

Tratamiento del segundo molar impactado. Revisión de la literatura y presentación de un caso

Diego Rey Mora**, Santiago González Ossa***

Resumen

La impactación del segundo molar, aunque poco frecuente (0.08 %), presenta múltiples alternativas de manejo, entre las cuales se destaca: la tracción ortodóntica, reposición quirúrgica, Exodoncia y autotransplante, Exodoncia y erupción del tercer molar en el sitio del segundo molar, entre otros. Esta última alternativa es muy discutida en la literatura, por la dificultad en la predicción de la posición final del tercer Molar. El propósito de este artículo es revisar las alternativas de tratamiento de la impactación del segundo molar y presentar un caso tratado con Exodoncia del segundo molar y erupción del tercer molar en este sitio. **Palabras claves:** impactación del segundo molar, erupción del tercer molar

Summary

Impaction of second molars, although infrequent (0.08%) presents multiple alternative managements such as orthodontic traction, surgical repositioning, extraction and auto-transplant and allowing the eruption of third molars into the second molar site among others. This latter approach is controversial due to the difficulty in predicting the final position of the third molar. The purpose of this article was to review treatment alternatives for second molar impaction and to present a case with extraction of the second molar and eruption of the third molar in to its site. **Key words:** impaction, second molar, third molar eruption.

Introducción

La impactación del segundo molar permanente, se puede dar a causa de un obstáculo físico (dientes – patologías – rama mandibular) ó pueden quedar retenidos durante su erupción normal. La incidencia de su impactación no es común, pero se han descrito algunas alternativas de manejo para esta patología¹.

La erupción del tercer molar luego de la Exodoncia del segundo molar ha sido una opción usada ampliamente en el tratamiento ortodóntico, evitando especialmente la Exodoncia de premolares o con el fin de expandir arcos ó distalizar el primer molar^{1,2,3}. En este artículo se describirá un caso en el que se utilizó esta técnica,

indicada por impactación de un segundo molar inferior a causa de un quiste dentífero.

Revisión de la literatura

El segundo molar permanente, se desarrolla embrionariamente por una extensión distal de la lámina dental, la cual forma los gérmenes del 1º, 2º y 3º molar permanentes.

El 1º y 2º molar inician su formación aproximadamente a la vigésima semana intrauterina y el 3º molar aproximadamente al quinto año de vida⁴.

La calcificación del 2º molar maxilar y mandibular, Se inicia a los 2½ a 3 años de edad y

** Ortodoncista, Jefe postgrado de ortodoncia CES

*** Odontólogo Universidad Autónoma de Manizales
Residente de IV año Cirugía maxilofacial CES

aproximadamente entre los 7 a 8 años, las coronas están totalmente formadas; su erupción se da entre los 11 a 13 años¹.

Las aberraciones encontradas en el 1º y 2º molar permanentes no son comunes, en comparación con el tercer molar ya que a parte de las alteraciones genéticas, las cuales pueden afectar a todos los dientes, el tercer molar, por su desarrollo tardío, puede verse afectado por factores locales (caries, traumas), factores sistémicos, nutricionales, socio-económicos, entre otros, lo cual puede producir alteraciones como el polimorfismo, posiciones ectópicas, etc.

A pesar que los segundos molares no presentan comúnmente alteraciones en su forma o tamaño, se pueden encontrar variaciones en su erupción normal, como: Retraso en la erupción, impactación, retención primaria, retención secundaria⁵.

1. Retraso en la erupción: El tiempo del proceso de erupción normal esta determinado genéticamente, y aunque no se ha definido exactamente la causa del retraso de erupción se han encontrado factores hormonales (pseudohipoparatiroidismo), enfermedades cromosomales; como el síndrome de Down, entre otros, los cuales pudieran producirlo⁶.
2. Impactación: La impactación del segundo molar se puede dar ya sea por falta de espacio, erupción ectópica u obstáculo físico como supernumerarios, quistes, odontomas, tumores

odontogénicos, entre otros⁷. Según Grover y Lorton⁸ en 1985, el segundo molar maxilar tiene una frecuencia de impactación de un 0.08% y el segundo molar mandibular un 0.06%; siendo el cuarto diente que presenta mayor frecuencia de impactación luego de terceros molares, caninos y premolares.

3. Retención primaria: Definida como el cese de erupción antes de traspasar la mucosa oral, sin una barrera física o posición ectópica que lo impida, la etiología aunque desconocida, la mayoría de casos se han asociado a síndromes en los cuales la actividad osteoclástica esta comprometida, como la osteopetrosis⁶.
4. Retención secundaria: Definida como el cese de erupción luego de su exposición a cavidad oral y sin ninguna barrera física que lo impida, aunque el factor mas asociado ha sido la anquilosis el origen de esta aun es incierto⁶.

