



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVALENCIA Y CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS EN PACIENTES QUE ACUDAN AL QUIRÓFANO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UDLA DURANTE EL PERIODO

SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017.

AUTOR

WILLIAM RICARDO MEZA ANDRADE

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVALENCIA Y CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS EN PACIENTES QUE ACUDAN AL QUIRÓFANO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UDLA DURANTE EL PERIODO
SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017.

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

Profesor Guía

Dr. José Serrano

Autor

William Ricardo Meza Andrade

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, " **Prevalencia y clasificación de los terceros molares incluidos en pacientes que acudan al Quirófano de la Facultad de Odontología de la UDLA durante el periodo septiembre-octubre 2017.**", a través de reuniones periódicas con el estudiante William Ricardo Meza Andrade, en el 9no semestre, 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".

Dr. José Serrano

1714333455

DECLARACIÓN TUTOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, " **Prevalencia y clasificación de los terceros molares incluidos en pacientes que acudan al Quirófano de la Facultad de Odontología de la UDLA durante el periodo septiembre-octubre 2017.**", del estudiante William Ricardo Meza Andrade, en el 9no semestre, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dra. Karol Tate

0400972048

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Yo William Ricardo Meza Andrade, con cédula de identidad No. 1716117146, estudiante de noveno semestre de la Universidad de las Américas, declaro que el estudio titulado: "**Prevalencia y clasificación de los terceros molares incluidos en pacientes que acudan al Quirófano de la Facultad de Odontología de la UDLA durante el periodo septiembre-octubre 2017.**"; es de mi autoría y será realizado con el propósito de trabajo de titulación.

William Meza

C.I 1716117146

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme conseguir un logro más a mi vida académica, de igual a mi madre, a mi padre, a mis hermanos y mis tías que me han apoyado en todas las formas posibles y no me han dejado caer en ningún momento de mi carrera durante estos 4 años. Doy las gracias a todos los tutores que han compartido al máximo sus conocimientos y en especial al Doctor José Serrano que ha sido mi tutor guía para poder terminar este proyecto de investigación.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación con todo mi amor y cariño a mis padres Grimesa Andrade y William Meza por darme una carrera para mi futuro y siempre pensar lo mejor para mí.

A mis tres hermanos que han sido de gran apoyo durante toda mi vida.

A mis tías Martha Arguello y Margoth Andrade que siempre confiaron en mí y estuvieron incondicionalmente conmigo.

RESUMEN

Los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar dentro de la cavidad oral, siendo estos el principal factor causal en el desarrollo de diferentes patologías, por lo que su extracción quirúrgica está indicada en la mayoría de los casos. **Objetivo:** Esta investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia en pacientes que presenten terceros molares impactados con diferentes inclusiones en el maxilar superior e inferior. De igual manera describir la posición de los terceros molares según la clasificación de Winter y Pell & Gregory y comparar la prevalencia entre ambos maxilares. **Resultados:** los resultados obtenidos en la primera clasificación de Pell & Gregory reflejan que la clase A es la más prevalente en las piezas 18 y 28 con 63.2% y 68.3% respectivamente, mientras que en la clasificación de Winter la posición vertical fue la que predominó con un 84.6% en la pieza 18 y con 90.0% en la pieza 28. En el maxilar inferior se encontró que en la primera clasificación de Pell&Gregory la clase B tiene mayor prevalencia con un 52.5% en la pieza 38 y 40.0% en la pieza 48, y en la segunda clasificación encontramos que la clase II se presentó con mayor frecuencia en un 46.2% en la pieza 38 y 51.2% en la pieza 48. Del mismo modo en la clasificación de Winter la posición con mayor predominancia es la mesio-angulada con 41.0% en la pieza 38 y 31.7% en la pieza 48. **Conclusiones:** se determinó basándose en la clasificación de Winter, que la posición mesio angulada es la que se presenta con mayor frecuencia en las piezas 38-48; y de acuerdo a la clasificación de Pell & Gregory se presentó mayor predominancia en la clase B según la profundidad de inserción, y en la clase II según la inclusión dentro de la rama mandibular.

ABSTRACT

Third molars are the last teeth to erupt inside the oral cavity, being the main causal factor in the development of different pathologies, so their surgical extraction is indicated in most of the cases. Objectives: This research aims to determine the prevalence in patients with impacted third molars with different inclusions in the upper and lower jaw. In the same way, describe the third molars' position according to the Winter and Pell & Gregory's classification and compare the prevalence between both of them. Results: the results obtained in the first classification of Pell & Gregory reflect that class A is the most prevalent in the pieces 18 and 28 with 63.2% and 68.3% respectively, while in the Winter classification the vertical position was the one that prevailed with 84.6% in piece 18 and with 90.0% in piece 28. In the mandible it was found that in the first classification of Pell & Gregory class B has a higher prevalence with 52.5% in piece 38 and 40.0% in the piece 48, and in the second classification class II occurred with more frequency in 46.2% in piece 38 and 51.2% in piece 48. In Winter's classification, the most predominant position is the mesium - angulated with 41.0% in piece 38 and 31.7% in piece 48. Conclusions: it was determined based on Winter's classification, that the angled mesium position is the one that occurs most frequently in pieces 38-48; and according to the Pell & Gregory's classification, a higher predominance was found in class B according to the depth of insertion, and in class II according to the inclusion within the mandibular ramus.

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	1
1.2.- JUSTIFICACIÓN	2
2.- MARCO TEORICO.....	3
2.1.- TERCEROS MOLARES	3
2.2.- TERCEROS MOLARES INFERIORES	4
2.3.- TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.....	4
2.4.-RETENCIÓN DENTARIA	4
2.5.- ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA.....	5
2.6.- CAUSAS DE RETENCIÓN DE ORIGEN LOCAL:	5
2.6.1.-Causas locales	6
2.6.2.- Causas sistémicas:.....	6
2.7.- CLASIFICACIÓN SEGÚN SU POSICIÓN	6
2.7.1.- CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES.....	6
2.7.1.1.- CLASIFICACIÓN PELL & GREGORY'S.....	7
2.7.1.2.- CLASIFICACIÓN DE WINTER	9
2.8.- TRATAMIENTO.....	11
2.8.1.- CIRUGIA.....	11
2.9.- ESTUDIOS PREVIAMENTE REALIZADOS.....	12
3.- OBJETIVOS.....	14
3.1.- OBJETIVO GENERAL:	14
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	14
3.3.- HIPÓTESIS:	14
4.- Material y métodos	15

4.1.- TIPO DE ESTUDIO:.....	15
4.2.- UNIVERSO DE LA MUESTRA.....	15
4.3.- MUESTRA.....	15
4.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	15
4.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	15
4.6.- DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO.....	15
5.- RESULTADOS.....	16
5.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	16
5.2 TABLAS: GENERO.....	16
5.3.- TABLAS SEPARADAS POR PIEZA DENTARIA Y POSICIÓN	17
5.3.1.- RELACIÓN CON LA PROFUNDIDAD SEGÚN PELL & GREGORY.....	17
5.3.2.- RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN SEGÚN PELL&GREGORY.....	21
5.3.3.- CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER.....	23
5.4.- TABLAS CRUZADAS.....	27
5.4.1.- TABLAS CRUZADAS: 1. CLASIFICACIÓN SEGÚN PELL & GREGORY (RELACIÓN CON LA PROFUNDIDAD).....	27
5.4.2.- TABLAS CRUZADAS: 2. CLASIFICACIÓN SEGÚN PELL & GREGORY (RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN).....	29
5.4.3.- TABLAS CRUZADAS: CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER.....	31
6.- DISCUSIÓN.....	33
7.- CONCLUSIONES.....	35
8.- RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS.....	37

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Clasificación de Pell & Gregory Clase A	7
Figura 2 Clasificación de Pell & Gregory Clase B	7
Figura 3 Clasificación de Pell & Gregory Clase C	8
Figura 4 Clasificación de Pell & Gregory Clase I.....	8
Figura 5 Clasificación de Pell & Gregory Clase II.....	9
Figura 6 Clasificación de Pell & Gregory Clase III.....	9
Figura 7 Clasificación de Winter posición Vertical.....	9
Figura 8 Clasificación de Winter posición Mesio- angulado	10
Figura 9 Clasificación de Winter posición Disto-Angulada	10
Figura 10 Clasificación de Winter posición Horizontal.....	11
Figura 11 Clasificación de Winter posición Invertida	11
Figura 12 Genero	16
Figura 13 Relación con la profundidad: pieza 18	17
Figura 14 Relación con la profundidad: pieza 28	18
Figura 15 Relación con la profundidad: pieza 38	19
Figura 16 Relación con la profundidad: pieza 48	20
Figura 17 Relación con la inclusión: Pieza 38	21
Figura 18 Relación con la inclusión: Pieza 48	22
Figura 19 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 18	23
Figura 20 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 28	24
Figura 21 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 38	25
Figura 22 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 48	26
Figura 23 Relación con la profundidad*PIEZA	28
Figura 24 Relación con la inclusión*PIEZA	30
Figura 25 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER*PIEZA	32

1.-INTRODUCCIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El tercer molar es la última pieza dentaria en concluir su desarrollo y que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, provocando diferentes complicaciones como la periocoronaritis, la periodontitis, la carie, la reabsorción de las raíces de los segundos molares inferiores, la formación de quistes dentígeros, entre otros (Horta, M. Casas, L. Cañete, R. 2014).

