

Prevalencia de retención de terceros molares en el Hospital Juárez de México

Rodrigo Liceaga Reyes,* Julia Ramirez González**

RESUMEN

Objetivo. El propósito de este estudio es analizar la importancia clínica de la retención de dientes en la población. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo del mes de julio 2004 a diciembre 2005. Se evaluaron a los pacientes del hospital que acudieron a la consulta externa enviados de diversos centros de salud y presentaban órganos dentarios retenidos. **Resultados.** El total de la muestra fue de 552 pacientes, de los cuales 223 fueron hombres y 329 fueron mujeres. **Conclusión.** El diente que más comúnmente se encontró retenido fue el tercer molar mandibular.

Palabras clave: Retenciones dentarias, tercer molar retenido.

ABSTRACT

Objective. The purpose of this study was the one to make emphasis in the clinical importance of the retention of teeth in the population. **Material and methods.** A descriptive study from July of 2005 to December of 2006 was made. The evaluation was made to all patients who came for consultation for retained dental organs. **Results.** The total of the sample was of 552 patients, of whom 223 where men and 329 were women. **Conclusion.** The mandibular third molar was the retained teeth most common found.

Key words: Retained teeth, retained third molar.

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria del cirujano maxilofacial, los dientes retenidos son un problema frecuente al que se enfrenta. De acuerdo con Archer (1978), el término dientes retenidos se usa más bien de manera imprecisa para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, es decir, dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en malposición hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal o en infraoclusión y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.¹ Mead (1930) en su estudio, encontró que 461 de los 581 dientes retenidos eran terceros molares (casi 80%), Moss (1975), Shapira (1981) y Fournier (1982) coinciden en afirmar que después del tercer molar el diente más frecuentemente retenido es el canino superior.²⁻⁷

Es de gran importancia realizar preoperatoriamente un análisis clínico y radiográfico, tomando en cuenta las siguientes características:⁸⁻¹⁰

1. Angulación de la pieza dental
2. Relación con la rama ascendente mandibular

3. Profundidad de la retención
4. Ligamento periodontal
5. Saco folicular
5. Forma radicular
6. Forma y tamaño de la corona
7. Relación con el segundo molar
8. Segundo molar
9. Conducto alveolar inferior
10. Densidad ósea

Existen diversas clasificaciones de dientes retenidos, la clasificación más empleada para terceros molares inferiores es la de Pell y Gregory que establece los siguientes parámetros.¹¹

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular

Clase I. El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase II. El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

** Residente de cuarto año de la especialidad de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México.



Clase III. El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.¹²

Profundidad relativa del tercer molar

Posición A. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano oclusal del segundo molar.

Posición B. La parte más alta del tercer molar está por abajo del plano oclusal del segundo molar (Fig. 1).

Posición C. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.¹⁰

Otras clasificaciones que se emplean para terceros molares superiores e inferiores son:

Clasificación Winter

- Mesioangular
- Horizontal
- Vertical
- Distoangular

Clasificación Ginestet

Considera dos factores: la posición de la pieza y la profundidad. La posición nos orienta en forma semejante y bajo los mismos conceptos enunciados en la clasificación de Winter.

En cuanto a la profundidad él considera tres tipos:

1. Incompleta
2. Completa superficial
3. Completa profunda

Clasificación del Dr. Sánchez Torres

1. Factores fundamentales
2. Profundidad de la pieza
3. Dirección de la pieza
4. Número, dirección y forma de las raíces

Clase I. Aquellas piezas que se encuentran por encima de una línea imaginaria que pasa por el cuello anatómico del segundo molar, cuando no existe pieza podemos considerar el primer molar y en los desdentados una que pasa por la parte más alta del proceso alveolar.

Clase II. Aquellas piezas que se encuentran por debajo de esa línea del segundo molar o variantes enunciadas

anteriormente siempre y cuando se encuentren exclusivamente dentro del hueso alveolar o sea un plano perpendicular a los ápices de las raíces de un segundo molar en posición normal.

Clase III o piezas ectópicas. En esta clase consideramos aquellas piezas que se encuentran en localización topográfica fuera del hueso alveolar y que se pueden agrupar en ectopias hacia la rama ascendente, hacia el ángulo mandibular y la apófisis coronoides, hacia el cuello del cóndilo y hacia el reborde cervical mandibular, es decir, hacia el hueso basilar.

Se cree que con este concepto de profundidad proporciona una orientación práctica en cuanto a la mayor o menor dificultad que presentaría la pieza para su extracción ya que en términos generales si la pieza se encuentra en clase I será más fácil la extracción que si está en clase II y ésta a su vez será más fácil que si estuviera en clase III.¹³

También es importante tomar en cuenta la dirección de la pieza:

- Vertical
- Vertical invertido
- Mesioangular
- Distoangular
- Distohorizontal
- Bucoangular
- Linguangular

Número, dirección y forma de las raíces:

- Raíces fusionadas en forma cónica
- Raíces curvas o convergentes
- Raíces divergentes
- Raíces curvas en dirección distal
- Raíces curvas en dirección mesial
- Anomalías radicales diversas

Es de gran importancia realizar la valoración prequirúrgica porque ésta nos va ayudar a determinar la complejidad del procedimiento (Fig. 2).

