

## CASOS CLÍNICOS

# Molares impactados en la rama ascendente de la mandíbula. Presentación de un caso clínico

E. Valmaseda Castellón<sup>1</sup>, C. de la Rosa Gay<sup>2</sup>, C. Gay Escoda<sup>3</sup>

## RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 23 años de edad que presentaba los molares inferiores permanentes segundo y tercero impactados verticalmente en la rama ascendente de la mandíbula. Las superficies oclusales de ambos dientes se encontraban en contacto. Tras un diagnóstico preciso, que incluyó una tomografía computarizada, se decidió extraer ambos dientes. El conducto del nervio dentario inferior, que en las radiografías se consideró que se encontraba bajo riesgo, no sufrió ningún daño, gracias a una técnica quirúrgica cuidadosa.

**Palabras clave:** Molar-patología, tercer molar-patología, segundo molar-patología, diente impactado.

## SUMMARY

The case of a 23 year old female patient which had her third and second molars vertically impacted in the vertical ramus of her mandible is presented. Occlusal surfaces of both teeth were in contact. After a thorough diagnostic, which included a computerized tomography, it was decided to extract both teeth. The mandibular canal, which was radiographically considered to be at risk, did not suffer any harm, thanks to a careful surgical technique

**Key Words:** Molar-pathology, third molar-pathology, second molar-pathology, impacted tooth.

## Introducción

La impactación se define como la interrupción de la erupción de un diente provocada por una barrera física, detectable clínica o radiográficamente, en el trayecto de erupción, o debida a una posición anormal de dicho diente (1). Las impactaciones de segundos molares inferiores, como se muestra en este caso clínico, son raras, entre el 0,6% (2) y el 7%

(3). Por el contrario, las impactaciones de terceros molares inferiores son las más frecuentes.

## Caso clínico

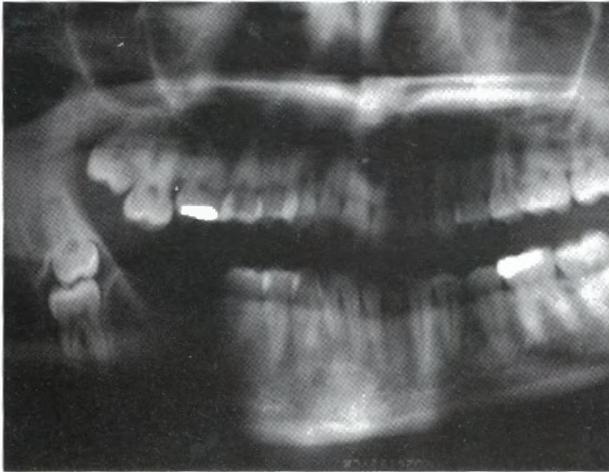
Una mujer de 23 años de edad acudió al Servicio de Cirugía e Implantología Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona, referida para la extracción del 3.7, que estaba parcialmente erupcionado y había producido dolor e inflamación. La historia clínica no mostró ningún dato de interés.

Todos los dientes estaban erupcionados excepto los tres molares inferiores derechos. El primer molar había sido extraído en la infancia, debido a infección periapical. La paciente no

<sup>1</sup> Odontólogo. Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona.

<sup>2</sup> Odontóloga. Máster de Ortopedia y Ortodoncia Infantil y de Adultos de la Universidad de Barcelona.

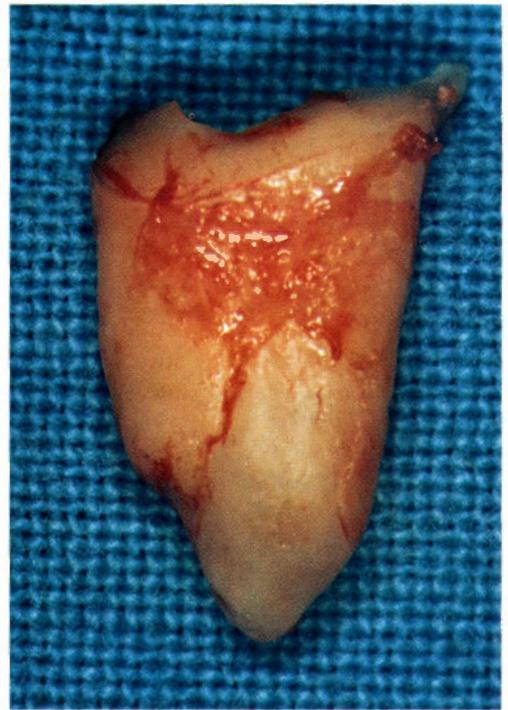
<sup>3</sup> Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Universidad de Barcelona. Cirujano maxilofacial del Centro Médico Teknon de Barcelona.



**Fig. 1. — Ortopantomografía de la paciente. El segundo y tercer molar inferiores derechos están impactados en la rama ascendente de la mandíbula.**

había sido sometida a ningún otro tratamiento dental, excepto obturaciones en el 1.6 y 3.6.

