



Complicaciones bucales asociadas a la erupción del tercer molar

Buccal complications associated to the eruption of the third molar

Rolando Mirot Delgado¹ Leinen de la Caridad Cartaya Benítez² Pedro Pajón Suárez³
Flora Luisa Cartaya Díaz⁴ Janelis de la Caridad González Hernández¹

¹Clínica Estomatológica de Quivicán “Centenario Protesta de Baraguá”. Departamento de Estomatología General Integral. Mayabeque, Cuba.

²Departamento de EGI. Clínica Estomatológica Docente de Bejucal “Dr. Julio César Santana Garay”. Mayabeque, Cuba.

³InSTEC. Universidad de La Habana. Departamento de Matemática. La Habana, Cuba.

⁴Instituto Superior de Tecnologías y Ciencias Aplicadas. Departamento de Idiomas. La Habana, Cuba.

Citar como: Mirot Delgado R, Cartaya Beníte L de la C, Pajón Suárez P, Cartaya Díaz FL, González Hernández J de la C. Complicaciones bucales asociadas a la erupción del tercer molar. Colum med.[Internet]. 2024 [citado: Fecha de acceso];Vol3: e140. Disponible en: <http://www.revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/140>

RESUMEN

Introducción: existen hábitos alimenticios, mezcla racial y elementos de la herencia que conducen a la incidencia de la retención de piezas dentales, como los terceros molares que a menudo tienen complicaciones.

Objetivo: explicar las posibles complicaciones de la erupción del tercer molar.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica, entre diciembre del 2022 y julio del 2023. Fueron utilizadas las principales bases de datos de Internet. Se seleccionaron 39 referencias bibliográficas. Se consultaron además libros de texto y bibliografía básica. Se excluyeron aquellos que no dispusieron de texto completo, así como las monografías.

Desarrollo: el tercer molar es el diente que con frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción y presenta complicaciones: neuromusculares, nerviosas, tumorales, infecciosas, mecánicas y traumáticas. Puede ser sintomático o asintomático y desde la especialidad Clínica, se muestran dificultades.

Conclusiones: es importante que los estomatólogos conozcan sobre las complicaciones de la erupción y en especial aquellas relacionadas con el tercer molar, porque son infecciosas, la más frecuente de ellas es la pericoronaritis.

Palabras clave: Complicaciones Posoperatorias; Erupción Dental; Medicina Oral; Tercer Molar

ABSTRACT

Introduction: There are eating habits, racial mix and hereditary elements that lead to the incidence of retained teeth, such as third molars, which often have complications.

Objective: Explaining the possible complications of third molar eruption.

Method: A bibliographic review was carried out between December 2022 and July 2023. The main Internet databases were used. 37 bibliographic references were selected, 29 of them updated. Textbooks and basic bibliography were also consulted. Those that did not have a complete text were excluded, as well as monographs.

Development: The third molar is the tooth that frequently does not complete its normal eruption process and presents complications: neuromuscular, nervous, tumorous, infectious, mechanical and traumatic. It can be symptomatic or asymptomatic and difficulties are shown from the Clinical specialty.

Conclusions: It is important for stomatologists to know about the complications of the eruption and especially those related to the third molar, because they are infectious, the most frequent of which is pericoronitis.

Keywords: Postoperative Complications; Tooth Eruption; Oral Medicine; Molar, Third

Recibido: 03-09-2023 | Aceptado: 08-01-2024 | Publicado: 29-04-2024





INTRODUCCIÓN

El aparato estomatognático (del griego στόμα, boca y γνάθος, maxilares), es el conjunto de órganos y tejidos que permiten comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír, respirar, besar y succionar. Al respecto, este sistema posee una fórmula dentaria permanente de 32 dientes que según su forma y función, se clasifican en cuatro grupos: ocho incisivos, cuatro caninos, ocho premolares y 12 molares.¹

En el hombre moderno, el crecimiento constante del cerebro, aumenta el volumen de la cavidad craneana, a expensas de los maxilares, los músculos decrecen por la disminución de la función masticatoria. Los hábitos alimenticios actuales requieren de un sistema estomatognático menos poderoso, lo que dificulta la erupción del tercer molar.²

Parte de las complicaciones de la erupción de este, se debe a su formación tardía y a la evolución filogenética que ha sufrido la mandíbula y que ha dado como resultado, la falta de espacio disponible para que los molares puedan erupcionar de manera apropiada.³

La erupción dentaria es un proceso dinámico que comienza con la formación del germen dentario desde su cripta de desarrollo, hasta que irrumpe en la cavidad bucal, en oclusión con sus antagonistas. Este proceso representa una compleja serie de eventos controlados por la genética, con tiempos y recorridos preestablecidos, durante el cual puede verse afectado por un trauma, la pérdida prematura de dientes o una enfermedad.⁴

