

## EXTRACCIÓN DE LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES

**Autores:** Alejandrina Gonzalez Ferrer<sup>1</sup> Dra. Beatriz Gurrola Martínez<sup>2</sup> Dr. Adán Casasa Araujo<sup>3</sup>

1. Residente de 2º año del posgrado en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO)
2. Profesora de Metodología de la Investigación en el CESO y profesor de tiempo completo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
3. Director y profesor de Teoría y Clínica del CESO

### Resumen

El comportamiento del tercer molar después de la exodoncia del segundo molar, no ha sido muy reportada en la literatura y para muchos clínicos no es muy común. La extracción del segundo molar se debe realizar cuando el tercer molar se observa bien radiográficamente, con una adecuada vía de erupción y no debe exceder una inclinación de 30 grados con el plano oclusal, además debe encontrarse con un tercio de la raíz formada. Las indicaciones más frecuentes para la extracción del segundo molar son, segundo molar muy destruido, impactado o sobre-erupcionado, para luego distalizar el primer molar como se demuestra en el caso clínico reportado. Es importante tener en cuenta la edad del paciente y condición periodontal, sobretodo en el arco inferior pues es más complejo el manejo del tercer molar luego de la exodoncia del segundo molar en dicho arco. Se debe monitorear el tercer molar hasta su adecuada ubicación en oclusión, porque puede requerir algún tipo de tratamiento adicional. Como conclusión la exodoncia del segundo molar es una buena alternativa a elegir cuando sea necesario pues con una correcta evaluación y tratamiento el tercer molar se ubica en una correcta posición.

### Abstract

Behavior of third molar after extraction of second molar: The behavior of the third molar after extraction of the second molar has not been widely reported in the literature and is somewhat uncommon for many clinicians. Indication for second molar extraction include visible presence of third molar seen radiographically, an adequate path of eruption with an inclination that does not exceed 30 degrees with respect to the occlusal plane, and root formation that is at least one third of its total length. The most frequent indications for extraction of the second molar are coronal destruction of the second molar, and impaction or supra eruption in order to distalize the first molar, as is shown on the clinical cases reported. It is important to consider the age of the patient and the periodontal condition, specially in the lower arch since the movement of the third molar is more complex in this arch. The third molar must be monitored until it reaches a correct occlusion because it could need additional treatment. In conclusion, the extraction of the second molar is satisfactory treatment choice when it becomes necessary given that there is a proper evaluation and a there is a viability to achieve a correct position.

### Introducción

Las indicaciones y ventajas para la extracción del segundo molar como terapia para la corrección de ciertas maloclusiones ha sido reportada en la literatura.(1)

A pesar de esto para algunos ortodoncistas e inclusive clínicos de otras áreas de la odontología no es conocido y les genera cierta preocupación, ya que este no ha sido un procedimiento muy tradicional en la ortodoncia, y se teme cual sería la respuesta del tercer molar, de acuerdo a su formación, inclinación, distancia, edad, etc.<sup>1</sup> La extracción de los segundos molares permite la:

1. Prevención de una apariencia cóncava de la cara al final del crecimiento facial.
2. Desimpactación y rápida erupción del tercer molar, con poca posibilidad de producir problemas en la articulación temporomandibular.
3. El movimiento distal del primer molar.
4. El movimiento dentario distal en caso de ser necesario corregir la sobremordida horizontal.
5. Poca espacio residual al finalizar el tratamiento ortodónico.
6. Reducción del tiempo de tratamiento.
7. Prevención de apiñamiento incisivo inferior.
8. Poca probabilidad de recidiva.
9. Adecuada oclusión funcional.
10. Reducción de la sobremordida vertical.
11. Se evita el post-operatorio (dolor, inflamación, trismus) por cirugía del tercer molar.<sup>(2)</sup>

En cuanto a la extracción en la zona molar posterior que practica Mollin, digamos que en primer lugar es necesario contar con un perfecto estudio radiográfico de la zona del tercer molar. Las radiografías panorámicas ofrecen bastante seguridad para analizar dichas extracciones. No son el ideal porque, al ser tomografías, la imagen que ofrece de la región de los terceros molares es un poco distorsionada. Obtenida la radiografía de la zona de los terceros molares antes de su erupción, se observa detenidamente la relación del germen del tercer molar con respecto a la raíz del segundo y según la edad y maduración del paciente, gérmenes se podrán ver en distintas etapas de calcificación radicular. Además las radiografías extraorales muestran una imagen bastante fidedigna del tamaño y forma de la corona de los terceros molares. Con todos estos elementos: relación entre el germen y segundo molar, grado de calcificación radicular, forma y tamaño de la corona del tercer molar, vamos a elaborar todas las posibilidades de extracción. El germen del tercer molar puede apoyarse en la concavidad que forma la corona con la raíz del segundo molar. Cuando hay contacto entre ambos molares, la posibilidad de impactamiento del tercero es muy elevada y por lo tanto se aconseje la extracción de cualquiera de los molares según los demás elementos de juicio. Cuando el germen del tercer molar no contacta con la raíz del segundo, en este caso no se indica ningún tipo de extracción. Cuando hay contacto y la raíz del tercero no comenzó la calcificación se indica la extracción del segundo molar. La extracción del segundo molar antes que comience la calcificación del tercero (12-13 años) asegura la erupción del tercero en el

espacio del segundo extraído. Se efectúa en realidad un reemplazo de molares. Este hecho se concreta en una mayoría absoluta de los casos de modo que podemos practicar la extracción sin ningún temor. Puede ocurrir que el tercer molar en su avance eruptivo se ubique un poco inclinado con respecto al eje del primer molar. Pero el enderezamiento del tercer molar no ofrece ninguna dificultad técnica. (3)

