

# EXODONCIA DE TERCERA Y CUARTA MOLAR RETENIDAS Y FUSIONADAS EN POSICIÓN HORIZONTAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

## THE EXTRACTION OF HORIZONTALLY MERGED AND RETAINED THIRD AND FOURTH MOLARS: A CASE STUDY

Jimmy Ascanoa Olazo<sup>a</sup>

---

### RESUMEN

Entre las principales causas de consultas en los pacientes de 17 a 30 años de edad, figuran las molestias ocasionadas por la erupción de las terceras molares, que en la mayoría de los casos se encuentran retenidas. La retención de las terceras molares inferiores tiene una frecuencia del 35 % en comparación con otras piezas dentarias retenidas<sup>1</sup>. La exodoncia es el tratamiento más frecuente para las retenciones de tercera molar; y requiere con frecuencia de incisión y colgajo<sup>2</sup>. El presente artículo refiere un caso clínico de una tercera molar retenida fusionada a una cuarta molar, ambas en posición horizontal, para la que se programó la exodoncia quirúrgica de ambas piezas dentarias. En este texto se mencionan los pasos para las exodoncias a colgajo; se hace mención de dos reglas de oro que simplifican la exodoncia de dientes retenidos, "visualizar toda la corona" y "eliminar trabas existentes".

**Palabras clave:** cuarta molar, tercera molar, exodoncia a colgajo, retención dentaria.

### ABSTRACT

One of the main causes for consultation among our patients between 17 and 30 years of age, include discomfort caused by the growth of third molars, which in most cases have been retained. The retention of third molars has a frequency of 35% compared to other pieces of retained teeth (1). Extraction is the most common treatment for withholding third molars; and often requires incision and flap (2). This article describes a clinical case of retained third molar merged to a fourth molar, both horizontally, where surgical extraction on both teeth was scheduled. This text mentions steps to flap extractions, and references two golden rules that simplify the extraction of impacted teeth, "view entire crown" and "remove existing obstacles".

**Keywords:** fourth molar, third molar, extraction to flap, tooth retention.

---

a Docente de la EAP de Odontología, Universidad Norbert Wiener.

## I. INTRODUCCIÓN

La tercera molar retenida es un problema que aqueja a la mayoría de los jóvenes<sup>3</sup>; al no tener espacio suficiente para la erupción, queda retenida. Algunas de las consecuencias: dolor a la erupción, dolor a la masticación, caries radicular y pérdida del hueso alveolar de la segunda molar, empaquetamiento de alimentos en la zona retromolar y, en los casos más complicados, infección o pericoronaritis, que al agravarse origina una celulitis (infección que abarca el tejido celular subcutáneo)<sup>4</sup>. Winter clasifica estos casos de acuerdo a la inclinación del eje axial; lo más frecuente es la posición horizontal<sup>3</sup>.

Las retenciones dentarias pueden estar acompañadas de impactación dentaria: el diente retenido está en contacto íntimo con la segunda molar<sup>3</sup>. Algunos autores mencionan la existencia de cuartas molares como dientes supernumerarios, cuya aparición en el organismo es ocasional<sup>5</sup>. La teoría filogenética sostiene que, debido a la evolución de la especie humana, el número de piezas dentarias en la fórmula dental disminuye con el tiempo<sup>6</sup>; según esta teoría, se estima que las siguientes generaciones no tendrán las terceras molares. Por eso, en la actualidad nos enfrentamos a la falta de espacio para una adecuada erupción de la tercera molar. También refuerza a la teoría filogenética la existencia de personas jóvenes con agenesia de terceras molares, mayoritariamente, las superiores<sup>7</sup>.