Existen varias teorías sobre cómo se produce la erupción dentaria; pero el mecanismo exacto aún es desconocido.⁵ Se proponen cuatro factores, como posibles responsables directos de la erupción dentaria: la formación e incremento de la raíz, el crecimiento del hueso alveolar; la presión vascular e hidrostática del tejido conectivo periodontal y la tracción del componente colágeno del ligamento periodontal.⁶

El tercer molar se forma a partir del cordón epitelial y debe ejecutar un trayecto de erupción conocido como curva de Capdepon (un movimiento de enderezamiento cóncavo hacia atrás y arriba); por lo que la mayoría de estos órganos dentales no se posesionan de la manera correcta.⁷

Estos dientes no se incluyen en las predicciones para su brote, su proceso de formación y brote es el más variable de la dentición humana. En la actualidad, no está clara la edad en que comienza la calcificación del germen. Algunos estudios, han demostrado que la

calcificación coronal se inicia, entre los siete y nueve años, para los terceros molares superiores y entre los ocho y 10 años para los inferiores, se completa su formación entre los 12 y 16 años.⁸

Es la última pieza dental en salir que erupciona a partir de los 16 años en adelante, termina su apicoformación cerca de los 25 años de edad. Por lo general, presenta inconsistencias en su posición, provoca en muchos de los casos su agenesia, el retraso eruptivo o falta de contacto con respecto a piezas dentales vecinas, no llega a erupcionar o lo hace de forma incompleta, lo que se conoce en la práctica clínica como retención.

El 17 % de la población, a nivel mundial, es afectado por las retenciones dentarias. Estas se consideran un síndrome en la actualidad, de estos los terceros molares ocupan el primer lugar en frecuencia.⁹ En China, la prevalencia es de 10.8 %, algo mayor que en Turquía, donde se ha notificado 6.15 %. Mientras que en América Latina y el Caribe, las cifras son más elevadas, al llegar hasta el 15.1 % en Colombia y el 45.5 % en la capital cubana.¹⁰

Se encuentran similitudes, tanto en México, Brasil, Colombia y Ecuador, donde las epidemiologías de estos problemas afectan más a las mujeres que a los hombres, en un 58.8 %. Cabe recalcar que en cuanto a personas de raza negra, aqueja al 2.2 % a la población, se asocia al tamaño de su mandíbula.¹¹

Al considerar que estas piezas dentales cuentan con una morfología variable que en ocasiones aparece con más de cinco cúspides y por esto, posee coronas más grandes en comparación con los molares contiguos, sucede de forma similar en sus raíces, las cuales se pueden presentar múltiples y fusionadas, lo que lo hace impredecible y requiere de estudios radiográficos.¹²

Los terceros molares, tienen aspectos positivos y negativos. en lo que respecta al lado positivo, se utilizan para remplazar un primer o segundo molar perdido o se le puede utilizar como pilar de puente; del lado negativo retienen alimentos, presentan problemas de erupción y provocan dolor, lo que para el paciente constituye el temor de una operación dolorosa a finales de la adolescencia, así como sus efectos sobre los dientes anteriores debido al movimiento mesial,¹³ lo que ha conllevado a estudiar su relación con las maloclusiones.

El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción y presenta un gran abanico de manifestaciones clínicas. Entre los diferentes inconvenientes desde el punto de vista clínico se encuentran: la pericoronaritis, la periodontitis, la caries dental, la reabsorción de las raíces de los



segundos molares inferiores; el trismo, la formación de quistes dentígenos; el desbalance oclusal y disfunciones en la Articulación Temporomandibular (ATM).^{14, 15}

Se establece de esta manera la necesidad que el estomatólogo conozca la frecuencia y las características de cada una de estas complicaciones, en la práctica dental de rutina, los terceros molares representan el motivo de consulta por la que muchas personas asisten a la Consulta Estomatológica, en busca de una solución al problema. Esto evidencia la necesidad imperiosa de conocer, para poder diagnosticar y planificar un tratamiento adecuado y personalizado, para cada una de las complicaciones asociadas. Es por eso que el objetivo del presente trabajo es explicar las posibles complicaciones de la erupción del tercer molar.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo comprendido entre diciembre del 2022 y julio del 2023; donde fueron utilizadas las principales bases de datos de Internet: LIS, Medline, Cochrane, Lilacs, SeCiMed, SciELO, PubMed, EBSCO y Scopus con los descriptores: erupción dental, complicaciones de la erupción dental, terceros molares, complicaciones de los terceros molares. Se encontraron 67 artículos científicos tanto en idioma inglés como en español, entre ellos revisiones bibliográficas, artículos originales, tesis y presentaciones de casos. A través de un trabajo de mesa se seleccionaron 39 referencias bibliográficas. Se consultaron además libros de texto y bibliografía básica. Se excluyeron aquellos que no dispusieron de texto completo, así como las monografías.