La impactación es el fracaso de la erupción de los dientes en su posición anatómica debido a dificultades en la trayectoria de erupción, la colocación inadecuada de un diente, ausencia de espacio u otros impedimentos; siendo los dientes impactados aquellos que se encuentran dentro del hueso de forma parcial o total, aproximándose a dientes vecinos o estructuras blandas. (Srivastava, N y otros. 2017) ;(Santosh, P. 2015).

Los dientes impactados son aquellos que se encuentran dentro del hueso de forma parcial o total, aproximándose a dientes vecinos o estructuras blandas. (Santosh, P. 2015).

Los terceros molares son los últimos dientes que entran en erupción en todas las razas a pesar de las variaciones raciales en la secuencia de la erupción. Los terceros molares son los dientes que con mayor frecuencia se encuentran impactados debido a su particular topografía, filogenia y ontogenia. Estos están directa o indirectamente asociados con numerosos trastornos en la boca, mandíbula y regiones faciales y, por lo tanto, la extracción de terceros molares es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes para los cirujanos orales y maxilofaciales (Pillai, Shaji Thomas, George Paul, Santosh Kumar Singh y Swapnil Moghe. 2014).

Las indicaciones para la extracción de los terceros molares se relacionan a la posibilidad de provocar patologías o la inclusión de dichas piezas dentales, por ejemplo: quistes, tumores, apiñamiento dental, caries, reabsorciones a piezas vecinas, entre otras. (Olate, S y otros. 2007).

1.2.- JUSTIFICACIÓN

Este estudio busca contribuir al área del quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en donde se podrá conocer estadísticamente las distintas clases de inclusiones dentarias de terceros molares impactados y la clase de inclusión que se presenta con mayor frecuencia.

Debido a las diferentes posiciones y clasificaciones que los terceros molares pueden presentar en la cavidad oral.

2.- MARCO TEORICO

2.1.- TERCEROS MOLARES

El tercer molar erupciona normalmente entre los 17 y 25 años de edad. (Prieto, J. 2008). Existe contradicción sobre la calcificación de estas piezas dentales. Según Martínez en su estudio de Grado de desarrollo de los terceros molares en niños la edad donde comienza la calcificación de los terceros molares es:

- A los 8 años por sus cúspides
- A los 9 años la calcificación de su cara triturante
- A los 10 años la mitad de la corona
- A los 12 años toda la corona.

(Martínez, S. Lucas, G. 2003)

Adloff señalo hace algunos años que estas piezas dentarias desaparecerían de la cavidad oral de los humanos por el proceso evolutivo y la disminución de actividad masticatoria. (García, F. Toro, O. Vega, M. Verdejo, M. 2009)

La erupción del tercer molar y los cambios posicionales después de su erupción no siempre están relacionados con la raza, sino también está relacionado con la dieta, la frecuencia del uso del aparato masticatorio y también está ligado el origen genético (Juodzbaly, G. Daugela.P. 2013.) Los terceros molares frecuentemente presentan varias posiciones anatómicas y angulaciones las cuales como resultado provocan un alto grado de impactación dental (Lima, C. Silva, L. Melo, M. Santos, J. Santos, T. 2012).

La extirpación quirúrgica de estas piezas puede darse por motivos:

- Ortodónticos
- Profilácticos
- Protésicos
- Diagnóstico de varias patologías asociadas

Siendo en la especialidad de Cirugía Oral y Máxilo Facial la intervención quirúrgica más realizada (Lima, C. Silva, L. Melo, M. Santos, J. Santos, T. 2012).

Las distintas posiciones de los terceros molares son evaluadas en una radiografía panorámica (Lores, F. 2014).

2.2.- TERCEROS MOLARES INFERIORES

El Tercer Molar inferior retenido se relaciona con patologías como:

- Complicaciones infecciosas (pericoronaritis)
- TumORALES (quistes)
- Mecánicas (reabsorciones radiculares).
- Nerviosas

Siendo el dolor el síntoma más frecuente. (Gay, C. Berini L. 2004)

Los terceros molares inferiores impactados inferiores ocasionan que la mandíbula se debilite en su ángulo, provocando que esta sea más propensa a la fractura. (Bayoumi, A. Baabdullah, R. Bokhari, A y Nadershah, M. 2016.).

2.3.- TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

Los terceros molares son las piezas dentales que se encuentran con más frecuencia incluídas y están asociadas a patologías de la Cirugía Oral y Maxilofacial (Morphol, J.2009).

En el ámbito odontológico, estas piezas muchas veces no presentan sintomatología aparente. Sin embargo, en varios casos el paciente puede presentar algunas alteraciones. (Chicarelli, M. Vessoni, L. Yamashita, A. y Mitsunari, W. 2014.).

Es importante que el profesional de odontología posea conocimiento de la posición y angulación del tercer molar, para conocer el grado de dificultad quirúrgica el momento de la intervención. Al igual que puede predecir el riesgo de infección y posibles cambios neurológicos post-quirúrgicas que puedan entorpecer la recuperación (Chicarelli, M. Vessoni, L. Yamashita, A. y Mitsunari, W. 2014.).

2.4.-RETENCIÓN DENTARIA

Se denomina retención dentaria cuando existe una interrupción de la erupción normal de una pieza dentaria. Esto puede estar dado por:

- Barreras físicas;
- Posición anormal de otra pieza dentaria;

- Patologías;
- Influencias genéticas;
- Entre otras.

(Bareiro, F. Duarte, L. 2014).

Otra definición de retención refiere aquel órgano dentario que no ha erupcionado en el tiempo en el cual debería hacerlo. (Andrés, A. Hung, O. Menéndez, D. 2015)

Un diente incluido abarca los conceptos de retención primaria y de impactación ósea. Una pieza dental que no presente una posición normal luego del periodo de erupción será una pieza incluida o retenida. (Cerqueira, P. Farias, D. Silva, J. Oliveira, T. 2007).

Los dientes incluidos serán también las piezas que se encuentran totalmente intraóseas y que no han erupcionado a pesar de que no exista obstrucción. (Andrés, A. Hung, O. Menéndez, D. 2015)

2.5.- ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA

La teoría más acertada acerca la etiología de la retención dentaria en este tiempo se proyecta en la dieta que la mayoría de la población lleva actualmente, ya que no se requiere de mayor esfuerzo para cumplir con la función masticatoria, los maxilares han reducido su tamaño, en algunos casos estos son demasiados pequeños para poder alojar a los terceros molares en una posición correcta (Del Puerto, M. Casas, L. Cañete, R. 2014).

Como apoyo a esta teoría también se puede observar la ausencia congénita. (Del Puerto, M. Casas, L. Cañete, R. 2014).

Así mismo los problemas embriológicos, malformaciones congénitas y las enfermedades genéticas también producen retención dentaria. Incluyendo el espacio insuficiente para poder acomodar los dientes en erupción (Rodríguez, N. Rodríguez, E. Aragón, J. 2011) (Obiechina, A. Arotiba, J. Fasola, A. 2014.)

2.6.- CAUSAS DE RETENCIÓN DE ORIGEN LOCAL:

Son varias las causas por lo que se puede dar una retención dentaria, dentro de las cuales se encuentran:

2.6.1.-Causas locales

- Densidad del hueso que reviste a la pieza dentaria
- Carencia de espacio en los maxilares
- Pérdida prematura de los dientes deciduos
- La posición de un diente adyacente
- Mala retención en dientes temporales.
- Infecciones que afecten al hueso o a la mucosa.

(Pentón, V. Véliz, Z. Herrera, L. 2009).

2.6.2.- Causas sistémicas:

- Desnutrición
- Raquitismo
- Sífilis congénita
- Trastornos metabólicos
- Anemia
- Herencia.
- Condiciones extrañas (oxicefalia, labio y paladar fisurado, progeria).
- Entre otras.

