



Tercer molar ectópico en región condilar. Presentación de caso clínico y revisión bibliográfica

Jorge Carrillo Rivera,* Héctor Inzunza Estrada,** Felipe de Jesús Ibarra González ***

RESUMEN

Los terceros molares en posición ectópica son relativamente raros. Pueden encontrarse como un hallazgo radiográfico en la región del ángulo mandibular, escotadura sigmoidea, apófisis coronoides o cóndilo mandibular cuando son asintomáticos o por patología ósea adyacente. Existen pocos casos reportados en la literatura sobre la migración del tercer molar hacia el cóndilo de la mandíbula. La razón por la cual el tercer molar se encuentra en posición ectópica es incierta; sin embargo, se han mencionado anomalías en el desarrollo del órgano dentario, trauma, erupción aberrante y/o por tumores odontogénicos como probables teorías. En el presente artículo se realiza una revisión bibliográfica y se reporta un caso clínico de tercer molar ectópico en región condilar valorado en el Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro», ISSSTE.

Palabras clave: Tercer molar ectópico, cóndilo mandibular, abordaje retromandibular.

SUMMARY

Ectopic placement of third molars is relatively rare. Radiographically can be found in asymptomatic patients on mandibular angle, sigmoid notch, process coronoid or mandibular condyle. There are a few cases reported in the literature about ectopic third molar in the mandibular condyle. The reason as to why third molars are sometimes ectopically placed is unknown; however, anomalous development, trauma, aberrant eruption and/or odontogenic tumors are all theories that have been postulated. In this article we made a literature review and we describe an ectopic third molar in the mandibular condyle valued in the Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro», ISSSTE.

Key words: Ectopic third molar, mandibular condyle, retromandibular approach.

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares en posición ectópica tienen una baja incidencia. Las regiones anatómicas en donde se han encontrado incluyen la rama ascen-

dente,¹ el proceso coronoides,⁴ el cóndilo mandibular²⁻⁶ y la escotadura sigmoidea.⁷

El primer artículo donde se mencionan 14 casos de terceros molares en región condilar fue descrito por Nodine en 1946,⁸ posteriormente, Balendra (1949)⁹

* Médico adscrito, Cirugía Maxilofacial, Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro», ISSSTE. México, D.F. Profesor en la Universidad Justo Sierra.

** Médico adscrito, Cirugía Maxilofacial, Hospital General de Culiacán, IMSS. Práctica privada, Culiacán, Sinaloa.

*** Médico adscrito, Cirugía Maxilofacial, UMAE «Magdalena de las Salinas», IMSS.

Correspondencia:

Dr. Jorge Carrillo Rivera

Correo electrónico: jcarrillo_99@hotmail.com

y Zernov (1949)¹⁰ reportaron la presencia de los terceros molares en el cóndilo; Szerlip (1978)¹¹ reportó un tercer molar ectópico asociado a quiste dentífero.

Wang y colaboradores reportaron en 2008 un caso clínico y revisión de la literatura desde 1978 hasta 2003, y encontraron 13 casos de terceros molares ectópicos en la región subcondilar, de los cuales cinco se encontraron con lesión radiolúcida adyacente, correspondiente a un quiste dentífero.¹

Salmerón et al, en 2008, reportaron dos casos de tercer molar ectópico en región subcondilar relacionados con quiste dentífero, realizando exéresis vía extraoral, indicando que el tratamiento debe ser determinado por la experiencia del cirujano.³

La evaluación de la etiopatogenia, características clínicas, opciones terapéuticas y abordajes quirúrgicos para la remoción de terceros molares ectópicos en el cóndilo mandibular fue realizada por Iglesias-Martin y colaboradores,² en 2012, por medio de la revisión de la literatura, encontrando 14 casos reportados desde 1980 hasta 2011 y un caso proporcionado por los autores; la prevalencia fue del sexo femenino (nueve casos), el porcentaje de edad de 48 años (rango de 30 a 68 años), cuatro casos en el lado derecho y 10 en el lado izquierdo, un caso bilateral, 14 casos con zona radiolúcida adyacente, de los cuales 13 se diagnosticaron como quiste dentífero; en un caso no se confirmó el diagnóstico histológicamente, y un caso resultó con diagnóstico histopatológico de queratoquiste.²

