

Tercer molar ectópico en seno maxilar: reporte de un caso.

Ectopic third molar in maxillary sinus: A case report.

Marcelo Cazar Almache,* Diego Esteban Palacios Vivar,**
Yonatan Josué Torres Cruz,*** José Ernesto Miranda Villasana⁺

RESUMEN

Los dientes ectópicos son órganos dentarios que se encuentran en una región diferente a la habitual, existen publicaciones que reportan órganos dentarios ectópicos en la región maxilofacial siendo sitios comunes el paladar, región paraorbitaria, cavidad nasal, seno maxilar, mentón, apófisis coronoides y cóndilo. También se han publicado casos de zonas más alejadas como ovario o región anterior del mediastino, que por lo general están relacionados con un teratoma. En su mayoría son hallazgos radiográficos, por lo que en general son asintomáticos. Al encontrarse dentro del seno maxilar su terapéutica puede ser conservadora, bajo vigilancia clínica-radiográfica o quirúrgica mediante endoscopia, abordaje transnasal, Caldwell-Luc o abordaje cuadrangular. La extracción de estos órganos dentarios es necesaria por la tendencia que presentan a formar quistes, desarrollar tumores odontogénicos y desencadenar alteraciones neuropáticas. Se reporta el caso de una paciente de 32 años de edad con diagnóstico de tercer molar ectópico en región de antro maxilar.

Palabras clave: Diente ectópico, seno maxilar, tercer molar.

ABSTRACT

Ectopic tooth are dental organs found in a uncommon regions. There are publication that report ectopic tooth in the maxillofacial region being common sites palate, paraorbitaria region, nasal cavity, maxillary sinus, chin, coronoides process and condyle. Cases have also been reported in non-dental areas such as ovary, anterior mediastinum region usually related to a teratoma. Ectopic tooth are often radiographic findings because they are generally asymptomatic. Its therapeutic when found in the maxillary sinus could be conservative under periodic clinical-radiographic vigilance. Removal of these dental organs is necessary for their tendency to form cysts, develop odontogenic tumors and trigger neuropathic disorders. Surgical options are endoscopic, transnasal, Caldwell Luc or quadrangular approach. We present a case of a female of 32 years old with a diagnosis of ectopic third molar in maxillary antrum.

Key words: Ectopic tooth, maxillary sinus, third molar.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los dientes comienza aproximadamente en la sexta semana de vida intrauterina con la migración de las células de la cresta neural hacia el maxilar y la mandíbula.¹ El ectodermo es responsable de la formación del esmalte y el mesodermo del resto del diente, iniciando así el desarrollo del mismo.^{1,2} Al

concluir la formación de la corona, inicia el proceso de erupción, siendo éste un proceso complejo en el que el diente se desplaza en relación con el resto de las estructuras craneofaciales. Se reconocen tres etapas: preruptiva, eruptiva prefuncional y eruptiva funcional.^{3,4} Las piezas dentales no siempre se ubican en sus lugares correspondientes, lo que puede deberse a factores generales y locales.^{1,2} Un órgano dental está en situación ectópica cuando se encuentra invertido en su plano axial, retenido cercano al área de su localización habitual y se habla de heterotópico cuando está alejado o en el nivel de otra estructura.^{2,5}

Las condiciones genéticas que predisponen la presencia de órganos dentales ectópicos son pacientes con labio y paladar hendidos, síndrome de Gardner y Displasia cleidocraneal, entre los más comunes.^{1,6} Como factor etiológico local, la literatura refiere procesos traumáticos,

* Profesor Titular de Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Estatal de Cuenca, Ecuador.

** Profesor adjunto de Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

*** Profesor adjunto, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza.

⁺ Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional Ignacio Zaragoza, ISSSTE, México, Distrito Federal.

Recibido: 16 Noviembre 2016. Aceptado para publicación: 02 Julio 2017.

infecciosos y quísticos. En casos raros se ha reportado en presencia de osteomielitis y desplazamiento por tumores malignos o benignos.^{5,7} En su mayoría son hallazgos, por lo que son asintomáticos.⁷

En la literatura se han documentado casos de órganos ectópicos en el maxilar a nivel de región palatina, paraorbitaria, fosas nasales y seno maxilar. A nivel mandibular se ha descrito en mentón, apófisis corónides y cóndilo. Existen casos incluso menos frecuentes y más extremos como el teratoma; un tumor compuesto de varios tejidos u órganos de las tres capas germinales, en los cuales pueden aparecer órganos dentales. Este tumor compuesto se ubica generalmente a nivel de ovario, testículo, espalda, región anterior de mediastino y en región presacral.^{2,4,8}

