

Distomolares en posición ectópica (*kissing molars*): reporte de un caso.

Distomolars in ectopic position (kissing molars): report of one case.

Ana Isabel Soto Nuño,* Arturo Soto Quijada**

RESUMEN

Introducción: El término *kissing molars* se traduce como «dientes besándose»; superficies oclusales de dos molares retenidos están en contacto una con otra en espacio folicular único y raíces en dirección contraria. Literatura científica ha reportado 44 casos. Cuartos molares o distomolares, supernumerarios que se forman distalmente a terceros molares; tamaño y forma variable, generalmente retenidos. **Caso clínico:** Femenino de 32 años con molestias en zona retromolar inferior izquierda, limitación de apertura, *trismus*, disfagia. En ortopantomografía, se observa cuarto molar retenido junto con tercer molar, superficies oclusales de ambos órganos dentarios retenidos en íntimo contacto dentro de un mismo saco folicular, raíces en dirección opuesta. **Discusión:** Existe controversia acerca de diferencia entre molares retenidos y KM, algunos autores sugieren que la ausencia de contacto entre dos molares retenidos no permite incluirlos en esta condición. Etiología aún incierta, algunos lo consideran como un evento aislado. Existe una teoría en relación con la formación de quiste dentígero; resorción ósea causada por presencia y expansión de éste, resulta en pérdida de hueso en zona mesial de molares retenidos facilitando movilización, inclinación y contacto uno con otro.

Palabras clave: *Kissing molars*, diente supernumerario, cuarto molar, distomolar, retenido.

ABSTRACT

Introduction: The term *kissing molars* is used when the occlusal surfaces of two retained molars are in intimate contact inside the same follicular sack and roots in opposite direction. Literature has reported 44 cases. Fourth molars, also known as distomolars, are a supernumerary tooth that grows distally to third molars; size and shape are variable, generally retained. **Case report:** Female 32 years old, pain in the left inferior retromolar zone, *trismus*, dysphagia. Fourth and third retained molars, with occlusal surfaces in contact, inside the same follicular sack, roots in opposite direction are observed in orthopantomography. **Discussion:** There is controversy about the difference between retained molars and KM, some authors suggest that the absence of contact between two retained molars, does not allow to include them in this condition. Etiology still unknown. Dentigerous cyst formation theory is proposed due to the bone resorption in the mesial zone of retained molars in this entity, which facilitates mobilization and contact between molars.

Key words: *Kissing molars*, supernumerary tooth, fourth molar, distomolar, retained.

INTRODUCCIÓN

El término diente supernumerario (DS) se atribuye a aquél que es adicional a la fórmula dental normal. Más del 90% de todos los DS se presentan en el maxilar. Los más comunes, en orden de frecuencia, son los que se presentan en la línea media maxilar (*mesiodens*) representando el 80% de todos los dientes supernumerarios,

después se presentan los cuartos molares superiores, paramolares superiores, premolares inferiores, incisivos laterales superiores, cuartos molares inferiores y premolares superiores. Generalmente, los dientes supernumerarios son asintomáticos, siendo encontrados en evaluaciones radiográficas de rutina.¹

La etiología del DS aún no ha sido bien definida. Se han sugerido procesos filogenéticos de atavismo, dicotomías del germen dentario, factores genéticos, ambientales y hereditarios. Una hiperactividad de la lámina dental es la teoría más aceptada sobre la formación de estos dientes supernumerarios.²

Los cuartos molares o distomolares se sitúan distalmente a los terceros molares, tienen forma y tamaño va-

* Cirujano Dentista, Facultad de Odontología, UAEMéx.

