

11
205



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

FALLA DE ORIGEN

**INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DEL
TERCER MOLAR ANTE UN TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA**

TESIS PROFESIONAL

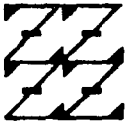
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LOPEZ CAMACHO JOSE ARMANDO

**U N A M
F E S
Z A R A G O Z A**



**LA UNAM Y SU
DE UNIVER. COMPLEJON**

MEXICO, D.F.

JUNIO 1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A DIOS

Por haberme concedido lo mejor del mundo, LA VIDA. Y por permitirme el despertar día con día, con una nueva ilusión y aún más la meta de finalizar mi carrera profesional.

A MIS PADRES

Angeles Camacho de López
Humberto López Jiménez

La obra más grande que Dios me pudiese brindar. Mil gracias por su apoyo moral, económico y el amor que me brindan en todo momento, a ustedes les auguro el más grande de mis éxitos.

De ustedes es mi carrera profesional.

A mis Hermanos

Humberto y Alejandro

A ustedes les agradezco su apoyo incondicional y en todo momento a lo largo de mi vida y de mi carrera profesional.

Para ustedes el más grande de los éxitos.

A la Familia Camacho Sánchez

Mi agradecimiento por los consejos, apoyo y confianza que me brindaron paso a paso a lo largo de este arduo camino.

A mis Amigos

A todos ustedes, gracias por los momentos de alegría que me
brindaron en las etapas más difíciles de mi carrera.
Gracias por los consejos y el apoyo brindado.

Muy especialmente a mi gran amigo

José Roberto Ramos Mundoza

A ti te agradezco la amistad incondicional que me brindas, las
alegrías, los enojos y las palabras de aliento y superación
que me transmitías en todo momento.

Mil gracias.

A Erika González García

A ti, por ser la persona más maravillosa que Dios puso en mi
camino, quien me ha brindado su confianza, apoyo y comprensión, aún
más ese amor que a cada momento me brindas.

C.D. JOSE ARMANDO LOPEZ CAMACHO.

INDICE

Introducción	
Planteamiento del Problema.....	1
Justificación del Tema.....	2
Marco Teórico.....	3
Capítulo I. Cronología de la erupción del Tercer Molar.....	3
Capítulo II. Factores de Retención o Inclusión del Tercer Molar	
* Razones Embriológicas.....	10
* Factores Mecánicos.....	11
* Causas Generales.....	12
Capítulo III. Clasificación de los Terceros Molares Retenidos	
* Relación de la Rama Ascendente y Profundidad en el Hueso.....	14
* Posición del Tercer Molar en el Hueso.....	15
* Posición y Desviación del Tercer Molar.....	16
Capítulo IV. Indicaciones para la Exodoncia en el Tratamiento Or-- todóncico	
* Falta de Espacio.....	18
* Apinhamiento Dental.....	20
* Retención Dentaria.....	26
* Inclusión Dentaria.....	26
Capítulo V. Tratamiento Quirúrgico del Tercer Molar	
* Exodoncia del Tercer Molar.....	30
* Germinectomia del Tercer Molar.....	38
Objetivos.....	40
Hipótesis.....	41

Método.....	42
Recursos.....	43
Presentación de Resultados.....	44
Análisis de Resultados.....	45
Gráficas.....	47
Conclusiones.....	57
Propuestas.....	60
Bibliografía.....	

INTRODUCCION

El tercer molar se ha presentado como un enigma en relación a su formación, desarrollo, participación en diferentes patologías y su potencial rol funcional en las arcadas dentarias.

Entre los odontólogos generales, así como entre los ortodoncistas el tercer molar ha sido motivo de grandes divergencias de opinión con respecto a la necesidad de su conservación en la cavidad bucal.

Los diferentes puntos de vista se han canalizado en dos tendencias extremas, la primera de las cuales establece que los terceros molares deben ser extraídos en forma profiláctica, ya que se encuentran frecuentemente asociados con futuras complicaciones; en cambio un segundo grupo afirma que los terceros molares deben ser conservados, debido a que participan en el sostén vertical de los maxilares, mantienen el equilibrio y estabilidad de la oclusión, y se presentan como una especie de seguro cuando existe pérdida de un primer o segundo molar permanente, reemplazando a estas piezas dentarias o bien de modo de soporte dentario posterior dentro de la rehabilitación protésica del paciente.

Es indudable que la extracción de alguno (s) de los terceros molares puede ser una importante contribución para la adecuada función del aparato Estomatognático en general.

Marceau y Trottier, Lazare y otros investigadores, analizan el abuso de la extracción profiláctica de los terceros molares previo a un completo análisis de su necesidad real, Friedman y Weiss agregan a

lo señalado el alto porcentaje de diagnósticos errados en relación a la clasificación de terceros molares como retenidos con su consecuente indicación de extracción, siendo que se encontraban cursando una angulación normal en el transcurso del desarrollo de estas piezas dentarias durante el periodo de la adolescencia.

El ortodoncista que termina los tratamientos en pacientes de 14 a 16 años de edad, generalmente no verá la ubicación del segmento anterior inferior cuando el paciente llega alrededor de la mayoría de edad. Precisamente entre los 18 y 21 años de edad, que es cuando ocurren los últimos estadios del desarrollo de la dentición con la erupción de los terceros molares, el paciente advierte, con mucha frecuencia, la pérdida del alineamiento dental en la región anterior inferior, una alteración tan común como desagradable, que merece consideración especial.

Las causas de este apiñamiento tardío son, por un lado, la presión dirigida hacia lingual y distal producida por factores como el crecimiento mandibular, la actividad y tensión incrementadas por la musculatura labial, por la función dentaria y, por otra parte, la acción de fuerzas contrarias a esta presión linguo - distal como, por ejemplo el componente anterior de las fuerzas y las presiones ejercidas por los terceros molares inferiores en su evolución para erupcionar.

El tamaño y anatomía de los dientes tienen relación directa y pueden modificar la intensidad de cualquiera de estos factores.

Un tercer molar inferior con mala evolución, cuando presiona la cara distal del segundo molar, en su intento por erupcionar puede romper el equilibrio ocluso - funcional y la alineación estable de

los incisivos inferiores, más susceptibles por su anatomía, y así desmejorar la labor hecha años atrás por el ortodoncista.

Otras complicaciones de orden clínico del tercer molar inferior en su evolución para erupcionar son: la pericoronitis, periodontitis, caries, reabsorción de las raíces del segundo molar, formación de quistes dentigeros, etc. Por tanto la elevada prevalencia reportada en la literatura especializada, pone de manifiesto la importancia de este problema no sólo en ortodoncia, sino en la odontología general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos que el desarrollo de los terceros molares en el ser humano se lleva a cabo de manera muy individual e irregular.

Los terceros molares cuando están presentes cursan con una serie de características que los hacen candidatos a su extracción; como pueden ser patológicas o bien disminución de la longitud del arco y el desarrollo del apiñamiento tardío.

La controversia que existe en cuanto a su conservación en la cavidad oral conlleva a tomar decisiones por parte del cirujano dentista o el ortodoncista de realizar o no la exodoncia para poder conseguir que todos los dientes estén en su adecuada relación en el arco y llegar a una corrección estable con el mínimo potencial iatrogénico.

CAPITULO I. CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR.

CONSIDERACIONES EMBRIOLOGICAS.

Hacia la tercera semana del desarrollo, el epiblasto estomodeal del embrión, invade el mesenquima subyacente formando el muro inmergente, el cual se exfolia en dos hojas llamadas lámina vestibular y lámina dentaria. Mientras la primera entra en citólisis y genera el vestibulo, la segunda emite una serie de prolongaciones digitiformes equivalente al número de dientes caducos; a expensas de estas prolongaciones se forman las yemas dentarias, que dan origen a los dientes lacteales, y las de los dientes que van a sustituirlos.