Cuando el órgano dental se halla dentro del seno maxilar puede alterar la composición de la secreción mucosa, desencadenar un proceso infeccioso, alteraciones olfatorias y nerviosas.^{1,2} Al detectar un diente retenido a este nivel es necesario solicitar una tomografía para ubicarlo en las tres dimensiones, determinar la necesidad de su extracción y los riesgos que este procedimiento conlleva.⁹ Como opciones de tratamiento está la observación, recolocación ortodóncica y la extracción.⁹

Elegir una terapia conservadora o mantener el molar sin extraer conllevaría a controles radiográficos y clínicos anuales.⁹ Se elegirá esta opción en caso de que el paciente muestre una condición sistémica que contraindique un procedimiento quirúrgico, un órgano dentario sin presencia de quiste o tumores, pero relacionado con alguna estructura anatómica importante que tenga riesgo de ser dañada.⁷ La recolocación ortodóncica o quirúrgico-ortodóncica se emplea cuando existe la necesidad de llevar el diente a la arcada dental por un espacio presente y la condición de distancia, trayecto y posición lo hagan factible.⁹ La extracción será considerada cuando el diente retenido esté ocasionando dolor, un proceso infeccioso patológico, cuando no sea necesario o no sea factible llevar al diente a la arcada dental mediante aparatología ortodóncica o para prevenir problemas potenciales.^{6,9,10}

La cirugía del seno maxilar ha evolucionado desde que George Caldwell y Henri Luc describieron un abordaje anterior del seno maxilar a finales de 1800.^{1,11} En 1980 la introducción de la endoscopia permitió visualizar el meato medio y su *ostium* de una forma muy clara. El desarrollo de la ventana ósea en los cortes coronales de la tomografía computarizada (TC)¹² introducido en 1987 también contribuyó notablemente como herramienta de diagnóstico en la patología en general.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 32 años referida por el ortodoncista por presentar un órgano dental ubicado en el seno maxilar derecho como un hallazgo radiográfico y fue enviada al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Monte Sinaí. Una vez evaluada se define como tercer molar ectópico en la región del antro maxilar del lado derecho. La paciente niega alteraciones sistémicas, antecedentes traumáticos o quirúrgicos previos. Se solicita un estudio más específico de tomografía, la cual revela la reconstrucción del órgano dentario retenido en posición invertida dentro del antro maxilar en relación con los ápices del primero y segundo molar (Figura 1). En la imagen resalta la presencia del crecimiento de la pared lateral del seno que da la apariencia de árbol al órgano dentario sin aparente relación de un quiste o tumoración (Figura 2).

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general con intubación orotraqueal, colocación de campos estériles de manera protocolaria, con previa técnica de asepsia y antisepsia se establecen puntos de referencia anatómicos en relación con la tuberosidad y el agujero infraorbitario. Se infiltra lidocaína con epinefrina al 2% con fines hemostáticos. Posteriormente se realiza un abordaje circunvestibular superior a 0.5 cm de la encía insertada. Localizando la pared anterolateral del seno se procede a marcar con grafito estéril el diseño de la osteotomía, basándonos en las recomendaciones y valores

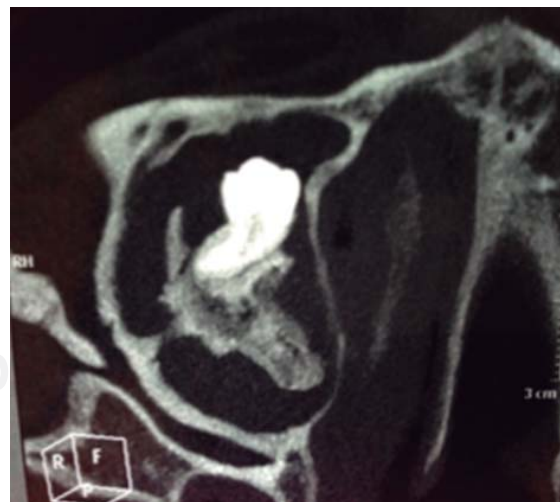


Figura 1. Tercer molar invertido a nivel de seno maxilar. Nótese la expansión de la pared lateral del seno maxilar.