DESARROLLO

Antecedentes históricos y epidemiológicos

La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta, por ese motivo se le denomina “muela del juicio”, “molar de la cordura” o “cordal”; cuyo nombre es atribuido a Hieronimus Cardus. La edad media de erupción de los terceros molares, en los varones es de 19.9 años y de 20.4 años, en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de dos años.¹⁶

Los accidentes por erupción de los terceros molares son conocidos en la antigüedad. Un autor¹⁶ en su libro, “La verdadera anatomía de los dientes”, publicado en el año 1580, relata las particularidades de la erupción de los terceros molares, en la edad de la prudencia y la discreción. En el siglo XIX se insiste sobre uno de los caracteres que les daban importancia clínica a los terceros molares: la falta de espacio.

Clasificación

Los problemas originados por el tercer molar, son variados y de intensidad distinta; se producen cuadros clínicos, desde un proceso local de escasa importancia; como la caries dental, hasta estados más graves como la producción de una grave infección del suelo de la boca.¹⁷

Las complicaciones más comunes en terceros molares se clasifican en directas: lesiones alveolares, abscesos, quistes y lesiones periodontales, indirectas: procesos inflamatorios, parestesias, hiperestesia y edema.^{18, 19} También se suele clasificar en: infecciosas, mecánicas, nerviosas, neuromusculares, mucosas, traumatológicas y tumorales.²⁰

Complicaciones infecciosas

Pericoronaritis

Los terceros molares son determinantes para la aparición de diversos problemas y síntomas. El de mayor incidencia es la pericoronaritis, en especial en los terceros molares mandibulares, cuya parte distal a menudo está recubierta por el capuchón pericoronario y permite el acúmulo de las bacterias anaerobias.²¹

La pericoronaritis, según el Glosario Estomatológico Cubano es: la inflamación del tejido mucoso que cubre la corona de los terceros molares que no pueden brotar o que lo hacen con dificultad y que puede producir infección secundaria, dolor intenso, la imposibilidad para la masticación y deglución de los alimentos.²²

Estudios realizados en Chile,²³ sobre la prevalencia de la pericoronaritis, arrojan que los pacientes tienen como edad promedio, 24 años y se obtiene un 4.7 % de prevalencia. El cuadro clínico de este problema infeccioso, en la fase aguda incluye: edema, dolor local, halitosis; limitación de la apertura bucal y la posible extensión de la inflamación a los músculos de la masticación. En ocasiones, se puede convertir de un proceso localizado a un cuadro de osteítis, más generalizado o de celulitis, en los tejidos blandos, algunas veces evoluciona y origina abscesos alveolares o faciales cervicales.

Se considera que es la pericoronaritis el proceso infeccioso e inflamatorio que se observa con frecuencia, en las Consultas Estomatológicas de urgencia, causan malestar y preocupación en la población, quienes consideran que todos sus males se deben a “la salida de los cordales” y solicitan con premura su extracción en busca del alivio. No obstante, este no debe tratarse a la ligera, por su etiología, no siempre se realiza la



exéresis, en la atención primaria de salud y requiere su remisión al segundo nivel de atención.

Celulitis

La propagación de la infección peri coronaria al tejido celular de las regiones cervicofaciales, es responsable de un gran número de abscesos que si no son tratados de forma adecuada, derivan en celulitis, esta en la clínica, se caracteriza por una tumefacción que abarca más de un espacio aponeurótico.¹⁷

La celulitis facial odontógena, asociada al tercer molar, se observa con más frecuencia, luego de la extracción dental o como complicación posquirúrgica. Se conoce que después de la exéresis del tercer molar, suele existir cierto grado de tumefacción y dolor que se considera normal, sin embargo, pueden aparecer otros signos inflamatorios agudos que hacen que se instalen estos cuadros clínicos.¹⁷

Estudios¹⁷ realizados en Cuba, muestran que en Nueva Gerona, Isla de la Juventud, se obtiene que el hueso mandibular es el más afectado por la celulitis, debido a la presencia de los terceros molares retenidos, lo que la hacen más proclive de la aparición de complicaciones posoperatorias, se necesita, en estos casos, mayor observación y cuidado en la recuperación de estos pacientes. De igual forma en La Habana, se encuentra que la complicación más frecuente es el dolor mantenido, asociada en algunos casos a la celulitis postquirúrgica.

Caries dental

La presencia de caries, en un tercer molar es un factor a considerar, la retención de alimentos y el cúmulo de placa, propician la formación de caries. En la mayoría de los casos, su restauración es imposible, se indica exodoncia del cordal, sin esperar a que la caries afecte a la pulpa y se produzca un absceso o se desarrolle una infección periapical. También es frecuente que debido a la cavidad enfermiza de la caries, la resistencia de la corona disminuya y sea más complicado el procedimiento quirúrgico.²⁴

La destrucción del diente vecino, por caries, a causa de terceros molares horizontales y mesioangulares, puede acarrear la pérdida del diente adyacente. La caries, en el segundo molar mandibular prevalece entre un 7 y 32 %, esto se debe a la presencia del tercer molar que no ha erupcionado en su totalidad.²⁴

En estudios¹⁵ realizados en Tanzania, se revela que el 45.2 % de los pacientes con terceros molares mandibulares impactados, tienen lesiones cariosas en el diente vecino o en ambos. Por otra parte, en China, se

determina que la prevalencia de caries distal está dada en un 10 % y en Pakistán, se corrobora la incidencia de caries distal cervical, con un 51 %.