En 2012, Ahmed y colaboradores realizaron una revisión de la literatura encontrando 23 casos de terceros molares ectópicos desde 1976 hasta 2010, de los cuales sólo 13 se encontraron en región condilar con un porcentaje de presentación a los 44.7 años (rango de 23 a 70 años) con predominancia en el sexo femenino.¹²

Las indicaciones para la remoción quirúrgica del tercer molar ectópico en la región condilar incluyen la presencia de patología asociada para la prevención de expansión de las corticales óseas con la subsecuente fístula hacia tejidos blandos, la infección recurrente, disminución de dolor e inflamación crónica y la probable fractura patológica del cuello del cóndilo. Si se encuentra asintomático y sólo resulta un hallazgo radiográfico, el tratamiento será conservador, con seguimiento radiográfico cada año.³⁻⁸

Aunque la radiografía panorámica da una visión adecuada de la posición del tercer molar ectópico, la tomografía computada tiene un valor importante para valorar la relación anatómica y la planeación de la cirugía.¹³

El tratamiento quirúrgico de elección es la enucleación del quiste odontogénico y la remoción del órgano dentario.¹⁴

Las tres posibles vías de acceso son: el abordaje intraoral, extraoral (incisión preauricular, incisión submandibular o incisión retromandibular) o por vía endoscópica.¹⁴

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 44 años de edad que acude a su primera cita con inflamación en región maseterina izquierda de tres meses de evolución, acompañado de dolor hemifacial y limitación a la apertura oral, enviado de clínica familiar para descartar proceso infeccioso en glándula parótida izquierda. A la exploración física presenta aumento de volumen indurado, no hiperhémico ni hipertérmico, doloroso a la palpación; a la exploración intraoral, ausencia clínica de tercer molar izquierdo, conductos salivales permeables, sin evidencia de nódulos linfáticos palpables. Resultados de laboratorio dentro de parámetros normales. En la radiografía panorámica se aprecia tercer molar ectópico en posición invertida en región condilar y zona radiolúcida circunscrita bien delimitada con bordes definidos adyacente a corona clínica en la rama ascendente mandibular izquierda, por arriba de la lengua y del agujero del nervio dentario inferior (*Figura 1*).

Se realiza tomografía computada, cortes axiales y reconstrucción 3D donde se aprecia el tercer molar en posición invertida ocupando el cuello del cóndilo, con expansión cortical externa y perforación de la misma. Lesión ósea de características quísticas con proximidad al nervio dentario inferior. La cortical bucal se aprecia parcialmente incompleta (*Figuras 2 a 4*).

Bajo anestesia general, intubación nasotraqueal, se diseña abordaje extraoral retromandibular, disección por planos, apreciando borde anterior de músculo esternocleidomastoideo hasta observar reborde mandibular y apófisis maseterina; se realiza disección

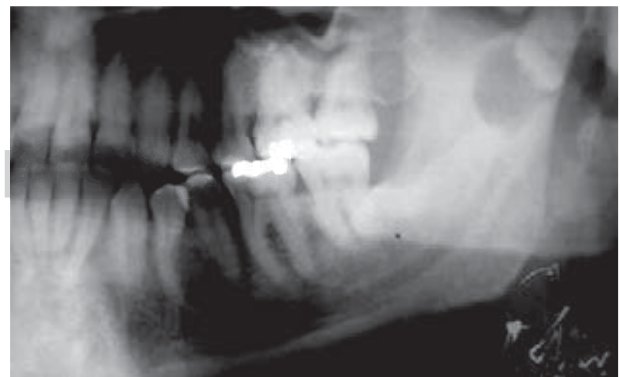


Figura 1. Ortopantomografía donde se aprecia el tercer molar ectópico en cóndilo y zona radiolúcida adyacente.

