

Dientes retenidos de presentación clínica poco frecuente: Kissing Molars.

[Retained teeth of uncommon clinical presentation: Kissing Molars.]

Autoras:

Mg. Pereyra, Liliana [1]

Od. Bértola, Natalia [2]

Fecha de recepción:

01/10/2018

Fecha de aprobación:

27/11/2018

[1] Magister en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial (UNLP).

Cirujana de Planta del Servicio de Odontología del Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero.

Docente de la Cátedra de Cirugía A de la FOLP-UNLP.

Instructora de la Residencia de Odontología del Hospital A. Korn.

[2] Odontóloga de Planta Interina del Servicio de Odontología del Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero.

Dirección de Contacto:

Servicio de Odontología General del Hospital

Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero.

Calle 520 y 175 - La Plata (CP:1900)

Buenos Aires - Argentina

Tel: (0221) 4780181 (Interno 293)

E-mail: pereyrali@hotmail.com

E-mail: nataliabertola2@gmail.com

Pereyra, L; Bértola, N. Kissing molar:

Presentación de dos casos clínicos. Rev. Soc.

Odontol. La Plata, 2018; XXVIII(56):33-37

RESUMEN

En el siguiente trabajo se presentan dos casos clínicos de retención dentaria compleja y sus respectivos protocolos quirúrgicos. Realizando una revisión de la literatura mundial estos casos son descritos como "Kissing Molars". El primero de los casos corresponde a una mujer de 17 años que presentaba retención de las piezas dentarias 47 y 48 con sus caras oclusales contactando en íntima relación. El segundo caso clínico corresponde a una mujer de 24 años que presentaba retención dentaria "Kissing Molars", pero en este caso incluye tercer y cuarto molar inferior derecho. En ambos casos, tras un estudio exhaustivo y diagnóstico preciso, se realizaron los procedimientos quirúrgicos correspondientes.

PALABRAS CLAVE

Diente impactado; Procedimientos quirúrgicos orales; Incidencia.

SUMMARY

In this workshop, two clinic cases of complex teeth retention are presented and its surgery records. Doing a review in worldwide literature, these facts are described as "Kissing Molars". The first one belongs to a 17 year-old woman who showed 47 and 48 dental pieces retention with occlusal faces touching. The second clinic case belongs to a 24 year-old woman who presented "Kissing Molars", but in this one third and fourth right lower molar is included. In both cases, after an comprehensive study and accurate diagnosis, surgical protocols were done.

KEY WORDS

Tooth, impact; Oral surgical procedures; Incidence.

INTRODUCCIÓN

Los molares permanentes incluidos cuyas superficies oclusales contactan existiendo un espacio folicular entre ambos y presentando sus raíces en direcciones opuestas se definen como "Kissing Molars". Es una entidad extremadamente poco frecuente con casos muy limitados en la literatura siendo difícil encontrar un protocolo de tratamiento. Esta entidad es un hallazgo radiográfico y en el 93.2 % se presenta sin patología asociada.

El término "besando molares" o "roseta formación" fue descrito por primera vez en 1973 por Van Hoof, haciendo referencia al contacto de las superficies oclusales del 2° y 3° molares mandibulares impactados.

Sin embargo, este término también ha sido usado para describir casos similares con otros molares impactados. En los casos clínicos presentados, el primero corresponde a la descripción hecha por Van Hoof y el segundo caso, aun más infrecuente, es el descrito por Robinson que corresponde a la retención de 3° y 4° molar inferior. Siendo

así, se los podría clasificar de la siguiente manera: formación de rosetas de primero y segundo molares inferiores (clase I), rosetas de segundo y tercer molar inferior (Clase II), y formación de rosetas de los molares tercero y cuarto inferiores (Clase III).

