



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
Laureate International Universities

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE LA POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN
PACIENTES INTERVENIDOS EN EL QUIRÓFANO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO
ABRIL - JUNIO 2014.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontólogo.

Profesor Guía

Dra. Elizabeth Zeas

Autor

Félix Andrés González Muñoz

Año

2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones con el estudiantes, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de titulación “

Dra. Elizabeth Zeas
CI .1716765126

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Félix Andrés González Muñoz
CI: 0603804048

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de las Américas que me abrió sus puertas hacia la excelencia académica, a la Facultad de Odontología la cual a más del aprendizaje me llevo gratos recuerdo y grandes amigos, al Dr. Eduardo Flores Decano de la Facultad de Odontología, por sus mensajes de superación en lo académico como en lo personal; y a mi tutora Dra. Elizabeth Zeas por ayudarme a concluir con mi tesis y ser una profesional de excelencia de la cual pude aprender todo el tiempo.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por darme la sabiduría para poder culminar mi profesión.

A mi padre Luis por quien a más de ser mi sueño el convertirme en Odontólogo se convirtió en el gran llamado "Nuestro Sueño"

A mi madre Enriqueta por estar siempre a mi lado y ser mi base de apoyo cuando siento decaer y desistir, siendo mi fuente de inspiración para cumplir mi meta y lograr lo que me proponga.

A mis hermanos; David por su colaboración desinteresada en la práctica de mi carrera y Mónica quien siempre ha estado a mi lado en las buenas y más en aquellos momentos que necesite de una verdadera amiga.

Andrés González Muñoz

RESUMEN

Este trabajo pretende establecer la frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la facultad de odontología de la universidad de las Américas, la cual permitirá determinar las características de posición de los terceros molares según el género del paciente y la posición de los terceros molares según la edad según del paciente.

La muestra consistió en 71 pacientes de 15 a 30 años de edad (38 mujeres y 33 hombres) para ello se valoró los criterios de inclusión considerando las tomas radiográficas panorámicas y que sean pacientes que presentaron un tercer molar incluido o erupcionado, el tipo de estudio es descriptivo prospectivo, para el análisis se utilizaron ficha de recolección de datos la cual consta de número de la historia clínica, edad, sexo, posición de la pieza dentaria, clase y tipo, de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas durante el periodo Abril- Junio 2014

Los resultados obtenidos en la investigación de campo, a través de la aplicación de la ficha de recolección según Pell & Gregory y Winter, obteniendo la Clase I con el 100% en la pieza dentaria 18 y con 96% la pieza dentaria 28. La clase II con el 45% en la pieza dentaria 48 y 48% en la pieza dentaria 38. Siendo la posición vertical la más frecuente con 90% en la pieza dentaria 18; 91% en la pieza dentaria 28 y 42% en la pieza dentaria 48. La posición mesionagular tiene también su prevalencia con 48% en la pieza dentaria 38 y el 40% en la pieza dentaria 48. El tipo A con el 58% en la pieza dentaria 18, 61% en la pieza dentaria 28 y 48% en la pieza dentaria 48. El tipo B con el 27% en la pieza dentaria 48. El tipo C con el 35% en la pieza dentaria 18 y el 29% en la pieza dentaria 28. Los resultados reflejan que la profundidad más frecuente para los terceros molares es de clase I de posición vertical y de tipo A.

PALABRAS CLAVE: Terceros molares, impactación, incisiones

ABSTRACT

This work aims to establish the frequency of the position of the third molars in patients undergoing surgery in the operating room of the Faculty of Dentistry of the University of the Americas, which will determine the characteristics of position of third molars by gender of the patient and the position of the third molars by age as the patient.

The sample consisted of 71 patients 15 to 30 years (38 women and 33 men) for that valued the inclusion criteria considering the panoramic radiographic shots and are patients who had third molar or erupted, the type of study is prospective descriptive for the analysis record data collection which consists of number of clinical history, age, sex, position of the tooth, class and type of patients treated in the Faculty of Dentistry, University of were used Americas during the period April-June 2014.

The results of the field investigation, by applying the data-collection according to Pell and Gregory and Winter, according to the ratio obtained with Maxillary Sinus predominantly Class I 100% at location 18 96% position 28, position 48 to 50% and class II position with 45% 48 and 48% with 38. Siendo position Vertical position in the most common with 90% at location 18; 91% in the location 28 and 42% in the location 48; mesionagular in position also has its prevalence with 48% at position 38 and 40% at position 48. Type A with 58% position 18, 61% and 48% position 28 to position 48; Type B with 27 48% position, and the position C; 35% position 18 and position 29% 28. The results show that the most common depth for third molars class I is upright and type agenesis is common for the upper and lower third molars

KEYWORDS: Third molar impaction, incisions

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	1
1.Introducción	1
1.1.Planteamiento del Problema	2
1.2.Justificación	3
CAPITULO II	4
2.MARCO TEÓRICO	4
2.1.Generalidades de los Terceros Molares.....	4
2.2. Embriología del tercer molar.....	5
2.3.Generalidades de retención	6
2.4.Etiología	7
2.4.1.Causas o Factores Locales	7
2.4.2.Causas prenatales.....	8
2.4.3.Causas de orden general	8
2.4.4.Factores embriológicos	8
2.4.5.Relaciones Anatómicas	8
2.4.5.1.Relaciones del molar con las estructuras vecinas	9
2.4.5.2.Relaciones del molar con las inserciones musculares	9
2.5.Complicaciones de los terceros molares.....	11
2.5.1.Complicaciones infecciosas	11
2.5.2.Complicaciones mecánicas	12
2.5.3.Complicaciones neuromusculares.....	12
2.5.4.Complicaciones traumatológicas.....	13
2.5.5.Complicaciones tumorales	13
2.6. Aspectos radiológicos	13
2.6.1.Tipo de exámenes radiográficos.....	14
2.7.Clasificación de las posiciones	14
2.7.1.Clasificación de Winter	14
2.7.2.Clasificación de Pell& Gregory	16
2.8.Procedimiento Quirúrgico.....	19
2.8.1.Tratamiento Quirúrgico	19

2.8.2.Anestesia.....	20
2.8.3.LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO	23
2.8.4.Eliminación ósea u osteotomía.....	24
2.8.5.Odontosección.....	24
2.8.5.1.Inclusión Mesioangular	25
2.8.5.2.Inclusión Vertical	26
2.8.5.3.Inclusión horizontal.....	26
2.8.5.4.Inclusión Distoangular	27
2.8.5.5.Inclusión Transversa	27
2.8.6.Extracción (avulsión) del molar	28
2.8.7.Lavado y sutura de la herida	28
CAPITULO III	30
3.OBJETIVOS	30
3.1.Objetivo General	30
3.2.Específicos	30
CAPITULO IV.....	31
4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	31
CAPÍTULO V	32
5.METODOLOGIA.....	32
5.1.Tipo de estudio	32
5.2.Levantamiento de la información	33
5.2.1.Clasificación de Winter	33
5.2.2.Clasificación de Pell& Gregory	34
5.3.Operacionalización de variables.....	35
CAPÍTULO VI.....	37
6.RESULTADOS.....	37
CAPITULO VII	49
7.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
7.1.Conclusiones.....	49
7.2.Recomendaciones	51

REFERENCIAS	52
ANEXOS.....	56

CAPÍTULO I

1. Introducción

“Los terceros molares incluidos son piezas que sufren un proceso de desplazamiento dentario desde su desarrollo dentro del hueso maxilar, hasta su posición utilitaria, que están desapareciendo o no erupcionan correctamente dentro de la arcada dentaria, ya sea por alguna impactación, retención o inclusión”,(Llorensi, 2007).

Hablar del tercer molar o muela del juicio, es saber si dejar en la boca o extraerlo, debido a la frecuencia que estos sufren, al encontrarse incluidos o impactados. A pesar que en algunos casos pueden ser asintomáticos.

En vista de la importancia de las complicaciones relacionadas a los terceros molares existen investigaciones en odontología que se han dedicado al estudio de la frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos, causa y consecuencias con las que han germinado.

Esta investigación es factible ya que se realizó en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo abril- junio 2014, el mismo que permitió determinar la frecuencia de posición. Según la clasificación de Pell y Gregory y de Winter se pudo determinar el grado de dificultad que tiene un tercer molar.

El objetivo de este trabajo fue investigar el predominio de los terceros molares incluidos y el tipo de dificultad que se encuentra con mayor frecuencia, determinar las características de posición de los terceros molares según el género del paciente y la posición según la edad del paciente.

1.1. Planteamiento del Problema

En la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas se prestan diferentes servicios de atención, en todas las áreas de la odontología una de ellas es el área quirúrgica. A este servicio asiste el mayor volumen de pacientes, para realizarse la extracción de terceros molares, por lo que es importante conocer cuáles son las frecuencias más comunes de posición de estas piezas dentarias.

En épocas pasadas la población tenía desconocimiento de las complicaciones que producen estas piezas dentarias como quistes y tumores en potencia.

Hoy en día la demanda que existe en la extracción de terceros molares ha aumentado y esto se debe a que la gente ha adquirido una conciencia sobre los problemas que genera esta pieza, además la tendencia a realizarse tratamientos de ortodoncia por estética ha fomentado esta práctica.

Los problemas que generan los terceros molares son de diversas características y consecuencias, por esta razón la Cirugía Oral ha dedicado grandes capítulos a sus procedimientos de extracción como al análisis de sus complicaciones y al tratamiento de las mismas.

La intervención quirúrgica de los terceros molares tiene diversos modos de complejidad por lo cual se debe tener conocimientos bien claros así como habilidades y destrezas para garantizar un buen tratamiento.

1.2. Justificación

La investigación tiene la finalidad de identificar la frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo Abril-Junio 2014.

Este estudio se justifica porque la exodoncia de terceros molares incluidos es una actividad quirúrgica muy frecuente tanto a nivel institucional, como a nivel privado ya que son dientes que se encuentran generalmente en mala posición, generan dolores neuromusculares y hoy en día se los extrae antes de recibir tratamientos ortodónticos ya que la estética en los pacientes es un factor elemental en el convivir diario. Por esta razón surge la necesidad en conocer las posiciones frecuentes de los terceros molares en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología.

De tal manera se podrá brindar un servicio garantizado para los pacientes que asistan por este servicio que ofrece nuestra Facultad de Odontología. El impacto esperado es la de identificar la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano, por tal razón sirve de aporte investigativo para determinar la prevalencia en pacientes que presentan los terceros molares retenidos.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1.Generalidades de los Terceros Molares

Los terceros molares son llamados genéricamente “cordal incluido”, que sufren un proceso de desplazamiento dentario desde su iniciación dentro del hueso maxilar, provocando un fracaso en el proceso de erupción, los terceros molares se presentan retenidos. Los dientes que anatómicamente sufren la frustración desde “la erupción, hay escritores que aseveran que el 45% de los pacientes presentan terceros molares retenidos”,(LLorensi, 2007).

El retardo de la pieza dentaria se debe a la posición con respecto al eje longitudinal y la posición mesioangular siendo el sexo femenino el que más retraso en erupción tiene con 2 años de diferenciación, con el hombre que erupcionan a los 19.9 años.

“Los terceros molares en el sexo femenino tarda en aparecer en un 20% a 30%, mientras que en el sexo masculino la erupción es temprana”,(Marengo , Gurrola , Díaz, & Casasa, 2008).

La intervención quirúrgica de los terceros molares para su remoción, se debe a que no queda espacios suficientes para su erupción, por ello causa problemas como dolor, infección, apiñamiento de los demás dientes, o daño al segundo molar principalmente desarrollan caries al ser una zona difícil para el acceso de una correcta higiene oral.

“Las última pieza dentarias en erupción en la cavidad oral, la discordancia que existe alguna patologías en su proceso eruptivo al compararla con los demás dientes, está patología odontológica se debe a la forma, tamaño y ubicación. Estos suelen variar no sólo por su frecuencia y su variedad de

presentación, sino también por la patología odontológica y accidentes que frecuentemente desencadenan, motivo por el cual explica su extracción”,(Gay , Piñera , Velasco, & Berini, 2005).

