

DIAGNOSTICO CLINICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

por el DOCTOR
CESAR PABLO PEBE

La literatura presta muy poca atención a este punto: por lo contrario, se trata en general "In extenso" el diagnóstico radiográfico.

Si bien en la actualidad es de rutina la obtención de röntgenogramas como parte del examen, consideramos que este hecho no es razón valedera para descuidar el aspecto puramente clínico del examen y diagnóstico.

Para orientar al lector, digamos desde ya, que la filosofía de este tema es "proceder como si no existieran los rayos Röntgen":

1. DIAGNOSTICO PRIMARIO

Es presuntivo. "Diente retenido es aquel que no se encuentra ocupando su lugar en la arcada dentaria correspondiente, transcurrida la época normal de su erupción".

Decimos que el diagnóstico en estas condiciones es "presuntivo" porque no alcanza este hecho para probar la retención, en efecto: puede haber agenesia del germen correspondiente. No olvidar al respecto que es uno de los dientes que se encontrará en regresión filogenética.

Deben considerarse, entonces, otros signos y síntomas para confirmar y clasificar la retención.

2. Signos para el diagnóstico de

2. SIGNOS PARA EL DIAGNOSTICO DE RETENCION.

Cuando decimos "signos", entiéndase bien, nos referimos a los objetivos, es decir: percibidos por el clínico y no necesariamente por el paciente.

A) **Retención parcial.** — Es evidente que, en estos casos, la inspección nos permite constatar de entrada la

presencia de parte de la corona del molar —generalmente cúspides— lo cual nos permite ya establecer un diagnóstico positivo.

En gran parte de estos casos es posible por palpación y exploración minuciosa con estilete o sonda curva determinar si la semiretención es solamente submucosa o también en parte intraósea. Particularmente puede saberse si parte de la cara oclusal está recubierta de hueso.

Podemos también clasificar la retención según el eje del segundo molar —Winter— o según la relación en altura con el plano oclusal y con el borde anterior de la rama craneana del maxilar —Pell y Gregory— o tomando en cuenta todos los elementos a la vez —Kantorowicz—.

B) **Retención total.** — Puede ser total o parcialmente intraósea. Para el diagnóstico positivo de retención nos valemos de los siguientes grupos de signos:

a) **Relieve mucoso.** — Este signo está siempre presente en los casos de retención submucosa. No es constante en todos los casos de retención intraósea total, particularmente en inclusiones profundas e impactación contra el segundo molar.

Cuando está presente, el relieve mucoso puede presentar varios aspectos: el color y consistencia puede variar según sea o no traumatizada por diente antagonista; el tamaño es variable, pudiendo ser de grandes dimensiones cuando es la expresión de una tumoración quística o sólida originada en el saco pericoronario o en otras etapas de desarrollo del germen; la consistencia puede ser firme, renitente o francamente fluctuante, dependiendo

de las complicaciones presentes; la ubicación sobre el eje del reborde, hacia vestibular o francamente en lingual nos informará en muchos casos sobre el eje del diente retenido.

b) Signos dentarios. — Uno de los signos que llama precozmente la atención, fundamentalmente a ortodontistas y ortopedistas es el apiñamiento progresivo que se instala varios años antes de la fecha de erupción del tercer molar, y que indica generalmente la germectomía profiláctica.

Pero hay algunos signos más sutiles y muy importantes, que bien estudiados nos permiten diagnosticar y clasificar. Nos referimos a las desviaciones del segundo molar.

La mesialización del segundo molar ocurre siempre cuando se pierde prematuramente —caso muy frecuente— el primer molar, pero suele acelerarse en forma llamativa y aún producirse, complicada con giroversión, en arcadas completas, por presión eruptiva del tercer molar en posiciones vertical, mesio o disto-angular.

