

Consideraciones sobre la Extracción Profiláctica de Terceros Molares No Erupcionados Asintomáticos

Considerations for the Prophylactic Extraction of Asymptomatic Unerupted Third Molars

Gabriel M. Fonseca^{*,***}

FONSECA, G. M. Consideraciones sobre la extracción profiláctica de terceros molares no erupcionados asintomáticos. *Int. J. Med. Surg. Sci., 1(1):21-30, 2014.*

RESUMEN: La extracción de terceros molares no erupcionados (TMNE) asintomáticos es conocida como "profiláctica" pues pretende anticipar la aparición de reconocidas condiciones patológicas que van desde simples apiñamientos de los dientes anteriores, hasta el desarrollo de quistes y tumores. Esta supuesta predictibilidad y los riesgos implícitos que conlleva ese acto quirúrgico han resultado en argumentos que defienden, cuestionan o aceptan bajo ciertos límites esa maniobra con dilemas en la actualidad todavía no resueltos. Sin embargo la actividad clínica parece ser mucho menos juiciosa, con informes que continúan promoviendo la extracción indiscriminada de TMNE carentes totalmente de síntomas o procesos patológicos. Entendiendo que la extracción profiláctica de TMNE asintomáticos es un tópico recurrente de discusión por su relevancia según las diferentes disciplinas clínicas odontológicas, y que muchas de ellas acotan sus perspectivas solo a la clínica o a la biología, se presenta una revisión sobre diferentes consideraciones en esta práctica, se discuten sus riesgos y beneficios, y se exponen algunos dilemas éticos con vista a la promoción de una *lex artis* odontológica.

PALABRAS CLAVE: Tercer molar; Extracción profiláctica; Riesgo-beneficio.

INTRODUCCIÓN

La extracción de terceros molares no erupcionados (TMNE) es un procedimiento odontológico común debido a la reconocida asociación de éstos con el desarrollo de diversas condiciones patológicas (Stathopoulos *et al.*, 2011; Güven *et al.*, 2000). Cuando estos dientes se encuentran asintomáticos, este procedimiento ha dado en llamarse "profiláctico" (Van der Sanden *et al.*, 2005) pues conlleva maniobras interceptivas o de prevención para evitar la potencial aparición de cuadros clínicos no beneficiosos para el paciente. Sin embargo, la supuesta predictibilidad de estas condiciones y los riesgos que conllevan tales procedimientos, han postulado una serie de dilemas aun no resueltos y falta de consen-

sos, con argumentos que defienden, cuestionan o aceptan bajo ciertos límites esa maniobra (Güven *et al.*). Quienes están a favor afirman que los terceros molares no poseen función en la cavidad oral, y que al extraerlos se disminuye no solo la posibilidad de aparición de enfermedades, sino también el riesgo de fractura de ángulo mandibular mandibular en los molares inferiores, la incidencia de complicaciones secundarias a la impactación y las desagradables respuestas inflamatorias ante una eventual cirugía en pacientes ancianos; quienes prefieren conductas más conservadoras consideran que es mejor esperar la aparición de los cambios patológicos antes de indicar el procedimiento. Sin embargo los da-

* Profesor Titular, Cátedra de Anatomía Patológica B, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

** CIMA, Depto. Odontología Integral Adultos, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

tos provenientes de la actividad clínica parecen ser mucho menos juiciosos: casi el 65% de la población posee al menos un TMNE, y hasta un 40% de éstos han sido extraídos en ausencia total de síntomas (Almendros-Marqués *et al.*, 2008; Adeyemo, 2006; Costa *et al.*, 2013).

Entendiendo que las extracciones profilácticas de TMNE continúan siendo tópico de discusión por sus pertinencias según las diferentes ramas clínicas odontológicas, y que muchas de ellas acotan sus perspectivas solo a la clínica o a la biología, se presenta una revisión sobre diferentes consideraciones en esta práctica, se postulan sus riesgos y beneficios, y se exponen algunos dilemas éticos con vista a la promoción de una *lex artis* odontológica.

¿Se puede predecir la impactación de un TMNE?

Los fenómenos eruptivos establecen una dinámica biológica donde las posiciones y relaciones espaciales de los gérmenes dentarios, las configuraciones de los arcos y la cronología de dichos fenómenos van a determinar sucesos encadenados cuyo resultado podrá establecer o no la normalidad morfofuncional del aparato dentario. Siendo los últimos en erupcionar, los terceros molares se han configurado como los dientes más caprichosos y menos predecibles en sus relaciones eruptivas, con lo que poder pronosticar cuándo, cómo y dónde van a hacerlo ha sido uno de los mayores y más seductores intentos desde hace décadas (Ventä, 2012).

¿Por qué es importante anticipar si un TMNE va a resultar retenido o incluido?. Para Ventä la respuesta no es sencilla ya que la misma cronología irregular de erupción (los terceros molares pueden continuar haciéndolo hasta los 26 años de edad) puede generar esfuerzos y cirugías innecesarias para un diente que ulteriormente podría llegar a ocupar su espacio en el arco. No es fácil predecir cambios de posición o eventuales impactaciones dentarias y menos aún planificar futuros tratamientos solo con el apoyo imagenológico. Se han informado certezas de solo un 50% en este tipo de predicciones.

¿Se puede predecir la aparición de condiciones patológicas en relación a un TMNE?