El trabajo estará en desplazar hacia distal el tercer molar. Al distalarlo la "desincrustamos" del primer molar y luego la fuerza eruptiva completará el trabajo. Todas las inclinaciones patológicas que adopta el tercer molar son consecuencia de una traba coronaria y la fuerza eruptiva de la raíz. Incluso cuando se tiene un tercer molar totalmente "acostado" el proceso es el mismo. Cuando hay contacto pero la raíz del germen comenzó la calcificación del espacio interradicular (antes decíamos tercio radicular) no se puede extraer los segundos molares. (3) Al comenzar la calcificación radicular del tercero, esta pieza ya no va a adelantarse y a ocupar el espacio del segundo extraído sino que va a existir un diastema entre el primer y el tercer molar, que será mayor cuanto mayor sea la calcificación radicular del tercero. En estos casos se indica extraer los gérmenes de los terceros. Pero ya no como indicación inmediata, a no ser que además del peligro de impactamiento se presentaran grandes dificultades para distalar el primer y el segundo molar. La calcificación interradicular comienza en general a los 14-15 años. De modo que cuando se analiza en un paciente la necesidad de extraer segundos molares no se debe demorar la intervención hasta que la edad del paciente nos obligue a cambiar de parecer, ya que el tiempo "juega" en contra de nuestra indecisión. Hay casos extremos en los cuales podemos infringir estas reglas. Casos en que decidiremos la extracción de los segundos aun con el tercio calcificado de la raíz de los terceros. Son casos de anomalías de clase III donde el distalamiento de los terceros molares está más allá de la permanencia de un espacio residual entre el primer molar y el tercero erupcionado. La evaluación de estos factores es privativa del profesional. (3)

#### **Reporte de caso clínico:**

Se presenta a consulta un paciente femenino de 14 años 2 meses de edad, el cual refiere que el motivo de consulta es para que le hagan el diagnóstico de su problema. La paciente presenta Clase III Esquelética, Hiperdivergente, en las fotografías de inicio observamos, foto (1) de frente, un patrón dolico-facial, simétrica.



Foto 1 frente

En la foto 2 de perfil, donde se observa un perfil cóncavo

Foto 3 sonrisa

En las fotos intraorales, foto (4) de frente donde se observa la línea media inferior desviada a la derecha incisivos centrales superiores derecho e izquierdo borde a borde, incisivos laterales superiores derecho e izquierdo en mordida cruzada.



Foto 4

En la foto (5) lado izquierdo se puede observar la relación molar y canina Clase III.



Foto 5

En la foto (6) lado derecho se puede observar la relación molar y canina clase III.



Foto 6

En la foto (7) intraoral oclusal superior se observa apiñamiento, una forma de arco oval.



Foto 7

En la foto (8) intraoral oclusal inferior se observa una forma de arco oval.



Foto 8

En la foto (9) radiografía lateral de cráneo. Se observa un patrón de crecimiento hiperdivergente.



Foto 9

En la foto (10) radiografía panorámica, podemos observar el germen de los terceros molares inferiores derecho e izquierdo, apoyados en la concavidad que forma la corona y la raíz del segundo molar.