Se considera que a pesar de ser estudiada la caries dental y su componente multifactorial, muchas veces pasa por alto, su relación con la impactación de un tercer molar y resulta difícil desde la clínica detectar la caries, por lo que requiere de estudios radiográficos al alcance de la mano, para corroborar el diagnóstico y arrojar nuevos elementos que no son detectados a simple vista e implica el entrenamiento del profesional, en un buen interrogatorio y aplicación del método clínico.

Complicaciones tumorales

La inclusión del tejido epitelial que rodea al molar es oncológica, puede provocar desde pequeños quistes, hasta ameloblastomas y tumores malignos de maxilar. Las lesiones quísticas, constituyen una de las afecciones más frecuentes asociadas a este. A partir de los diversos procesos infecciosos, periodontales o disgenéticos que pueden tener lugar en torno a un tercer molar, se originan a veces, lesiones de tipo tumoral que complican y agravan el pronóstico de un simple tercer molar incluido. Estos son desde Granulomas marginales, Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ), Ameloblastomas, tumores malignos, hasta Osteítis hiperplásica.²⁵

Quiste dentígero

Entre las complicaciones tumorales, se encuentra la formación del quiste dentígero o folicular, el más común de los odontogénicos del desarrollo, se localiza en los terceros molares inferiores. Algunos autores, plantean que suele ser asintomático, se forma por degeneración quística, alrededor de una corona semiformada o formada; pero que no ha hecho erupción, se deriva de restos de la lámina dentaria y predomina en adolescentes varones.²⁵

Los quistes son cavidades que pueden aparecer tanto en los tejidos duros como blandos, con tendencia a la forma redondeada, constituida por una pared externa de tejido conectivo fibroso denso de fibras de colágeno, dispuestas de forma concéntrica. La cavidad quística contiene un material líquido o semilíquido de color cetrino.²⁶

Por su imagen radiográfica, recuerdan a un odontoma compuesto o complejo y generan expansión ósea y asimetría facial. También se acompañan de dolor y desplazar piezas dentarias, así como que ocasionan perforación de la cortical ósea.²⁷



En Cuba, las lesiones quísticas asociadas al tercer molar son de baja frecuencia, debido a que existen mayor cantidad de Servicios Estomatológicos y de Cirugía Maxilofacial, se realizan los diagnósticos y tratamiento de estas afecciones bucales con mayor prontitud, se prevé así, las formaciones de quistes.

Tumor odontogénico queratoquístico o queratoquiste odontogénico

También conocido como tumor odontogénico quístico queratinizante, según las últimas clasificaciones internacionales, surgen a partir del saco folicular del diente impactado, responsable de la formación de la corona dental, puede retener líquido y degenerar en un tumor benigno.²⁸

Cuando los terceros molares, están retenidos en una posición anómala y quedan incluidas dentro del hueso, el paciente puede pensar que nunca le salieron, sin embargo, suele ser un hallazgo radiográfico y su identificación requiere en un futuro, cirugías mayores.²⁸

La bibliografía afirma que el 44 % de los quistes odontógenos, son queratoquistes, estos se detectan entre la segunda a la cuarta décadas. En su inicio suelen ser asintomáticos y al aumentar su tamaño producen abultamiento, molestias y dolor, en la radiografía, se presenta una imagen radiolúcida unilocular bien limitada de bordes festoneados que recidiva en más del 30 % presenta comportamiento neoplásico.²⁸

Ameloblastoma

Es un tumor benigno del epitelio odontogénico, caracterizado por su comportamiento invasor y recidivante. Las manifestaciones clínicas se evidencian con mayor frecuencia entre la cuarta y sexta década de la vida, es la tercera y más comprometida; transcurre de forma asintomática y aparece como un aumento de volumen en la mandíbula. El 70 % de estas neoplasias aparecen en la región molar, posee una apariencia radiográfica “en pompas de jabón” no patognomónica y está asociada a un diente retenido.²⁸

Complicaciones mecánicas

Ocurre ante la marcada inclinación hacia lingual de la corona de los segundos molares mandibulares, debido a que el tercer molar mandibular ejerce un obstáculo al enderezamiento fisiológico que se produce en los segundos molares tras su erupción.