Existen pocos estudios sobre la prevalencia de retenciones dentarias, pero hay factores importantes que se consideran en este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México en el Servicio de Cirugía Maxilofacial. Se estudiaron todos pacientes que acudieron a consulta para la extracción de dientes retenidos; se inició el estudio el 1

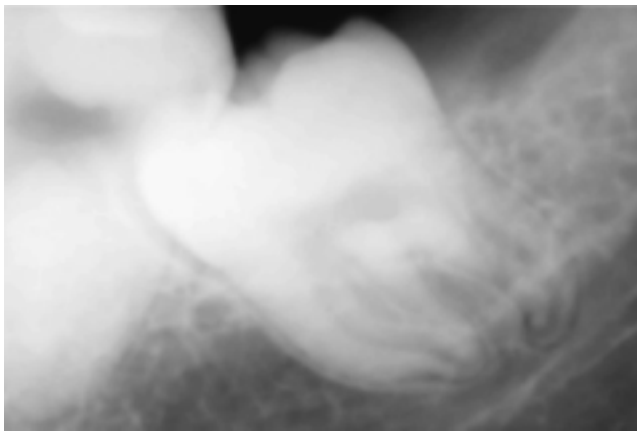


Figura 1. Tercer molar mandibular retenido: el más frecuente.

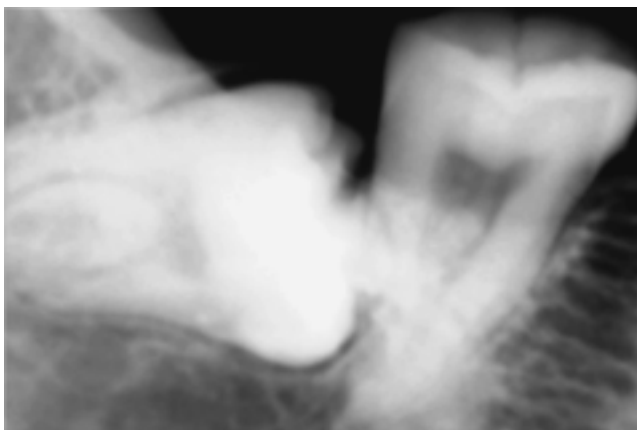


Figura 2. Ejemplo de tercer molar mandibular en posición horizontal.

de julio del 2004 y finalizó el 31 de diciembre del 2005; se capturaron sólo los expedientes de los pacientes activos en este periodo; las variables consignadas fueron sexo, edad, presencia de radiografía y de retención órganos dentarios. Después de terminar con la captura de los expedientes se procedió a vaciar los datos en la hoja de cálculo Excel y se procesó la información en el programa estadístico Jump.

RESULTADOS

La muestra total fue de 552 pacientes que presentaban expediente con radiografía ortopantomografía, se estudiaron 223 hombres (40%) y 329 mujeres (59%). Se analizaron cuántos órganos dentarios retenidos presentaba cada paciente. Del total de órganos dentarios retenidos 300

correspondieron a terceros molares, 20 a caninos y 10 supernumerarios (Fig. 3).

También se registró la localización de los caninos retenidos pudiendo ser derecha, izquierda o bilateral, se observó que los caninos eran más frecuentes del lado derecho que el izquierdo.

DISCUSIÓN

Como hemos podido observar en los resultados obtenidos en este estudio, la prevalencia de dientes retenidos por género se observan órganos dentarios retenidos más en mujeres que en hombres. Esto también se ha encontrado en otros estudios.⁶

Los dientes que presentan mayor retención son los terceros molares inferiores, seguido por el canino.^{14,15}

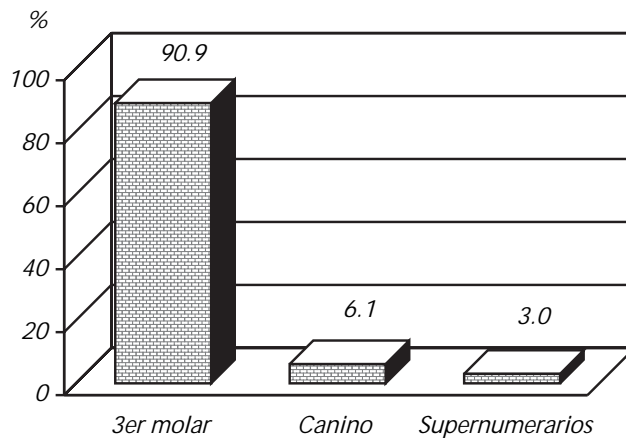


Figura 3. Tipo de retenciones dentarias, tercer molar, canino y supernumerarios.