Tratamiento

El tratamiento de la impactación del segundo molar permanente, depende de la alteración en la que se vea involucrado, en el estadio de desarrollo del tercer molar contiguo y de la posibilidad o no de hacer autotransplantes autologos, asi mismo en caso de existir alguna patología que lo pueda impactar o alguna restricción mecánica el objetivo será despejar el diente. (Ver tabla).

ALTERACION	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO
Impactación	Pérdida de espacio	- Exodoncia – recuperación de espacio - exposición quirúrgica - verticalización
	Erupción ectópica	- Realineación ortodóntica - autotransplante - exodoncia
	Obstáculos de erupción	- Remover obstáculo (quistes y tumores)
Retención primaria	Desconocido	- Exposición quirúrgica – exodoncia
Retención secundaria	Anquilosis	- Exodoncia - autotransplante

Caso clínico

AMV, 8 años de edad, sexo femenino. Se evaluó inicialmente para tratamiento de ortodoncia, presentando desarrollo normal de su dentición Foto (1). A los 10 años de edad, se inició su tratamiento ortodóntico, orientado a alineación dentaria únicamente.

A los 12 años, luego de remoción de aparatología, se presentó inclinación severa del 47, el cual en el análisis radiográfico mostró un quiste rodeando la corona del 48. Esta lesión generaría la inclinación e impactación del 47 Foto (2). en este momento se decidió realizar exodoncia del 47 para orientar erupción mesial del 48 Foto (3), el cual a pesar de su inclinación mesial inicial, amplia distancia con el 46 y el grado de formación radicular, se posicionó adecuadamente.

Existe cierta inclinación axial en la posición final del 48, lo cual podría ser mejorado con aparatología ortodóntica, pero esta en función adecuada. Foto (4).

Discusión

El quiste dentígero se origina en el órgano del esmalte de un diente incluido o no erupcionado, corresponde a aproximadamente el 25% de los quistes de los maxilares. Radiográficamente aparece como una lesión radiolúcida por lo general unilocular que rodea la corona del diente⁹. Aunque algunas veces puede existir la duda entre el hallazgo radiográfico y la posibilidad que sea el folículo dental, Conklin y Stafne¹⁰ en 1994, describieron que el 80% de los folículos con espacios entre la corona y la cortical ósea mayores a 2.5 mm, resultaban histológicamente en quistes dentígeros.

El quiste dentígero puede producir impactaciones dentales como en este caso, reabsorciones radiculares, desplazamiento dental, parestesias, elevación del piso de las orbitas, transformación del epitelio a ameloblastomas o incluso a carcinomas. Por lo cual su tratamiento es de suma importancia^{9, 11, 12, 13}.

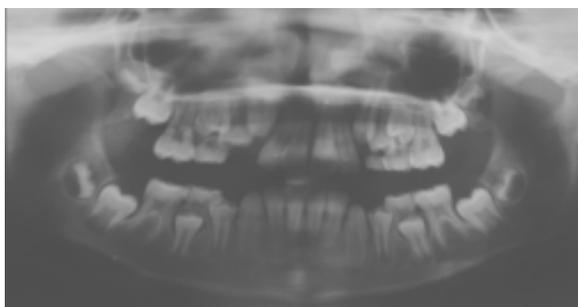


Foto 1. 8 años de edad

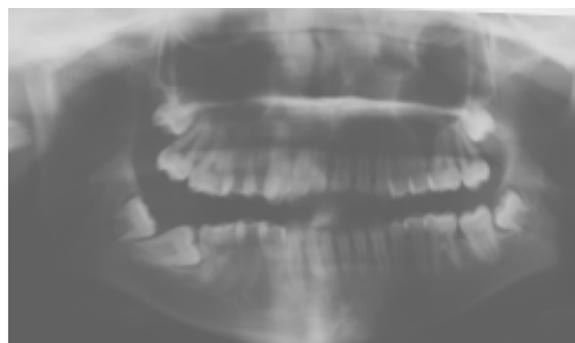


Foto 2. 12 años de edad

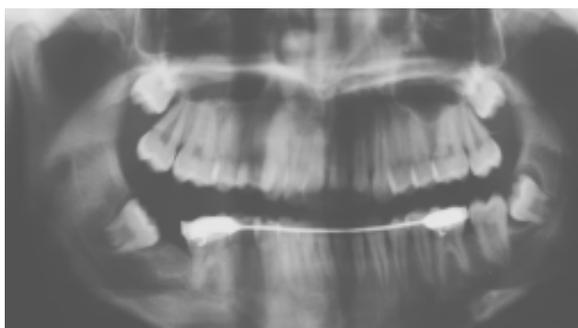


Foto 3. 13 años de edad



Foto 4. 15 años de edad

Erupción del tercer molar luego de la Exodoncia del segundo molar:

Poco se ha descrito en la literatura a cerca del tratamiento de la impactación del segundo molar, pero se pueden encontrar algunos artículos que describen la exodoncia del segundo molar con fines ortodónticos, especialmente en casos en los cuales se requiere distalización del primer molar, prevención de futuras malposiciones a causa de la presión que pueda ejercer el tercer molar en su erupción, para evitar el colapso facial que puede producir la exodoncia de premolares, entre otros^{1, 14, 15}.

Además de los resultados en la oclusión, algunos autores^{14, 15, 16, 17, 18} han descrito los cambios del tercer molar luego de la exodoncia del segundo molar y en general reportan una adecuada alineación de los terceros molares en el arco, únicamente necesitando en algunos casos pequeños movimientos ortodónticos.

El éxito de este tratamiento depende de seguir a cabalidad ciertos criterios en el momento de analizar el caso^{1, 19}:

1. La corona del tercer molar debe estar completamente formada, pero la formación radicular no debe haber iniciado.
2. La inclinación axial del tercer molar con respecto al plano oclusal, no debe ser mayor a 30°.
3. El tercer molar debe estar en íntima proximidad a la raíz del segundo molar.
4. El tamaño de la corona del tercer molar debe ser similar a la del segundo molar.

Conclusiones

La exodoncia de los segundos molares incluidos y la subsecuente erupción del tercer molar es una alternativa de tratamiento con resultados óptimos, lo cual depende de la adecuada evaluación y estudio del caso a tratar.

Bibliografía

1. Bishara S. Bukley P. Second Molar Extractions: A review. AM J Orthod. 1986;89:415–24.
2. Orton – Gibbs S. et al. Eruption of third permanent molars after the extraction of second permanent molars. Part 1: Assesment of third molar position an size. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2001;119:226–38
3. Orton – Gibbs S. et al. Eruption of third permanent molars after the extraction of second permanent molars. Part 2: Functional occlusion and periodontal status. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2001;119:226–38
4. Then Cate A R. Histología oral:Desarrollo, estructura y funcion.2ª ed. Editorial Medica Panamericana.1986
5. Andreasen J. Petersen J. Laskin D. Text Book and color atlas of tooth impactions. 1st edition. Mosby.1997;49–64.
6. Andreasen J. Petersen J. Laskin D. Text Book and color atlas of tooth impactions. 1st edition. Mosby.1997;197–218.
7. Andreasen J. Petersen J. Laskin D. Text Book and color atlas of tooth impactions. 1st edition. Mosby.1997;349–368.
8. Grover PS. Lorton L.The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical Cases. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1985;59:420–25.
9. Regezi JA. Sccuibba JJ. Patología bucal. Tercera Edición. Mc Graw- Hill Interamericana. Capitulo 10 pag 293–326.
10. Andreasen J. Petersen J. Laskin D. Text Book and color atlas of tooth impactions. 1st edition. Mosby.1997;4491–98.
11. Daley TD. Wysocki GP. Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and Jaw cyst in Canadian population. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1994;77:276–80.
12. Daley TD. Wysocki GP. The small dentigerous cyst. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1995;79:77–81.

13. Brown RM. Metaplasia and degeneration in odontogenoc Cysts in man. J Oral Path. 1972;1:145–58.
14. Gooris C. Artur J. Joodeph Donald. Eruption of mandibular Third molars after second – molar extractions: A radiographic study. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1990;98:161–67.
15. Rindle A. Effects on lower third Molars after extraction of second Molars. The Angle Orthodontist. 1977;47:55–8
16. Cavanaugh J. Third molar Changes following second molar extractions. The Angle Orthodontist. 1985;55:70–76.
17. Richardson M. Richardson A. Lower third molar development subsequent to second molar extraction. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1993;104:566–74.
18. Moffitt A. Eruption and function of maxillary third molars after extraction of second molars. The Angle Orthodontist. 1998;68 (2):147–52.
19. Andreasen J. Petersen J. Laskin D. Text Book and color atlas of tooth impactions. 1st edition. Mosby. 1997;P 219–313.

Correspondencia:

rey@epm.net.co