(Pentón, V. Véliz, Z. Herrera, L. 2009),(Del Puerto, M. Casas, L. Cañete, R. 2014)

2.7.- CLASIFICACIÓN SEGÚN SU POSICIÓN

2.7.1.- CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES

Para clasificarlos se toma en cuenta las inclinaciones y las posiciones de los terceros molares para la distinción de las diferentes clases de angulaciones, tomando en cuenta varios elementos como:

- Eje longitudinal dental.
- Plano oclusal.
- Plano ascendente de la rama mandibular.

(Lima, C. Silva, L. Melo, M. Santos, J. Santos, T. 2012).

2.7.1.1.- CLASIFICACIÓN PELL & GREGORY'S

2.7.1.1.1.- PRIMERA CLASIFICACION

En 1933 se establecieron dos maneras de clasificar a los terceros molares.

La primera relacionada con la profundidad de la inserción del tercer molar, es decir se compara la altura del plano oclusal del tercer molar en relación con el plano oclusal y cervical del segundo molar, el cual se utilizaría como referencia. Clasificándolos en A, B y C. (Santos, D. Terra, G. 2009).

- Clase A: el tercio oclusal está por encima de la misma cara adyacente, es decir en el caso de que se supere el mismo nivel o esté por debajo.



Figura 1 Clasificación de Pell & Gregory Clase A

Tomado de: (Santos, D. Terra, G. 2009).

- Clase B: aparece entre la cara oclusal y cervical del diente de referencia.



Figura 2 Clasificación de Pell & Gregory Clase B

Tomado de: (Santos, D. Terra, G. 2009).

- Clase C: si la cara oclusal está más apical que cervical del segundo molar.



Figura 3 Clasificación de Pell & Gregory Clase C

Tomado de: (Santos, D. Terra, G. 2009).

(Santos, D. Terra, G. 2009).

2.7.1.1.2.- SEGUNDA CLASIFICACION

La segunda está relacionada con la inclusión dentro de la rama mandibular, basándose así en la relación cordal que existe del segundo molar con la rama de la mandíbula y la profundidad relativa del tercer molar dentro del hueso (Kuffel, V. 2010). es decir, la correlación del tercer molar con la rama ascendente del maxilar inferior, la profundidad del mismo y la posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar.

Clasificándolos en I, II Y III. (Tirado, J. 2015).

- Clase I cuando el diente presente previo al borde anterior de la mandíbula.



Figura 4 Clasificación de Pell & Gregory Clase I

Tomado de: (Prajapati, V. Mitra, R y Vinayak, K. 2017).

- Clase II cuando el diente está parcialmente cubierto por el borde anterior de la mandíbula



Figura 5 Clasificación de Pell & Gregory Clase II

Tomado de: (Prajapati, V. Mitra, R y Vinayak, K. 2017).

- Clase III cuando la corona está cubierta en su totalidad.



Figura 6 Clasificación de Pell & Gregory Clase III

Tomado de: (Prajapati, V. Mitra, R y Vinayak, K. 2017).

(Prajapati, V. Mitra, R y Vinayak, K. 2017).

2.7.1.2.- CLASIFICACIÓN DE WINTER

Winter clasifico a los terceros molares en relación a su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar en:

- **Vertical:** donde el tercer molar será paralelo al eje largo del segundo molar 10°

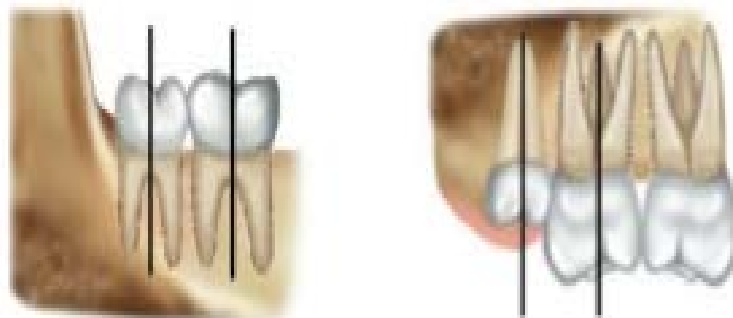


Figura 7 Clasificación de Winter posición Vertical

Tomado de: (Yilmaz, S. Adisen, M. Misirlioglu, M. Yorubulut, S. 2016).

- **Mesio - angulado:** el tercer molar impactado se inclina hacia el segundo molar musicalizándose de 11 a 79°



Figura 8 Clasificación de Winter posición Mesio- angulado

Tomado de: (Yilmaz, S. Adisen, M. Misirlioglu, M. Yorubulut, S. 2016).

- **Disto - angulado:** donde el eje del tercer molar está distalmente lejos del segundo molar a -11 a -79°



Figura 9 Clasificación de Winter posición Disto-Angulada

Tomado de: (Yilmaz, S. Adisen, M. Misirlioglu, M. Yorubulut, S. 2016).

- **Horizontal:** donde el tercer molar está de 80 a 100° es decir horizontal.

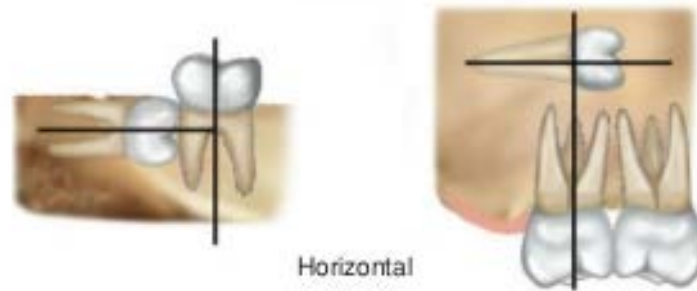


Figura 10 Clasificación de Winter posición Horizontal

Tomado de: (Yilmaz, S. Adisen, M. Misirlioglu, M. Yorubulut, S. 2016).

- **Invertido:** el tercer molar se encuentra completamente en dirección contraria a la erupción



Figura 11 Clasificación de Winter posición Invertida

Tomado de: (Yilmaz, S. Adisen, M. Misirlioglu, M. Yorubulut, S. 2016).

(Reyes, J.2012) (Yilmaz, S. Adisen, M. Misirlioglu, M. Yorubulut, S. 2016).

2.8.- TRATAMIENTO

2.8.1.- CIRUGIA

Los autores han demostrado que el tercer molar es la pieza dental que se extirpa con mayor frecuencia y es más común en personas jóvenes (Eklund, S. Pittman, J. 2001).

La ansiedad juega un papel muy importante dentro de este procedimiento quirúrgico ya que los pacientes suelen ser o estar ansiosos el momento de someterse a una cirugía de terceros molares (Hollander, M. Schortinghuis, J. Vissink, A. 2016).

Una razón dada para extraer las piezas que se encuentran libres de enfermedad es prevenir enfermedad futura en dientes adyacentes. Sin embargo, existen pruebas limitadas disponibles sobre el riesgo

de caries y periodontitis en los segundos molares adyacentes a los terceros molares retenidos (Nunn, M y otros. 2013).

La intervención quirúrgica con respecto a los terceros molares es uno de los procedimientos en el que los cirujanos orales y maxilofaciales deben actuar con mucha precaución debido a las complicaciones post-operatorias que se pueden presentar (dolor, inflamación, trismo, alveolitis, sangrado y la infección) (Mukherjee, S. Vikraman, B. Sankar, D y Subramanian, M. 2016).

Los 3ros molares inferiores suelen ser asintomáticos, pero también están relacionados con caries dental, reabsorción radicular del segundo molar, pericoronaritis, quistes dentigeros (González, S. Yanet Simancas, Y. 2016).

La complicación más preocupante es el daño permanente o temporal del nervio dentario inferior, dando como resultado una hipoestesia, parestesia o disestesia del labio inferior. (Mukherjee, S. Vikraman, B. Sankar, D y Subramanian, M. 2016).

Después de este procedimiento quirúrgico existe la posibilidad de que se presente alguna complicación post-tratamiento y esto puede darse por factores intrínsecos o extrínsecos. Como factores sistémicos que pueden provocar una infección del campo quirúrgico se encuentran:

- Diabetes mellitus
- Inmune-depresión
- Entre otras.

Como factores extrínsecos se encuentran:

- Tabaco
- Contaminación de la herida
- Cirugías sucias
- Entre otras

(Sala, S. López, M. Quinteros, M. Valmaseda, M. y Gay, M. 2016).

2.9.- ESTUDIOS PREVIAMENTE REALIZADOS:

En el estudio que realizó Eduardo Dias y cols en el 2009 se examinó 430 radiografías panorámicas, en las cuales se encontró 586 terceros molares que estaban retenidos, 297 inferiores izquierdos que viene a ser la pieza número 38 y 289 terceros molares inferiores derechos que viene a ser la pieza número 48. Del número total de radiografías examinadas se determinó que la posición A, clase II fue la de mayor prevalencia ya que se presentó en 129 piezas lo cual representa el 43.43%, seguida de la posición B, clase II que se presentó en 118 piezas que representa un 39.73% (Dias, E. Lacet, J. Barbosa, J. Barreto, I. Sousa, L. 2009).

