

## TERCER MOLAR RETENIDO - IMPACTADO E INCLUIDO

Huaynocha Achá Naira Isabel<sup>8</sup>

### RESUMEN

Los accidentes de erupción en terceros molares como piezas incluídas, retenidas o impactadas son muy comunes en la clínica odontológica y aunque cualquier diente podría encontrarse frente a una interrupción durante su proceso eruptivo o de formación, los terceros molares superiores e inferiores son las piezas más volátiles a frente a un fracaso u obstrucción de su desarrollo, ya sea por causas mecánicas como la obstrucción de tejidos blandos o duros o por motivos embriológicos, como ser el inadecuado desarrollo de la arcada dental evitando de ésta forma la oclusión normal de las piezas y como consecuencia la falta de espacios para la erupción de las últimas piezas. Aunque los terceros molares son conocidos por presentar un índice alto de dificultad durante su erupción y aun más durante su exodoncia, hoy en día existe más de un método que facilita su tratamiento quirúrgico o inclusión de las piezas en la arcada.

### PALABRAS CLAVE

Osteotomía. Odontosección. Retención

### INTRODUCCION

Por lo general los terceros molares son las piezas que presentan más irregularidades durante su desarrollo, puesto que podrían encontrarse frente a accidentes mecánicos o físicos.

Estas piezas empiezan su formación alrededor de los 8 años de edad

terminando su amelogénesis a los 18 o 20 años y completando su ápico-formación entre los 20 a 23 años.<sup>1</sup>

Como consecuencia de ser las últimas piezas en concluir su formación es común que los terceros molares se presenten como;

- **Pieza Retenida;** Cuando el molar no perfora el hueso dando como resultado una *retención primaria* cuando la erupción es detenida sin que haya una barrera física o posición anómala de la pieza dental, por otra parte puede presentarse una *retención secundaria* cuando existe una barrera que detiene al molar y existe también una mal posición del diente durante la erupción.<sup>1</sup>
- **Pieza impactada;** es decir que la erupción es retenida por una barrera física o una posición anómala del diente.<sup>2</sup>
- **Pieza Incluida;** cuando el diente se encuentra completamente cubierto por el hueso y con el saco folicular íntegro una vez pasada su fecha de erupción.

Una de las causas más comunes de estas alteraciones es la falta de espacio en los arcos dentarios, o la presencia de algún obstáculo provocado por ciertas alteraciones patológicas, como malformaciones dentarias, quistes, tumores, infecciones o estados postraumáticos.<sup>2</sup>

Como principal tratamiento ante piezas incluídas, retenidas o impactadas debe realizarse la extracción de la pieza en cuestión, puesto que a medida que avanza la edad del paciente la extracción se hace más difícil, por otra parte puede surgir un aumento en la incidencia de morbilidad de los tejidos locales, pérdida o lesión de los dientes adyacentes o del hueso y posibles lesiones de estructuras vitales, por lo cual es necesario tomar en

<sup>8</sup> Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

cuenta las estructuras de las respectivas arcadas diferenciando de esta forma la exodoncia de los terceros molares superiores de los inferiores, puesto que ambas piezas se encuentran rodeadas de estructuras importantes como la tuberosidad del maxilar y el conducto dentario.<sup>2</sup>

### TERCER MOLAR INFERIOR

La extracción de terceros molares inferiores puede presentarse como un trabajo relativamente simple como extremadamente difícil, el factor principal determinante de la dificultad de extracción es la accesibilidad, que está determinada por los dientes adyacentes u otras estructuras que dificulten el acceso o la vía de salida. Es necesario también la realización de estudios complementarios, como la obtención de una radiografía panorámica que muestra la imagen más precisa de la totalidad de la anatomía de la región y es la de elección frecuente para planificar la extracción de terceros molares y en algunas circunstancias una radiografía peri-apical bien posicionada que podría ser de similar utilidad, al igual que una radiografía TC de haz cónico, facilitando de ésta forma la angulación del eje mayor del tercer molar con respecto al eje mayor del segundo molar, por lo cual la clasificación de la dificultad y el sistema de abordaje de la pieza dental dependerá de angulación de los terceros molares clasificando las diferentes retenciones en:<sup>3</sup>

- **Retención mesio-angular:** Es reconocida como la retención de menor dificultad puesto que el diente es retenido con inclinación hacia el segundo molar en dirección mesial. La retención mesio-angular es la más frecuente constituyendo aproximadamente el 43% de los dientes retenidos.<sup>3</sup>

