

Artículo SECIB:**Implicaciones periodontales en la inclusión de los terceros molares inferiores incluidos**

*Yudex Rizcala-Orlando, Vanessa Montoya-Salazar, Daniel Torres-Lagares,
Jose-Luis Gutierrez-Perez.
Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.*

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son los dientes que con más incidencia sufren interrupción de la erupción dentaria y patología asociada a ella, de manera que según algunos estudios el 45% de los pacientes presentan terceros molares incluidos, y de éstos el 75% van acompañados por síntomas que hacen aconsejable su tratamiento.

En la actualidad tanto la patología como el número de intervenciones relacionadas con estos dientes sigue siendo muy elevada. El motivo fundamental en la inclusión de los terceros molares es la falta de espacio, independientemente de la influencia de otros factores como alteraciones del germen dentario, obstáculos mecánicos y factores generales.¹

A pesar de la gran información publicada sobre los terceros molares incluidos, existen todavía aspectos poco estudiados o investigados en la literatura; generalmente, la atención se centra en su etiología, patogenia, clasificaciones, complicaciones, técnicas quirúrgicas entre otras, pero se estudia muy poco sobre los aspectos periodontales que conciernen al tercer molar impactado, y de manera especial, en lo que respecta a su estrecha relación con el segundo molar.²

Refiriéndonos a este tema debemos tener en cuenta:

1. Los daños periodontales que causa un cordal incluido en el segundo molar.
2. Las secuelas periodontales que pueden causar la extracción quirúrgica de los terceros molares.³

Daño periodontal inducido por los terceros molar impactados:

El tercer molar incluido o semiincluido se asocia con gran frecuencia a pérdida de inserción distal del segundo molar. Dependiendo de su situación y del tipo de inclusión veremos el tipo de daño periodontal y su magnitud.

- a. Los terceros molares incluidos e impactados en la superficie radicular del segundo molar, comprometen la inserción distal del segundo molar y debilitan o eliminan el tabique óseo interdental que los separa. Todo esto nos lleva a la formación de bolsas periodontales, donde, si no hay control de placa adecuado podemos encontrarnos con complicaciones como pericoronaritis e incluso una celulitis si la infección progresa (Fig.1).

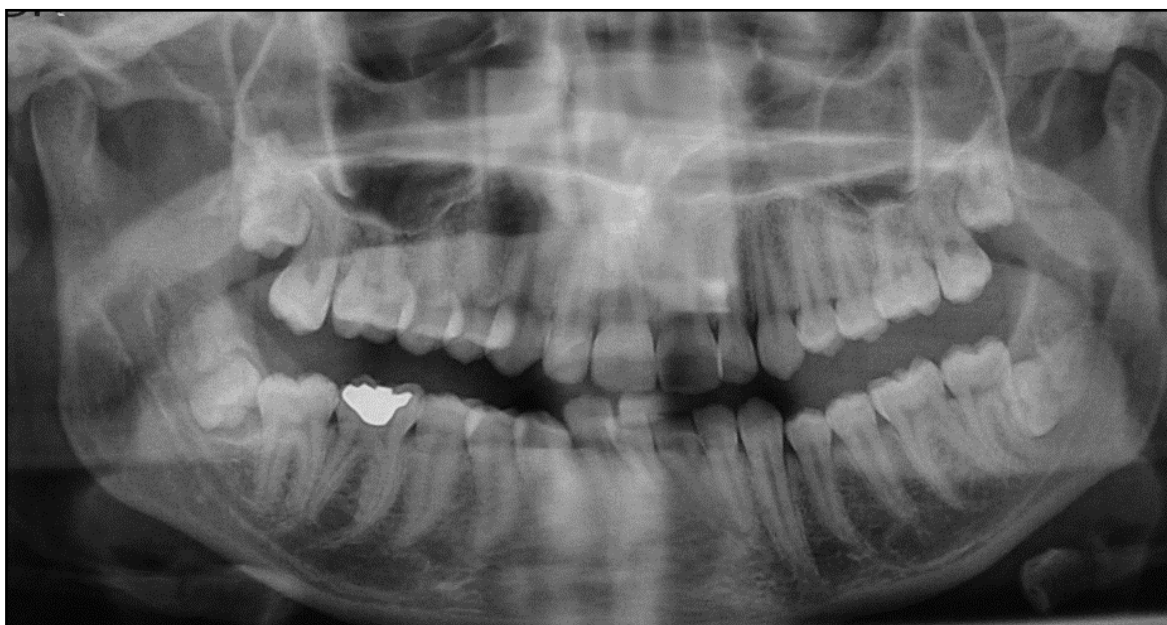


Figura 1. Tercer molar 38 impactado a nivel radicular del 37, debilitando la inserción distal

