



Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Caso clínico

Tercer molar mandibular ectópico en región subcondilar: caso clínico y revisión de la literatura



José M. Sanchis*, Judith Murillo, José M. Díaz y José Carlos Sanchis

Hospital General Universitario de Valencia, Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de noviembre de 2014

Aceptado el 9 de febrero de 2015

On-line el 19 de marzo de 2015

Palabras clave:

Molar ectópico

Tercer molar

Quiste dentígero

Keywords:

Ectopic tooth

Third molar

Dentigerous cyst

R E S U M E N

La impactación de terceros molares en la región condilar es muy inusual. Este artículo describe el caso de cordal incluido en región subcondilar en una mujer que refirió dolor inespecífico hemifacial y varios episodios de tumefacción. Se describe el manejo quirúrgico de estas inclusiones y se realiza una revisión bibliográfica.

© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Ectopic mandibular third molar in the sub-condylar region: a clinical case and a literature review

A B S T R A C T

Ectopic impaction of the mandibular third molar in the condylar region is an extremely rare condition. This report describes a case of an impacted tooth in the sub-condylar region in a woman with hemifacial discomfort and recurrent swelling. A description of the surgical management of this pathology is given as well as a literature review.

© 2014 SECOM. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La presencia de terceros molares mandibulares ectópicos no es muy frecuente. Hay descritos en la literatura un total de 31 casos entre los años 1978 y 2014. La proporción podría estimarse en 1/500 pacientes ya que Anagnostopoulou, tras

revisar 480 cráneos procedentes del departamento de anatomía de la Universidad de Atenas y de la colección del departamento antropológico de la Institución Smithsonian refirió un solo cordal ectópico. En el maxilar, la ectopia más frecuente es la cavidad sinusal, mientras que en la mandíbula, con más espacio para la malposición, es la región condilar, subcondilar¹, rama ascendente mandibular² o la basal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Sanchisj@uv.es (J.M. Sanchis).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.02.001>

1130-0558/© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1 – Cordal en región subcondilar derecha.

mandibular inferior. Su etiología es desconocida y entre las manifestaciones clínicas destaca la tumefacción y el dolor. En la gran mayoría de los casos se asocia a la presencia de un quiste dentígero y la profundidad de la impactación plantea en la mayoría de los casos 2 dilemas: por una parte, intervenir o no y, por otra, realizar un abordaje intraoral o extraoral para su extracción quirúrgica.

Aportamos un caso de cordal mandibular en región subcondilar, asociado a quiste dentígero en el que se realizó la extracción mediante abordaje intraoral y revisión de la literatura más reciente.

Caso clínico

Mujer de 61 años que consulta por molestias y dolor inespecífico hemifacial derecho que ha cursado con varios episodios de tumefacción. No refiere dolor intenso, trismo, celulitis, absceso ni tampoco tumefacción importante de la zona. La exploración extraoral es normal, no se aprecia tumefacción, asimetría ni adenopatías regionales. A nivel intraoral no se observa ninguna lesión en la mucosa oral; hay una ausencia del 26 e implante dental en el 1.1. La ortopantomografía muestra la inclusión del 28 y 38 destacando la posición ectópica, en región subcondilar del 48. (fig. 1). La TC confirma la inclusión alta del cordal y la presencia de un lesión radiolúcida pericoronaria que expande la cortical mandibular adelgazándola, sugestiva de quiste dentígero (fig. 2). Bajo anestesia general se realizó la exodoncia del tercer molar incluido mediante una incisión intraoral en bayoneta sobre la línea oblicua externa. Tras despegamiento mucoperióstico y ostectomía, se identifica el molar incluido que se extrae, legrándose la cavidad quística. El resultado del estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de quiste dentígero. Tras 6 meses de seguimiento, la paciente se encuentra bien, con buena apertura bucal, sin dolor ni parestesia. (figs. 3 y 4).

Discusión

Hemos encontrado referidas en la literatura de los últimos años (1978-2014) 27 publicaciones que aportan un total de 31 casos de cordales ectópicos localizados en los alrededores de la región condilar y coronoides mandibular (tabla 1).