2.2. Embriología del tercer molar

La formación del tercer molar está a la par con los otros molares, en un mismo tejido epitelial. “La característica de éste es la carnosidad del tercer molar que se despega del segundo como un diente sustituto”. Por ello difícil determinar la ubicación y dificultad al erupcionar antes. (Herrera, 2010).

La formación del canal del tercer molar, se desarrolla al interior de la rama ascendente y en la pared antero media mandibular, aproximadamente aparece desde los 6-7 años.

“Esta ha sido la ubicación previa del primer molar antes del nacimiento, y del segundo molar entre el segundo y tercer año de edad. Entre los ocho años y medio y los nueve el folículo puede alcanzar el tamaño maduro, estando la cápsula y la corona formada a los diez años de edad, termina su calcificación en torno a los dieciséis años, mientras que la calcificación de las raíces no concluye hasta los veinticinco años”,(LLorensi, 2007).

“El germen del tercer molar, a diferencia del resto de la dentición se desprende directamente de la lámina dental”.Esta área según son sometidas a una intensa regeneración ósea que permite acrecentar la cresta ósea tanto en el sentido antero-posterior como vertical a este nivel, produciendo fuerzas morfo genéticas, que junto a la dirección oblicua del germen establecen el trayecto eruptivo, forzando al tercer molar inferior, a generar una camino curvilínea de concavidad postero-superior para alcanzar su posición idónea en la boca,(LLorensi, 2007).

La inclinación del tercer molar en plano vertical (mesiales, distales e inversiones) y que se encuentran retenidos puede presentar patologías dentaria o paradentaria. La visualización de la cara oclusal aparece a medida de que si se inclina hacia bucal (vestibular) o lingual y estará ausente cuando la pieza siga la línea de la arcada dentaria.

La gran inclinación del eje del germen del tercer molar inferior respecto del eje de los demás dientes viene determinada por la inclinación del borde anterior de la rama ascendente. "Durante el crecimiento del cuerpo mandibular, se produce una reabsorción del borde anterior y el borde posterior de ésta. Este fenómeno aporta un aumento del espacio disponible y por lo tanto un enderezamiento o disminución en la inclinación del eje del cordal". La disminución en la inclinación produce ganancia en la longitud del arco en el sector posterior y la dentición hacia mesial. La inclinación del eje del tercer molar es menos marcada en aquellos individuos que han sido sometidos a exodoncia temprana tal y como demuestran los estudios de Tait y Richardso", (Llorensi, 2007).

2.3.Generalidades de retención

Retención dentaria: "Es la detención total o parcial de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente".(Raspall G. , 2008).

Estas retenciones se clasifican por criterios y hechos que deben considerarse: "Todo diente pasa por retención fisiológica, existe periodo de retraso de erupción según cada individuo, la posición dentaria, trastorno por el desarrollo de los dientes" (Herrera, 2010),

Hechos que se deben considerarse:

Todo diente pasa por una etapa de retención fisiológica

1. Existe después un período de retraso de la erupción variable según cada Individuo
2. Si, llegada la fecha máxima considerada en la erupción de cada diente, ésta no se ha conseguido, se define ya como autentica retención.
3. “Si esta retención produce alguna manifestación clínica, se clasifica como retención patológica”. (Herrera, 2010).

2.4.Etiología

Las causas se clasifican en generales y locales, se debe a la falta de espacio debido a que el tamaño del arco dental es menor, esta alteración se afecta fundamentalmente en la erupción de las piezas dentarias.

2.4.1. Causas o Factores Locales

Las causas más frecuentes e importante en la etiopatogenia son:

El aumento de la densidad del hueso. "Falta de espacio en la arcada debido a maxilares hipo desarrollado o trastornos en el tamaño y forma de los dientes. Alteraciones en la posición, consiguiente presión del diente vecino. Inflamación crónica con un incremento en la consistencia de la mucosa oral". (Navarro Vila, 2008).

Los factores dentarios pueden ser obstaculizados por alteraciones como patológicas, malformaciones, entre otras, la retención dentaria se debe a la dimensión de los maxilares, impidiendo la normal erupción del diente.

2.4.2. Causas prenatales

Esta puede ser:

Congénita: "Patologías en el embarazo, infecciones, trastorno del metabolismo. Genéticas: trastornos hereditarios o familiares, micrognatia, fisura labio-palatinas, macrodoncia, disostosis cráneo faciales". (Navarro Vila, 2008).

En las causas genéticas los maxilares se van atrofiando progresivamente mientras los dientes sufren un proceso más lento de reducción.

2.4.3. Causas de orden general

"Alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, Alteraciones metabólicas (raquitismo), Enfermedades hereditarias, labio y paladar hendido". (Aguana, Cohen, & Padrón, 2011).

2.4.4. Factores embriológicos

"Las situación son alejadas del diente y época tardía de su erupción. El tercer molar inferior, que nace en la zona distal de la apófisis alveolar e intenta erupciones en un espacio conflictivo", todos los dientes están situados en la arcada", (Herrera, 2010).

2.4.5. Relaciones Anatómicas

"El molar se sitúa en un espacio limitado donde las relaciones anatómicas entre las diversas estructuras cobran una importante alteración por las condiciones anatómicas, acentúan las dificultades y agravando el problema de la erupción". (Herrera, 2010).

2.4.5.1. Relaciones del molar con las estructuras vecinas

El conocimiento de la anatomía local de los maxilares y de la cavidad oral, es esencial, para realizar una identificación de las estructuras anatómicas. “Las estructuras vecinas del tercer molar van hacia delante, mientras que el segundo molar restringe la contorsión del cordal, traumatizando cualquier nivel, hacia abajo la relación es menos estrecha en el paquete vasculo-nervioso, contenido en el conducto dentario inferior, provocando ruptura en la raíces”, (Gay Escoda & Berini Aytes, 2004).

“Las causas de trastornos de reflejos del trigémino y del simpático periarterial, a causa de las múltiples anastomosis del quinto par, hacia atrás se encuentra con el borde anterior de la rama, obstáculo óseo que impide una buena posición del diente en la arcada, Hacia arriba está cubierto por una mucosa laxa. Movable y extensible que no desempeña su papel habitual en la erupción dentaria como lo hace la fibromucosa existente en el resto de los dientes”. (Herrera, 2010).

En la parte externa está situado la “cortical externa”, lamina ósea espesa, compacta y sin estructuras vasculonerviosas, lo cual favorece el acceso de las técnicas quirúrgicas de exodoncia, la parte internase toca con la cortical, lámina ósea delgada, que se perforada con facilidad por las raíces, la cual permite separar el diente de la región sublingual y del nervio lingual. (Herrera, 2010).

2.4.5.2. Relaciones del molar con las inserciones musculares

La presencia de los terceros molares impactados, afectan a los demás dientes que presentan una tendencia a sufrir anomalías periodontales, la falta de lugar o mal posición juega un papel importante en los patrones del crecimiento y remodelación mandibular.

La complejidad de la inserción muscular del tercer molar “hacia a fuera se encuentra las fibras del músculo buccinador y hacia adentro se relaciona con el músculo pterigoideo interno limita las inserciones posteriores del músculo del hiato entre las regiones sublingual y submandibular”. (Herrera, 2010).

La relación del tercer molar con las inserciones musculares está hacia arriba y atrás, las fibras inferiores del músculo temporal se inserta en la cresta del mismo nombre, mientras que en la parte superior interna del triángulo retromolar se pone en comunicación con el pilar del velo para el tercer molar, fundamentalmente el inferior se encuentra una serie de obstáculos en su intento de erupción y da lugar a anomalías de situación (inclusiones y enclavamiento) y de posición solo el 20% de los terceros molares encuentra espacio y se alinea normalmente en la arcada”. (Herrera, 2010).

En múltiple ocasiones se deben realizar exodoncia de piezas dentarias o de restos radiculares de una forma no convencional, utilizando técnica quirúrgica apropiada para la cirugía bucal.

Ello se debe a:

Su localización al final de la lámina dentaria en la región fértil del ángulo mandibular, que le obligan a realizar una curva de enderezamiento para alojarse en la arcada, "Espacio limitado entre el segundo molar, la rama, la cortical interna y la externa y la mucosa laxa suprayacente, relaciones con el paquete dentario inferior, el nervio lingual, los músculos masetero, temporal, pterigoideo interno, buccinador y milohiideo, así como el espacio periamigdalino y las regiones cervicofaciales". (Herrera, 2010).

"Al mismo tiempo existe una reducción progresiva en la filogenética humana en cuanto al número, el volumen y la alteración de la forma de los dientes (el cordal falta en el 10% de los casos, y la disminución de la potencia vital y del tamaño de los maxilares y de la mandíbula. Por ello se puede considerar que

solo el 20% de los cordales evoluciona favorablemente y explica la necesidad de tratamiento de la erupción" patológica del 10% restante, con una anamnesis y una exploración clínica cuidadosas, conduce inmediatamente a establecer un diagnóstico de erupción patológica del tercer molar" (Herrera, 2010).

2.5. Complicaciones de los terceros molares

2.5.1. Complicaciones infecciosas

Las complicaciones en los molares son porque son parcialmente retenidos y se hace difícil su higiene acumulándose alimentos, provocando infecciones, "al no poder remover y limpiar adecuadamente la zona, se produce una inflamación, provocando una infección llamada pericoronaritis", (Clinica Ciroi, 2010).

Es producida por: Crecimiento bacteriano activo, "que es el espacio de tejido blando que cubre la corona del molar. Debajo de la mucosa peri dentaria existe un espacio donde hay humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad, con tal ambiente el crecimiento bacteriano florece por irritación traumática de la mucosa que cubre el molar inferior, por las cúspides del molar superior, vitalidad disminuida de los tejidos e invasión de microorganismos, también la erupción del tercer molar superior, en su intento de entrar en articulación, traumatiza los tejidos blandos del tercer molar inferior durante los movimientos mandibulares". (N.N, 2011).

Estas infecciones presentan diversos cuadros clínicos, cuya importancia deriva de su frecuencia y gravedad potencial. Pueden ser prevenidas con una higiene correcta, o procedimientos odontológico/ quirúrgico o farmacéutico.

Entre ella encontramos ganglionares, celulares, óseos, sinusitis, tromboflebitis cráneo facial.

2.5.2. Complicaciones mecánicas

Las complicaciones mecánicas se derivan de la fuerza de erupción de un molar, la falta de espacio dentarios.

“Provoca desde lesiones en la encía, mejilla y lengua, hasta lisis del segundo molar que tiene por delante, provocándole caries y destrucción de su raíz”.(Clinica Ciroi, 2010).

El origen de la “zona fértil del ángulo mandibular, es el extremo distal de la lámina dentaria, relaciones anatómicas con elementos inextensibles: segundo molar, corticales óseas y rama de la mandíbula, Existencia de cierta desarmonía dento-ósea cuando existen maxilares y mandíbula pequeños y dientes grandes”. (Herrera, 2010, pág. 28).

Este origen se debe a que no existe espacio suficiente en la cavidad dentaria, desarmonía maxilo dentario de origen genético.

2.5.3. Complicaciones neuromusculares

El origen neurológico se debe a la riqueza de vascularización e inervación, produciendo dolor de la articulación temporomandibular, puede ocurrir alteraciones sensitiva y motora por la compresión del nervio.

La presión ejercida sobre los segundos molares puede provocar dolores severos y descompensación en las fuerzas de la masticación ocasionando mal funcionamiento y dolor en la articulación temporomandibular. "Pueden ocurrir ocasionalmente alteraciones sensitivas y motoras por la compresión de nervios como el dentario inferior que recorre toda la mandíbula por debajo de las raíces de los dientes" (Clinica Ciroi, 2010).

2.5.4. Complicaciones traumatológicas

"El origen de esta complicación debilita el ángulo mandibular, provocando dolor lo que hace que las fracturas por traumas sean frecuentes a ese nivel" (Clinica Ciroi, 2010).

2.5.5. Complicaciones tumorales

El origen clínico de las complicaciones se debe a los granulomas marginales y quiste laterodentarios, peri-coronarios, osteítis hiperplasia.

