

DIAGNÓSTICO E INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS **TERCEROS MOLARES**

Actualización 2023



GUÍA PRÁCTICA



SECIB

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

¿Por qué redactar esta Guía de Práctica Clínica actualizada?

La decisión de confeccionar una GPC en relación con la patología del tercer molar viene avalada por varios aspectos:

- La existencia de grupos con contrastada experiencia dentro de la Sociedad para abordar con garantías este proyecto.
- La importancia clínica del área, donde no son pocos los pacientes que acuden a la consulta dental con este problema clínico.
- La aparición en los últimos años de una importante evidencia científica en este ámbito (la patología del tercer molar) que ha producido distintos cambios en el paradigma de su enfoque.
- La generación de evidencia de la máxima calidad, mediante el formato de GPC, en detrimento de otros documentos generados a partir de la evidencia, busca generar evidencia de la máxima calidad posible y mayor reconocimiento entre los distintos actores científico-sanitarios a nivel nacional e internacional.

Todos estos son factores a considerar para potenciar la preparación de documentos que actualicen y clarifiquen el estado del arte y la ciencia actual dirigida a los profesionales y a los pacientes, dando así carta de naturaleza al presente proyecto.

* Este documento es un resumen breve de la Guía "DIAGNÓSTICO E INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES (Actualización 2023)" EDITADO POR MEDICINA ORAL S.L. C.I.F. B 96689336.

Autores

- **Profa. Dra. María Ángeles Sánchez Garcés.** MD, DDS, MS, PhD, EBOS. Profesora agregada de Cirugía Bucal. Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Investigadora del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial» del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Coordinadora del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.
- **Profa. Dra. María Peñarrocha Diago.** MD, DDS, MS, PhD. Profesora titular de Cirugía Bucal. Directora del Máster en Cirugía Oral. Universitat de València. València (España). Investigadora del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial» del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Miembro del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.
- **Prof. Dr. Rui Figueiredo.** DDS, MS, PhD. Profesor agregado de Cirugía Bucal. Coordinador del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Investigador del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial» del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Miembro del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.
- **Dra. Alba Sánchez Torres.** DDS, MS, PhD. Profesora agregada de Cirugía Bucal. Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Investigadora del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial » del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Miembro del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.
- **Dr. Octavi Camps Font.** DDS, MS, PhD. Profesor agregado de Cirugía Bucal. Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Investigador del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial » del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Miembro del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.

- **Dr. Jorge Toledano Serrabona.** DDS, MS, PhD. Profesor asociado de Cirugía Bucal. Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Investigador del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial » del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Miembro del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.
- **Lda. Gemma Sanmartí García.** DDS, MS. Profesora asociada de Cirugía Bucal. Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Investigadora del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial » del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Miembro del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.
- **Lda. Erika Vegas Bustamante.** DDS, MS. Profesora asociada de Cirugía Bucal. Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Investigadora del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial » del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Miembro del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Terceros Molares.

Revisores Externos

- **Prof. Dr. Cosme Gay Escoda.** MD, DDS, MS, PhD, EBOS, OMFS. Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Director del Máster en Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial (EHFRE International University/ FUCSO). Fundador/ investigador del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial» del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). Director del Departamento de Cirugía Bucal, Implantología y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona (España).
- **Prof. Dr. Eduard Valmaseda Castellón.** DDS, MS, PhD. EBOS. Catedrático de Cirugía Bucal. Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universidad de Barcelona. Barcelona (España). Coordinador/ investigador del grupo «Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial» del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL).

Sobre la metodología de trabajo

El grupo de autores ha realizado esta GPC para proporcionar un instrumento útil a la hora de tomar decisiones clínicas. Para ello, el documento ha seguido un riguroso proceso metodológico basado en las indicaciones del documento “E elaboración de Guías de Prácticas Clínicas en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico” y las recomendaciones disponibles en Guía Salud (1), y “Actualización de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud” (2). Asimismo, se ha revisado la bibliografía científica disponible hasta enero de 2023, siguiendo las estrategias de búsqueda incluidas en el anexo 1.2. Además, para cada problema clínico planteado, se confeccionó una ficha de trabajo de elaboración propia en la que se fueron detallando los siguientes aspectos:

Parte 1: Duda clínica

Cuestión sobre la que los autores formulan la pregunta clínica y que surge del conocimiento experto en la materia y de la experiencia profesional de cada uno de ellos.