- **Retención horizontal:** Cuando el eje mayor del tercer molar es perpendicular al segundo molar el diente retenido se considera horizontal la cual es normalmente más difícil de extraer por lo cual es necesario optar por la cirugía con odonto-sección incluida la técnica de osteotomía, donde se realizara un abordaje por vestibular evitando de esta forma la innecesaria afeción a estructuras vecinas.<sup>3</sup>
- **Retención vertical:** El eje mayor del diente se encuentra paralelo al eje mayor del segundo molar, esta retención es a segunda más frecuente y es la tercera en dificultad de extracción.<sup>4</sup>
- **Retención disto-vestibular:** Es aquella con angulación más difícil para la extracción, en la angulación disto-angular el eje mayor del tercer molar está angulado hacia distal o atrás, alejándose del segundo molar, esta retención es denominada como la de mayor dificultad por que el diente tiene una trayectoria de salida que discurre por la rama ascendente y su extracción requiere una intervención quirúrgica importante.<sup>4</sup>

Por otra parte os terceros molares superiores también son clasificados de acuerdo a su angulación siendo de alguna forma la misma o bajo los mismos parámetros que para las piezas inferiores a excepción de algunas variaciones.

### TERCER MOLAR SUPERIOR

La clasificación de los terceros molares superiores presentan mínimas variaciones respecto a la angulación dando tres tipos de tercer molar superior

los cuales son: retención vertical, retención disto-angular y retención mesio-angular.

En ocasiones muy raras se encuentran posiciones extrañas como; transversal, invertida u horizontal.<sup>5</sup> Las mismas angulaciones de los terceros molares inferiores originan grados de dificultad en la extracción de las piezas superiores, las retenciones mesio-angulares son las más difíciles de extraer por que el hueso que cubre la retención y tiene que ser eliminada está en la cara posterior del diente y es mucho más grueso que en la retención vertical o disto-angular, además el acceso es de mayor dificultad si existe un segundo molar erupcionado.<sup>5</sup>

La mayoría de los terceros molares están angulados hacia la cara vestibular de la apófisis alveolar, lo que hace que el hueso que la cubre sea fino en ésta zona, por lo tanto fácil de eliminar, pero en ocasiones la pieza está situada hacia la cara palatina de la apófisis alveolar lo que da como resultado que el diente sea mucho más difícil de extraer por que es necesario eliminar gran cantidad de hueso para lograr el abordaje ideal. Un abordaje desde el paladar tiene el riesgo de lesionar nervios y vasos del agujero palatino, por lo cual la combinación de una evaluación radiográfica y manual de la tuberosidad del maxilar puede ayudar a determinar la posición de la pieza;<sup>6</sup> es decir que si el diente se encuentra dirigido hacia vestibular se encuentra un abultamiento palpable en esta zona, por otra parte si el diente está posicionado hacia palatino se encuentra como un defecto óseo a nivel de esta región. Por otra parte el factor que causa dificultad en la extracción de terceros molar es la raíz, la mayoría de los terceros molares superiores presentan raíces fusionadas cónicas, pero con frecuencia se presentan raíces finas no fusionadas con dislaceración.<sup>6</sup>

Es necesario también tomar en cuenta el ligamento periodontal, es decir que cuando mayor sea el espacio del ligamento menor es la dificultad durante la extracción. El folículo que rodea la corona del molar también tiene influencia en la dificultad de la extracción si el espacio folicular es amplio será de mayor facilidad la extracción de la pieza por lo contrario si el espacio es delgado o inexistente será más difícil.<sup>7</sup> Al tomar en cuenta la valoración de la angulación del molar, la determinación del tipo de retención que presenta la pieza, la densidad ósea y la posición de los terceros molares en general se puede determinar la técnica quirúrgica a seguir.<sup>7</sup>

#### TECNICA QUIRURGICA

Los pasos a seguir en una extracción de terceros molares se basan en 5 pasos básicos:

**Paso 1.- Levantar el colgajo** para lograr el acceso a la zona y tener visibilidad del hueso que recubre el diente y debe ser eliminado, el levantamiento del colgajo debe ser de una dimensión adecuada para permitir la estabilización de los separadores e instrumentos para la osteotomía. Sin embargo, es aconsejable una incisión amplia que permite un extenso colgajo proporcionando el acceso ideal al hueso que será sometido a la osteotomía, donde la incisión más común en éstos casos es la angular; donde el primer corte es trazado desde el centro de la cara distal del segundo molar extendiéndose hacia atrás variando el largo de acuerdo al tipo de retención de la pieza. El segundo corte se inicia en la porción distal del reborde gingival y se dirige hacia abajo, adelante y afuera en una extensión aproximada de 1 cm, esta incisión es necesaria para no lacerar tejidos gingivales en el acto de la aplicación de los elevadores.<sup>7</sup>

**Paso 2.- Eliminación del recubrimiento**

**óseo:** una vez que el tejido blando fue levantado y retraído mediante la incisión de modo que el campo quirúrgico pueda ser visualizado es necesario realizar una evaluación respecto a la cantidad de hueso que se debe eliminar, a veces el diente puede dividirse con una fresa (odonto-sección) y extraerse sin la eliminación del hueso.<sup>8</sup> Sin embargo, en la mayoría de los casos es necesario realizar la osteotomía.