Apiñamiento

El apiñamiento dentario es considerado una de las maloclusiones más frecuentes en el ser humano, se

define como la desarmonía entre el tamaño de los dientes y el espacio disponible para ellos.²⁹

Constituye una maloclusión que tiene repercusión en la estética, la función masticatoria, el estado psicológico y la salud periodontal del paciente. Entre las múltiples causas asociadas a su aparición, se pueden citar la discrepancia hueso-diente, la genética, la herencia, la rotación mandibular, la disminución de la distancia intercanina, la disminución del perímetro del arco, el desarrollo y brote de los terceros molares.³⁰

La influencia del tercer molar en el apiñamiento, está dada por la generación de una fuerza anterior o movimiento mesial de los dientes posteriores, esto trae como consecuencia el apiñamiento de los incisivos inferiores, sin embargo, esta fuerza mesial no puede ser detectada con facilidad. En la actualidad no existe consenso con respecto a la influencia de estos molares y el desarrollo del apiñamiento anteroinferior.^{31, 32}

A pesar de los criterios contradictorios entre las especialidades de Ortodoncia y Cirugía, ambas con sus argumentos y evidencias a lo largo de los años, la presente investigación es de la opinión de que la influencia certera de los terceros molares sobre las maloclusiones, en la práctica estomatológica es común observar movimientos dentarios que dan al traste con el apiñamiento durante la erupción de los cordales, debido a la fuerza masticatoria que ejercen.

Reabsorción Radicular

Es ocasionada por presiones prolongadas y mantenidas sobre la raíz. La reabsorción radicular es de origen multifactorial y puede tener una influencia genética muy marcada. Es una alteración que se considera ocasional y que en la actualidad se supone como un problema frecuente y alarmante, dada la mortalidad dentaria a la que conlleva. Es destacable que en uno de cada 12 casos, con reabsorción radicular se produzca por impactación dentaria. Los terceros molares en proceso de erupción con disposición horizontal o mesioangular pueden producir reabsorción radicular del segundo molar.¹⁴

Complicaciones neuromusculares

Trismo

Es una de las consecuencias más angustiantes a las que se ve expuesta la población con relación a los terceros molares. Se considera como un síntoma común, caracterizado por la limitación para la apertura bucal, debido a la contracción de los músculos masticatorios.³³ Presenta gran variedad etiológica: tensión nerviosa, problemas neurológicos, complicación posquirúrgica



del tercer molar etc. Es una contracción constante e involuntaria, esto afecta la calidad de vida de los pacientes.

También puede limitar o impedir el examen médico o los tratamientos que requieren el acceso a la cavidad oral, además de presentarse ante cirugías bucales de duración prolongada. Esta afección impide que la apertura bucal, alcance sus valores normales que suelen ser entre 40 y 50 mm.³⁴

Desde el punto de vista profesional, el trismo es combatido con la indicación de mioterapia y ejercicios de apertura y cierre bucal, estos surten efecto y permiten que no disminuya la apertura a pesar de la contracción de la musculatura oral y la hipofunción a la que los pacientes los someten durante los periodos de intenso dolor asociados al tercer molar.

Articulación temporomandibular

La presión ejercida sobre los segundos molares, puede provocar dolores severos y descompensación en las fuerzas de la masticación, lo que ocasiona mal funcionamiento y dolor en la Articulación Temporomandibular (ATM), esto después de un tiempo variable, el desequilibrio de la articulación dentaria que provoca la evolución de estos terceros molares, repercute sobre la articulación y origina fenómenos artrósicos o de disfunción, en el sentido de algias o chasquidos e incluso dolores irradiados.³⁵

En toda persona joven que se consulte por molestias en la articulación que se traducen por dolores y chasquidos al abrir y cerrar la boca, se considera la posibilidad de que se encuentre un tercer molar en erupción.

Dolor

Dentro de los síntomas subjetivos que presentan los pacientes, se encuentra el dolor, su presencia señala que se halla ante un proceso agudo y es la causa más frecuente, por la cual estos pacientes, acuden a la consulta de urgencias. Es intermitente o continuo, restringido en la zona de la pieza, agudo e irradiado a toda la hemiarcada superior e inferior, región auricular y retroauricular o a cualquier parte del territorio, inervado por el nervio trigémino.³³

Complicaciones traumatológicas y mucosas

Son provocados por la corona del diente, enclavado sobre la mucosa lingual o vestibular y se consideran como accidentes mucosos a las ulceraciones y lesiones hiperqueratósicas, producidas por los decúbitos. Estas úlceras crónicas, generadas por el microtrauma

repetido, es el origen de displasias epiteliales de mayor o menor gravedad que pueden degenerar un carcinoma "in situ".³⁶

