



Tema 1.- Erupción del tercer molar. Patología asociada.

Erupción del tercer molar

Las muelas de juicio, o terceros molares, generalmente erupcionan en la boca entre los 17 y los 24 años de edad. En condiciones normales son los últimos dientes en erupcionar, en su mayoría en una posición justo detrás de los últimos dientes permanentes (segundos molares). El espacio para que erupcionen estos dientes puede ser limitado y, en mayor proporción que otros dientes, las muelas de juicio a menudo no logran erupcionar o erupcionan sólo parcialmente. El fracaso de la erupción completa por parte de los terceros molares con frecuencia se debe a la impactación de las muelas del juicio contra los segundos molares, esto ocurre cuando los segundos molares bloquean la salida de la erupción de los terceros molares y actúan como una barrera física que impide una mayor erupción¹.

Se han descrito numerosos factores que determinan esta ausencia de espacio para el tercer molar:

FACTORES FILOGENÉTICOS. A lo largo de la evolución de la especie humana hemos pasado de una clase III esquelética a una clase I en la mayor parte de la población, con lo que en numerosas ocasiones el continente (maxilares) muestra insuficiencia para alojar al contenido (dientes).

FACTORES GENÉTICOS. Existen personas que presentan características óseas (maxilares), de uno de sus progenitores y características dentales del otro, lo cual parece sugerir que los patrones osteogenéticos y odontogenóticos son independientes, produciéndose una codificación del patrón de crecimiento y de desarrollo del maxilar y de los dientes, de manera que, dependiendo de la herencia, la retención de los terceros molares puede verse favorecida por un patrón de desarrollo óseo maxilar insuficiente y dental macrodónico.

FACTORES MASTICATORIOS. El actual tipo de dieta en los países desarrollados, no favorece el desplazamiento denterio hacia mesial lo que dificulta la aparición de un espacio suficiente para la erupción de los terceros molares.

FACTORES ANATÓMICOS la calcificación del tercer molar en condiciones fisiológicas comienza entre los 8 y 10 años, la corona termina entre los 15 y 16 años, y las raíces aproximadamente, a los 25 años. Con respecto a la cronología de la erupción dental de los dientes permanentes, los terceros molares erupcionan a los 18 años, con una variación aproximada de 1 año. Estos factores indican que los terceros molares son, en condiciones fisiológicas, los últimos dientes en formarse y en erupcionar; por tanto, el espacio maxilar, quedará limitado, cumpliéndose también en este caso la máxima de que «los últimos serán los primeros, en quedar retenidos».



CONDICIONANTES ORTODÓNICOS. Las correcciones ortodóncicas de clases I y III pueden condicionar una reducción del espacio eruptivo de los terceros molares, aunque justo es señalar que en las clases II los tratamientos ortodóncicos pueden favorecer la erupción fisiológica de los terceros molares.

En el maxilar, la presencia y el desarrollo posnatal del seno maxilar y la situación muy elevada del germen en la tuberosidad condicionan un largo recorrido de erupción que puede ser alterado en su desarrollo por desviaciones que determinarán su retención.

Hay que distinguir entre varios conceptos que se emplean habitualmente al hacer referencia a las alteraciones eruptivas, estableciéndose la siguiente clasificación:

Diente retenido: es el que llegada la época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente, permaneciendo en el maxilar sin erupcionar.

Diente incluido: es el diente retenido en el maxilar rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto.

Diente enclavado: es el diente retenido que ha perforado el hueso, con apertura o no del saco pericoronario y que puede hacer su aparición en boca o mantenerse submucoso.

Diente impactado: es el que se encuentra detenido en su erupción por una anomalía en su posición o en su situación, todo ello identificable clínica y radiológicamente.

El concepto de inclusión engloba los de retención e impactación, siendo el término de "**cordal incluido**" el que más se emplea en nuestro país de forma genérica.