Como se mencionó, la extracción profiláctica de TMNE se ha recomendado para anticiparse y prevenir la aparición de enfermedades locales (Costa *et al.*). Aunque existen indicaciones muy precisas para la remoción de dientes cuando las patologías están presentes (Stathopoulos *et al.*), la potencialidad de estas condiciones anormales no ha sido igualmente apoyada. Cuando se habla de evitar caries en la cara distal de los segundos molares como justificación de extracción de TMNE (Ventä), se ha referido que este tipo de caries es común incluso con erupciones completas de los terceros molares y que la posición posterior de los mismos favorecería una malahigiene y depósito de placa bacteriana, elementos de fácil y rutinario control para cualquier paciente que asista a una consulta periódica (Costa *et al.*; Boughner, 2013). Similares consideraciones se han hecho respecto de las extracciones profilácticas de TMNE para prevenir defectos periodontales. Las indicaciones para estas remociones deben ser cuidadosamente evaluadas en individuos con periodonto sano en la región del segundo molar dado que este procedimiento aumenta los riesgos de pérdida de inserción incluso ocasionando los mismos defectos que se pretendía evitar en el segundo molar (Costa *et al.*).

Uno de los justificativos más referidos para la extracción profiláctica de TMNE lo compone la potencial aparición de quistes y tumores. Aunque algunos reportes han sugerido la remoción de estos dientes antes de que los cambios patológicos ocurran, se ha afirmado que la incidencia de estas condiciones es relativamente baja y no justificaría las extracciones profilácticas (Stathopoulos *et al.*; Adeyemo). Sobre 9994 terceros molares impactados en 7582 pacientes, Güven *et al.* encontraron 231 quistes (2,31%) y 79 tumores (0,79%), de los cuales sólo dos fueron malignos (0,02%). Stathopoulos *et al.* encontraron un escaso 0,27% asociado con el desarrollo de ameloblastomas y una nula presencia de neoplasias malignas sobre un total de 7.782 terceros molares asintomáticos extraídos.

Friedman (2007) asegura que no más del 12% de los TMNE están asociados a condiciones patológicas, incidencia similar a la de una apendicitis (10%) o una colecistitis (12%), donde las apendicectomías o colecistectomías profilácticas no son procedimientos sanitarios estandarizados. La evidencia científica parece establecer que la remoción quirúrgica de TMNE de manera profiláctica no se encuentra suficientemente justificada para esta indicación (Stathopoulos *et al.*; Adeyemo).

¿Los TMNE predisponen a fracturas patológicas?

Durante mucho tiempo se ha debatido la tendencia a las fracturas de ángulo mandibular en presencia de TMNE, razón por la que se ha indicado la remoción profiláctica especialmente en adolescentes y adultos jóvenes con actividad deportiva intensa. La mandíbula constituye la estructura ósea del tercio inferior de la cara y es uno de los huesos faciales más frecuentemente fracturados; el mecanismo por el cual los terceros molares aumentarían el riesgo de fractura es que al ocupar espacio óseo debilitarían la región angular (Adeyemo). Se ha afirmado que, aunque la evidencia en la literatura es irrefutable es irrefutable sobre este respecto, la presencia de TMNE disminuye la incidencia de fracturas condilares pues minimiza las fuerzas transmitidas a esa región en casos de traumatismos. Dado que las fracturas de ángulo son accesibles con reducciones y estabilizaciones de fácil realización con mínimas complicaciones postoperatorias relación a las homólogas condilares, de las más difíciles de tratar en la región maxilofacial por su severidad, secuelas (maloclusión y daño neurológico) y complicaciones a largo plazo, las remociones profilácticas de TMNE asintomáticos podrían no ser totalmente beneficiosas (Adeyemo).

¿Se encuentra justificada la extracción de un TMNE como parte de una planificación ortodóncica?

Se han utilizado otros criterios justificando la decisión de extraer un TMNE, los que incluyen indicaciones complementarias ortodóncicas, protésicas o rehabilitadoras (Costa *et al.*). En el primero de los casos, se ha

propuesto la remoción de estos dientes para poder completar la terapéutica ortodóncica, atentos a predicciones eruptivas y disponibilidad de espacios (Stathopoulos *et al.*), tópico de mayor interés para ortodoncistas y cirujanos bucomaxilofaciales. Se ha sugerido que las extracciones de premolares o primero-segundo molar por propósitos ortodóncicos deben ser realizadas antes de los 20 años de edad, cuando se espera que los terceros molares erupcionen y compensen esas pérdidas (Ventä). Sin embargo, la predicción de erupción es diferente para propósitos de investigación y para uso clínico. En la investigación, la elaboración de medidas puede ser utilizada para determinar las mejores variables; en la práctica clínica suelen buscarse métodos simples y sencillos, normalmente sin medicamentos. En general, se ha enfatizado que la predicción de erupción es relevante solo durante un periodo corto de tiempo (hasta los 20 años de edad) (Ventä). Con respecto al mito según Friedman de que la presión eruptiva de los TMNE inferiores podría originar apiñamiento de los dientes anteriores, el autor afirma que de ninguna manera, el desarrollo de los terceros molares sin base firme en un tejido esponjoso, podría originar suficientes fuerzas de empuje contra otros catorce dientes con raíces ya formadas y verticalmente implantadas.

¿Deben extraerse los TMNE de mandíbulas edéntulas?

