



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y  
RADIOGRÁFICO DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS E  
INCLUIDOS EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA UMAI -  
ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA DE AGOSTO DE  
1997 A JULIO DE 1998

## TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

PASANTE DE CIRUJANO DENTISTA:

**CASTELLANOS JOSÉ IRMA MARIBEL**

Nº DE PLAZA: 97-251

No DE CUENTA: 9119051-2

**DÁVILA HERNÁNDEZ DIANA ARACELI**

Nº DE PLAZA: 97-250

No DE CUENTA: 9119237-2

SERVICIO SOCIAL:

CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

SEDE:

UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

TIEMPO DE DURACIÓN:

1º DE AGOSTO DE 1997 AL 31 DE JULIO DE 1998

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

C.D.M.F. GUSTAVO GÁLVEZ REYES

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

268170

4  
29.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

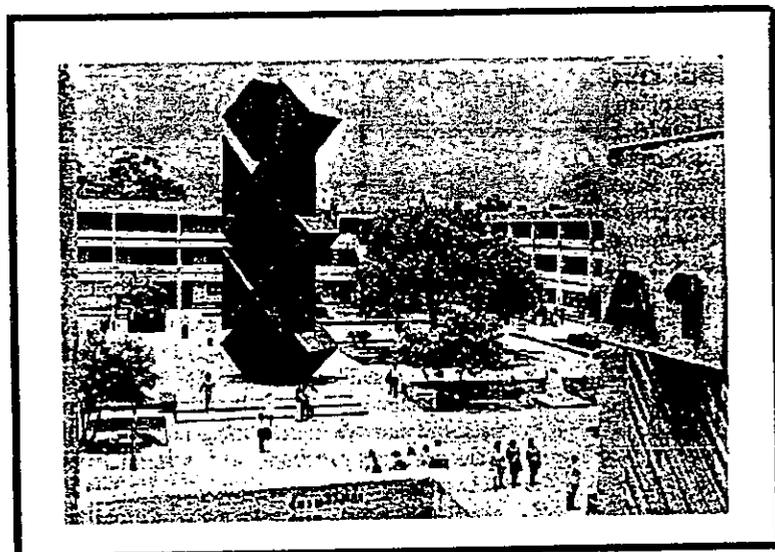
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"



## AGRADECIMIENTOS

Con este trabajo, que con esfuerzo y empeño realice, quiero dar un agradecimiento a Dios, por darme salud física y mental, que me ha permitido ver la realización de uno de mis grandes sueños.

- A mis Padres, por darme su amor y comprensión así como por brindarme su apoyo incondicional que me ha ayudado a salir adelante.; gracias por confiar en mi, se que sin ustedes esta culminación de uno de mis anhelos no hubiera sido posible. GRACIAS por ser tan lindos conmigo.
- A mis hermanos Almita y Enrique, porque en los momentos de estudio siempre conté con su apoyo y cariño.
- A Julio por que sin ti no hubiera concluido este logro que quiero que lo sientas como tuyo, gracias por tus ánimos y consejos que me apoyaron en todo momento.
- A mi amiga Diana por su amistad, comprensión y por estar conmigo en los momentos que más la necesite, gracias por estar cerca de mi.

ATENTAMENTE

IRMA MARIBEL CASTELLANOS JOSÉ

*Dedico la presente tesis, en agradecimiento  
a toda mi familia.*

***A mis padres:*** Jorge Dávila Sánchez y C.D. Evangelina Hernández de Dávila. Les agradezco infinitamente, todo el apoyo y cariño que siempre me han dado, los esfuerzos y sacrificios que han realizado, y la confianza que han depositado en mi; deseando de todo corazón que este gran anhelo consumado, lo sientan como suyo.

***A mis hermanas:*** Paty y Norma.

***A mi hermano, cuñada y sobrinas:*** Ulises, Azucena, Eva Gabriela y Erika.

Gracias por ayudarme y estar conmigo en todo momento.

*Muy en especial, quiero agradecerte, todo lo que he aprendido de ti, la ayuda que me has dado y la paciencia que siempre me has tenido; brindándome cariño y apoyo cuando más lo necesité. Has sabido ser mi mejor amiga...Gracias mamá.*

**DIANA ARACELI DÁVILA HERNÁNDEZ**

## INDICE

	Páginas
Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	4
Marco Teórico	5
Objetivos	43
Hipótesis	45
Diseño Metodológico	46
Presentación de resultados	50
Análisis de resultados	63
Conclusiones	68
Propuestas	69
Referencia Bibliográfica	70
Anexos	72
Cronograma	75



---

## INTRODUCCIÓN

En el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, es solicitada frecuentemente la atención terapéutica, principalmente de los terceros molares retenidos e incluídos, que con frecuencia, pueden dar origen a patologías asociadas a éstos.

El proporcionar la atención, con el fin de lograr una mayor cobertura, en Atención Odontológica, con respecto a las necesidades, que dicha población demanda.

En relación a la Atención Odontológica en el área de Cirugía Bucal y Maxilofacial, que se otorga a pacientes con terceros molares retenidos e incluídos; primeramente se realiza un diagnóstico, para la posterior implantación de un plan de tratamiento, seguido de la terapia quirúrgica.

El propósito de éste estudio es describir el comportamiento clínico y radiográfico de los terceros molares retenidos e incluídos, en la población que acudió a la UMAI-Zaragoza y Hospital General Balbuena, en el período comprendido en un año de Servicio Social, del 1º de Agosto de 1997 al 31 de Julio de 1998.



---

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos los terceros molares que no asumen su posición y función correcta en el arco dentario, deben ser estudiados ampliamente, para establecer un diagnóstico oportuno que pueda brindar una terapéutica adecuada.