- b. En los casos de terceros molares, pero con estrecha relación con el segundo molar se desarrolla la misma circunstancia descrita en el caso anterior, y el hueso interdental disminuido cede progresivamente ante la agresión bacteriana periodontopatógena. En estos casos, en los que el segundo molar presenta bolsas periodontales y pérdida de inserción, lo recomendable es la extracción del tercer molar que está provocando dicha situación, ya que el paciente tiene dificultad para realizar un correcto mantenimiento y control de placa (Fig. 2).



Figura 2. Presencia de una bolsa periodontal lo que provoca una disminución del hueso interdental.

- c. Los terceros molares semiincluidos representan un foco activo de entrada bacteriana a la zona distal del segundo molar, debido a la retención de alimentos y dificultad de higiene. Está demostrado que el segundo molar, en estas circunstancias, presenta peores índices gingivales y de placa. Dicho índice mejora con la extracción del cordal. Si se deja evolucionar, se desarrolla una situación con bolsas profundas por pérdida de inserción lo cual potencia una flora anaerobia, que por un lado crea episodios de infecciones agudas de repetición que si persisten en el tiempo, pueden llevar a una infección crónica distal del segundo molar^{4,5} (Fig. 3).



Figura 3. Área radiolúcida a nivel del 48, presencia de foco infeccioso y pérdida de inserción en el 47.

Secuela periodontal de la exodoncia del cordal incluido:

La extracción de los cordales incluidos representa un riesgo potencial de secuelas peridontales para el segundo molar, fundamentalmente en forma de pérdida de inserción distal, condicionado por diferentes variables:

- a. Edad: los pacientes con menos de 25-30 años presentan un menor porcentaje de defectos óseos prequirúrgicos además de una reducción postquirúrgica de los defectos óseos profundos. La presencia de un cordal impactado deteriora periodontalmente al segundo molar independientemente de la edad teniendo mayor índice de secuelas en los pacientes mayores de 30 años.
- b. Profundidad de sondaje distal en el segundo molar mayor a 6 mm: la mayoría de los defectos óseos postquirúrgicos se desarrollan cuando la pared ósea distal del segundo molar cuenta con menos de 4mm.
- c. Placa dental visible en distal del segundo molar: Factor negativo evidente para la salud periodontal previa y postextracción de la zona mencionada (Fig. 4).



Figura 4. Placa dental retenida por el 48 semierupcionado.

- d. Pacientes fumadores: es un factor que afecta negativamente a los pacientes de mayores de 30 años, en el que la presencia de defectos óseos de más de 7 mm se duplica con respecto a los no fumadores.
- e. Inclinação del tercer molar mayor de 50°: cuanto mayor superficie de contacto haya entre el tercer y el segundo molar, o cuanto menos tabique óseo quede entre ellos, más afectada estará la cicatrización periodontal postoperatoria^{6,7} (Fig. 5).



Figura 5. A mayor inclinación de 50° más afectada se verá la cicatrización periodontal.

TRATAMIENTO

Analizado el daño periodontal causado por un tercer molar impactado a nivel del segundo molar y las repercusiones que puede llegar a tener su extracción en función de distintas variables, debemos plantearnos cómo afectarán a nuestra actuación clínica y en función de ello tomar la decisión terapéutica que consideremos más oportuna.

Se identificaron tres factores: área radiolúcida crestal en mesial del tercer molar, patrón de impactación y presencia de placa local postoperatoria, que se asociaron con bolsas periodontales residuales persistentes (Fig. 6).



Figura

6. Hueso interdental inexistente entre el 37 y el 38.

Las razones de la correlación de estos tres indicadores de riesgo con los defectos periodontales en los segundos molares después de la extracción del tercero podrían explicarse fácilmente. Se postula que el patrón de impactación mesioangular del tercer molar induce un defecto óseo entre el segundo y el tercer molar que favorece la colonización bacteriana subgingival (Fig. 7).



