

CASO CLÍNICO

DESPLAZAMIENTO DE TERCEROS MOLARES INFERIORES HACIA EL ESPACIO SUBLINGUAL: REPORTE DE DOS CASOS

Pérez-Cautela, Jesús¹;¹; Domínguez-Iafaioli, Mariangela²;²; Mejía-Infante, Alejandro²;²; Rangel-Leal, María²;²; Domínguez-Iafaioli, Alessandra²;²

1 Cirujano Bucal y Maxilofacial, Hospital Dr. Ángel Larralde – Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

2 Odontólogo General, Valencia, Venezuela.

Autor de contacto: Alessandra Domínguez Iafaioli
e-mail: mdomingueziafaioli@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Pérez-Cautela J, Domínguez-Iafaioli M, Mejía-Infante H, Rangel-Leal M, Domínguez-Iafaioli, A. Desplazamiento de terceros molares inferiores hacia el espacio sublingual: reporte de dos casos. *IDEULA*. 2025;(16): 71-83.

APA: Pérez-Cautela, J., Domínguez-Iafaioli, M., Mejía-Infante, H., Rangel-Leal, M., y Domínguez-Iafaioli, A. (2025). Salud bucal de personas en situación de calle: una revisión sistemática. *IDEULA*, (16), 71-83.

Recibido: 31/07/2025 **Aceptado:** 17/10/2025

RESUMEN

Objetivo: describir el manejo quirúrgico de dos casos de desplazamientos de terceros molares inferiores hacia el espacio sublingual. **Presentación de casos:** dos pacientes femeninas atendidas en una consulta privada de cirugía maxilofacial, quienes fueron diagnosticados con desplazamientos de terceros molares inferiores. Los fragmentos radiculares fueron localizados mediante evaluación imagenológica con tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), en la que se determinó el desplazamiento de los mismos hacia el espacio sublingual. Previo consentimiento informado, la recuperación de los fragmentos radiculares fue realizada intraoralmente con una pinza hemostática a través de una incisión distovestibular en el área retromolar. Los pacientes se recuperaron sin complicaciones durante los seis meses de seguimiento. **Conclusiones:** este estudio resalta la importancia de reconocer escenarios atípicos, que a menudo son consecuencia de variaciones anatómicas. Un manejo quirúrgico preciso, apoyado en herramientas

imagenológicas que permitan determinar la localización de los desplazamientos, representan un aspecto fundamental para llevar a cabo intervenciones eficaces. La ausencia de complicaciones en nuestros pacientes, junto con una intervención oportuna en un plazo no mayor a una semana, demuestra que este enfoque minimiza los riesgos asociados y favorece una recuperación exitosa.

Palabras clave: molar desplazado, abordaje intraoral, espacio sublingual, informe de caso, tercer molar.

DISPLACEMENT OF LOWER THIRD MOLARS INTO THE SUBLINGUAL SPACE: REPORT OF TWO CASES

ABSTRACT

Objective: To describe the surgical management of two cases of displacement of mandibular third molars into the sublingual space. **Case presentation:** two female patients seen in a private maxillofacial surgery practice were diagnosed with displaced mandibular third molars. The root fragments were located by imaging evaluation with cone beam computed tomography (CBCT), which determined their displacement into the sublingual space. After informed consent, the root fragments were retrieved intraorally with a hemostat through a distobuccal incision in the retromolar area. The patients recovered without complications during the six-month follow-up. **Conclusions:** this study highlights the importance of recognizing atypical scenarios, which are often the result of anatomical variations. Precise surgical management, supported by imaging tools that allow determining the location of displacements, represents a fundamental aspect for carrying out effective interventions. The absence of complications in our patients, along with timely intervention within a period of no more than one week, demonstrates that this approach minimizes the associated risks and promotes successful recovery.

Keywords: displaced molar, intraoral approach, submandibular space, case report, third molar.

INTRODUCCIÓN

Una complicación se define como un evento desagradable que ocurre durante o después de una intervención quirúrgica¹. Los desplazamientos dentarios o radiculares de terceros molares hacia planos anatómicos adyacentes, constituyen una complicación intraoperatoria poco frecuente dentro del ámbito de la Cirugía Bucal y Maxilofacial; correspondiéndose con una incidencia del

1%². Sin embargo, existen factores asociados a su predisposición, los cuales pueden partir desde la impericia del operador hasta las variabilidades anatómicas independientes de cada individuo²⁻⁴.

