

# Manejo quirúrgico extraoral de un tercer molar localizado en planos profundos

REPORTE DE CASO

**Extraoral surgical management of a third molar displaced to the mandibular inferior border**

**Abordagem cirúrgica extraoral de um terceiro molar deslocado ao bordo mandibular**

## Resumen

**Introducción:** La extracción quirúrgica de terceros molares es un procedimiento frecuente, aunque no exento de riesgos. Una complicación poco común es el desplazamiento de dientes o fragmentos hacia planos profundos, como el borde mandibular, lo que representa un desafío diagnóstico y quirúrgico, especialmente cuando pasa inadvertido por años. Se describe el hallazgo incidental de un tercer molar inferior derecho en posición invertida y desplazado hacia el borde mandibular, en una paciente de 35 años en planificación para cirugía ortofacial. La paciente se encontraba asintomática y refería haber sido sometida a exodoncia de la pieza referida 18 años antes. El diente fue identificado mediante tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) y extraído con éxito por vía extraoral submandibular bajo anestesia general. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones funcionales ni estéticas. Este caso resalta la importancia de la evaluación imagenológica en pacientes con antecedentes quirúrgicos y la necesidad de una planificación individualizada. El abordaje submandibular representa una opción segura para casos con localización profunda, al reducir el riesgo de infección y preservar la integridad de las estructuras vecinas.

## AUTORÍA

-  Josefina Silva Radnic<sup>1</sup>
-  Gastón Salas Barrera<sup>2</sup>
-  Camilo Quinteros Ortiz<sup>2</sup>
-  Sofia Escobar R.<sup>2</sup>

## CORRESPONDENCIA

Josefina Silva Radnic  
jdsilva@miuandes.cl

Recibido: 03/06/2025  
Aceptado: 24/10/2025



**Palabras clave:** Tercer molar; Desplazamiento dentario; Procedimientos quirúrgicos orales; Complicaciones postoperatorias.

<sup>1</sup> Universidad del Desarrollo Santiago de Chile

<sup>2</sup> Universidad de los Andes, Santiago de Chile

## Abstract

**Introduction:** Surgical extraction of third molars is a common procedure, although not without risks. A rare but significant complication is the displacement of teeth or root fragments into deep anatomical planes, such as the mandibular border, posing both diagnostic and surgical challenges—particularly when undetected for years. **Case presentation:** We report the incidental finding of an inverted and displaced lower right third molar at the mandibular inferior border in a 35-year-old female patient undergoing evaluation for orthofacial surgery. The patient was asymptomatic and reported a previous extraction of the same tooth 18 years earlier. The molar was identified using cone-beam computed tomography (CBCT) and successfully removed via a submandibular extraoral approach under general anesthesia. **Conclusion:** This case highlights the importance of thorough imaging evaluation in patients with prior surgical history and the need for individualized surgical planning. A submandibular approach provides a safe and effective option for accessing deeply positioned third molars, reducing infection risk and preserving adjacent anatomical structures.

**Keywords:** Third molar; Tooth displacement; Oral surgical procedures; Postoperative complications.

## Resumo

**Introdução:** A exodontia cirúrgica de terceiros molares é um procedimento comum, embora não isento de riscos. Uma complicação rara, porém relevante, é o deslocamento de dentes ou fragmentos radiculares para planos anatômicos profundos, como a borda inferior da mandíbula, o que representa um desafio diagnóstico e cirúrgico — especialmente quando não é detectado por anos. **Apresentação do caso:** Relata-se o achado incidental de um terceiro molar inferior direito, invertido e deslocado à borda mandibular, em uma paciente de 35 anos em avaliação para cirurgia ortofacial. A paciente estava assintomática e relatava ter sido submetida à exodontia do referido dente 18 anos antes. O molar foi identificado através de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e removido com sucesso por meio de abordagem submandibular extraoral sob anestesia geral. A recuperação pós-operatória foi favorável, sem complicações funcionais ou estéticas. **Conclusão:** Este caso reforça a importância da avaliação radiológica detalhada em pacientes com antecedentes cirúrgicos, além da necessidade de planejamento cirúrgico individualizado. A abordagem submandibular é uma alternativa segura e eficaz para casos com localização profunda, permitindo reduzir o risco de infecção e preservar estruturas anatômicas adjacentes.