En un distinto estudio de Margot Betsabe Palacios Colán en el 2014 observo radiográficamente 1067 piezas de pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 18 a 35 años, distribuyendo esta muestra por género y edad. En este estudio según la clasificación de Winter se encontró que tienen mayor prevalencia las posiciones: vertical con un 42.3% y la mesio-angulada con 31.4%. (Palacios, M. 2014).

En otro estudio se examinó a 138 pacientes de 21, 25 y 30 años sin distinción en el sexo, con el objetivo de observar cuál era la posición de los terceros molares que con más frecuencia se presentaban usando las clasificaciones de Pell&Gregory y Winter. Donde encontraron que la posición que comúnmente se presentó según Winter. Los resultados arrojaron que la posición más común según Winter fue la mesio angular con 58% en los terceros molares izquierdos; según Pell&Gregory en relación al diámetro mesiodistal fue la clase II con 58.7% y según Pell&Gregory en relación al plano oclusal del segundo molar fue la clase A con 50.7% (Bareiro, F y Duarte, L. 2014).

3.- Objetivos

3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia en de pacientes que presenten terceros molares impactados con diferentes inclusiones en el maxilar superior e inferior durante el periodo septiembre 2017 a enero 2018.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir la posición de los terceros molares según la clasificación de Winter y Pell & Gregory.
2. Comparar entre maxilar superior e inferior la prevalencia de terceros molares impactados con diferentes inclusiones

3.3.- HIPÓTESIS:

- No requiere hipótesis debido a que es un estudio observacional descriptivo.

4.- Material y métodos

4.1.- Tipo de estudio:

La presente investigación es de tipo observacional, descriptiva y transversal.

4.2.- Universo de la muestra

El universo estará constituido por las radiografías de los pacientes que acuden al quirófano de la clínica odontológica UDLA.

4.3.- Muestra

Serán seleccionados los individuos según los criterios de inclusión y exclusión.

4.4.- Criterios de inclusión

- Pacientes que presenten en su radiografía datos personales completos.
- Pacientes entre los 16-38 años que presenten su radiografía panorámica.

4.5.- Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten agenesia de terceros molares.
- Pacientes que presenten alteración de la erupción dentaria.
- Pacientes con radiografías en mal estado.
- Pacientes que presenten radiografías panorámicas no mayor a 3 meses.

4.6.- Descripción del método

El estudio presente se realizará por medio de una evaluación de las radiografías que se encuentran en el archivo de historias clínicas de la facultad de odontología, donde el estudio constara de radiografías que deben tener los datos personales completos, a la observación el uso de negatoscopio será indispensable ya que la radiografía podrá ser evaluada con claridad y nitidez.

5.- Resultados

5.1 Análisis estadístico

El análisis estadístico se elaborará en la herramienta Excel la cual se realizará mediante el software Microsoft. El cual nos ayudara a presentar los resultados en el presente estudio.

5.2 TABLAS: GENERO

Tabla 1 Género de pacientes con terceros molares incluidos

GENERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	28	59,6	59,6	59,6
	Femenino	19	40,4	40,4	40,4
	Total	47	100,0	100,0	

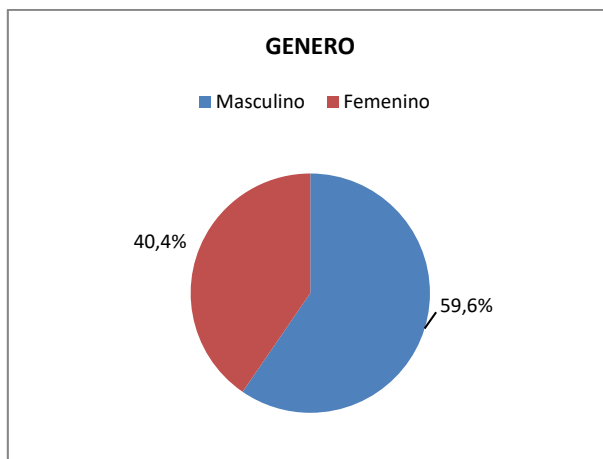


Figura 12 Genero

Entre los evaluados, el 59,6% corresponden al género Masculino y el 40,4% al género Femenino

5.3.- TABLAS SEPARADAS POR PIEZA DENTARIA Y POSICIÓN

5.3.1.- RELACIÓN CON LA PROFUNDIDAD SEGÚN PELL & GREGORY

Tabla 2: Relación con la profundidad: Pieza 18

1. Relación con la profundidad: Pieza 18					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CLASE A	24	51,1	63,2	63,2
	CLASE B	12	25,5	31,6	94,7
	CLASE C	2	4,3	5,3	100,0
	Total	38	80,9	100,0	
Perdidos	Sistema	9	19,1		
Total		47	100,0		

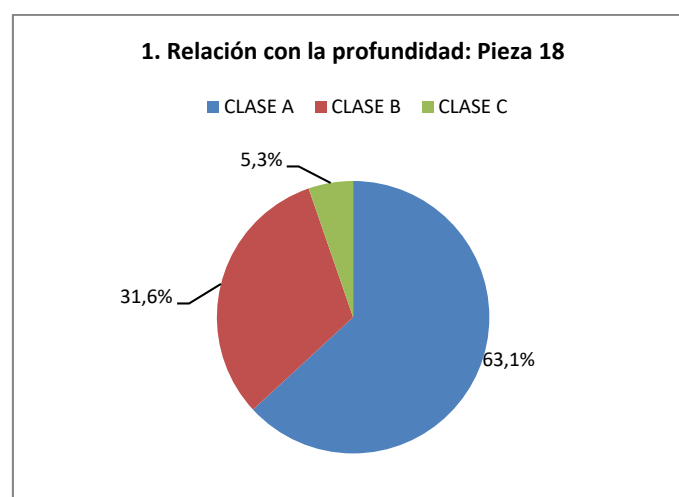


Figura 13 Relación con la profundidad: pieza 18

En forma general en la pieza 18 se presentan el 63,2% de las piezas son CLASE A, el 31,6% son CLASE B y el 5,3% son CLASE C

Tabla 3: Relación con la profundidad: Pieza 28

1. Relación con la profundidad: Pieza 28					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CLASE A	28	59,6	68,3	68,3
	CLASE B	8	17,0	19,5	87,8
	CLASE C	5	10,6	12,2	100,0
	Total	41	87,2	100,0	
Perdidos	Sistema	6	12,8		
Total		47	100,0		

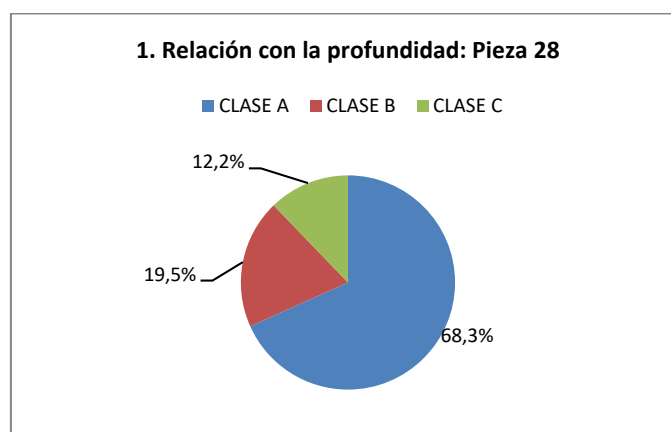


Figura 14 Relación con la profundidad: pieza 28

En forma general en la pieza 28 se presentan el 68,3% de las piezas son CLASE A, el 19,5% son CLASE B y el 12,2% son CLASE C

Tabla 4: Relación con la profundidad: Pieza 38

1. Relación con la profundidad: Pieza 38					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CLASE A	16	34,0	40,0	40,0
	CLASE B	21	44,7	52,5	92,5
	CLASE C	3	6,4	7,5	100,0
	Total	40	85,1	100,0	
Perdidos	Sistema	7	14,9		
Total		47	100,0		

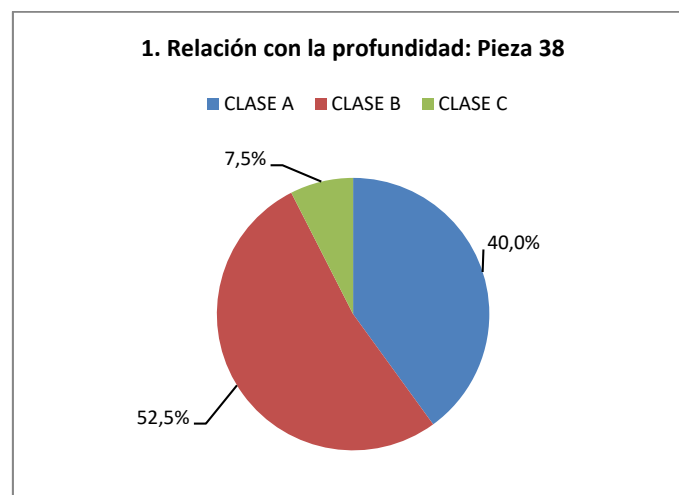


Figura 15 Relación con la profundidad: pieza 38

En forma general en la pieza 38 se presentan el 40,0% de las piezas son CLASE A, el 52,5% son CLASE B y el 7,5% son CLASE C