Figura 7. Patrón de impactación mesioangular.

La presencia radiográfica de un área radiolúcida crestal indica muy probablemente que se ha producido una pérdida ósea crestal, debida al acúmulo de placa, lo que sugiere una lesión periodontal establecida ya preexistente en distal del segundo molar. Esto creará una bolsa periodontal en distal del segundo molar, que será susceptible de formación de placa y del desarrollo de una periodontitis que puede verse traducida en la pérdida del segundo molar.

A expensas de la decisión terapéutica de mantener el tercer molar o de realizar la exodoncia nos encontraremos con un alto índice de placa y sangrado al sondaje en segundos molares asociados a cordales o a cordales ya exodonciados, lo cual nos obliga a establecer un minucioso control de la higiene y de los niveles de placa.⁸

El control local de la placa y las necesidades de tratamiento periodontal distal de los segundos molares inferiores después de la remoción de terceros molares impactados muy pocas veces es tenido en cuenta.

La superficie distal del segundo molar siempre parece mostrar una mayor puntuación de placa que otras superficies, lo que induce el desarrollo de una periodontitis local.^{9,10}

La formación de bolsas y los defectos intraóseos ocurren con mayor frecuencia y son más severos cuanto mayor sea impactación de la corona del tercer molar con respecto al segundo molar, o si se encuentra en contacto aparente con él.

Se ha demostrado que el raspado y alisado radicular en distal del segundo molar en el momento de la extracción quirúrgica del tercer molar representa un beneficio adicional para la disminución de estos problemas peridontales, así como el seguimiento específico del control de placa y del mantenimiento periodontal en distal de los segundos molares asociados a este tipo de tratamientos.⁹

Un enfoque tan simple para el manejo de defectos periodontales en distal de los segundos molares inferiores puede evitar la necesidad de terapias regenerativas complejas además de demostrar que tiene cierta efectividad.^{9,10,11}

En lo referente al tratamiento quirúrgico de los terceros molares asintomáticos, los resultados de diferentes estudios sugieren que la remoción del tercer molar asintomático puede mejorar el estado periodontal de los adultos jóvenes afectados. Las comparaciones después de la cirugía entre los sujetos con todos los terceros molares eliminados y los que mantienen sus terceros molares mandibulares se basan en un número limitado de sujetos por lo que estos datos deben interpretarse con cierta precaución.¹²

El objetivo de la actuación clínica es preservar la salud y evitar el daño periodontal en el segundo molar. Tendremos en primer lugar que diagnosticar y valorar el riesgo periodontal y en función de ello tomar la decisión terapéutica que consideremos más acertada. Kugelberg identificó una serie de factores que denominó "Predictores de riesgo periodontal", cuya presencia se relaciona con una mayor probabilidad de sufrir un daño periodontal en el Segundo molar o secuelas periodontales tras la extracción del tercer molar adyacente.

Estos factores son:

- Placa visible en distal del 2º molar.
- Profundidad de sondaje mayor de 6 mm en distal del segundo molar.
- Defecto óseo mayor de 3 mm en distal del segundo molar.
- Inclinação sagital del tercer molar mayor de 50°.
- Gran área de contacto entre tercer y segundo molar.
- Reabsorción de la raíz distal del segundo molar.
- Folículo del cordal agrandado mesialmente más de 2,5 mm.
- Pacientes fumadores.

Ante un paciente que presente al menos cuatro de los factores predisponentes de enfermedad periodontal descritos, se procederá a realizar la extracción lo más temprano posible con el fin de minimizar los riesgos de enfermedad periodontal distal del segundo molar.

DISCUSIÓN

La cicatrización periodontal distal así como lesiones potenciales de los segundos molares mandibulares después de la exodoncia de los terceros molares impactados es un tema que ha preocupado a muchos autores. Los factores de riesgo; como los defectos intraóseos preoperatorios, la edad del paciente, el grado de impactación entre el tercer molar y el segundo, las profundidades de sondaje postoperatorio, son importantes a la hora de tomar una decisión terapéutica. Es importante preservar la integridad del segundo molar mandibular adyacente y no es aconsejable utilizar una técnica quirúrgica que pueda conducir a la exposición de raíces, necrosis pulpar, periodontitis apical o la formación de quistes residuales. Por lo tanto, es esencial seleccionar una técnica quirúrgica que se ajuste a las estructuras anatómicas y se base sólidamente en principios fisiológicos.