Parte 2: Pregunta PICO

Pregunta que plantea el problema clínico y que queda estructurada de tal forma que incorpora al Paciente (o población diana a la que se dirige la intervención), la Intervención/Comparación (intervención medida como comparación o no con otra que se realiza) y Outcome (resultado esperado al aplicar la intervención señalada).

Parte 3: Introducción

Redactado en el que se expone el conocimiento científico que existe en relación con la patología concreta sobre la duda clínica planteada, acompañada de la pregunta PICO y la recomendación.

Parte 4: Tipo de pregunta

Clasificación del tipo de pregunta a partir de las siguientes posibilidades: epidemiológica/etiológica, diagnóstica, terapéutica o pronóstica.

Parte 5: Metodología utilizada

En este apartado se describe la metodología específica y concreta de búsqueda bibliográfica a partir de: a) búsquedas en bases de datos como MEDLINE/ PubMed, Biblioteca Cochrane, etc.; b) el encabezamiento de materia con los términos de búsqueda y los operadores booleanos (AND, OR, NOT), así como el uso de las palabras claves, Emtree y MeSH, y c) los resultados de la búsqueda indexando todas la referencias bibliográficas.

Parte 6: Evaluación y síntesis de la evidencia

Aquí se lista el resultado de la evaluación de cada uno de los estudios referenciados en el apartado anterior. El análisis abordado determina la calidad de la evidencia científica en la que vamos a basar las recomendaciones que se hagan y que posteriormente será necesario conocer para definir la “fuerza” de la recomendación. Para llevar a cabo el análisis, utilizaremos plantillas de verificación o checklists de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), para evaluar el ensayo clínico aleatorizado (ECA), las revisiones sistemáticas y metaanálisis, los estudios de cohortes, los estudios de casos y controles, los estudios de pruebas diagnósticas y evaluaciones económicas; las fichas OSTEBA, para evaluar series de casos, y el AGREE, para evaluar las GPC.

Parte 7: Elaboración de las conclusiones

En este último punto se incluyen las recomendaciones que el grupo formula a la pregunta clínica PICO inicial añadiendo o eliminando algunas de ellas, según la evidencia encontrada en el periodo de actualización evaluado, así como la gradación de dicha recomendación. Los instrumentos en los que los autores se han apoyado para efectuar dicha recomendación (evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de la recomendación) se denominan SIGN, del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (CEBM, por sus siglas en inglés), y son concretamente dos los que se han utilizado: el SIGN Modificado, para las preguntas sobre diagnóstico, y el SIGN, para el resto de preguntas (tratamiento, pronóstico, etiología, etc.).

Tras catalogar cada una de las evidencias encontradas, que responden a una pregunta PICO, les otorgamos un grado de recomendación, que se clasifica con letras A, B, C o D y cuyo significado es el siguiente:

- A-** Se basa al menos en un metaanálisis, en una revisión sistemática, en un ensayo clínico 1++ o en un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y de gran consistencia entre ellos.
- B-** Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o de evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
- C-** Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o de evidencia científica extrapolada desde estudio clasificados como 2++.
- D-** Evidencia científica de nivel 3 o 4, o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Parte 8: Recomendaciones para investigaciones futuras

En el proceso de elaboración de una GPC, se identifican lagunas en el conocimiento por lo que los autores pueden considerar necesario recomendar líneas de futuras investigaciones, si se consideran relevantes para pacientes y profesionales. En nuestro caso, estas propuestas pretenden ser lo más concretas posibles para que sean útiles y comprensibles para futuros proyectos de investigación.

Alcance y objetivos

Antecedentes

La extracción del 3M es la intervención quirúrgica más común en el ámbito de la Cirugía Bucal. Por ello, la intención de la SECIB es elaborar una GPC que proporcione recomendaciones para la buena práctica clínica, basadas en la mejor evidencia científica disponible, en concreto sobre las indicaciones y los criterios de diagnóstico clínico y radiológico de los pacientes que presenten 3Ms. Los principales objetivos de la GPC son promover la uniformidad entre los distintos profesionales sanitarios en el ámbito de la Odontología respecto de

la necesidad de tratamiento para prevenir complicaciones y mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

Necesidad de una guía

Los 3Ms que se encuentran erupcionados o incluidos/impactados son extremadamente frecuentes en la población general y pueden ser la causa de diferentes complicaciones. Entre ellas cabe destacar la infección, la patología periodontal, la caries del 2M y 3M, la reabsorción radicular, los quistes y los tumores asociados. En los casos en los que existe clínica evidente o cuando son asintomáticos con presencia de patología, la indicación de extracción está generalmente aceptada (1-8).