Un correcto estudio y diagnóstico de las retenciones, permiten determinar el grado de dificultad y predictibilidad de resultados en ciertos casos. En este sentido, la posición anatómica, la profundidad ósea, la dirección de las raíces con respecto a elementos anatómicos (nervio alveolar inferior, seno maxilar), patologías asociadas como quistes o tumores, y la presencia de una delgada cortical ósea, figuran como aspectos importantes a considerar¹.

Los desplazamientos de terceros molares inferiores hacia espacios anatómicos peribuccales fueron descritos por primera vez por Howe en 1958². Cuando estos desplazamientos ocurren hacia los espacios sublingual, submandibular o faríngeo lateral, por lo general, están estrechamente relacionados con la posición lingüilizada que adopta el órgano dentario durante el procedimiento quirúrgico una vez ocurre la fenestración de la tabla ósea lingual². En este punto, el manejo se basa en la localización precisa del fragmento desplazado mediante el empleo de herramientas imagenológicas, como la tomografía computarizada de haz cónico, las cuales son indispensables para su manejo intraoperatorio eficaz^{1,4,5}.

Algunos autores recomiendan que la recuperación del fragmento debe efectuarse oportunamente^{2,6}; sin embargo, este es un acto que debe realizarse de manera cautelosa y eficaz. Ante estos ejemplos, lo correcto es remitir al cirujano maxilofacial para prevenir la exacerbación de estos escenarios que podrían resultar en daño a estructuras anatómicas adyacentes, infecciones, o su movilización a espacios anatómicos más profundos⁶. Otros autores son partidarios de la recuperación tardía, promoviendo la formación de fibrosis y con ello, la estabilización del fragmento¹.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO # 1

Se presenta el caso de un paciente masculino de 27 años de edad, natural y procedente de Valencia- Edo Carabobo, el cual no presentaba antecedentes médicos contributorios conocidos. El paciente refería inicio de enfermedad actual de tres días de evolución posterior a desplazamiento del fragmento radicular asociado a órgano dentario 4.8 hacia región sublingual derecha, durante la odontectomía de terceros molares. El panorama que reveló la radiografía inicial, evidenciaba retención del órgano dentario 4.8; el cual se encontraba en una posición mesiangular según Winter y Clase II-Posición B según Pell y Gregory (Figura 1). Durante el acto quirúrgico, una de las raíces seccionadas se perdió de vista por parte del operador y tras el intento fallido de su recuperación, decide suspender el procedimiento y derivar el caso a cirugía maxilofacial. A la paciente se le proporcionó información detallada tanto de manera verbal como escrita, y se solicitó la firma de un consentimiento informado tras explicarle los pasos para la resolución quirúrgica. Además, la paciente autorizó el registro fotográfico para fines de divulgación científica.

La resolución quirúrgica, efectuada por el especialista, tuvo lugar 48 horas después de la primera intervención. Para localizar el fragmento radicular desplazado, se solicitó la realización de una tomografía computarizada de haz cónico. El procedimiento incluyó el uso del software *Blue Sky Plan* ® que permitió la obtención de reconstrucciones multiplanares: axial, coronal y sagital. Las imágenes fueron generadas en un plano de visión de 10x10 cm bimaxilar con una resolución de 0.1 mm (Figura 2).

Clínicamente no se evidenció sangrado activo, ni salida de secreciones en la zona. Se procedió a realizar bloqueo local con lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000 para lograr la anestesia de la zona. Se realizó una incisión distovestibular en el espacio retromolar, y, mediante disección roma y precaución con estructuras anatómicas importantes, se logró la exposición ósea del fragmento radicular, el cual fue finalmente retirado con una pinza crile curva (Figuras 3 y 4). Posteriormente se realizó lavado con abundante solución fisiológica 0.9% y síntesis de los tejidos

con una técnica de puntos simples discontinuos. Se brindaron instrucciones postoperatorias al paciente, indicándosele antibioticoterapia con amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg VO cada 12 horas, durante siete días y analgesia con ketoprofeno 100 mg VO cada ocho horas. Se realizó seguimiento tardío durante seis meses en el que se constató una evolución satisfactoria y sin complicaciones.