Berten Cieszynsky, reporta en un estudio respecto a dientes retenidos, que el tercer molar inferior, es uno de los dientes que con mayor frecuencia se retienen en un 35%, y le continúan en orden de frecuencia, el canino superior con un 34%, y el tercer molar superior con un 9%. (7)

Richarson, en un estudio con 140 adultos comprobó, que un 71% de los molares se retienen, predominando la posición mesioangular.

En relación a la edad, Ries Centeno reporta que la edad promedio de retención dentaria por el tercer molar fluctúa entre los 18 a 28 años con predominio del sexo femenino. (14)

José P. Crestanello, observó que el paciente joven, entre los 18 y 22 años es el que con mayor frecuencia presenta un tercer molar retenido o incluído. (6)

El tercer molar retenido provoca una serie de accidentes de erupción que pueden o no ser asintomáticos.

Hoy en día, las inclusiones y retenciones dentarias son más frecuentes, por lo que la población que acude a la Clínica de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" y Hospital General Balbuena; demanda, en gran medida, el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial, en donde, los terceros molares, retenidos e incluídos, y patologías asociadas a los mismos, son diagnosticados, para su posterior tratamiento.



---

Es por eso que se plantea la siguiente problemática:

¿Cuál es el comportamiento clínico y radiográfico de los terceros molares retenidos e incluidos en la población que acude a consulta odontológica en la UMAI-Zaragoza y Hospital General Balbuena del 1º de Agosto de 1997 al 31 de Julio de 1998?



---

## JUSTIFICACIÓN

Los terceros molares retenidos e incluídos, tema de indudable importancia, reclama ser estudiado cabal y sistemáticamente, llevando a cabo implícito, el principio de eficacia y beneficio, riesgo que debe de prescindir toda actividad terapéutica.

Como es sabido, el tercer molar es el último diente permanente que erupciona en la cavidad bucal, su erupción sin embargo, puede verse impedida, permaneciendo en un estado de retención o inclusión. Además, los trastornos eruptivos de los terceros molares pueden ocasionar accidentes de erupción, (pericoronitis, bolsas periodontales, lesiones tipo quísticas o tumorales, fracturas, resorción radicular externa, caries), que traen consigo una serie de complicaciones.

Actualmente el Servicio de Cirugía Bucal, lleva a cabo la evaluación y tratamiento de los terceros molares, en los que se ha enfatizado; que en aquellos terceros molares erupcionados, en función, con un sano periodonto y sin caries, no deben extraerse. Pero en aquellos terceros molares no erupcionados, retenidos o incluídos, debe de ser indicada su extracción por razones terapéuticas o profilácticas; el primer caso establece su indicación cuando se encuentran vinculados a alguna patología, y en segundo caso lo que se pretende es evitar que surjan.

Por tales razones, y dado que el presente estudio es de tipo descriptivo; se estudiará a la población de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y Hospital General Balbuena; por ser el área de influencia del Servicio Social en Cirugía Bucal y Maxilofacial, que hemos realizado.

Con ésta investigación, se pretende encontrar elementos informativos, sobre las patologías asociadas a los accidentes de erupción, originados por los terceros molares retenidos e incluídos; enfatizando en la importancia de la realización de un diagnóstico oportuno y certero, con un plan de tratamiento integral, y adecuado para cada paciente; considerando la prevención como un punto prioritario.



---

## MARCO TEÓRICO.

### 1. ANATOMÍA TOPOGRÁFICA DEL TERCER MOLAR

#### MAXILAR SUPERIOR

##### REGIÓN ÓSEA

El maxilar superior se compone de hueso esponjoso y forma junto con otros huesos un todo único e indivisible, tales huesos son: únguis, vómer, palatinos, cornetes inferiores, huesos propios de la nariz, y el hueso malar.

Se encuentra situado en la porción ventrocraneal del esqueleto de la cara, es un hueso par, y está dividido en un cuerpo y cuatro prolongaciones, de las cuales, la apófisis ascendente y cigomática se desprenden de la porción superior del hueso; y la apófisis alveolar y palatina, se implantan en la porción inferior (4)

Una de las relaciones topográficas que tiene el tercer molar superior, es el seno maxilar; cavidad anexa a las fosas nasales que ocupa la parte central del hueso maxilar superior, su forma es una pirámide cuadrangular de base interna, vértice dirigido hacia el hueso malar, con cuatro paredes. El declive del piso sinusal, se inicia a la altura del canino, y desciende con angulación variable hasta el primer ó segundo molar y luego asciende hasta el tercer molar. La longitud de piso sinusal en términos medios puede llegar desde el primer premolar al segundo ó tercer molar(11). La profundidad es por debajo del nivel del suelo nasal y puede ser poco profundo siendo distantes de los ápices radiculares ó ser tan profundo que los mismos penetren en el suelo antral, cubiertos por una capa delgada de tejido óseo en forma de cúpula llamada divertículo sinusal.

En cuanto a la dimensión del seno tenemos que su capacidad media es de 10 a 12 centímetros cúbicos. El espesor varía de 1 a 3 mm en promedio. Casi siempre la distancia entre el seno maxilar y el tercer



---

molar, es pequeña, ya que si el tercer molar presenta raíces fusionadas y convergentes, la distancia es mínima; y en los casos de raíces divergentes ó dilaceradas hacia distal, la distancia puede ser mayor. Los terceros molares que tienen retención parcial o total pueden encontrarse cercanos al piso de seno maxilar. (11)

Otra estructura con relación al maxilar superior, es la tuberosidad del maxilar superior, que esta limitada por el borde superior del maxilar; que es romo y considerablemente ancho en sentido bucolingual (14). Se distingue una superficie superior con relación a la fosa pterigomaxilar y una inferior, que a su vez se divide en superior, articulada con el hueso palatino, y otra inferior, libre, redondeada, y convexa. Ambos huesos, palatino y maxilar superior, alojan al tercer molar superior. En su parte posteroinferior, está en inmediato contacto con la apófisis pterigoides del hueso esfenoides, y en ocasiones se interpone una delgada porción de la apófisis piramidal del palatino.