La mayor parte de los autores, coinciden en señalar a los terceros molares, como los dientes que presentan mayor frecuencia de dificultades en su erupción, alcanzando cifras comprendidas entre el 10% y el 35%, en los terceros molares inferiores (TMI) Diversas investigaciones otorgan, en pacientes de edades comprendidas entre los 17 y 30 años, una prevalencia del tercer molar no erupcionado, entre el 17,5 y el 65,6 %.

Se habla de una muela de juicio impactada asintomática cuando el paciente no experimenta signos ni síntomas de dolor o malestar asociados con este diente. Las muelas de juicio impactadas se pueden asociar con alteraciones anatomopatológicas como inflamación y ulceración de la zona vecina de las encías, daño a las raíces de los segundos molares, caries en los segundos molares, enfermedad de la encía y del hueso alveolar alrededor de los segundos molares y el desarrollo de quistes o tumores

Los terceros molares retenidos y su patología representan un porcentaje levado de actuación profesional de todos los eslabones de la sanidad pública y privada, hasta el punto que la exodoncia del tercer molar ha sido la intervención quirúrgica que representaba el mayor porcentaje de actividad de los servicios de cirugía oral y maxilofacial

La extracción de TM, fue en 1992, la intervención más frecuentemente realizada por la British United Provident Association and Private Patients Plan, con un coste de veinte millones de libras. Donado recoge cómo en la cátedra de Cirugía bucal de la



Universidad Complutense de Madrid, el mayor porcentaje de la Cirugía Oral se produce en la exodoncia del TM incluido o enclavado (50%) y en el Hospital clínico de San Carlos, en las consultas externas el 41% de las actuaciones se refieren a terceros molares.

Nos encontramos ante un apartado de gran importancia en la Cirugía bucal y Maxilofacial, por la alta frecuencia con que se plantea y por sus implicaciones sociales. Las inclusiones de TM constituyen un problema de salud pública, que requiere una optimización de recursos.

Patología asociada a la retención

El tercer molar en su proceso de erupción o bien porque permanece incluido puede presentar una serie de problemas infecciosos, mecánicos o neuro vegetativos o bien permanecer asintomático. Autores como Ahlqwist o Shepherd consideran que muchos terceros molares pueden erupcionar sin causar ningún problema y que la probabilidad de cambios patológicos en la evolución de los terceros molares que se ha considerado es exagerada

En relación con los factores patogénicos se debe tener en cuenta que, aunque pueden actuar de forma aislada, en la práctica clínica diaria su interrelación es la norma. Estos factores patogénicos son los responsables de la fenomenología clínica que fundamentalmente es de tipo infeccioso, mecánico y neurovegetativo

I.PATOLOGÍA INFECCIOSA

PATOLOGÍA INFECCIOSA DE LA MUCOSA se puede presentarse en tres formas anatómicas a) circunscrita, o pericoronaritis, y b) difusa, o gingivoestomatitis.

PERICORONARITIS Recibe este nombre la afección inflamatoria de los tejidos blandos que recubren la corona del diente en erupción. Es uno de los procesos más referido por los pacientes, representando hasta el 82 % de los procesos mucosos. Se han descrito porcentajes de pericoronaritis entre el 8 y el 40% estimándose que son el bloqueo del drenaje del saco pericoronario o bien la formación de un verdadero quiste de erupción y su posterior colonización bacteriana, sus causas patogénicas.

La pericoronaritis puede presentarse en tres formas anatomoclínicas: aguda congestiva, aguda supurada y crónica.



Pericoronaritis aguda congestiva. Se caracteriza por dolor retromolar que se acentúa con la masticación, habitualmente con irradiación hacia faringe. En la exploración se observa por distal del segundo molar una mucosa edematosa, brillante, con palpación dolorosa y, en ocasiones, sangrado. El tratamiento implica eliminación de cualquier causa de bloqueo del saco pericoronario mediante irrigación cuidadosa con clorhexidina, o peróxido de hidrógeno. Para su prevención una medida eficaz es mantener una correcta higiene bucal.