Figura 1: Ortopantomografía inicial. Se evidencia tercer molar mandibular derecho en posición mesiangular (Winter). Clase II. *posición B (Pell y Gregory).*

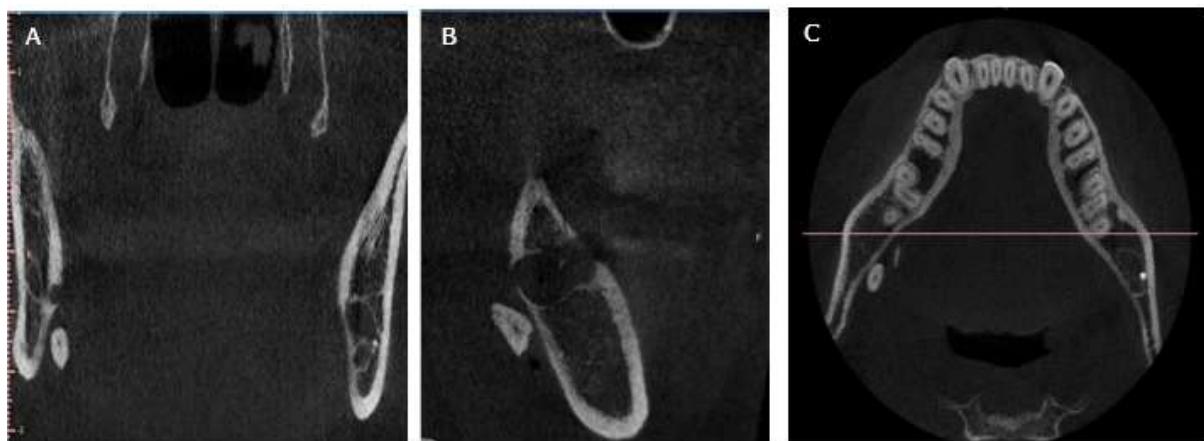


Figura 2: Tomografía computarizada de haz cónico con cortes coronal (A), sagital (B) y axial (C). Se evidencia desplazamiento de porción radicular tercer molar mandibular derecho hacia el espacio sublingual.



Figura 3: Vista intraoperatoria. Abordaje intrabucal para recuperación de fragmento radicular desplazado

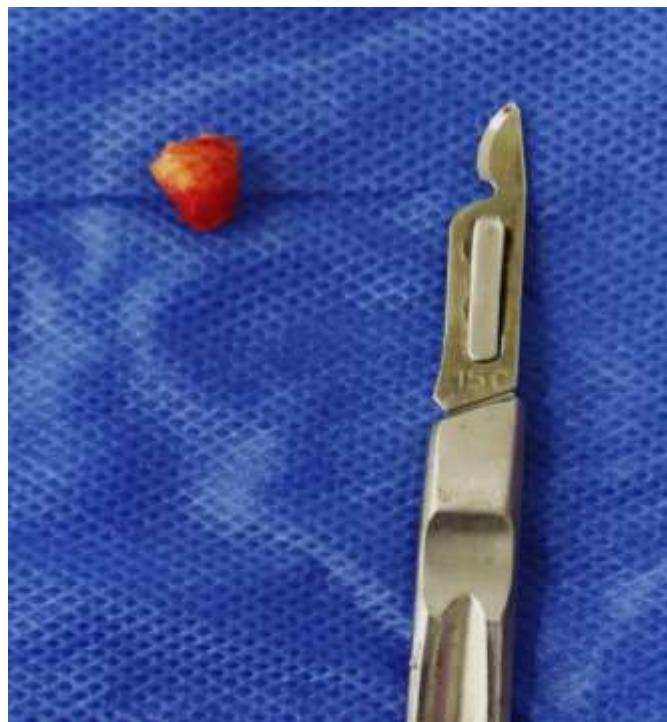


Figura 4: Fragmento radicular recuperado asociado a órgano dentario 4.8.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO # 2

Se presenta el caso de una paciente femenina de 47 años, ama de casa, natural y procedente de Guacara, Edo. Carabobo, con diagnóstico médico de hipertensión arterial y en tratamiento regular con losartán potásico de 50 mg. La paciente refería inicio de enfermedad actual de 7 días de evolución, posterior a la realización de procedimiento quirúrgico de odontectomía de terceros molares, presentando dolor en la región mandibular izquierda y limitación de apertura bucal, cuantificada en 22 mm. A la paciente se le proporcionó información detallada tanto de manera verbal como escrita, y se solicitó la firma de un consentimiento informado tras explicarle los pasos para la resolución quirúrgica. Además, la paciente autorizó el registro fotográfico para fines de divulgación científica.