La apófisis pterigoides, es una estructura ósea, que se desprende a cada lado del sitio de unión, entre el cuerpo y las alas mayores, dirigiéndose verticalmente hacia abajo y, se constituyen por la unión de dos láminas óseas: la externa o lateral y la interna o medial. Las dos láminas se unen en la parte anterior y forma una arista ventral recorrida por el surco pterigopalatino, dorsalmente, ambas láminas, divergen formando la fosa pterigoidea. Entre sus extremidades inferiores divergentes, está la escotadura pterigoidea, limitada por bordes dentados, ocupada por la apófisis piramidal del palatino, por encima de ella, la arista ventral de la apófisis pterigoides, se articula en ocasiones a la cara cigomática del maxilar. Lámina interna o medial de la apófisis pterigoides se encorva hacia fuera de su extremidad inferior para constituir el gancho pterigoideo, cuya superficie lateral presenta un surco recubierto de cartilago.

En la cara dorsal de la lámina interna, se halla la fosita escafoidea, y en posición lateral algo dorsal a la misma, está el surco tubarco. De la raíz de la lámina interna de la apófisis pterigoides, se desprende la apófisis, en cuya superficie inferior aloja el canal pterigopalatino. La base de la apófisis pterigoides, está atravesada sagitalmente por el conducto vidiano.



---

La fosa pterigomaxilar, se encuentra profundamente oculta entre los huesos, se sitúa medialmente respecto a la fosa cigomática, y en comunicación con ésta última mediante la hendidura falciforme. La pared medial de la fosa está formada por la superficie externa de la lámina vertical del hueso palatino, la pared craneal por la porción anteroexterna de la cara inferior del cuerpo del hueso esfenoides, la pared dorsal constituida por la cara esfenomaxilar de la ala mayor del hueso esfenoides, y por la cara ventral de la apófisis orbitaria del hueso palatino y borde dorsal del cuerpo del maxilar. La fosa pterigomaxilar se estrecha en dirección caudal para formar el conducto pterigopalatino.

## MÚSCULOS Y LIGAMENTOS

El músculo masetero: Es corto, plano, grueso, se ubica en la cara externa del maxilar inferior. Tiene forma cuadrangular y consta de dos fascículos:

- Fascículo superficial: Que es insertado en el borde inferior de los dos tercios inferiores del arco cigomático del maxilar, las fibras descienden y se insertan en la parte lateral externa e inferior de la rama de la mandíbula (2/3 de la rama de la mandíbula, hasta su ángulo). Su posición es vertical, dirigiéndose hacia abajo y atrás.
- Fascículo profundo: Se inserta en la superficie interna del arco cigomático hasta la superficie lateroexterna del proceso coronoides, y parte media de la cara externa de la rama de la mandíbula. Su posición es vertical, dirigiéndose hacia abajo y ligeramente hacia delante. Está inervado por el nervio maseterino, rama del maxilar inferior y su función es la elevación de la mandíbula, provocando el cierre de la misma.

El músculo temporal: Es grande, aplanado, delgado, tiene forma de abanico, y se distinguen haces anteriores, medios y posteriores(11). Está ubicado en la parte lateral del cráneo. Nace de la fosa temporal, sus fibras convergen hacia delante y abajo, formando un tendón que pasa por adentro del arco cigomático, hasta insertarse en el borde anterior de la apófisis coronoides de la mandíbula. Inervado por los nervios temporales profundos anteriores.



---

El músculo pterigoideo interno: Tiene forma cuadrangular y se sitúa por dentro de la rama del maxilar inferior; consta de dos inserciones:

- Inserción posterior: Se inserta, por arriba en la superficie interna de la ala externa de la apófisis pterigoides del hueso esfenoides, por abajo es insertada en el proceso piramidal del palatino y tuberosidad del maxilar.
- Inserción anterior: Se encuentra en la porción lateral del proceso piramidal del hueso palatino y tuberosidad del maxilar, de ahí desciende para insertarse en la parte interna del ángulo de la mandíbula.

Se encuentra inervado por el nervio pterigoideo interno, rama del maxilar inferior, es en esencia elevador de la mandíbula, provocando el cierre de la misma.

El músculo pterigoideo externo: Tiene forma triangular, es pequeño, su base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo de la fosa cigomática. Su fascículo superior proviene de la superficie inferior del ala mayor del hueso esfenoides y se adhiere al margen interno del disco articular y superficie anterior de la cabeza del cóndilo mandibular y cápsula articular.

El fascículo inferior; parte de la superficie lateroexterna del ala externa de la apófisis pterigoides del hueso esfenoides, corre ligeramente hacia abajo y atrás, para llegar a la parte anterior del cuello del cóndilo. Está inervado por el nervio pterigoideo externo, rama del maxilar inferior. Su función es proyectar la mandíbula hacia delante (si se contraen los dos músculos simultáneamente) y la contracción aislada de uno de sus músculos, lleva la mandíbula hacia un lado.(11)

Ligamento temporomandibular: Se encuentra oblicuamente dirigido de arriba abajo y de adelante a atrás. Es ancho en su parte externa, comienza en el ámbito de la raíz de la apófisis cigomática del temporal y se inserta en los lados externo y posterior del cuello del cóndilo. La mayor parte de sus fascículos proceden del cóndilo o tubérculo articular del temporal y queda bien delimitados de la porción dorsal delgada de la cápsula articular; profundamente se encuentra un haz



---

ligamentoso que se inserta en la cisura petratimpánica, terminando en el cuello del maxilar. Limitan el movimiento de retrusión mandibular.