Sin embargo, existe controversia respecto a la extracción de los 3Ms erupcionados o incluidos/impactados asintomáticos y libres de patología dada la morbilidad de la propia intervención quirúrgica o la posibilidad de complicaciones futuras (si se decide no realizar su extracción). Esto depende, entre otros factores, de la edad, del género, de la técnica quirúrgica, de las relaciones anatómicas, el estado de salud general, además de las preferencias y el estilo de vida del paciente (1,9-12).

Se han publicado otras GPCs de amplia aceptación, aunque no todas están actualizadas. A pesar de que en general se consultan las mismas fuentes bibliográficas, la interpretación de los resultados muestra algunas diferencias (13-25).

Ante la necesidad de actualizar la evidencia científica de esta GPC elaborada en nuestro país, la SECIB pretende adaptar los diferentes aspectos evaluados sobre los 3Ms erupcionados o incluidos/impactados presentes en otras GPC, adecuándolas al ámbito nacional. La intención es obtener un documento que pueda ayudar en el diagnóstico y en las indicaciones terapéuticas según las distintas situaciones clínicas, identificando qué pacientes pueden beneficiarse de la extracción quirúrgica o cuándo esta no es necesaria.

Población Diana

Esta GPC va dirigida a la población adolescente y adulta con 3Ms erupcionados o incluidos/impactados asociados o no a patología. No obstante, ningún grupo específico de pacientes que presente al menos un 3M queda excluido de esta GPC.

Los objetivos de esta guía son, en primer, establecer cuáles son las indicaciones de las pruebas complementarias para elaborar un diagnóstico correcto, cuáles son las pruebas radiológicas imprescindibles para afrontar la extracción de un 3M, así como valorar en qué ocasiones es necesario un estudio radiológico tomográfico. En segundo lugar, destacar los signos de riesgo que pueden ser útiles para la prevención de posibles complicaciones quirúrgicas o clínicas, así como establecer las indicaciones para la extracción en los casos de inclusión asintomática y/o sin patología. Y, en tercer lugar, conocer si está o no indicada una coronectomía y cuándo se puede efectuar en casos con elevado riesgo de complicaciones nerviosas.

En esta ocasión, no se aborda la técnica quirúrgica según la morfología y posición del 3M, según la patología asociada de los 3Ms, como quistes y tumores de los 3Ms ni según sus complicaciones posoperatorias. Tampoco se recogen las consideraciones respecto del tratamiento farmacológico de la patología infecciosa vinculada a la pericoronaritis o al tratamiento posoperatorio del dolor o la inflamación.

Ámbito Asistencial

Entre sus asociados, la SECIB cuenta con profesionales de la Odontología y Estomatología, ya sean generalistas o especialistas, que ejercen la Cirugía Bucal en centros universitarios, clínicas dentales, centros de atención primaria u hospitales, tanto del ámbito público como privado. Sin embargo, la presente guía va dirigida a sus asociados, así como a otros profesionales que realicen o no este tipo de intervenciones quirúrgicas fuera del ámbito de influencia de la citada sociedad.

La consulta de esta GPC debería servir para ayudar a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas que promuevan la excelencia. Así, pues, la aplicación de sus recomendaciones, basadas en la evidencia científica, persigue ofrecer el mayor beneficio a sus pacientes y facilitarles la información necesaria que les ayude a tomar una decisión terapéutica consensuada con su dentista. También pretende valorar la relación coste-beneficio del tratamiento elegido.

Descripción del proceso y Preguntas Pico analizadas

La GPC valora las indicaciones de tratamiento en casos asintomáticos con o sin patología asociada, además de las indicaciones en los casos con sintomatología y/o patología asociada, así como los factores clínicos y radiológicos implicados en el diagnóstico y planificación del tratamiento de los 3Ms. Asimismo, propone las pruebas diagnósticas complementarias que deben aplicarse en cada caso, especialmente en la decisión de efectuar una TC para valorar el riesgo de aparición de complicaciones quirúrgicas.