La parte más distal de la lámina dentaria progresa en el mesénquima como una sola prolongación que pronto se divide en pedículo y la yema dentaria del primer molar y el pedículo y yema dentaria del segundo y tercer molar con la particularidad de que ésta adoptará, con relación a la del segundo molar, la misma disposición que las de los dientes definitivos con relación a los temporales, es decir, como un diente de reemplazo.

Otro hecho destacable es el lugar donde se produce la odontogénesis del tercer molar inferior; ocurre en una zona muy fértil de la mandíbula en la que se produce un crecimiento hacia distal que va a arrastrar el germen dentario a situaciones tales que obligan a su eje mayor a inclinarse hacia la horizontal.

Estos hechos hacen que para erupcionar en el lugar topográfico que le corresponde deba de seguir una trayectoria oblicua hacia

adelante y hacia arriba, (eje de erupción) hasta ocupar su posición correcta.

Los fenómenos en virtud de los cuales se produce la erupción de los dientes no son conocidos en su totalidad, de ahí que nos movamos todavía en el terreno de las hipótesis; no obstante, es muy necesario conocer éstas con objeto de comprender la patología derivada de la erupción dentaria.

Dos son las hipótesis que gozan de cierto predicamento en este terreno, la primera de ellas se basa en el protagonismo del germen dentario y la segunda del poder contráctil del ligamento periodontal en formación.

1.- Debemos partir de la localización de los gérmenes dentarios con relación a la mucosa gingival. El fenómeno eruptivo tendría lugar cuando se hubiese alcanzado un grado determinado de crecimiento y mineralización de la corona en virtud de varios factores.

A) Una expansión volumétrica de la papila dental que, tomando apoyo en el fondo de la cripta ósea, actuaría como un émbolo sobre la corona en formación. Dicha expansión sería debida a un incremento de su vascularización.

B) Una reabsorción concomitante del hueso alveolar que lo recubre. El epitelio reducido del órgano del esmalte se pondría en contacto así, en una primera fase, con el epitelio gingival y, posteriormente, se producirá una dehiscencia de la capa epitelial por donde afloraría la corona del diente.

C).-El desarrollo ulterior de las estructuras radiculares, hasta su apicoformación, propiciarían la erupción, entendiéndose por ésta al momento en que el diente alcanza el plano de oclusión.

2.- Si es cierto que la fuerza eruptiva reside en el ligamento periodontal, habría tres posibles fuentes.

A) La irrigación del ligamento periodontal. De todos es bien conocida la vascularización del ligamento y, en este sentido, sería superponible a la hipótesis precedente si bien el momento secuencial sería diferente.

B) La fuerza contráctil de las fibras conjuntivas en formación.

C) La fuerza contráctil de los fibroblastos y más en concreto de sus microfilamentos.

PERIODO DE CALCIFICACION:

El periodo de calcificación significa la consolidación estructural del diente y tiene importantes repercusiones, tanto para la patología odontodestructiva como para la clinica ortodóncica.

Por lo que se refiere a la calcificación de la dentición permanente se inicia:

1.- En el nacimiento, con la calcificación del primer molar permanente, y le sigue, meses después, la calcificación de los incisivos centrales, laterales mandibulares y caninos.

2.- Hacia el final del primer año se inicia la calcificación de los incisivos laterales superiores seguida de los primeros y segundos premolares; es necesario remarcar el retraso en la calcificación de los incisivos laterales superiores que, ya en el periodo proliferativo, muestran un desarrollo más tardío que el resto de los incisivos permanentes.

3.- Hacia los tres años se inicia la calcificación de los segundos molares permanentes una vez que se ha completado la calcificación total de la corona de los primeros molares permanentes; tanto los segundos premolares como los segundos molares pueden iniciar la calcificación algo más tarde.

4.- Cuando hacen erupción las primeras piezas permanentes, entre los cinco y los siete años, se ha completado la calcificación de todas las coronas permanentes que tardan, por tanto unos cinco años en formarse; la formación de las raíces y el cierre apical de las

piezas permanentes no se produce hasta, por lo menos, cinco años después de haberse calcificado la corona.

5.- La calcificación de los terceros molares se inicia hacia los diez años. La presencia o ausencia radiográfica de los cordales es o no significativa, de acuerdo con la edad cronológica, pero clínicamente tiene valor orientativo la fase en que se encuentra el desarrollo radicular de los segundos molares; cuando se mineraliza la bifurcación de las raíces de los segundos molares y es visible radiográficamente, debe observarse la imagen de los cordales; si no se comprueba su presencia, cabe sospechar la agenesia de los terceros molares.

Con un enorme margen de variación cronológica los terceros molares son las últimas piezas en hacer erupción. La frecuente agenesia, impactación y retraso eruptivo hace difícil determinar una fecha normal de erupción, que se sitúa, en nuestro medio, entre los quince y los veinte años, que puede alargarse algunos años más. (1)

(1) Canut Brusola, J. Antonio Ortodoncia Clínica Editorial Salvat 1989 pag. 38.

La calcificación de un diente se puede usar como criterio de edad dental y fisiológica de un paciente. Las etapas de desarrollo dentario también son útiles para determinar la edad óptima para las extracciones según la tabla de cronología de la dentición humana de Logan y Kronfeld, los terceros molares superiores comienzan a formar su matriz de esmalte y dentina de los siete a los nueve años de edad, erupcionando en la cavidad bucal de los 17 a 21 años de edad, mientras que los inferiores comienzan su formación de los 8 a los 10 años, erupcionando de los 17 a 21 años de edad. (2).

Con respecto al crecimiento de los molares, generalmente, los primeros se desarrollan en una posición aproximada a donde posteriormente harán erupción, no así las coronas del segundo y tercer molar. Al momento que los dientes empiezan a desarrollarse, ni la mandíbula ni el maxilar son lo suficientemente grandes para acomodarse, por lo tanto un desarrollo mandibular inadecuado y un movimiento de rotación insuficiente en los estados tempranos de desarrollo, a veces provoca que el tercer molar se presione en contra de las raíces del segundo molar adyacente, resultando una impactación del tercer molar.

(2) Nuño González, Mónica Margarita y Col. Estudio Radiográfico de la Formación y Calcificación del Tercer Molar. Práctica Odontológica 11 (11) 1990 Pág 28

ETAPAS DE FORMACION Y CALCIFICACION DEL TERCER MOLAR.

Las etapas de formación y calcificación del tercer molar utilizando la clasificación de Nella modificada consiste en (3):

- 0.- Ausencia de Cripta
- 1.- Presencia de Cripta
- 2.- Inicia la Calcificación
- 3.- Un Tercio de la Corona
- 4.- Dos Tercios de la Corona
- 5.- Corona casi Completa
- 6.- Corona Completa
- 7.- Un Tercio de la Raiz
- 8.- Dos Tercios de la Raiz
- 9.- Raiz casi Completa - Apice abierto
- 10.- Raiz Completa - Apice cerrado.

(3). Nuño González, Mónica Margarita y Col. Estudio Radiográfico de la Formación y Calcificación del Tercer Molar. Práctica Odontológica 11 (11) 1990. Pág. 28

CAPITULO II. FACTORES DE RETENCION O INCLUSION DEL TERCER MOLAR.

RAZONES EMBRIOLÓGICAS.

La malposición de los gérmenes dentarios se ha sugerido como un posible factor de falta de erupción de los dientes. Si la fuerza eruptiva esta demasiado alejada de la zona de la subsiguiente erupción, puede ser prematuramente agotada. Se cree que la erupción malposicionada la origina la rotación o la inclinación de un germen dental. También puede observarse una posición incorrecta de los gérmenes dentales y una consecuente malposición en la erupción en otros dientes.

Los gérmenes dentales en posición anormal pueden jugar un papel importante en la retención de los dientes, en crecimiento y fuerza eruptiva insuficiente. La malformación de los dientes también puede dar lugar a la retención total o parcial. Los dientes supernumerarios de diversos tipos generalmente no erupcionan a causa de la falta de espacio en el arco dental y estan bloqueados por los dientes vecinos.