de Ortiz-Miranda para evitar la arteria alvéolo-antral.^{11,13} Definidos los márgenes y respetando la distancia a los ápices se realiza la osteotomía con sierra recíprocante (Figura 3). Se retira la cortical de la pared anterolateral del seno conservándola en suero fisiológico. Se ubica el órgano dentario rodeado de la mucosa de Schneider asemejando encía y un crecimiento del trabeculado óseo del seno maxilar en forma de alvéolo. Se extrae el órgano retenido sin aparente presencia quística tomando muestra de la membrana de seno y hueso para realizar un análisis histopatológico (Figuras 4 y 5). Se reubica el segmento óseo y a diferencia de la técnica descrita por Ortiz-Miranda se estabiliza sólo con alambre rígido (Figura 6). El procedimiento termina con sinéresis del abordaje con

puntos simples de sutura absorbible. Se dan indicaciones de cuidado y se receta un mucolítico, un antihistamínico, un antibiótico y un analgésico. El resultado histopatológico no reveló ninguna patología.

DISCUSIÓN

Los dientes ectópicos en seno maxilar se han descrito previamente en la literatura, siendo comúnmente reportados caninos, terceros molares e incisivos.^{6,7,9} La casuística es mayor en mujeres con 66% según lo documentado por Sanchis, con una edad media cercana a 50 años.⁶ Cuando se ubican en este sitio pueden ser asintomáticos,

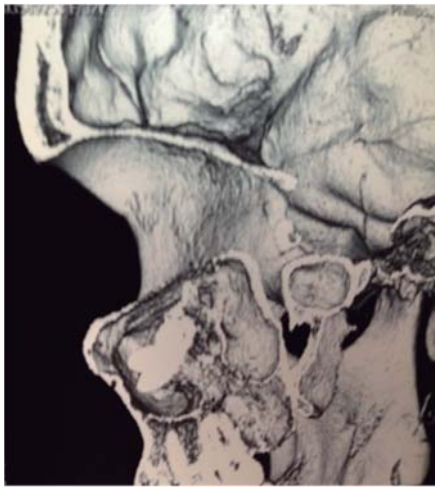


Figura 2. Expansión de la pared ósea del seno maxilar alrededor del órgano dental ectópico.



Figura 3. Localización del órgano heterotópico con adecuada visibilidad.



Figura 4. Órgano dental y muestra postoperatoria de mucosa de seno maxilar.

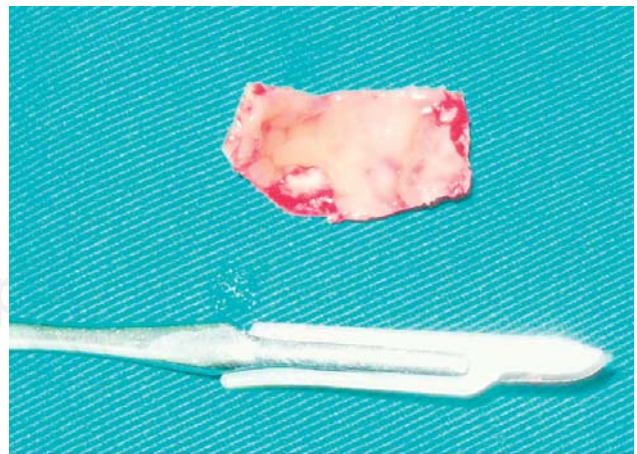


Figura 5. Cortical de la pared anterolateral del seno.

provocar sinusitis, dolor crónico, pesadez a nivel facial, obstrucción nasal o inflamación incremental de un lado de la cara.^{1,9} El tratamiento es determinado por su sintomatología, tamaño de la pieza dental y su ubicación.^{9,12} Estos dientes ectópicos, en caso de no involucrar estructuras anatómicas importantes, deben ser extraídos para evitar la formación de quistes, infección y alteraciones ya descritas.^{6,7} Las opciones quirúrgicas son a través de endoscopia, abordaje transnasal, Caldwell-Luc o abordaje cuadrangular.^{1,11,12}

La endoscopia es la primera opción para diagnóstico y retiro de cuerpos extraños pequeños a nivel del seno maxilar.¹² Di Pasquale recomienda su uso para extraer molares completos, lo que puede dificultarse por su diámetro y riesgo de sangrado transendoscópico.^{11,12} La endoscopia es una técnica que requiere adiestramiento especializado y material específico para realizar un abordaje adecuado y evitar complicaciones. No obstante, aún no se ha demostrado su efectividad total para la extracción de terceros molares completos en el seno maxilar.^{1,11}

Con la técnica cuadrangular puede practicarse la mayoría de intervenciones dentro del seno maxilar obteniendo visibilidad directa en las paredes internas. Al finalizar el procedimiento se reposiciona el segmento con osteosíntesis, en nuestro caso lo modificamos con el uso de alambre del 0.18 con buenos resultados. El abordaje cuadrangular ofrece ventajas en relación con el abordaje tipo Cadwell-Luc reportado en la literatura por reducir el defecto óseo y mejorar la visibilidad del campo operatorio.¹¹