La inclusión del tejido epitelial que rodea al molar es potencialmente oncológica, pudiendo provocar desde pequeños quistes, hasta ameloblastomas y tumores malignos de maxilar."Por esto es sumamente importante al realizar su extracción, la eliminación de todo tejido que pueda quedar en el lecho óseo realizado y a la mínima duda del tejido encontrado debemos realizar su estudio anátomo patológico" (Clinica Ciroi, 2010).

El contorno de la corona y el número de disposición de las raíces, la posición dentario puede ser vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, invertido.

2.6. Aspectos radiológicos

La exploración general de la cavidad oral, es importante verificar a través de exámenes radiológicos local lo cual permitirá estudiar los dientes adyacentes y los antagonistas.

Los exámenes radiográficos contribuyen a los procedimientos a seguir, dependiendo de los antecedentes obtenidos en el procedimiento .Esta información se refiere a:

“La forma de la corona, número y disposición de las raíces. Estas pueden estar: unidas en forma cónica, separadas, convergentes, incurvadas, Posición: vertical, mesio y distoangular, horizontal, invertido; situación sobre la arcada, hacia lingual o hacia vestibular, Profundidad de la pieza dental, Existencia o ausencia de ligamento periodontal. Su ausencia conlleva mayor dificultad en la extracción, Situación: submucosa o perforando la mucosa (diente enclavado o impactado); intraósea alta o baja (incluido) ectópica o heterotópica”. (Herrera, 2010).

Se describen los siguientes signos radiológicos.

"Desviaciones del conducto, Interrupción de la banda radiotransparente, estrechamiento del conducto, oscurecimiento de la raíz superpuesta al conducto, surco o perforación en las raíces" (Herrera, 2010).

2.6.1. Tipo de exámenes radiográficos

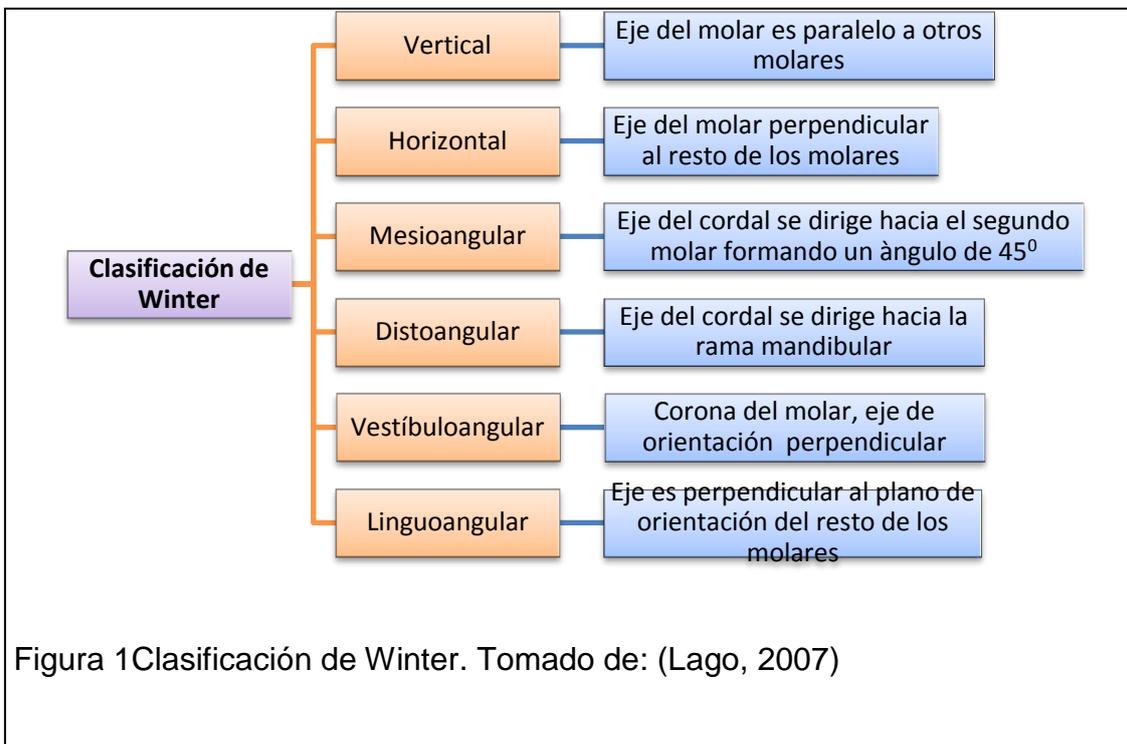
Los tipos de exámenes radiológicos más comunes para la exploración son “las intrabucales periapicales para matizar la morfología, la posición y las relaciones; las oclusales para deslindar una situación vestibular o lingual en relación con el segundo molar; la radiografía panorámica para una visión general y el diagnóstico de múltiples inclusiones, ectópicas o heterotópicas, o cuando, por la existencia del trismo, el paciente no puede abrir la boca, y la tomografía computarizada (TC) para una ubicación y una relación mejor con el dentario inferior" (Herrera, 2010).

2.7. Clasificación de las posiciones

2.7.1. Clasificación de Winter

Clasifica los terceros molares según la relación del eje longitudinal del cordal y el eje longitudinal del segundo molar en los planos sagital y coronal.

"Winter se tomó esta clasificación por que se basa en cuatro parámetros de análisis: la posición de la corona, la forma radicular, la naturaleza de la estructura ósea que rodea al tercer molar y la posición del molar en relación al segundo molar"(LLorensi, 2007).

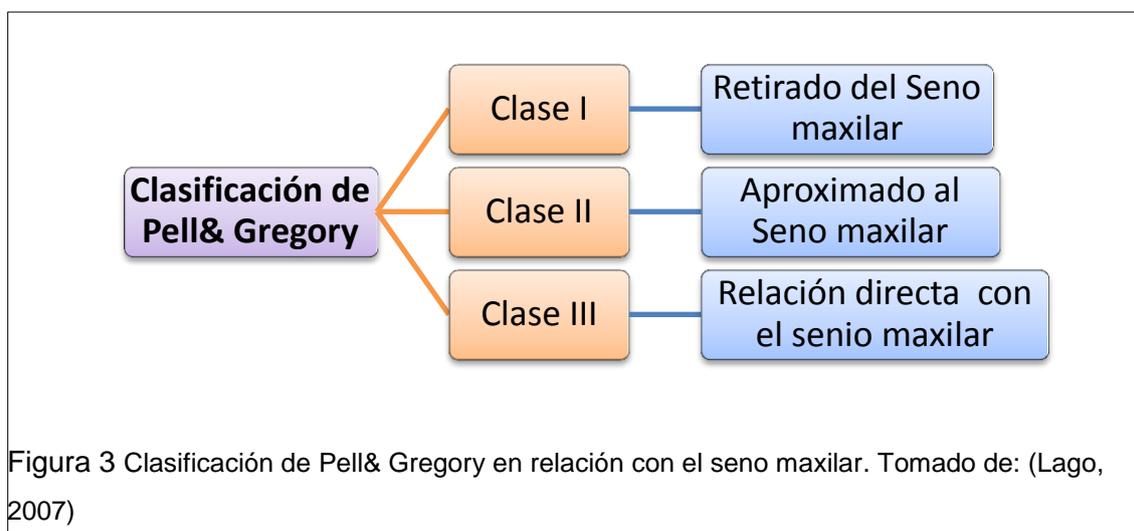


2.7.2. Clasificación de Pell& Gregory

Se basa en el espacio disponible entre el tercer molar en el maxilar superior con el seno maxilar y en el maxilar inferior con la rama ascendente de la mandíbula.

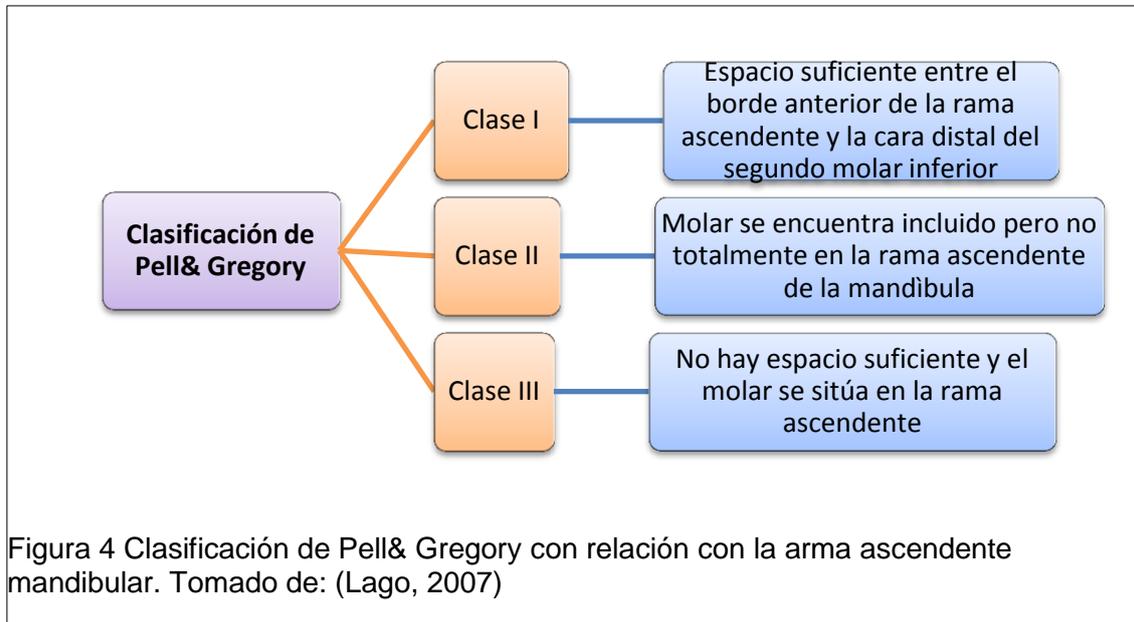
Terceros molares superiores:

Relación con el Seno Maxilar

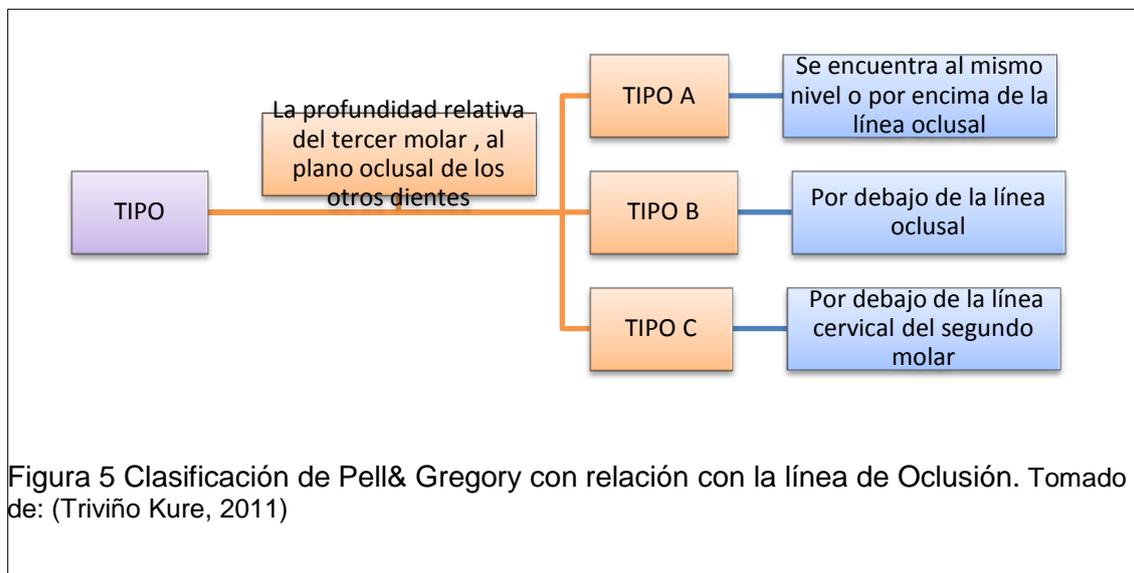


Terceros molares inferiores:

Relación con la Rama Ascendente Mandibular

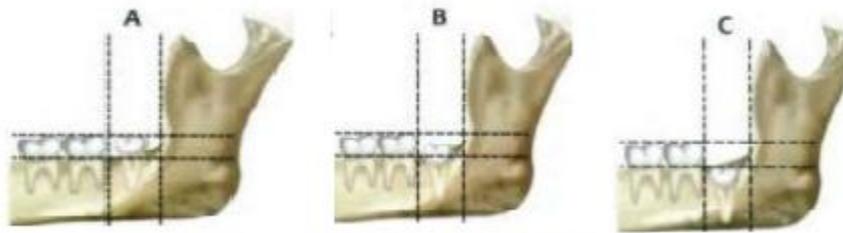


Relación con la línea de Oclusión

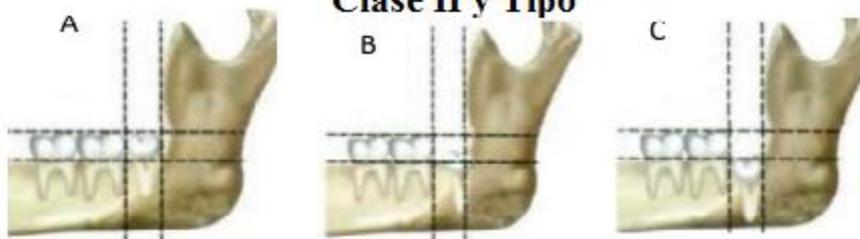


CLASIFICACION DE PELL & GREGORY

Clase I y Tipo



Clase II y Tipo



CLase III y Tipo

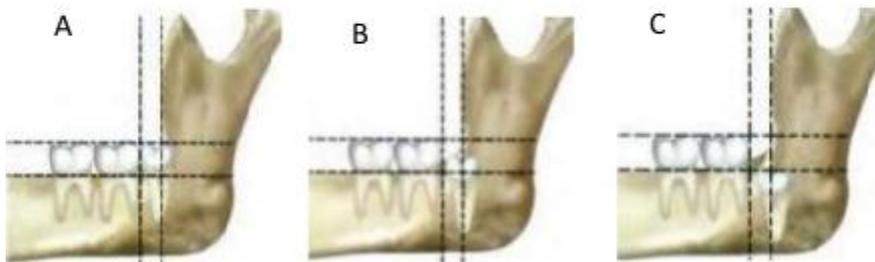
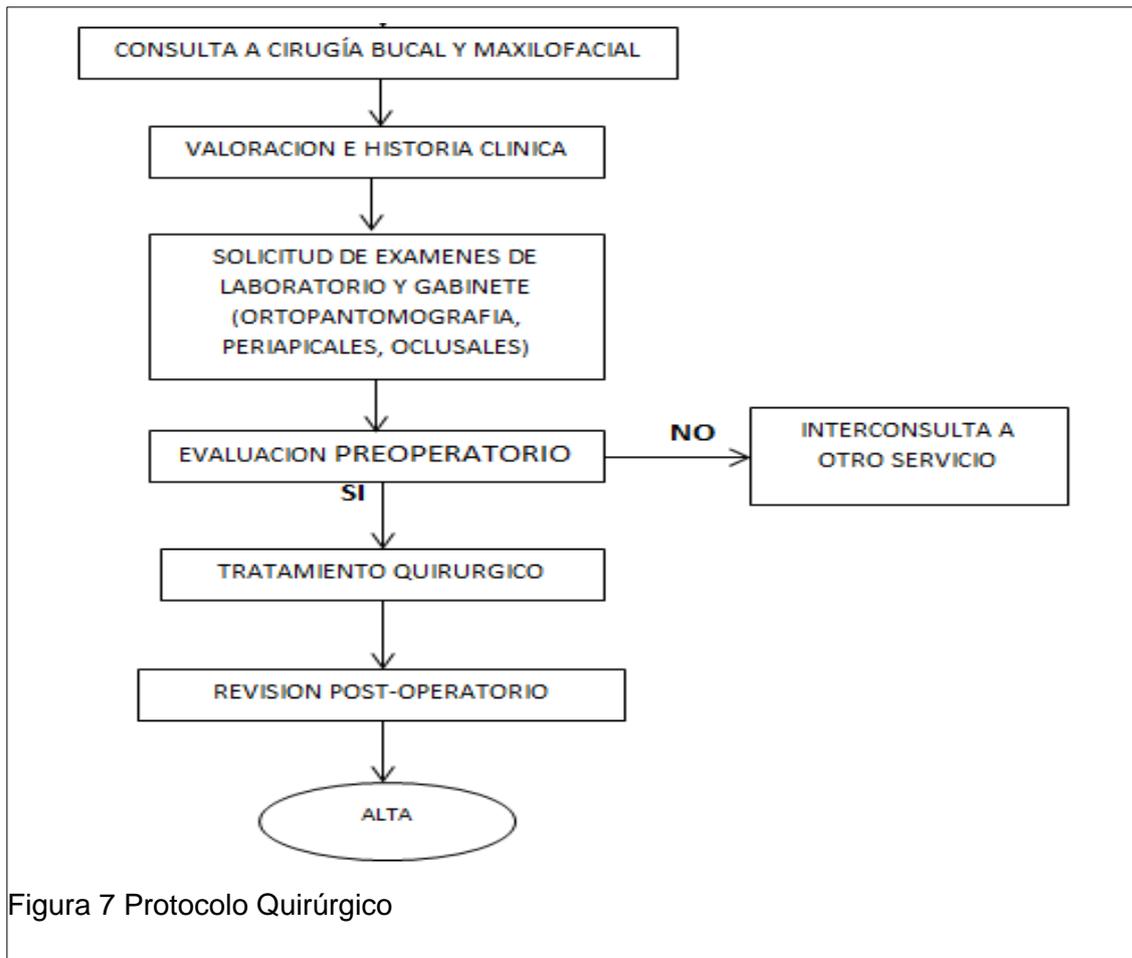


Figura 6 Clasificación de Pell & Gregory .Tomado de: (Velásquez Martínez, s/f)

2.8. Procedimiento Quirúrgico



2.8.1. Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento operatorio dental quirúrgico debe estar contar con normativas de acuerdo a los protocolos de Bioseguridad, a fin de minimizar el contagio ya que la boca contiene agentes biológicos que pueden llegar a infecciones durante el proceso quirúrgico, si bien es cierto el especialista debe contar con normativas de bioseguridad tales como: guantes de goma, gorro, mascara de larga cobertura, bata quirúrgica, dique de goma, así como mecanismos que minimicen riesgos.

“La bioseguridad comprende un conjunto de medidas y disipaciones que tienen como propósito la protección humana”. Está destinada a reducir el riesgo de

transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. (Troconis Ganimez, 2003).

2.8.2. Anestesia

La imputación del tercer molar retenido antes de una cirugía empieza con la intervención de una anestesia local con "articaina al 4% y 1:100000 de adrenalina (articaina - inibsa®), (3,6 a 5,4 ml de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000y mediante una técnica de estandarización". (Martínez, Paredes Garcia, Valmaseda Castellón, Berini, & Gay-Escoda, 2004)

Técnica de Anestesia Paraapical supraperióstica para piezas dentarias #18 y 28:

Conocida como "infiltrativa" con esta técnica se pretende obtener la anestesia de la pulpa dentaria y de las estructuras periodontales- ligamento periodontal, hueso, periostio, encía y mucosa. La anestesia de las estructuras periodontales se obtienen del mismo lado donde se efectúa la infiltración habitualmente en la zona vestibular.

Nervios anestesiados:

Nervio Palatino Anterior, situado a plomo, respecto a la raíz palatina del segundo molar, en un punto equidistante de la línea media y del borde gingival. La anestesia conseguida corresponde a la encía del lado palatino que va desde el primer premolar hasta el tercer molar.

Nervio Alveolar Superior Posterior, situado en el fondo del vestíbulo a nivel del segundo molar, la punción se debe hacer a unos 45 grados. La anestesia conseguida afecta los tres molares superiores a excepción de la raíz mesial del primer molar.

Técnica Troncular para piezas dentarias #38 y 48:

Conocida como "troncular" se trata del bloqueo troncal por excelencia en Odontología con el cual se puede lograr el bloqueo hemimandibular.

Nervios anestesiados:

Nervio Alveolar Inferior o Dentario Inferior, está ubicado en la parte posterior interna de la rama ascendente, protegido por delante de la espina de Spix.

Para anestésiar este nervio debemos basarnos en dos planos:

Plano Vertical se hace avanzar el dedo hasta que, llegando al triángulo, toque la línea oblicua interna.

Plano Horizontal basado en el relieve del ligamento pterigomandibular la punción se hará por fuera del ligamento.

Una vez situada la intersección de estos dos planos la aguja se introduce lo más perpendicular a la superficie por lo que se debe realizarlo desde el lado opuesto. Estructuras anestesiadas se obtiene la anestesia de pulpa y periodonto de todos los dientes de una hemiarcada, corticales externas e internas, periostio vestibular y lingual, mucosa vestibular, labio inferior y mentón.

Nervio Lingual, se llega a este nervio en la técnica troncular, al inyectar medio carpule mientras se va retirando la jeringa. Estructuras anestesiadas se consigue la anestesia de los 2/3 anteriores de la hemilengua, del surco gingivolingual, de la mucosa que recubre la cortical interna y de la encía por lingual.

Nervio Bucal, situándose en el fondo del saco vestibular de la región de los molares inferiores. Estructuras anestesiadas sensación de entumecimiento de la mejilla.

"El tiempo operatorio quirúrgico estipulado es de 20 a 30 minutos dependiendo de la edad, la anatomía desfavorable de las raíces del tercer molar, la presencia de pericoronaritis y la fusión radicular". (Olate, Alister, Alveal, Soto, de Miranda Chaves Netto, & Thomas, 2010).

"Se utilizaron tres fases: la primera fue la fase de anestésica, la segunda fase, el momento que fue introducido en primer instrumento quirúrgico (bisturí, elevador, o fórceps) y como último finalizo con la sutura de tejidos blandos y los cuidados postquirúrgicos son de 48 horas del procedimiento".(Olate, Alister, Alveal, Soto, de Miranda Chaves Netto, & Thomas, 2010).

Las incisiones o diéresis es el primer paso mediante en el cual se cortan los tejidos.

"Existen siete pasos consecutivos de la cirugía: la incisión, elevación del colgado, retracción, osteotomía, curetaje, sutura o cierre de la incisión".(Novoa Herrera, 2012)

"Los tipo de incisiones son sobre la mucosa vestibular, terceros molares y las incisiones en patologías en tejidos blandos",(Universidad de Valencia, s/f).

Incisión de los terceros molares. Se subdivide en *festoneada lineal*, se ubica en la tuberosidad del maxilar superior y triángulo retromolar inferior, para se realizan dos trazos contenidos, uno recto y otro festoneado, la técnica Se realiza primero el trazo lineal sobre la mucosa retromolar, en su segmento oclusal, hasta llegar a la cara distal del segundo molar, continuando con un trazo festoneado hasta la cara mesial del primer molar. "La bayoneta, su trazo con tres trazos extensible mesialmente hasta el primer molar, la técnica son los

cordiales incluidos inferiores, partiendo de la zona posterior del triángulo retromolar, se traza una incisión que alcanza el hueso y llega a la cara distal del segundo molar y los cordiales incluidos superiores, los terceros molares incluidos en posición desfavorable o patología asociada". (Universidad de Valencia, s/f)

2.8.3. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO

El colgajo mucoperióstico debe ser de tamaño suficiente para garantizar un adecuado acceso y visibilidad del campo quirúrgico, sin que su retracción forzada puede originar desgarro mucoso, puede tratarse de un colgajo envolvente o de un colgajo triangular con incisión de descarga hacia fondo de vestíbulo, en este último caso, la incisión de descarga debe ser oblicua, de forma que la base del colgajo sea amplia y no comprometa la vascularización de éste." La incisión a lo largo de todo su trazado debe hacerse con el bisturí, incidiendo hasta hueso para conseguir un colgajo mucoperióstico de este espesor completo. La prolongación anterior de la incisión garantiza por una parte acceso adecuado y, además, que el cierre sea sobre todo hueso sólido y no sobre el defecto óseo para evitar dehiscencias de la herida". (Herrera, 2010).