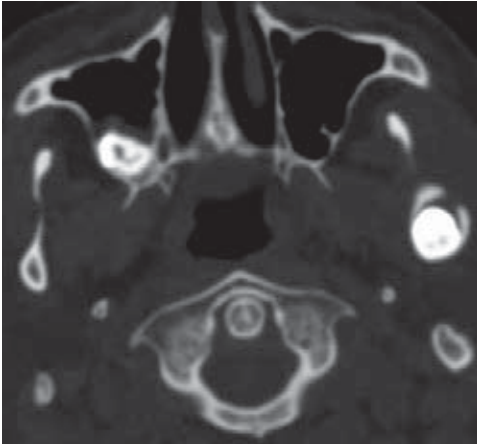


Figura 2. Tomografía computarizada, corte axial donde se aprecia zona hiperdensa en región central de región condilar correspondiente al tercer molar ectópico.



Figura 3. Tomografía computarizada con reconstrucción donde se aprecia perforación de la cortical externa y el tercer molar en posición invertida.



Figura 4. Tomografía computarizada con reconstrucción antero-posterior donde se aprecia expansión de la cortical ósea.

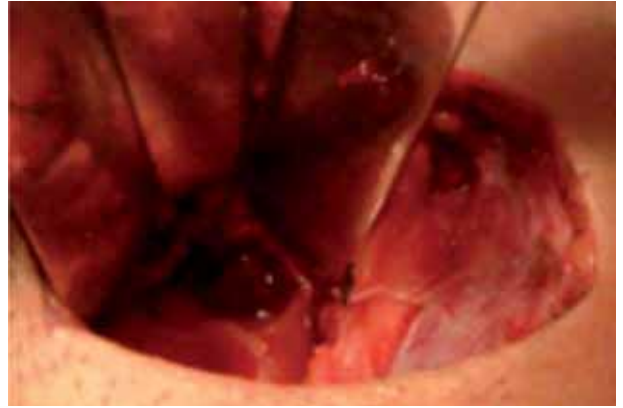


Figura 5. Fotografía clínica donde se aprecia perforación de cortical externa.

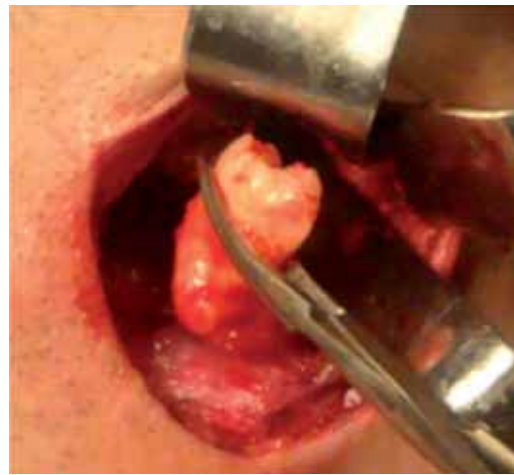


Figura 6. Fotografía clínica donde se aprecia tercer molar ectópico extraído.



Figura 7. Radiografía panorámica de control donde se aprecia ausencia total de órgano dentario.

de músculo masetero hasta mostrar cara externa de rama ascendente, con expansión de la cortical externa y perforación de la misma; se efectúa enucleación de contenido quístico, apreciando en el interior de la cavidad la corona clínica de tercer molar sin movilidad; se procede a la odontosección y exéresis, lavado de la cavidad remanente y sutura por planos (*Figuras 5 y 6*).

Se decide colocar fijación intermaxilar tipo Oliver Ivy con alambre 0.018 para disminuir el riesgo de fractura patológica durante cuatro semanas. Se envía tejido para estudio histopatológico con resultado congruente a quiste dentífero. Se solicita radiografía de control donde se aprecia ausencia del órgano dentario y adecuada posición y función articular (*Figura 7*).

DISCUSIÓN

Una de las teorías más aceptadas es que el tercer molar ectópico relacionado a lesión ósea como el quiste dentífero puede causar presión en la corona del órgano dentario desplazándolo en dirección opuesta a su sitio de erupción.