## INERVACIÓN

Nervio esfenopalatino: Proviene del maxilar superior cuando éste penetra en la fosa pterigomaxilar. Se dirige hacia abajo y adentro, pasa por fuera del ganglio esfenopalatino, al cual otorga dos ramos anastomóticos, y después se divide en las siguientes ramas terminales: nervios orbitarios, nasales superiores, nasopalatino, pterigopalatino, palatino anterior, palatino medio, palatino posterior. (11).

Nervio pterigopalatino: Su dirección es hacia atrás, penetra al conducto pterigopalatino, sale y se distribuye por la mucosa de rinofaringe.

Nervio palatino anterior: Desciende y alcanza el conducto palatino posterior, dando en su trayecto un ramo para el cornete inferior, al salir del conducto emite ramos para la bóveda palatina y el velo del paladar.

Nervio palatino medio: Desciende y puede acompañar al palatino anterior, o puede pasar por uno de los conductos palatinos accesorios de donde sale para distribuirse por la mucosa del velo del paladar.

Nervio palatino posterior: Penetra en el conducto palatino accesorio, al salir se divide en una rama anterior sensitiva, destinada a la mucosa de la cara superior del velo del paladar y otra posterior que inerva el periestaflino interno, palatogloso y el faringoestaflino.

Nervio dentario porterior: Son dos o tres nervios que se desprenden del tronco en la parte anterior de la fosa pterigomaxilar y descienden adosados a la tubercidad del maxilar para penetrar en los conductos dentarios posteriores. Proporcionan ramos a los molares superiores, mucosa de seno maxilar y al hueso.



---

## 2. ANATOMÍA TOPOGRÁFICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

### MAXILAR INFERIOR

#### REGIÓN ÓSEA

El maxilar inferior es un hueso impar simétrico que forma la porción ventrocaudal del esqueleto de la cara(11). Está formado por un cuerpo arqueado en forma parabólica y por dos ramas que se desprenden de los extremos del cuerpo y siguen una dirección craneal; su consistencia de hueso es más compacta en comparación al maxilar superior.

El cuerpo de la mandíbula está formado por dos mitades conexas entre sí, por medio de la sínfisis mentoniana, y una base, su borde caudal es ancho y redondeado, por encima de este reborde, a la altura de la línea media está la eminencia mentoniana, la cual lateralmente se limita por los tubérculos mentonianos; por encima de ellos y lateralmente a los mismos, está el agujero mentoniano, (por debajo del alvéolo del segundo premolar en la parte media). Por debajo del agujero mentoniano y dorsalmente respecto al el, comienzan la línea oblicua externa, continuando la misma dirección la cresta bucinadora. En la porción lingual se distinguen otras estructuras tales como: apófisis geni, fosita digástrica, fosa sublingual y submaxilar, canal milohioideo. (11)

La rama del maxilar es una ancha lámina ósea que desprende de la extremidad del cuerpo del maxilar inferior y sigue su trayecto vertical o algo oblicuo hacia arriba y atrás. Su borde dorsal es grueso y forma con el inferior del cuerpo, el ángulo mandibular. El borde anterior comienza como una continuación de la línea oblicua externa, mientras que internamente se origina por detrás del último alvéolo dentario, superficie llamada trigono retromolar.

En la cara interna en su parte media, se encuentra el orificio del conducto dentario inferior es limitado en su parte anterior por la espina de espix. A nivel del orificio del conducto dentario, se origina el canal milohioideo. (14)



La extremidad craneal presenta la apófisis coronoides, la cual sirve para la articulación del maxilar inferior con el resto del cráneo; así mismo, también el cóndilo mandibular, que asienta sobre un estrecho cuello que presenta en la porción medial de su superficie anterior. Ambas protuberancias, están separadas una de la otra por la escotadura sigmoidea.

## MÚSCULOS Y LIGAMENTOS

Músculo bucinador: Tiene forma aplanada, delgada y oblongo-cuadrangular, representa una banda transversal, arqueada, extendida a lo largo de las arcadas alveolares y en contacto con la mucosa de las mejillas y los labios. El origen es el rafé bucinato-faríngeo, cara externa de la apófisis alveolar del maxilar superior y cara externa del trigono retromolar y de la apófisis alveolar del segundo y tercer molar, del maxilar inferior; a nivel de los labios contribuye a formar el estrato profundo del músculo orbicular de los labios (11). Un haz del bucinador se inserta en la proximidad del origen del músculo borla del mentón y otro a la piel del mentón. A nivel del segundo molar superior, el bucinador es atravesado por el conducto de Stenon. Su función es desplazar hacia afuera la comisura bucal, cierra la abertura de la boca, comprime los labios y las mejillas sobre las hileras dentarias. Está innervado por el nervio facial.

Bola adiposa de Bichat: Se encuentra situado en el lado interno de la articulación; dirigido desde arriba y hacia atrás, abajo y adelante. Inicia en la espina del hueso esfenoides y de la cisura petrotimpánica del temporal, y desciende ensanchándose, casi en contacto con la cara interna de la rama de la mandíbula para insertarse en la proximidad de la espina de espix y formando una arcada sobre la porción inicial del canal milohioideo. (11)

Ligamento estilo mandibular: Tiene su origen en la apófisis estiloides, sigue un trayecto oblicuo hacia abajo y adelante y se fija en la cara interna del ángulo de la mandíbula, en el ámbito de su extremidad inferior, se ensancha ligeramente. Este ligamento representa una



---

franja de la aponeurosis bucinatofaríngea y no tiene acción alguna sobre la articulación temporomandibular.