Rodash sostiene que la retención se produce por los trastornos de las relaciones que existen entre folículo dentario y la cresta alveolar durante las diversas fases de evolución (4).

Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace desplazar el folículo dentario.

- R. Ries Centeno, Guillermo. Cirugía Bucal Patología Clínica
Terapéutica. Editorial Alameda 96. Edición 1959. Pág. 211

OBSTACULOS MECANICOS.

La obstrucción mecánica contra la erupción debe considerarse entre los factores ambientales. Dientes supernumerarios como los mesiodons son la causa más frecuente de retención de los incisivos del maxilar superior.

Generalmente quedan retenidos ambos dientes ya que se obstruyen mutuamente la salida.

Los odontomas y quistes foliculares también pueden impedir la erupción.

A) La falta de espacio es una de las posibilidades en que el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama ascendente del maxilar inferior. Completada la calcificación del diente y de los maxilares de dimensiones reducidas, no tienen lugar para ocupar su sitio normal en la arcada.

B) El hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción como sería en el caso de la hipercementosis durante el desarrollo de la raíz que provoca su unión con la cavidad alveolar.

C) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario, dientes vecinos que por su extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente, posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

D) Elementos patológicos que pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores y quistes de origen odontogénico (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

CAUSAS GENERALES.

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria como anodoncia e inclusión.

Las enfermedades ligadas al metabolismo de calcio (raquitismo) también son influencias sobre la retención dentaria.

Los factores genéticos influyen a veces, esto lo comunico Reid, que dice que probablemente exista un carácter recesivo autosómico que provoque retención múltiple en el hombre.

En la disostosis cleidocraneal hay generalmente numerosos dientes que están parcial o completamente retenidos. Los dientes erupcionados suelen estar rotados o inclinados, por lo cual, su función masticatoria es reducida.

En esta anomalía hay también dientes supernumerarios múltiples, sobre todo en la región anterior y premolar, los bordes alveolares desdentados están a menudo engrosados.

Según Politzer y Weizenberg dicen que los dientes supernumerarios en particular los mesiodens tienen su origen en los restos de la lámina dental normal o en láminas accesorias que se desarrollan durante las primeras fases en la formación de los dientes. La lámina dental primaria se divide por un tabique de tejido conjuntivo, lo cual parece inducir la separación de gérmenes epiteliales que más tarde pueden convertirse en mesiodens. Sin embargo, esto no explica porque estos mesiodens casi siempre se desarrollan después de los incisivos deciduos.

Es posible que la herencia juegue un papel importante ya que en algunas familias, la incidencia se encuentra aumentada.

ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR. (*)

ACCIDENTES MUCOSOS.

PERICORONITIS (dolor, tumor, rubor, calor)

ACCIDENTES NERVIOSOS.

Trastornos sobre el nervio como son: reflejopáticos y neurotróficos.

Trismus.

ACCIDENTES CELULARES.

Abscesos.

ACCIDENTES OSEOS.

Osteitis, osteoflemones, osteomielitis.

(*) Ries Centeno, Guillermo. Cirugía Bucal Patología Clínica y Terapéutica Editorial Ateneo 9a. Edición 1989

CAPITULO III. CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

RELACION CON LA RAMA ASCENDENTE Y PROFUNDIDAD EN EL HUESO.

Según Pell y Gregory.

1a. Clase. Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y cara distal del segundo molar para ubicar totalmente el diámetro mesio - distal de la corona del tercer molar. Fig. 1.

2a. Clase. El espacio existente entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesio - distal del tercer molar. Fig. 2.

3a. Clase. Toda o mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama ascendente del maxilar inferior. Fig. 3.



Fig. 1.

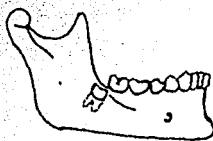


Fig. 2

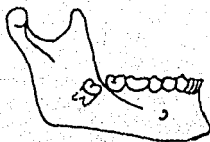


Fig. 3.

POSICION DEL TERCEP MOLAR EN EL HUESO.

Posición A. Es la más alta, encontrándose al mismo nivel o por encima del nivel oclusal. Fig. 1.

Posición B. El punto más alto del molar se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar. Fig. 2.

Posición C. La posición más alta se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar. Fig. 3.

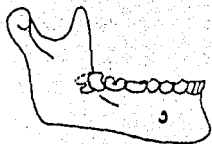


Fig. 1.

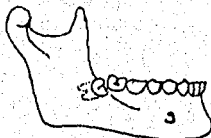


Fig. 2.

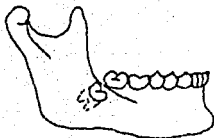


Fig. 3.

POSICION Y DESVIACION DEL TERCER MOLAR.

Winter se basa en la posición y desviación usando, cuatro puntos de referencia; posición de la corona, forma radicular, naturaleza de la oseoestructura que rodea al molar en relación con el segundo molar.

Vertical: Puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso pero el eje mayor es más o menos paralelo al eje del segundo molar. Fig. 1.

Horizontal: El eje es perpendicular al segundo molar. Fig. 2.

Mesioangular: El tercer molar forma con el segundo molar un ángulo de 45 grados. Fig. 3.

Distoangular: Es totalmente opuesta a la anterior, el tercer molar es dirigido hacia la rama. Fig. 4.

Bucoangular: Es perpendicular al segundo molar con la corona dirigida hacia bucal. Fig. 5.

Linguoangular: La corona dirigida hacia lingual. Fig. 6.

Invertida: La corona se encuentra dirigida hacia el borde inferior de la rama y las raíces hacia la cavidad bucal. Fig. 7.



Fig. 1

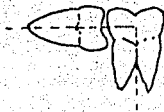


Fig 2



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5



Fig. 6

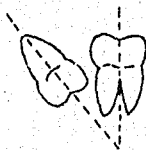


Fig. 7.

CAPITULO IV. INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES EN ORTODONCIA

FALTA DE ESPACIO.

En los casos en que falta espacio para el alineamiento dentario, es preciso valorar la cuantía de la discrepancia volumétrica y su localización; es más difícil abrir espacio en la arcada mandibular que en la maxilar, y a la edad del paciente afecta el pronóstico de la corrección. El intento de apertura se puede canalizar en tres direcciones: tratando de distalizar los últimos molares, expansionando transversalmente la arcada o con adelantamiento y protrusión de los incisivos. Cuando el apiñamiento inferior es mayor de cinco milímetros se puede plantear la exigencia de la extracción, aunque agotando previamente todas las posibilidades conservadoras.

En la retención y la falta de espacio en la zona de apoyo entra, naturalmente, también en consideración una extracción simétrica del diente homólogo del otro lado. La retención como consecuencia de la falta de espacio, es decir, estrechamiento de las zonas de apoyo, afecta sobre todo a los cinco y los tres.

La retención de los terceros molares pertenece también, en sentido lato, a esta categoría. En muchos casos es también con seguridad consecuencia de una falta de espacio; tiene un cierto influjo sobre el apiñamiento que aumenta con los años en el frente inferior y en la región dentaria lateral. De ahí que a menudo este indicada una extracción previa o precoz, aunque sin ignorar que con

ello no es de esperar una mejoría espontánea y que todo lo más que puede esperarse es que mediante esta medida no empeore la situación.

En la retención dentaria, el tratamiento es, ante todo causal. La tendencia a la erupción inherente a todo diente conduce a menudo a la erupción espontánea en cuanto se elimina el obstáculo, es decir, la causa. La terapéutica causal significa, en muchos casos, simplemente crear espacio; consiguiéndolo ya sea mediante expansión (apertura de espacio), o bien la extracción de un diente que se estimase necesario o preferible.

APIÑAMIENTO DENTAL.

El apiñamiento es un fenómeno fisiológico y normal tanto para la dentición temporal como para la permanente. El espacio en las bases esqueléticas es normalmente, menor que el tamaño de las piezas, por lo que el apiñamiento durante la formación de las coronas es un acontecimiento necesario.