El tratamiento que se efectúa en una retención de una tercera molar es la exodoncia a colgajo<sup>4</sup>. Este procedimiento quirúrgico puede presentar complicaciones en el procedimiento, muchas veces debido al grado de impactación de la misma, nivel

infraóseo, raíces separadas, limitación de la apertura bucal, cráneo braquicéfalo, entre otros<sup>8,3</sup>. Por esos motivos, para que la cirugía sea menos complicada, postulamos dos aspectos importantes que pueden considerarse como “reglas de oro” para el éxito de la extracción de una tercera molar retenida y sus variaciones: 1) visualizar toda la corona, con un adecuado colgajo que nos permita visibilidad de la zona operatoria y osteotomía hasta exponer toda la corona, que es la parte más ancha de la molar, para tener una libre vía de salida; y 2) eliminar trabas existentes, mediante la odontosección en el caso de que la tercera molar esté en íntimo contacto con la segunda molar o impactada, ya que esta unión no permitirá llevar a cabo la luxación y posterior avulsión de la molar a extraer. Se presenta un caso clínico de una cuarta molar retenida fusionada a una tercera molar, ambas en posición horizontal; por constituir un caso poco frecuente, empleamos los principios quirúrgicos y las reglas de oro en exodoncia de dientes retenidos.

## II. REPORTE DE CASO

Acude a la consulta un paciente de sexo masculino de 26 años de edad, sin enfermedades sistémicas, a la anamnesis; refiere molestias a la masticación en la zona molar inferior izquierda. Previamente, le habían prescrito antibióticos por 5 días debido a la presencia de una pericoronaritis. Al examen clínico se observa una molar retenida con parte de la cara oclusal y proximal expuesta (Figura 1). El diagnóstico presuntivo fue tercera molar retenida en posición horizontal.

Al examen radiográfico se observa la presencia de dos molares en posición ho-

**FIGURA 1**

rizontal (Figura 2). Nótese el ancho de las dos coronas, que no presentan división, lo que evidencia que están fusionadas; además, se aprecian cuatro raíces separadas y curvas. También observamos unión íntima de las molares fusionadas con la segunda molar; asimismo, una imagen radiolúcida entre segunda y tercera molar, que es compatible con una brecha que favorece el empaquetamiento de alimentos. Según Winter, la posición es horizontal y según Pell y Gregory, clase III posición C<sup>3</sup>. El diagnóstico definitivo es tercera molar fusionada a cuarta molar, retenidas e impactadas en posición horizontal. El tratamiento que debe realizarse es exodoncia a colgajo de la tercera y cuarta molar retenidas.

Se programa la intervención quirúrgica teniendo en cuenta los principios quirúrgicos y de acuerdo a los tiempos operatorios. Se procedió a colocar anestesia troncular

**FIGURA 2**

inferior, para luego colocar anestesia infiltrativa a nivel de fondo de surco vestibular inferior a la altura de la molar retenida<sup>9</sup>. El diseño de la incisión fue monoangulada y a espesor total, haciendo la descarga o incisión liberante a nivel de la segunda molar, llegando hasta fondo del surco (Figura 3).

**FIGURA 3**

Luego se procede al decolaje hasta desprender toda la mucosa y el periostio (de esta manera se minimiza el edema); se observa la corona de una de las molares casi en su totalidad; sin embargo, hay otra molar fusionada, que no se aprecia, pues está dentro del hueso (Figura 4).

**FIGURA 4**

Por este motivo aplicamos la primera regla de oro para exodoncia de dientes retenidos: visualizar toda la corona. Para ello, realizamos osteotomía con fresa redonda de carburo tungsteno número 7 de tallo largo, para exponer ambas coronas fusionadas hacia el lado vestibular.

Al hacerlo se puede visualizar una corona bastante ancha, en íntima unión con la segunda molar (Figura 5).