## INERVACIÓN

Nervio Bucal: Pasa entre los dos haces del pterigoideo externo, se dirige hacia abajo y adelante hacia el músculo bucinador. Sus ramos terminales se distribuyen por la cara profunda de la piel del carrillo, y sus ramos profundos pasan por el bucinador para inervar la mucosa bucal en el ámbito de los tres molares inferiores.

Nervio dentario inferior: Desciende entre la cara externa del músculo pterigoideo interno y pterigoideo externo, penetra en el conducto dentario inferior hasta el agujero mentoniano donde toma el nombre de nervio mentoniano, distribuyendo sus ramas por el mentón, labio inferior, mucosa y periostio de premolares. Otra de las ramas terminales es el nervio incisivo que continúa la dirección del tronco, se introduce en el conducto incisivo y proporciona ramas a los incisivos y al canino. Como ramas colaterales, está la rama anastomótica del lingual, nervio milohioideo y las ramas dentarias que nacen en el conducto dentario e inervan los molares, premolares, canino, maxilar inferior y encía que lo cubre.

Nervio Lingual: Camina por delante del nervio dentario inferior y se separa para dirigirse a la punta de la lengua. Corre primeramente entre los dos pterigoideos, cruzando por detrás de la arteria maxilar interna, hasta alcanzar el piso de la boca; se dirige hacia adelante sobre el hipogloso entre el geniogloso y el músculo lingual inferior, cruzando el conducto de Warton por debajo y afuera. Se ramifica finalmente por la mucosa de la lengua por delante de la V lingual.

Así mismo recibe ramos anastomóticos del dentario inferior y del facial que constituye la cuerda del tímpano, un tercer ramo que se anastomosa con el hipogloso mayor y otro ramo lo suministra al nervio milohioideo. Sus ramos colaterales se destinan al pilar anterior del velo del paladar, amígdalas, mucosa de encía y piso de la boca, a la glándula sublingual y ganglio submaxilar. (11)



---

### 3. ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

#### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Generalmente la presencia de un diente retenido o incluido, no ocasiona ninguna molestia al paciente y su descubrimiento es casual. Pero hay algunos signos que nos inducen a su búsqueda como son:

- Ausencia del diente en la arcada.
- Diastemas más o menos importantes entre los dientes vecinos.
- Presencia anormal de un diente temporal en la arcada (esto sucede normalmente en el caso de los dientes incluidos).
- Abultamiento bucal, lingual o palatino.
- Desplazamiento de algunos dientes

El diagnóstico de los dientes retenidos e incluidos, la relación con los dientes vecinos y su clasificación; se realizan mediante la utilización de auxiliares de diagnóstico como son; palpación, inspección, análisis de modelos de estudio, estudios radiográficos y estudio histopatológico.

- a) Inspección: La ausencia del diente permanente en la arcada o la persistencia del temporario, nos puede hacer sospechar una retención dentaria. En el caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual, puede descubrir una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo. La altura y forma de ésta nos dará una indicación preliminar de la probable indicación del diente retenido.
- b) Palpación: Por medio de ésta, utilizando el dedo índice podemos confirmar la existencia de la elevación, cuya consistencia es la misma que la de la tabla ósea. En caso de existir algún proceso infeccioso y una fistula, nos podemos auxiliar introduciendo una sonda a través de la fistula, que nos lleve a chocar contra un cuerpo duro, que represente la corona de un diente retenido.



- 
- c) **Análisis de modelos de estudio:** En aquellos tratamientos ortodónticos en donde el apiñamiento dentario es evidente, el análisis de modelos de estudio, es indispensable para valorar el tamaño de los dientes con respecto al de los maxilares; dicho análisis puede ayudar en la corroboración de la presencia de terceros molares retenidos o incluídos.
- d) **Estudios radiográficos:** En los exámenes radiográficos, es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; es imprescindible ver las cúspides y los ápices, según el diente del que se trate, y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente, con los órganos y dientes vecinos. La radiografía nos revelará el tipo de tejido óseo, densidad, rarefacción, presencia de saco pericoronario, y patologías que se puedan apreciar radiográficamente.

Existen diversos tipos de radiografías que pueden auxiliarnos en el diagnóstico de los terceros molares destacan las siguientes:

- **Periapicales:** Servirán para analizar la dirección del diente y conocer a que altura se encuentra el diente, con respecto al hueso alveolar y raíces de dientes vecinos; así como de estructuras circundantes como, fosas nasales, seno maxilar, nervio dentario inferior.
- **Oclusales:** Pueden ser utilizadas para la localización de dientes no erupcionados, supernumerarios, raíces retenidas, quistes locales, fracturas, etc.

En una proyección normal, las estructuras que se observan son: paladar duro, lámina vestibular y palatina, diente de segundo molar de un lado a segundo molar del otro, parte del hueso cigomático, parte inferior del seno, tabique y fosa nasal, considerando el maxilar superior; y en cuanto al maxilar inferior, observamos láminas vestibular y lingual, diente de segundo molar de un lado a segundo molar del otro, en sí el cuerpo mandibular.



- Panorámica u ortopantomografía: Es una vista parecida a la tomografía, produce una curva en la capa seleccionada, que abarca los dientes y alveolos de la mandíbula y maxilar. Así mismo, son visibles lesiones densas, dientes no erupcionados y fracturas.
  - Lateral de cráneo: Se observa el maxilar, arco y hueso cigomático, borde de la órbita y el cuerpo de la mandíbula. Mostrará la posición de los dientes no erupcionados y la asimetría de los huesos faciales.
- e) Estudio histopatológico: Es un auxiliar de diagnóstico imprescindible en cualquier acto quirúrgico, sea antes o después del mismo, ya que nos ayudará a corroborar, el ó los diagnósticos presuntivos, emitiendo un diagnóstico definitivo.