Tabla 5: Relación con la profundidad: Pieza 48

1. Relación con la profundidad: Pieza 48					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CLASE A	18	38,3	45,0	45,0
	CLASE B	16	34,0	40,0	85,0
	CLASE C	6	12,8	15,0	100,0
	Total	40	85,1	100,0	
Perdidos	Sistema	7	14,9		
Total		47	100,0		

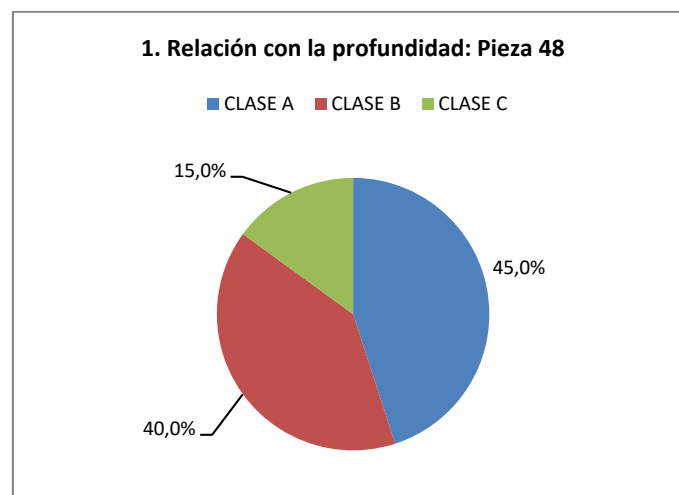


Figura 16 Relación con la profundidad: pieza 48

En forma general en la pieza 48 se presentan el 45,0% de las piezas son CLASE A, el 40,0% son CLASE B y el 15,0% son CLASE C

5.3.2.- RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN SEGÚN PELL&GREGORY

Tabla 6: Relación con la inclusión: Pieza 38

2. Relación con la inclusión: Pieza 38					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CLASE I	15	31,9	38,5	38,5
	CLASE II	18	38,3	46,2	84,6
	CLASE III	6	12,8	15,4	100,0
	Total	39	83,0	100,0	
Perdidos	Sistema	8	17,0		
Total		47	100,0		

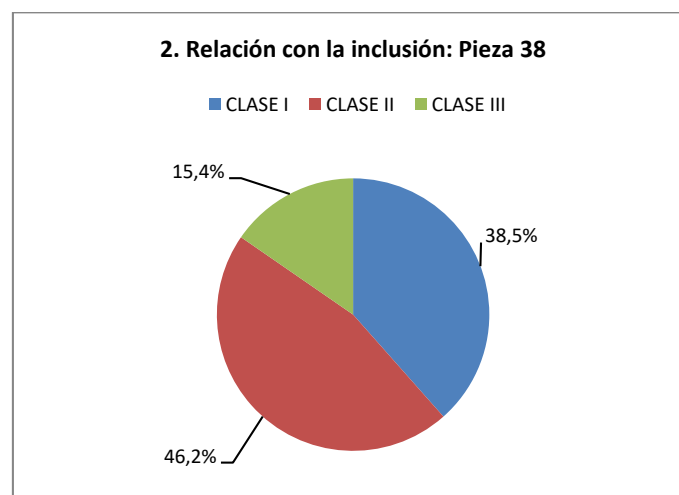


Figura 17 Relación con la inclusión: Pieza 38

En forma general en la pieza 38 se presentan el 38,5% de las piezas son CLASE I, el 46,2% son CLASE II y el 15,4% son CLASE III

Tabla 7: Relación con la inclusión: Pieza 48

2. Relación con la inclusión: Pieza 48					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CLASE I	15	31,9	36,6	36,6
	CLASE II	21	44,7	51,2	87,8
	CLASE III	5	10,6	12,2	100,0
	Total	41	87,2	100,0	
Perdidos	Sistema	6	12,8		
Total		47	100,0		

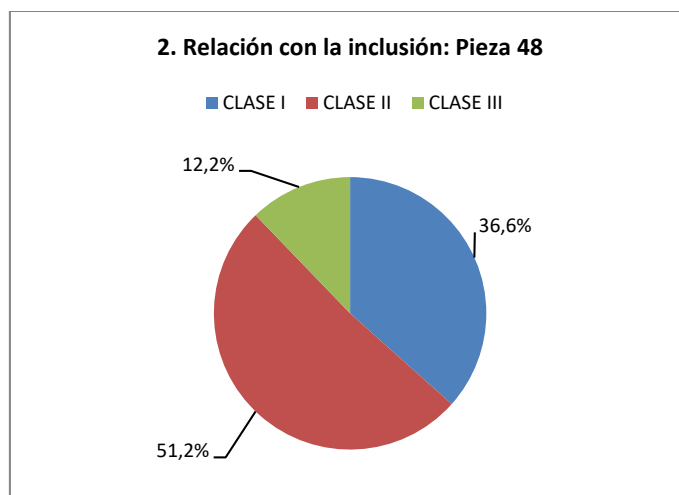


Figura 18 Relación con la inclusión: Pieza 48

En forma general en la pieza 48 se presentan el 36,6% de las piezas son CLASE I, el 51,2% son CLASE II y el 12,2% son CLASE III.

5.3.3.- CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER

Tabla 8: clasificación según winter: pieza 18

CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 18					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VERTICAL	33	70,2	84,6	84,6
	DISTO	5	10,6	12,8	97,4
	INVERTIDO	1	2,1	2,6	100,0
	Total	39	83,0	100,0	
Perdidos	Sistema	8	17,0		
Total		47	100,0		

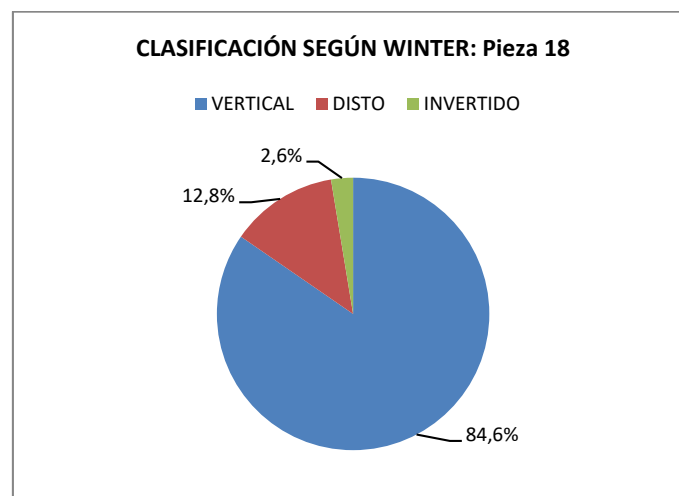


Figura 19 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 18

En forma general en la pieza 18 se presentan el 84,6% de las piezas son VERTICAL, el 12,8% son DISTO y el 2,6% son INVERTIDO.

Tabla 9: clasificación según winter: pieza 28

CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 28					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VERTICAL	36	76,6	90,0	90,0
	MESIO	1	2,1	2,5	92,5
	DISTO	3	6,4	7,5	100,0
	Total	40	85,1	100,0	
Perdidos	Sistema	7	14,9		
Total		47	100,0		

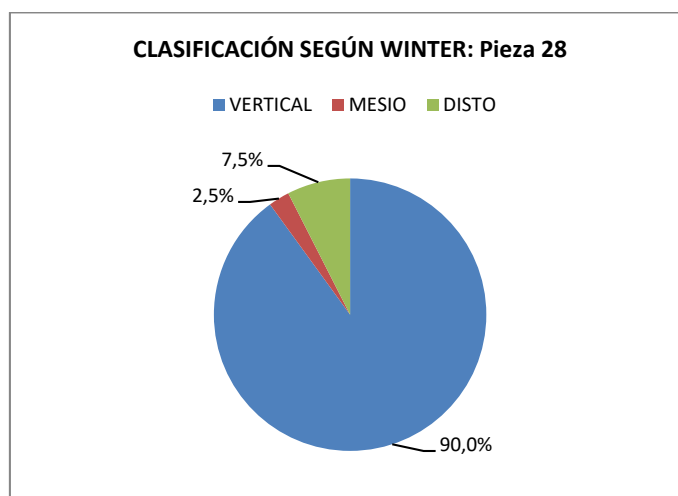


Figura 20 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 28

En forma general en la pieza 28 se presentan el 90,0% de las piezas son VERTICAL, el 2,5% son MESIO y el 7,5% son DISTO.