**FIGURA 5**



Frente a la impactación de la segunda molar, que representa una traba mecánica para la extracción, se pone en aplicación la segunda regla de oro para extraer dientes retenidos: eliminar trabas existentes. Usamos la fresa de fisura de tallo largo para la odontosección de una parte de las coronas fusionadas, la que está en contacto íntimo con la segunda molar; se recomienda asegurarse de que haya salido toda la traba visualizándola fuera de boca. Algunas veces puede quedarse parte de la traba aún en la zona operatoria, lo que dificultará mucho la extracción. Una vez eliminada la traba en su totalidad, se procede a luxar la pieza dentaria, que ofrece gran resistencia por la presencia de las cuatro raíces separadas y curvas a la vez. Por ello se decide realizar una segunda odontosección, para dividir las raíces y simplificar la extracción dentaria. Una vez seccionadas las raíces usamos el elevador recto acanalado y lo posicionamos entre diente y hueso por vestibular-mesial, haciendo el movimiento en forma de cuchareta para la avulsión de la pieza dentaria. Una vez retirada una parte de la molar, se procede a ingresar con el elevador recto acanalado en la parte más inferior de la raíz restante y realizar movimientos de giro en sentido horario, con

un punto de apoyo adecuado en el hueso. Se logra la avulsión de la raíz. Finalmente, se aprecian las piezas dentarias fusionadas y extraídas (Figura 6).

**FIGURA 6**



### **III. DISCUSIÓN**

No es frecuente encontrar cuartas molares retenidas, ni fusiones de molares. Pero más infrecuente es encontrar molares fusionadas en posición horizontal. Con el diagnóstico definitivo, la programación de la extracción a colgajo debe seguir todos los principios quirúrgicos y respetar cada uno de los tiempos quirúrgicos para que la cirugía sea exitosa y para manejar mejor las complicaciones que ocurren en el procedimiento.

En caso de dientes retenidos, hay que hacer una adecuada exposición de la corona. Al ser la parte más ancha del diente y estar expuesta, no habrá impedimento del hueso para su extracción. Ante la impactación, es recomendable la odontosección, que consiste en retirar la parte de la corona que está ocasionando las trabas, ya sea con el hueso circundante o la pieza dentaria adyacente. Una vez realizada la eliminación de la traba en su

totalidad, la luxación es menos difícil. Es importante tener un punto de apoyo, que generalmente es el hueso que está cerca de la raíz; por ello se recomienda colocar el elevador entre diente y hueso para hacer el movimiento de medio círculo en sentido horario o el movimiento de paleta.

Extraer una pieza dentaria de cuatro raíces puede complicarse; recordemos que en estos casos ayuda seccionar las raíces para facilitar la salida de estas. También se recomienda no subestimar una tercera molar, así esté erupcionada, ya que las complicaciones se pueden presentar en el momento menos esperado. Esto se puede prever con una adecuada programación y teniendo en cuenta las reglas de oro para exodoncia de dientes retenidos.

#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vásquez D, Hecht P, Martínez M. "Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. Presentación de un estudio en 1000 pacientes". *Acta odontol venez.* 2012. v.50 n.1.
2. Bachmann H, Cáceres R, Muñoz C, Uribe S. "Complicaciones en Cirugía de Terceros Molares entre los Años 2007-2010, en un hospital urbano, Chile". *Int. J. Odontostomat.*, 8(1): 107-112, 2014.
3. Gay, C, Berini L. *Tratado de Cirugía Bucal.* España. Editorial Ergon. 2009.
4. Medeiros J. *Cirugía de Dientes Incluidos.* Brasil. 1ra Edición. Editorial Amolca. 2005.
5. Rodríguez N, De la Cruz M, Ayup D. "Cinco dientes supernumerarios retenidos. Presentación de un caso". *ME-DICIEGO* 2011; 17(2).
6. Oropeza M. "Dientes supernumerarios. Reporte de un caso clínico" *Rev. Odont. Mex* vol.17 no.2 México abr./jun. 2013.
7. Botina C, Rodríguez L, Cepeda E, Zabala D, González G. "Frecuencia de agenesias de terceros molares: relación con el tamaño mandibular". *Rev. Nacional de Odontología.* Vol. 8, núm. 15. 2012. Colombia.
8. Centenero S. "Una rara complicación de un tercer molar inferior incluido. Caso clínico" *Rev Esp Cir Maxilofac* 2009; 31, 5 (septiembre - octubre): 333-336.
9. Malamed S. *Anestesia Local.* Madrid. Editorial Elsevier Mosby. 5ta Edición. 2004.