estudios realizados de 337 terceros molares inferiores retenidos, Litonjua⁴ encontró una mayor incidencia de terceros molares en posición mesioangular, de igual forma Knutsson⁵ plantea que la evidencia científica de trabajos realizados, indican a los terceros molares en posición mesioangular con un mayor riesgo de desarrollar estados patológicos.

La frecuencia de retención simultánea del segundo y tercer molar inferior en jóvenes está incrementándose y llega a ser común en la práctica quirúrgica. La retención del segundo molar es más frecuente observarla en la mandíbula siendo en su mayoría unilaterales y posicionados con una angulación mesial. Las consecuencias de un segundo molar impactado van desde los problemas masticatorios hasta una mayor incidencia de caries dental en la superficie distal del primer molar contra el cual este se impacta.^{5,6}

Los trastornos de la erupción de los segundos molares permanentes mandibulares son raros. La incidencia de retención del segundo molar encontrada por estudios radiográficos Panorámica ha sido de 0.03 hasta 0.04% y llega a 0.21 % de todos los dientes retenidos.^{7,8} La etiología en estos casos es relacionada con algunos disturbios del crecimiento mandibular y desarrollo dentario, pero en algunas ocasiones su retención es espontánea, relacionada probablemente con la posición del tercer molar.⁵

Motivados por su infrecuencia, decidimos hacer este trabajo con el objetivo de presentar un caso interesante con el segundo y tercer molar inferior izquierdo impactados, el plan de tratamiento, así como las razones que justificaron este proceder.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Historia de la enfermedad actual

Paciente femenina de 17 años de edad que acude a la clínica de cirugía bucal de la Facultad de Estomatología de IBB, República de Yemen, aquejada de dolor de moderada intensidad en la hemiarcada inferior izquierda; el dolor está asociado al consumo de alimentos fríos o calientes y cuando la paciente reclina hacia abajo la cabeza.

Durante el interrogatorio también se pudo conocer que el dolor se alivia con analgésicos, pero es recurrente después de algún tiempo. Los síntomas hicieron su aparición aproximadamente hace un mes.

Antecedentes patológicos personales (APP): no refiere.

Antecedentes patológicos familiares (APF): no refiere.

Examen físico (EF): El primer molar inferior izquierdo presenta lesión cariosa en la superficie distal y es ligeramente doloroso a la percusión vertical.

El segundo molar inferior izquierdo está parcialmente impactado en una posición mesio-angular. El tercer molar no está presente en la cavidad bucal y no existe historia de extracción previa. El resto de las estructuras están aparentemente sanas. (Figura 1).



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Indicamos una radiografía periapical en la región de primer, segundo y tercer molar inferior izquierdo que reveló los siguientes datos: El primer molar presenta una caries dental profunda en la superficie distal en directa relación con la corona del segundo molar; existe ensanchamiento del ligamento periodontal en la región apical de la raíz distal. El segundo molar inferior izquierdo está parcialmente impactado contra la superficie distal del primer molar y sus raíces además están completamente formadas. El tercer molar inferior izquierdo está completamente impactado y aún no ha terminado su desarrollo radicular. (Figura 2).



DIAGNÓSTICO

Después de haber concluido el examen clínico y radiográfico, emitimos los siguientes diagnósticos:

- 1).Pulpitis aguda irreversible en el primer molar inferior izquierdo.
- 2).Segundo y tercer molar inferior izquierdo impactados.

TRATAMIENTO

El plan de tratamiento que decidimos seguir fue:

1. Exéresis quirúrgica del segundo molar inferior izquierdo impactado mediante la técnica de odontosección de la cúspide mesioangular. Esta técnica habitualmente se hace en la exéresis de los terceros molares inferiores impactados en posición mesioangular, en el caso que presentamos se hizo en el segundo molar inferior izquierdo impactado. Entre sus ventajas está que es una técnica sencilla, fácil de realizar y con muy buenos resultados postoperatorio. (Figura 3).



