

Inclusiones dentarias: revisión de nuestros criterios diagnósticos y terapéuticos

L. M. González Pérez¹

Med Mil (Esp) 1999; 55 (1): 15-18

RESUMEN

Con el término de inclusión dentaria nos referimos a una pieza dentaria que no ha hecho erupción en la arcada mandibular o maxilar pasada la fecha cronológica normal, permaneciendo parcial o totalmente cubierta de hueso o mucosa oral. Se trata de una anomalía frecuente en el desarrollo eruptivo, que afecta predominantemente a los terceros molares y a los caninos y que puede cursar de forma asintomática o produciendo trastornos que hagan preciso su tratamiento. Analizamos nuestra experiencia en el estudio y tratamiento de 121 pacientes con un total de 367 inclusiones dentarias, y valoramos los distintos criterios existentes a la hora de establecer una indicación quirúrgica. El tratamiento de todos los casos fue quirúrgico, realizando la avulsión de la inclusión o inclusiones dentarias y la exéresis de la lesión quística asociada con legrado de la cavidad resultante.

PALABRAS CLAVE: Inclusión dentaria - Pericoronaritis - Quiste folicular - Indicación quirúrgica.

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de un diente incluido nos estamos refiriendo a una pieza que no ha hecho erupción en la arcada dentaria, pasada su fecha cronológica normal, permaneciendo parcial o totalmente cubierta de hueso o mucosa oral. Las inclusiones dentarias constituyen un problema muy frecuente en la población general, llegando a producir una importante saturación de las consultas de cirugía máxilofacial (1, 2).

Todo paciente con una inclusión dentaria puede presentar sintomatología derivada de esta patología en algún momento de su vida. Sin embargo, en un gran número de casos sólo es un hallazgo clínico o radiológico casual en un examen rutinario (3, 4).

El cuadro clínico de las inclusiones dentarias es muy variado, pudiendo observarse signos de infección en forma de pericoronaritis aguda o crónica o, con menor frecuencia, abscesos o celulitis odontogénicas. Es frecuente atribuir a esta patología trastornos de tipo ortodóncico debidos al conflicto de espacio que crea en la mandíbula y maxilar superior la erupción retrasada de estas piezas dentarias. Otro tipo de trastorno poco frecuente es la aparición de lesiones tumorales derivadas del desarrollo de quistes foliculares, o la presencia de cuadros de origen incierto como cefaleas, dolor en grandes articulaciones o placas de alopecia.

La indicación quirúrgica de avulsión o exéresis de un diente incluido es absoluta si existe alguna de las manifestaciones clínicas referidas o si en los estudios radiográficos se observan imágenes quísticas o reabsorción ósea o dentaria. Al contra-

rio, la extracción de una inclusión dentaria asintomática y sin datos radiológicos valorables es de dudoso beneficio para el paciente, pese al gran número de opiniones que puedan existir sobre este tema (5-7).

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo en nuestro medio sobre los pacientes que presentan inclusiones dentarias y que nos son remitidos, así como revisar los criterios diagnósticos y terapéuticos a la luz de los conceptos actuales y de nuestra experiencia clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos un grupo de 121 pacientes (74 hombres y 47 mujeres) del Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital Militar de Sevilla, con un total de 367 inclusiones dentarias: 252 en mandíbula y 115 en maxilar superior. 113 pacientes fueron remitidos por patología del tercer molar y los 8 restantes por caninos incluidos. La edad media de los pacientes fue de 23 años (edad media $23,4 \pm 5,2$). El protocolo de estudio de todos los pacientes incluye los datos mostrados en la tabla 1.

Para este estudio se ha considerado, como diente incluido, a toda aquella pieza dentaria no erupcionada, pasada su fecha normal de erupción, que permanece total o parcialmente en mandíbula o maxilar superior cubierta por hueso o por mucosa oral. Nos referimos a una inclusión heterotópica cuando el diente se halla incluido en una situación alejada de la que ocupa habitualmente.

La mesio y distoangularidad fueron determinadas cuando se observó una divergencia de la superficie oclusal del diente incluido con respecto al plano oclusal de primero y segundo molares de más de 15 grados y menos de 75 grados. Cuando la angulación fue menor a 15 grados se consideró la posición como vertical, y cuando fue superior a 75 como horizontal. Las medidas fueron realizadas con un transportador de ángulos sobre la ortopantomografía de cada paciente.