El tercer molar, en su intento por erupcionar causa un accidente que le es patognomónico, la úlcera traumática crónica del carrillo. Cuando el tercer molar superior, efectúa su movimiento eruptivo hacia la zona vestibular, presenta una vestibuloversión, pone en contacto su cara triturante con la mucosa del carrillo y da origen a una úlcera, la cual genera dolor y se acompaña de ganglios linfáticos infartados, repercute, en el estado general del individuo. El proceso no finaliza hasta que no se realiza la extracción del molar o se suprime el factor traumático que significan sus cúspides. Se alivia cuando se desgasta con una piedra diamantada.³⁶

La erupción del tercer molar, provoca lisis ósea, en la región alveolar distal del segundo molar. Los terceros molares mandibulares incluidos, condicionan una zona de debilidad ósea a nivel del ángulo mandibular, esto aumenta la posibilidad de fracturas y atrógenas o traumáticas. El cordal inferior, incluido atenúa el ángulo de la mandíbula, se induce que las fracturas ya sean traumáticas o iatrogenas son habituales en este nivel.³⁷

Complicaciones nerviosas

Los terceros molares inferiores se encuentran inmersos en una auténtica zona de encrucijada anatómica, en íntima relación con importantes plexos vasculares y nerviosos y con una destacada presencia de terminaciones del sistema nervioso vegetativo autónomo, lo que justifica que puedan observarse fenómenos nerviosos o vasomotores, con relación al proceso eruptivo de estos dientes. Su aparición, se produce de manera más marcada en sujetos con una pericoronaritis crónica o un granuloma marginal. Aparecen en forma de alteraciones sensitivas, algias, cefalalgias o motoras (parálisis faciales).³⁸

El nervio dentario inferior tiene una estrecha relación anatómica con el cordal inferior, en el ángulo de la mandíbula, crea un riesgo elevado de lesión irreversible o reversible. En la exodoncia de cordales inferiores, hay una posibilidad alta de una afección directa al nervio, esto se debe a una aproximación del conducto dentario. Cuando la pieza dental está en una posición horizontal, existe más riesgo de producir una lesión.³⁸

La técnica anestésica local, que es habitual en estomatología, se considera otro factor para la lesión de este nervio, debido a la aguja que se punza en el bloqueo del tronco nervioso.³⁹

El nervio lingual se encuentra en la cara lingual de la mandíbula, en el área de la almohadilla retroalveolar. Este llega a traumatizarse en el momento de la extracción de los cordales inferiores, debido a que sus raíces se encuentran próximas a este nervio, provoca una parestesia en el área de la V lingual. La lesión del nervio induce a un malogro sensorial del tacto, dolor, temperatura y propiocepción, de manera que depende del desabrimiento de la lesión, para el tiempo de recuperación.

CONCLUSIONES

Es importante que los estomatólogos conozcan sobre las complicaciones de la erupción y en especial aquellas relacionadas con el tercer molar, porque son infecciosas, la más frecuente de ellas es la pericoronaritis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Muñoz KS, Girón Tumay T, Santamaria Fontecha M, Cárdenas Garavito YH. Diseño de estrategia educativa en salud bucal dirigida a padres y cuidadores de niños en edad escolar [Tesis] Bogotá: Universidad Antonio Nariño; 2021 [citado 23 de diciembre del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/>
2. Enríquez Méndez S, Vargas Chávez L, Palacios Vivar D. Tercer molar retenido un problema de salud pública: análisis antes y durante la pandemia del covid-19. Rev. Odontología Activa [Internet]. 2022 [citado 20 de diciembre del 2022]; 7(1):51-55. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ce/index.php/oactiva/article/view/744>
3. Guerrero Córdova BR, González Cardona Y, Romero Fernández AJ. Estudio radiográfico de terceros molares inferiores retenidos en Cantón Quero [Tesis] Ambato: Universidad Regional Autónoma Ecuatoriana de los Andes UNIANDES; 2022 [citado 1 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15634?mode=full>
4. Staderini E, Patini R, Guglielmi F, Camodeca A, Gallenzi P. How to manage impacted third molars: Germectomy or delayed removal? A systematic literature review. Rev. Med (Lithuania) [Internet]. 2019 [citado 13 de marzo del 2023]; 55(3):1-14. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332016058_How_to_manage_impacted_third_molars_Germectomy_or_delayed_removal_A_systematic_literature_review
5. Leal Rodríguez MI, Vinardell Almira LM, Serrano García L. Intervención educativa "Aprendo a sonreír" sobre salud bucal en escolares de primaria. Congreso Virtual Internacional Estomatología 2020 [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://estomatovision2021.sld.cu/index.php/estomatovision/2021/paper/view/124/223>
6. Chiego D. Principios de histología y embriología bucal. 4ta ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2014 pág. 312
7. Rivera Herrera RS, Esparza Villalpando V, Bermeo Escalona JR, Martínez Rider R, Pozos Guillén A. Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos. Gaceta Med Mex [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero del 2023]; 156(1):22-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338921080_Analisis_de_concordancia_de_tres_clasificaciones_de_terceros_molares_mandibulares_retenidos
8. González Espangler L. Características anatomorradiográficas de los terceros molares en adolescentes de la enseñanza preuniversitaria. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 19 de abril del 2023]; 56(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200005
9. Arencibia Ramos LM, González Docando YE, Torres Gárriz LI. Terceros molares no erupcionados en pacientes de 16 a 25 años. II Jornada Virtual Internacional y XI Presencial de Medicina Familiar [Internet]. 2023 [citado 12 de julio del 2023]. Disponible en: <https://mefavila.sld.cu/index.php/MefAvila2023/2023/paper/viewFile/708/552>
10. Martínez Gómez N, Díaz Díaz D, Guerra Cobian O, Pérez Díaz A, Guilian Carrión M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev hab cienc méd [Internet]. 2013 [citado 13 de junio 2023]; 12(3). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/196/148>
11. Mena Alencastro SA, Rockenbach Binz MC. Complicaciones en las extracciones de terceros molares mandibulares incluídas, retenidas e impactadas. Revisión de la literatura. Odontol Vital [Internet]. 2023 [citado 29 de julio del 2023]; 38(1):17-25. Disponible en: <https://revistas.ulatina.ac.cr/index.php/odontologiavital/article/view/497>
12. Bonilla Brito FT, Sánchez Sánchez RJ. Uso de la clasificación de Pell y Gregory en el diagnóstico radiográfico de terceros molares [Tesis] Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo de Ecuador; 2023 [citado 19 de enero del 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10809>
13. Redondo Figueredo CG, Galdó Muñoz G, García Fuentes M. Atención al adolescente. Santander: Editorial Publican; 2016 pág. 178-179
14. Buñay Buñay AC, Sigcho Romero CR. Incidencia de caries distal cervical en piezas 37 y 47 por la impactación de los terceros molares inferiores