Muchas veces se recomienda la extracción de los terceros molares retenidos en pacientes que están o han estado en tratamiento ortodóncico por que se dijo que a veces estos dientes pueden generar una fuerza anterior que produce la separación de los puntos de contacto y un apiñamiento ulterior de los incisivos inferiores.

No cabe duda de que, cuando ocurre apiñamiento anterior, este suele presentarse durante el periodo de erupción del tercer molar, pero todavía no se ha demostrado si existe alguna relación entre ambos acontecimientos.

Si a partir del molar erupcionado incorrectamente se proyectase una fuerza anterior, tendría que ocurrir un desplazamiento anterógrado de todos los dientes posteriores para que esa fuerza llegase a los incisivos. Además, el sitio más probable de la disrupción del contacto dentario sería la región canina. El hecho de que la relación entre los dientes posteriores superiores e inferiores no se altere y de que el apiñamiento suele afectar a los incisivos, tiende a hacer dudar el papel de la erupción del tercer molar en la

instalación de este proceso. El desplazamiento anterior es normal, pero se debe a la fuerza de oclusión sobre los dientes inclinados en dirección mesial y no tanto a la erupción. (5).

En muchos casos puede hallarse otra explicación del apiñamiento anterior en la mayor labilidad del hueso alveolar y de los ligamentos periodontales que acompañan a los cambios hormonales de la adolescencia, que tienen lugar más o menos al mismo tiempo.

Otros factores que atribuyen al apiñamiento incisal son la restricción del crecimiento hacia adelante del arco inferior por una sobremordida en el arco superior y por la tendencia natural de los incisivos inferiores a pasar la verticalidad a medida que avanza la edad.

En algunos pacientes tratados con ortodoncia, el apiñamiento puede representar una recaída a partir de una posición fisiológicamente insostenible del diente.

La clasificación del apiñamiento propuesta por Van der Linden está basada tanto en el momento de aparición durante el proceso de desarrollo de la dentición como en los factores etiológicos a los que es atribuible. (6).

(5). Lockin, Daniel M. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Editorial Panamericana. Pag. 63.

(6). Canut Brusola, J. Antonio. Ortodoncia Clínica. Editorial Salvat. 1969. Pag. 139

APIÑAMIENTO PRIMARIO.

Es la consecuencia de la discrepancia entre la longitud de arcada disponible y la longitud de arcada necesaria representada por la suma de los diámetros mesiodistales de las piezas dentarias y determinada principalmente por factores genéticos.

El apiñamiento primario o esencial es la consecuencia de un conflicto volumétrico: los dientes son demasiado grandes o los maxilares demasiado pequeños.

1.- Causas generales: Factor genético, reducción evolutiva y dieta.

2.- Factores dentoalveolares: Tamaño dentario, longitud mandibular, anchura mandibular, inclinación axial y dientes supernumerarios.

APIÑAMIENTO SECUNDARIO.

Es el apiñamiento causado por factores ambientales que se presentan en un individuo aislado y no en una generalidad de población. Los factores que más contribuyen a este tipo de apiñamiento son la pérdida prematura de piezas temporales que condicionan la migración de las vecinas y acortan el espacio para la erupción de las permanentes.

El apiñamiento secundario es provocado por la acción de factores ambientales que actúan sobre la dentición y acortan la longitud de arcada disponible para el alineamiento normal. El apiñamiento primario y secundario están, a veces, superpuesto en el mismo individuo en quién confluyen causas de distinta índole. Entre los factores etiológicos del apiñamiento secundario distinguimos:

- 1.- Pérdida de piezas temporales.
- 2.- Anomalia de tejidos blandos.
- 3.- Hábitos de succión.

APIÑAMIENTO TERCIARIO.

Se refiere al apiñamiento que se produce durante los periodos adolescente y postadolescente. Es consecuencia de los fenómenos de compensación dentoalveolar y de los cambios por el crecimiento facial; también la erupción del tercer molar ha sido citada como causa de este tipo de apiñamiento. Es el apiñamiento que aparece hacia los 15 - 20 años como consecuencia de los últimos brotes de crecimiento y la maduración final de la cara.

Este apiñamiento se presenta tanto en denticiones bien alineadas con normoclusión como en maloclusiones cuando empeora el apiñamiento en la última fase del desarrollo: maxilar. No incluimos aquí el apiñamiento que a veces se observa en pacientes periodontales, ante la rotura de los tejidos de sostén en la tercera o cuarta década de

la vida. Limitándonos al apiñamiento de la postadolescencia, se apuntan dos orígenes:

- 1.- Erupción de los terceros molares.
- 2.- Último brote de crecimiento facial.

ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES.

La erupción de los últimos molares ha sido considerada una causa frecuente del apiñamiento que se observa en la adolescencia. Si hay un acortamiento anteroposterior de la arcada, la presión eruptiva podría causar apiñamiento incisivo. De hecho, es un fenómeno observable en la práctica clínica la coincidencia de la erupción de los terceros molares con el apiñamiento del segmento incisivo mandibular; la simultaneidad o coincidencia cronológica no supone tampoco una relación directa causa efecto, que ha sido valorada en la literatura ortodóncica en los últimos años.

Es cuestionable ¿Porqué la erupción de los terceros molares originaría apiñamiento en la zona incisiva y no en los segmentos bucales que están más próximos? La salida del molar empujaría bicúspides y caninos rompiéndose el equilibrio en el segmento anterior mandibular al estar cubiertos verticalmente los incisivos inferiores por los superiores, lo que impide su desplazamiento anterior.

Sin embargo, estudios hechos no muestran una diferencia significativa entre grupos de individuos con apiñamiento y sin él y con presencia, agenesia o impactación de los terceros molares. Aunque no se descarta la influencia, tampoco hay datos que evidencien el papel de los cordales en el apiñamiento terciario cuya acción podría estar combinada con otros factores causales.

RETENCION O INCLUSION DENTARIA.

Decimos que un diente está retenido cuando no evoluciona normalmente en su erupción. Lo que motiva un retraso de ésta siendo a veces permanente la retención (inclusión dentaria) y si erupciona lo hace generalmente de una manera incompleta (diente enclavado o impactado).

Dentro de este apartado creemos preciso hacer una serie de consideraciones conceptuales para su mejor comprensión.

Se denomina diente retenido aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico. (7).

Diente incluido, es aquél que, una vez alcanzado su desarrollo pleno, y llegada su época normal de erupción, queda encerrado en el hueso manteniendo íntegro su saco pericoronario. (8).

Diente enclavado o impactado, aquél diente retenido que toma mas o menos contacto con el medio bucal, teniendo su saco parcial o totalmente abierto. (9).

(7). Riel Centeno Guillermo: Cirugía Bucal Patología Clínica y Terapéutica Ed. Arneco Sa Edición 1969 Pag 211.
(8). S. Lopez Arana J S Cirugía Oral Editorial Interamericana la erupción 1971 Pag 175

Podrían darse dos situaciones diferentes en el caso del diente incluido por lo que debemos definir que entendemos por:

1) Situación dentaria, es el lugar que ocupa un diente dentro de las estructuras maxilofaciales, lo que no hay que confundir con:

2) Posición dentaria, lugar que ocupa un diente en la arcada dentaria, así como las relaciones que establece con los dientes vecinos y las estructuras de soporte.

1.1) Situación ectópica, es la de aquel diente incluido que se haya incorrectamente situado dentro de los maxilares (hueso basal, cóndilo, coronoides etc.)

1.2) Situación heterotópica, es la de aquel diente incluido que se encuentra fuera de los maxilares (órbita, craneo, etc.).

Ries Centeno, sin embargo, considera como homónimos los términos de retención e inclusión dentaria y distingue dos tipos de retención:

1.- Retención intraósea, cuando el diente está completamente rodeado de tejido óseo.

2.- Retención subgingival cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival.