"Tercer molar inferior. Se traza una incisión oblicua postero-anterior desde la cresta anterior de la rama ascendente mandibular hasta la cara distal del segundo molar en general puede hacerse la descarga vestibular a este nivel, en forma de incisión oblicua", (Herrera, 2010)

En casos de gran proximidad entre el segundo y tercer molar, la descarga debe practicarse por mesial del segundo molar. "Si se prefiere un colgajo envolvente, entonces se continúa en la hendidura gingival anteriormente hasta la cara mesial del primer molar. Esta prolongación anterior de la incisión puede ser menor en función de la dificultad de la exodoncia y del hueso que será preciso eliminar". (Herrera, 2010).

2.8.4. Eliminación ósea u osteotomía

La “cantidad de hueso que se eliminara dependerá de la profundidad de la impactación, la anulación de la pieza y la disposición de las raíces. Deberá eliminarse el hueso de las superficies oclusal, bucal y distal hasta exponer la línea cervical. Es fundamental la eliminación del hueso vecino a la cara mesial del tercer molar para facilitar la introducción del instrumental y del hueso del trígono-retromolar para facilitar las vías de salida”, (Herrera, 2010).

“La secuencia de osteotomía en la exodoncia quirúrgica de un tercer molar inferior será la siguiente” (Herrera, 2010).

- “Eliminación ósea en la superficie oclusal para exponer la corona
- Fresado de la cortical bucal hasta exponer la línea cervical
- Fresado de un surco por distal del diente para permitir su posterior luxación

2.8.5. Odontosección

Para Llorensi, 2007 , “dentro de los procedimientos quirúrgicos a realizar para la exodoncia de dientes erupcionados o retenidos, debemos tener en consideración a la hora de planificar el tratamiento la necesidad o conveniencia de realizar la odontosección o división del diente a extraer como técnica que simplifique el proceso de movilización y luxación del mismo dentro de su lecho óseo, y que facilite las maniobras de expulsión, al disminuir su tamaño en dos o más fragmentos, con lo que disminuimos la cantidad de hueso a eliminar durante la fase de osteotomía, disminuyendo la dificultad quirúrgica y mejorando la morbilidad del postoperatorio”.

La odontosección puede realizarse con escoplo y martillo (actualmente en desuso) o con material rotatorio, la podemos realizar con pieza de mano recta en micromotor y fresa redonda o con turbina y fresas cilíndricas. La odontosección realizada a alta velocidad es mucho más rápida, ofrece un corte

más limpio, y por la propia orientación de la cabeza activa (90° en relación con el mango) estaría más indicada. Una vez practicada la odontosección si fue precisa, procederemos a la luxación de los diferentes fragmentos del diente. Para ello se utilizan los elevadores, especialmente rectos comenzando por el más fino y aumentando el tamaño si es necesario. Mediante ellos aplicaremos los principios de palanca y buscando un punto de apoyo normalmente en el hueso mesial, aplicaremos una fuerza controlada en la cara mesial del molar y tenderemos a distalizarlo cuando esto sea posible, haciendo para ello un ligero movimiento de giro con la muñeca alrededor del eje del elevador

“De igual forma puede aplicarse el elevador en la cortical vestibular, entre esta y el molar, haciendo fuerza hacia lingual”.(LLorensi, 2007).

2.8.5.1. Inclusión Mesioangular

El grado de dificultad vendrá marcado por la inclinación del tercer molar en relación con el segundo y por la profundidad de retención. “De igual manera, la inclinación del eje longitudinal del segundo molar influirá en el grado de dificultad, de manera que si está inclinado hacia distal la exodoncia será más complicada”.(LLorensi, 2007).

“La inclusión mesio angular es una inclusión no complicada será suficiente una incisión festoneada sin descarga, aplicación del elevador recto en la cara mesial del tercer molar y luxación del molar. En aquellas ocasiones que el tercer molar se encuentre en situación más profunda o en una inclinación desfavorable, será preciso hacer un colgajo triangular que permita un buen acceso”.(LLorensi, 2007).

Realizaremos una osteotomía que será mayor cuanto más profunda sea la inclusión, eliminamos el hueso que cubre la corona y parte de hueso vestibulomesial, para conseguir acceso a la cara mesial donde aplicaremos la fuerza de palanca. “También es muy importante la osteotomía que libere la

cuña distal de hueso que cubre parte de la superficie distal del tercer molar, para facilitar la expulsión del diente”. (LLorensi, 2007).

“Se puede realizar tres tipos de odontosección según la orientación del eje de corte de la misma en relación con el eje del tercer molar.

1. Línea de corte paralela al eje mayor del tercer molar
2. Línea de corte oblicua al eje del diente
3. Corte oblicuo que separe las cúspides distales del resto del diente”,(LLorensi, 2007)

2.8.5.2. Inclusión Vertical

La dificultad en la exodoncia del molar en esta posición va a depender de la anatomía y del número de raíces, y sobre todo, de la profundidad de la inclusión,(LLorensi, 2007).

“Si no está muy profundo” (complejidad 1) se suele extraer sin excesiva dificultad realizando una adecuada osteotomía en el hueso mesiovestibular del tercer molar, que permita la aplicación de un elevador, Si la retención es más profunda, hay que realizar una gran osteotomía oclusal, mesial vestibular y distal, de manera de liberar de retenciones al molar y poder obtener un buen punto de apoyo para el elevador. Habitualmente si el molar presenta 2 raíces separadas será necesario realizar la odontosección de esas raíces para poder extraer el molar”. (LLorensi, 2007).

2.8.5.3. Inclusión horizontal

Para LLorensi, 2007 . “El tratamiento quirúrgico de este tipo de inclusiones generalmente es complejo y difícil, pudiendo presentarse diferentes posibilidades en función de la profundidad de la inclusión y del espacio entre el segundo molar y la rama ascendente”. En líneas generales, estas extracciones

requieren la realización de un colgajo amplio y una gran osteotomía, además de precisar siempre cuando menos la odontosección de la corona dentaria a nivel del cuello (sección transversal), evidentemente, el nivel de Osteotomía tiene que estar en relación con la profundidad de la inclusión, ya que necesitamos además de descubrir toda la porción ósea que cubre la corona del molar y parte de la superficie radicular, liberar suficiente hueso por vestibular para poder introducir la punta de un elevador y provocar la luxación de la porción coronal primero y de la porción radicular después. Si se dividen las raíces, extraeremos primero la más distal (más superficial). Hay casos en los que por la profundidad de la inclusión, habrá que recurrir a múltiples odontosecciones para, poco a poco ir eliminando las diferentes porciones del molar que vamos obteniendo”.

2.8.5.4. Inclusión Distoangular

Para Llorensi, 2007 “Este es suele ser uno de los procedimientos más difíciles, debido a que frecuentemente la corona se encuentra muy orientada hacia la rama ascendente y las raíces orientadas y muy próximas a la raíz distal del segundo molar. Si la inclusión es ligera, bastará con una amplia osteotomía en forma de cuña de hueso distal ala corona, para poder luxarla distalmente y darle salida al diente, en el resto de los casos será necesario realizar la odontosección del diente retenido”.

2.8.5.5. Inclusión Transversa

“Son aquellas en las que el molar está en posición horizontal pero su eje mayor es paralelo al plano vestíbulo lingual, pudiendo presentarse con la corona hacia vestibular y la raíz hacia lingual (vestíbulo versión) o el caso contrario, corona hacia lingual y raíz hacia vestibular (linguoversión). La exodoncia de estas inclusiones siempre requiere de una amplia osteotomía y la necesidad de realizar odontosección de la corona a nivel amelocementario y se valorara la conveniencia de realizar odontosecciones adicionales”. (Llorensi, 2007).

2.8.6. Extracción (avulsión) del molar

Una vez hecha la osteotomía y odontosección se retiran los distintos segmentos del diente mediante el uso de elevadores. “Los movimientos de luxación para expansionar las corticales bucal y lingual son mínimos. “No debe aplicarse excesiva fuerza con los elevadores por el riesgo de fracturar el tercer molar, el segundo molar, las corticales bucales o linguales o incluso la mandíbula”. (Herrera, 2010)

2.8.7. Lavado y sutura de la herida

“La sutura consiste en la represión de los tejidos blandos, el objetivo es la coaptación, hemostasia, cicatrización de los tejidos y controlar o retraer colgajos”. (Novoa Herrera, 2012).

Los tipos de suturas más utilizados a nivel odontológicos son *Punto suelto simple*, que consiste en toma el borde de la incisión con unas pinzas, se introduce la aguja por todo el grosor del tejido, a unos 3-4 mm del borde, después se pasa por dentro del otro borde. *Punto de Donati*, que consiste en un punto de doble recorrido en el mismo plano transversal pero en distinta profundidad uno del otro, *Punto colchonero o de ida y vuelta*, es un punto de doble recorrido, aunque en este caso los recorridos son en distinto plano transversal, pero en el mismo plano horizontal, *Punto en cruz*, es un punto de doble recorrido, similar al punto anterior pero cruzando los hilos y diseñando una cruz, *Sutura continua simple*: Se da el primer punto realizando la técnica del punto simple, una vez anudado solo se corta el extremo sin aguja, y con el extremo de la aguja se vuelve a introducir en el mismo sentido con igual dirección, a unos 0,5 cm del nuevo practicado y por ambos extremos de la incisión; se tracciona el hilo, se realiza, “*Sutura continua festoneada o en ojal*”: se inicia con un punto suelto en un extremo de la incisión. Seguidamente, se introduce la aguja por ambos bordes de la herida y al sacarla por el segundo se

pasa la aguja por detrás del hilo que entra por el primer borde nuevamente cada 0,5 cm”.(Universidad de Valencia, s/f).

Los tipo de hilos utilizados quirúrgicamente son estéril, Multiuso, que pueda usarse la misma sutura en cualesquier procedimiento quirúrgico, resistente a la tracción, no cortante o traumática, hipoalergénica, no tóxica, no reactiva y con baja predisposición a la infección, Absorbible tras haber cicatrizado la herida, Fácil de manejar al suturar y anudar, Eficiente con buena relación calidad-precio, Con resultados predecibles,(Dr. Zaragocín Beltrán, 2010).

“Se debe limpiarse el alvéolo de todo reto de folículo dental y especulas óseas con un cuidadoso curetaje deberá irrigarse con suero fisiológico, tanto el alveolo, como debajo del colgajo mucoperióstico. Se regularan los bordes óseos mediante fresado manual o con motor. Se procede a la sutura para obtener un cierre primario de la herida. El primer punto se aplica inmediatamente por detrás del segundo molar y los siguientes se colocan por detrás de este. Por delante se sitúan a través de la papila por mesial al segundo molar y en la incisión de descarga. Suele usarse sutura de 3/0 ó 4/0 no reabsorbibles como la seda o bien reabsorbibles como el Dexon o el Vicryl rápido, ya que el Catgut ha quedado en desuso”, (Herrera, 2010)

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Identificar las posiciones más frecuentes de los terceros molares incluidos superiores e inferiores.

3.2. Específicos

- Identificar las características de posición de los terceros molares según el género del paciente.
- Identificar la posición de los terceros molares según la edad del paciente.

CAPITULO IV

4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La posición más frecuente será la vertical para molares superiores y la mesioangular para los molares inferiores, según la clasificación de Winter en terceros molares incluidos.

La posición más frecuente será Clase II y tipo B, según la clasificación de Pell & Gregory en terceros molares incluidos.

CAPÍTULO V

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudio

Este estudio fue de tipo descriptivo prospectivo.

a) Universo de la muestra

La población seleccionada es de 73 pacientes que se determinó desde el periodo Abril-Junio del 2014 y que acudieron a extraerse los terceros molares en el Servicio de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el período el periodo Abril- Junio 2014

b) Muestra del estudio

Se ha estudiado un total 71 Pacientes seleccionados a partir de los criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión

Para los criterios de inclusión se consideraron las tomas radiográficas panorámicas en buen estado (no estén arrugadas, buena visibilidad) y que presente un tercer molar.

