

ERUPCION ECTOPICA: PRESENTACION DE UN CASO CON 90 POR 100 DE ROTACION EN UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SUPERIOR

Boj Quesada, J.R.; Villar Martínez, M.T. Erupción ectópica: presentación de un caso con 90 por 100 de rotación en un segundo molar primario superior. Avances en odontoestomatología 1990, 6: 259-263.

J.R. Boj Quesada *
M.T. Vilar Martínez **

RESUMEN

La erupción ectópica del primer molar permanente es una plaga en odontología infantil. Este artículo revisa las características de la erupción ectópica y en su última parte reporta un caso con una rotación de 90 por 100 del segundo molar primario superior.

Palabras clave: Erupción ectópica. Pérdida. Rotación.

SUMMARY

Ectopic eruption of the first permanent molar is a plaguing problem in pediatric dentistry. This paper reviews the characteristics of ectopic eruption and in the last part reports a case with a 90 % rotation of a second primary maxillary molar.

Key words: Ectopic eruption. Loss. Rotation.

Aceptado para publicación: diciembre 1989.

* Profesor asociado. Universidad de Barcelona.

** Profesor titular. Universidad de Barcelona.

INTRODUCCION

Se conoce con el nombre de erupción ectópica a la erupción de un diente permanente que tiene lugar de tal modo que reabsorbe parcial o totalmente la raíz o raíces de un diente primario contiguo (1).

Los dientes permanentes en orden de frecuencia de presentar erupción ectópica son los siguientes: incisivos laterales mandibulares, primer molar maxilar, incisivos laterales maxilares y primer molar mandibular (1).

La erupción ectópica del primer molar permanente se refiere a la condición en la que el primer molar sigue un camino de erupción atípico, produciéndose una reabsorción prematura y atípica del

segundo molar primario. El molar permanente queda bloqueado por el contorno distal del primario, impidiéndose de una manera total o parcial su aparición en la cavidad oral (1, 2, 3, 4).

La erupción ectópica puede presentarse en cualquier maxilar y en una variedad distinta de dientes, pero en este artículo sólo haremos referencia al primer molar permanente. Puede ser unilateral o bilateral, pudiendo implicar incluso a los cuatro molares permanentes. En muchos de los casos, el problema se convierte cada vez en más grave a medida que la raíz disto-bucal del molar primario se va reabsorbiendo. El resultado es una migración mesial continuada del primer molar permanente todavía no erupcionado y la

pérdida prematura del segundo molar primario. Esta pérdida antes de tiempo puede ser de cuatro a cinco años previos a la fecha normal de exfoliación. En estos casos el molar permanente habrá migrado mesialmente hasta el extremo que ocupará todo o casi todo el espacio destinado al segundo bicúspide. Evidentemente la pérdida de espacio de esta magnitud es un serio problema ortodóncico (5).

Algunos investigadores han tratado de relacionar a la dentición anterior y posterior en una amplia clasificación de erupción ectópica. Pero actualmente se considera la erupción ectópica del primer molar permanente como una entidad propia y debe separarse de la del frente anterior (2).

INCIDENCIA

La mayoría de autores reportan una frecuencia del 3 por 100 (2, 3, 6, 7, 8). Pero todos hablan de cifras muy parecidas. De un 2 a un 5 por 100 para Yuan (9), de un 2 a un 4,3 por 100 para Hartmann (10) y de un 2 por 100 para McDonald (4). La población con fisura labio-palatina presenta una mayor incidencia: 25 por 100 (9, 10).

Para la mayoría no hay diferencia de distribución según el sexo; pero algunos autores encuentran diferencias. Young (3) de los 1.619 niños estudiados, encontró que 52 de ellos presentaban el problema; de estos 13 eran niños y 19 niñas. Sin embargo, Hartmann (10) habla de un 29 por 100 de niñas y un

22.9 por 100 de niños entre la población con fisura labio-palatina.

Los hermanos de los niños que presentan erupción ectópica del molar, presentan una incidencia del mismo problema cinco veces mayor que el resto de la población (10).