La detección de un TMNE asintomático en mandíbulas edéntulas puede representar un problema si se planea extraer profilácticamente. Conociendo que la masa ósea mandibular decrece con el correr del tiempo como resultado de la falta de función, las altas probabilidades de fractura deberán ser sopesadas con los eventuales beneficios de la extracción. En caso de indicar la remoción, la potencial fractura deberá ser prevenida con la colocación de placas quirúrgicas y una planificación protésica adecuada buscando rehabilitaciones estables y biocompatibles. Si se opta por un control y seguimiento de rutina, deberá informarse al paciente de que esta opción terapéutica involucrará numerosas citas y exámenes, no descartando con ello que deba someterse eventualmente al procedimiento quirúrgico (Sverzut *et al.*, 2013).

Diagnóstico del TMNE y toma de decisiones quirúrgicas.

Contar *et al.* (2010) afirman que aunque la extracción de un TMNE es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la cirugía oral, este no está exento de complicaciones y que estas van a disminuir su incidencia en la medida en que se realice un adecuado diagnóstico y planeamiento prequirúrgico. Los mismos autores afirman que intervenciones prolongadas son típicamente asociables con mayor dolor y que este aumenta proporcionalmente con la dificultad quirúrgica. Renton *et al.* afirmaron en 2001 que el establecer el grado de dificultad en la extracción de terceros molares es fundamental para desarrollar un tratamiento óptimo y minimizar las complicaciones: la edad del paciente (a mayor edad, mayor dificultad por la tendencia a progresar la condensación ósea), el grado de impactación del diente, la formación radicular desfavorable y la proximidad al canal mandibular (Fig. 1). El correcto diagnóstico de la impactación dental requiere de una detallada anamnesis y examen clínico, y el uso

de pruebas complementarias permitirán una toma correcta de decisiones en el tratamiento ya que las diferentes posiciones del TMNE determinan patrones particulares de condiciones patológicas presentes (Almendros-Marqués *et al.*).

La presencia de dos raíces y la divergencia o desviación de las mismas puede aumentar considerablemente la posibilidad de complicaciones (Echeverría & Pumarola, 2002). Raspall (2007) denomina extracción complicada a aquella que no puede realizarse según la técnica clásica con pinzas y que precisa de un abordaje quirúrgico complejo, por ejemplo, dividiendo o cortando el diente para poder extraerlo. Esta odontosección se encuentra indicada en divergencias radiculares, con curvas importantes o con presencia de hueso atrapado entre ellas (Raspall). El mismo autor advierte que la mayor proximidad al segundo molar va a dificultar además la extracción y la posibilidad de complicaciones involucrándolo (Fig. 2). De igual modo, el riesgo de parestesias no es el mismo en todas las extracciones; es mayor en las

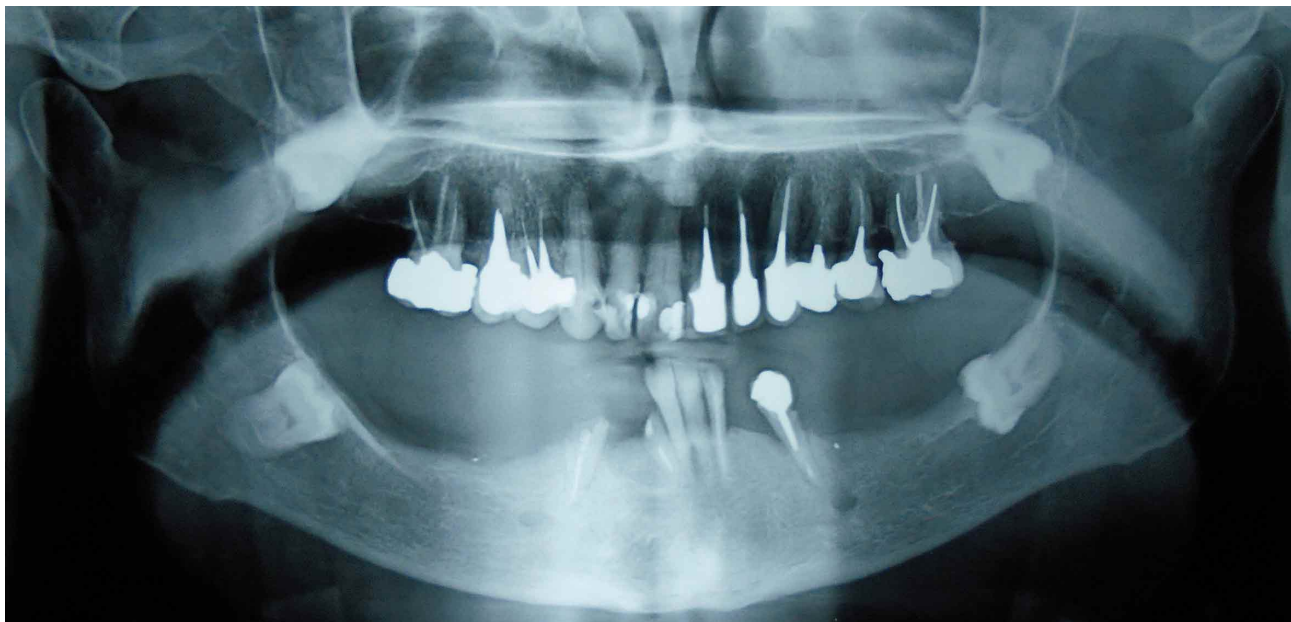


Fig. 1. Paciente sexo femenino de 74 años solicita rehabilitación con implantes oseointegrados en el sector mandibular inferior. La inspección de su ortopantomografía detecta los cuatro TMNE, incluidos y asintomáticos. Debido a las condiciones locales de los TMNE (molares en posiciones dificultosas, pérdidas óseas e importante relación de contacto bilateral con nervio alveolar inferior), y las condiciones sistémicas de la paciente (antecedentes severos de cardiopatías, osteoporosis y riesgo alto de fractura con 0,728 gs/cm² en columna lumbar, T Score de -2,9 según evaluación de densidad mineral ósea), se sugirió la no realización de las extracciones y la búsqueda de otras alternativas terapéuticas protésicas (Laboratorio de Pericias en Odontología Forense -LPO-, Córdoba, Argentina).