**Palavras-chave:** Terceiro molar; Deslocamento dentário; Procedimentos cirúrgicos orais; Complicações pós-operatórias.

## Introducción

La extracción quirúrgica de terceros molares es uno de los procedimientos más frecuentes en cirugía oral y maxilofacial, con tasas globales de inclusión dentaria entre 16,7% y 68,6% en distintas poblaciones.<sup>(1)</sup> Aunque la mayoría de estos procedimientos se realizan sin complicaciones mayores, pueden presentarse eventos adversos poco comunes con riesgo significativo para el paciente. Entre estos, el desplazamiento de un diente o de sus fragmentos hacia espacios anatómicos profundos se ha reportado con una frecuencia inferior al 1%,<sup>(2)</sup> pero con consecuencias clínicas potencialmente relevantes.

Los espacios más comúnmente afectados son el submandibular, sublingual y pterigomandibular. La etiología de esta complicación es multifactorial e involucra tanto aspectos anatómicos, como una cortical lingual delgada o ausente, la angulación distolingual del molar o una fosa mandibular profunda, y aspectos técnicos, entre los que destacan el uso inadecuado de instrumentos, la aplicación de fuerzas excesivas y una planificación quirúrgica deficiente.<sup>(3,4)</sup> La presencia de estas condiciones puede conducir al desplazamiento de piezas dentarias completas o de fragmentos radiculares hacia planos profundos, lo que dificulta su recuperación inmediata.

y puede generar riesgos de infección, disfunción neurológica e incluso complicaciones potencialmente mortales.<sup>(5)</sup>

A pesar de su baja incidencia, estos eventos deben considerarse con atención por su impacto en la planificación quirúrgica y en el pronóstico postoperatorio. Si bien algunos autores proponen la observación en pacientes asintomáticos, otros recomiendan la remoción temprana para evitar migraciones adicionales, anquilosis u obstrucción de futuras intervenciones quirúrgicas.<sup>(2,6)</sup>

El presente reporte describe un caso de particular interés por su evolución atípica: el hallazgo incidental, dieciocho años después de un intento de exodoncia, de un tercer molar inferior derecho completamente desplazado e invertido, localizado en el borde inferior mandibular. La paciente se encontraba asintomática y el hallazgo se realizó durante la evaluación imagenológica preoperatoria para cirugía ortofacial. Se discuten los hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos, así como la toma de decisiones terapéuticas y su correlación con la literatura científica actual.

## Antecedentes

### PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Se presenta una paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes ni comorbilidades asociadas, no usuaria de medicamentos de forma crónica y sin alergias conocidas. Fue evaluada en

consulta privada como parte del protocolo prequirúrgico de tratamiento ortodóncico-quirúrgico para una deformidad dentofacial clase III, con indicación de cirugía ortofacial.

La paciente refirió haberse sometido a la extracción del tercer molar inferior derecho (pieza 4.8, según la nomenclatura FDI) a los 17 años, sin recordar la presencia de complicaciones durante el procedimiento.

### HALLAZGOS CLÍNICOS

En el examen físico extraoral, la paciente no presentaba asimetrías faciales ni aumento de volumen en la región submandibular derecha (**Figura 1**).

La palpación de partes blandas fue negativa para dolor, fluctuación o masas evidentes. No se evidenciaron alteraciones de la sensibilidad en los territorios inervados por los nervios alveolar inferior, mentoniano o lingual.

En el examen intraoral, se observó una oclusión clase III y la ausencia del primer molar inferior izquierdo, así como de todos los terceros molares. La mucosa oral, el piso de boca y la región retromolar no presentaban signos de alteración ni cicatrices visibles.

El examen clínico no reveló restos dentarios ni procesos infecciosos activos, lo que hizo aún más relevante el hallazgo imagenológico posterior.