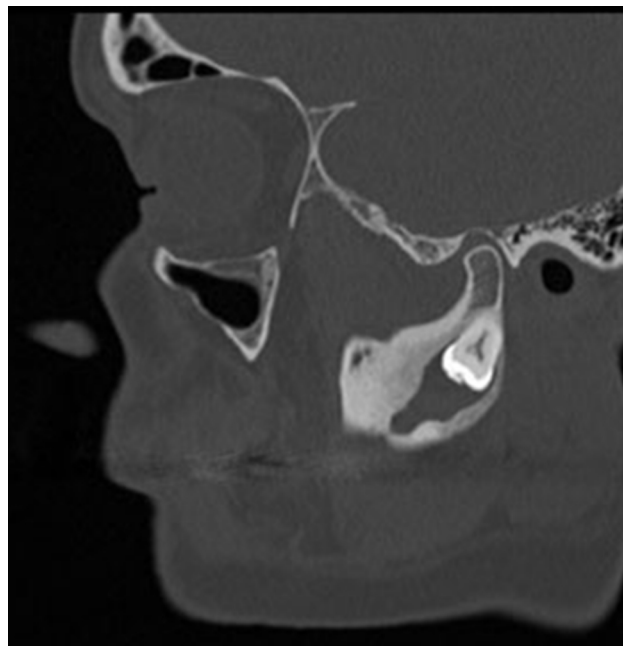


Figura 2 – TC con cordal y lesión.



Figura 3 – Ortopantomografía a los 6 meses.



Figura 4 – Vista clínica a los 6 meses.

Tabla 1 – Casos publicados de ectopias de terceros molares mandibulares

Nº	Autor	Edad	Sexo	Síntomas	Localización	Tratamiento
1	Szerlip, 1978	50	M	Trismo, dolor y tumefacción	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
2	Markowitz et al., 1979	23	M	Dolor facial atípico	Rama mandibular	Exodoncia quirúrgica intraoral
3	Markowitz et al., 1979	23	M	Asintomático	Rama mandibular	Exodoncia quirúrgica intraoral
4	Burton y Scheffer, 1980	57	M	Tumefacción dolorosa	Región condilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
5	Burton y Scheffer, 1980	57	M	Asintomático	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
6	Srivastava y Singh, 1982	40	M	Fístula preauricular	Región condilar	Tratamiento de la fístula
7	Comissionat y Missistrano, 1982	49	M	Tumefacción hemifacial	Rama ascendente mandibular	Exodoncia quirúrgica intraoral
8	Laino et al., 1988				Coronoides	
9	Chongruk, 1991	27	M	Asintomático	Coronoides	Sin tratamiento
10	Toranzo y Terrones, 1992	70	M	Hinchazón recurrente	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
11	Bux y Lisco, 1994 ¹¹	66	M	Trismo, dolor, tumefacción y fístula	Región condilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
12	Adams y Walton, 1996 ⁹	45	M	Molestias, mal sabor	Rama mandibular	Sin tratamiento
13	Keros y Susic, 1997	41	M			
14	Medici et al., 2001	41	M	Dolor, tumefacción preauricular	Región condilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
15	Tumer et al., 2002 ¹²	47	V	Dolor, hinchazón recurrente	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
16	Wassouf et al., 2003	49	M	Tumefacción dura y dolorosa en región maseterina	Región condilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
17	Suarez et al., 2003 ¹³	45	V	Dolor recurrente	Región condilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
18	Salmeron et al., 2007 ⁴	53	V	Dolor, tumefacción preauricular y trismo	Región condilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
19	Salmeron et al., 2007 ⁴	41	V	Tumefacción dura con dolor y fístula intraoral	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
20	Wang et al., 2008 ²	31	M	Dolor y tumefacción	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
21	Gadre y Wanknis, 2010 ¹⁵	30	M	Dolor y tumefacción preauricular	Región condilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
22	Gadre y Wanknis, 2010 ¹⁵	40	V	Dolor y tumefacción hemifacial	Región condilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
23	Bortoluzzi y Manfro, 2010 ⁶	64	M	Dolor y fístula preauricular	Región condilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
24	Pace et al., 2010 ¹⁰	53	V	Tumefacción eritematosa de la piel	Región condilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
25	Shivashankara et al., 2011 ⁸	45	V	Dolor, tumefacción y trismo	Región condilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
26	Kim, 2011 ³	70	V	Molestias en el área preauricular	Región condilar	Sin tratamiento
27	Proccci et al., 2011				Coronoides	Exodoncia quirúrgica intraoral
28	Iglesias et al., 2012 ¹	53	M	Dolor, tumefacción y trismo	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
29	Lambade et al., 2013 ⁷	35	M	Dolor, trismo y fístula preauricular	Región condilar	Exodoncia quirúrgica extraoral
30	Lee et al., 2013 ⁵	46	V	Tumefacción y dolor en región preauricular	Rama ascendente mandibular	Exodoncia quirúrgica intraoral
31	Bowman et al., 2014 ¹³	56	V	Tumefacción difusa preauricular	Región condilar	Exodoncia quirúrgica intraoral
32	Aportado por los autores, 2014	61	M	Tumefacción hemifacial	Región subcondilar	Exodoncia quirúrgica intraoral