Inicialmente es necesario la eliminación de hueso en oclusal, vestibular y distal hasta la línea cervical del diente retenido, la cantidad del hueso eliminado varía de acuerdo a el tipo de retención, la morfología de las raíces y la angulación del diente. Es muy importante tomar en cuenta que no debe realizarse por ningún motivo la eliminación de hueso en la cara lingual de la mandíbula por la probabilidad de lesionar el nervio lingual. Al mismo tiempo de realizar la osteotomía se puede incorporar una maniobra llamada *socavado* que es la eliminación del hueso entre el diente y el hueso cortical en la zona del hueso esponjoso, proporcionando un punto de apoyo a los botadores o elevadores para la extracción de la pieza dental.

**Paso 3.- Odonto-sección:** Una vez eliminado el hueso en cantidad adecuada se debe valorar la posibilidad o necesidad de seccionar el diente, la odonto-sección permite la extracción de la pieza dental por separado mediante elevadores a través de la abertura creada con la osteotomía.<sup>8</sup> La dirección de la odonto-sección está determinada por la angulación del molar, la división del diente se realiza con una fresa y se secciona el diente a tres cuartos del trayecto hacia lingual pero es importante recalcar que no debe seccionarse el diente de forma completa en dirección lingual pues es más probable lesionar el nervio lingual, luego se prosigue con la

inserción de un botador recto en la ranura creada con la fresa y se realiza un movimiento de rotación para dividir en dos el diente.

**Paso 4.- Extracción del diente seccionado con botador:**

Una vez eliminado el hueso y seccionado el diente, este debe ser extraído de la apófisis alveolar con el uso de botadores o elevadores, en la mandíbula los botadores empleados con mayor frecuencia son el botador recto, Cryer, Pico de Crane, éstos instrumentos están diseñados para no aplicar una fuerza excesiva, si no para sujetar el diente o la raíz del mismo y aplicar fuerza en la dirección correcta. La diferencia con la extracción de los terceros molares superiores radica en a elección de los botadores siendo de mayor preferencia los instrumentos angulados como los elevadores Potts, Miller, o Warwick que proporcionan mayor acceso en las piezas posteriores. Se debe tomar en cuenta la aplicación adecuada de fuerzas para evitar la luxación y fractura de la raíz del segundo molar.<sup>9</sup>

**Paso 5.- Preparación de la Sutura de la herida**

después de la eliminación de la pieza dental es necesario el uso de una lima de hueso para eliminar cualquier tipo de irregularidad evitando de esta forma aristas molestosas para el paciente y logrando la cicatrización uniforme de la incisión.<sup>9</sup> Además debe realizarse una irrigación final y una inspección minuciosa antes de cerrar la herida, comprobando una correcta hemostasia y la distribución ideal de puntos en la sutura. Terminando el tratamiento con la medicación adecuada, la cual por preferencia es la administración de antibióticos como las tetraciclinas, que en el alveolo ayudarán a prevenir una alveolitis, durante un periodo prescrito por el operador. Por otra parte la administración de antiinflamatorios y analgésicos forma

parte del tratamiento post-operatorio de la extracción de terceros molares.<sup>9</sup>

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Raspall. G. Cirugía oral e implantología. 2<sup>da</sup> edición. Editorial Panamericana México. 2006; 401,402,403.
2. Hupp. J. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5<sup>ta</sup> edición. Editorial ElsevierMosby. España. 2009: 162,163,164, 169,170,171,172.
3. Méndez. L .Exodoncia del tercer molar inferior, factores anatómicos y quirúrgicos. 1<sup>ra</sup> edición. Editorial Santiago de Compostela. España. 2005: 31,32,33,34,3.5
4. Ries Centeno. G . Cirugía bucal. 7<sup>ma</sup> edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina.2000: 345,346,347,348,405,406,407.
5. Navarro. C. Cirugía oral. 1<sup>ra</sup> edición. Editorial Aran. Madrid. 2008: 19,20,21.
6. Raspall. G. Cirugía maxilofacial. 2<sup>da</sup> edición. Editorial Panamericana. Colombia. 2001: 94,95,96.
7. Gutiérrez. J. Manual de enseñanzas practicas en cirugía bucal. 2<sup>da</sup> edición. 2005: 168,169,170.
8. Chiapasco. M. Cirugía oral 3<sup>ra</sup> edición. Editorial Masson. México. 2006: 204,205,206.
9. Donado. M. Cirugía bucal patología y técnica. 3<sup>ra</sup> edición. Editorial Masson. México. 2002: 205,206,207.