Pericoronaritis aguda supurada. En este estadio los dolores se intensifican y se irradian a otras zonas, lo que puede confundir el diagnóstico. La zona retromolar está más turgente y aparece pus entre el molar y el capuchón mucoso. En la mayoría de los casos el proceso se acompaña de adenopatía dolorosa. Hay que establecer diagnóstico diferencial con las faringitis unilaterales.

En este estadio además de las medidas conservadoras se debe instaurar un tratamiento antibiótico con metronidazol. No somos partidarios de practicar tratamientos quirúrgicos sobre el capuchón pericoronario.



Pericoronaritis crónica. En este estadio los síntomas son más atenuados y se producen exacerbaciones, que se presentan en forma de algias retromolares, halitosis, faringitis de repetición, etc. El tratamiento mas eficaz es la exodoncia del tercer molar



GINGIVOESTOMATITIS . Se relacionan con trastornos neurotróficos provocados por la erupción del tercer molar, lo que da origen a su nombre de gingivoestomatitis neuro trófica, también denominada por otros autores estomatitis odontiásica. Suelen manifestarse como gingivitis eritematosas, que se caracterizan por la existencia de unas papilas interdetales turgentes, que sangran al menor contacto. Existe una forma de estomatitis ulceromembranosa con ulceración y despegamiento de las papilas. Este cuadro se observa en la totalidad de las mucosas del cuadrante correspondiente al molar re tenido.

ADENITIS

La región del tercer molar es rica en redes linfáticas que drenan en el grupo ganglionar submaxilar. En la patología del tercer molar es casi constante la participación ganglionar; en la mayoría de los casos se trata de adenitis reactivas o simples, que pueden evolucionar hacia la curación o bien a la abscesificación o a la cronicidad del proceso. Se debe tener en cuenta que las lesiones mucosas tienen un carácter muy linfófilo.

CELULITIS

Es la contaminación bacteriana del tejido celular tan abundante en las zonas de erupción del tercer molar. Las celulitis típicas de los terceros molares inferiores incluyen:

Celulitis migratoria de Chompret y L'Hirondel. El signo característico es la presencia de un absceso que ha migrado desde su lugar de origen en el tercer molar inferior hasta la altura de los premolares. De ahí su denominación de migratorio

Celulitis maseterina. La colección se halla limitada a la celda maseterina, siendo lo más llamativo el dolor intenso, acompañado de trismo.

Celulitis periamigdalina y laterofaríngea. Se caracteriza por la inflamación de la zona que puede incluir el paladar y se acompaña de otros síntomas, como dolor, disfagia y trismo.

Tratamiento. Todos estos procesos requieren tratamiento etiológico y sintomático a nivel del dolor, nutrición. Dependiendo de la gravedad del proceso la vía de administración antibiótica será bien oral o intravenosa.

Las colecciones de espacios posteriores y profundos pueden ser motivo de ingreso hospitalario para tratamiento intensivo. Los antibióticos más utilizados empíricamente son la amoxicilina clavulánico y el metronidazol en forma de mono o poli terapia. Cuando se produce la colección hay que proceder al drenaje quirúrgico. Dependiendo del estado general del paciente, o de la profundidad de la colección se puede requerir anestesia general





OSTEÍTIS

El desarrollo de esta patología es excepcional y casi siempre se halla vinculado a patología inflamatoria crónica de la mucosa, que recubre el hueso. Clínicamente, las osteítis corticales agudas se expresan con una sintomatología de comienzo muy llamativo, con intenso dolor, trismo, movilidad dental y dolor a la percusión, todo ello acompañado de afectación general; cuando el cuadro tiende a la cronicidad, remite la sintomatología.