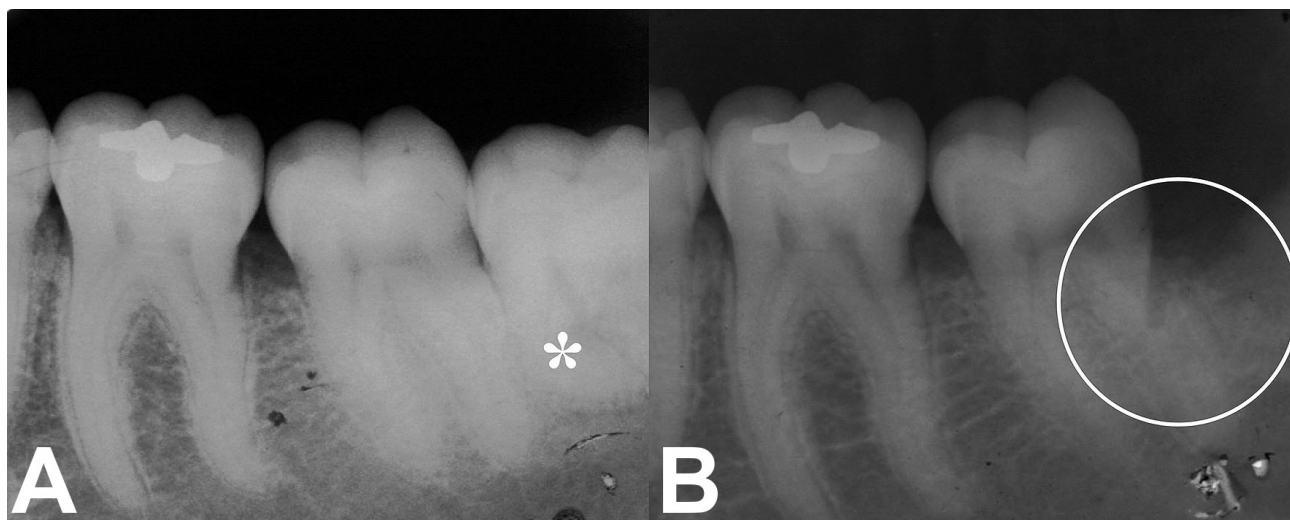


Fig. 2. Paciente sexo femenino de 31 años consulta por importantes dolores en el segundo molar inferior izquierdo, posteriores a la extracción del tercer molar inferior izquierdo. A: Radiografía prequirúrgica. Se observa a ese TMNE impactado parcialmente contra el segundo molar. El TMNE (sin condiciones patológicas y asintomático) presenta sus raíces divergentes con una profunda desviación de la raíz mesial (*) lo que pronostica una extracción tan dificultosa como innecesaria; B: Radiografía postquirúrgica donde puede observarse el alvéolo postextracción del tercer molar y pérdida de sustancia en la raíz distal del segundo molar (círculo), secuela de un procedimiento imprudente de remoción del tercer molar. Las características de esta pérdida de sustancia permitieron inferir la acción del instrumental rotatorio en un intento de remoción del TMNE, sin los convenientes recaudos protectivos y en un posicionamiento erróneo tanto en angulación como profundización de la fresa quirúrgica (Laboratorio de Pericias en Odontología Forense -LPO-, Córdoba, Argentina).

impactaciones mesioangulares con ángulos entre 30 y 45° hacia o contra la cara distal del segundo molar ya que, de estar totalmente formado, las raíces suelen disponerse cercanas al nervio alveolar inferior (Friedman).

¿La edad del paciente influye en la toma de decisiones terapéuticas?

Los estudios indican que a mayor edad, los TMNE parecen ser más difíciles de remover, pueden llevar más tiempo en el procedimiento lo que conduciría a un incremento de la incidencia de complicaciones asociadas con la extracción. Los 25 años aparecen en muchos reportes como una edad crítica luego de la cual las complicaciones aumentan considerablemente, las recuperaciones son más complicadas, menos predecibles y menos completas (Pogrel, 2012). El incremento de la edad acarrea dificultades intrínsecas al mismo procedimiento quirúrgico por el continuo desarrollo radicular, la disminución del espesor periodontal (incluso con la anquilosis consecuente), una mayor esclerosis mandibular, la presencia de hiper cementosis,

o a complicaciones postoperatorias relativas a una mayor propensión a procesos inflamatorios, reparativos dificultosos o infecciosos (algo lógico de pensar si se asocian a condiciones sistémicas del paciente -diabetes, hipertensión, etc-) (Pogrel).

Aunque la American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) ha recomendado que las extracciones de todos los terceros molares sean realizadas en adultos jóvenes (preferiblemente adolescentes -antes de que las raíces se hayan desarrollado totalmente-) para minimizar dolor e infección postextracción, Friedman afirma que este procedimiento es más traumático y doloroso que simplemente mantenerlos en observación cuando están asintomáticos y sanos *in situ*.

¿Existen riesgos de complicación en las extracciones de TMNE?