Por último se considera un diente en inclusión secundaria, cuando un diente temporal es introducido en el hueso del que proviene por la acción mecánica de los dientes vecinos.

Los dientes más retenidos son los terceros molares mandibulares y los caninos del maxilar superior. Todos los demás dientes son retenidos con una frecuencia mucho menor.

Las causas de la retención son numerosas por lo tanto serán agrupadas en factores asociados con el diente, factores ambientales y factores de retención idiopática.

FACTORES ASOCIADOS CON EL DIENTE.

La malposición de los gérmenes dentales se ha sugerido como un posible factor de falta de erupción de los dientes. Si la fuerza eruptiva está demasiado alejada de la zona de la subsiguiente erupción, puede ser prematuramente agotada. Se cree que la erupción malposicionada origina la rotación o inclinación de un germen dental.

Además de gérmenes dentales de posición anormal también pueden jugar un papel en la retención de los dientes un crecimiento y fuerza eruptiva insuficientes.

La malformación de los dientes también puede dar lugar a una retención o erupción parcial.

FACTORES AMBIENTALES.

La obstrucción mecánica contra la erupción debe considerarse entre los factores ambientales.

En el caso de terceros molares mandibulares, el factor decisivo generalmente es la falta de espacio, probablemente debido a una reducción en el tamaño del maxilar durante la filogénesis.

FACTORES EN LA RETENCION IDIOPATICA.

En la retención idiopática, el diente no está malformado, en mala posición o inclinado y, a pesar de ello, no llega a salir.

La hipercementosis durante el desarrollo de la raíz provoca su unión con la cavidad alveolar y por lo tanto la retención del diente.

CAPITULO V. TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL TERCER MOLAR.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR.

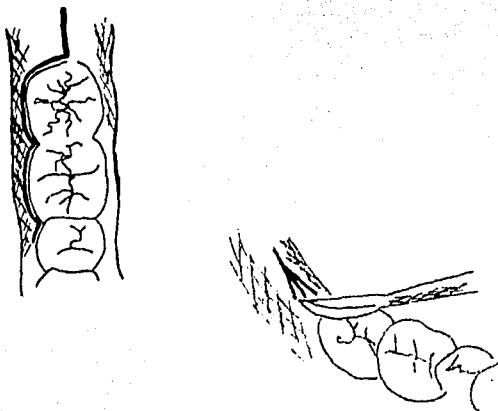
La extracción del tercer molar inferior retenido, exige abrir por medios quirúrgicos la encía que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el molar retenido, extraer el molar y terminar la operación procurando la restitución íntegra de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas por lo tanto la operación consta de:

- 1.- Historia Clínica íntegra del paciente con los resultados previos de los exámenes de laboratorios de dicho paciente.
- 2.- Asepsia de la zona a intervenir.
- 3.- Anestesia de la zona a intervenir.
- 4.- INCISION.

Para la extracción del tercer molar inferior retenido se ha preconizado toda suerte de incisiones, pero la más adecuada se realiza con un bisturí de parker en la parte más alta de la cresta distal del segundo molar, con un trazo enérgico, que permita percibir debajo del instrumento la sensación de hueso o de la cara dentaria, la longitud de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer molar por lo tanto se funda en detalles que se obtendrán en el examen radiográfico.

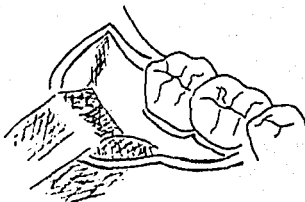
Al llegar a la cara distal del segundo molar se contornea su cuello y continúa después festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar en tanto que su profundidad llega también hasta hueso y secciona en su penetración sus ligamentos correspondientes; esta incisión se detiene en el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar.

En los casos de ausencia del segundo molar, la incisión debe realizarse sobre la cresta alveolar, se detiene en el centro de la cara distal del primer molar y prosigue hasta el cuello de este diente contorneándolo.



PREPARACION DE LOS COLGAJOS.

Después de realizada la incisión se insinúa el periostotómo en la brecha quirúrgica, progresando desde el lado distal al mesial. El periostotómo toca francamente el hueso y apoyándose en él y a merced de suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado entre el primer molar y el segundo premolar y aún en el espacio interdentario subsiguiente. Desprendido el colgajo, se lo mantiene con el mismo periostotómo y con el separador de Farabau.

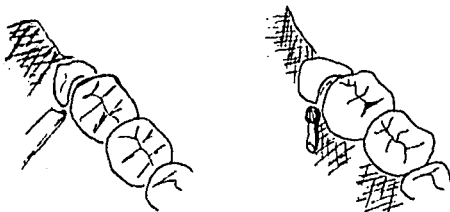


OSTECTOMIA.

El objeto de ella es resecar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia.

Ostectomía con Fresa. Su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito con solo evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado (ello se logra operando bajo un chorro de suero fisiológico) y procurando que no se emboten por las partículas óseas que se depositan. Son sumamente útiles las fresas de carburo de Tungsteno que resecan el hueso con precisión y rapidez.

Regiones óseas que deben researse. El hueso que recubre parcial o totalmente debe ser eliminado.



EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Se realiza después de eliminados o disminuidos los factores de la resistencia (por ostectomía). Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un elevador que siguiendo los principios básicos de la palanca de primero y segundo género con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial y mesio bucal, eleva el molar, dirigiendolo hacia el lado distal y hacia arriba.

ODONTOSECCION. Esto agiliza una operación que de otra manera sería traumatizante. Puede realizarse en dos formas distintas según su eje mayor o su eje menor en la cual se realiza a nivel del cuello del diente. Las partes serán separadas con un instrumento de nombre disyuntor. Se introduce entre las porciones divididas un elevador fino de hoja recta y se gira el mango del instrumento tratando de desplazar hacia el lado distal la porción distal de la odontosección dada por su eje mayor, en caso contrario si la odontosección por su eje menor, se introduce un elevador número 2 L o R winter, o un elevador recto en la cara mesial del tercero y se gira el mango del instrumento (en sentido de las manecillas del reloj) y se eleva la corona seccionada, las raíces fucionadas son eliminadas mediante una técnica sencilla que consiste en colocar la punta de un elevador en un orificio practicado previamente en la cara de la raíz con una fresa redonda y desplazar la porción radicular hacia el espacio dejado por la corona, girando el mango del instrumento en el lomo de la hoja en el borde óseo distal.

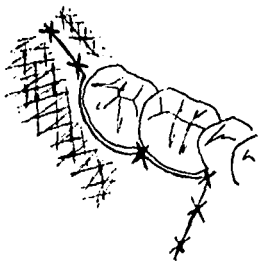
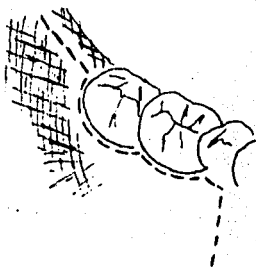
Raíces no fusionadas. (Divergentes o convergentes), puede extraerse aplicando el elevador por debajo de la cara mesial o se procederá a separar las raíces con una fresa de fisura, para extraer después las porciones en dos tiempos.



DEBRIDAMIENTO Y CIERRE DE LA HERIDA.