#### **4. ETIOLOGÍA**

La incidencia de dientes retenidos es a consecuencia de la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos, que da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares, ya sean superiores o inferiores, observándose, la ausencia congénita de los mismos o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar (15)

La dieta moderna no requiere de un esfuerzo decidido en la masticación, provocando una disminución en el estímulo de crecimiento de los maxilares, razón por la que el hombre hoy en día tiene dientes retenidos. (30)

Es importante el factor embriológico dentro de las retenciones dentarias ya que el germen dentario está ubicado en un sitio lejano del de normal erupción, por razones mecánicas (17), así mismo, se distingue que, puede estar en un sitio adecuado pero la dirección del diente es tal que, su corona hace contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; constituyendo una barrera de fijación para el tercer molar, aunque sus raíces estén formadas y realicen una fuerza

---



impulsiva (15). Por otro lado, puede suceder que existan alteraciones en relaciones que normalmente son afines entre el folículo dentario y cresta alveolar, durante la evolución en la formación del tejido óseo que provoca el desplazamiento del folículo dental. (16)

Con respecto a los obstáculos mecánicos, encontramos que el tercer molar inferior, debe desarrollarse entre dos paredes inextensibles (porción anterior de la rama ascendente de la mandíbula y cara distal del segundo molar)(14). Así también las condensaciones óseas tales como exostosis, osteítis condensante, osteoesclerosis; pueden impedir la erupción del tercer molar; del mismo modo que lo pueden hacer los dientes vecinos que por extracción prematura del diente temporal, el diente permanente, queda retenido, y junto con él, el tercer molar; constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del cualquiera de los dos dientes. Otro obstáculo mecánico es la posición indistinta que adopta el diente retenido al estar en contacto con las raíces de los dientes vecinos. (2)

La presencia de odontomas, dientes supernumerarios o quistes dentígeros, entre otros, forman parte de los obstáculos mecánicos. (15)

En lo concerniente a las causas sistémicas de retención, se sabe que ocurren retenciones dentarias en donde no existen condiciones locales presentes; tal es el caso de: causas prenatales (herencia, mezcla de razas) causas posnatales (raquitismo, anemia, sífilis congénita, tuberculosis, endócrinas, desnutrición), condiciones raras (disostosis cleidocraneal, oxicefalia progeria, acondroplasia, paladar fisurado. (5)

## **5. ACCIDENTES DE ERUPCIÓN**

El tercer molar en su acción por erupcionar produce accidentes patológicos que tienen lugar con mayor predilección en ciertas razas, sexo y maxilar; la falta de sitio desempeña un papel predominante. La raza negra, no presenta en su mayoría dicho problema, ya que posee una gran mandíbula. Hay predilección por el sexo femenino exacerbándose a un más los estados fisiológicos femeninos y despertando los accidentes de erupción.(14)



---

A la edad de 18 y 28, 15, 73, 78 y 82, puede presentarse con mayor frecuencia.

Los accidentes de erupción del tercer molar se deben a la infección del saco dentario (saco pericoronario). Para que se produzca la infección (pericoronitis) con repercusiones locales, regionales y a distancia es necesario que aumente:

- Virulencia microbiana.
- Disminución de las defensas del organismo.
- Establecimiento de una puerta de entrada determinada por factores mecánicos ( trauma del capuchón por antagonismo o dientes en erupción).

## **GÉNESIS DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR.**

Están determinados por los siguientes mecanismos:

- La cavidad virtual que rodea la corona del diente formado por el saco folicular(saco pericoronario), puede ser real, transformándose en quiste dentígero y ser asiento de procesos infecciosos.
- Microorganismos banales normales que habitan en boca, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerbaban su virulencia; es decir microorganismos que están en boca, penetran al diente quedando atrapados entre éste y el saco folicular; quedando fuera del alcance de los mecanismos de defensa de la cavidad bucal.
- La falta de sitio; ya que erupciona entre dos paredes inextensibles como es la cara distal del segundo molar y borde anterior de la rama del maxilar, y agregando la oblicuidad del tercer molar, en el caso del tercer molar inferior resultado de una disposición embrionaria del folículo. (14)



---

## CLASIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR

Accidentes mucosos: Complicaciones que ocurren en partes blandas que rodean el molar retenido como:

Pericoronitis: Lesión inicial y el accidente de alarma. Originado en época de erupción del tercer molar, comienza brusco o insidiosamente(14). Cuando es brusco se instala un proceso inflamatorio con signos como:

Dolor precoz, localizado en capuchón irradiado al nervio dentario inferior u otra vía, o ubicado en oído en el ámbito de tragus. Se caracteriza por ser nocturno, aumenta con roce de alimentos, cambios de temperatura y es por compresión del saco pericoronario; la mucosa inflamada, y puede existir una úlcera abajo del saco por el roce de alguna cúspide.

Tumor: Aumento de volumen, con impresión de dientes antagonistas.

Rubor: Cambio de color a rojizo o violáceo, cubierto de saburra, alimentos, y coágulos de sangre.

También hay fiebre, anorexia, astenia, afección de ganglios regionales, adentro del ganglio de Chassaignasi, y trismus (reacción antálgica, masticación dificultada).

Cuando el comienzo es insidioso; la pericoronitis se acompaña de dolor leve, inflamación de tres días, trismus entre el capuchón y el tercer molar, brotan unas gotas de pus, sangre, y el proceso remite al proceso inflamatorio.