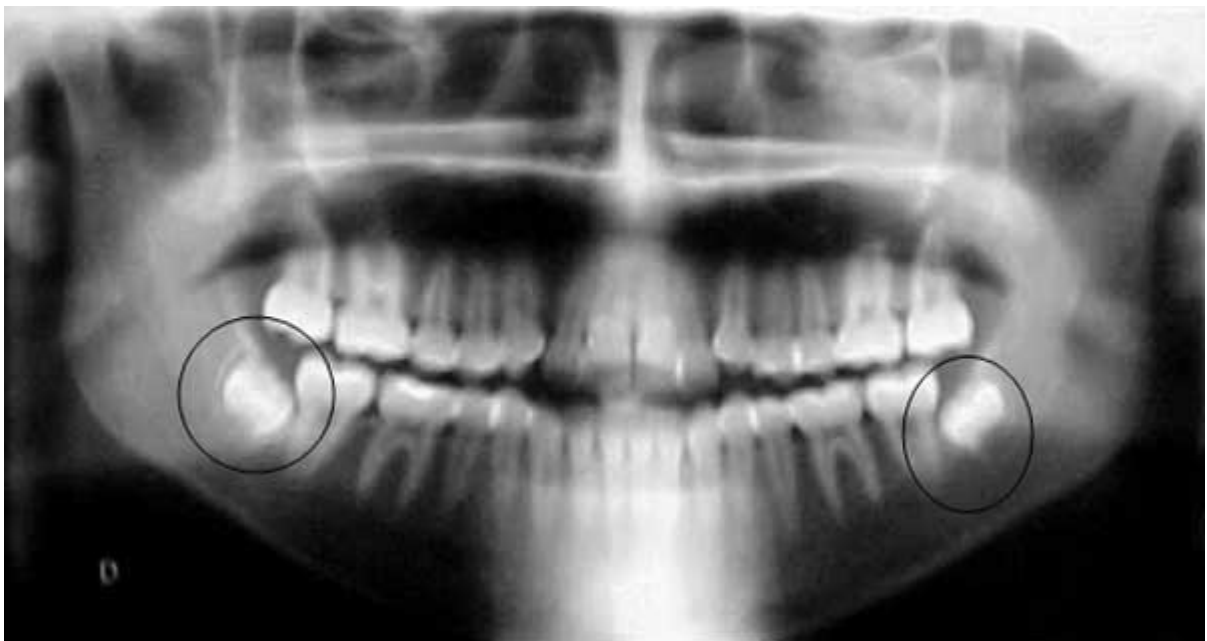


Foto 10

En cuanto al plan de tratamiento se le realizó Exodoncia de segundos molares inferiores derecho e izquierdo, para camuflaje de la clase III dental y patrón de erupción de los terceros molares inferiores, alineación, nivelación, distalización del arco inferior, elásticos clase III bilateral, stripping, detallado y retención.

La aparatología utilizada fue brackets prescripción Roth .022" x .028", bandas en los primeros molares superiores e inferiores, derecho e izquierdo. sliding hook, arcos de niTi y acero inoxidable, elásticos clase III, Resorte abierto.

Los objetivos del tratamiento fueron alcanzar la corrección del perfil facial, posiciones dentales alteradas, corrección del apiñamiento maxilar, corrección de las relaciones caninas y molares bilateral, de la línea media inferior y relación esquelética.

Estudios finales, fotos post-tratamiento tomadas en la fecha 25/05/2006  
Fuente propia del CESO 2006.

Las fotografías se tomaron al término del tratamiento que fue en un tiempo de 1 años y 3 meses y se puede observar en la foto (11) de frente, patrón dolico-facial, simetría facial; foto (12) perfil, foto (13) sonrisa, foto (14) intraoral de frente, foto (15) y (16) intraorales derecha e izquierda donde se observa relación molar y canina clase I bilateral; foto (17) oclusal superior, forma de arco oval sin apiñamiento; foto (18) oclusal inferior forma de arco oval sin apiñamiento; foto (19) radiografía lateral de cráneo.



Foto 11. Frente



Foto 12. Perfil



Foto 13





Foto 14 Intraoral frente



Foto 15. Intraoral derecha



Foto 16 intraoral izquierda



Foto 17. Intraoral Oclusal Superior



Foto 18. Intraoral Oclusal Inferior

Estudios radiográficos foto 19 radiografía lateral , foto 20 radiografía panorámica se observa la ausencia de los segundos molares inferiores derecho e izquierdo.



Foto. 19 Radiografía Lateral De Cráneo



Foto. 20 Radiografía Panorámica

Estudios finales de control, se tomaron con las radiografías lateral de cráneo y panorámica estudio de control Post- Tratamiento en la Fecha 30/08/2006. Fuente propia del CESO 2006.



Foto. 21 Radiografía Lateral De Cráneo.



Foto. 22 Radiografía Panorámica

### Conclusión

Es importante que cuando se decida realizar este tipo extracción, se tenga en cuenta la edad del paciente y su condición periodontal, ya que en pacientes adultos es mucho más difícil el manejo de la mesialización de los terceros molares inferiores y cierre de espacio, por lo que se recomienda hacerlo en el arco superior y en adultos jóvenes.

Al mismo tiempo se puede observar que algunas de las indicaciones más frecuentes para realizar la extracción del segundo molar son: destrucción coronal del segundo molar, facilitar la distalización de los primeros molares, segundos molares muy impactados con tercer molar en buena vía de erupción, segundos molares sobre-erupcionados por el tercer molar, ya sean tanto superiores como inferiores como se demostró en el caso presentado en este artículo.

Si el tratamiento de ortodoncia se finaliza sin la erupción del tercer molar, este se debe monitorear hasta que este en su posición, para garantizar la adecuada interdigitación con el antagonista, ya que en algunos casos es necesario algún tipo de corrección. Además es importante que si no ha hecho erupción y el molar antagonista se encuentra en boca, el retenedor debe llevar un tope oclusal para evitar la sobre-erupción de este mientras se completa la erupción del tercer molar.

### Bibliografía

1. Rey Diego y Oberti Giovanni. Revista CES Odontología Vol. 20 número 1 año 2007.
2. Quiros. Oscar J. Extracciones poco frecuentes en ortodoncia. Actualizaciones Medico Odontológicas. 2003
3. J. M. Salogueac, P. Verdon. Ortodoncia de Mollin Distalamiento.