El debridamiento es muy importante. Aspirese la sangre de la cavidad alveolar y hágase una minuciosa inspección de la herida. Se deben eliminar todas las espículas óseas y alisar el borde la cavidad ósea con una lima para hueso o una fresa quirúrgica de cabeza redonda. El hueso traumatizado por usarlo como fulcro conviene también eliminarlo. Por lo regular la cripta de la cual se extrajo el diente contiene restos de folículo dentario y del órgano de esmalte los cuales se toman con una pinza de Allis o con una pequeña pinza hemostática curva y se desprenden del hueso y del tejido blando, en caso de que estén unidos a éste. Por último irriéguese muy bien la herida con solución fisiológica. Una vez debridada cuidadosamente la herida, vuelvase a colocar el colgajo en su sitio y sutúrese. A menos que el sangrado sea excesivo, no se debe colocar nada en el alveolo. Si antes de extraer el diente se ve una porción de la corona en la cavidad bucal los bordes de la encía que estaban junto a la corona deben desepitelializarse para facilitar la cicatrización por primera intención. La incisión envolvente usual solo requiere la colocación de un punto de seda negra 3-0 para obtener un cierre satisfactorio. Esta sutura se debe de colocar de manera que produzca una buena adaptación de la encía en la cara distal del segundo molar, a los efectos de evitar que se forme una bolsa aunque se puede utilizar una sutura transmucosa para este fin, es preferible la sutura en forma de ocho por que produce la eversión de los márgenes de la herida, si se ha hecho una prolongación vestibular de la herida, a veces hay que

colocar un punto más para cerrar esa porción de la herida. Las suturas deberán retirarse a los cinco o siete días de la operación.



GERMINECTOMIA DEL TERCER MOLAR.

La ortodoncia indica en muchas oportunidades la necesidad de extraer prematuramente (con sentido profiláctico) o más tarde (con carácter terapéutico) el tercer molar inferior con sus raíces incompletamente formadas, que puede producir o produce desviación de los dientes o desarreglo de los tratamientos ortodóncicos.

La edad en que debe realizarse la extracción de estos molares con su corona ya formada y su raíz incompletamente calcificada varía con el criterio del ortodontista.

Por lo general se trata de jóvenes de doce a diez y seis años. A pesar de ser molares sin raíces completas, su extracción constituye uno de los problemas más arduos que nos depara la cirugía bucal, por que la distancia que va del borde anterior de la rama a la cara distal del segundo molar es muy pequeña, por que es pequeña la boca del paciente, por que después de la ostectomia y durante las maniobras de extracción, estos gérmenes rotan en el interior de su cavidad ósea, y finalmente, por que la odontosección a la que necesariamente debe recurrirse es tarea laboriosa. Por otra parte, los resultados postoperatorios no son del todo felices pues frecuentemente, dolores, alveolitis y también abscesos tardíos son la consecuencia de una operación que debe estar en manos de profesionales especialistas.

Las técnicas para la extracción de éstos molares no varían mucho con las enunciadas para los molares de raíz completa, puesto que su posición en el hueso es la misma que la ya estudiada. La presencia del saco pericoronario disminuye la extensión de osteotomía necesaria; por regla general hay que eliminar tanto hueso como el mayor diámetro de la corona de molar retenido, de modo que su extracción no se haga a expensas de la fuerza, sino de la útil y juiciosa aplicación de los elevadores, por el camino de menor resistencia.

Por último, diremos que deben simplificarse algunos tiempos operatorios con la odontosección, que puede realizarse con escoplos y fresas; ambos tienen ventajas e inconvenientes.

OBJETIVO GENERAL

Analizar y determinar cuales son los criterios utilizados para realizar la exodoncia de un tercer molar ante un tratamiento de ortodoncia en los pacientes que acuden a las clinicas multidisciplinarias Edo. de México y Aurora.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar si la retención o inclusión dentaria es el principal factor predisponente para la realización de la exodoncia del tercer molar en el tratamiento ortodoncico.
- Analizar si la falta de espacio en la arcada dentaria es un factor determinante en la exodoncia de un tercer molar en un tratamiento de ortodoncia.
- Clasificar las causas de la exodoncia del tercer molar de mayor a menor de acuerdo a su frecuencia.
- Determinar el problema para disminuir en lo posible el alto grado de exodoncias en ortodoncia.

HIPOTESIS

La falta de espacio y la retención o inclusión del tercer molar son factores predisponentes para el fracaso de un tratamiento ortodoncico.

METODO

Descriptivo.

Se revisarán y anotarán los casos clínicos de los pacientes que acudieron para la realización de la exodoncia del tercer molar a las clínicas multidisciplinarias Edo. de México y Aurora en el periodo comprendido del 10. de Febrero de 1994 al 31 de Enero de 1995 en el turno matutino.

Por medio de las radiografías preoperatorias y las historias clínicas se clasificarán por edad, sexo, y causa por la cual le fue indicada la exodoncia del tercer molar en el tratamiento de ortodoncia.

RECURSOS

HUMANOS:

Cirujano Dentista.

Pacientes que acuden al servicio odontológico a las

UMAI Edo. de México y Aurora

FISTICOS:

Clinicas multidisciplinarias Edo. de México y Aurora.

MATERIALES:

Libros de ortodoncia y cirugía.

Revistas (Artículos) de 1983 a 1994.

Tesis de 1985 a 1994

Cases clínicos de pacientes.

radiografías periapicales y panorámicas.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE	EDAD	SEXO	RETENCION	FALTA DE ESPACIO	APIMANIENTO
YOLANDA REYES B.	18	FEMENINO	"	"	"
ANGELICA POSALES M.	19	FEMENINO	"	"	"
FRANCISCO SANCHEZ F.	19	MASCULINO	"	"	"
URBANO URIBE SANCHEZ	19	MASCULINO	"	"	"
ISABEL ROMERO FEREZ	20	FEMENINO	"	"	"
GILBERTO BARRAGAN CRISTO	20	MASCULINO	"	"	"
SILVESTRE ROJAS M.	20	MASCULINO	"	"	"
CESAR LOPEZ BLANCO	21	MASCULINO	"	"	"
LIDIA RAMIREZ SALAZAR	20	FEMENINO	"	"	"
ISIDRO GARCIA SANCHEZ	22	MASCULINO	"	"	"
ELIAS HERNANDEZ CHAVEZ	22	MASCULINO	"	"	"
ROSA MARIA ROBLES.	24	FEMENINO	"	"	"

ANALISIS DE RESULTADOS

En la gráfica 1, se muestra el porcentaje de extracciones de terceros molares en cuanto a las causas que pueden ser:

- 1.- Retención.
- 2.- Falta de Espacio.
- 3.- Apiñamiento.

Observando que existe en la población de 18 años del sexo femenino un 100 % de retención y apiñamiento y un 50 % en falta de espacio.

Sin embargo a la edad de 20 años se presenta el 100 % en las tres causas (gráfica 2).

En la gráfica 3, se presenta del sexo femenino de 22 años un 100% en retención y apiñamiento, en tanto que en falta de espacio no existe porcentaje alguno.

Por lo que respecta ala gráfica 4, se presentó un porcentaje de extracciones de tercer molar con un 100 % en las tres causas.

Para lo cual en las gráficas del sexo masculino se presentan las siguientes variantes:

A la edad de 19 años se presenta un 100 % en retención y apiñamiento y en falta de espacio no existe porcentaje (gráfica 5).

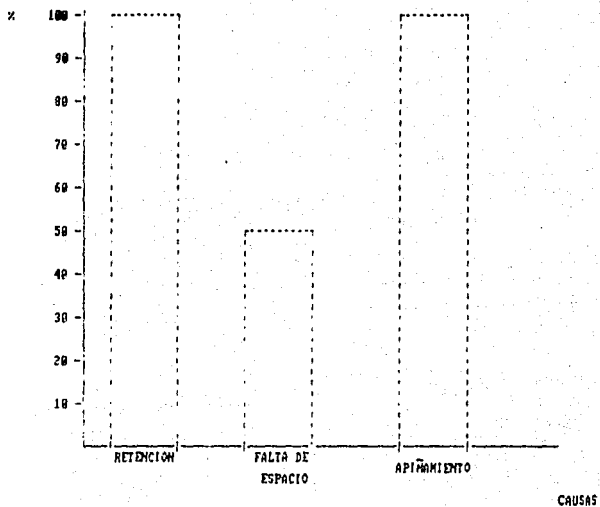
En la gráfica 6, a la edad de 20 años del sexo masculino se presentó un 100 % tanto en retención como en falta de espacio y un 50% en apiñamiento.