** Especialista en Estomatología Pediátrica, adscrito al Centro de Especialidades Odontológicas, IMIEM.

Recibido: 21 Julio 2017. Aceptado para publicación: 18 Noviembre 2018.

riables y normalmente están retenidos. En raras ocasiones erupcionan dentro de la cavidad bucal y comúnmente se descubren en las radiografías.^{3,4}

Cuando las superficies oclusales de dos molares retenidos se encuentran en íntimo contacto dentro de un mismo saco folicular y las raíces están en dirección contraria se les denomina en inglés *kissing molars* («dientes besándose»).⁴⁻⁶

R.F. Van Hoof⁵ fue el primero en describir esta entidad en 1973, pero Robinson y col. acuñaron el término específico de *kissing molars* (KM) en 1991.⁷ Los KM son una condición extremadamente rara y se presenta únicamente en molares permanentes mandibulares totalmente impactados.^{8,9} Hasta la fecha, la literatura científica ha reportado 44 casos de KM.¹⁰ La mayoría de los casos reportados (18) involucran segundos y terceros molares en forma unilateral y sólo ocho casos de forma bilateral.⁶⁻¹⁴ De terceros y cuartos molares existen siete casos reportados de forma unilateral^{4,9,15} y dos casos en forma bilateral^{8,9} y sólo tres casos de primer y segundo molar.^{15,16}

Esta entidad no tiene predilección por género, mientras que el rango de edad más común en el que se ha presentado es entre 13 y 50 años.^{7,9,11,12,15}

Desde el punto de vista clínico, los pacientes pueden no reportar síntomas, o presentar síntomas generales (dolor facial) o específicos (ausencia en el arco dental del diente permanente impactado, inflamación facial del lado afectado). Uno de esos síntomas puede ser el único que permita descubrir la patología, aunque usualmente el diagnóstico es realizado por hallazgos radiológicos fortuitos.⁹

La etiología y patogénesis de esta doble inclusión permanece desconocida, aunque se han propuesto algunas teorías.^{4,9,11,12} Algunos casos han sido asociados a la mucopolisacaridosis,⁶ Nakamura y cols. en su muestra observaron que la formación de estos molares está presente en tres de cada cuatro pacientes que padecían mucopolisacaridosis y concluyeron que el evento aislado de la formación de KM no descarta la posible presencia de mucopolisacaridosis en estos pacientes y por ello, esos casos en específico necesitarán una investigación médica más profunda.¹⁴ La mucopolisacaridosis es un grupo de trastornos congénitos causados por deficiencias de enzimas lisosomales específicas, imprescindibles para la degradación de glicosaminoglicanos también conocidos como mucopolisacáridos. La acumulación de mucopolisacáridos ocurre en varios órganos y tejidos, lo cual genera un amplio espectro clínico, en tejidos como piel, vías respiratorias, córnea, sistema nervioso

central, corazón, hígado, bazo, huesos, ligamentos y otros sitios.^{4,9,14}

Para mayor precisión, Shahista⁴ enfatiza la importancia de la cercana proximidad de las superficies oclusales de los dos KM, para definirlos como una «forma verdadera» de esta condición. Menditti⁹ señala que es apropiado usar el término verdadero para pacientes que no tienen mucopolisacaridosis ni otras enfermedades como hiperplasia del folículo dental y además menciona que se debe añadir a esta clasificación la presencia o no de formación quística del folículo dental como una variante de KM.

Por lo tanto, la clasificación de KM sería más compleja: con KM verdaderos y pseudo-KM; debido a lo anterior, en un estudio realizado por Gülses et al.¹⁰ se investigaron 2,381 radiografías panorámicas y se determinó que los KM verdaderos tienen tres clases (*Cuadro I*) y cada uno puede tener una variante si existiera formación quística del folículo dental. Dentro de los pseudo-KM son considerados los casos en síndromes y algunos que no tienen contacto íntimo de su superficie oclusal.⁹

