



# Exodoncia de tercera y cuarta molar fusionadas. Reporte de caso.

**Fused third and fourth molar exodontia. Case report.**

**Carmen Soto-Ramírez<sup>1,a</sup>, Emmy Salcedo-Reategui<sup>1,a</sup>, Yuleysi Alarcón-Guevara<sup>1,a</sup>,  
 Roberto Ojeda-Gómez<sup>2,b</sup>.**

## RESUMEN

Las anomalías dentarias son producidas por alteraciones en la odontogénesis que se refleja en la variación de tamaño, número y forma de los dientes. Dentro de estas alteraciones se encuentra la fusión dentaria que se considera como la unión de dos gérmenes dentarios que forman una estructura dentaria grande y única. La fusión de las molares es poco habitual tiene una prevalencia muy baja. En el presente caso el diagnóstico fue tercera molar fusionada a cuarta molar retenida en posición vertical. El tratamiento quirúrgico fue la exodoncia a colgajo; para el éxito de la misma se tuvo en cuenta: 1) visualización completa de la corona y 2) eliminación de trabas que impidan la luxación y la avulsión de las piezas fusionadas. Finalmente, la exodoncia se llevó a cabo de manera exitosa.

**PALABRAS CLAVE:** Exodoncia, anomalía dentaria, luxación.

## ABSTRACT

Dental anomalies are produced by alterations in odontogenesis which is reflected in the variation in size, number and shape of the teeth. Among these alterations is dental fusion, which is considered as the union of two dental germs that form a large and unique dental structure. The fusion of the molars is rare and has a very low prevalence. In the present case, the diagnosis was that the third molar fused to the fourth retained molar in an upright position. The surgical treatment was flap extraction. For a successful extraction, the following was considered: 1) full visibility of the crown and 2) elimination of obstacles that prevent dislocation and avulsion of the fused pieces. At last, the extraction was carried out successfully.

**KEY WORDS:** Exodontia, dental anomaly, luxation.

<sup>1</sup> Escuela de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Señor de Sipán. Lambayeque, Perú.

<sup>2</sup> Programa de Estudios de Estomatología, Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú.

<sup>a</sup> Estudiantes de Pregrado.

<sup>b</sup> Docente Tiempo Completo. Maestría en Estomatología, Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Presidente del Equipo de Prevención de Salud Oral (EPSO).

## INTRODUCCIÓN

La fusión dental es considerada como una anomalía dentaria del proceso eruptivo, la cual consiste en una unión embriológica. La etiología es desconocida, pero la mayoría de los autores la consideran multifactorial. Se postularon dos teorías en relación a la etiología de esta anomalía dentaria; tales como “la teoría de la hiperactividad de las células epiteliales embrionarias”, la teoría de la “escisión del folículo dental”, y la teoría filogenética (1). Con mayor frecuencia este tipo de anomalía ocurre en la dentición temporal que en la dentición permanente; la literatura refiere que raramente afecta a los premolares y molares (1).

Los dientes supernumerarios son aquellos dientes “extra” presente en los maxilares, producidos por una alteración durante la odontogénesis; estos pueden aparecer tanto en el maxilar inferior como en el superior; siendo únicos, múltiples unilaterales o bilaterales (2).

El cuarto molar es considerado como un diente supernumerario, siendo muy rara su aparición. Es también llamado distomolar o retromolar por su ubicación distal a los terceros molares. Muchas veces suele encontrarse retenido o incluido, atribuyéndole a su fracaso de erupción factores de origen dentario, físico, óseo o sistémico. En ciertas circunstancias el cuarto molar se fusiona con el tercer molar apareciendo como un tubérculo adosado en su corona en el área distolingual. La cuarta molar se desarrolla y forma como cualquier otro diente, erupcionado en la mandíbula de forma uni o bilateral (3).

El tratamiento para este tipo de situaciones quirúrgicas es el de la exodoncia cuando la pieza dentaria representa un problema para el resto de las piezas dentarias, de lo contrario es mejor optar por prescindir de alguna exodoncia.

## REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad, con aparente buen estado de salud general, acude al Centro de Prácticas Pre Clínica y Clínica de Estomatología de una universidad del norte peruano, refiere dolor intermitente en la pieza 4.8 por pericoronaritis, además indica que debe realizarse la exodoncia de las terceras molares por indicaciones ortodónticas.

En la anamnesis no relató tener alguna enfermedad sistémica, así como no ser alérgica a ningún medicamento y no presentar ningún antecedente médico, familiar y psicosocial.

Al examen clínico se observa en el cuadrante 4, una molar retenida y vestibularizada, también se ven expuestas las caras proximales y la cara oclusal (figura 1).



Figura 1. Vista radiográfica.

Para la evaluación diagnóstica se utilizaron métodos radiográficos tales como radiografía panorámica y periapicales; también se ordenaron exámenes de hemograma, coagulación y tiempo de protrombina, para prevenir futuras complicaciones sanguíneas en el momento de la exodoncia (tabla 1).

Tabla 1. Calendario de intervenciones y diagnóstico

Fecha	Intervención	Diagnóstico
2019	Examen clínico	Pericoronaritis
2019	Examen radiográfico (Rx panorámica)	Fusión de tercera y cuarta molar retenida

Al examen radiográfico se observa la fusión de dos piezas dentarias (tercera y cuarta molar) en posición vertical; no existe un espacio interdental entre ambas piezas dentarias, la pieza fusionada presenta dos raíces, una de ellas de la tercera molar y la otra raíz presenta fusión: la raíz distal de la tercera molar con la raíz de la cuarta molar. Según Winter la posición es vertical y según Pell y Gregory es clase 3 posiciones A; siendo así el diagnóstico definitivo tercera molar

fusionada a cuarta molar retenida en posición vertical (figura 2).



Figura 2. Vista clínica

### INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Intervención farmacológica 40 minutos antes de la cirugía con dexametasona de 4 mg vía oral.

Se intervino quirúrgicamente a la paciente mediante una exodoncia a colgajo; para ello se aplicaron los principios básicos de cirugía, se administró un cartucho y medio de anestesia (lidocaína) troncular inferior, para luego administrar un cartucho anestesia infiltrativa en el fondo de surco vestibular y finalmente se aplicó medio cartucho de anestesia en distal para los nervios accesorios presentes.

Seguidamente se realizó incisión en L con mango de bisturí N° 5 y hoja de bisturí N° 15; se procede al decolaje con legra apartando la mucosa y el periostio del hueso, para permitir una correcta visualización del campo operatorio (figura 3).



Figura 3. Vista quirúrgica. Incisión en "L".

A continuación, se aplicó la regla de oro, que es observar completamente la corona, para ello se realizó osteotomía que es desgaste de hueso vestibular y distal que cubría parte de la corona, con fresa de carburo tungsteno redonda de tallo largo número (7). Una vez observada toda la corona colocamos el elevador recto en mesial para empezar a luxar las piezas; seguido por el elevador bandera en la furca haciendo movimientos de palanca, teniendo en cuenta que como son piezas fusionadas, la fuerza que se tiene que hacer, debe ser una fuerza controlada para facilitar la extracción (figura 4).



Figura 4. Vista clínica de avulsión dentaria.

Una vez realizada la avulsión de las piezas (figura 5), se procede al lavado y curetaje del alveolo con Cloruro de Sodio (suero fisiológico) al 0,9% y cureta de alveolo. Finalmente se realizó 5 puntos de sutura simple con hilo seda negra.



Figura 5. Vista frontal de la fusión

Después de haber concluido la cirugía se aplicó una inyección intramuscular con dexametasona fosfato de 4mg/2mL y diclofenaco sódico de 25mg/mL. Asimismo, se recetó dexametasona de 4mg en tableta cada 8 horas por 3 días y ketorolaco de 10mg cada 8 horas por 3 días; además se recomendó descanso por 2 días, evitar exposición al sol. Se realizó un seguimiento vía telefónica para monitorear el estado de la paciente.

A los dos días la paciente indicó que no tenía dolor; pero sí una ligera inflamación; por lo tanto, se recomendó colocar compresas de hielo. A los 7 días la paciente acudió a la clínica para el retiro de los puntos de sutura, se observó una buena cicatrización.