Tabla 10: clasificación según winter: pieza 38

CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 38					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VERTICAL	13	27,7	33,3	33,3
	MESIO	16	34,0	41,0	74,4
	HORIZONTAL	10	21,3	25,6	100,0
	Total	39	83,0	100,0	
Perdidos	Sistema	8	17,0		
Total		47	100,0		

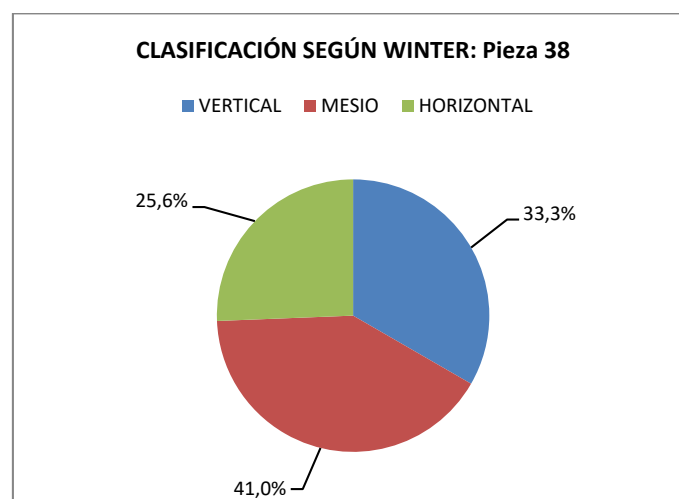


Figura 21 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 38

En forma general en la pieza 38 se presentan el 33,3% de las piezas son VERTICAL, el 41,0% son MESIO y el 15,6% son HORIZONTAL.

Tabla 11: clasificación según winter: pieza 48

CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 48					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VERTICAL	18	38,3	43,9	43,9
	MESIO	13	27,7	31,7	75,6
	HORIZONTAL	9	19,1	22,0	97,6
	INVERTIDO	1	2,1	2,4	100,0
	Total	41	87,2	100,0	
Perdidos	Sistema	6	12,8		
Total		47	100,0		

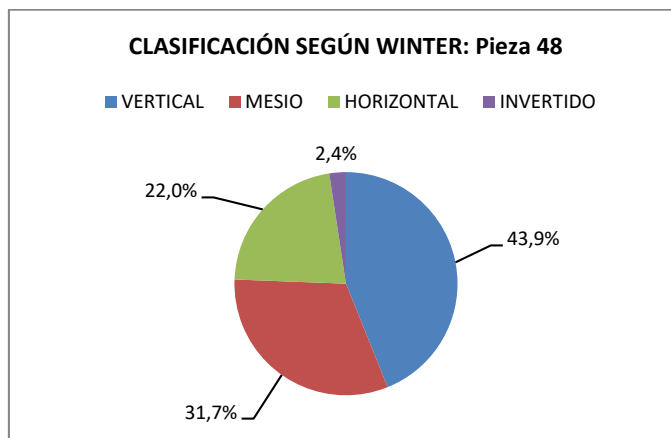


Figura 22 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER: Pieza 48

En forma general en la pieza 48 se presentan el 43,9% de las piezas son VERTICAL, el 31,7% son MESIO, el 22,0% son HORIZONTAL y el 2,4% son INVERTIDO.

5.4.- Tablas cruzadas

5.4.1.- Tablas cruzadas: 1. CLASIFICACIÓN SEGÚN PELL & GREGORY (Relación con la profundidad)

Tabla 12: Relación con la profundidad*PIEZA tabulación cruzada

1. Relación con la profundidad*PIEZA tabulación cruzada								
			PIEZA				Total	
			Pieza 18	Pieza 28	Pieza 38	Pieza 48		
1. Relación con la profundidad	CLASE A	Frecu encia	24	28	16	18	86	
		%	63,2%	68,3%	40,0%	45,0%	54,1%	
	CLASE B	Frecu encia	12	8	21	16	57	
		%	31,6%	19,5%	52,5%	40,0%	35,8%	
	CLASE C	Frecu encia	2	5	3	6	16	
		%	5,3%	12,2%	7,5%	15,0%	10,1%	
	Total		Frecu encia	38	41	40	40	159
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

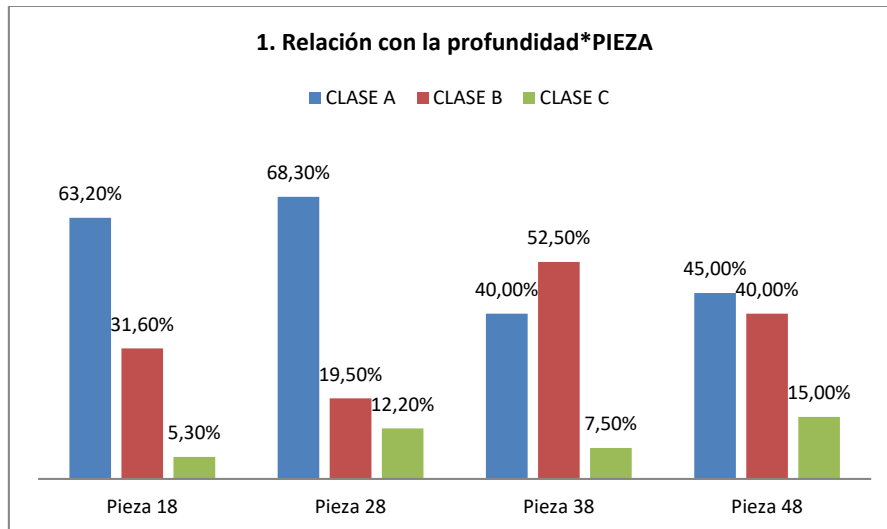


Figura 23 Relación con la profundidad*PIEZA

Pieza 18: tienen el 63,2% de las piezas CLASE A, el 31,6% CLASE B y el 5,3% CLASE C

Pieza 28: tienen el 68,3% de las piezas CLASE A, el 19,5% CLASE B y el 12,2% CLASE C

Pieza 38: tienen el **40,0%** de las piezas CLASE A, el **52,5%** CLASE B y el 7,5% CLASE C

Pieza 48: tienen el **45,0%** de las piezas CLASE A, el **40,0%** CLASE B y el 15,0% CLASE C

**5.4.2.- Tablas cruzadas: 2. CLASIFICACIÓN SEGÚN PELL & GREGORY
(Relación con la inclusión)**

Tabla 13: Relación con la inclusión*PIEZA tabulación cruzada

2. Relación con la inclusión*PIEZA tabulación cruzada					
			PIEZA		Total
			Pieza 38	Pieza 48	
2. Relación con la inclusión	CLASE I	Frecuencia	15	15	30
		%	38,5%	36,6%	37,5%
	CLASE II	Frecuencia	18	21	39
		%	46,2%	51,2%	48,8%
	CLASE III	Frecuencia	6	5	11
		%	15,4%	12,2%	13,8%
Total		Frecuencia	39	41	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%

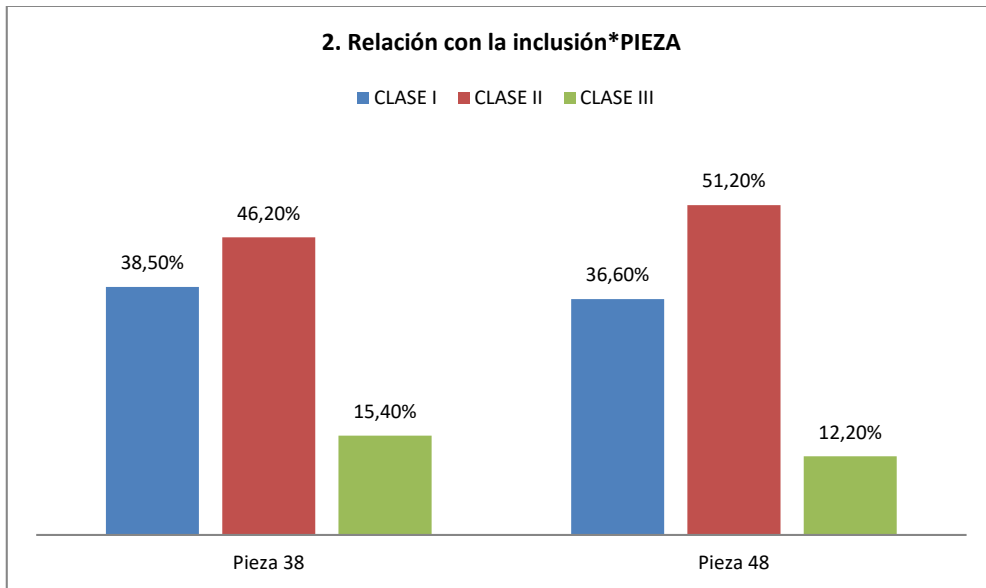


Figura 24 Relación con la inclusión*PIEZA

Pieza 38: tienen el 38,5% de las piezas CLASE I, el 46,2% CLASE II y el 15,4% CLASE III