Existen pocas opciones de tratamiento.¹⁸ Usualmente, estos dientes son tratados mediante un abordaje quirúrgico.¹⁷⁻²² La decisión del tratamiento de los cuartos molares dependerá de la localización y posición en la que se encuentren, así como la probabilidad de algún cambio patológico o interrupción en la armonía de la arcada dental.^{3,18,19,22} Otra opción de tratamiento puede ser con ortodoncia del diente impactado, sólo si la erupción del primer o segundo molar es posible;¹⁶ también un seguimiento del paciente sin cirugía, cuando no hay síntomas y no existe dilatación quística del folículo dental del KM.¹² Sin embargo, el tratamiento de elección deberá siempre ser discutido con el paciente que hará la decisión final.^{9,11}

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 32 años de edad aparentemente sana, sin antecedentes heredofamiliares patológicos ni personales. Acude a consulta por presentar molestias en zona retromolar inferior izquierda, limitación de la aper-

Cuadro I. Clasificación de KM de acuerdo con Gülses y cols.

Clase	Descripción (dientes involucrados)
Clase I	Primer y segundo molares inferiores impactados
Clase II	Segundo y terceros molares inferiores impactados
Clase III	Tercer y cuarto molares inferiores impactados

tura, *trismus* y disfagia. El diagnóstico de presunción, con base en signos y síntomas, es retención de tercer molar inferior izquierdo. Se solicita una ortopantomografía para corroborar el diagnóstico (*Figura 1*).

Al observar la radiografía, se encuentra un DS, que corresponde a un cuarto molar o distomolar retenido junto con el tercer molar. Las superficies oclusales de ambos órganos dentarios retenidos se observan en íntimo contacto dentro de un mismo saco folicular, con las raíces en dirección opuesta, por lo que se da el diagnóstico de *kissing molar* clase III verdadero y sin formación quística (*Figura 2*).

El tratamiento planteado para este caso en específico es la extracción dental mediante cirugía bucal bajo anestesia local, la cual debe ser llevada a cabo por un cirujano maxilofacial con las habilidades necesarias para realizarla, ya que representa un reto complicado pues influyen muchos factores, entre ellos: profundidad relativa de los dientes, angulación, forma y número de las raíces, relación de los dientes con la rama y canal nervioso mandibular y ausencia de membrana periodontal. Una vez evaluados todos los factores y decidido el tratamiento, podría considerarse de igual forma que durante la cirugía se colocará un injerto óseo en la mandíbula debilitada.¹⁷

Se le hace saber a la paciente el procedimiento, así como las posibles complicaciones del mismo y las probabilidades que existen de la formación de algún tipo de patología relacionada con la presencia de estos dientes como el quiste dentígero o queratoquiste odontogénico, el cual se forma dentro de la mandíbula por restos celulares de la lámina dental, es de alta frecuencia pero baja malignidad y normalmente se forma alrededor de las

coronas dentales, adherido a la unión amelodentinaria; la cavidad quística está bien circunscrita y generalmente es unilocular.^{11,22}

En repetidas ocasiones se le explica a la paciente el procedimiento que debe realizarse y se hace hincapié en la importancia de retirarlos para evitar complicaciones; sin embargo, ella decide no someterse a la cirugía, principalmente por temor a la misma, y actualmente continúa con ambos órganos dentarios retenidos sin presentar molestias y sin desarrollar alguna patología.

DISCUSIÓN

Los *kissing molars* son una condición extremadamente rara, principalmente cuando está involucrado el cuarto molar o distomolar, ya que en la revisión de la literatura sólo se han reportado 44 casos (36 pacientes en total, 28 casos de forma unilateral, ocho casos bilateral).¹⁰

La etiología de esta condición aún es incierta, algunos lo consideran como un evento aislado, existe una teoría en relación con la formación del quiste dentígero.⁹ La resorción ósea causada por la presencia y expansión del quiste resulta en una pérdida de hueso en la zona mesial de los molares retenidos facilitando a éstos moverse, inclinarse y entrar en contacto uno con otro.¹³

Aydin y cols. concluyeron en su estudio que sólo el 33.3% del total de los casos de KM se asocia a quiste den-



Figura 1. Radiografía panorámica en la que se observa presencia de KM, involucrando tercer y cuarto molares inferiores izquierdos, los cuales se encuentran dentro de un mismo saco folicular, con las raíces en dirección opuesta.