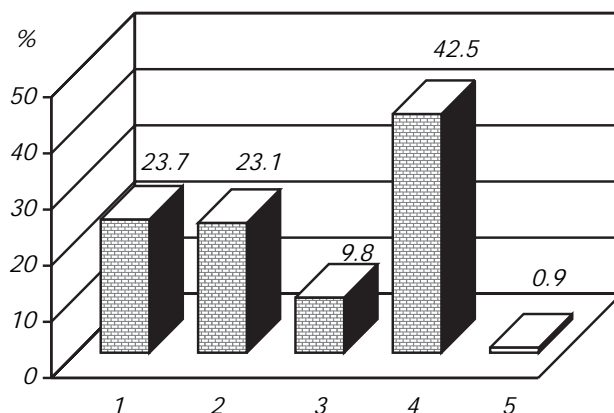


Figura 4. Número de retenciones dentarias por paciente.



La mayoría de los pacientes presentaron cuatro órganos dentarios retenidos (Fig. 4).

La edad en la cual acudieron para su atención fue con una media de 23 años con predilección para el sexo femenino.¹⁶

La posición más frecuente de los terceros molares superiores derecho y los terceros molares superiores izquierdos fue vestibularizados, y los terceros molares inferiores derechos e izquierdos fue la posición mesializados. De acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory la clasificación que más se presentó en tercer molar inferior izquierdo fue IIB, seguida por IA y IB, IC, IIC, IIA, IIIC y en tercer molar inferior derecho fue la clasificación IA seguida por IB, IIB, IC, IIA, IIC seguida por IIIC.

Otros estudios han encontrado resultados similares, como Mateos y Hernández quienes reportaron resultados similares con 26.77% de retenciones dentarias. Los dientes retenidos encontrados con mayor frecuencia fueron los terceros molares mandibulares (79.29%), seguidos por los terceros molares maxilares (19.71%) y los caninos maxilares (0.57%).¹⁷

Sarmiento y Herrera reportaron un análisis en 456 estudiantes encontrando en 96 estudiantes agenesia parcial de terceros molares, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas por género, arcada o hemiarcada.¹⁸

CONCLUSIONES

Aunque resultados similares se han encontrado en otras poblaciones es importante tener estudios propios que nos permitan mejorar el nivel de atención de nuestros pacientes. Los datos más relevantes del estudio son:

1. La localización más frecuente de los terceros molares retenidos fueron los inferiores.
2. La posición más frecuente de los terceros molares fue la mesioangular.
3. La posición más frecuente de caninos retenidos fue la semivertical.
4. Se encontraron más dientes retenidos en mujeres que en hombres; sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas.

AGRADECIMIENTOS

Por su apoyo en el análisis estadístico a la Dra. María Esther Irigoyen.

REFERENCIAS

1. Archer HW. Cirugía Bucal. Atlas Paso a Paso de Técnicas quirúrgicas. 2da Ed. Argentina: Editorial Mundi; 1978, Tomo 1.

2. Dachi S, Howell F. A survey of 3,874 routine full mouth radiographs. I. A Study of retained roots and teeth. Oral Medicine, Oral Surgery, Oral Pathology 1961; 14(8): 916-24.
3. Johnston W. Treatment of palatally impacted canine teeth. Am J Orthod 1969; 56(6): 589-96.
4. Fournier A, Turcotte J, Bernard C. Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. Am J Orthod 1982; 81(3): 236-9.
5. Moss J. An orthodontic approach to surgical problems. Am J Orthod 1975; 68(4): 363-90.
6. Mead SV. Incidence of Impacted Teeth. Inter J Orthod 1930; 6: 885-90.
7. Rocher A. Displaced and Impacted Canines. Inter J Orthod 1929; 15: 1003-20.
8. Esen E. Evaluation of patient-controlled remifentanyl application in third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 457-63.
9. Trujillo F. Retenciones dentarias en región anterior. Práctica Odontológica 1990; 11(5): 29-35.
10. Sandhu S. Radiographic Evaluation of the Status of Third Molars in the Asian- Indian Students. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 640-5.
11. Benediktsdottir. Mandibular Third removal: Risk indicators for extended operation time, postoperative pain, and complications. Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 97: 438-46.
12. Garcia G, Pell G. Classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2000; 38: 585-7.
13. Yuasa H. Classification of surgical difficulty in extracting impacted third molars. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2002; 40: 26-31.
14. Lewis P. Preorthodontic surgery in the treatment of impacted canines. Am J Orthod 1971; 60(4): 382-97.
15. Fastlicht S. Treatment of impacted canines. Am J Orthod 1954; 40(12): 891-905.
16. Sittitavornwong S. The Necessity of Routine Clinic Follow-Up Visits After Third Molar Removal. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 1278-82.
17. Mateos CI, Hernández FF. Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. Rev Odont Mex 2005; 9(2): 84-91.
18. Sarmiento P, Herrera AM. Agenesia de terceros molares en estudiantes de odontología de la Universidad del Valle entre 16 y 25 años. Colomb Med 2004; 35(Supl 1): 5-9.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Julia Ramírez González
Servicio de Cirugía oral y maxilofacial
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160,
Col. Magdalena de las Salinas,
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07760,
México, D.F.