SINUSITIS

Los TMR en maxilar superior pueden provocar reacciones inflamatorias o infecciosas en el seno maxilar, en cualquiera de sus formas anatómicas aguda y crónica. El tratamiento se realizara con Amoxicilina/clavulánico durante 10 días y posterior exodoncia del TMR

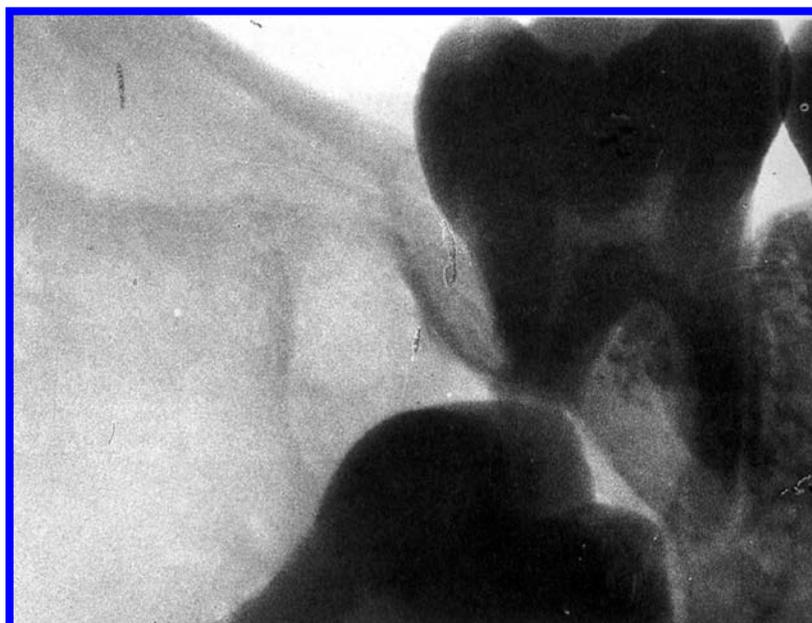
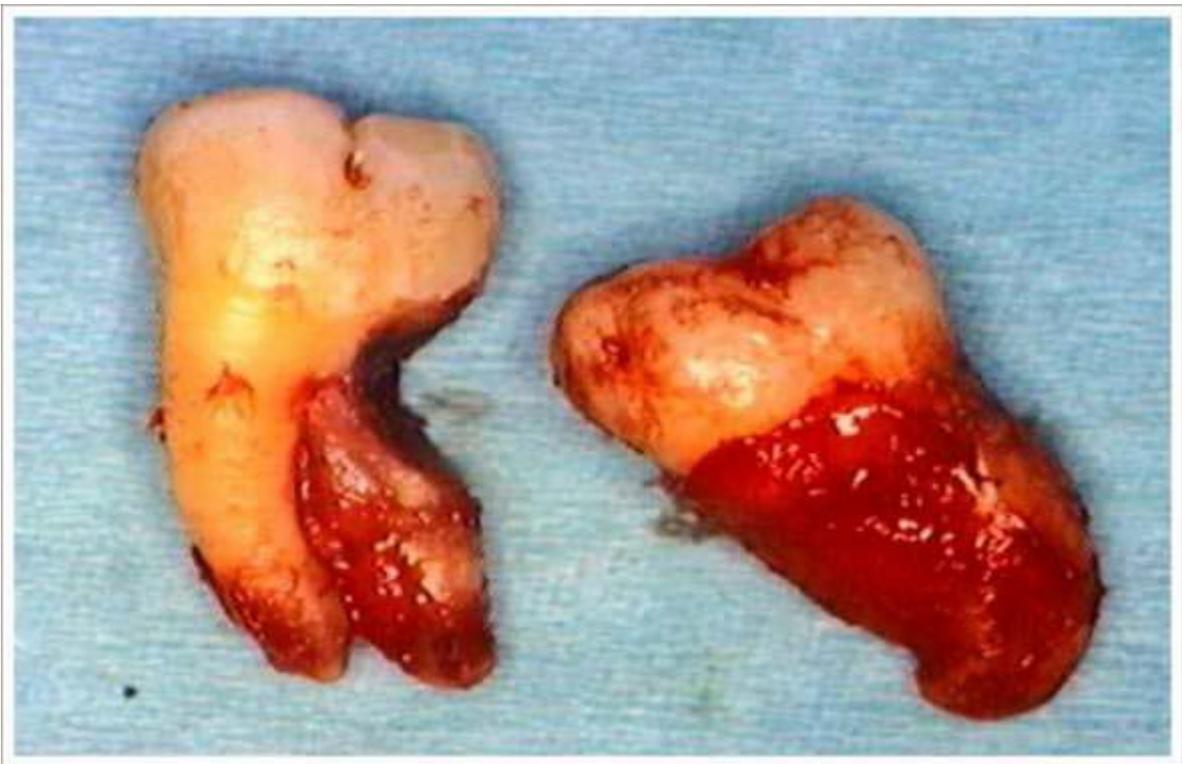