Para alcanzar estos objetivos, se han planteado las siguientes preguntas clínicas:

Preguntas clínicas sobre indicaciones y terapéutica:

- ¿En qué pacientes con 3Ms que presentan patología asociada (pericoronaritis, quistes, caries distal del 2M, patología periodontal del 2M, fractura mandibular) se obtienen menos complicaciones al realizar la extracción o manteniendo una actitud terapéutica conservadora (controles clínicos y radiográficos)?
- ¿En pacientes con 3Ms que deben extraerse, qué criterios clínicos y radiológicos se correlacionan con un bajo grado de dificultad quirúrgica respecto a los que, previsiblemente, pueden orientarse hacia un alto grado de dificultad?
- ¿Extraer el 3M aporta mayores beneficios en la resolución del apiñamiento dentario anterior que una actitud terapéutica conservadora?
- ¿En pacientes sin apiñamiento anterior, extraer el 3M contribuye al mantenimiento de la alineación dentaria?
- ¿Los pacientes con un 3M en inclusión intraósea total, asintomático y libre de patología, se benefician de la extracción?

- ¿Qué pautas de seguimiento hay que recomendar a los pacientes con 3Ms en inclusión intraósea total a los que no se les efectua la extracción para evitar complicaciones?

Preguntas clínicas sobre pronóstico:

- ¿Los pacientes con 3Ms incluidos y un alto desarrollo radicular presentan mayor morbilidad posoperatoria que en los que el desarrollo radicular es menor?
- ¿Los pacientes con un sondaje periodontal ≥ 4 mm por distal del 2M a los que se les puede haber extraído el 3M tienen mayor incidencia de enfermedad periodontal generalizada, comparado con los que tienen un sondaje periodontal menor de 4 mm?
- ¿A los pacientes con 3Ms, portadores de prótesis dental (fija, removible o implantosoportada) o a los que se les va a colocar una, es recomendable extraerles los 3Ms para prevenir la posible morbilidad asociada respecto de aquellos a los que no se les extraen?
- ¿En los pacientes sometidos a la extracción del 3M, la presencia de factores de riesgo influye en su calidad de vida posoperatoria?
- ¿Los pacientes con 3M, asintomáticos y sin patología, se benefician de la extracción en comparación con la abstención?
- ¿Influye la edad (ser mayor o menor de 25 años) en la aparición de morbilidad asociada a la extracción del 3M?
- ¿Los pacientes con 3Ms presentan distinto grado de sintomatología en relación con la posición del 3M?
- ¿El estado de salud general de los pacientes con 3Ms influye en la decisión de extracción con el fin de evitar complicaciones?
- ¿En los pacientes con alto riesgo de lesión intraoperatoria del NDI, la coronectomía proporciona una menor morbilidad que la extracción completa del 3M?

Preguntas clínicas sobre diagnóstico:

- ¿Cuáles son las pruebas radiológicas mínimas exigibles para el diagnóstico del 3M?
 - a. ¿En qué casos hay que pedir una TC?
 - b. ¿Qué signos radiológicos son indicadores de riesgo de lesión del NDI?
 - c. ¿En qué casos es suficiente una ortopantomografía para diagnosticar la posición y el grado de dificultad de la extracción del 3M?
- ¿Qué criterios influyen en el grado de dificultad para extraer el 3M?
 - a. ¿Cuál es la clasificación de la posición y de las características del 3M que se correlacionan mejor con el grado de dificultad de su extracción?
 - b. ¿Qué factores clínicos y radiológicos aumentan la dificultad operatoria para extraer un 3M?
 - c. ¿Existen criterios clínicos, radiológicos y operatorios relacionados con el grado de dificultad quirúrgica en los pacientes con indicación de extracción del 3M (menor tiempo operatorio y baja morbilidad)?

Preguntas clínicas sobre la relación coste-beneficio:

- ¿Cuánto varían los costes económicos de la extracción del 3M según donde se atienda al paciente (atención primaria versus atención hospitalaria)?
- ¿Cuánto varían los costes económicos de la extracción del 3M en relación con la formación del profesional (generalista o especializada)?
- ¿Cuánto varía la relación coste-beneficio de la extracción profiláctica del 3M frente a la abstención terapéutica basada en controles clínicos y radiográficos periódicos?