Dada la baja incidencia de condiciones patológicas, según Friedman es engañosa la afirmación de que "menos de tres días de malestar

o discapacidad son un pequeño precio a pagar si logran evitarse futuros riesgos de reabsorción radicular, infecciones y quistes". Esto ignora los riesgos de accidentes tales como fracturas dentarias, mandibulares, daño a la articulación temporomandibular y, especialmente, parestesia o disestesia permanente. Las complicaciones asociadas con la extirpación de un TMNE no deben ser subestimadas. La cirugía implica incisiones, liberación de periostio, remoción de tejido dentario y óseo y suturas. Dolor, inflamación y trismus son casi universales después de este procedimiento, y la incidencia de daño a los nervios alveolar inferior y lingual son altas y en ocasiones permanentes (Adeyemo). Algunas complicaciones intraoperatorias o postoperatorias tales como fracturas mandibulares, dolor, tumefacción, comunicación oroantral, alveolitis secas, trismos o daño a nervios con parestesias o anestias consecuentes, son razones que generar escepticismo en el cirujano al plantear la remoción de TMNE asintomáticos (Stathopoulos *et al.*). El factor fundamental influenciando la decisión de extraerlos es la percepción de riesgo de desarrollar manifestaciones clínicas derivadas de la impactación, la edad del paciente y la posición del molar (Almendros-Marqués *et al.*).

El riesgo de daño a los nervios alveolar inferior o lingual es una reconocida razón por la que se ha reducido la frecuencia de extracción de TMNE. Aunque es usualmente temporaria, la parestesia (probable neuropraxia) o la anestesia (probable axonotmesis) pueden persistir por un variable plazo de tiempo dependiendo del tipo de lesión (Almendros-Marqués *et al.*; Adeyemo). Reportes de parestesias del nervio alveolar inferior varían desde un mínimo de 1,3% para las temporarias y un 0,33% para las permanentes hasta un máximo de 4,4% y 1%, respectivamente. Siguiendo a Friedman, y considerando que 3,5 millones de personas han sufrido de la misma cantidad de terceros molares inferiores extraídos anualmente en los Estados Unidos, la incidencia de parestesias permanentes va de 11.500 a 35.000 casos. Considerando que un 67% de estas cirugías era innecesario, entre 7.739 y 23.450 personas sufren parestesias permanentes innecesarias cada año.

Las fracturas mandibulares durante o posteriores a las extracciones de TMNE han sido

también muy bien reportadas (Adeyemo). Estudios biomecánicos realizados por Subbasbraj (2009) han referido que terceros molares incluidos parcial o totalmente, originan un punto de debilidad en la mandíbula haciéndola más susceptible a fracturas. Özçakir-Tomruk & Arslan (2012) han subrayado que de manera previa a estas extracciones, el paciente debería ser informado respecto a los riesgos, especialmente de fractura, y que una cuidadosa evaluación debe ser realizada para eliminar posibles factores de riesgo. Los autores mencionan que las fracturas producidas durante el procedimiento son resultado de inadecuada instrumentación y aplicación de fuerzas excesivas durante la extracción. Ethunandan *et al.* (2012) mencionan que el cirujano debería mantener conductas preventivas al evaluar con exactitud el grado de inclusión del tercer molar, realizar una instrumentación correcta y evitar fuerzas excesivas (Fig. 3).

¿El grado de especialización profesional puede influir en las tomas de decisiones o en las complicaciones?

Se ha informado que no existe significación estadística entre el grado de experiencia profesional y las decisiones de extraer o no un TMNE, aunque los cirujanos orales tienden a indicar más las extracciones que los odontólogos generalistas (Almendros-Marqués *et al.*). La inseguridad diagnóstica y la falta de protocolos para las extracciones han sido claramente demostradas; cuando los odontólogos cuentan con una buena guía práctica clínica, las indicaciones para estos TMNE caen drásticamente (Van der Sanden *et al.*; Costa *et al.*).

Barreiro *et al.* (2010) han encontrado que existe una tendencia a subestimar las dificultades quirúrgicas de las extracciones de los terceros molares por parte de los profesionales con grandes niveles de experiencia.

¿Existen guías o protocolos de práctica clínica?

Las guías de práctica clínica han ganado interés en muchas áreas de las ciencias de la salud, y han sido definidas como el desarrollo sistemático de protocolos para asistir al profesional y al paciente en la toma de decisiones