La extracción de terceros molares impactados puede ocasionar pérdida del nivel de inserción distal al segundo molar, dependiendo de los factores predictivos del riesgo periodontal descritos por Kugelberg et al.⁷ profundidades de bolsa periodontal superior a 6 mm en la superficie distal del segundo molar, defectos óseos distales superiores a 3 mm del segundo molar, inclinación del eje longitudinal del tercer molar mayor de 50°, así como el tabaquismo y la presencia de placa bacteriana en la superficie distal del segundo molar. A mayor número de estos factores, mayor incremento del riesgo de desarrollar patología periodontal o tener complicaciones periodontales postquirúrgicas.

Con respecto a este aspecto, Kan et al.⁸ identificaron tres posibles factores de riesgo asociados con los defectos periodontales después de la extracción quirúrgica del tercer molar: la radiolucidez crestal preoperatoria, el grado de impactación mesioangular del tercer molar y los altos niveles de placa bacteriana.

Varios estudios indican que el uso de ultrasonido y raspado y alisado radicular del segundo molar en el momento de la extracción quirúrgica del tercer molar reducen la placa bacteriana, el sangrado y la profundidad de sondaje y mejoran el nivel de inserción. En concordancia con esta mejoría en la salud periodontal, parece que ambos tratamientos ofrecen resultados similares.

Siguiendo estas recomendaciones se observa una reducción del defecto óseo y de la profundidad de la bolsa seis meses después de la intervención, coincidiendo con estudios previos de Gröndahl y Lekholm¹³ y en contraste con otros que encontraron una mayor incidencia de desarrollo de la enfermedad periodontal en la superficie distal del segundo molar antes y después de la extracción del tercer molar. Uno de estos estudios informó que hasta el 67% de la población china que había sido sometida a extirpación quirúrgica de terceros molares mandibulares impactados mesioangulares tenía una profundidad de sondaje superior a 5 mm en distal del segundo molar, 6 a 36 meses después de la extracción. Las diferencias en factores demográficos, hábitos tóxicos, atención dental o técnica quirúrgica probablemente podrían explicar esta discrepancia.

Los estudios iniciales de los segundos molares, mayoritariamente no periodontales, concluyeron que el estado periodontal del segundo molar no se vio afectado por el alisado y el raspado radicular del segundo molar en el momento de la exodoncia quirúrgica del tercer molar.¹³ Sin embargo, las publicaciones sobre las implicaciones periodontales de los terceros molares han defendido que el raspado y alisado radicular del segundo molar debe ser parte del manejo operatorio de la exodoncia.¹⁴ Un estudio a corto plazo mostró que el tratamiento periodontal mecánico de los segundos molares mandibulares, dio lugar a mejores condiciones periodontales, en comparación con los segundos molares control.¹⁵

Kugelberg et al.⁷ llegó a la conclusión de que la cicatrización periodontal después de la extracción quirúrgica del tercer molar es un proceso continuo durante 2 años después de la extracción.

Un informe de Kugelberg et al.¹³ demostró que el riesgo de pérdida ósea de la zona distal del segundo molar adyacente al tercer molar es mayor en pacientes mayores de 25 años. Además, la extracción temprana del tercer molar disminuye el postoperatorio, la morbilidad y favorece una mejor cicatrización periodontal, reduciendo la pérdida de inserción en distal del segundo molar.^{15,16}

Según el protocolo seguido por nuestro equipo, coincidimos con lo descrito en la literatura, siendo importante concienciarse sobre la importancia de la higiene oral en distal del segundo molar una vez extraído el tercer molar. Al finalizar la cirugía de extracción, se lleva a cabo una terapia de raspado y alisado radicular, si el caso lo requiere, o simplemente, eliminar con curetas los tejidos blandos y el sarro que se encuentre acumulado en distal de segundo molar, con el fin de que la cicatrización posterior sea beneficiosa para la salud periodontal de este.

También si estamos ante un paciente que presente al menos tres de los factores predisponentes de enfermedad periodontal descritos, procedemos a realizar la extracción lo más temprano posible con el fin de minimizar los riesgos de enfermedad periodontal distal del tercer molar.