Pieza 48: tienen el 36,6% de las piezas CLASE I, el 51,2% CLASE II y el 12,2% CLASE III

5.4.3.- Tablas cruzadas: CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER

Tabla 14: CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER*PIEZA tabulación cruzada

			PIEZA				Total	
			Pieza 18	Pieza 28	Pieza 38	Pieza 48		
CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER	VERTICAL	Frecuencia	33	36	13	18	100	
		%	84,6%	90,0%	33,3%	43,9%	62,9%	
	MESIO	Frecuencia	0	1	16	13	30	
		%	0,0%	2,5%	41,0%	31,7%	18,9%	
	DISTO	Frecuencia	5	3	0	0	8	
		%	12,8%	7,5%	0,0%	0,0%	5,0%	
	HORIZONTAL	Frecuencia	0	0	10	9	19	
		%	0,0%	0,0%	25,6%	22,0%	11,9%	
	INVERTIDO	Frecuencia	1	0	0	1	2	
		%	2,6%	0,0%	0,0%	2,4%	1,3%	
	Total		Frecuencia	39	40	39	41	159
			%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

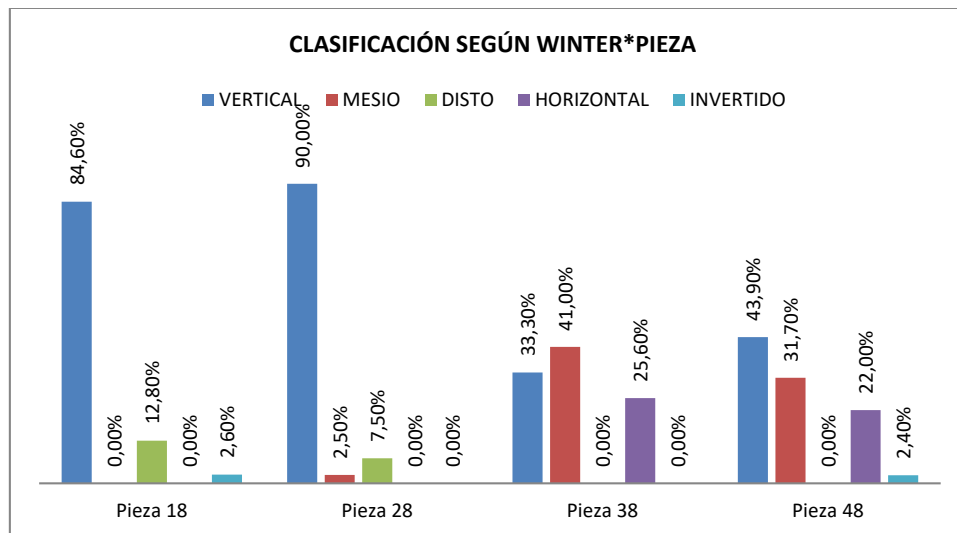


Figura 25 CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER*PIEZA

Pieza 18: tienen el 84,6% de las piezas VERTICAL, el 0,0% MESIO, el 12,8% DISTO, el 0,0% VERTICAL y el 2,6% INVERTIDO

Pieza 28: tienen el 90,0% de las piezas VERTICAL, el 2,0% MESIO, el 7,5% DISTO, el 0,0% VERTICAL y el 0,0% INVERTIDO

Pieza 38: tienen el 33,3% de las piezas VERTICAL, el 41,4% MESIO, el 0,0% DISTO, el 25,6% VERTICAL y el 0,0% INVERTIDO

Pieza 48: tienen el 43,9% de las piezas VERTICAL, el 31,7% MESIO, el 0,0% DISTO, el 22,0% VERTICAL y el 2,4% INVERTIDO

6.- DISCUSIÓN

Estudiar los terceros molares incluidos y sus distintas posiciones es de suma importancia para algunas especialidades como cirugía ya que así facilita el planteamiento quirúrgico de estas piezas. (Dias, E. Iacet, J. Barbosa, J. Barreto, I. Sousa, L. 2009)

Para la remoción de un diente incluido en una intervención quirúrgica es necesario tener un correcto plan de tratamiento que puede variar por la posición de este órgano dental. Para el planteamiento quirúrgico Dias, Iacet, Barbosa, Barreto y Sousa en el 2009 establecieron algunos sistemas de clasificación de los terceros molares, las cuales fueron elaboradas a partir del análisis radiográfico en radiografías panorámicas donde se puede observar claramente el eje longitudinal del segundo molar y la rama mandibular, siendo estos los parámetros necesarios para dichas clasificaciones (clasificación de Winter y Pell & Gregory). (Dias, E. Iacet, J. Barbosa, J. Barreto, I. Sousa, L. 2009)

En el presente estudio se observó la prevalencia y clasificación de la posición de los terceros molares impactados o incluidos en pacientes que acuden a la Clínica de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas con una muestra de 47 pacientes, siendo 19 de género femenino que corresponde al 40.4% y 28 de género masculino que corresponde al 59.6% del total de la muestra. En lo cual se encontró que los terceros molares inferiores tienen mayor predisposición para encontrarse incluidos o impactados.

En el maxilar superior se encontró que las piezas número 18 y 28 en su mayoría se encuentran en una posición adecuada para poder erupcionar o ya estaban erupcionadas en su totalidad, siendo así en la primera clasificación de Pell & Gregory según la profundidad de inserción divididas en: Clase A, B y C, se halló que la clase A es la más prevalente con 63.2% y 68.3% de las piezas 18 y 28 respectivamente, mientras que en la clasificación de Winter se encontró que la posición vertical fue la que predominó con un 84.6% en la pieza 18 y con 90.0% en la pieza 28.

En el maxilar inferior siendo este el predisponente en dientes incluidos se encontró que en la primera clasificación de Pell&Gregory antes mencionada la

clase B tiene mayor prevalencia con un 52.5% en la pieza 38 y 40.0% en la pieza 48, mientras que en la segunda clasificación de Pell & Gregory que se divide en: Clase I,II,III encontramos que la clase II se presentó con mayor frecuencia con un 46.2% en la pieza 38 y con un 51.2% en la pieza 48, seguida de la clase I con 38.5% en la pieza 38 y 36.6% en la pieza 48. Del mismo modo en la clasificación de Winter la posición con mayor predominancia es la mesio-angulada con 41.0% en la pieza 38 y 31.7% en la pieza 48, seguida de la posición horizontal con 25.6% en la pieza 38 y 22.0% en la pieza 48.

De esta forma, concordando con el estudio de Eduardo Dias Ribero y colaboradores donde estudiaron la prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory, los resultados encontrados son correspondientes con los del estudio realizado ya que en la segunda clasificación de Pell & Gregory en el maxilar inferior la clase II es la más prevalente, sin embargo no hay concordancia en la primera clasificación de Pell & Gregory ya que encontraron a la clase A como dominante. (Dias, E. Iacet, J. Barbosa, J. Barreto, I. Sousa, L. 2009)

Para comparar con un estudio más reciente de Chicarelli Da Silva y colaboradores en el año 2014 en la ciudad de Maringa (Brasil) podemos corroborar ya que los resultados son similares en los terceros molares superiores que tuvieron inclinación vertical según la clasificación de Winter y en los terceros molares inferiores según la segunda clasificación de Pell & Gregory la posición más prevalente fue la clase II, sin embargo discrepo con la presente investigación en la primera clasificación de Pell & Gregory ya que encontraron mayor prevalencia en la clase C. (Chicarelli, M. Vessoni, L. Yamashita, A. 2014)

En otro estudio realizado por Félix González en el año 2014 en la Universidad de las Américas en la ciudad de Quito (Ecuador), obtuvo resultados parecidos ya que las posiciones con mayor prevalencia en el maxilar superior fue la vertical, mientras que en el maxilar inferior la posición mesio-angulada y la clase A de las clasificaciones de Pell & Gregory y Winter tuvo predominancia. Por otro lado, refuta en el maxilar inferior por lo que se encontró que la clase A y la posición vertical tuvieron mayor prevalencia. (González, F. 2014)

7.- CONCLUSIONES

- En el presente estudio se determinó la prevalencia de los terceros molares impactados o incluidos en los maxilares de los pacientes que se han atendido en la Clínica Odontológica Udla, presentando mayor incidencia en el maxilar inferior.
- La determinación de la clasificación de los terceros molares permite obtener un diagnóstico preciso y con ello determinar el plan de tratamiento más adecuado.
- Con el presente estudio se determinó que existe predominancia en las piezas 38 y 48 en quedar impactadas o incluidas que corresponden al tercer y cuarto cuadrante del maxilar inferior siendo la posición mesio-angulada en la clasificación de Winter.
- De acuerdo a la clasificación de Pell & Gregory se presentó mayor predominancia en la clase B según la profundidad de inserción, y en la clase II según la inclusión dentro de la rama mandibular.