Gráfica 7, los casos en que se presentan son en igual porcentaje de 100 en retención y apiñamiento, estando ausente la causa de falta de espacio a la edad de 21 años en el sexo masculino.

Gráfica 8, en este caso a la edad de 22 años se presenta un porcentaje más marcado en cuanto a falta de espacio del 50 % al igual que el apiñamiento y un 100 % en cuanto a retención.

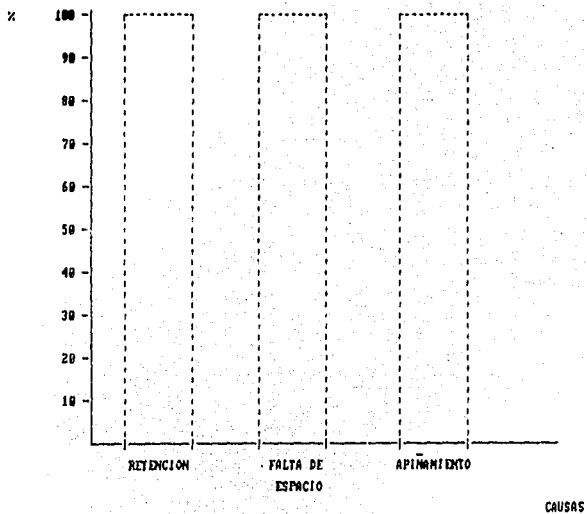
En la gráfica 9, se analizan las gráficas anteriores y nos da como resultados totalitarios en cuanto a sexo masculino se refiere, en la causa de retención se presentó un 100 %, la falta de espacio en 42.8 %, y en apiñamiento un 71.4 %.

Con lo que respecta al sexo femenino el porcentaje de retención fue de 100, en falta de espacio 60 % y por apiñamiento 100 %.



GRAFICA 1.

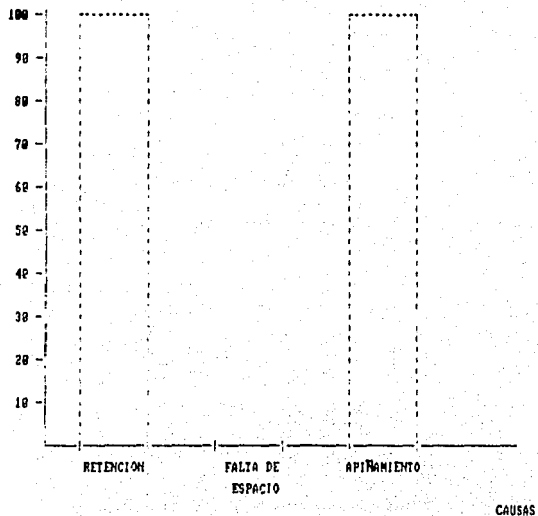
Porcentaje de extracciones de tercer molar de pacientes del sexo femenino de 18 años, de acuerdo a su- causa.



GRAFICA 2.

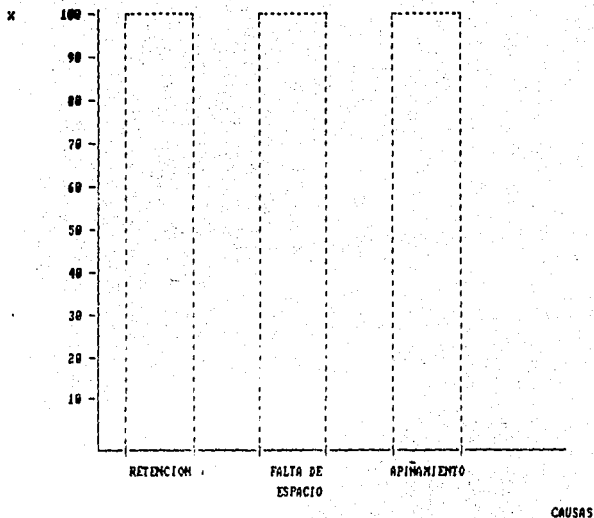
Porcentaje de extracciones de tercer molar en pacientes del sexo femenino de 20 años, de acuerdo a su causa.

Y.



GRAFICA 3.

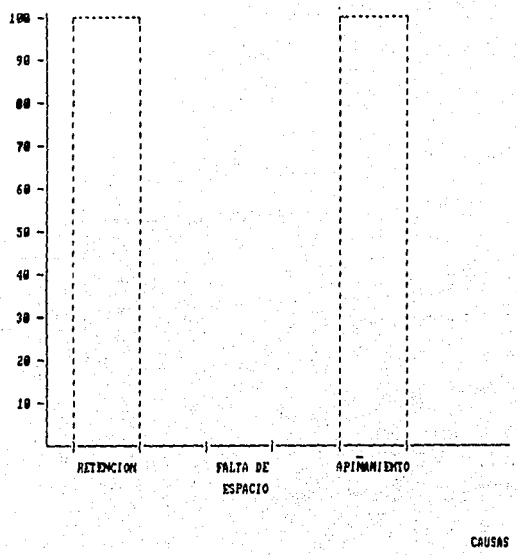
Porcentaje de extracciones de tercer molar en pacientes del sexo femenino de 20 años, de acuerdo a su causa.



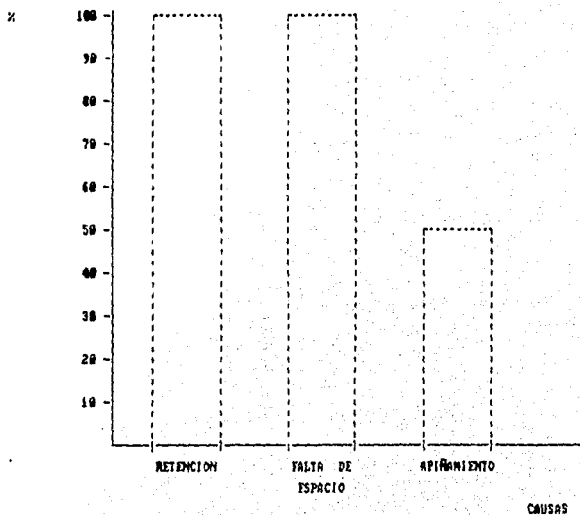
GRAFICA 4.

Porcentaje de extracciones de tercer molar en pacientes del sexo femenino de 24 años, de acuerdo a su causa.

2

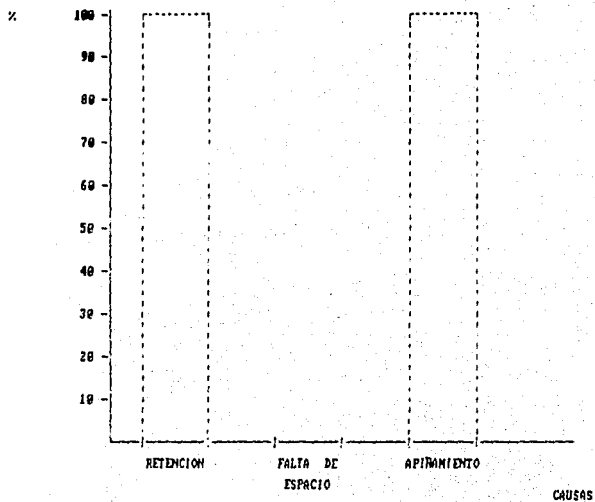


GRÁFICA 5.
Porcentaje de extracciones de tercer molar en pacientes del sexo masculino de 19 años, de acuerdo a su causa.



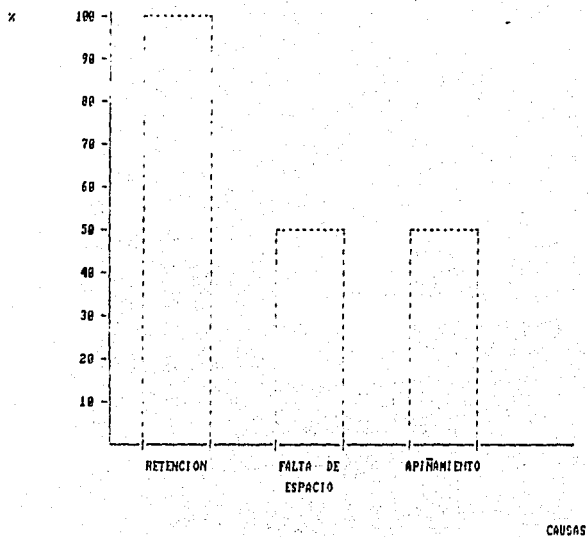
GRAFICA 6.