**Figura 1.** Fotografía clínica.



**A** – Visión Frontal



**B** – Visión Lateral

## Descripción

### EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

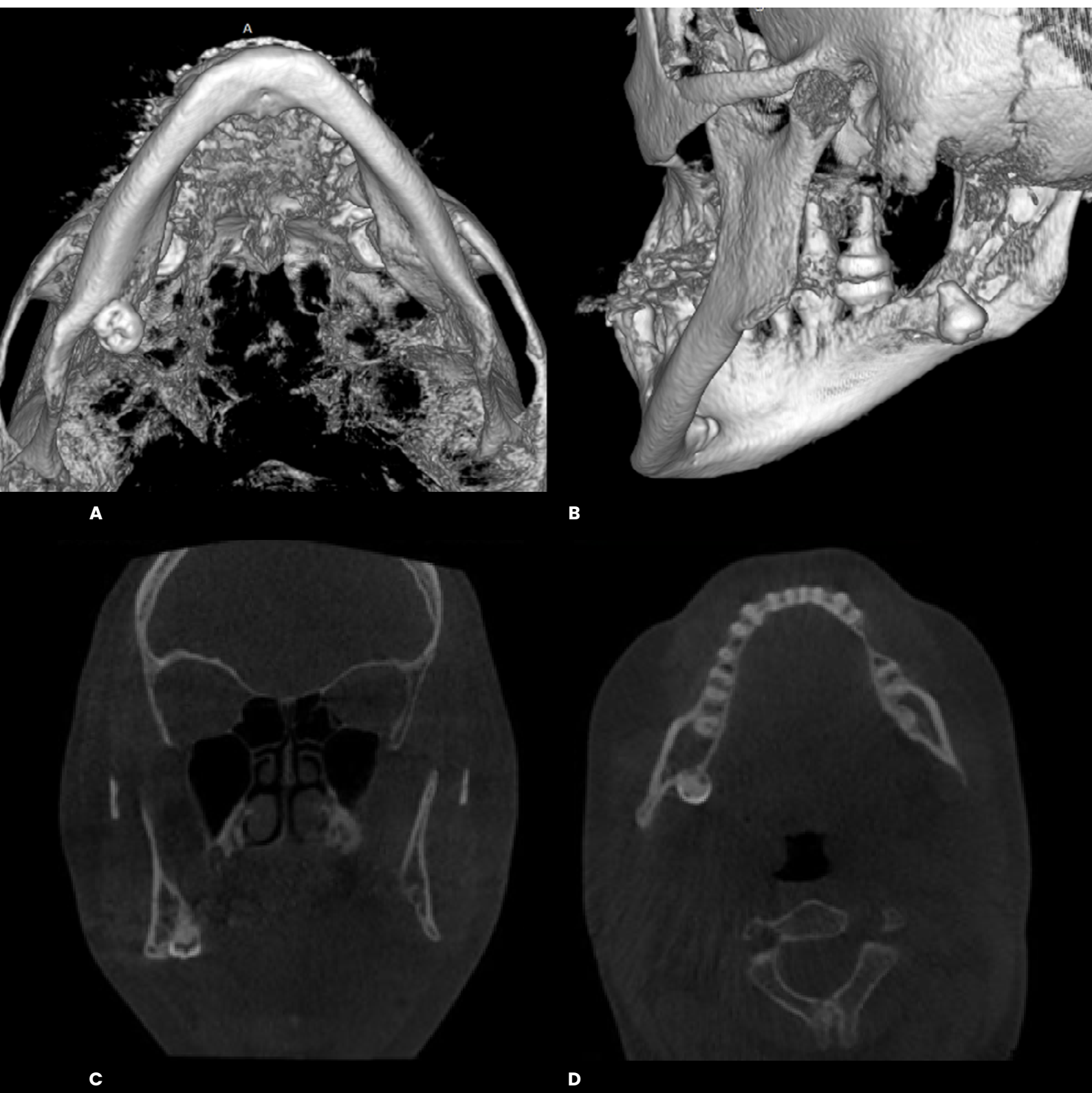
Como parte del estudio preoperatorio para la cirugía orofacial, se solicitaron una ortopantomografía y una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) con el objetivo de evaluar las estructuras óseas maxilofaciales.

La ortopantomografía reveló la presencia de un tercer molar inferior derecho (pieza 4.8) en posición invertida, con formación radicular incompleta y desplazamiento hacia el borde inferior del cuerpo mandibular, ligeramente posterior a la escotadura antegonial. El ápice radicular se proyectaba en proximidad al canal del nervio alveolar inferior (**Figura 2**).

El estudio con CBCT confirmó la localización ectópica del molar, en íntimo contacto con la cortical interna mandibular, sin evidencia de formación de cápsula ni de signos inflamatorios locales. En los cortes axiales y coronales se observó un contacto estrecho entre la corona del molar y la cortical ósea, con pérdida parcial del espacio periodontal y una transición ósea radicular de límites difusos, hallazgos radiológicos sugerentes de anquilosis. No se identificaron alteraciones en el trayecto del nervio alveolar inferior; afectación de los tejidos blandos adyacentes ni reacciones periapicales (**Figura 3**).