El abordaje intraoral da un adecuado acceso y así evita una cicatriz extraoral, disminuye el probable daño a los componentes articulares y el riesgo de lesión nerviosa (nervio facial); sin embargo, es necesario el uso de instrumentos extralargos, una pieza de mano angulada y lámpara frontal;¹⁵ en algunos casos es necesario realizar mayor remoción ósea incluyendo el proceso coronoides; existe un mayor riesgo de daño al nervio dentario inferior con este abordaje.¹⁵

El abordaje retromandibular provee una adecuada exposición con riesgo mínimo de lesión al nervio facial cuando se realiza por un cirujano experimentado (tasa del 30% de disestesia). Una mejor visión en caso de quistes de mayor tamaño o de la posición del órgano dentario con respecto a estructuras anatómicas adyacentes, una menor necesidad de remoción ósea y la baja probabilidad de fractura patológica son las mayores ventajas de este abordaje; sus desventajas son la cicatriz y el riesgo de daño a la rama marginal mandibular del nervio facial.¹⁶

En algunos casos, la vía endoscópica puede ser la opción ideal debido a una incisión mínima, adecuada iluminación y magnificación del área quirúrgica; sin embargo, si es necesario realizar osteotomía y/o odontosección existirá mayor dificultad y, por ende, mayor probabilidad de complicaciones transoperatorias.¹³

CONCLUSIÓN

El tercer molar ectópico en cóndilo mandibular es una entidad poco frecuente (25 casos reportados

en la literatura), diagnosticada incidentalmente en pacientes que acuden a consulta por otras patologías de cavidad oral y descubierta tras un examen radiológico, o por sintomatología dolorosa, trismus y/o infección.

Se sugiere utilizar la tomografía computada para confirmar el diagnóstico y la planificación del abordaje quirúrgico. La intervención quirúrgica incluye la enucleación y curetaje del contenido quístico, así como exéresis del órgano dentario. El abordaje de elección dependerá de las características clínicas y radiográficas, así como de la habilidad del cirujano para evitar el daño a estructuras nerviosas o la fractura patológica del cóndilo mandibular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wang C, Kok SH, Hou L et al. Ectopic third molar in the ramus region: report of a case and literature review. *Oral Med Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105: 155-161.
2. Iglesias-Martin F, Infante-Cossio P, Torres-Carranza E, Prats-Golczer VE, Garcia-Perla-Garcia A. Ectopic third molar in the mandibular condyle: a review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17 (6): e1013-7.
3. Salmeron JI, Del Amo A, Plasencia J, Pujol R, Vila CN. Ectopic third molar in condylar region. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37: 398-400.
4. Anagnostopoulous S. Ectopic third molar (condylar process). *Oral Surg* 1991; 71: 522-523.
5. Srivastava RP, Singh G. An unusual impacted inverted third molar in mandibular condyle with preauricular sinus (a case report). *J Indian Dent Assoc* 1982; 54: 67-69.
6. Wassouf A, Eyrych G, Lebeda R, Kratz KW. Surgical removal of a dislocated lower third molar from the condyle region: case report. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2003; 113: 416-420.
7. Balan N. Tooth in the sigmoid notch. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 767.
8. Nodine AM. Impacted and aberrant teeth-history, causes, and treatment. *Dent Items Interest* 1946; 68: 30.
9. Balendra W. Unerupted lower third molar in the region of the condyle. *British Dent J* 1949; 87: 229.
10. Zernov MW. Misplaced third molar in the region of the condyle erupting through the cheek. *British Dent J* 1949; 87: 295.
11. Szerlip L, Morristown NJ. Displaced third molar with dentigerous cyst: An unusual case. *J Oral Surgery* 1978; 36: 551-552.
12. Ahmed NM, Speculand B. Removal of ectopic mandibular third molar teeth: literature review and a report of three cases. *Oral Surg* 2012; 5: 39-44.
13. Shivashankara C, Manjunatha BS, Tanveer A. Ectopic mandibular third molar in subcondylar region: report of a rare case. *Oral Maxillofac Surg* 2011 [Epub ahead of print].
14. Sembrosio S, Albiero AM, Zerman N, Costa F, Politi M. Endoscopically assisted enucleation and curettage of large mandibular odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107: 193-6.
15. Pace C, Holt D, Payne M. An unusual presentation of an ectopic third molar in the condylar region. *Australian Dental Journal* 2010; 55: 325-327.
16. Manisali M, Aghabeigi B, Newman L. Retromandibular approach to the mandibular condyle: a clinical and cadaveric study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32: 253-260.