¹ Comandante de Sanidad (ES). Jefe de Servicio de Cirugía Máxilofacial. Hospital Militar de Sevilla.

Dirección para la correspondencia: Dr. Luis Miguel González Pérez. Servicio de Cirugía Máxilofacial. Hospital Militar de Sevilla. Avenida de Jerez, s/n. 41013 Sevilla.

Recibido: 11 de enero de 1999.

Aceptado: 7 de abril de 1999.

Tabla 1. Protocolo de estudio de pacientes con inclusiones dentarias

1. Sintomatología
1.1. Dolor
1.1.1. Localizado
1.1.2. Irradiado
1.1.2.1. ATM
1.1.2.2. Faringe
1.1.2.3. Ojo
1.1.2.4. Cervical
1.1.2.5. Cefálica
1.2. Trismus
1.3. Adenopatía
1.4. Pericoronaritis
1.5. Caries
1.6. Estomatitis
1.7. Celulitis
1.7.1. Aguda
1.7.2. Crónica
1.8. Fístula
1.9. Lesiones cancerizables
1.10. Otras.
2. Medicación preoperatoria:
2.1. Antibióticos
2.2. Antiinflamatorios
2.3. Motivo
2.4. Efectividad
3. Técnica quirúrgica:
3.1. Avulsión simple
3.2. Incisión y colgajo mucoperióstico
3.3. Osteotomía
3.4. Odontosección
3.5. Quistectomía
3.6. Sutura
4. Medicación postoperatoria:
4.1. Antibióticos
4.2. Antiinflamatorios
4.3. Analgésicos
5. Control postoperatorio:
5.1. Dolor
5.2. Inflamación
5.3. Hematoma
5.4. Trismus
6. Juicio del paciente del postoperatorio:
6.1. Predomina dolor
6.2. Predomina inflamación
7. Complicaciones:
7.1. Dehiscencia de sutura
7.5. Fractura
7.2. Alveolitis
7.6. Absceso tardío
7.3. Lesión nerviosa
7.7. Accidentes migratorios
7.4. Hemorragia
7.8. Persistencia de hematoma

Las características del grado de inclusión de las piezas no erupcionadas y parcialmente erupcionadas fueron clasificadas en tres niveles como situada en tejidos blandos (en el caso de piezas dentarias recubiertas por un capuchón mucoso), parcialmente incluida en hueso (cuando en alguna zona el diente no estaba cubierto por hueso) y completamente incluida en hueso (cuando se observó tejido óseo rodeando todas las caras del diente).

La presencia de quistes foliculares se consideró cuando apareció una imagen quística de 3 mm o más de diámetro en relación con la corona de la inclusión dentaria. La valoración del tamaño de estas lesiones asociadas se realizó a partir de la ortopantomografía y las radiografías retroalveolares de cada paciente.

El tratamiento de la totalidad de los casos fue quirúrgico y consistió en la avulsión de la inclusión o inclusiones dentarias y, en su caso, la exéresis de la lesión quística adyacente con legrado de la cavidad resultante. En todos los casos en que se realizó quistectomía se remitió material para descartar atipias celulares en el estudio histopatológico.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio están basados en la información recogida en 121 pacientes para el tratamiento de 367 inclusiones dentarias y quedan reflejados en las tablas 2 a 6.

Sesenta y cinco pacientes (54% de los casos) se consideraron candidatos a la avulsión de los cuatro terceros molares. En 27 pacientes (22%) se intervino de la inclusión de tres terceros molares, y en 11 pacientes (9%) se eliminaron dos terceros molares. Diez pacientes (8%) fueron operados sólo de uno de los terceros molares. Ocho pacientes (7%) fueron intervenidos de los dos caninos superiores incluidos. En el grupo de inclusiones dentarias objeto de este estudio se encontraron tres casos de inclusiones heterotópicas de terceros molares: dos en la rama ascendente mandibular derecha y uno en la rama ascendente mandibular izquierda.