**Figura 2.** Radiografía panorámica preoperatoria.



**Figura 3.** Estudio imagenológico CBCT del tercer molar desplazado. **A.** Reconstrucción tridimensional con vista inferior que muestra la posición invertida del tercer molar inferior derecho, desplazado hacia el borde mandibular. **B.** Reconstrucción tridimensional oblicua pósterio-anterior, evidenciando la localización profunda del molar en íntimo contacto con la cortical interna mandibular. **C.** Corte coronal que demuestra la relación entre la corona del molar y la cortical medial, con conservación parcial del espacio periodontal. **D.** Corte axial que ilustra la proximidad radicular al canal del nervio alveolar inferior.



El corte coronal y axial representativos del CBCT (**Figura 3C y 3D**) evidenciaron la íntima relación entre la corona del molar y la cortical medial mandibular, así como la probable pérdida del espacio periodontal en sectores puntuales, lo que justificó la planificación de una osteotomía controlada previa a la exodoncia para minimizar el riesgo de fractura cortical y facilitar la luxación del diente.

Dado que la paciente se encontraba asintomática y sin signos clínicos sugestivos, el hallazgo fue clasificado como incidental. Considerando la necesidad de una intervención mayor —una cirugía ortofacial que implicaría osteotomía mandibular—, se indicó la exodoncia quirúrgica del molar ectópico antes del procedimiento programado.

No se plantearon diagnósticos diferenciales debido a la claridad del hallazgo imagenológico y a la historia quirúrgica referida.

### INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Se planificó la exéresis quirúrgica del tercer molar desplazado mediante abordaje extraoral submandibular, bajo anestesia general y condiciones de asepsia en pabellón quirúrgico. La elección del abordaje se fundamentó en la posición inferior y medial del molar, la cual desfavorecía el acceso intraoral y aumentaba el riesgo de infección o lesión a estructuras profundas.

Se realizó una incisión cutánea horizontal de aproximadamente 2,5 cm en la región submandibular derecha, previa identificación y marcado de las referencias anatómicas clave. El acceso se efectuó por planos profundos mediante disección roma cuidadosa hasta exponer el borde mandibular inferior. Durante el procedimiento se preservaron el nervio mandibular marginal y el paquete vasculonervioso facial.

Una vez identificado el molar, invertido y enclavado en la cortical mandibular medial, se expuso su superficie oclusal. Se efectuó una osteotomía controlada con fresa quirúrgica tipo fissure #10 para crear un canal de acceso que permitiera la inserción de un cincel recto, logrando la luxación y posterior extracción del diente sin fractura ni fragmentación (**Figura 4**).

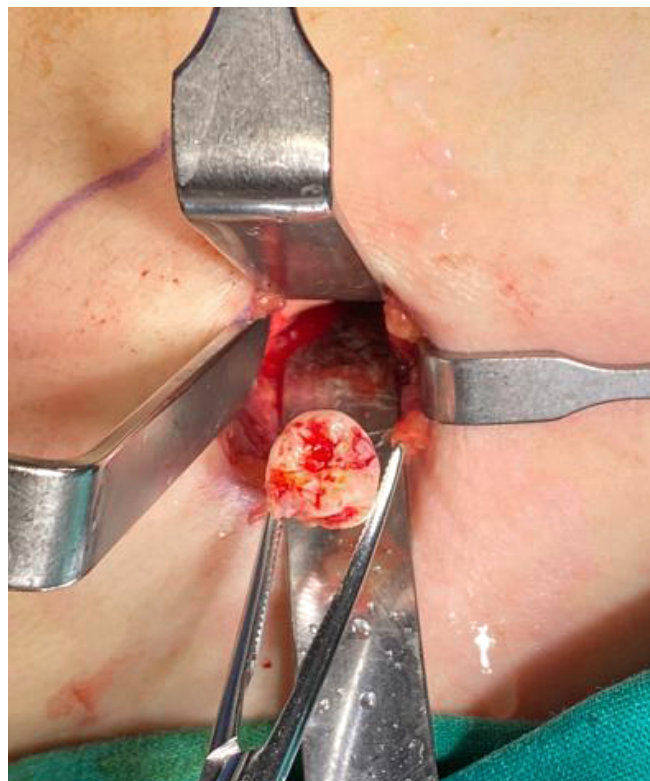
Posteriormente se regularizó el lecho óseo con lima quirúrgica, se irrigó abundantemente con suero fisiológico estéril y se procedió al cierre por planos sin colocación de drenaje. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. La intervención fue realizada por un equipo de cirujanos maxilofaciales con experiencia, con una duración total aproximada de 50 minutos.