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

P1: *¿En qué pacientes con terceros molares (3Ms) que presentan patología asociada (pericoronaritis, quistes, caries en la cara distal del segundo molar (2M), patología periodontal del 2M, fractura mandibular, etc.) se obtiene mejor evolución clínica (menos complicaciones) cuando se realiza la extracción o cuando se lleva a cabo una actitud terapéutica conservadora (controles clínicos y radiológicos)?*



Los artículos consultados para actualizar el conocimiento publicado en guías precedentes carecen de calidad metodológica y de consistencia científica, y son insuficientes en número. Existen muchos factores de confusión que afectan a la elaboración de las conclusiones.

- Debido a que existe un aumento de morbilidad bien documentada asociada a los 3Ms incluidos/ impactados (caries no restaurable, fractura, infección, patología periodontal, pericoronaritis de repetición, quistes y tumores), si aparece patología, está indicada su extracción.

Grado de recomendación: D.

- En los casos en los que no exista infección u otra patología asociada, no está indicada su extracción.

Grado de recomendación: A.

- La extracción de un 3M con signos y/o síntomas de enfermedad periodontal mejora la salud periodontal del 2M.

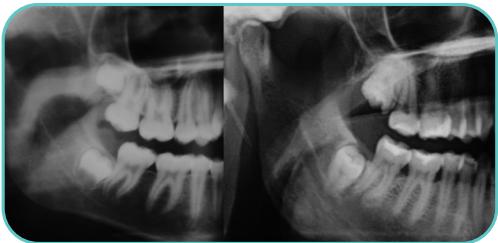
Grado de recomendación: B.

- La calidad de vida posoperatoria de los pacientes con 3Ms sintomáticos y con patología mejora tras la extracción quirúrgica.

Grado de recomendación: D.



P2: *¿En los pacientes con un 3M incluido y un alto desarrollo radicular presentan distinta morbilidad posoperatoria que en los que el desarrollo radicular es menor?*



Los artículos consultados para la actualización del conocimiento publicado en guías precedentes, carecen de calidad metodológica y de consistencia científica, y son insuficientes en número. Aún así, se puede concluir que el grado de desarrollo radicular no se asocia a un mayor riesgo de complicaciones posoperatorias ni influye en el período de recuperación. La única complicación que se ve incrementada con el aumento del grado de desarrollo radicular es la lesión del nervio dentario inferior.

- Los autores consideran que la frecuencia de complicaciones al extraer el 3M con los ápices cerrados es mayor a las efectuadas cuando el desarrollo radicular es incompleto (ápices abiertos), a la vez que condicionan claramente la evolución y la calidad de vida posoperatoria.

Grado de recomendación: D.

- Los 3Ms superiores con un grado de desarrollo radicular completo y los de desarrollo radicular inferior a la mitad, se asocian a una mayor frecuencia de comunicaciones bucosinusales posoperatorias.

Grado de recomendación: D.

P3: *¿Existen criterios clínicos y radiológicos preoperatorios que se relacionen con el grado de dificultad quirúrgica en los pacientes con indicación de extracción del 3M (bajo tiempo operatorio y baja morbilidad)?*



- Debido a que existe evidencia sobre la relación de determinados factores radiológicos en la estimación del grado de dificultad quirúrgica, es necesario realizar como mínimo una ortopantomografía a todos los pacientes para poder evaluar con detenimiento la morfología del 3M y su posición respecto de las estructuras anatómicas vecinas. Las principales variables radiológicas más relacionadas con la dificultad quirúrgica han sido la posición del 3M, la profundidad de la inclusión, la relación con el 2M y el número, morfología y curvatura de las raíces.

Grado de recomendación: A.

- El curso posoperatorio es peor cuanto mayor es la dificultad quirúrgica. Asimismo, la tasa de complicaciones es mayor en los 3Ms de dificultad elevada y moderada.

Grado de recomendación A.