- Pacientes que presentaron un tercer molar incluido o erupcionado.
- Pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas durante el periodo Abril- Junio 2014.
- Pacientes en edad de 15 a 30 años y que presente un tercer molar incluido o erupcionado.

b) Criterios de exclusión

- Pacientes mayores a 30 años
- Pacientes con terceros molares que presentaron una patología como quistes o tumores alrededor del mismo

Para el análisis se utilizará la clasificación de Winter, Pell & Gregory.

5.2. Levantamiento de la información

Se seleccionó mediante la ficha de recolección de datos la cual consta de número de la historia clínica, edad, sexo, posición de la pieza dentaria, clase y tipo, de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas durante el periodo Abril- Junio 2014.

Por cada radiografía que cumpla con los criterios de inclusión se registran los datos de edad, sexo, número de pieza dentaria entre otras

Se evaluarán las radiografías para determinar el tipo de posición dentaria de los terceros molares según Pell & Gregory y Winter.

5.2.1. Clasificación de Winter

Según la clasificación de Winter las posiciones son:

- “Vertical: el eje molar es paralelo al de los otros molares.
- Mesioangular: el eje del cordal se dirige hacia el segundo molar, formando con este diente un ángulo variable, alrededor de 45°
- Distoangular: el eje del cordal se dirige hacia la rama mandibular
- Bucal: la corona del molar se dirige hacia bucal, y su eje de orientación es perpendicular al resto de los molares

- Lingual: la corona se dirige hacia lingual y su eje es perpendicular al plano de orientación del resto de los molares
- Horizontal: eje del molar es perpendicular al del resto de los molares”.(LLorensi, 2007).

5.2.2. Clasificación de Pell& Gregory

Relación con el Seno Maxilar

- Clase I: cuando la parte más alta del tercer molar superior está retirado del seno maxilar, sin ninguna aproximación sinusal
- Clase II: cuando la parte más alta del tercer molar esta está del seno maxilar con aproximación sinusal
- Clase III: cuando la parte más alta del diente incluido está en relación directa con el seno maxilar.

Relación con la Rama Ascendente (LLorensi, 2007)

- “Clase I: hay espacio suficiente entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.
- Clase II: el molar incluido tiene un diámetro mesiodistal mayor que el espacio entre el segundo molar y la rama ascendente.
- Clase III: no hay espacio y el molar se sitúa en la rama ascendente”.

Profundidad relativa del tercer molar

- “Tipo A: La porción alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal que pasa por encima del segundo molar
- Tipo B: molar situado por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del mismo
- Tipo C: La parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel por debajo de la línea cervical del segundo molar”(LLorensi, 2007)

- Según estos parámetros se creó un Grado de Complejidad.

5.3. Operacionalización de variables

Tabla 1 Variables

Variable	Tipo	Concepto	Dimensión
Edad	Cualitativa	Adolescentes Jóvenes Joven adulto	15 a 17 años 18 a 25 años 25 a 30 años
Sexo	Cualitativa	Masculino y femenino según las Historia Clínica	Femenino Masculino
Orientación de pieza	Cualitativa	“La posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo”.(Odontología FES Iztacala, 2011)	Posiciones Vertical “Mesioangular” (N.N, 2011). “Distoangular”(N.N, Terceros molares retenidos, 2011). “Bucangular”(N.N, Terceros molares retenidos, 2011). Linguo/palatinoangular “Invertido”(N.N, Terceros molares retenidos, 2011). Horizontal
Relación con el seno maxilar	Cualitativa	“La posición del tercer molar en relación con el seno maxilar”(Lopez, 2001)	Clase I: “cuando la parte más alta del tercer molar superior está retirado del seno maxilar, sin ninguna aproximación sinusal”(N.N, Terceros molares retenidos, 2011). Clase II: “cuando la parte más alta del tercer molar esta está del seno maxilar con aproximación sinusal”(Vizuetete, 2012). clase III: cuando la parte más alta del diente incluido está en relación directa con el seno maxilar(Vizuetete, 2012)

Relación con la rama mandibular.	Cualitativa	“La posición del tercer molar con relación a la rama mandibular”(Universidad Nacional de Colombia, 2005).	<p>Clase I:“hay espacio suficiente entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar”(LLorensi, 2007).</p> <p>Clase II: “el molar incluido tiene un diámetro mesiodistal mayor que el espacio entre el segundo molar y la rama ascendente”(LLorensi, 2007).</p> <p>Clase III:“no hay espacio y el molar se sitúa en la rama ascendente”(LLorensi, 2007).</p>
Relación con la línea de oclusión	Cualitativa	La posición del tercer molar en relación con la línea de oclusión del segundo molar.	<p>Tipo</p> <p>Tipo A:“la porción alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal que pasa por encima del segundo molar”(LLorensi, 2007).</p> <p>Tipo B:“molar situado por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del mismo”(LLorensi, 2007).</p> <p>Tipo C:“la parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel por debajo de la línea cervical del segundo molar”(LLorensi, 2007).</p>

CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

Tabla 2 Número de pacientes y porcentajes (%) según edad.

VARIABLE	# Pacientes	%
15 - 18	11	15%
19 - 22	31	44%
23 - 26	18	25%
27 - 30	11	15%
TOTAL	71	100%

INTERPRETACIÓN

De la población de estudio el 44% corresponde a edad de 19 a 22 años siendo este la de mayor prevalencia , el 25% en edad de 23 a 26 años, 15% de 15 a 18 años de edad y tan solo el 15% de 27 a 30 años de edad.

Tabla 3 Número de pacientes y porcentajes (%) según género.

VARIABLE	# Pacientes	%
Femenino	38	54%
masculino	33	46%
TOTAL	71	100%

INTERPRETACIÓN

De la población de estudio el 54% son de sexo femenino, lo que indica que existió mayor prevalencia en este sexo, mientras que el 46% son de sexo masculino.

Tabla 4 Número de pacientes y porcentajes (%) según la clasificación de Winter de los terceros molares.

VARIABLE	Pieza Dentaria 18		Pieza Dentaria 28		Pieza Dentaria 38		Pieza Dentaria 48	
	# Pacientes	%						
VERTICAL	53	90%	51	91%	16	31%	26	42%
MESIOANGULAR	2	3%	2	4%	25	48%	25	40%
DISTOANGULAR	4	7%	3	5%	1	2%	4	6%
INVERTIDA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
BUCAL	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
PALATINA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
HORIZONTAL	0	0%	0	0%	10	19%	7	11%
Total	59	100%	56	100%	52	100%	62	100%

INTERPRETACIÓN

De la muestra poblacional de estudio 71 pacientes según la clasificación de Winter se obtuvo que en el maxilar superior, las de mayor prevalencia son: en la pieza dentaria 18 la posición Vertical con 53 pacientes lo que representa el

90% y en la pieza dentaria 28, la posición vertical con 51 paciente lo que representa el 91%.

En el maxilar inferior las de mayor prevalencia son: en la pieza dentaria 38, la posición mesioangular con 25 pacientes lo que representa el 48% y en la pieza dentaria 48, la posición mesioangular con 25 pacientes lo que representa el 40%.

Tabla 5 Número de pacientes y porcentajes (%) según la clasificación de Pell & Gregory de los terceros molares según la clase.

VARIABLE	CLASE I	CLASE II	CLASE III
Pieza Dentaria 18	60	100%	0
Pieza Dentaria 28	54	96%	2
Pieza Dentaria 38	23	44%	25
Pieza Dentaria 48	31	50%	28
TOTAL	168	291%	55
PROMEDIO	42	73%	110

INTERPRETACIÓN

Según la clasificación de Pell & Gregory según la clase, la mayor prevalencia en los terceros molares encontramos en el maxilar superior es la clase I en la pieza dentaria 18 con el 100% y en la piza dentaria 28 con el 96%.

En el maxilar inferior encontramos la clase II en la pieza dentaria 38 con el 48% y la clase I en la pieza dentaria 48 con el 50%.

Tabla 6 Número de pacientes y porcentajes (%) según la clasificación de Pell & Gregory de los terceros molares según el tipo.

VARIABLE	TIPO A	%	TIPO B	%	TIPO C	%
Pieza Dentaria 18	35	58%	4	7%	21	35%
Pieza Dentaria 28	34	61%	6	11%	16	29%
Pieza Dentaria 38	21	41%	14	27%	16	31%
Pieza Dentaria 48	30	48%	17	27%	15	24%
TOTAL	120	209%	41	72%	68	119%
PROMEDIO	30	52%	82	18%	17	30%

INTERPRETACIÓN

Según la clasificación de Pell & Gregory según el tipo la de mayor prevalencia encontramos tanto en el maxilar superior como inferior el tipo A en la pieza dentaria 18 con el 58%, en la pieza dentaria 28 con el 61%, en la pieza dentaria 38 con el 41% y en la pieza dentaria 48 con el 48%.

Tabla 7 Número de pacientes y porcentajes (%) según la prevalencia de la ubicación de la pieza dentaria con el género.

Pieza Dentaria	FENENINA	%	MASCULINA	%	total de pacientes
18	31	51%	30	49%	61
28	26	46%	30	54%	56
38	29	57%	22	43%	51
48	30	49%	31	51%	61
TOTAL	116		113		229

INTERPRETACIÓN

Según el género Femenino encontramos que la mayor prevalencia está en la pieza dentaria 18 con 31 pacientes lo que representa el 51%, y en la pieza 38 con 29 pacientes lo que representa el 57%.

Según el Masculino encontramos que la mayor prevalencia está en la pieza dentaria 28 con 30 pacientes lo que representa el 54%, y en la pieza 48 con 31 pacientes lo que representa el 41%.

Tabla 8 Número de pacientes y porcentajes (%) según edad y género.

EDAD	Femenino		Masculino	
	Fr	%	Fr.	%
15 - 18	6	16%	5	13%
19 - 22	15	39%	16	42%
23 - 26	12	32%	6	16%
27 - 30	5	13%	6	16%
TOTAL	38	100%	33	87%

INTERPRETACIÓN

La prevalencia entre edad y género encontramos que en edad de 15 a 18 años el sexo Femenino con 6 pacientes representando el 16%, de 19 a 22 años el sexo masculino con 16 pacientes representando el 42%, de 23 a 26 años el sexo femenino con 12 pacientes representando el 32% y de 27 a 30 años el sexo masculino con 6 pacientes representando el 16%.

ANÁLISIS GENERAL

Resumen general de las tablas 4, 5 y 6 se obtuvo que la prevalencia de la posición, clase y tipo según la clasificación de Winter y Pell& Gregory, en las piezas dentarias son:

- 18 posición vertical clase I, tipo A
- 28 posición vertical clase I, tipo A
- 38 posición mesioangular clase II, tipo A
- 48 posición mesioangular clase I, tipo A

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo experimental fue la obtención de la prevalencia de la posición de los terceros molares erupcionados o incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el período Abril- Junio 2014, con una población de estudio de 73 pacientes de los cuales se estudió un total 71 Pacientes seleccionados a partir de los criterios de inclusión y exclusión.

Para la realización de esta investigación se hizo uso de exámenes radiográficos como la rx panorámica para identificar la posición, clase y tipo Como cita Triviño Kure, 2011 la clasificación de Winter se basa en cuatro parámetros de análisis: “la posición dela corona, la forma radicular, la naturaleza de la estructura ósea que rodea al tercer molar y la posición del molar en relación al segundo molar. Y para analizar el espacio disponible entre el tercer molar en el maxilar superior con el seno maxilar y en el maxilar inferior con la rama ascendente de la mandíbula, según la clasificación de Pell & Gregory. Buitron Gallegos, 2011 .

La finalidad es determinarla prevalencia de los terceros molares según el género, la edad, posición, clase y tipo; según la clasificación de Winter y Pell & Gregory.