- [Tesis] Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo de Ecuador; 2019 [citado 19 de mayo del 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5583>
15. Díaz Pérez CA, Martínez Rodríguez M, Valdés Domech H, Díaz Martínez MC. Caracterización de terceros molares inferiores incluidos. Portoviejo 2017-2019. Rev. San Gregorio [Internet]. 2020 [citado 11 de julio del 2023]; 39:42-58. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2528-79972020000200042
 16. Del Puerto Horta M, Casas Insua L, Cañete Villafranca R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [citado 16 de junio del 2023]; 36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008
 17. Sauz Ayala N. Complicaciones ocasionadas por el proceso de erupción de terceros molares en pacientes jóvenes del centro de salud Carlos Showing Ferrari [Tesis] Huánuco: Universidad de Huánuco del Perú; 2017 [citado 5 de enero del 2023]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/386>
 18. Moreira Zevallos P, Barona Terán J. Características de los terceros molares inferiores impactados observados por medios radiográficos. Rev. Cient Espec Odontol UG [Internet]. 2021 [citado 2 de enero del 2023]; 1(2). Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/16>
 19. Poblete F, Dallaserra M, Yanine N, Araya I, Cortés R, Vergara C, Villanueva, J. Incidencia de complicaciones post quirúrgicas en cirugía bucal. Inter J Interd Dent [Internet]. 2020 [citado 6 de abril del 2023]; 13(1):13-16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-558820200001000013
 20. Fundora Moreno DA, Rodríguez Corbo AA, Corbo Rodríguez MT, Labrador Falero DM. Caracterización de pacientes intervenidos por retención dentaria en Pinar del Río, 2017-2018. Inmedsur [Internet]. 2020 [citado 15 de noviembre del 2019]; 3(1):9-14. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/55>
 21. Peñafiel Macías FX. Frecuencia de pericoronaritis en paciente jóvenes [Tesis] Guayaquil: Universidad Ecuatoriana de Guayaquil; 2020. [citado 8 de enero del 2023]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48414?mode=full>
 22. Arango O. Perfil epidemiológico de la pericoronitis asociado a terceros en Guayas [Tesis] Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2019. [citado 9 de diciembre del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/3317/12254>
 23. Muñoz Smitmans C, Inostroza Alarcón Y, Morego J, Díaz Condal C. Epidemiología y tratamiento de la pericoronaritis aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau de Santiago de Chile. Int. J Odontostomat [Internet]. 2010 [citado 25 de diciembre del 2022]; 4 (3):241-244. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2010000300006&lng=es
 24. Restrepo Rendon LF, Meneses Tamayo F, Vivares Builes AM. Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: estudio retrospectivo. Acta Odontol Colomb [Internet]. 2019 [citado 14 de junio del 2023]; 9(1):37-48. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2159691754/C8723B8B2D564ADAPQ/9>
 25. Fundora Moreno DA, Rodríguez Corbo AA, Corbo Rodríguez MT. Quiste dentígero asociado a tercer molar retenido en el seno maxilar. Rev. Galeno [Internet]. 2020 [citado 13 de junio del 2023]; 16(2):1-8. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/469>
 26. Peralta Ibarra EN, Peña Vega CP, Rueda Jiménez A. Diagnóstico de quiste dentígero en sacos foliculares de terceros molares incluidos. Acta Odontol Colomb [Internet]. 2020 [citado 3 de julio de 2022]; 10(1):24-36. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2360050517/8E1AB75C06714166PQ/>
 27. Tovío Martínez E, Anaya Guzmán L, RiveraPeñates D. ¿Quiste dentígero o ameloblastoma? Importancia del análisis histológico en el diagnóstico de estas patologías. Rev Cient Odontol (Lima) [Internet]. 2020 [citado 9 de mayo del 2023]; 8(3):e034. Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/download/752/714>
 28. Miranda Tarragó J, Urbizo Vélez J, Delgado Fernández R. Capítulo 14. Quistes y tumores odontogénicos de los maxilares y la mandíbula. En: Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da ed. La Habana: Ecimed; 2010 pág. 421-473
 29. Acuña López LB, Molina Higuer G. Relación entre hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones durante la dentición mixta en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad [Tesis] Pereira: Fundación Universitaria del Área Andina; 2019 [citado 17 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3125600>
 30. Bustillo Arrieta J. Implicación de la erupción de los terceros molares en el apiñamiento anteroinferior severo. Av Odontostomatol [Internet]. 2016 [citado 18 de marzo del 2023]; 32(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000200005
 31. Mirabal García N, Leyva Arango E, Tan Suárez N, Machado-Tan T, Reytor González I, Noval Gómez E. Asociación entre apiñamiento anteroinferior y tercer molar en pacientes de 20 años de edad. Arch Med Camagüey [Internet]. 2023 [citado 21 de julio del