Complicaciones: El capuchón, regiones vecinas y fondos de saco cercanos, son sitios que exacerban la virulencia microbiana, instalándose una simbiosis fusoespilar, y puede ser el saco pericoronario, la erupción del tercer molar o la pericoronitis, punto de inicio de una gingivitis o gingivoestomatitis, con respecto a lesiones ulceromembranosas (habrá entonces repercusión ganglionar general unilateral).

Ante las úlceras que se encuentran debajo del capuchón, se desgastan cúspides antagonistas, y se colocan bajo el capuchón



---

anestésicos y cauterizantes, o se toca con algodón impregnado con ácido crómico al 25%, para atenuar la sintomatología.

Accidentes nerviosos: Sobre el nervio dentario inferior inciden trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes, canicie, eccemas. Aquí el trismus es considerado como reacción alérgica.

Accidentes celulares: Son celulitis como complicación de la pericoronitis.

Abscesos: La infección para originar el absceso puede tomar varias vías:

- Hacia adentro, arriba y atrás: Se abre camino, entre músculo constrictor superior de la faringe, mucosa-faríngea y amigdalina, produciendo abscesos al pilar anterior o subamigdalino.
- Hacia atrás y arriba: Se dirige entre cara interna de mandíbula, mucosa y órganos sublinguales hasta piso de boca en músculo milohioideo, y regiones supra o subadyacentes (dando angina de Ludwig, flemones circunscritos o difusos de piso de boca).
- Hacia fuera y atrás: Rodea borde anterior de rama ascendente de mandíbula hasta el músculo masetero, atravesando la vaina muscular, dando un flemón maseterino o un absceso con trismus intenso con tumefacción paralela al cuerpo maseterino.
- Hacia fuera y adelante: Da un absceso migratorio del vestíbulo inferior ó un absceso bucinatomaxilar. Está en el cuerpo de mandíbula limitado hacia atrás por el borde anterior del músculo masetero; y hacia arriba, se encuentra el borde inferior del músculo bucinador. Adelante se encuentra borde posterior del músculo triangular de la barba y abajo; el borde inferior del cuerpo de la mandíbula.

El conducto paralelepípedo colector lleno de tejido celulogranuloso, es una zona estratégica, que comunica con el tercer molar inferior, por medio de la gotera bucinatomaxilar; lugar en donde se forma un absceso conocido como, Absceso bucinatomaxilar (situado por delante



---

del masetero) (14). De presentarse este absceso, habrá tumefacción del tamaño de una nuez o mandarina, piel tensa, color roja violáceo, dolor, y ganglio infrahioideo inflamado.

Existen dos caminos que un absceso de tercer molar inferior, puede tomar, para desembocar en el conducto paralelepípedo colector, y son:

- Externo: El tejido submucoso del capuchón, corre por el tejido conectivo que envuelve haces, inferior del buccinador ( entre cresta temporal y línea-oblicua externa) y en la cara externa de éste llega a la gotera buccinatomaxilo maseterina para desembocar en el paralelepípedo.
- Anterior: Del tejido conectivo submucoso del surco vestibular inferior del tercer molar al segundo premolar, el absceso corre por debajo del borde anteroinferior del músculo buccinador entre él y cara interna del músculo triangular de los labios hasta llegar al conducto paralelepípedo colector.

Accidentes óseos: Dicen que el tercer molar actúa como bulbo óseo fisiológicamente congestionado y la infección sigue la vía hemática, pueden ser osteomielitis con secuestros, osteoflemones, (causada por la osteítis entre segundo y tercer molar en mesioversión), que dará cuadros sépticos. (14)

Accidentes linfáticos ó ganglionares: Adenitis de subangulomaxilares o submaxilares, complicándose con un flemón en el ganglio, es decir un adenoflemón (doloroso, supurativo).

Accidentes tumorales: Originan tumores como quistes dentígeros o queratoquistes. Los quistes dentígeros pueden supurar y dar osteítis y osteomielitis; del mismo modo el saco dentario sin transformarse en un quiste dentígero, puede dar origen a un granuloma.



---

## 6. INDICACIONES DE EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES

En 1989, la Asociación de Cirujanos Bucomaxilofaciales Americanos indica algunos lineamientos para la extracción de los terceros molares. (9)

Estas indicaciones son:

- Infección.
- Caries dental no restaurable.
- Compromiso del estado periodontal del diente adyacente.
- Formación de quistes.
- Reabsorción de dientes adyacentes.
- Formación de tumores.
- Interferencia con el tratamiento ortodóntico.
- Presencia de un diente en la línea de fractura.
- Preirradiación.

### ANÁLISIS CLÍNICO DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LOS TERCEROS MOLARES

#### Infección alrededor de los terceros molares:

Es más frecuente observarlo en el paciente joven de 18 y 22 años, y es el tercer molar en erupción que no puede lograr ocupar su lugar en la arcada dentaria, debido a la falta de espacio en la mandíbula (12). Esta situación a menudo resulta en la formación de un opérculum, que es una pequeña porción de encía que recubre el diente parcialmente erupcionado. Y generalmente, estos dientes se presentan en una posición vertical. El bolsillo que se crea debajo del operculum de un tercer molar parcialmente erupcionado, aloja residuos de alimentos y proliferación microbiana, dando como resultado una inflamación que lleva generalmente una infección aguda tal como una pericoronitis. (18)

El paciente manifiesta presión o molestia en la zona correspondiente; en etapas tempranas, y después puede experimentar un empuje o un



---

ataque de pericoronitis si la higiene oral no puede ser mantenida, o un organismo particularmente virulento entra en la zona. (12)

Para la mayoría de los autores, esta es una clara indicación de extracción de un tercer molar. La extracción siempre debe realizarse una vez denominada la complicación infecciosa. (18)

#### *Pérdida de hueso alrededor del tercer molar:*

Los dientes erupcionados adyacentes a dientes retenidos, tienen predisposición a presentar enfermedad periodontal; la sola presencia del diente retenido, disminuye la cantidad de hueso en la cara distal del segundo molar, ya que por su situación es difícil de higienizar, por lo que el paciente, presenta inflamación gingival con migración apical de la adherencia epitelial, facilitando la instalación de severas periodontitis localizadas en esta zona, ya que generalmente estos pacientes presentan surcos gingivales de profundidad normal en el resto de su boca (19). Mediante la extracción profiláctica temprana de los terceros molares retenidos, se evita el avance de la enfermedad periodontal y existe una gran posibilidad de que el espacio ocupado por el molar retenido se cubra totalmente de hueso.