La distalización, por el contrario, nos da la pista de una retención mesio angular profunda o aún horizontal, con fuerte presión sobre la cara distal de la o las raíces del segundo, en el tercio apical, girando el segundo molar en un fulcro cervical dando como resultado la distoversión, con inclusión del mismo.

3. SINTOMAS PARA EL DIAGNOSTICO DE RETENCION

No vamos a abundar en este capítulo acerca de los diferentes accidentes de erupción, sin embargo, algunos de ellos suelen ser el primer elemento, en determinadas circunstancias, para arribar a un diagnóstico positivo.

A) **Accidentes mucosos:** la pericoronitis se presenta generalmente como accidente de erupción parcial, pero no es raro observarla en retenciones totales —infección del saco a través del gubernáculum (itus) dentis— no siempre fácilmente despistable a primera vista, maxime que suele presentarse en personas de edad avanzada —relativamente hablando) respecto a la cronología de erupción. La exploración cuidadosa con estilete particularmente siguiendo la cara distal del segundo molar, puede ayudarnos a establecer el diagnóstico.

B) **Accidentes celulares:** no vamos a reseñar todas las formas clínicas según la vía de difusión, pero recordemos y como ejemplo que el absceso migrador buccinato-maxilar de Chompret - L'Hirondell, así como ciertas formas de angina a repetición que desorientan frecuentemente al otorrinolaringólogo, tienen casi un valor patognomónico. En general, ante la ausencia de otras causales puede ser fácil hallar la pista del molar retenido.

C) **Adenopatías:** valen aquí las mismas consideraciones que para la pericoronitis en las referencias totales. Recordar especialmente las adenitis ubmaxilares y la forma subángulo maxilar de Chassaignac.

D) **Osteitis:** las formas circunscritas o difusas centrales iniciadas en el ángulo del maxilar deben hacer suponer la presencia del diente retenido.

E) **Trastornos dentarios:** es muy frecuente la sintomatología de pulpitis en el segundo molar sin caries visible. Ante la ausencia del tercer molar, siendo negativa la anamnesis respecto a su avulsión, debe sospecharse la impactación del mismo (retención horizontal o mesioangular posición C) contra el segundo molar, provocando por mecanismo de compresión la rizoclasia hasta la exposición del filete correspondiente y pulpitis "a retro".

No debe descartarse la caries del propio diente retenido o semiretenido y sus secuelas habituales.

F) **Accidentes o complicaciones tumorales:** la presencia de una tumoración mayor de lo habitual en el ángulo, firme, renitente o fluctuante nos pondrá en la pista de quistes u odontomas relacionados con el diente retenido. No abundamos al respecto para no redundar.

G) **Trastornos neurológicos:** los más comunes son las neuralgias menores de la tercera rama. Debe investigarse cuidadosamente la presencia de molar retenido. Merece especial atención el sexo femenino en la cuarta y quinta década de la vida: en efecto durante él a veces largo periodo de la menopausia y posteriormente a la misma, la mujer es particularmente propensa a cuadros de este tipo. Esto no significa minimizar el problema para el sexo masculino.

H) **Trastornos tróficos:** valen las mismas consideraciones que hicimos para los numerales anteriores.

I) **Problemas protéticos:** el uso de prótesis a placa, parciales o completas suele verse dificultado en forma tardía e inesperada por dolor, ulceración, celulitis y desequilibrio por báscula de la silla protética en la zona del ángulo.

Es bastante frecuente observar entonces la erupción tardía, por espacio disponible y estímulo de la base de la dentadura sobre el maxilar.

Si la anamnesis es dudosa al respec-

to, hacer examen radiológico de rutina antes de confeccionar prótesis a placa.

En suma: hemos presentado en este capítulo, someramente, los hechos más salientes que pueden orientar la búsqueda clínica que es insustituible y debe siempre preceder al examen radiográfico.

Consideramos que, en este, como en todo tipo de afección, el prolijo examen clínico debe conducir de por sí a un diagnóstico en un gran porcentaje de casos.