- 2023]; 27:e9356. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9356/4574>
32. Guzmán de Ávila J, Puello del Río E, Acosta Acuña AD, Bermejo Paredes CA. Influencia de los terceros molares en el apiñamiento dental anterior [Tesis] Cartagena de Indias: Universidad Colombiana de Cartagena; 2021 [citado 17 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/12477?locale-attribute=en>
33. García San Segundo Jiménez MM, Miragall Alba L, Puche Torres M, Ontañón Gómez J. Trismus psicossomático: a propósito de un caso. Rev Esp Cir Oral Maxilofac [Internet]. 2019 [citado 9 de marzo del 2023]; 41(2):91-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582019000200008
34. Gutiérrez Vásquez DA, Zavaleta Ballarta YA, Sihuy Torres K. Manejo farmacológico para controlar el dolor y la inflamación por extracciones de terceros molares retenidos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2021 [citado 16 de enero del 2023]; 58(1):e3608. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3608>
35. Moncada R, Martínez J, Merchán S, Barona C, Fernández F. Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el Hospital de Madrid. Avanc Odontoestomat [Internet]. 2009 [citado 23 de enero del 2023]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000100005
36. García FD, Gilligan JM. Estudio epidemiológico de terceros molares superiores retenidos, en relación a la biotipología cráneo-facial, en pacientes dentados de entre 18 y 40 años de edad [Tesis] Córdoba: Universidad Nacional Argentina de Córdoba; 2009 [citado 17 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4954/Garc%C3%ADa%2C%20Daniel%20-%29%28Doctor%20en%20odontolog%C3%ADa%29%20Facultad%20sw%20odontog%C3%ADa%20Universidad%20Nacional%20de%20C%C3%B3rdoba%2C%202009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Oliva AO, Farnés Montpeyó M, Devesa AE, Salas EJ, Obispo CA, Roig AM, et al. Fractura mandibular tardía post exodoncia de molares inferiores. Avanc Odontoestomatol [Internet]. 2019 [citado 25 de enero del 2023]; 35(3):107-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v35n3/0213-1285-odonto-35-3-107.pdf>
38. Juella Lucero JI, Inga Delgado XO. Lesión del nervio dentario inferior durante el tratamiento quirúrgico del tercer molar inferior [Tesis] Azogues: Universidad católica de Cuenca; 2021 [citado 18 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11705>
39. Anas A, Mohamed A, Anta A. Tratamiento de lesiones del nervio dentario inferior: revisión sistemática y propuesta de un modelo microquirúrgico con xeno injerto y láser de bajo nivel [Tesis] Lima: Universidad Autónoma de Perú; 2020. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10819/55913/TFG_Anas_Ahmed.pdf?sequen

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

RMD: conceptualización, conducción del proceso de investigación, administración del proyecto, visualización, redacción (borrador original, revisión y edición).

LCCB: conceptualización, metodología, supervisión, visualización, redacción (borrador original, revisión y edición).

PPS: conceptualización, metodología, recursos informáticos, supervisión, visualización.

FLCD: conceptualización, supervisión, visualización (traducción)

JCGH: recursos informáticos, redacción (borrador original, revisión y edición).

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.