La etiología de la ectopia de los terceros molares permanece desconocida, si bien se postulan varias teorías: un aberrante patrón eruptivo del germen del cordal que conllevaría un trastorno en su normal formación³⁻⁵; un traumatismo⁴ o un proceso patológico mandibular como un quiste o tumor que condicionara la erupción del germen del cordal. La teoría más probable es que la presencia de una lesión quística con el aumento de la presión intraluminal sea la causa de la ectopia^{1,3,5}. De hecho, la mayoría de los casos aportados por los autores se asocian, como en el nuestro, a la presencia de un quiste folicular.

La incidencia de este tipo de inclusiones es difícil de precisar ya que no existen series amplias que hagan referencia a la presencia de estas ectopias. La mayoría de los autores coincide en considerarlas inusuales aunque cabría esperar que muchas de ellas, asintomáticas, pasen desapercibidas o bien simplemente no sean referidas en la literatura. Solo tenemos la referencia del trabajo de Anagnostopoulou, sobre esqueletos secos estudiados, que la estimó en 1/500.

La ectopia es mucho más común en mujeres, ya que de los casos publicados (32 incluyendo el nuestro) el 66% fueron mujeres. La edad media de todos los casos fue de $46,9 \pm 12,8$

(entre 23 y 70 años). Aunque 3 de los pacientes descritos estaban asintomáticos, lo habitual es que la inclusión provoque algún tipo de molestia o dolor (69% de los pacientes), de forma recurrente y localizado preferentemente a nivel preauricular. Las molestias son recurrentes, pueden asociarse a la masticación³ y se acompañan en la mayoría de los casos de la presencia de tumefacción hemifacial de la zona preauricular afecta. Nuestra paciente refirió dolor y molestias inespecíficas en hemifacies derecha. En ocasiones, empiezan con fístula preauricular^{6,7}. Son más raros otros síntomas como fístula con salida de material purulento intraoral⁴, trismo^{1,4,8}, tumefacción dura⁹ o discreta tumefacción eritematosa de la piel del ángulo mandibular¹⁰.

El diagnóstico de las ectopias mandibulares se realiza a partir de los síntomas descritos mediante la obtención de una radiografía panorámica convencional que muestra la inclusión. No es raro que el diagnóstico se realice de forma casual. Aunque los casos más antiguos descritos en la literatura aportan solo una ortopantomografía, la mayoría de los autores realizan una TC para poder delimitar la existencia o no de un quiste asociado y su relación exacta con las corticales. La TC permite visualizar exactamente la posición del cordal y elaborar un plan de tratamiento. Aunque algunos casos publicados^{3,7} descartan la presencia de un quiste en el material obtenido tras la extracción del cordal, otros^{2,6,11} demuestran tejido de granulación compatible con quiste o bien son concluyentes en diagnosticar, mediante estudio anatómopatológico, la presencia de un quiste folicular.

El tratamiento de estas ectopias fue abstencionista en 4 de los 32 casos (12,5%) aportados en la [tabla 1](#); 2 de ellos fueron asintomáticos³ y un tercero⁹ presentó molestias inespecíficas que en el seguimiento fueron remitiendo. Según Kim³, la postura abstencionista con revisiones periódicas es la adecuada cuando el paciente tiene una elevada edad, no existan síntomas, ni evidencia de lesión quística.

En el resto de casos publicados (87,5%), como en el nuestro, fue precisa la intervención por infección y sintomatología aguda^{6,7} o presencia de lesión radiológica compatible con quiste folicular^{2,11}. La mayoría de los casos publicados fueron tratados por vía intraoral y solamente en 8 de ellos se describe la utilización de una vía extraoral. En 3 de los casos^{6,7,11} se decidió por una vía extraoral debido a la presencia de una gran infección de la zona y de una fístula a nivel preauricular. El acceso en estos casos se realiza mediante incisión de Hind⁸ o bien retromandibular, con despegamiento del músculo maseterino, osteotomía y acceso a la cavidad quística y cordal. En algún caso¹ fue precisa la colocación de una miniplaca de osteosíntesis para consolidar la zona subcondilar.