Porcentaje de extracciones de tercer molar en pacientes del sexo masculino de 20 años, de acuerdo a su causa.



GRAFICA 7.

Porcentaje de extracciones del tercer molar en pacientes del sexo masculino de 21 años, de acuerdo a su causa.



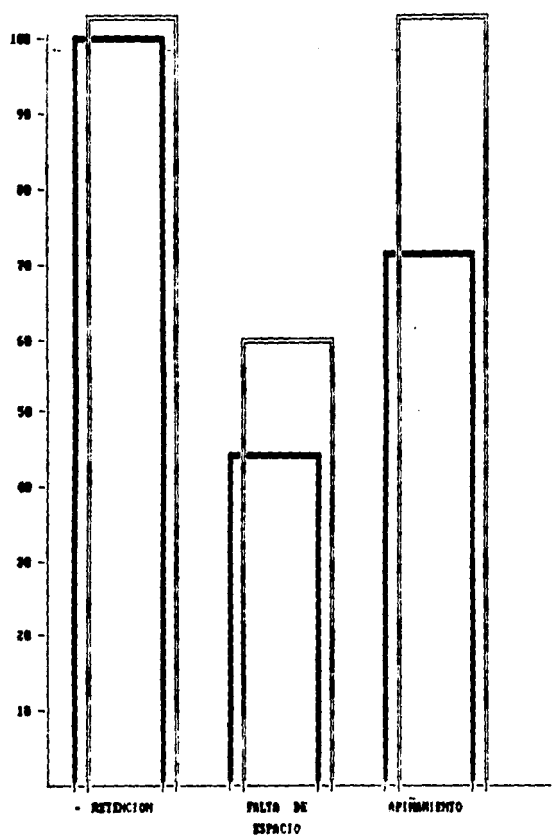
GRAFICA 8.

Porcentaje de extracciones de tercer molar en pacientes del sexo masculino de 22 años de edad, de acuerdo a su causa.

GRAFICA 9.

Porcentaje general de extracciones de tercer molar en pacientes de ambos sexos, de acuerdo a su causa.

x



— x MASCULINO
= x FEMENINO

CONCLUSIONES

Es indudable que la extracción de alguno (s) de los terceros molares puede ser una importante contribución, de manera profiláctica o con carácter terapéutico para la adecuada función del aparato estomatognático en general.

Sin embargo, actualmente existen grandes divergencias con respecto a la eliminación o a la conservación del tercer molar en la cavidad bucal.

El tercer molar se presenta como un enigma en relación a su formación, desarrollo y participación en diferentes patologías y su función en las arcadas dentarias.

Se realizaron exodoncias de tercer molar por carácter ortodóntico a doce pacientes que acudieron a la Clínica Multidisciplinaria Edo. de México, de edades fluctuantes entre 18 y 24 años. El sexo femenino presentó un 100 % en cuanto a retención dentaria del tercer molar, un 100 % de apiñamiento del segmento anterior y un 60 % en cuanto a falta de espacio.

En las tres causas que se analizaron, en cuanto al sexo masculino se refiere se presentó un 100 % de retención dentaria, un 71.4 % de apiñamiento y un 42.8 % de falta de espacio.

En las tres causas que se analizaron, se puede constatar un igual porcentaje de retención del tercer molar en cuanto al sexo femenino pero una disminución en el apiñamiento y aún más en la falta de espacio.

Por tal motivo podemos deducir que el sexo femenino presentó mayor predisposición a la retención dentaria y apiñamiento que el sexo masculino.

Partiendo de que la falta de espacio trae como consecuencia la predisposición a la retención dentaria y por consiguiente un apiñamiento dental.

En el caso de ambos sexos en los cuales se presentó un elevado porcentaje de apiñamiento y retención dental podríamos atribuirlo a factores genéticos, a la mal posición del germen dentario o a factores dentoalveolares y no precisamente a la falta de espacio.

Sin embargo podríamos constatar que la retención del tercer molar trajo como consecuencia un apiñamiento tardío puesto que este se presentó a la edad en que se estima la erupción del tercer molar; y no precisamente este apiñamiento fue ocasionado por una falta de espacio aunque no deja de tener relación alguna con ello.

Con lo que respecta a los pacientes de la Clínica Multidisciplinaria Aurora, donde se lleva a cabo la especialidad de Ortodoncia Correctiva; a los pacientes se les realiza el tratamiento

final de él, se realiza la evaluación para determinar si es o no candidato a la extracción del tercer molar.

Por tal motivo nos se reporta ningún caso clínico en esta investigación.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PROPUESTAS

Es necesario que el Cirujano Dentista de Práctica General, conozca las etapas de formación y calcificación de los terceros molares para comprender las diferentes complicaciones y la patología que pudiera surgir, ya que el desarrollo de la dentición es muy variable de un individuo a otro y de una nacionalidad a otra; de ahí la importancia de elaborar un historial clínico completo y una serie radiográfica íntegra que permita realizar una evaluación minuciosa de las necesidades del paciente para poder llegar a un diagnóstico veraz y de esta manera disminuir en lo posible las iatrogenias en cuanto a extracciones en ortodoncia se refiere. Y de esta manera realizar los tratamientos satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFIA

- Ortodoncia de Arco de Canto
Raymond C. Thutow
Editorial. Limusa 1a. edición 1988.

- Ortodoncia Clínica
Canut Brusola J. Antonio
Editorial. Salvat 1989

- Ortodoncia
Chaconas Spiro J.
Editorial. Manual Moderno 1989.

- Ortodoncia, Principios Fundamentales y Prácticos.
Mayoral
Editorial. Labor 5a. edición 1986.

- Ortodoncia en la Práctica Diaria
Sus posibilidades y límites
Hotz
Editorial. Científico Médica 2a. edición 1974

- Cirugía Bucal
Patología Clínica y Terapéutica
Ries Centeno Guillermo
Editorial. Ateneo 9a. edición 1989.

- **Cirugía Bucomaxilofacial**
 Kruger O. Gustavo
 Editorial Panamericana 5a. edición 1989

- **Cirugía Oral**
 López Arranz J. S.
 Editorial. Interamericana 1a. impresión 1991

- **Cirugía Bucal y Maxilofacial.**
 Laskin Daniel M.
 Editorial. Panamericana 1987

COMPLEMENTARIA

- **TESIS: El diente incluido o retenido, sus complicaciones y tratamiento.**
 María del Carmen Alarcón y colab.
 ENEP Zaragoza 1982.

ARTICULOS

- **Evolución seguida por los terceros molares inferiores durante el tratamiento de Ortodoncia.**
 Francisco Toro y colab.
 Revista Iberoamericana de Ortodoncia 4.1 Abril 1984.

- **Etapas de Formación y calcificación del tercer molar.**
 Nuño Gonzalez Mónica M. y colab.
 Práctica Odontológica 11,11 1990
- **Exodoncia del tercer molar mandibular retenido.**
 Oviedo Alejandro y colab.
 Revista ADM. Volúmen L No. 2 Marzo - Abril 1993.
- **Presencia Clínica de los terceros molares y su relación con la frecuencia de pérdida de los primero y/o segundos molares permanentes.**
 Feldman Ivonne
 Revista Iberoamericana de Ortodoncia 9,1 1989
- **El Tercer Molar Inferior, su Predicción y el Papel que desempeña en el apífiamento de los incisivos inferiores.**
 Graber Tom M. y colab.
 Revista Iberoamericana de Ortodoncia 3,1 1983.