La pericoronaritis aguda fue el accidente infeccioso más frecuente en el estudio preoperatorio de los casos de este estudio, observándose en 89 pacientes en algún momento de la evolución de su cuadro de inclusiones dentarias. Doce pacientes acudieron por primera vez a Consultas Externas con faringitis unilateral intermitente y recidivante, como signo de pericoronaritis crónica. Siete pacientes fueron remitidos desde Urgencias por cuadro clínico de flemón odontógeno. En 5 pacientes la indicación quirúrgica se estableció después del hallazgo casual de imágenes quísticas en trígonos retromolares tras estudios radiográficos realizados por otros motivos. Los 8 pacientes con patología derivada de la inclusión palatina de caninos superiores presentaron lesiones quísticas en relación con su defecto eruptivo.

El tipo de angulación observado en las inclusiones mandibulares sigue la siguiente escala de frecuencia: 102 inclusiones (27%) en posición mesioangular, 74 (20%) horizontales, 65 (17%) distoangulares y 11 (3%) verticales. En el grupo de inclusiones en maxilar superior se observaron 47 (13%) casos mesioangulares, 43 (11%) distoangulares, 19 (5%) horizontales y 6 (1%) verticales. Fueron incluidos en el apartado de maxilar

Inclusiones dentarias

Tabla 2. Estado eruptivo de las inclusiones dentarias

	Mandíbula	Maxilar superior
Erupcionados	0	0
Parcialmente erupcionados	84	17
No erupcionados	168	98

Tabla 3. Angulación de las inclusiones dentarias

	Mandíbula	Maxilar superior
Verticales	11	6
Distoangulares	65	43
Mesioangulares	102	47
Horizontales	74	19

Tabla 4. Profundidad ósea de las inclusiones dentarias

	Mandíbula	Maxilar superior
Oclusales	39	13
Cervicales	126	41
Apicales	85	60
Inclusión heterotópica	3	0

Tabla 5. Grado de inclusión de nuestros casos

	Mandíbula	Maxilar superior
Tejidos blandos	26	21
Parcialmente ósea	137	43
Totalmente ósea	89	51

Tabla 6. Presencia de quistes foliculares en relación con inclusiones dentarias

	Mandíbula	Maxilar superior
Presencia de quiste	201	67
Ausencia de quiste	51	48

superior y en posición horizontal todos los casos de caninos incluidos.

No se observaron atipias celulares en ninguno de los casos de este estudio. La lesión más frecuentemente asociada con las inclusiones de este estudio ha sido el quiste folicular, que se ha observado en 268 piezas dentarias incluidas (73% de los casos).

DISCUSIÓN

Existe una terminología bastante confusa sobre el concepto de inclusión dentaria. Muchos autores establecen una distinción entre el diente enclavado o impactado y el diente incluido. El diente impactado sería aquel diente retenido que toma más o menos contacto con el medio bucal, teniendo su saco pericoro-

nario total o parcialmente abierto a la cavidad oral. El diente incluido sería aquel que una vez alcanzado su total desarrollo, y llegada su época normal de erupción, queda atrapado en el hueso manteniendo íntegro su saco pericoronario. Es también frecuente encontrar el término de diente retenido o retención dentaria para referirse a la pieza que no evoluciona normalmente en su erupción, lo que motiva un retraso de ésta, siendo a veces permanente la retención (1, 4).

Creemos que desde el punto de vista de su indicación quirúrgica no tiene realmente mucho valor el distinguir entre todos estos términos, y preferimos utilizar únicamente el de inclusión para referirnos genéricamente a todos los casos analizados en nuestra actividad cotidiana. No obstante, a efectos comparativos con otros estudios, realizamos una clasificación de la revisión de nuestros casos según el grado de inclusión, que son mostrados en la tabla 5 (8-10).

Si lo consideramos etiopatogénicamente, una inclusión dentaria plantea generalmente problemas de tipo mecánico; se trata de que el desarrollo del diente encuentra en su erupción un obstáculo, como ocurre, por ejemplo, en el caso de los terceros molares en la mandíbula que se originan embriológicamente en un cordón epitelial común con el primer y segundo molares. Este cordón epitelial situado al final de la lámina dentaria, junto con una erupción más tardía del tercer molar y unas dimensiones mandibulares menores, hacen que el diente del juicio o cordal se encuentre con un grave problema de espacio para salir y colocarse en la arcada dentaria entre el segundo molar ya erupcionado y la rama ascendente de la mandíbula. Un problema similar sería el que plantea la erupción de los caninos superiores, cuando el incisivo lateral y el primer premolar están ya situados en la arcada, produciéndose una situación que favorece la aparición de inclusiones (11, 12).