Se evidenció desplazamiento radicular asociado a órgano dentario 3.8 hacia el espacio sublingual izquierdo. La imagenología proporcionada por la paciente previa a la primera intervención, reveló una posición vertical del OD 3.8 según Winter y Clase I-Posición A según Pell y Gregory (Figura 5). Esto sugiere que el desplazamiento radicular ocurrió posterior a la realización de maniobras quirúrgicas inherentes al procedimiento.

Posterior a la inspección clínica, se solicitó estudio imagenológico complementario de tipo tomografía computarizada de haz cónico y requirió del uso del software *Blue Sky Plan®*, obteniéndose reconstrucciones multiplanares: axial, coronal y sagital. Las imágenes fueron generadas en un plano de visión de 10x10 cm bimaxilar con una resolución de 0.1 mm (Figura 6).

Para su recuperación, se realizó bloqueo local con lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000 para lograr la anestesia de la zona, seguidamente de una incisión distovestibular en el espacio retromolar y mediante disección roma a través de los tejidos, se logró la exposición ósea del fragmento radicular y su retiro con una pinza hemostática curva. Se realizó protocolo de lavado con solución fisiológica 0.9% y síntesis de los tejidos. Se indicaron antibióticos y analgésicos. La

evolución y seguimiento postoperatorio tardíos fueron satisfactorios y su apertura bucal, una semana después a la resolución quirúrgica, se incrementó a 37 mm.

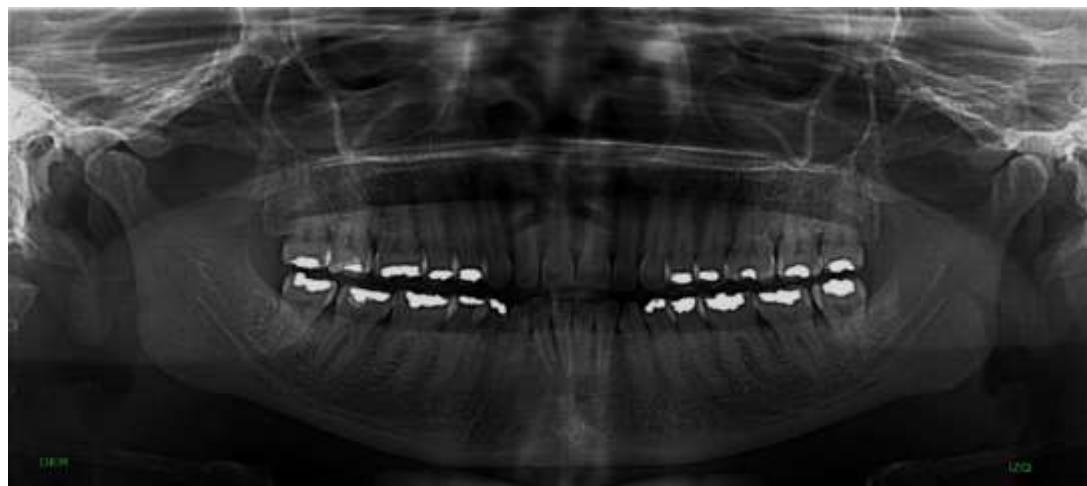


Figura 5: Ortopantomografía inicial. Se evidencia tercer molar mandibular izquierdo en posición vertical (Winter). Clase I posición A.