8.- RECOMENDACIONES

- Sería apropiado que todos los estudiantes que realicen extracciones de terceros molares en la hora quirófano de la clínica de la Universidad de las Américas elaboren la clasificación de Winter y Pell & Gregory y esta sea adjuntada a la historia clínica de sus pacientes, como información complementaria para el procedimiento.
- Se recomienda a los alumnos que estén cursando clínica en la facultad de Odontología de la UdlA brinden una información profunda a sus pacientes sobre la importancia de extraerse los terceros molares impactados, incluidos o que se encuentren en una posición desfavorable la cual puede provocar futuras complicaciones.
- Enfatizar en la importancia de que la historia clínica contenga información suficiente, veraz y que se encuentre completa de manera correcta, ya que se debe recordar que este es un documento médico legal sumamente significativo, el cual respalda la actividad profesional llevada a cabo.

REFERENCIAS

- Andrés, A. Hung, O. Menéndez, D. (2015). Third Upper Molar Retained in Maxillary Sinus. Presentation of a Case.
- Bareiro, F y Duarte, L. (2014). Posición más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá hasta el año 2012. *Rev. Nac. (Itauguá)*.
- Bareiro, F. Duarte, L. (2014). Most common position of including mandibular third molar and its anatomical relationship with the inferior dentary canal in patients of National Hospital of Itauguá until 2012. *Rev. Nac. (Itauguá)*. vol.6 no.1.
- Bayoumi, A. Baabdullah, R. Bokhari, A y Nadershah, M. (2016). The Prevalence Rate of Third Molar Impaction among Jeddah Population. *International Journal of Dentistry and Oral Health*. DOI: 10.16966/2378-7090.194
- Cerqueira, P. Farias, D. Silva, J. Oliveira, T. (2007). Molar analysis of the axial topography of third enclosed through the panoramic x-ray of the maxilars in relation to the classification de winter. *Revista OdontoCiência*. 22(55): 16-22.
- Chicarelli, M. Vessoni, L. Yamashita, A. y Mitsunari, W. 2014. Estudio radiográfico de la prevalencia de impactaciones dentarias de terceros molares y sus respectivas posiciones. *Acta Odontol Venez*.
- Del Puerto, M. Casas, L. Cañete, R. (2014). Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Rev. Med. Electron*.
- Dias, E. Lacet, J. Barbosa, J. Barreto, I. Sousa, L. (2009). Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory. *Revista Odontológica Mexicana*.
- Eklund, S. Pittman, J. (2001). Third-molar removal patterns in an insured population. *J Am Dent Assoc*. 132 (4).

- García, F. Toro, O. Vega, M. Verdejo, M. (2009). Eruption and Retention of Third Molars in Young People between 17 and 20 Years of Age, Antofagasta, Chile. *J. Morphol.*
- Gay, C. Berini L. (2004). Tratado de cirugía bucal. Madrid. Ergon. Capítulo 11.
- González, F. (2014). 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. (Tesis). Universidad de las Américas
- González, S. Yanet Simancas, Y. (2016). Clasificaciones Winter y Pell Gregory predictoras del trismo postexodoncia de terceros molares inferiores incluidos. *Rev Venez Invest Odont.*
- Hollander, M. Schortinghuis, J. Vissink, A. (2016). Changes in heart rate during third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 45(12) DOI: 10.1016/j.ijom.2016.08.004.
- Horta, M. Casas, L. Cañete, R. (2014). Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Rev. Med. Electron.*
- Juodzbaly, G. Daugela.P. (2013). Mandibular Third Molar Impaction: Review of Literature and a Proposal of a Classification. *J Oral Maxillofac Res.* vol. 4. No 2.
- Kuffel, V. (2010). Clasificación de la posición de los terceros molares y su mayor incidencia. (tesis de maestría). Universidad católica de Santiago de Guayaquil.
- Lima, C. Silva, L. Melo, M. Santos, J. Santos, T. (2012). Evaluation of the agreement by examiners according to classifications of third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 17 (2). DOI: 10.4317/medoral.17483
- Lima, C. Silva, L. Melo, M. Santos, J. Santos, T. (2012). Evaluation of the agreement by examiners according to classifications of third molars. *Journal section: Oral Surgery.* DOI:10.4317/medoral.17483.

- Lores, F. (2014). Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012. (Tesis de maestro). Universidad peruana de ciencias aplicadas.
- Martínez, S. Lucas, G. (2003). Estudio del grado de desarrollo de los terceros molares en niños que concurren a la cátedra de Odontopediatría. *Corrientes – Argentina*.
- Morphol, J. 2009. Tercer Molar Ectópico Impactado en Zona Retromolar. Reporte de Caso. *International Journal of Morphology*. DOI: 10.4067/S0717-95022009000100006
- Mukherjee, S. Vikraman, B. Sankar, D y Subramanian, M. (2016). La evaluación del resultado Siguiendo Coronectomía para la Gestión de mandibulares terceros molares en las proximidades de nervio dentario inferior. *J Clin Diagn Res*. 10 (8). DOI: 10.7860 / JCDR / 2016 / 20991.8273.
- Nunn, M. Fish, M. Garcia, R. Kaye. Figueroa, R. Gohel, A. Ito, M. Lee, H. Williams, D y Miyamoto, T. (2013). Retained Asymptomatic Third Molars and Risk for Second Molar Pathology. *J Dent Res*.
Doi: 10.1177/0022034513509281
- Obiechina, A. Arotiba, J. Fasola, A. (2014). Third molar impaction: evaluation of the symptoms and pattern of impaction of mandibular third molar teeth in Nigerians. *Odonto-stomatologie tropicale = Tropical dental journal*.
- Olate, S. Alister, J. Alveal, R. Thomas, D. Soto, M. Mancilla, P y Ceballos, M. (2007). Hallazgos Clínicos y Radiográficos de Terceros Molares con Indicación de Extracción. *Int. J. Odontostomat*.
- Palacios, M. (2014). Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente

de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012. (Tesis de maestría). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Pentón, V. Véliz, Z. Herrera, L. 2009. Diente retenido- invertido. Presentación de un caso. *MediSur*.

Pillai, Shaji Thomas, George Paul, Santosh Kumar Singh y Swapnil Moghe. (2014). Incidence of impacted third molars: A radiographic study in People's Hospital, Bhopal, India. *J Oral Biol Craniofac Res*.
Doi: 10.1016/j.jobcr.2014.04.001

Prajapati, V. Mitra, R y Vinayak, K. (2017). Pattern of mandibular third molar impaction and its association to caries in mandibular second molar: A clinical variant. *Dent Res J (Isfahan)*.

Reyes, J. (2012). Clasificación de los terceros molares retenidos. *Odont Moder*.

Rodríguez, N. Rodríguez, E. Aragón, J. 2011. Molar inferior supernumerario retenido. *MEDICIEGO*.

Sala, S. López, M. Quinteros, M. Valmaseda, M. y Gay, M. (2016). Antibacterial suture vs silk for the surgical removal of impacted lower third molars. A randomized clinical study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 21(1). DOI: 10.4317/medoral.20721.

Santos, D. Terra, G. (2009). Third Molar Prevalence and its Respective Classifications According to Winter and Pell e Gregory. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac*.

Santos, P. (2015). Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Ann Med Health Sci Res*. 5(4): 229–234. Doi: 10.4103/2141-9248.160177

Santosh, P. (2015). Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Ann Med Health Sci Res*. Doi: 10.4103/2141-9248.160177

Srivastava, N. Shetty, A. Goswami, A. Apparaju, V. Bagga, V y Kale, S (2017).

Incidence of distal caries in mandibular second molars due to impacted third molars: Nonintervention strategy of asymptomatic third molars causes harm? A retrospective study. *Int J Appl Basic Med Res*.

Doi: 10.4103/2229-516X.198505

Tirado, J. (2015). Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el hospital central fap. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Yilmaz, S. Adisen, M. Misirlioglu, M. Yorubulut, S. (2016). Assessment of Third Molar Impaction Pattern and Associated Clinical Symptoms in a Central Anatolian Turkish Population. *Medical principles and practice*.