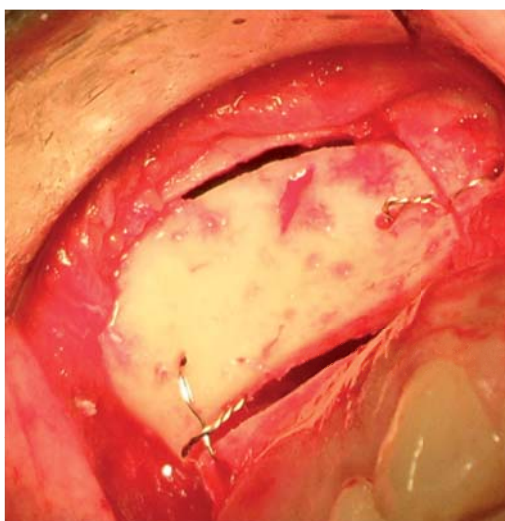


Figura 6. Reposición de fragmento óseo fijado con alambre.

Todo proceso invasivo en el seno maxilar produce una alteración de la mucosa del seno maxilar y un riesgo de sangrado cuando existe daño en arteria alvéolo-antral, por lo que deben tomarse en cuenta las dimensiones y márgenes que Cruz recomienda en su estudio.¹³ Es esencial respetar los límites y distancia de los ápices dentarios, alcanzar una buena hemostasia, la remoción total del tejido blando que rodea al órgano dental y enviar la pieza extraída para su estudio histopatológico para corroborar el diagnóstico clínico.^{2,9}

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno C, Collado J, Monje F, Serrano H, Morillo A, Mateo J y cols. Tercer molar ectópico a nivel de región infraorbitaria-seno maxilar. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2007; 29 (3): 173-177.
2. Guru R, Preeti P, Harshkant G, Karthik H, Kavita A, Arpit J. Intranasal tooth-an ectopic eruption of mesiodens in nasal cavity: A case report and review. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2011; 23 (3): 252-255.
3. Thesleff I, Nieminen P. Tooth morphogenesis and cell differentiation. *Curr Opin Cell Biol.* 1996; 8: 844-850.
4. Goh YH. Ectopic eruption of maxillary molar tooth- an unusual cause of recurrent sinusitis. *Singapore Med J.* 2001; 42: 80-81.
5. López-Quiles J, López C, Baca R. Tercer molar ectópico en el ángulo de la mandíbula: caso clínico y revisión de la literatura. *Cient Dent.* 2008; 5 (2): 123-127.
6. Sanchis JM, Murillo J, Diaz J, Sanchis JC. Tercer molar mandibular ectópico en región subcondilar: caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2016; 38 (3): 176-180.
7. Salmeron J, Del Amo A, Plasencia J, Pujol R, Vila C. Ectopic third molar in condylar region. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 37: 398-400.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, dan Bouquet JE. *Oral and maxillofacial pathology.* 2nd Ed. New Delhi: Elsevier Pub: 2004. pp. 1-70.
9. Chokron A, Reveret S, Salmon B, Vermelin L. Strategies for treating an impacted maxillary central incisor. *Int Orthod.* 2010; 8: 152-176.
10. Wang CH, Kok S, Hou L, Yang P, Lee J, Cheng S et al. Ectopic mandibular third molar in the ramus region: report of a case and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105: 155-161.
11. Ortiz G, Miranda J, Uribe A. Alternativa quirúrgica para abordaje del seno maxilar, técnica cuadrangular; reporte de un caso. *Rev Odont Mex.* 2008; 12: 94-100.
12. Di Pasquale P, Shermetaro C. Endoscopic removal of dentigerous cyst producing unilateral maxillary sinus opacification on computer tomography. *Ear Nose Throat J.* 2006; 85: 747-748.
13. Cruz L, Palacios D, Miranda J, Cazar M, Martínez P. Evaluación de la arteria alveolo-antral mediante tomografía volumétrica en población mexicana y su relación con levantamiento del piso del seno maxilar. *Revista ADM.* 2016; 73 (6): 286-290.

Correspondencia:

Dr. Diego Esteban Palacios Vivar
Hospital Monte Sinai, Cuenca, Ecuador
Avenida Miguel Cordero 1-17, 010150
E-mail: diegoepalaciosvivar@yahoo.com