

RELACIÓN DE LA ARQUITECTURA CRANEOFACIAL CON EL 3º MOLAR INFERIOR RETENIDO Y SU SINTOMATOLOGÍA

RELATIONSHIP BETWEEN CRANIOFACIAL ARCHITECTURE AND RETAINED
LOWER THIRD MOLAR. ITS SYMPTOMATOLOGY

Dra. Juana R. Bozzatello

Cátedra de Cirugía II "A"- Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los terceros molares inferiores retenidos, producen una serie de accidentes y complicaciones acompañados de sintomatología, a veces importante y que puede confundirse con otras patologías, en un alto porcentaje de pacientes entre 17 y 25 años de edad.

OBJETIVOS: Teniendo en cuenta la frecuencia de consultas odontológicas por esta causa en nuestra comunidad (ciudad de Córdoba, Argentina) hemos realizado un **estudio estadístico** para conocer de que manera impacta en la población y poder cotejar con estudios similares realizados en otras comunidades.

MATERIALES Y MÉTODOS: Para esto se relacionó tipo de retención del tercer molar inferior, con edad, sexo, índice craneofacial y sintomatología clínica presentada. Se practicó estudios de ortopantomografías, teleradiografías de perfil y cefalometrías, sobre 162 pacientes, (92 de sexo femenino y 70 de sexo masculino, total: 270 terceros molares inferiores retenidos), en edades comprendidas entre 17 y 81 años.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos nos indicaron que en la población de Córdoba (Argentina) es más frecuente la retención del tercer molar inferior en individuos braquicéfalos, de ubicación mesioangular y horizontal, de sexo masculino. Las retenciones verticales y distoangulares son más frecuentes en sexo femenino. Hay mayor porcentaje de retención Clase I Posición A (según

clasificación de Pell y Gregory) en dolicocéfalos. Las sintomatologías, más comunes son: dolor, pericoronaritis, caries en segundo molar. Disminuyen con la edad y es más frecuente en sexo femenino. La edad promedio se manifiesta entre 20 - 24 años.

CONCLUSIONES: Basándonos en nuestras observaciones, creemos importante realizar estudios clínicos radiográficos entre 14 y 25 años de edad para evaluar la situación riesgo-beneficio, y decidir o no la extracción profiláctica de este elemento.

Palabras clave: 3º molar inferior retenido-epidemiología-sintomatología-

ABSTRACT

Introduction.- In a high percentage of subjects between 17 and 25 years of age, retained lower third molars produce various lesions and complications accompanied by symptoms which may be sometimes confused with other pathologies.

Objective.- Based on the frequency of dental consultations in our community (City of Córdoba, Argentina), we conducted a statistical study in order to find out how retained lower third molars affect our population, and to compare our findings with similar studies carried out in other communities.

Material and methods.- The type of third molar retention was related to age, gender, craniofacial index, and clinical symptoms

presented. Orthopantograms, profile telerradiographs, and cephalometric radiographs were done on 162 patients ranging in age from 17 to 81 years (92 females and 70 males, 270 retained lower third molars).

Results.- Our findings show that in the city of Cordoba, Argentina, the presence of retained lower third molars is more frequent in brachycephalic males, with horizontal and mesioangular locations. Vertical and distoangular retentions occur more frequently among females. There is a high percentage of Class I retention, position A (following Pell and Gregory classification), in dolicocephalies.

The most common symptoms are pain, pericoronitis, and caries in the second molar. These symptoms appear between 20 and 24 years old, occur more frequently in females and tend to disappear with age.

Conclusions.- Based on our observations we believe it is advisable to do radiographic studies in subjects between the age of 14 and 25 to evaluate the risk-benefit situation and to decide on the prophylactic extraction of the tooth.

INTRODUCCIÓN

La Antropología nos permite conocer la relación de las formas craneales (Braquicéfalos, Mesocéfalos y Dolicocefalos) y las características faciales del individuo teniendo en cuenta: edad, sexo, raza, fenotipo craneal, influencia del medio ambiente etc. El individuo de cráneo alargado, dolicocefalo, tendrá también la cara larga y angosta, con arcos dentales angostos y pueden estar asociados a una bóveda palatina alta. Así, el espacio para la ubicación de los dientes estará reducido y será más propenso a las anomalías dentarias y de oclusión que el individuo braquicéfalo, de cráneo y maxilares anchos, que dispondrá de mayor espacio en sus arcos dentarios para la alineación correcta de todos los dientes. Por último, los mesocéfalos presentan una apariencia facial ovoide con una estructura maxilar y arcos dentarios armónicos.

Sin embargo, existen excepciones, puesto que si el tamaño de los dientes está acorde con el de los maxilares y habrá

espacio para la ubicación de aquellos aún en casos de caras estrechas. (1)

Para estudiar estas características craneofaciales se realizan las **cefalometrias**, efectuadas sobre los calcos de las telerradiografías de perfil teniendo en cuenta una serie de parámetros que determinan el índice craneofacial y características dentocranofaciales del paciente y, junto a otros estudios clínicos-radiográficos, ayudan a predecir su crecimiento, diagnosticar posibles patologías y elegir el tratamiento adecuado.