II.PATOLOGÍA MECÁNICA

La disminución del espacio para erupcionar desempeña un importante papel en la patogenia. Todo obstáculo para una erupción normal puede constituir un desencadenante de la acción de otros factores, fundamentalmente infecciosos que provocarán la fenomenología clínica dependiendo de la localización topográfica.

CARIES Y REABSORCIONES RADICULARES

Se producen en los segundos molares al impactar el tercer molar sobre la raíz o la corona de los segundos molares, provocando destrucción y caries en la zona de con tacto con estos molares.





APIÑAMIENTOS DENTALES

En la práctica diaria, una de las indicaciones más frecuentes de extracción de terceros molares se debe a motivos ortodóncicos, con el fin de limitar recidivas y apiñamientos en el sector incisivo-canino. Con respecto al apiñamiento de los sectores anteriores, existen discrepancias entre autores, que no encuentran correlación entre terceros molares retenidos y apiñamiento. La revisión publicada por la Cochran concluye que no existe evidencia para recomendar la exodoncia de terceros molares para evitar el apiñamiento de los incisivos inferiores

OTROS

Los terceros molares retenidos pueden causar, por sí mismos o por alteración mecánica, **trastornos de la oclusión** con repercusión en la articulación temporomandibular. **Inestabilidad protésica.** Las prótesis completas o removibles provocan una reabsorción de la cresta alveolar, actuando como estímulo para la erupción de los terceros molares retenidos. Si ésta se produce, se puede provocar la inestabilidad e incluso la rotura de la prótesis.