Figura 2. Acercamiento de zona retromolar en donde se encuentran los KM, observando canal de nervio dentario inferior en contacto con ápice de raíz distal de tercer molar inferior izquierdo.

tígero, que normalmente rodea la corona de estos dientes; sugieren también que la formación de esta patología puede inhibir la erupción del segundo y tercer molar.¹³

Existe cierta controversia en la literatura acerca de la diferencia entre molares retenidos y los KM, ya que algunos autores sugieren que la ausencia de contacto entre dos molares retenidos no permite incluirlos en esta condición.^{4,15}

Arjona Amo y cols. consideran que si está involucrado un quiste dentígero en la formación de estos dientes no podrían estar dentro de un mismo saco folicular ni con las superficies oclusales en contacto y por lo tanto no ser llamados *kissing molars*, simplemente sería un caso inusual de dientes impactados.¹⁹ Menditti⁹ menciona que los KM deben ser considerados como verdaderos cuando los molares están en contacto y pseudo-KM cuando no están en íntimo contacto y se asocian con mucopolisacaridosis o hiperplasia del folículo dental.

El caso reportado reúne los criterios de un KM clase III verdadero sin formación quística en el cual por estar involucrados el tercer y cuarto molar hace más complejo el abordaje quirúrgico.

A la paciente se le dio la información pertinente acerca de las posibles complicaciones en caso de no recibir tratamiento y éstas pueden ser disminución del tejido óseo de la zona involucrada, lo cual incrementa las posibilidades de una fractura mandibular, resorción radicular de dientes adyacentes, dolor localizado, desarrollo de quiste dentígero.¹⁸ El temor al procedimiento quirúrgico y a los posibles efectos adversos de la misma, tales como fractura mandibular durante y después de la cirugía, daño al nervio lingual, alveolar inferior y a los dientes contiguos y desórdenes en la articulación temporomandibular,¹⁵ así como la desaparición de las molestias en la zona afectada, hicieron que la paciente rechazara el tratamiento indicado, a pesar de que también se le propuso realizar el procedimiento bajo anestesia general. En realidad, existen pocos casos reportados con secuela de la cirugía, y lo más común son parestesias de corto plazo.¹² La paciente también argumenta que en los años que llevan los molares en esa posición no le han causado problemas mayores, y por lo tanto asume el riesgo de conservarlos. Los autores estamos de acuerdo con Zerener quien afirma que es un gran dilema la extracción de *kissing molars* que se encuentran asintomáticos.¹⁷

Éste no es el único caso donde la paciente decide no realizarse ningún tratamiento, ya que en la literatura también existe un caso reportado donde la paciente no se presentó a la cirugía programada.¹⁷