Se indicó antibioterapia profiláctica, antiinflamatorios no esteroideos y control postoperatorio a las 48 horas.

**Figura 4.** Fotografía intraoperatoria.



**A -** Exposición tercer molar desplazado



**B -** Exéresis tercer molar desplazado.

## RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y DESENLACE

La evolución postoperatoria fue favorable. No se observaron signos de infección, hematoma ni dehiscencia de la herida quirúrgica en los controles efectuados a las 48 horas y a los 7 días. La cicatrización de los tejidos blandos fue adecuada, sin necesidad de drenaje ni reintervención.

Durante el primer mes postquirúrgico no se evidenció edema persistente, alteraciones neurosensoriales ni signos de parestesia en los territorios de los nervios facial o mentoniano. La paciente refirió dolor leve y auto-limitado en la zona intervenida, controlado eficazmente con antiinflamatorios no esteroideos.

En el control realizado al mes, la paciente se encontraba asintomática, sin alteraciones funcionales ni estéticas. La cicatriz cutánea fue estéticamente aceptable, sin formación de queloide ni retracción visible. No se reportaron secuelas estéticas ni funcionales, por lo que se autorizó el inicio del plan quirúrgico ortofacial.

## Discusión

El desplazamiento de terceros molares inferiores hacia espacios profundos del cuello constituye una complicación poco frecuente, pero clínicamente relevante, con una incidencia estimada inferior al 1% de todas las exodoncias de terceros molares.<sup>(2)</sup> Este evento puede presentarse durante la maniobra quirúrgica de exodoncia, especialmente en presencia de factores anatómicos predisponentes, como una cortical lingual delgada, orientación distoangular o profundidad ósea excesiva.<sup>(1,3)</sup>

En el caso presentado, el hallazgo incidental de un tercer molar desplazado e invertido a nivel del borde mandibular inferior, más de una década después del intento de exodoncia, representa una situación inusual. Casos similares fueron reportados por Primo et al. (2014), quienes describieron la remoción diferida de un molar desplazado hacia la fosa infratemporal tras su migración espontánea. Aunque en aquel caso se optó por una observación prolongada en una paciente asintomática, en el presente reporte la necesidad de una cirugía ortofacial posterior justificó la exéresis temprana, con el fin de evitar interferencias durante la planificación y ejecución del procedimiento principal.

En la revisión realizada por Su et al. (2023), el desplazamiento iatrogénico se identificó como una de las complicaciones más frecuentes entre las consideradas poco comunes, representando el 23,8% de los casos analizados. De los 248 pacientes incluidos, un 14,9% presentó complicaciones severas, y tres fallecieron a

causa de secuelas derivadas de eventos relacionados con exodoncias. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una evaluación preoperatoria exhaustiva, especialmente en pacientes con terceros molares incluidos y morfologías anatómicas complejas.<sup>(5)</sup>

Respecto al enfoque quirúrgico, si bien diversos autores han demostrado que un abordaje intraoral puede ser factible en dientes desplazados hacia los espacios submandibulares o sublinguales 4,7, la elección de un abordaje extraoral en este caso se sustentó en la profundidad y orientación del molar, las cuales dificultaban el acceso intraoral y aumentaban el riesgo de lesión neurosensorial. Además, la utilización de imágenes obtenidas mediante CBCT resultó fundamental para planificar con precisión el abordaje quirúrgico, determinar la relación con estructuras anatómicas críticas y reducir el riesgo operatorio.<sup>(8)</sup>

Finalmente, este caso resalta la importancia de la evaluación imagenológica en pacientes con antecedentes de exodoncias previas, en particular cuando se planifican procedimientos mayores como la cirugía ortofacial. Asimismo, enfatiza la necesidad de aplicar una técnica quirúrgica cuidadosa durante las extracciones de terceros molares, ya que el uso inadecuado de fuerzas o instrumentos puede provocar desplazamientos inadvertidos que, con el tiempo, requieran abordajes complejos realizados por especialistas.<sup>(9)</sup>