Es más frecuente en el maxilar superior y no presenta una preferencia ni por el lado derecho ni por el izquierdo. Vemos que es un problema de odontología infantil con el que nos tendremos que enfrentar a menudo.

ANOMALIAS RELACIONADAS

La erupción ectópica se ha relacionado con otra serie de problemas: anomalías de espacio, agenesias, dientes supernumerarios, incisivos laterales microdónticos, dientes dobles tanto en la dentición primaria como en la permanente y dientes anquilosados (2, 5).

ETIOLOGIA

La causa exacta que produce la erupción ectópica, no es del todo conocida. No hay factores etiológicos específicos que hayan sido encontrados en los diversos estudios, comunes a todos los niños. Al

parecer, podría depender de una combinación de diversos factores. Existe una amplia diversidad respecto a la etiología según los distintos autores. Posibles causas que se han sugerido son:

- Todos los dientes primarios y permanentes maxilares de tamaño mayor a la media normal de la población (1, 4).
- Primer molar permanente y segundo primario de tamaño mayor (1, 4).
- Maxilar superior pequeño (1, 4).
- La maxila retroposicionada en relación a la base del cráneo (1, 4, 9, 11).
- Angulación anormal del molar permanente erupcionado (1, 4, 5, 9).
- Calcificación retrasada del molar permanente (1, 4).
- Falta de crecimiento óseo en la zona de la tuberosidad (1, 2).
- Corona demasiado acampanada del segundo molar primario (1, 5).
- Presencia de tejido fibroso muy duro encima del molar permanente que le lleva a una migración mesial, buscando el camino de mínima resistencia (1).

- Problema de la evolución de la raza humana (2).
- Inversión del patrón normal de erupción (2).
- Herencia (3, 9).
- El germen del molar permanente ha estado colocado en un lugar incorrecto causando su erupción en una angulación incorrecta respecto al plano oclusal (5).
- Causado por una deficiencia en la longitud de arcada (5, 9).
- La dieta no parece estar relacionada con la etiología del problema (3).
- No se ha encontrado relación con el estado de salud general o bucal de los niños (3).

CLASIFICACION

Existen dos patrones básicos para la erupción ectópica de un primer molar permanente. Uno es el de tipo ancho de contacto (broadside type), en el cual la superficie mesial del molar permanente se desliza a lo largo de la superficie distal del molar primario; quedando el reborde mesial bloqueado debajo del contorno distal del molar primario. Como el molar permanece en dirección vertical y sin haberse rotado, muchos de estos casos se autocorregirán.

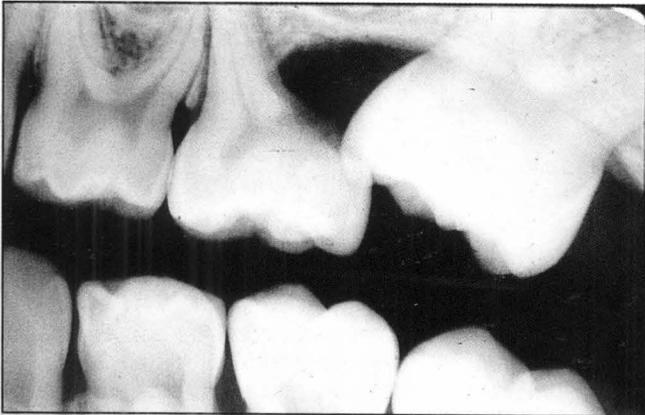


Fig. 1. Caso de erupción ectópica de un primer molar permanente en el maxilar inferior. Obsérvese la reabsorción de toda la raíz distal del molar primario y la gran pérdida de soporte óseo. El diente decíduo al ser completamente inestable se perderá irremisiblemente.