2. Tratamiento pulparadicular (TPR) en el primer molar inferior izquierdo y restauración definitiva.

3. Seguimiento evolutivo del desarrollo y erupción del tercer molar inferior izquierdo.

DISCUSION

Una amplia variedad de tratamientos han sido publicados, siendo en su mayoría una combinación de técnicas quirúrgicas y ortodóncicas con el objetivo de situar el diente en la posición correcta, remoción quirúrgica del segundo molar y dejar que el tercero brote en el lugar del segundo, remoción quirúrgica del segundo molar y trasplantar el tercero en el lugar del segundo, exposición quirúrgica del segundo molar y reposicionarlo a través de técnicas ortodoncias, entre otras.^{9,10,11}

En el caso nuestro, las razones que determinaron la selección del plan de tratamiento antes señalado fueron:

a) La formación radicular del tercer molar es incompleta, se trata de un folículo con potencialidad de erupción una vez que se haga la exéresis del segundo molar impactado y tenga espacio para la erupción.

b) La edad: Se trata de una paciente muy joven lo cual favorece la decisión tomada en el inciso anterior.

c) El completo desarrollo radicular del segundo molar inferior izquierdo.

d) Poca motivación de la paciente en involucrarse en tratamientos prolongados que requieran múltiples visitas.

CONCLUSIONES

Se concluye que en el caso de retenciones múltiples se hace necesaria una valoración integral del paciente para garantizar el equilibrio funcional y estético como en este caso que acabamos de presentar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laskin DM. Cirugía bucal y maxilofacial, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1988, p. 356-8.
2. Rodríguez Rodríguez N, Rodríguez Moreno E, Aragón Abreu JE. Molar inferior supernumerario retenido. Presentación de caso. MEDICIEGO 2011; 17(supl1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/casos/t-17.html
3. Gasca Zamora IE, León Solís LM, Martínez Alvarado M, Robles Martínez AJ, Rubio González RO, Zamacona Corona ME. Incidencia de terceros molares inferiores impactados en pacientes del municipio Cuatitlán Izcalli. Fed Odontol Colombia [Internet]. 2008 [citado 22 May 2012] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrumy_lab1/contenido/contenido/oral/
4. Litonjua LS. Pathologic changes as societed with the angulation of impacted mandibular third molars. J Philip Dent Assoc. 1997; 49 (1): 14-9.
5. Knutsson K. Mandibular third molars as mediated by three cues. Dentist's treatment decsions on asymptomatic molars, compared with molars associated with pathologic conditions. Acta Odontol Scand. 1997; 55 (6): 372-7.
6. Shinohara EH, Kaba SC, Pedron IG, Imparato JC. Bilateral lower second molar impaction in teenagers: An emergent problem? Indian J Dent Res [serial online] 2010; 21: 309-10. [Citado 2013 Jan 30]. Available from: <http://www.ijdr.in/text.asp?2010/21/2/309/66631>
7. Bello SA, Adeyemo WL, Bamgbose BO, Obi EV, Adeyinka AA. Effect of age, impaction types and operative time on inflammatory tissue reactions following lower third molar surgery. Head Face Med. 2011; 7: 8. (Published online 2011 April 28). Doi: 10.1186/1746-160X-7-8
8. Mahesh MS, Mahima VG, Patil K. A comparative evaluation of film and digital panoramic radiographs in the assessment of position and morphology of impacted mandibular third molars. Indian J Dent Res [serial online] 2011; 22: 219-24. [Cited 2013 Jan 24]. Available from: <http://www.ijdr.in/text.asp?2011/22/2/219/84290>
9. Lecco MI, Baca R, López C. Exodoncia de un segundo molar en relación con el nervio dentario inferior. Cient. Dent [Internet]. 2009; 6(2): 117-121. [Citado 2012 Dic 16]; Disponible en: <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol6-n2/41-45.pdf>

10. García Calderón M, Torres Lagares D, González Martín M, Gutiérrez Pérez JL. Cirugía de rescate (reubicación quirúrgica) en segundos molares inferiores impactados. Med. oral patol. Oral cir.bucal [Internet]. 2005 Nov.-Dec; 10(5). [Citado 2012 Dic 16]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-44472005000500011&script=sci_arttext

11. McAboy CP, Grumet JT, Siegel EB, Iacopino AM. Surgical uprighting and repositioning of severely impacted mandibular second molars. J Am DentAssoc. [Internet]. 2003;134(11):1459_1462. [Citado 2012 Dic 16]; Disponible en: <http://jada.ada.org/content/134/11/1459.full.pdf>

Recibido: 6 de junio de 2013

Aprobado: 23 de agosto de 2013