En el resto de los casos^{4,8,10,12,13}, se optó por el abordaje intraoral para evitar dañar estructuras básicas y poder mantener la integridad del cóndilo mandibular. Es la forma más usual de acceder a estos cordales, ya que minimiza la morbilidad de un acceso cutáneo, como la paresia del facial⁵. Como la localización de los cordales ectópicos es muy similar en todos los casos, la intervención se repite en la mayoría de ellos con una incisión en la línea oblicua externa mandibular y disección hasta la coronoides. Se han descrito pequeñas variaciones como el acceso o abordaje anteroparotideo trasmaseterino¹⁴ que intenta minimizar los daños del

nervio facial y lingual así como los riesgos de hemorragia. También se ha indicado¹⁵ la utilidad de la cirugía endoscópica en estos casos.

En nuestra paciente, tras la intervención realizada mediante abordaje intraoral hubo una completa remisión de la sintomatología y la paciente tras 6 meses del tratamiento permanecía asintomática, con buena apertura bucal y ninguna secuela.

Conclusiones

La existencia de cordales ectópicos en rama mandibular se asocia habitualmente con la presencia de un quiste folicular y su extracción se encuentra indicada en aquellos casos sintomáticos o con evidencia radiográfica de lesión quística en progresión. En caso de gran infección, fístula o participación cutánea, se prefiere el acceso extraoral. La vía de acceso principal, al objeto de evitar morbilidad, es la intraoral.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias F, Infante P, Torres E, Prats VE, Garcia-Perla A. Ectopic third molar in the mandibular condyle: A review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17:e1013-7.
2. Wang CC, Kok SH, Hou LT, Yang PJ, Lee JJ, Cheng SJ, et al. Ectopic mandibular third molar in the ramus región: report of a case and literatura review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;105:155-61.
3. Kim JS. Cone vean computed tomography findings of ectopic mandibular third molar in the mandibular condyle: Report of a case. *Imaging Sci Dent*. 2011;41:135-7.
4. Salmeron JI, del Amo A, Plasencia R, Pujol C, Vila CN. Ectopic third molar in condylar región. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008;37:398-400.
5. Lee YK, Park SS, Myoung H. Surgical extraction of mandibular third molar in pterygomandibular space: A case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2013;39:242-5.
6. Bortoluzzi MC, Manfro R. Treatment for ectopic third molar in the subcondylar región planned with cone beam computed tomography. A case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68:870-2.

7. Lambade P, Lambade D, Dolas SR, Virani N. Ectopic mandibular third molar leading to osteomyelitis of condyle: A case report with literatura review. *Oral Maxillofac Surg.* 2013;17:127-30.
8. Shivashankara C, Manjunatha BS, Tanveer A. Ectopic mandibular third molar in subcondylar región: Report of a rare case. *Oral Maxillofac Surg.* 2012;16:153-5.
9. Adams AM, Walton AG. Case report. Spontaneous regression of a radiolucency associated with an ectopic mandibular third molar. *Dentomaxillofac Radiol.* 1996;25:162-4.
10. Pace C, Holt D, Payne M. An unusual presentation of an ectopic third molar in the condylar región. *Australian Dent J.* 2010;55:325-7.
11. Bux P, Lisco V. Ectopic third molar associated with a dentigerous cyst in the subcondylar region: Report of case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52:630-2.
12. Tümer C, Eset AE, Atabek A. Ectopic impacted mandibular third molar in the subcondylar region associated with a dentigerous cyst: A case report. *Quintessence Int.* 2002;33:231-3.
13. Gadre KS, Wakis P. Intraoral removal ectopic third molar in the mandibular condyle. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:292-307.
14. Bowman J, O'Regan B, Bhipal S. Transmaseteric anter-parotid approach: A technique adaptation for ectopic subcondylar third molar removal and associated dentigerous cyst enucleation. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2014;52, e7:e8.
15. Suarez-Cunqueiro MM, Schoen R, Schramm A, Gellrich NC, Schmelzeisen R. Endoscopic approach to removal an ectopic mandibular third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003;41:340-2.