CASO CLÍNICO Nº 1

Se presenta al Servicio de odontología del HIEGAYC Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero, La Plata, una mujer de 17 años de edad para realizarse tratamiento odontológico integral. Se le indica una radiografía panorámica ya que la misma presentaba ausencia de la pieza 47 a la inspección clínica. A excepción de los cuatro terceros molares y el segundo molar inferior derecho, todas las piezas se encontraban erupcionadas. La paciente no refería sintomatología alguna pero durante la anamnesis nos relata que su hermano fue tratado quirúrgicamente por un quiste dentígero en la pieza dentaria retenida 38, pero que además se hallaba incluida la pieza dentaria 37. Al examen radiográfico (Fig. 1 y 2) se corrobora la reten-

ción de las piezas dentarias 18, 28, 38, 47 y 48, éstas últimas con sus caras oclusales en contacto y sus raíces en dirección opuesta. No se aprecia una relación íntima con el conducto dentario inferior. Se decide programar el abordaje quirúrgico de ambas piezas dentarias. El mismo se realizó, con protocolo medicamentoso 24 hs antes de amoxicilina 875 mg c/12 hs, dexametasona 8 mg intramuscular 2 hs previas al procedimiento quirúrgico, bajo anestesia local, se levanta un colgajo mucoperiostico lineal incluyendo la pieza dentaria 46 con descarga mesial (Fig. 3) y se practica ostectomía con fresas de carburo de tungsteno n° 8. Se decide la extracción de la pieza dentaria 48 primero con odontosección coronal (Fig. 4) y luego se realiza la extracción de la pieza dentaria 47 (Fig. 5 y 6). La lodge quirúrgica se irriga cuidadosamente con solución fisiológica (Fig. 7) y se sutura con seda atraumática 4/0 de nylon (Fig. 8). Se continúa con protocolo antibiótico y se indica antiinflamatorio de flurbiprofeno 100 mg c/ 12 hs. Se realiza control a las 24 horas y 7 días posteriores se realiza el retiro de sutura.



Fig. 1: Imagen radiográfica periapical pd 47 y 48.



Fig. 2: Imagen radiográfica panorámica evidenciando retenciones dentarias de las pd 18, 28, 38, 47 y 48.

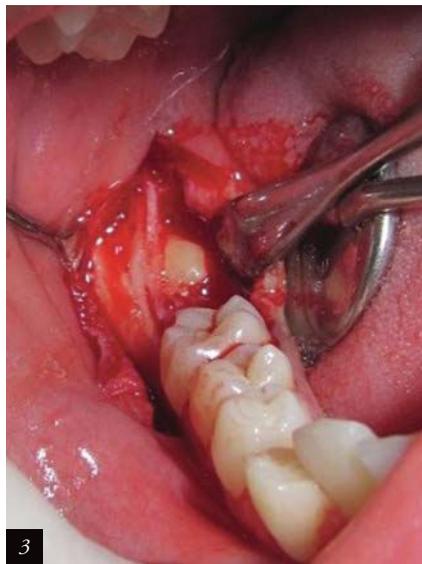


Fig. 3: *Legrado de colgajo mucoperiostico.*



Fig. 4: *Exodoncia de pd 48.*



Fig. 5: *Ostectomía para pd 47.*



Fig. 6: *Exodoncia de pd 47.*



Fig. 7: *Elementos dentarios extraídos.*



Fig. 8: *Sutura a puntos independientes con hilo de nylon 4/0.*

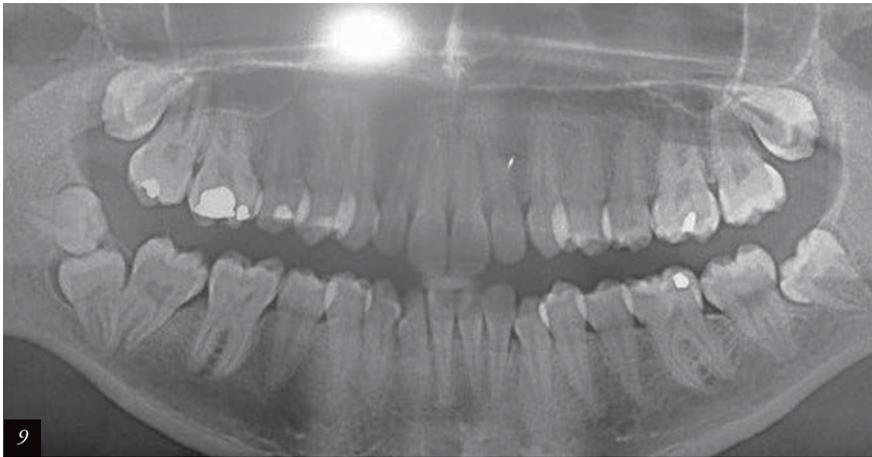


Fig. 9: Imagen radiográfica panorámica evidenciando retenciones dentarias de pd 18, 28, 48 y 49.