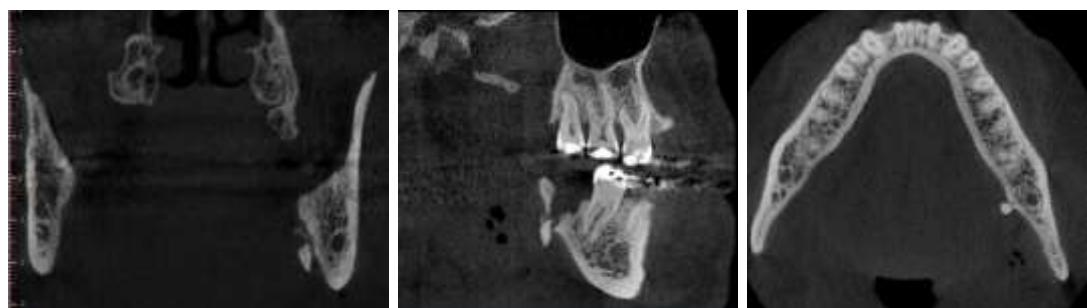


Figura 6: Tomografía computarizada de haz cónico con cortes coronal (A), sagital (B) y axial (C). Se evidencia desplazamiento de porción radicular tercer molar mandibular izquierdo hacia el espacio sublingual.

DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos reportados en la literatura consultada durante los últimos cinco años^{1-3, 7-9} sobre el desplazamiento de terceros molares mandibulares a espacios anatómicos adyacentes indican un ligero predominio en hombres, con 72.73% de casos en comparación con un 27.27% en mujeres. La edad media de los pacientes afectados fue de 38.09 años. En contraste, nuestros sujetos de estudio incluyen un paciente masculino de 27 años y una paciente femenina de 47 años. El perfil del segundo caso está en consonancia con la tendencia de edad por encima del promedio observado en la literatura, el primer caso tiene una edad marcadamente más joven que el promedio. La diferencia de género en nuestros casos también es significativa, ya que existe una distribución igualitaria entre los dos géneros, a diferencia del ligero predominio masculino observado en estudios previos. Esta variabilidad puede deberse a factores demográficos específicos de la población estudiada o a diferencias en la práctica clínica.

En cuanto a los espacios anatómicos más frecuentemente involucrados en el desplazamiento de terceros molares mandibulares, el espacio submandibular es el más reportado, con un 63,64% de los casos. Le siguen el espacio sublingual, con un 27,27%, y el espacio parafaríngeo, con un 9,09%^{1-3, 7-9}.

Según Chattopadhyay *et al.*, el desplazamiento hacia el espacio sublingual, submandibular y faríngeo lateral suele ocurrir cuando el diente se encuentra en posición lingualizada y está estrechamente relacionado con la perforación del hueso lingual durante el procedimiento quirúrgico⁸. Los casos del presente estudio describen el desplazamiento de la raíz del tercer molar mandibular hacia el espacio sublingual; el primer caso reporta el desplazamiento de OD 4.6 y coincide con la tendencia en la literatura donde el 54.55% de los casos correspondieron al lado derecho. Sin embargo, la discrepancia de estos resultados con respecto al segundo caso proporciona una perspectiva sobre la variabilidad e incidencia de estos desplazamientos.

Se observó fluctuación en los intervalos de tiempo entre la primera y la segunda intervención, con un promedio de 23,44 días. Este aspecto es controvertido en la literatura. Algunos autores argumentan que retrasar la extracción permite la formación de fibrosis alrededor del diente, lo que puede facilitar su localización y posterior extracción ^{5,6}. Sin embargo, otros sugieren que la extracción oportuna es crucial para prevenir complicaciones como infecciones, reacciones a cuerpos extraños o un mayor desplazamiento del tercer molar ⁸.

Otras complicaciones comúnmente reportadas incluyeron trismo, dolor e inflamación. Estos síntomas fueron proporcionales al paso del tiempo y generalmente se manifestaron durante el manejo tardío, después de la primera semana en la mayoría de los casos. En el primer caso, en el que la extracción dental se realizó 48 horas después del desplazamiento, no se reportaron complicaciones, lo que corrobora la importancia del manejo temprano y oportuno. Por otro lado, en el segundo caso, donde la intervención se realizó una semana después, aparecieron síntomas como dolor y limitación para la apertura bucal, que persistieron una semana después de la extracción.

Se han descrito abordajes intraorales y extraorales para la recuperación de dientes o fragmentos dentales desplazados. En la literatura consultada, en el 81,82 % de los casos se realizaron abordajes intraorales, lo que indica que es una técnica menos invasiva ^{3, 5,11}. Sin embargo, en situaciones con limitaciones de visibilidad y acceso adecuado, especialmente en casos de desplazamientos profundos, el abordaje extraoral es la opción más adecuada ^{2,10}.