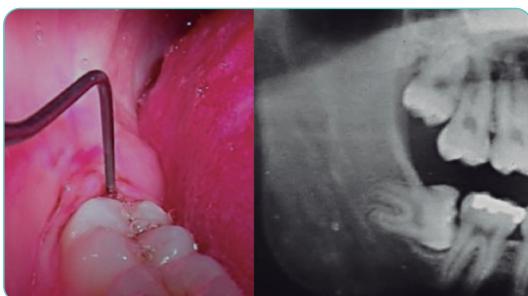
- Las variables demográficas que se han relacionados con una mayor dificultad para la extracción de los 3M son la edad del paciente y un índice de masa corporal elevado (sobrepeso). El sobrepeso puede afectar negativamente a la visibilidad del área de intervención, ya que se dificulta al presentar un grosor mayor de las mejillas.

Grado de recomendación: B.

- Una abertura bucal máxima menor de 45 mm dificulta la cirugía de extracción del 3M.

Grado de recomendación: B.

P4: ¿Los pacientes con un sondaje periodontal de 4 mm o más por distal del 2M a los que se les ha extraído (o no) el 3M tienen más incidencia de enfermedad periodontal generalizada, comparado con los que tienen un sondaje periodontal de menos de 4 mm?



- Según la bibliografía consultada, hay una evidencia insuficiente para determinar que un sondaje periodontal ≥ 4 mm en las regiones de los 3Ms se relacione con una mayor incidencia de periodontitis generalizada.

Grado de recomendación: D.

P5: *¿La extracción del 3M produce mayores beneficios en la resolución del apiñamiento dental anterior (con o sin tratamiento ortodóncico) que una actitud terapéutica conservadora?*

- La extracción de los 3Ms para prevenir, limitar o resolver el grado de apiñamiento dental antero-inferior no queda justificada, ya que la evidencia disponible indica que no hay una relación causa-efecto.



Grado de recomendación: C.

P6: *¿En pacientes sin apiñamiento dental anterior, la extracción del 3M contribuye al mantenimiento de la alineación de los dientes anteroinferiores?*

- Tras finalizar el tratamiento ortodóncico, la extracción de los 3Ms no queda justificada como prevención de la recidiva de la maloclusión en el sector anteroinferior.

Grado de recomendación: B.

P7: *¿Los pacientes portadores de una prótesis dentaria a los que se les extrae el 3M presentan una mayor morbilidad asociada que aquellos a los que no se les extraen?*

- No hay datos en la bibliografía que permitan formular una recomendación

DIAGNÓSTICO E INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS
TERCEROS MOLARES

Pag. 17

sobre la morbilidad asociada a la extracción de un 3M o a la abstención terapéutica, en pacientes portadores de prótesis dentarias.

- Los 3Ms erupcionados pueden utilizarse como pilares de prótesis fijas o removibles.

Grado de recomendación: D.

P8: *¿En los pacientes sometidos a la extracción del 3M, la presencia de que factores de riesgo influyen en su calidad de vida posoperatoria?*

- Factores demográficos como la edad mayor de 21 años y el género femenino prolongan el tiempo de recuperación de la calidad de vida tras la extracción de los 3Ms.



©foto: @Racool_studio

Grado de recomendación: C.

P9: *¿Los pacientes con 3Ms sin patología asociada se benefician de su extracción en comparación con la abstención?*

- Existe suficiente evidencia clínica a favor de la abstención terapéutica en el caso de 3Ms total o parcialmente incluidos o impactados asintomáticos y libres de patología.



Grado de recomendación: B.

P10: *¿Es la edad (más o menos de 25 años) un factor relacionado con la aparición de morbilidad asociada a la extracción del 3M?*

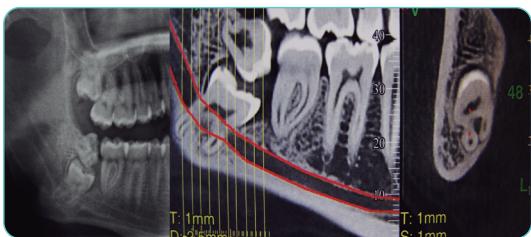
- La edad implica un aumento del riesgo local y general de la aparición de complicaciones asociadas a la exodoncia, pero no justifica la extracción profiláctica de los 3Ms asintomáticos y libres de patología. No obstante, debe tenerse en cuenta que a más edad, mayor es la probabilidad de complicaciones intra y posoperatorias de los 3Ms incluidos o impactados, por el riesgo asociado que ocasionarán las comorbilidades del paciente.



©foto: @prostoleh

Grado de recomendación: D.