Existen también otras causas generales de menor frecuencia que también dificultan una erupción normal de las piezas dentarias, como en el caso de la fisura palatina y el labio leporino, o los trastornos del grupo de las sinostosis craneales (13, 14).

Los terceros molares incluidos y, por tanto, recubiertos de mucosa oral y de hueso, con ausencia de signos clínico-radiológicos de patología, no deberían constituir una indicación quirúrgica. Existe la creencia general de que la mayoría de los terceros molares inferiores determinan un apiñamiento del grupo dentario anterior, lo cual provoca que muchas inclusiones dentarias sean intervenidas de una forma bastante arbitraria y, desde luego, poco útil para el paciente. En la revisión bibliográfica que hemos realizado no hemos encontrado ningún estudio que demuestre una relación causa-efecto entre terceros molares y apiñamiento dentario inferior (3, 15, 16).

Otro problema también sobredimensionado es el del desarrollo de ameloblastomas y carcinomas en relación con una inclusión dentaria. No hemos encontrado ningún caso claro de este tipo de evolución en nuestra casuística, aunque nuestro criterio es el de considerar como indicación quirúrgica todo diente incluido con un quiste asociado. La lesión más común en relación con las inclusiones es el quiste folicular, que se forma a partir del epitelio del rudimento dentario y se desarrolla entre la corona dentaria desnuda y las hojas interna y externa fusionadas del epitelio del esmalte, o bien entre estas dos capas (4, 10).

CONCLUSIONES

1. Las inclusiones dentarias son una causa importante de patología en el área maxilofacial, tanto por su frecuencia como por los problemas asociados que puede originar su presencia.
2. La manifestación clínica más frecuente en relación con las inclusiones dentarias son los episodios infecciosos en forma de pericoronaritis aguda.
3. La indicación quirúrgica debe establecerse cuando existe una historia recidivante de accidentes infecciosos o cuando aparecen lesiones quísticas en relación con la inclusión dentaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríes Centeno GA. El tercer molar inferior. En «El tercer molar inferior retenido» de G.A. Ríes Centeno, cap. 3. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1968, p. 48-87.
2. Sewerin IB, Wowerm NV. A radiographic four-year follow-up study of asymptomatic mandibular third molars in young adults. *Int Dent J* 1990; 40: 24-30.
3. Ríes Centeno GA. Estudio anatómico y radiográfico de maxilares inferiores. En «El tercer molar inferior retenido» de G.A. Ríes Centeno, cap. 4. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1968, p. 88-112.
4. Ríes Centeno GA. Estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido. En «El tercer molar inferior retenido» de G. A. Ríes Centeno, cap. 6. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 1968, p. 120-191.
5. Ades AG, Joondeph DR, Little RM, Chapko MK. A long-term study of relationship of third molars to changes in the mandibular dental arch. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1990; 97: 323-325.
6. García A, Gude F. ¿Se puede simplificar el tratamiento quirúrgico de los terceros molares? *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 1993; 15: 225-229.
7. Mercier P, Precious D. Risks and benefits of removal of impacted third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21: 17-21.
8. Raghoebar M, Boering G, Vissink A, Stegenga B. Trastornos de la erupción de los molares permanentes. *Arch Odonto-Estomatol* 1992; 8: 312-321.
9. Southard TE. Third molars and incisors crowding: When removal is unwarranted. *JADA* 1992; 123: 75-79.
10. Wowerm NV, Nielsen HO. The fate of impacted lower third molars after the age of 20. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1989; 18: 277-280.
11. Richardson M. Lower arch crowding in the young adult. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1992; 101: 132-137.
12. Trull JM, Duran J. Determinación de la situación y necesidad de tratamiento del canino incluido en maxilar superior mediante la ortopantomografía. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 1995; 17: 113-116.
13. Dulude JA, Payette F. Comparaison de différents types de fentes labio-palatines en évaluant les anomalies dentaires et l'incidence sexuelle. *J Dent Que* 1998; 28: 49-53.
14. Jensen BL, Kreiborg S. Development of the dentition in cleidocranial dysplasia. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 89-93.
15. Sánchez ME, Carrillo JS, Díaz MJ, Calatayud J. Influencia de la edad de los pacientes en las complicaciones que aparecen después de la exodoncia del tercer molar inferior retenido. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 1995; 17: 173-178.
16. Southard TE. Mesial force from unerupted third molars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1991; 99: 220-225.