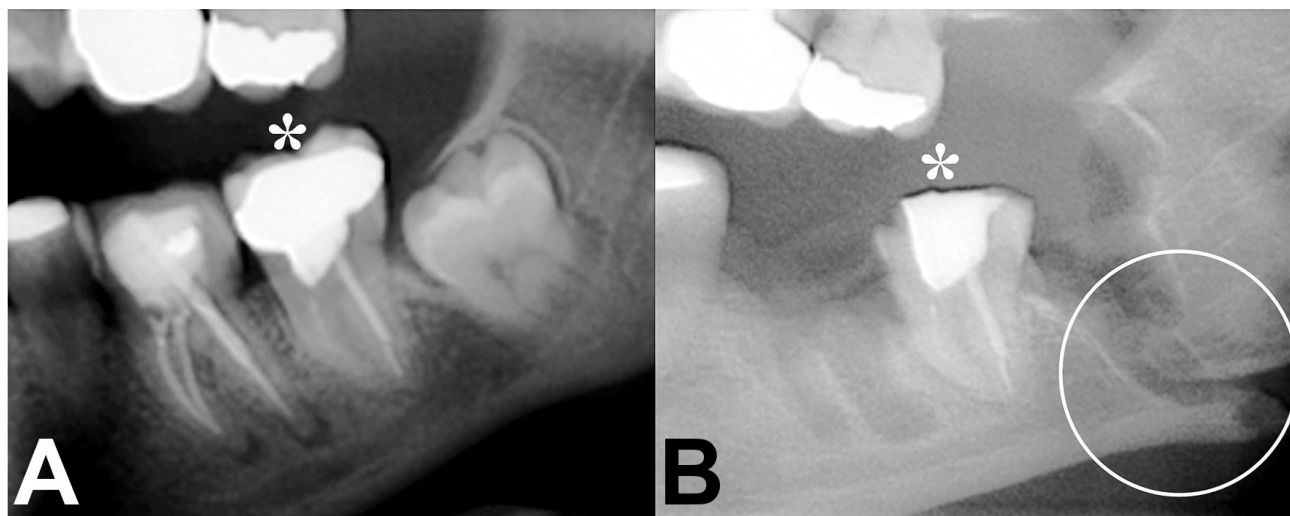


Fig. 3. Paciente sexo femenino de 44 años con antecedentes de osteopenia y signos de fractura mandibular consecuente a extracción de primer y tercer molares inferiores izquierdos. A: Radiografía prequirúrgica; B: Radiografía postquirúrgica donde pueden observarse ambos alveólos postextracción, fractura desfavorable con desplazamiento del ángulo mandibular a la altura del alvéolo del tercer molar y discontinuidad del canal para el nervio alveolar inferior (círculo) e irregularidad por fractura coronaria del segundo molar (*), resultado de maniobras técnicas excesivas y descontroladas. Pudo corroborarse daño irreversible al nervio alveolar inferior con hiperestesia dolorosa en la hemimandíbula izquierda y parestesia en el hemilabio izquierdo (Laboratorio de Pericias en Odontología Forense –LPO-, Córdoba, Argentina).

respecto de específicas situaciones clínicas (Van der Sanden *et al.*). La extracción profiláctica de un TMNE asintomático suele indicarse para anticiparse a futuros problemas y los riesgos de la remoción son aún mínimos. Estas extracciones van a indicarse si los eventuales problemas de los TMNE pueden complicar situaciones médico-sanitarias generales tales como embarazo, diabetes, accesibilidad a servicios odontológicos o intereses tales como deporte de alta competencia, vida social, etc (Ventä).

Las guías de tratamientos son siempre nacionales, disponibles para los países específicos donde han sido publicadas ya que existen notorias y reportadas diferencias en cuanto a las cronologías de erupción, morfología dental, métodos de tratamiento, índice de complicaciones y compensación de las autoridades. Se ha propuesto emprender un estudio internacional multicéntrico enfocado en categorizar para cada país las edades de erupción, los índices de impactación dentaria, la prevalencia de patologías, las indicaciones de tratamiento, los métodos de remoción (anestesia local o general; odontólogos generalistas o especialistas; uso de

analgésicos y antibióticos, etc) y las complicaciones relativas a la extracción (Ventä). Aun cuando no logren modificarse sustancialmente las actitudes clínicas de los profesionales odontólogos, el lograr disminuir la derivación indiscriminada para extracción de estos TMNE parece ser, cuando menos, un efecto más que positivo de la efectividad de estas guías prácticas (Van der Sanden *et al.*).

DISCUSIÓN

La extracción de un tercer molar es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizados por los odontólogos, y si bien pueden presentarse complicaciones durante el acto, una correcta planificación y el desarrollo de una técnica ordenada y protocolizada van a permitir disminuir la incidencia de estas dificultades (Contar *et al.*, 2010). Se ha dicho también que la alta incidencia de complicaciones, y la probabilidad exagerada de que estos molares sufran de enfermedad en el futuro, han determinado que en la actualidad, los terceros

molares sanos o asintomáticos no necesariamente deben ser extraídos, en otras palabras, debe realizarse de manera consensuada con el paciente estableciendo un balance entre riesgo y beneficio respecto de la extracción. El debate sobre los riesgos, méritos y mejores prácticas en la extracción de los terceros molares por lejos aún continúa desarrollándose. Desde el año 2008, la American Public Health Association no apoya las extracciones profilácticas de los TMNE, con similares recomendaciones en otras agencias en el Reino Unido, Australia, Bélgica o Suecia. En contraste, la AAOMS considera que todos los terceros molares –impactados o no– constituyen un riesgo significativo por lo que deben ser extraídos. De hecho, la AAOMS refuta denosta la expresión “extracción profiláctica” pues todos los terceros molares poseen el potencial de asociarse con enfermedades, hayan erupcionado o no.

Según Friedman, la cirugía de terceros molares es una “industria multibillonaria de dólares” (sic) que genera significativos ingresos a la profesión odontológica, particularmente a los cirujanos orales y maxilofaciales; esto es consecuencia de algunos mitos y desinformaciones en torno a estos TMNE que aún continúan siendo promulgados por los profesionales: “poseen una alta incidencia de patologías”; “la remoción temprana es menos traumática”; “la presión de erupción origina apiñamiento de los dientes anteriores”; “la posibilidad de aparición de patologías aumenta con la edad”; “existe un pequeño riesgo de daño en las extracciones”. El mismo autor se explaya afirmando que las dos tendencias respecto de estas remociones, a saber: la de quienes promulgan que todos los TMNE son potencialmente patológicos y deben ser extraídos; y la de quienes afirman que solo los que están asociados a condiciones patológicas deben ser removidos, son falaces. Según Friedman, el sistema legal, en el cual las decisiones están normalmente basadas en normas de la práctica o estándares sanitarios locales o regionales, ignora las bases y fundamentos de la evidencia científica. “Este es el porqué los cirujanos orales y maxilofaciales usualmente caen en demandas de malpraxis cuando los pacientes resultan dañados durante una cirugía convenida. Al fin y al cabo, si el experto dice que la cirugía es necesaria, entonces debe serlo”. Según su opinión, el hecho es que la mayoría de los terceros molares, no

necesariamente va a originar condiciones patológicas y el riesgo de lesión iatrogénica proveniente de la cirugía es mucho mayor que el riesgo de mantener en observación a ese diente asintomático y sano.