P11: *¿Los pacientes con un 3M en inclusión intraósea total se benefician de la extracción? ¿Cuáles son las pautas a seguir en los pacientes con 3Ms en inclusión intraósea total en los que no se realiza la extracción para evitar las complicaciones?*



- La decisión de extraer un 3M asintomático y sin patología totalmente intraóseo deberá evaluarse en cada caso, valorando riesgos y beneficios, así como la opinión del propio paciente.

Grado de recomendación: B.

- Los 3Ms asintomáticos y libres de patología totalmente intraósitos en los que se decida la abstención terapéutica deberán ser sometidos a un proceso de vigilancia activa o monitorización a lo largo de toda la vida del paciente (control clínico y radiográfico), para detectar la posible aparición de patologías.

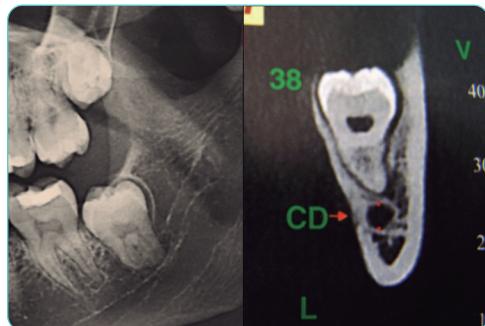
Grado de recomendación: A.

P12: ¿En los pacientes con un 3M incluido, ¿cuándo se recomienda la realización de una tomografía computarizada (TC) para prevenir las complicaciones clínicas y/o quirúrgicas?

- La TC no está indicada de forma rutinaria en los casos de extracción de los 3Ms incluidos.

Grado de recomendación: A.

- La Tomografía Computarizada de Haz Cónico (TCHC) no parece reducir el riesgo de lesiones del nervio dentario inferior respecto a emplear tan solo una ortopantomografía para el diagnóstico. No obstante, la TCHC resulta útil para determinar las relaciones entre el 3M y el conducto dentario inferior (CDI) y, puede ser útil para la indicación y la planificación de la cirugía.

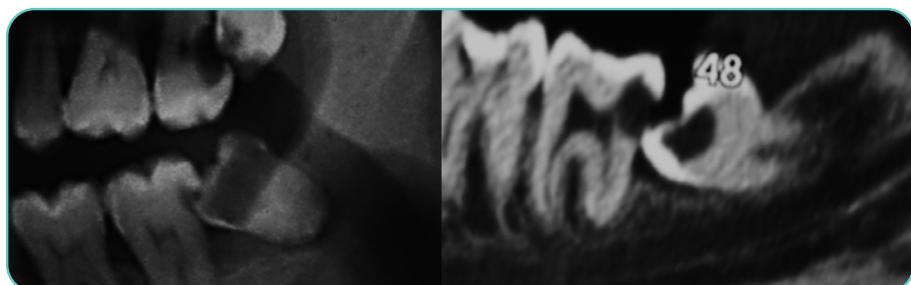


Grado de recomendación: B.

- La TC no está indicada de forma rutinaria en los casos de coronectomía de los 3Ms incluidos.

Grado de recomendación: D.

P13: ¿En qué pacientes puede relacionarse la posición del 3M con la posibilidad de que en el futuro aparezca sintomatología clínica o presencia de patología respecto a los que permanecen asintomáticos?



- Los 3Ms en posición vertical o distoangular, parcialmente cubiertos de tejidos blandos y próximos al plano oclusal, tienen mayor riesgo de desarrollar pericoronaritis, por lo que estaría indicada su exodoncia profiláctica.

Grado de recomendación: C.

- En los casos de 3Ms en posición horizontal o mesioangular severa en pacientes entre 25-30 años de edad, la extracción profiláctica estaría indicada para evitar el daño periodontal en la cara distal del 2M y las secuelas posquirúrgicas que ocurren si se extrae después de esta edad.

Grado de recomendación: B.

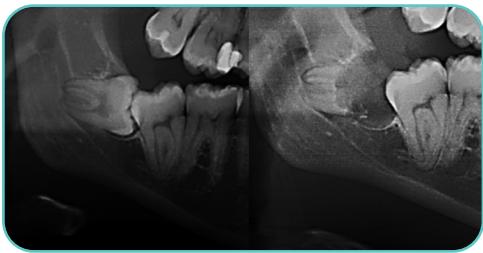
- En los 3Ms parcial o totalmente erupcionados, en posición mesioangular u horizontal, estaría indicada su exodoncia profiláctica dada la mayor frecuencia de caries en la cara distal del 2M.