Por otro lado el 3º molar inferior es uno de los elementos dentarios que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción quedando retenido o sufriendo desplazamientos, pudiendo provocar dolor, pericoronaritis, caries y reabsorción de raíces del 2º molar inferior, formación de quistes dentígeros, desbalance oclusal y disturbios en la articulación temporomandibular (ATM) (2,3), constituyendo problema de considerable importancia en Odontología.

Winter los clasifica teniendo en cuenta el ángulo que forma el eje largo del tercer molar con respecto al eje largo del segundo molar, en: retención horizontal, mesioangular, distoangular, vertical, bucolingual o linguobucal. Pell y Gregory los clasifica teniendo en cuenta: a) la relación del espacio existente entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama montante del maxilar, con el diámetro mesio-distal del tercer molar, que podrá ser mayor, menor o inexistente entonces tendremos clase I, II y III. y b) según la relación de altura entre la cara oclusal del 3º molar y la cara oclusal del 2º molar o sea la profundidad del 3º molar en el hueso, o sea posición A, B o C, si el 3º molar está por encima o al mismo nivel que la línea oclusal del segundo molar, por debajo de la línea oclusal y por encima de la línea cervical del segundo molar, o al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del 2º molar.

La **epidemiología de impacto o retención** de dientes, fue estudiada por diversos autores en pacientes que concurren espontáneamente a diferentes servicios odontológicos. Al consultorio externo de la Cátedra de Cirugía II "A" de

la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), concurren espontáneamente pacientes portadores de 3° molares inferiores retenidos y otros que fueron derivados por odontólogos de práctica general. Coincidiendo con el estudio estadístico realizado por Berten-Cieszynki, autor citado en diversos trabajos sobre el tema (4) (5) (6) (7) (8), se observó que el tercer molar inferior retenido se encuentra en primer lugar en orden de frecuencia, seguido por el tercer molar superior, canino superior, canino inferior y premolares.

El desarrollo socio-económico de los países contribuye a aumentar la frecuencia de la retención del tercer molar inferior ya que la alimentación cada vez más procesada y la atrición influyen para que esto ocurra (5). Los antropólogos afirman que la cerebración del ser humano, constantemente en aumento, agranda su caja craneana a expensas de los maxilares. La línea prehipofisaria que se inclinaba hacia delante desde la frente en recesión hasta la mandíbula en protrusión en las formas prehumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido el número de dientes (6).

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta que en nuestra comunidad (Ciudad de Córdoba, Argentina) son muy frecuentes las consultas odontológicas de pacientes de distintas edades y sexo con accidentes y complicaciones producidos por los 3° molares inferiores retenidos, se consideró la posibilidad de realizar un estudio estadístico comparativo con estudios realizados en otras comunidades.

Para esto se investigó la frecuencia del 3° molar inferior retenido según: sexo, edad, índice craneofacial, sintomatología y su relación con el tipo de retención, de acuerdo a las clasificaciones de Winter y de Pell y Gregory, en pacientes que concurren a la Facultad de Odontología (U.N.C.)

MATERIALES Y MÉTODOS

162 pacientes (92 sexo femenino, 70 sexo masculino, entre 17 y 81 años de edad). Con sintomatología sospechosa de la presencia de un 3° molar inferior retenido (dolor, pericoronaritis, apiñamiento dentario anterior, giroversión de caninos, reabsorción radicular y caries distal del 2° molar, quiste dentígeros, etc.) y pacientes asintomáticos (hallazgos radiográficos).

Ortopantomografías y teleradiografías de perfil, sobre las cuales se realizó los estudios cefalométricos. En base a estos se realizaron los estudios estadísticos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- En la muestra estudiada el tercer molar inferior retenido, se presenta con mayor frecuencia en pacientes dolicocefalos o braquicefalos.

- Existen dos pacientes con retención bilateral por cada uno con retención unilateral.

- Prevalce las retenciones bilaterales en el sexo masculino sobre el sexo femenino. En las retenciones unilaterales, es mayor la prevalencia de retención del tercer molar inferior derecho en sexo femenino, mientras que la retención del tercer molar inferior izquierdo, prevalece en el sexo masculino.

- Prevalce las retenciones óseas/mucosas totales en sexo masculino.

- Con respecto a la clasificación de Winter y el índice craneofacial, los resultados demostraron que es más frecuente la retención horizontal del tercer molar inferior en pacientes braquicefalos. En posición mesioangular en mesocéfalos. Las posiciones distoangular y bucolingual se correlacionan con los dolicocefalos.

- Prevalcen las retenciones mesioangulares y sobre todo las horizontales en sexo masculino, y las retenciones verticales y distoangulares en el sexo femenino.

- Con respecto a la clasificación de Pell y Gregory nos muestra una ligera correlación directa de orden entre clase y posición, determinada por la elevada frecuencia de los elementos en posición C

y clase III (75%) Es manifiesta la disminución de la frecuencia de clase I en posición C.