Fig. 10: Ostectomía para liberación de pd 48 y 49.

CASO CLÍNICO N° 2

Se presenta al Servicio de Odontología del Hospital Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero, La Plata, una paciente de 24 años de edad para realizarse la extracción de los terceros molares retenidos. Se indica una ortopantomografía (Fig. 9) y como hallazgo radiográfico se pueden observar, no sólo los cuatro terceros molares retenidos, sino que a nivel del cuadrante inferior derecho también se presenta un cuarto molar en íntima relación con la cara oclusal del 48 (distoangulado) y en un mismo espacio folicular. Por la magnitud de la presentación por la posición por el compromiso de cercanía al ángulo mandibular debilitamiento de la zona de la basal y riesgo se decide realizar el procedimiento quirúrgico en quirófano bajo anestesia general y con intubación nasotraqueal. Se realiza la extracción de los demás molares retenidos y el abordaje del “Kissing Molars”. Una vez anestesiada y entubada la paciente, se realiza primero el abordaje de las piezas 18, 28 y 38 y luego del 48 y 49. Se realiza una incisión lineal con sindesmotomía con bisturí de las piezas 47 y 46, descarga por mesial de esta última y se levanta un colgajo mucoperiostico. Se practica ostectomía con fresas de carburo de tungsteno n°8 a baja velocidad y abundante irrigación (Fig. 10), se luxa primero

la pieza dentaria 49 y luego la pieza dentaria 48 (Fig. 11). Se irriga el lecho quirúrgico cuidadosamente debido a la cercanía de los elementos dentarios con el nervio dentario inferior y se realiza sutura atraumática con hilo 4/0 de nylon (Fig. 12). Se prescribe tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. Se realiza control a las 24 horas y 7 días posteriores se realiza el retiro de sutura.

DISCUSIÓN

La etiopatogenia de los “Molares que se besan” sigue siendo desconocida.

Durante el proceso embriológico de los dientes pueden ocurrir disturbios que afectan a los órganos dentarios, siendo una de estas alteraciones la hiperdoncia (supernumerarios).

Para Cabrini la aparición de estos dientes adicionales se debe a la proliferación terminal horizontal de la lámina dental o restos de la misma o de láminas accesorias que se desarrollan durante las primeras fases de la formación de los dientes.

Primosch sostiene que la hiperdoncia es causada por la hiperactividad de la lámina dental. (Tendencia familiar).

Gardiner dice que la hiperdoncia puede ser también explicada como una dicotomía (esquizodoncia) de los gérmenes dentarios.

Para Pindborg el término gemelación

(“twinning”), se aplica al caso en que un germen dentario sufra clivaje, división, o bifurcación completa con formación de un diente supernumerario cuyo aspecto es con frecuencia la imagen en espejo del diente de la serie normal.

Asimismo por factores traumáticos o disturbios evolutivos aparecería la división del folículo dental en dos o más partes, situación a la que denomina escisión del folículo dental. Se ha relacionado en algunos casos los molares en Kiss con mucopolisacaridosis que son un grupo de enfermedades metabólicas hereditarias causadas por la ausencia o el mal funcionamiento de ciertas enzimas necesarias para el procesamiento de glucosaminoglucanos. Estas enzimas en anomalía conducen a la acumulación anormal de mucopolisacáridos en los tejidos del cuerpo. En relación al desarrollo dental puede haber retraso en la erupción además de inclusiones de dientes permanentes e hiperplasia de los folículos dentales (Hall, 1994).