Costo, riesgo y beneficio de las extracciones de TMNE

Diez millones de estos dientes son extraídos de aproximadamente cinco millones de individuos anualmente solo en los Estados Unidos, con un costo anual que va por encima de los tres billones de dólares. En Inglaterra y Gales, los gastos por extracciones profilácticas entre 1995 y 1996 estuvieron aproximadamente en los 5,2 millones de libras (Costa *et al.*). La ausencia de datos científicos, la morbilidad y el aumento significativo de los costos de tratamiento, han llevado a algunos clínicos a cuestionar la validez científica de la remoción profiláctica de TMNE asintomáticos o no patológicos. Operar sin una buena razón involucra gastos innecesarios, costos para el paciente en lucro cesante y complicaciones postoperatorias y, además, potenciales reclamos legales por malpraxis (por concepto, la vulneración de la *lex artis*). Adeyemo, citando reportes finlandeses, ingleses y norteamericanos, afirma que las demandas por daños permanentes, la cadena de comprobaciones que se inicia en las compañías de seguros o el rango hasta de 10 días de licencias laborales solicitadas constituyen costos solo justificables si la extracción de TMNE posee apropiadas indicaciones.

¿Cuáles son las indicaciones precisas para la extracción de un TMNE?

Las indicaciones para estas remociones están claramente establecidas: presencias constatables de celulitis, abscesos, osteomielitis, quistes o tumores odontogénicos, caries no restaurables o lesiones periodontales, o extracciones profilácticas solo en presencia de condiciones médicas o quirúrgicas ineludibles. Un primer episodio de pericoronaritis no debería ser considerado motivo de extracción salvo que éste sea de gravedad (Friedman); si bien las pericoronaritis recurrentes son generalmente aceptadas como indicación para estas extracciones, en algunos casos una simple escisión para exponer la corona clínica del tercer molar puede ser suficiente (Adeyemo; Friedman).

El dilema ético

Según Ciocca Gómez (2010), el paciente tiene derecho a obtener una información suficiente acerca de lo que se le va a hacer, y así dar su consentimiento de forma lo más consciente posible. El propio odontólogo es el encargado de exponer el tratamiento planteado, sus peligros y otras posibilidades. El no informar clara y concretamente a los pacientes de los riesgos y alternativas terapéuticas o –sin que medie la urgencia- proceder sin su consentimiento o el de sus representantes, constituye una inobservancia de reglamentos, expresión de culpa (cuasi-delito) tan auténtica o real de responsabilidad odontológica como la negligencia, la impericia o la imprudencia.

El paciente debe ser fehacientemente informado de las opciones de tratamiento menos invasivas posibles, de los riesgos inherentes a los procedimientos que se le van a realizar y de los eventuales daños. Por desgracia, suele no proveerse la información suficiente y necesaria. Sobre las parestesias labiales y linguales consecuentes a las extracciones profilácticas de TMNE, Friedman conjetura sobre cuál sería la reacción de un paciente de saber que podría haber evitado evitado el definitivo y permanente adormecimiento de su mandíbula, labio o lengua, babeo, mordeduras de labio, mejilla o lengua, desfiguración, las pérdidas del gusto, de la facilidad para hablar o incluso para dar un beso, los hormigueos constantes o, en casos más críticos, puntadas de dolor similares a las de una neuralgia con síntomas que van a afectar tremendamente su calidad de vida. La malpraxis en odontología es más común de lo que se admite, pero los recursos de la víctima para compensar las pérdidas físicas y financieras están

severamente limitados. Los montos que logran recuperarse son demasiado pequeños incluso para cubrir las costas de los abogados. La evidencia es convincente como para demostrar que los más de 7 millones de TMNE extraídos solo en los Estados Unidos de manera profiláctica en procedimientos que raramente ocupan más de unos 8 minutos pero que generan ingresos anuales que superan los 500 mil dólares para cada uno de los profesionales, constituye un problema de salud pública. Según Friedman, existe una epidemia silenciosa de lesiones iatrogénicas que justifica el evitar las extracciones de cualquier tercer molar en ausencia de condiciones patológicas o un problema específico (Friedman).

Se ha hecho especial hincapié en dos preguntas básicas tendientes a la resolución clara de indicaciones y contraindicaciones para la remoción quirúrgica de los TMNE: 1-¿Cuáles son los riesgos para el paciente si se los extrae?? 2-¿Cuáles son los riesgos si no se los extrae? De acuerdo a algunos autores, una indicación fuerte para la remoción debería ser complementada con una contraindicación fuerte de mantenerlo en boca (Güven *et al.*). Cada caso requiere de una evaluación cuidadosa e individual, y la decisión de extraerlos debe fundarse en el balance de la probabilidad de que un TMNE ocasiona problemas en el futuro y el riesgo o beneficios de una cirugía temprana comparada con una tardía (Stathopoulos *et al.*; Adeyemo). Al día de hoy, la decisión terapéutica para planificar un tratamiento de TMNE debe basarse en la existencia de evidencia clínica y científica (Almendros-Marqués *et al.*; Ventä). Las extracciones profilácticas de TMNE en ausencia de específicas condiciones médicas o quirúrgicas deberían ser discontinuadas (Adeyemo; Friedman).