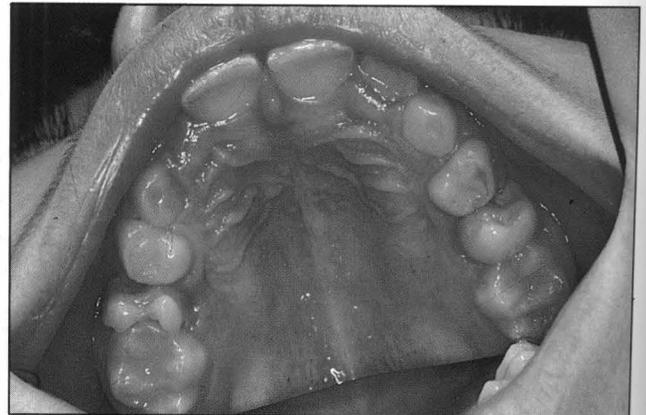


Fig. 2. Caso de ambos segundos molares primarios rotados 90° en el maxilar superior. Obsérvese que se ha perdido un considerable espacio.

El segundo tipo, que ya es una forma mucho más severa, se denomina cierre de la cúspide mesial (mesial cusp lock type), en el cual el molar permanente rota y su cúspide mesio-bucal queda bloqueada debajo del contorno distal del molar primario. Las cúspides mesiales están completamente imposibilitadas para erupcionar, mientras que las distales no, produciéndose así una inclinación del molar permanente (6, 7, 9, 11).

Young clasificó posteriormente los casos de erupción ectópica en dos: los que se autocorrijen (jump type) y los que permanecen retenidos (hold type).

Los que están en posición «jump» representa que sólo están en una posición aberrante de forma temporal. Después de causar una considerable destrucción de las raíces y corona del molar primario, el molar permanente queda libre y puede continuar su erupción hasta emerger normalmente. Por contrapartida, en los casos «hold» el molar queda retenido produciéndose la pérdida prematura del segundo molar primario (1, 4, 6, 7, 9, 11).

Young encontró en su estudio que un 66 por 100 de los casos se autocorregían y que estos eran todos del tipo ancho de contacto (broadside type); mientras que ninguno de los del tipo de cierre de la cúspide mesial (mesial cusp lock type) se autocorregía. Curiosamente un 80 por 100 de los molares que quedan retenidos, corresponden a los de tipo ancho de contacto. Hay mayoría de los casos que se solucionan por sí mismos (dos terceras partes). Encontró la presencia de los dos tipos de erupción ectópica en denticiones con falta de espacio y en otras presentando diastemas. El tiempo para un molar que se autocorregirá desde que da muestras de erupcionar ectópicamente, se coloca en posición por sí mismo y erupciona normalmente, es de seis meses a dos años.

El proceso de autocorrección del molar puede suceder antes o al

tiempo de hacer acto de presencia en la cavidad oral (1, 3, 4).

OCCLUSION

El tipo de oclusión aparentemente no está relacionado con esta anomalía (2, 3). La mayoría de los casos los encontramos con tipos de oclusión de Clase I, pero también se diagnostican en clases II y III. Curiosamente, en el estudio de Pulver (2), este encontró que una Clase II resultaba en el lado afecto de una erupción ectópica de un molar retenido (tipo hold) que había permanecido sin tratar. La aparición de una Clase II resulta interesante porque también se encontró que el maxilar superior era corto y retroposicionado, características que son típicas de la oclusión de Clase III. Los molares que erupcionan ectópicamente, entran en oclusión más tarde que los molares normales.

TRATAMIENTO

Aproximadamente unos dos tercios de los molares que erupcionan ectópicamente se autocorregirán. Ello sucederá incluso con algunos de los que están más mesializados. Pero no existe ningún método exacto para predecir si el molar ectópico se autocorregirá o se quedará retenido produciendo daño irreparable al molar primario. Por ello, es recomendable nuestra intervención en el momento en que se diagnostica el problema, en lugar de la actitud de observar la evolución del caso, pues las secuelas sin tratamiento pueden llegar a ser un grave detrimento para la dentición permanente y la oclusión (1).

Las complicaciones, si esperamos pueden ser varias: pérdida de espacio, afectación pulpar del molar primario, reabsorción completa de la raíz distal del diente deciduo, bloquear completamente el espacio para el premolar y la sobreerupción de los dientes de la arcada opuesta.

Hay que tener en cuenta que muchas veces quedan restos radiculares difícilmente observables cuando se pierde el molar primario. Ello implica que siempre hace falta un estudio radiográfico.