CONCLUSIONES

Los *kissing molars* son una condición extremadamente rara. La mayoría de los casos se presentan asintomáticos, pero durante el examen radiográfico de rutina podemos detectar su presencia y dadas sus características, fácilmente pueden ser diagnosticados. Es importante considerar que cualquier órgano dentario retenido puede desarrollar alguna patología agregada como un quiste dentígero o queratoquiste odontogénico. El cirujano dentista debe estar capacitado para reconocer estas entidades y remitirlas al cirujano maxilofacial, dada la complejidad implícita del procedimiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- Alves N, Nascimento CMD, Olave E. Aspectos clínicos y morfológicos de los dientes supernumerarios. *Int J Morphol*. 2011; 29 (3): 1040-1046.
- Kumar A, Namdev R, Bakshi L, Dutta S. Supernumerary teeth: report of four unusual cases. *Contemp Clin Dent*. 2012; 3 (Suppl 1): S71-S77.
- Clementini M, Ottria L, Pandolfi C, Agrestini C. Four impacted fourth molars in a young patient: a case report. *Oral Implantol (Rome)*. 2012; 5 (4): 100-103.
- Shahista P, Mascarenhas R, Shetty S. Kissing molars: an unusual unexpected impaction. *Arch Med Health Sci*. 2013; 1: 52-53.
- Van Hoof RF. Four kissing molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1973; 35 (2): 284.
- Krishnan B. Kissing molars. *Br Dent J*. 2008; 204 (6): 281-282.
- Robinson JA, Gaffney W Jr, Soni NN. Bilateral 'kissing' molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991; 72 (6): 760.
- Bakaeen G, Baqain ZH. Interesting case: kissing molars. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 43 (6): 534.
- Menditti D, Laino L, Cicciù M, Mezzogiorno A, Perillo L, Menditti M et al. Kissing molars: report of three cases and new prospective on aetiopathogenetic theories. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015; 8 (12): 15708-15718.
- Yanik S, Ayranci F, İşman Ö, Büyükkirikci Ş, Aras MH. Study of kissing molars in Turkish population sample. *Niger J Clin Pract*. 2017; 20 (6): 659-664.
- Kiran HY, Bharani KSNS, Kamath RAD, Manimangalath G, Madhushankar GS. Kissing molars and hyperplastic dental follicles: report of a case and literature review. *Chin J Dent Res*. 2014; 17 (1): 57-63.
- Gonzalez-Perez LM, Infante-Cossio P, Sanchez-Sanchez M, Valdivieso-del-Pueblo C, Robles-García M. Kissing molars: a report of three cases and literature review. *Int J Oral Dent Health*. 2015; 1: 012.
- Anish N, Vivek V, Thomas S, Daniel VA, Thomas J, Ranimol P. Till surgery do us part: unexpected bilateral kissing molars. *Clin Pract*. 2015; 5 (1): 688.
- Nakamura T, Miwa K, Kanda S, Konaka K, Anan H, Higash S et al. Rosette formation of impacted molar teeth in mucopolysaccharidoses and related disorders. *Dentimaxillofac Radiol*. 1992; 21: 45-49.
- Gulses A, Varol A, Sencimen M, Dumlu A. A study of impacted love: kissing molars. *Oral Health Dent Manag*. 2012; 11 (4): 185-188.

16. Akbulut N, Tatidze M, Koluz ME, Sindel A, Cölok G. Kissing molars nadir görülen iki olgu sunumu. *A.Ü. Diş Hek Fak Derg.* 2009; 36 (3): 169-172.
17. Dhuvad JM, Kshirsagar RA. Impacted love: mandibular kissing molars advisable to remove or not. *J Clin Diagn Res.* 2015; 9 (1): ZL01.
18. Zerener T, Bayar GR, Altug HA, Kiran S. Extremely rare form of impaction bilateral kissing molars: report of a case and review of the literature. *Case Rep Dent.* 2016; 2016: 2560792. doi: 10.1155/2016/2560792. Epub 2016 Jun 15.
19. Arjona-Amo M, Torres-Carranza E, Batista-Cruzado A, Serrera-Figallo MA, Crespo-Torres S, Belmonte-Caro R et al. Kissing molar extraction: Case series and review of the literature. *J Clin Exp Dent.* 2016; 8 (1): 97-101.
20. Boffano P, Gallesio C. Kissing molars. *J Craniofac Surg.* 2009; 20 (4): 1269-1270.
21. Cansiz E, Isler SC, Gultekin BA. Removal of deeply impacted mandibular molars by sagittal split osteotomy. *Case Rep Dent.* 2016; 2016: 1902089. doi: 10.1155/2016/1902089. Epub 2016 Jun 27.
22. Chye CH, Singh B. Rapid cystic development in relation with an impacted lower third molar: a case report. *Ann Acad Med Singapore.* 2005; 34: 130-133.

Correspondencia:

C.D. Ana Isabel Soto Nuño
E-mail: ana2321@gmail.com