## Conclusión

El hallazgo incidental de un tercer molar inferior desplazado hacia el borde mandibular, más de una década después de una exodoncia fallida, enfatiza la relevancia de la evaluación imagenológica en pacientes con antecedentes quirúrgicos dentoalveolares. En este caso, el abordaje extraoral submandibular representó una alternativa segura y eficaz, que permitió la exéresis completa del diente sin complicaciones. Este reporte subraya la importancia de una planificación quirúrgica individualizada y del uso de la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) como herramienta esencial para el diagnóstico, la toma de decisiones y la ejecución de procedimientos en contextos clínicos complejos.



## REFERENCIAS

1. KalaiSelvan S, Ganesh SN, Natesh P, Moorthy M, Niazi T, Babu S. Prevalence and pattern of impacted mandibular third molar: An institution-based retrospective study. *J Pharm Bioallied Sci.* 2020;12(5):S462–S467.
2. Alexoudi VA, Tatsis D, Zamani K, Zelkas D, Paraskevopoulos K, Vaxtsevanos K. Iatrogenic displacement of impacted mandibular third molars or their roots into adjacent soft tissues and spaces: A report of three cases. *Natl J Maxillofac Surg.* 2020;11(2):275–279.
3. Tamer Y, Pektas ZO. Accidental displacement of mandibular third molar roots into the pterygomandibular space. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(8):1075–1077.
4. Chattopadhyay A, Hossain MA, Chatterjee A, Hussain M, Barman S, Raha A. Intraoral management of iatrogenic tooth displacement: A report of two cases and a brief review of literature. *Contemp Clin Dent.* 2021;12(2):187–190.
5. Su N, Harroui S, Rozema F, Listl S, De Lange J, Van Der Heijden GJM. What do we know about uncommon complications associated with third molar extractions? A scoping review of case reports and case series. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2023;49(1):2–12.
6. Primo L, Porcaro M, Sacchetto L, Mazzoleni S, Gracco A, Stellini E. Third molar accidental displacement: report of an unusual case. *Dent Med Probl.* 2014;51(4):569–573.
7. Limbhore P, Pillai A, Udayakumar M, Ingle V, Choudhury R, Khedkar M. Accidental displacement of lower third molar into submandibular space and its management – A case report. *J Int Clin Dent Res Organ.* 2019;11(1):48–50.
8. Gay-Escoda C, Sánchez-Torres A, Borrás-Ferreres J, Valmaseda-Castellón E. Third molar surgical difficulty scales: systematic review and preoperative assessment form. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2022;27(1):e68–e76.
9. Sayed N, Bakathir A, Pasha M, Al-Sudairy S. Complications of third molar extraction: A retrospective study from a tertiary healthcare centre in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2019;19(3):e230–e235.

## Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio fue publicado en el propio artículo.

## Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de interés.

## Fuente de financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

## Comité de Ética

La siguiente investigación no requirió de comité de ética. Sin embargo, se procuró mantener la privacidad de la paciente y se cuenta con el consentimiento informado de la paciente para su publicación.

## Contribución de Autoría

| NOMBRE Y APELLIDO      | COLABORACIÓN ACADÉMICA |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
|------------------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
|                        | 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Josefina Silva Radnic  | x                      |   |   | x |   | x |   |   |   | x  |    |    |    | x  |
| Gastón Salas Barrera   | x                      |   |   | x |   | x |   |   |   | x  |    | x  |    |    |
| Camilo Quinteros Ortiz |                        |   |   | x |   | x |   |   | x |    |    | x  |    |    |
| Sofia Escobar R.       |                        |   |   | x |   | x |   |   |   |    |    |    |    | x  |

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Administración del proyecto    | 8. Metodología                    |
| 2. Adquisición de fondos          | 9. Recursos                       |
| 3. Análisis formal                | 10. Redacción - borrador original |
| 4. Conceptualización              | 11. Software                      |
| 5. Curaduría de datos             | 12. Supervisión                   |
| 6. Escritura - revisión y edición | 13. Validación                    |
| 7. Investigación                  | 14. Visualización                 |

### Nota de aceptación:

Este artículo fue aprobado por la editora de la revista MSc. Dra. Natalia Tancredi.