Muy pocos casos se acompañan de dolor, a no ser que exista algún otro problema asociado como pueda ser exposición pulpar por caries. Young en su estudio no encontró ningún caso doloroso. Ello sucede incluso con los que tienen mayor destrucción, afectando incluso a la cámara pulpar. Se forma en estos casos una capa de dentina secundaria obliterando la exposición pulpar; o sea que si hay infección, asociada, casi todos los casos son debidos a lesiones por caries en el molar primario. Incluso en los casos que la cámara pulpar está invadida por el molar permanente, el diente primario preserva su vitalidad, sino existe contaminación externa (2, 3, 5).

Sólo en muy raras ocasiones, el problema no será un descubrimiento en una primera visita rutinaria de revisión al realizar un estudio radiográfico y se diagnosticará por presentar el niño un dolor neurálgico en el área de impacción. El dolor en este caso puede ser consecuencia de un desprendimiento del soporte epitelial que ha permitido la filtración de fluidos orales causando inflamación pulpar. Es evidente que en estos casos no podremos mantener el molar primario en boca (4).

Dos enfoques existen de cara al tratamiento: extracción o conservación del molar primario (1, 3, 5, 11). La preservación del molar primario es la primera consideración a la hora de realizar el plan de tratamiento, ya que es importante por función, mantención de espacio e integridad oclusal. Si la erupción ectópica del molar permanente no ha causado suficiente reabsorción radicular para comprometer la estabilidad del primario, el enfoque será un tratamiento sin extracción. La presencia de una extensa imagen radiolúcida de reabsorción, incluso invadiendo la cámara pulpar no contraindica el tratamiento

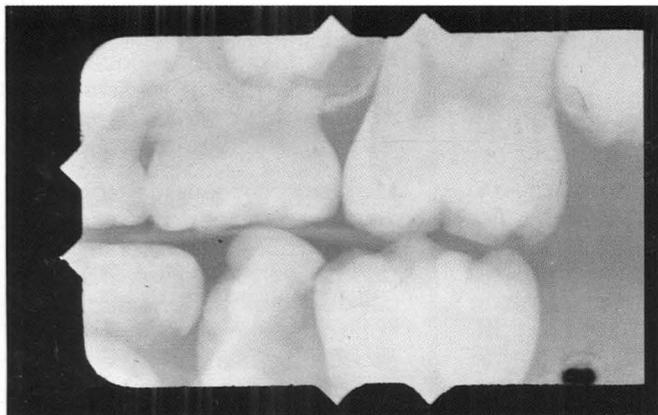


Fig. 3. Radiografía de aleta de mordida del lado derecho en el mismo caso.



Fig. 4. Radiografía de aleta de mordida del lado izquierdo en el mismo paciente.

conservador si existe estabilidad en el diente deciduo. El poder mantenerlo nos acortará el tiempo de tratamiento, siendo mucho menor el esfuerzo y la dificultad para conservar el espacio. Todos los pacientes tratados conservando el molar primario deben tener presente el primer molar deciduo; sino hay que colocar un mantenedor de espacio para proporcionar suficiente anclaje para distalar el molar permanente. Sin anclaje perderíamos longitud de arcada. Diversas opciones existen para corregir la posición del molar permanente: ligadura separadora de alambre, resorte separador helicoidal, eliminación con disco de la parte distal del molar primario, separador elástico y variedades de la técnica de Humphrey que consiste en una banda en el diente primario y en un resorte de alambre en forma de S que va hasta la fosa central del molar permanente. El método más sencillo, quizás es el uso de la ligadura separadora, debiendo apretarse o cambiarse el alambre cada tres o cuatro días para lograr distalar el primer molar.

Cuando la retención del molar primario no es posible, debemos optar por el tratamiento con extracción y la distalización posterior del molar permanente para ganar suficiente espacio para el premolar. También en estos casos varios métodos de tratamiento son posibles,

siendo diversas variedades de los aparatos de Hawley y King los más comunes. Cuando se ha logrado la posición correcta del molar hay que colocar un mantenedor de espacio.