CONCLUSIÓN

Este estudio proporciona evidencia clínica y radiológica que destaca la importancia de una evaluación preoperatoria exhaustiva y de un manejo quirúrgico preciso en los casos de desplazamiento de terceros molares hacia el espacio sublingual. La utilización de la tomografía

computarizada de haz cónico se confirma como una herramienta fundamental en la planificación y ejecución del tratamiento. La experiencia presentada en estos casos enriquece el conocimiento sobre las variaciones anatómicas y escenarios atípicos, ofreciendo pautas prácticas para su abordaje y demostrando la viabilidad de diferentes enfoques según la complejidad de cada situación.

Aunque el número de casos es limitado, los resultados refuerzan que la precisión en la obtención de imágenes y un enfoque multidisciplinario son esenciales para garantizar el éxito, dado que, aunque estos desplazamientos son poco frecuentes, su morbilidad puede ser significativa. La ausencia de complicaciones en nuestros pacientes, junto con una intervención oportuna en un plazo no mayor a una semana, demuestra que este enfoque minimiza los riesgos asociados y favorece una recuperación exitosa.

REFERENCIAS

1. del Águila del Castillo Q, Moncada Ameghino P, Vilcapoma Guerra H. Desplazamiento accidental de la tercera molar inferior impactada al espacio faríngeo lateral. *Odontología SanMarquina*. 2010;13(511):36–8.
2. García Nova D, Sanhueza Olea V. Lower Third Molar Displacement to Submandibular Space: Case Report and Literature Review. *Int. J. Odontostomat.* 2023; 17(3):274-280.
3. Khalil A, Nohily Y, Mohammed A, Albash Z. Intraoral Retrieval of a Displaced Impacted Lower Third Molar into Submandibular Space: A Case Report. *Open Dent J.* 2024 Mar; 18: e18742106283538. DOI: 10.2174/0118742106283538240304092649

4. Nadeem A, Vohra LI, Ahsan A, Mushahid H, Tariq R, Rizwan M, *et al.* A rare case of mandibular third molar displaced into submandibular space: A complication of mandibular third molar extraction. *Clin Case Rep.* 2023 Oct;11(10): e8101. DOI: 10.1002/CCR3.8101
5. Aznar-Arasa L, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Iatrogenic displacement of lower third molar roots into the sublingual space: Report of 6 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2012 Feb;70(2): e107-e115. DOI: 10.1016/j.joms.2011.09.039
6. Kose I, Koparal M, Günes N, Atalay Y, Yaman F, Atilgan S, *et al.* Displaced lower third molar tooth into the submandibular space: two case reports. *J Nat Sci Biol Med.* 2014;5(2):482–4. DOI: 10.4103/0976-9668.136274
7. 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 Jul 1;11(2):275–9. doi: 10.4103/njms.NJMS_95_19
8. Sharifi R, Kamaliehakim L, Matloubi N. Displacement of the third molar bud to the sublingual space during open reduction and internal fixation of mandibular angle fracture: A case report. *Clin Case Rep.* 2020 Oct 30;8(12):3479–82. DOI: 10.1002/CCR3.3451
9. Chattopadhyay A, Hossain M, 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. Vol. 12, *Contemporary Clinical Dentistry.* Wolters Kluwer Medknow Publications; 2021; 12(2):187-90. DOI: 10.4103/ccd.ccd_384_20
10. Konate M, Coulibaly K, Sarfi D, Slimani F. Iatrogenic displacement of mandibular third molar into the submandibular space. A case report and a suggested management procedure.

Advances in Oral and Maxillofacial Surgery. 2023 Dec; 12: 100451. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adoms.2023.100451>

11. Adeyemi MO, James O, Lawal AO, Fadeyibi SO. Iatrogenic displacement of impacted mandibular third molar into the submandibular space complicated by submasseteric abscess. Afr J Trauma 2016;5(1):19-22. DOI: 10.4103/1597-1112.192845

12. Silveira RJ, Garcia RR, Botelho TL, Franco A, Silva RF. Accidental Displacement of Third Molar into the Sublingual Space: a Case Report. J Oral Maxillofac Res. 2014 Oct 1;5(3): e5. DOI: 10.5037/jomr.2014.5305