FONSECA, G. M. Considerations for the Prophylactic Extraction of Asymptomatic Unerupted Third Molars. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 1(1):21-30, 2014.

SUMMARY: The extraction of asymptomatic unerupted third molars (TMNE) is called as "prophylactic" since it try to anticipate the appearance of recognized pathological conditions that ranged from simple dental crowdings to the development of cysts and tumors. This supposed predictability and the implicit risks of this surgery have resulted in arguments that defend, question or accept under certain limits this procedure with still unresolved dilemmas. Nevertheless the clinical activity seems to be much less judicious, with reports that continue promoting the indiscriminate extraction of TMNE with total lack of symptoms or pathological processes. Since the prophylactic extraction of asymptomatic TMNE is a recurrent topic of discussion for its relevance according to the different clinical odontologic disciplines, which many of them enclose its own perspectives only to clinics or to biology, a review on different considerations of this practice is presented, the risks and benefits are discussed, and some ethical dilemmas are exposed to the promotion of a dental *lex artis*.

KEY WORDS: Third molar; Prophylactic extraction; Risk and benefits.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeyemo, W. L. Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal? A critical review of the literature. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 102(4):448-52, 2006.
- Almendros-Marqués, N.; Alaejos-Algarra, E.; Quinteros-Borgarello, M.; Berini-Aytés, L. & Gay-Escoda, C. Factors influencing the prophylactic removal of asymptomatic impacted lower third molars. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 37(1):29-35, 2008.
- Barreiro-Torres, J.; Diniz-Freitas, M.; Lago-Méndez, L.; Gude-Sampedro, F.; Gándara-Rey, J. M. & García-García, A. Evaluation of the surgical difficulty in lower third molar extraction. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 15(6):e869-74, 2010.
- Boughner, J. C. Maintaining perspective on third molar extraction. *J. Can. Dent. Assoc.*, 79:d106, 2013.
- Ciocca Gómez, L. S. *Odontología Médico-Legal. Aspectos forenses, profesionales y sociales*. Santiago de Chile, Ediciones Jurídicas de Santiago, 2010.
- Contar, C. M.; de Oliveira, P.; Kanegusuku, K.; Berticelli, R. D.; Azevedo-Alanis, L. R. & Machado, M. A. Complications in third molar removal: a retrospective study of 588 patients. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 15(1):e74-8, 2010.
- Costa, M. G.; Pazzini, C. A.; Pantuzo, M. C.; Jorge, M. L. & Marques, L. S. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. *Braz. Oral Res.*, 27(2):183-8, 2013.
- Echeverría García, J. J.; Pumarola Suñé, J. *El manual de odontología*. Barcelona, Masson, 2002.
- Ethunandan, M.; Shanahan, D.; Patel, M. Iatrogenic mandibular fractures following removal of impacted third molars: an analysis of 130 cases. *Br. Dent. J.*, 212(4):179-84, 2012.
- Friedman, J. W. The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. *Am. J. Public Health*, 97(9):1554-9, 2007.
- Güven, O.; Keskin, A. & Akal, U. K. The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 29(2):131-5, 2000.
- Özçakir-Tomruk, C. & Arslan, A. Mandibular angle fractures during third molar removal: a report of two cases. *Aust. Dent. J.*, 57(2):231-5, 2012.
- Pogrel, M. A. What is the effect of timing of removal on the incidence and severity of complications? *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 70(9 Suppl. 1):S37-40, 2012.
- Raspall, G. *Cirugía Oral e Implantología*. 2º Ed. Madrid, Panamericana, 2007.
- Renton, T.; Smeeton, N. & McGurk, M. Factors predictive of difficulty of mandibular third molar surgery. *Br. Dent. J.*, 190(11):607-10, 2001.
- Stathopoulos, P.; Mezitis, M.; Kappatos, C.; Titsinides, S. & Stylogianni, E. Cysts and tumors associated with impacted third molars: is prophylactic removal justified? *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 69(2):405-8, 2011.
- Subbasbraj, K. A study on the impact of mandibular third molars on angle fractures. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 67(5):968-72, 2009.
- Sverzut, C. E.; Trivellato, A. E.; Sverzut, A. T.; Azenha, M. R.; Yamaji, M. A. & Pepato, A. O. Retained third molars removal in a severely resorbed edentulous mandible. A case report. *Braz. Dent. J.*, 24(5):532-6, 2013.
- Van der Sanden, W. J.; Mettes, D. G.; Plasschaert, A. J.; Grol, R. P.; Mulder, J. & Verdonschot, E. H. Effectiveness of clinical practice guideline implementation on lower third molar management in improving clinical decision-making; a randomized controlled trial. *Eur. J. Oral Sci.*, 113(5):349-54, 2005.
- Ventä, I. How often do asymptomatic, disease-free third molars need to be removed? *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 70(9 Suppl. 1):S41-7, 2012.

Dirección para Correspondencia:
Gabriel M. Fonseca, D.D.S., Ph.D.
Mariano Moreno 937
Cordoba
Zip code: X5000MRS
ARGENTINA

Email: gabriel_fonseca@argentina.com

Recibido : 08-01-2014
Aceptado: 27-01-2014