La ortopantomografía mostró una radiolucidez adyacente a la corona del 3.7. El diagnóstico fue de pericoronaritis de dicho diente. En el interior de la rama ascendente de la mandíbula se descubrió la existencia de dos molares impactados: uno en posición vertical y el otro invertido y con su superficie oclusal opuesta a la otra (Fig. 1). El diente inferior (que fue considerado el segundo molar) parecía tener una relación estrecha con el conducto mandibular (Fig. 2). Para identificar la relación exacta entre el conducto mandibular y el molar, se practicó una tomografía computarizada (Fig. 3). El conducto mandibular estaba desplazado por la raíz distal del segundo molar inferior, y su trayecto estaba en relación estrecha con la cortical lingual. Estos molares impactados nunca habían presentado clínica.



**Fig. 2. - Detalle de la ortopantomografía. Se puede observar desviación y pérdida de continuidad de la imagen del conducto dentario inferior.**

**Fig. 3. - Tomografía computarizada de la paciente. El conducto dentario inferior está en contacto con el aspecto linguoapical de las raíces del segundo molar inferior derecho.**

**Fig. 4. - La raíz distal del segundo molar muestra una muesca en el área que estaba en contacto con el nervio dentario inferior.**

Se indicó la extracción del 3.8, que se practicó bajo anestesia local. El postoperatorio no presentó complicaciones. Tras consultar con la paciente, se decidió la extracción del 4.7 y 4.8 impactados. Se administró anestesia local, se levantó un colgajo mucoperióstico de Neumann parcial, y se practicó osteotomía y odontosección empleando fresas de carburo de tungsteno del número 8. Las coronas y las raíces fueron luxadas con botadores rectos y de Pott. La raíz distal del 47 presentaba un surco cerca del ápice, por donde discurría el nervio dentario inferior (Fig. 4), que quedó visiblemente expuesto tras la luxación de la raíz. La herida se irrigó cuidadosamente y se suturó con seda atraumática C16 de 3-0. Se prescribió tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. En la visita de control a los siete días se retiró la sutura, y aún existía inflamación de la herida, que tras una semana desapareció. No se afectó la sensibilidad del labio ni del mentón.

## Discusión

Robinson y cols. (4) han descrito un caso similar, aunque la impactación era bilateral y la posición de los molares impactados, con sus coronas opuestas una a la otra, era horizontal. También Carrasi y Weinstein (5) publicaron un caso de molares impactados con características similares, aunque afectaba a tres molares permanentes.

Este caso clínico muestra un caso extremo de impactación vertical de segundo y tercer molar inferior. Las razones que llevaron a esta situación y la contribución del primer molar inferior derecho no están claras ya que los molares impactados tienen un potencial de desarrollar infecciones y patología quística y tumoral. Esta fue la razón que llevó a la decisión de practicar la extracción.

En la ortopantomografía, el conducto mandibular parecía desplazado e interrumpido por la raíz distal del 4.7, lo que se considera un signo de relación íntima (6, 7). La tomografía computarizada permite la determinación precisa de la posición del nervio dentario inferior. Así, las maniobras quirúrgicas que suponen un riesgo para el nervio, como la compresión o el daño directo, pueden ser evitadas.

La exposición del nervio dentario inferior

durante la cirugía se ha demostrado que aumenta las posibilidades de sufrir una parestesia labial y/o mentoniana (7), aunque nuestro caso fue una excepción, posiblemente debido a que se evitaron las fuerzas que podrían haber causado una compresión, gracias al conocimiento preciso de la posición del nervio durante la cirugía. El uso de fresas para eliminar hueso, como se hizo en este caso, ha sido asociada a un alto porcentaje de lesiones permanentes de los nervios dentario inferior y lingual, según Rood (8). No obstante, la incidencia de lesiones nerviosas permanentes en el artículo de Rood resultó inaceptablemente alta cuando se emplearon fresas. No es, pues, el uso de fresas lo que hace peligrar la integridad del nervio dentario inferior, sino el uso incontrolado de las mismas.

Este caso clínico ilustra la necesidad de practicar un buen diagnóstico radiológico y plan de tratamiento de cada impactación, especialmente cuando el tratamiento quirúrgico puede producir complicaciones, como la lesión nerviosa.

## Bibliografía

1. RAGHOEBAR, G. M.; BOERING, G.; VISSINK, B.: Eruption disturbances of permanent molars: a review. *J. Oral Pathol. Med.*, 1991; 20: 159-166.
2. GROVER, P. S.; LORTON, L.: The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surg.*, 1985; 59: 420-424.
3. VARPIO, M.; WELLFELT, B.: Disturbed eruption of the lower second molar: clinical appearance, prevalence and etiology. *ASDC J. Dent. Child.*, 1988; 55: 114-119.
4. ROBINSON, J. A.; GAFFNEY, W. Jr.; SONI, N. N.: Bilateral «kissing» molars. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 1991; 72: 760.
5. CARRASI, A.; WEINSTEIN, R.: Impacted molars. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 1989; 67: 612.
6. ROOD, J. P.; SHEBAB, B. A.: The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 1990; 28: 20-25.
7. KIPP, D. P.; GOLDSTEIN, B. H.; WEISS, W. W. Jr.: Dysesthesia after mandibular third molar surgery: a retrospective analysis of 1377 surgical procedures. *J. Am. Dent. Assoc.*, 1980; 100: 185-192.
8. ROOD, J. P.: Permanent damage to inferior alveolar and lingual nerves during the removal of impacted mandibular third molars. Comparison of two methods of bone removal. *Br. Dent. J.*, 1992; 172: 108-110.

### Correspondencia:

Dr. Cosme Gay Escoda  
C/ Ganduxer, 140 4º  
08022 Barcelona