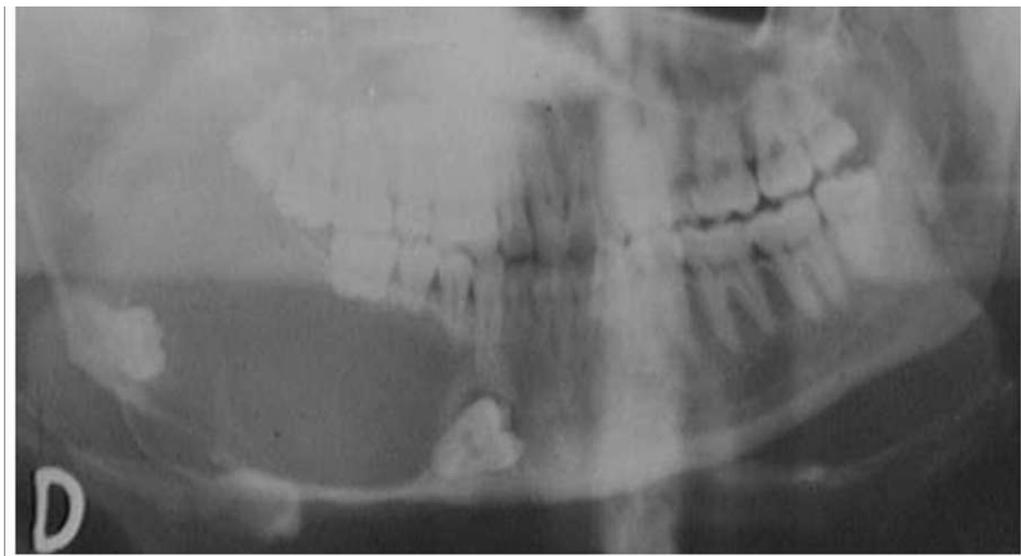
III.PATOLOGÍA NEUROLÓGICA-TRÓFICA

La rica inervación y la abundante irrigación características del territorio bucal y maxilofacial también se hallan presentes en el área de erupción de los terceros molares con ramas del trigémino, vasculares y de la red neurovegetativa, cuya participación tras una alteración del fisiologismo del medio oral en relación con los terceros molares explica la fenomenología de carácter neurológico, vasomotor y reflejo.