De un total de 71 pacientes, la edad de mayor prevalencia fue en edad de 19 a 22 años con 31 pacientes con el 44%, comparando con otros estudios realizados se puede recalcar que en el 2010 Alburez R la edad que prevalece es de 25 a 30 años con 112 pacientes siendo el 56% de un total de 200 paciente asistidos. En el 2007 Olate, Alister, Alveal, Soto, de Miranda Chaves Netto, & Thomas, 2010 la edad que prevalece es de 18 a 26 años con 78 pacientes lo que representan el 54.42% de un total de 145 pacientes estudiados y en el 2009 Dias, José, Joséé, Ivone, & Luciana, 2009 la edad

que prevalece es de 20 a 25 años con 283 paciente representando el 66,2% de un total de población estudiada de 430 pacientes.

De un total de 71 pacientes en relación al género se obtuvo que el sexo femenino es el de mayor prevalencia con 38 pacientes lo que representan el 54%, seguido por el sexo masculino con 33 paciente, siendo el 46%, en el 2010 De Miranda, y otros , en una población de estudio el 297 pacientes, el sexo femenino predomino con el 175 paciente siendo el 58.92%; en 2009 Dias, José, José, Ivone, & Luciana en su estudio el sexo femenino prevalece con 232 pacientes siendo el 54% de una población de 430 pacientes y en el 2006 Llerena & Manuel y en el 2010 Gaieta V, Negri, Duarte, Hellwing, & Olivera es sus estudios respectivos coinciden que el género que prevalece es el femenino con el 63% en una población de estudio de 100 pacientes estudiados.

Según la edad y género en el año 2010-2011 Kuffel, 2011 en un rango de 15 a 19 años tiene mayor prevalencia en el sexo masculino con 34 paciente siendo el 36.17%, y entre 20 a 24 años prevalece el sexo femenino con 34 pacientes siendo el 32.08% de 200 pacientes examinados. Dentro de esta investigación de un total de 71 pacientes se obtuvo que en la edad de 19 a 22 años prevalecen el sexo femenino con 15 pacientes siendo el 39 % y el sexo masculino con 16 pacientes representado el 42% respectivamente.

De acuerdo a la clasificación de Winter se obtuvo los siguientes resultados comparativos por maxilares:

De un total de 71 pacientes la prevalencia en el maxilar superior fue la posición vertical con 53 pacientes siendo el 74.65% mientras que el maxilar inferior fue la posición mesioangular con 25 pacientes, siendo este el 35.21%. En el 2009, Rodrigues & Terra obtuvo que en el maxilar superior e inferior prevalece la posición vertical con 186 pacientes siendo el 57.23% y con 149 pacientes siendo el 46.56% respectivamente; en el 2009 García, Oscar, Manuel, &

Mauricio , en su estudio obtuvieron que la posición vertical es la prevalente para el maxilar superior con 59 pacientes representando el 59.6% y para el maxilar inferior la posición mesioangular con 65 pacientes siendo este el 65.8% de un población de estudio de 100 pacientes, y en el 2007, Rodríguez, Martínez, & Levi , tuvieron como resultado la prevalencia la posición vertical para ambos maxilares, para el superior 470 pacientes, representado el 43.9% y para el inferior 437 pacientes siendo este el 40.8% de un total de 1072 paciente estudiados.

De acuerdo a la clasificación de Pell& Gregory según la clase se obtuvieron los siguientes resultados comparativos por maxilares:

De un total de 71 pacientes en ambos maxilar prevalece la clase I, en el maxilar superior en relación al seno maxilar con 60 pacientes representando el 84% y en el maxilar inferior en relación a la rama ascendente mandibular con 31 pacientes siendo el 43.66%. En el 2011 Kuffel , obtiene para el maxilar superior prevalece la clase I con 134 pacientes, representando el 67% y para el maxilar inferior la Clase II con 110 pacientes, siendo el 55% de 200 pacientes estudiados; en el 2009 Rodrigues & Terra , la prevalencia para ambos maxilares es la clase I; maxilar superior con 162 pacientes representado el 70% y para maxilar inferior con 119 pacientes siendo el 51.56% de un total 232 paciente estudiados y (Dos Santos, Dechiche, Lucienne, & Guariza), en el 2006, obtuvo la mayor prevalencia para el maxilar inferior la clase III con 102 pacientes, siendo el 46.6% de 221 paciente estudiados.

De acuerdo a la clasificación de Pell& Gregory según el Tipo se obtuvieron los siguientes resultados comparativos por maxilares:

De un total de 71 pacientes para ambos maxilares prevalece el tipo A en el maxilar superior con 35 pacientes, representando el 49% y en el maxilar inferior con 30 pacientes siendo el 42.25%.En el 2009 Dias, José, Joséé, Ivone, & Luciana , obtuvo que el tipo Aes de mayor prevalencia en maxilar inferior con

187 pacientes siendo el 43.43% de 430 paciente estudiados: en el 2006 Llerena & Manuel , obtuvo que el tipo A fue la mayor prevalencia con el maxilar inferior con 70 pacientes siendo el 70% de 100 pacientes estudiados; en el 2006, Dos Santos, Dechiche, Lucienne, & Guariza , obtuvo que para ambos maxilares el de mayor prevalencia fue el tipo C: ene I maxilar superior con 168 pacientes representando el 75.8% y para el maxilar inferior con 80 pacientes siendo el 36.6% de un total de 921 pacientes estudiados ; en el 2011, Kuffel , obtuvo la mayor prevalencia para el maxilar superior el tipo C con 164 pacientes siendo el 82% de 200 pacientes estudiados y Rodríguez, Martínez, & Levi en el 2007, obtuvo la mayor prevalencia el tipo C, para el maxilar superior con 446 paciente siendo el 41.6% de un total de 1072 pacientes estudiados.

De acuerdo a la clasificación de Winter por Pieza Dentaria se obtuvieron los siguientes resultados comparativos:

De un total de 71 pacientes la pieza dentaria número 18 posición vertical con 53 pacientes siendo el 90%, la pieza dentaria número 28 posición vertical con 51 pacientes siendo el 91%, la pieza dentaria número 38 posición mesioangular con 25 pacientes siendo el 48% y la pieza dentaria número 48 posición mesiaongular con 25 pacientes siendo el 40%. En el 2006, Dos Santos, Dechiche, Lucienne, & Guariza, obtuvieron que la prevalencia en 201 pacientes estudiados fue la posición distoangular para la pieza dentaria número 18 con 156 pacientes siendo el 71%, en la pieza dentaria número 28 con 1676 paciente siendo el 76% la posición distoangular, la posición horizontal con 84 pacientes siendo el 38% para piezas dentaria número 38 y la posición vertical con 86 pacientes siendo el 39% para la pieza dentaria número 48. De Miranda, y otros, en el 2010, obtuvieron en 297 pacientes estudiados la prevalencia de la posición para la pieza dentaria número 18 fue la vertical con 139 pacientes siendo el 67.2%, para la pieza dentaria número 28 la posición vertical con 146 pacientes siendo el 62.2%, la posición mesioangular para la pieza dentaria número 38 con 117 pacientes siendo el 53.5% y para la pieza

dentaria número 48 la posición mesioangular con 118 pacientes siendo el 52.2%.

De acuerdo a la prevalencias del tercer molar según el género:

De un total de 71 pacientes la prevalencia del sexo femenino está en el pieza dentaria número 18 con 31 pacientes siendo el 51% y en la piezas dentaria 38 con 29 paciente siendo el 57%, mientras que en el sexo masculino tiene mayor prevalencia en la pieza dentaria 28 con 30 pacientes siendo el 54% y en la pieza dentaria número 48 con 31 pacientes siendo el 41% y en 2006, Llerena & Manuiel concuerda en la prevalencia del sexo femenino en la pieza dentaria número 38 con 52 pacientes siendo el 52% y en la pieza dentaria 48 la prevalencia el sexo masculino con 48 pacientes siendo el 48% de un total de 100 paciente estudiados.

La importancia y objetivo de este trabajo investigativo es determinar la prevalencia en posición, clase y tipo de los terceros molares incluidos y erupcionados, la misma que servirá como base de información para posteriores estudios utilizando la clasificación de Winter y Pell& Gregory.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

En el estudio realizado con 71 pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas durante el periodo Abril- Junio 2014. El objetivo general de este proyecto fue identificar las posiciones más frecuentes de los terceros molares incluidos superiores e inferiores.

Como resultado se obtuvieron que la posición que prevalece en el maxilar superior fue la posición vertical con 53 pacientes siendo el 74.65% mientras que el maxilar inferior fue la posición mesioangular con 25 pacientes, siendo este el 35.21%.

Para cumplir con el objetivo general se puede concluir que:

- Se consideraron la toma radiográfica panorámica en buen estado y que presente un tercer molar.
- La edad del paciente este en un rango de 15 a 30 años

Entre los resultados más importantes, que arrojaron en la investigación fueron:

- La edad de mayor prevalencia fue en edad de 19 a 22 años con 31 pacientes con el 44%.
- En el género se obtuvo que el sexo femenino es el mayor prevalencia con 38 pacientes lo que representan el 54%.

Para determinar la característica de los terceros molares en este estudio se obtuvo que:

- Según la clasificación de Pell&Gregory de ambos maxilar prevalece la clase I, en el maxilar superior en relación al seno maxilar con 60 pacientes representando el 84% y en el maxilar inferior en relación a la rama ascendente mandibular con 31 pacientes siendo el 43.66%.
- Según la clasificación de Winter la prevalencia en el maxilar superior fue la posición vertical con 53 paciente siendo el 74.65% mientras que el maxilar inferior fue la posición mesioangular con 25 pacientes, siendo este el 35.21%.
- Según la clasificación de Pell& Gregory según el tipo se obtuvieron que para ambos maxilares prevalece el tipo A en el maxilar superior con 35 pacientes, representando el 49% y en el maxilar inferior con 30 pacientes siendo el 42.25%;
- Según la clasificación de Winter por Pieza Dentaria se obtuvieron que la pieza dentaria número 18 posición vertical con 53 pacientes siendo el 90%, la pieza dentaria número 28 posición vertical con 51 pacientes siendo el 91%, la pieza dentaria número 38 posición mesioangular con 25 pacientes siendo el 48% y la pieza dentaria número 48 posición mesiaongular con 25 pacientes siendo el 40%,
- Según la clasificación de Pell& Gregory según la clase por pieza dentaria se obtuvo que la prevalencia en la pieza dentaria número 18 es la clase I, con 60 pacientes siendo el 100%, en la pieza dentaria número 28 es la clase I con 54 pacientes siendo el 96%, en la pieza dentaria número 38 la clase II con 25 pacientes siendo el 48% y en la pieza dentaria 48 la clase I con 31 pacientes siendo el 50%.
- Según la clasificación de Pell& Gregory según el tipo por pieza dentaria se obtuvo que la prevalencia es el tipo A en la pieza dentaria número 18 con 35 paciente siendo el 58%, en la pieza dentaria número 28 con 334 pacientes siendo el 61%, en la pieza dentaria número 38 con 21

pacientes siendo el 41% y en a piezas dentaria número 48 con 30 pacientes siendo el 48%.

- De acuerdo a la prevalencias del tercer molar según el género, la prevalencia del sexo femenino está en el pieza dentaria número 18 con 31 pacientes siendo el 51% y en la piezas dentaria 38 con 29 paciente siendo el 57%, mientras que en el sexo masculino tiene mayor prevalencia en la pieza dentaria 28 con 30 pacientes siendo el 54% y en la pieza dentaria número 48 con 31 pacientes siendo el 41%.

Este estudio ha contribuido de manera importante para identificar y resaltar la frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.

7.2. Recomendaciones

- Los resultados alcanzados nos lleva a determinar que la frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos es dada más por el sexo femenino siendo este el más afectado, la misma que repercute en otros estudios. Se sugiere que este sea punto sea considerado para estudios posteriores.
- Para un estudio más amplio, los datos de información obtenidos tales como radiografías panorámicas deben tener un almacenamiento correcto a fin de que no se deterioren con el tiempo, y no se tenga que excluir en cualquier otra investigación; el propósito es de este, es extender el estudio con intervalos de edad para encontrar más hallazgos investigativos.
- En el estudio realizado las características predominantes son indicadores que servirán de base para posteriores estudios, a fin de tener presente que toda investigación servirá para mejorar la calidad educativa e investigativa del alumno, cuyo propósito fue determinar la frecuencia de los terceros molares incluidos superior e inferior.