Diversos dientes pueden estar asociados a un único folículo proporcionando una imagen radiográfica en forma de roseta, con la erupción de éstos en la cavidad del folículo. Esta característica únicamente se reporta en casos de MPS (Nakamura et al., 1992). Todavía no se sabe con exactitud el agente causal de tales inclusiones dentales (Dean et



Fig. 11: Pd 18, 28, 38, 48 y 49 extraídas.

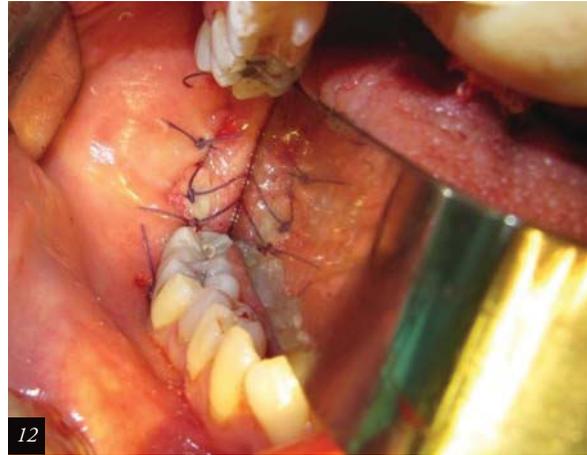


Fig. 12: Sutura atraumática con hilo 4/0 de nylon a puntos independientes.

al., 1979). Se sabe que la erupción dental requiere la presencia de varias enzimas activas en la pared de los folículos dentales (Gorski et al., 1988). Es posible que una deficiencia enzimática en el folículo y en tejidos vecinos sea la responsable de la deficiencia eruptiva (Nakamura et al., 1992). Cawson (1962) identificó una gran cantidad de mucopolisacáridos en los folículos aglomerados, que permite presumir que sea la probable etiología de las inclusiones dentales.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el Síndrome de Gorlin (Gorlin et al., 1990) debido a la presencia de lesiones variadas, de aspecto quístico, en los maxilares y disostosis cleidocraneana por la presencia de varios dientes permanentes y supernumerarios incluidos en los huesos alveolares (Worth, 1963). No obstante, la inclusión múltiple, en forma de roseta, sugiere que se trata de MPS (Nakamura et al., 1992).

CONCLUSIÓN

Los “Molares que se Besan” son un hallazgo radiográfico que se presentan en baja frecuencia en los pacientes que concurren a la consulta. Es fundamental realizar el diagnóstico correcto tanto clínico como radiográfico para evaluar la correcta realización del abordaje quirúrgico. ■

Conflicto de intereses

Los autores niegan tener cualquier conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Van Hoof RF.(1973) Four kissing molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 35: 284.
2. Bakaeen G, Baqain ZH. (2005) Interesting case: Kissing molars. *Br J Oral Maxillofac Surg.*; 43(6): 534.
3. Robinson AJ, Gaffrey W Jr, Soni NN.(1991) Bilateral kissing molars. *O Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 72: 760.
4. Krishnan B. (2008) Kissing molars. *Br Dent J*; 204: 281-282.
5. Juneja M.(2008) Not kissing. *Br Dent J*; 204: 597.
6. McIntyre G. (1997) Kissing molars: An unexpected finding. *Dent Update*; 24: 373-374.
7. Manani A. (1998) Kissing molars: Unexpected finding. *Dent Update*; 25: 219.
8. Boffano P, Gallesio C. (2009) Kissing molars. *J Craniofac Surg*; 20: 1269-1270.
9. Goaz PW, White SC. (1994) *Oral Radiology: Principles and Interpretation*. 3rd ed. St Louis, MO: Mosby Year Book.
10. Sands T, Tocchio C. (1998) Multiple dentigerous cysts in a child. *Oral Health*; 88: 27-29.
11. Maxymiw WG, Wood RE. (1991) Carcinoma arising in a dentigerous cyst: a case report and review of the literature. *J. Oral Maxillof. Surg*; 49: 639-643.
12. Graupman P, Pan D, Konair B, Hartung S, McIvor S, Whitley C, et al. (2004) Craniofacial abnormalities in a murine knockout model of mucopolysaccharidosis I H: a computed tomography and anatomic study. *J. Craniofac. Surg*; 15: 392-398.