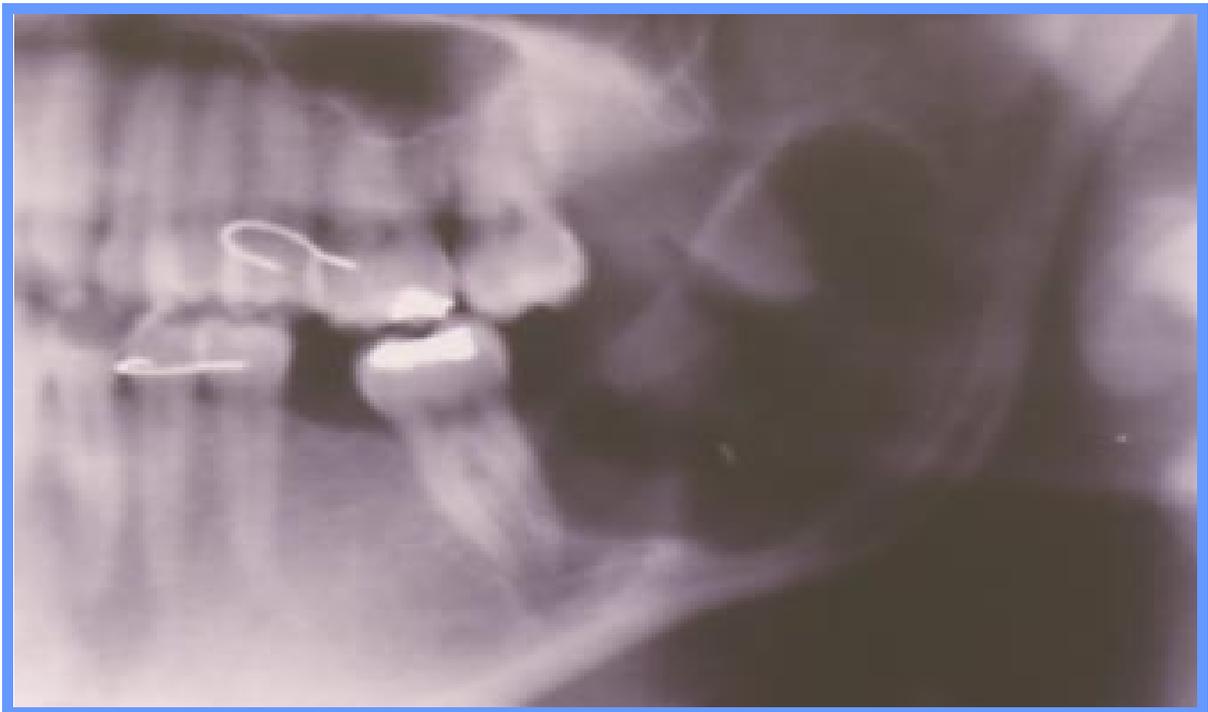
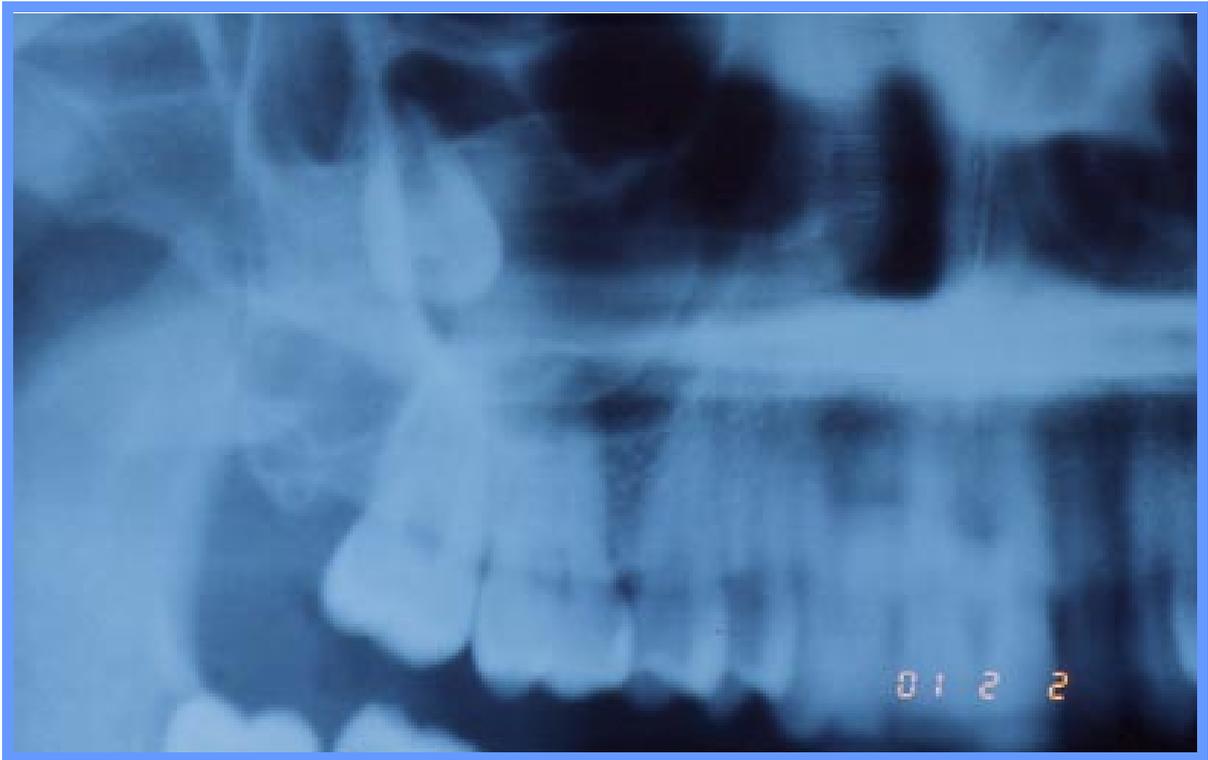
Los terceros molares retenidos pueden causar algias faciales, linguales, en los dientes inferiores, etc., con irradiación a otras ramas del trigémino. Se han descrito hipersialorreas, asialias, alteraciones del volumen de la parótida, etc. Pueden aparecer zonas eritematosas con hipertermias cutáneas; asimismo pueden observarse placas de pelada en el cuero cabelludo, localizadas preferentemente en la zona occipitomastoide Se ha responsabilizado a terceros molares de zumbidos acústicos, disminución de la agudeza visual o auditiva, etc.

IV.TUMORES

Son procesos infrecuentes, que se instauran como consecuencia de la evolución patológica de los terceros molares. Entre ellos cabe citar quistes dentígeros e incluso se han descrito ameloblastomas.









¹Extracción quirúrgica versus retención para el tratamiento de las muelas de juicio impactadas asintomáticas (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 6. Art. No.: CD003879. DOI: 10.1002/14651858.CD003879