REFERENCIAS

- Aguana, K., Cohen, L., & Padrón, L. (2011). Canino superior retenido. *Diagnóstico de Caninos retenidos y su importancia en el tratamiento Ortodóncico*, 32-38.
- Alburez R, R. A. (Junio de 2011). *Determinación de las complicaciones más frecuentes, que se asocian a terceros molares retenidas superiores a inferiores, clínica y radiográficas, en pacientes mayores de 25 años que asisten a al aclinica de al unidad de cirugía*. Obtenido de Biblioteca de la Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_2021.pdf
- Buitron Gallegos, J. (Septiembre de 2011). *Estudio de la Posición, Tipo y Clase más Frecuentes de Molare Incluidos en Pacientes de Sexo Masculino, Atendidos en la Sala de Quirófano de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador Período 2009-2010*. Recuperado el 23 de Junio de 2013, de Clasificación de Pell & Gregory: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/551/1/T-UCE-0015-5.pdf>
- Clinica Ciroi. (15 de Septiembre de 2010). *Terceros molares*. Recuperado el 26 de Junio de 2013, de http://www.ciroi.com.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=206&Itemid=272
- De Miranda, G., Almeida, L., Ramos, F., Teófilo, H., Santana, A., De Sousa, A., y otros. (2010). Levantamiento Epidemiológico da posición de terceros molares en la Clínica de Radiología de la Universidad Federal de Cear's. *Revista Facultad de Odontología Porto Alegre*, 50 (3); 14-17.
- Dias, E., José, L., José, L., Ivone, B., & Luciana, B. (2009). Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory. *Revista Odontologica Mexicana*, 13 (4).
- Dos Santos, L., Dechiche, N., Lucienne, U., & Guariza, O. (2006). Análisis radiográfico de prevalencia de terceros molares retenidos efectuada en

- la clinica de Odontología del Centro Universitario Positivo. *Sul-Brasileira de Odontología*, 3 (1); 19-23.
- Dr. Zaragocín Beltrán, F. R. (Mayo de 2010). *Principios y Técnicas de Sutura*. Recuperado el 7 de Junio de 2014, de Universidad San Francisco de Quito: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/537/1/96384.pdf>
- Gaieta V, M., Negri, T., Duarte, J., Hellwing, I. G., & Olivera, C. (2010). Estudio Comparativo da variabilidade da posicao dos terceiros molares retidos em pacientes adolescentes e adulto jovens . *Red deRevistas Cientificas de Amwerica Latina, el Caribe, españa y Potugal*, 16(31); 4-13.
- Galvis Aparicio , A. (2011). COLGAJOS LOCALES Y PEDICULADOS EN EL MANEJO . *MED*, 217'-223.
- García, F., Oscar, T., Manuel, V., & Mauricio, V. (2009). Erupcion y Retencion del Tercer Molar en Jovenes entre 17 y 20 años, Antofagaasta, Chile. *International Journal of Morphology*, 27(3).
- Gay Escoda, C., & Berini Aytes, L. (2004). *Tratado de Cirugia Bucal tomo I*. Madrid: ergon.
- Herrera, K. (2010). Tesis Profesional de Cirujano Dentista: Prevalencia de Terceras Molares Mandibulares Retenidas Atendidas en el Centro Quirúrgico de la Clinica Especializada en Odontología de la Universiada San Martin de Porres Realizadas entre el año 2005-2009. En K. Herrera, *Universidad San Martin de Porres* (págs. 1-35). Lima - Perú.
- Kuffel, V. (2011). *Clasificaciond de los terceros molares y su mayor incidencia*. Obtenido de Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil: facultad de Ciencias Medicas Carrera de Odontología: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/847/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-9.pdf>
- Lago, L. (2007). *Exodoncia del Tercer Molar inferior Factores anatomicos, quirurjicos y ansiedad dental en e postoperatorio*. Santiago de Chile: USC,.
- Llerena, G., & Manuiel, A. (2006). tiempo de cirugía en la extraccion de los terceros molares realizados por un cirujano oral y maxilofacial con

- experiencia. *Revsita Peruanas: Estomatológica Herediana*, ISSN 1019-4355.
- LLorensi, M. (Septiembre de 2007). *Tecnicas quirurgicas para la exodoncia de terceros molares retenidos y semiretenidos*. Obtenido de Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posada: http://www.hospitalposadas.gov.ar/asist/servicios/molar_retenido.pdf
- Lopez, P. (2001). *Analisis de erupcion y posicion del tercer molar*. Recuperado el 22 de Junio de 2013, de http://biblioteca.upaep.mx/pdf/L_CD_Lopez_Ornelas_PE.pdf
- Marengo , F., Gurrola , B., Díaz, L., & Casasa, A. (15 de eNERO de 2008). El espacio retromolar en pacientes mexicanos con terceros molares mandibulares erupcionados e impactados. *RevistaLatinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* , 1.
- Martínez, E., Paredes Garcia, J., Valmaseda Castellón, E., Berini, L., & Gay-Escoda, C. (23 de Mayo de 2004). *Eficacia analgesica del diclofenaco sodico, vs. ibuprofeno despues de laextracion quirurgica de un tercer molar inferior incluido*. Recuperado el 7 de Junio de 2014, de Diclofenaco sódico versus ibuprofeno: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/48221/1/521067.pdf>
- N.N. (28 de Marzo de 2011). *Terceros molares retenidos*. Recuperado el 26 de Junio de 2013, de <http://tercerosmolaresrtenidos.blogspot.com/>
- Navarro Vila, C. (2008). *Cirugia Oral*. México: Aran Ediciones S.A.
- Novoa Herrera, M. A. (Mayo de 2012). *Colgajo, Incision y Sutura*. Recuperado el 7 de Junio de 2014, de Universidad catolica los angeles de Chimbote: <http://es.scribd.com/doc/98487005/Incision-Colgajo-y-Sutura>
- Odontología FES Iztacala. (28 de Marzo de 2011). *Clasifiación de Iso Terceros Molares Retenidos* . Recuperado el 2013 de Noviembre de 23, de Blopspot: <http://tercerosmolaresrtenidos.blogspot.com/>
- Olate, S., Alister, J., Alveal, R., Soto, M., de Miranda Chaves Netto, H., & Thomas, D. (18 de Febrero de 2010). *Avances en Odontoestomatología*. Recuperado el 7 de Junio de 2014, de Variables preoperatorias e intraoperatorias asociadas al aumento del tiempo

quirúrgico en la exodoncia de terceros molares inferiores:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000600002

- Raspall, G. (2008). *Cirugía oral e implantología*. Madrid: Medica Panamericana.
- Rodrigues, D., & Terra, G. (2009). Prevalencia de Terceros molares y su respectivas posiciones segun las clasificaciones de Winter y de Pell e Gregory. *Revista de Cirugia Traumatologica Bucal del Maxilo Facial* , 9 (1); 83-92.
- Rodríguez, G., Martínez, E., & Levi, F. L. (2007). Caracterización de terceros molares sometidos a exodoncia quirúrgica en la Facultad d Odontología de la Universidad de Antioquia entre 1991 y 2001. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 18 (2), 76-83.
- Troconis Ganimez, J. (21 de Marzo de 2003). *Control del Ambiente de los Consultorios Odontológicos : uso de gorro, máscara, de larga cobertura, bata quirúrgica, dique de goma y guantes* . Recuperado el 7 de Junio de 2014, de Acta Odontológica Venezolana ISSN 0001-6365: http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/guantes.pdf
- Universidad de Valencia. (s/f). Práctica 3. Incisiones y Saturas. *Open CourseWare*, 10.
- Universidad Nacional de Colombia. (2005). *CLASIFICACION PARA TERCEROS MOLARES RETENIDOS*. Recuperado el 20 de Junio de 2013, de <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005168/lecciones/Capitulo1/Lec1-2-1.html>
- Verde Rios, D. (2010). *Posición e inclusión de Terceros Molares mandibular en pacientes atendidos en la clinica estomatologica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2008*. Recuperado el 26 de Junio de 2013, de Univerisidad Inca Garcilaso de la Vega- Facultad de Estomatologia: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/DIEGOVERDERIOS.pdf>

ANEXOS

				Palatina <input type="checkbox"/>		
				Horizontal <input type="checkbox"/>		

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATO

# Paciente	Edad	Genero	Tercer molar	Posición	Clase	Tipo
11491 María Parreño	21	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	18	Vertical <input type="checkbox"/> Mesioangular <input type="checkbox"/> Distoangular <input checked="" type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
			28	Vertical <input checked="" type="checkbox"/> Mesioangular <input type="checkbox"/> Distoangular <input type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
			38	Vertical <input type="checkbox"/> Mesioangular <input checked="" type="checkbox"/> Distoangular <input type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
			48	Vertical <input type="checkbox"/> Mesioangular <input checked="" type="checkbox"/> Distoangular <input type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

DP/2011

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATO

# Paciente	Edad	Genero	Tercer molar	Posición	Clase	Tipo
9817 Fabia Muñoz	24	Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	18	Vertical <input type="checkbox"/> Mesioangular <input type="checkbox"/> Distoangular <input type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
			28	Vertical <input type="checkbox"/> Mesioangular <input type="checkbox"/> Distoangular <input type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
			38	Vertical <input type="checkbox"/> Mesioangular <input type="checkbox"/> Distoangular <input type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
			48	Vertical <input type="checkbox"/> Mesioangular <input checked="" type="checkbox"/> Distoangular <input type="checkbox"/> Invertida <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/>	I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

DP/2011

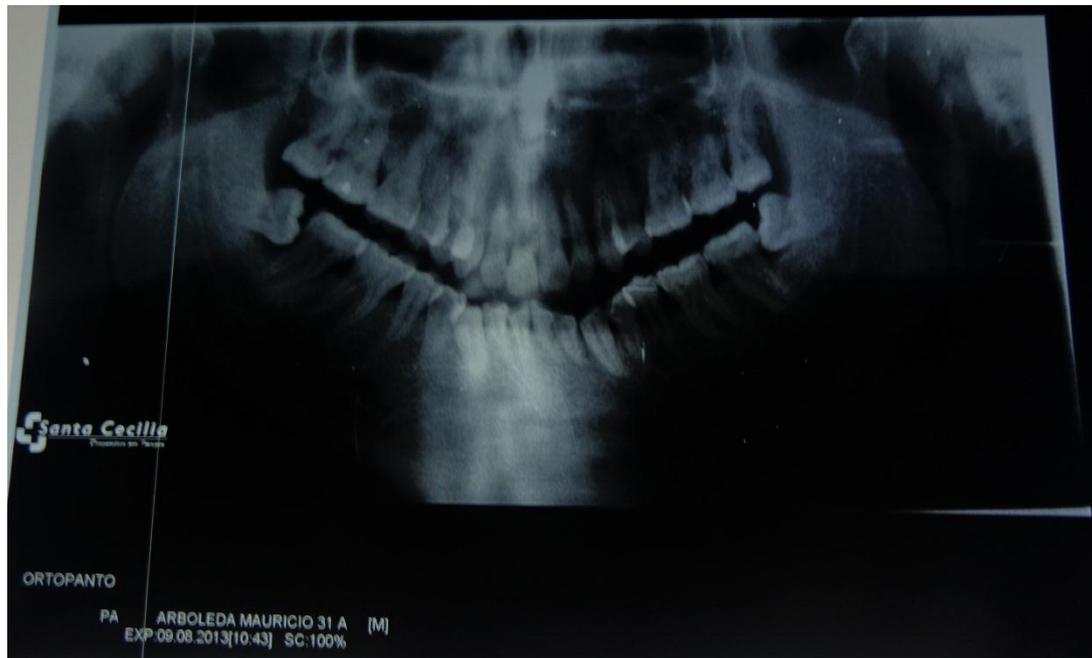
RADIOGRAFIA PANARAMICA



Paciente Ana Cristina Aguilar: 20 años



Paciente: Orlando Herrera: 22 años



Paciente: Mauricio Arboleda: 30 años



Paciente: Sheree García: 21 años