Grado de recomendación: C.

- No está indicada la extracción profiláctica de los 3Ms impactados en pacientes con alto riesgo de fractura mandibular (deportes de contacto, por ejemplo), a pesar de que la presencia de los cordales aumente el riesgo de fracturas del ángulo mandibular, dado que su ausencia aumenta el riesgo de fracturas del cóndilo mandibular.

Grado de recomendación: C.

P14: ¿En los pacientes con alto riesgo de lesión intraoperatoria del nervio dentario inferior (NDI), la coronectomía tiene menos morbilidad que la extracción completa del 3M?



- En los casos de 3Ms mandibulares identificados preoperatoriamente como de alto riesgo de lesión del NDI, la técnica de la coronectomía (eliminar completamente la corona del 3M y dejar de forma intencionada la raíz del diente) reduce la incidencia de las referidas lesiones.

Grado de recomendación: B.

- Efectuar una coronectomía no aumenta significativamente el riesgo de presentar complicaciones posoperatorias como alveolitis seca, infecciones posoperatorias o dolor en comparación con la extracción completa de un 3M mandibular.

Grado de recomendación: B.

- Es frecuente observar una migración coronal del resto radicular del 3M tras efectuar una coronectomía, sobretodo durante el primer año y en pacientes jóvenes. Esta migración puede obligar a la extracción de la raíz en un reducido porcentaje de casos. Por este motivo, es recomendable efectuar un seguimiento clínico y radiológico de los pacientes.

Grado de recomendación: B.

P15: *¿Qué variación de los costes económicos tiene la extracción del 3M en relación con el nivel donde se produce la atención del paciente (atención primaria versus atención hospitalaria)?*

- El coste general es mayor en el ámbito hospitalario, ya que se dispone de más personal sanitario. Además, en ocasiones la intervención quirúrgica se efectúa bajo sedación o anestesia general, y es necesario que el paciente se traslade hasta el hospital, generalmente más alejado que el centro de atención primaria.



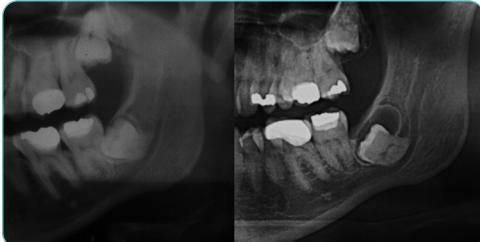
Grado de recomendación: C.

P16: *¿Qué variación de los costes económicos tiene la extracción del 3M en relación con la formación del profesional (generalista o especializada)?*

- No disponemos de suficientes artículos para elaborar conclusiones definitivas sobre esta pregunta PICO.

P17: *¿Qué variación en el coste-beneficio tiene la extracción profiláctica del 3M versus a la abstención terapéutica basada en controles clínicos y radiográficos periódicos?*

- La abstención terapéutica con controles clínicos y radiográficos periódicos supera, a corto y medio plazo, a la extracción profiláctica, ya que evita una intervención innecesaria que puede ocasionar molestias, algunos días de discapacidad, complicaciones intra o posoperatorias y un gasto innecesario.



Grado de recomendación: B.

- Sin embargo, debería considerarse la extracción profiláctica, indicada según el riesgo individual de patología y/o sintomatología durante el periodo de seguimiento o la necesidad de un tratamiento médico que posteriormente contraindique el procedimiento o bien aumente el riesgo de complicaciones. Esta toma de decisiones debería revalorarse en cada visita durante el seguimiento clínico y radiológico.

Grado de recomendación: A.

- Es importante valorar individualmente el riesgo de aparición de patología. Los pacientes con más probabilidad de desarrollar pericoronaritis, enfermedad periodontal y caries deben someterse a la extracción profiláctica, ya que es la opción más costo-efectiva en estos casos.

Grado de recomendación: B.

DIAGNÓSTICO E INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS
TERCEROS MOLARES

Pag. 23



SECIB

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL



SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

DIAGNÓSTICO E INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS
TERCEROS MOLARES

Pag. 25

Autores de esta Guía Práctica:

M^a Angels Sánchez Garcés.
Universidad de Barcelona.

Daniel Torres Lagares.
Universidad de Sevilla.