- Se destaca una mayor proporción de dolicocefalos con clase I y en posición A.

- Encontramos una mayor prevalencia de retenciones clase I, en el sexo femenino.

- Analizando la sintomatología del tercer molar inferior retenido, se observa que:

a) La edad promedio de pacientes sintomáticos es de 43,8% entre los 20-24 años, y estos síntomas descienden progresivamente con la edad.

b) La proporción de pacientes sintomáticos, de 30 años o menores, es significativa respecto al grupo asintomático (74,2% vs 47,1%)

c) Dolor, pericoronaritis y caries en 2º molar, se observan en igual proporción en pacientes de 30 años o menos. En cambio, el quiste dentígero y el saco pericoronario ensanchado se observan con mayor frecuencia en pacientes de más de 30 años.

d) Los terceros molares inferiores sintomáticos predominan en el sexo femenino en un 60,9% vs 41,2%. Mientras que las distintas manifestaciones clínicas, se distribuyen de la misma manera entre ambos sexos.

En base a los estudios realizados, podemos afirmar que el tercer molar inferior retenido, al igual que otros elementos retenidos, es un proceso patológico en potencia, que, aunque permanezca asintomático, no podemos asegurar que su permanencia dentro del hueso que lo aloja será inocua. Basta una alteración patológica de orden general o local para que provoque patologías más o menos agresivas, a veces muy invasivas que pueden comprometer seriamente la integridad del hueso maxilar, de los elementos dentarios vecinos, del nervio dentario inferior, y dejar secuelas importantes.

Consideramos necesario e importante, que la comunidad odontológica en general se conciente de la necesidad de realizar estudios radiográficos en pacientes entre 14 y 25 años de edad, que junto al estudio clínico, permiten diagnosticar y prevenir posibles patologías producidas por los terceros molares inferiores retenidos.

En pacientes de 14 años o menos evaluaremos a través de mediciones realizadas en un estudio radiográfico, la posibilidad de que el tercer molar inferior permanezca o no retenido. Si existe esta posibilidad, se evaluará el momento apropiado para realizar el tratamiento adecuado, antes de que se produzca alguna alteración. Si al paciente se le realizará un tratamiento ortodóncico, se evaluarán las posibilidades de permanencia en boca o no del tercer molar inferior retenido, que en la mayoría de los casos es derivado para su extracción para evitar que en su camino eruptivo produzca alteraciones que modifiquen el tratamiento ya planificado.

Si el paciente presenta sintomatología a repetición debido a la presencia de un tercer molar inferior retenido, consideramos que se debe realizar la extracción cuanto antes. Cuando el elemento es asintomático se aconseja la extracción profiláctica del elemento retenido, para evitar posibles accidentes y complicaciones inesperadas.

En pacientes mayores de 60 años, que presentan un tercer molar inferior retenido **asintomático**, se mantiene una **conducta expectante**, con controles radiográficos periódicos que informen de la situación en que se encuentra el elemento retenido y su zona de influencia, para actuar frente al mínimo cambio de situación. Siempre que este paciente no elija realizarse la extracción en forma profiláctica, considerándose en todos los casos las situaciones de riesgo-beneficio.

REFERENCIAS

1. Brickley M R, Kay E J, Shepherd J A, (1993) Decision analysis of lower third molar surgery. Med Decision Making. 13:381.
2. Carboned Camacho O, (1999) ¿Pueden los terceros molares producir apiñamiento?. Rev. Cubana Ortod. 14 (1); 39-43.
3. Díaz Fernández J M, (2001) Rv. Cubana de Esto. Dent. W.com/papers/esto8195.htm.
4. Donado Rodríguez M, Aguado Blass C, Aguado Matorras A, Baca Pérez-B R, Blanco Jerez L, Calatrava Páramo L, Mosquera Delpón E, Donato Azcárate,

(1998) Patología del tercer molar. En Cirugía Bucal. Patología y técnica. 2º edición. Editorial Masson S.A. Barcelona. Pp: 318-40.

5. Andreasen J, (1997) The impacted mandibular third molar. En Atlas of tooth impactions. Tec book and color. Editorial Munksgaard. Copenhagen. Pp: 198-313.

6. Gay Escoda C , Berini Aytés L., Arnabat Rodríguez J, Gay C, España Tost A, Forteza González G, Garatea Crelgo J, Cargallo Albiol J, Herráez Vilas J, Mateos Mica M, Peñarrocha Diago M, Piñera Penalva M, Sánchez Garcés M A, Valmaseda

Castellón E, Velasco Vivancos V., (1999) Cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar inferior retenido. En Cirugía Bucal. Ediciones Ergon S. A. Madrid. Pp: 353-401

7. Brickley M R, Kay E, Shepherd J A (1993) Decision analysis of lower third molar surgery Med Decision Making 13:381.

8. Graber Thomas M, Manarsdall (H), Robert L, (1997) Ortodoncia. Principios generales y técnicas. Editorial Panamericana. Buenos Aires. (898)