CONCLUSIONES

Se recomienda que los profesionales de la salud bucal presten atención a la detección de signos de enfermedad periodontal establecida en las áreas distales de los segundos molares mandibulares al evaluar el estado periodontal mesial de los terceros molares mandibulares impactados. También debe prestarse más atención en mejorar el control de placa en los segundos molares inferiores justo después de la extracción del tercer molar en sujetos con mayor riesgo de defectos periodontales residuales, llevando a cabo un plan de mantenimiento periodontal local e instruir a nuestros paciente en higiene bucodental además de su correspondiente visita cada seis meses al odontólogo.

También es importante recalcar la extracción temprana del tercer molar cuando algunos de los factores predictores se encuentren presentes con el fin de disminuir problemas periodontales posteriores en el segundo molar. Una revisión con radiografía panorámica es necesaria en casos de pacientes con presencia de muelas del juicio aún en boca o en proceso de erupción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carter K, Worthington S. Predictors of Third Molar Impaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. 2016 Mar;95(3):267-76.
2. Irja V. Impacted third molars increase the risk for caries and periodontal pathology in neighboring second molars. *J Evid Based Dent Pract*. 2014 Jun;14(2):89-90.
3. Peng KY, Tseng YC, Shen EC, Chiu SC, Fu E, Huang YW. Mandibular second molar periodontal status after third molar extraction. *J Periodontol*. 2001 Dec;72(12):1647-51.
4. Nunn ME, Fish MD, Garcia RI, Kaye EK, Figueroa R, Gohel A, Ito M, Lee HJ, Williams DE, Miyamoto T. Retained asymptomatic third molars and risk for second molar pathology. *J Dent Res*. 2013 Dec;92(12):1095-9.
5. Li ZB, Qu HL, Zhou LN, Tian BM, Chen FM. Influence of Non-impacted Third Molars on the Pathologies of Adjacent Second Molars: A Retrospective Study. *J Periodontol*. 2016 Dec 15:1-11.
6. Chang HH, Lee JJ, Kok SH, Yang PJ. Periodontal healing after mandibular third molar surgery--A comparison of distolingual alveolectomy and tooth division techniques. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004 Jan;33(1):32-7.
7. Kugelberg CF, Ahlström U, Ericson S, Hugoson A, Kvint S. Periodontal healing after impacted lower third molar surgery in adolescents and adults. A prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1991 Feb;20(1):18-24.
8. Kan KW, Liu JK, Lo EC, Corbet EF, Leung WK. Residual periodontal defects distal to the mandibular second molar 6-36 months after impacted third molar extraction. *J Clin Periodontol*. 2002 Nov;29(11):1004-11.
9. Karapatakis S, Hugoson A, Falk H, Laurell L, Kugelberg CF. Healing following GTR treatment of intrabony defects distal to mandibular 2nd molars using resorbable and non-resorbable barriers. *J Clin Periodontol*. 2000 May;27(5):333-40.
10. Karapatakis S, Hugoson A, Falk H, Laurell L, Kugelberg CF. Healing following GTR treatment of intrabony defects distal to mandibular 2nd molars using resorbable and non-resorbable barriers. *J Clin Periodontol*. 2000 May;27(5):333-40.
11. Leung WK, Corbet EF, Kan KW, Lo EC, Liu JK. A regimen of systematic periodontal care after removal of impacted mandibular third molars manages periodontal pockets associated with the mandibular second molars. *J Clin Periodontol*. 2005 Jul;32(7):725-31.
12. Blakey GH, Parker DW, Hull DJ, White RP Jr, Offenbacher S, Phillips C, Haug RH. Impact of removal of asymptomatic third molars on periodontal pathology. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009 Feb;67(2):245-50.
13. Gröndahl HG, Lekholm U. Influence of mandibular third molars on related supporting tissues. *Int J Oral Surg*. 1973;2(4):137-42.
14. Corn H, Marks MH. Strategic extractions in periodontal therapy. *Dent Clin North Am*. 1969 Oct;13(4):817-43.
15. Ferreira CE, Grossi SG, Novaes AB Jr, Dunford RG, Feres-Filho EJ. Effect of mechanical treatment on healing after third molar extraction. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1997 Jun;17(3):250-9.
16. Pons-Vicente O, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Effect on pocket depth and attachment level of manual versus ultrasonic scaling of lower second molars following lower third molar extraction: a randomized controlled trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009 Mar;107(3):e11-9.