Para Yuan (9), la relativa pérdida de espacio que se produce por la presencia de un molar erupcionando ectópicamente limita el uso de aparatología unilateral tanto en los casos de extracción como en los que conservamos el molar primario. Piensa que hemos de trabajar con soporte bilateral para tener el mejor anclaje.

PRESENTACION DE UN CASO

El niño B.J.M., es visitado por primera vez por un dentista a sus diez años y cinco meses de edad. Presenta una historia médica algo compleja. Traumatismo craneal hace cuatro años produciéndose una lesión cerebral. Sometido dos veces a cirugía correctiva en los dos últimos años. Presentó convulsiones durante los seis meses siguientes al traumatismo. Un año antes de la visita fue diagnosticado de una púrpura trombocitopénica idiopática. El último recuento, tres meses antes de ser visitado fue de 177.000 plaquetas.

Se realiza un examen dental y se toman dos radiografías de aleta de mordida. Los hallazgos son los si-

guientes: oclusión Clase II molar en ambos lados, no desviación de la línea media, 70 por 100 de overbite, 4 mm de overjet, mordida cruzada en el lado derecho, erupción ectópica de 16 y 26, 55 y 65 están rotados 90°, libre de caries e higiene oral regular.

El plan de tratamiento incluye prevención sellado de los cuatro molares permanentes, extracción de 55 y 65, distalización de 16 y 26, descruzar la mordida y mantenimiento del espacio una vez, 16 y 26 tengan la posición adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. MC DONALD, R.E.; HURT, W.C.; GILMORE, H.W.; MIDDLETON, R.A.: Current therapy in dentistry, 7:438-445, 1980.
2. PULVER, F.: The etiology and prevalence of ectopic eruption of the maxillary first permanent molars. J. Dent. Child, 35:138-146, 1968.
3. YOUNG, D.H.: Ectopic eruption of the permanent molar. J. Dent Child, 24:153-162, 1957.
4. MC DONALD, R.E.; AVERY, D.R.: Dentistry for the child and adolescent. Mosby Company; capítulos 21 y 35, 1983.
5. BRADEN, R.E.: Ectopic eruption of maxillary permanent first molar. Dent. Clin. North. Am., July: 441-448, 1964.
6. CROLL, T.P.; BARNEY, J.I.: An acid etch composite resin retained

wire for correction of an ectopically erupting permanent first molar. *Pediatr. Dent.*, 4:61-63, 1982.

7. RUST, R.D.; CARR, G.E.: Management of ectopically erupting first permanent molars. *J. Dent. Child.*, 52:55-56, 1985.
8. PULVER, F.; CROFT, W.: A simple method for treating ectopic eruption of the first permanent molar. *Pediatr. Dent.*, 5:140-141, 1983.
9. YUEN, S.; CHAN, J.; TAY, F.: Ectopic eruption of the maxillary permanent first molar: the effect of increased mesial angulation on arch length. *J. Am. Dent. Assoc.*, 111:447-451.
10. HARTMANN, C.: A treatment for ectopically erupted first permanent molars. *J. Dent. Child.*, 51:363-366, 1984.
11. CANUT, J.A.; RAGA, C.: Morphological analysis of cases with ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. *Europ. J. Orthod.*, 5:249-253, 1983.



DIGIT MIX 04[®]

MIXER PARA CAPSULAS DE AMALGAMA, DIGITALICO, ELECTRÓNICO.

Movimiento a ocho con variación de velocidad de 1200 a 4500 R.P.M. con tapa de seguridad y dispositivo ENTRAP SYSTEM para la captura de los vapores de mercurio.

¡silencioso como una mariposa!



Disponible en los mejores depositos dentales
Importador: A. SOLE PALOU s.a. 08002 BARCELONA
Vergara, 7 Tel. (93) 3182074

Para más datos sobre DIGIT MIX 04 escribir a:
MEDIC-AL DENTISTRY LINE s.r.l. - 31015 CONEGLIANO VENETO (TV) Italia - C.P./P.O. Box 253
Tel. (0438) 22.6.39-22.2.90 - Tlx 433397 Medic-I - Fax (0438) 370200

Dr. _____ Tel. _____

Calle _____ C.P. _____ Ciudad _____