## RESULTADOS

El resultado del procedimiento quirúrgico realizado fue exitoso, contribuyendo así para el tratamiento ortodóntico del paciente; además no hubo ninguna complicación postquirúrgica de alta relevancia.

## DISCUSIÓN

Es poco frecuente evidenciar la presencia de cuartos molares retenidos y fusiones dentarias. Mayormente los dientes distomolares (cuarto molar) son dientes supernumerarios, la prevalencia de éstos en México es del 2,8 al 5,6% (5). Mientras que en Cuba se reporta una prevalencia del 15 al 26% de los distomolares en relación a los supernumerarios existentes (6). Sin embargo, existe una enorme prevalencia en la presencia del cuarto molar en hispanos, especialmente en varones afroamericanos (7).

Ruiz et al., indican que las causas no son precisas, y describen varias teorías relacionadas a la aparición de la cuarta molar; tales como: hiperactividad de las células epiteliales embrionarias, dicotomía del germen dentario, proliferación de remanentes de la lámina dentaria, reacción anormal a un episodio traumático local y, finalmente, una combinación de factores genéticos y ambientales (6).

Amarilla atribuye que la presencia del cuarto molar es multifactorial, ya sea por un factor hereditario o posibles variantes en el desarrollo dental como la hiperactividad de la lámina dental o la división del

germen dentario (5).

## CONCLUSIONES

Se concluye que la cuarta molar es un diente supernumerario con etiología desconocida, el procedimiento quirúrgico en algunos de los casos suele complicarse por ende nunca debemos subestimar a una tercera molar aun así ya esté completamente erupcionada.

*Conflicto de intereses:* Los autores no tienen conflicto de intereses con este reporte.

*Aprobación de ética:* Consentimiento escrito fue firmado por el paciente.

*Financiamiento:* Ninguno.

*Contribuciones de los autores:* Todos los autores contribuyeron a este manuscrito.

*Agradecimientos:* Dios, Mg. C.D. Ascanoa Olazo Jimmy y Revista Estomatológica Herediana.

## Correspondencia:

Soto Ramírez Carmen Elena Sarahi.

Dirección: Calle Lambayeque #224 , Chiclayo, Lambayeque, Perú.

Correo electrónico: ssari2198@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caley A, Miegimolle M, Espi M, Revuelta I. Anomalías dentarias de unión: a propósito de un caso y posibilidades de tratamiento. *Científica Dental*. 2016; 13(3): 19-24. (Citado el 20 de junio del 2021). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5839607>.
2. Heredia D. Cuarto Molar Supernumerario. *Oactiva*. 2019;4(2):21-4. (Citado el 20 de junio del 2021). Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/336>.
3. Morales D, Méndez JA. Supernumerario distomolar en rama mandibular asociado a quiste dentígero. Presentación de un caso. *Rev haban cienc méd*. 2018; 17(2): 255-264. (Citado el 20 de junio del 2021). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2018000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200011&lng=es).
4. Vázquez V, Espinosa MT, Hernández F. Presencia del cuarto molar. Revisión de la literatura. *Rev Odont Mex*. 2018; 22( 2 ): 104-118. (Citado el 20 de junio del 2021). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7000490>.

5. Amarillas EED. Fusión del tercer molar inferior con un cuarto molar. Reporte de tres casos. *Rev ADM.* 2021;78(2):95-99. doi:10.35366/99285.
6. Ruiz A, Choy G, Jiménez L, Jiménez M. Cuartos molares retenidos: a propósito de un paciente. *Medicentro Electrónica.* 2017; 21(2): 169-173. (Citado el 20 de junio del 2021). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432017000200015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200015&lng=es).
7. Eshgian N, Al-Talib T, Nelson S, Abubak N. Prevalence

of hyperdontia, hypodontia, and concomitant hypohyperdontia. *J Dent Sci.* 2021; 16(2): 713–717. doi: 10.1016/j.jds.2020.09.005..

Recibido : 20-07-2021

Aceptado : 14-10-2021