#### *Caries dental y daño a dientes adyacentes:*

Dada la mal posición en que usualmente se hallan y el difícil acceso al cepillado que esto implica, se originan caries en la corona del tercer molar retenido o en la raíz distal del segundo molar, lo que determina la extracción del tercer molar y muchas veces la del segundo, o del diente adyacente según sea el caso. (12)

Incluso, se indica la extracción del tercer molar en situaciones en las que no existe una obvia comunicación clínica entre la boca y el tercer molar retenido, pero se observa caries en éste. Se atribuye a que existe un suficiente cambio bacteriano con la cavidad bucal a través de la mucosa, que permite la instalación del proceso carioso, ó aun proceso de reabsorción interna, ya que la descalcificación de la corona es de tipo generalizado. (20)



---

En teoría, está contraindicada la restauración de un tercer molar parcialmente erupcionado, ya que no sólo no es práctico, sino que muchas veces es técnicamente imposible.

Además, debido a la constante presión o fuerza que el diente retenido o su saco pericoronario, ejercen sobre las raíces de los dientes adyacentes, pueden provocar la reabsorción de las mismas, lo que Phichler y Trauner denomina rizoclasia (4). La extracción de los dientes retenidos está indicada para evitar éste proceso, siendo a veces necesaria la endodoncia para iniciar la reparación del cemento.

#### Facilitar el tratamiento ortodóntico:

En aquellos pacientes en los que como parte del tratamiento ortodóntico se plantee distalizar el primer y segundo molar, la presencia del tercer molar retenido, interfiere en éste procedimiento (4). La extracción de los terceros molares está indicada en todos aquellos tratamientos ortodónticos, en los cuales el ortodoncista considera que la extracción de éstas piezas facilitará el tratamiento (4)

#### Apiñamiento del arco dentario:

Uno de los principales efectos o daños atribuidos a la presencia del tercer molar retenido o semierupcionados es el apiñamiento del sector anterior, particularmente de los incisivos. (27)

Para Ries Centeno, el trabajo mecánico del diente retenido en su intento de desinclusión produce desviaciones en los dientes vecinos, y aún trastornos a distancia como produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su dirección normal, produciendo entrecruzamiento de dientes y aglomeraciones antiestéticas. (14)



---

### Quistes y Tumores:

Cuando un diente queda retenido en el proceso alveolar, su saco pericoronario queda retenido junto con él, generalmente éste conserva su tamaño original, pero algunas veces puede sufrir procesos patológicos. (12)

La patología particular, más frecuente encontrada en los quistes odontogénicos, son los quistes dentígeros y queratoquistes; así también, neoplasias que raramente son malignas. (28)

Como regla general, si el espacio folicular está aumentado de tamaño a más de 3mm, es razonable pensar en la presencia de un quiste odontogénico. Los dientes asociados a una radiolucidez deben ser removidos tan pronto como se detecten.

El tumor que con mayor frecuencia se encuentra en relación con los terceros molares, es el ameloblastoma; tiene predilección por la zona de molares, en un 60% para el maxilar inferior, y un 10%, para maxilar superior. (28)

### Uso de prótesis:

A un paciente edéntulo que se le realizará una prótesis, y que tienen dientes retenidos, es necesario extraerlos, previo a la construcción de la prótesis.

A causa de la atrofia progresiva de los maxilares, debida al proceso fisiológico normal, al uso de la prótesis y al trabajo de erupción del diente retenido, al cabo de los años, los dientes retenidos; pueden aparecer en la boca, erosionando la mucosa que da origen a una infección odontogénica.

Se debe realizar la extracción previamente, ya que podemos poner en peligro, la integridad de la prótesis o su completa adaptación. El paciente estará en mejores condiciones físicas de recibir el tratamiento, en cuanto a la extracción del tercer molar retenido, que algunos años después cuando su estado general habrá empeorado y

---



sus huesos sean menos elásticos y más atróficos, aumentando el riesgo de fractura.

### Disfunción nerviosa:

Las neurálgias producidas por los dientes retenidos son bastante frecuentes y se deben a la presión que ejercen sobre los dientes vecinos o sobre algún nervio, por lo general el nervio dentario inferior.

La relación de vecindad existente entre el nervio dentario inferior y el tercer molar inferior retenido, varía desde la simple proximidad hasta las situaciones en las cuales el diente forma parte de la pared del conducto e incluso, existen casos en que el nervio pasa a través de las raíces. (9)

Estas diversas relaciones de vecindad explican, tanto las disfunciones nerviosas preoperatorias, como las postoperatorias, provocadas por la extracción. Estas neuralgias nerviosas serán de duración e intensidad variable.

### Traumatismo del capuchón inferior y de la herida por el tercer molar superior:

Cuando se planifica la extracción del tercer molar inferior es prudente examinar el tercer molar superior, ya que si éste se halla erupcionado, según sus características clínicas, pueden ser causa de irritación, sobre el capuchón inferior; lo que determina la exacerbación de la sintomatología tanto de la pericoronitis, como de la herida de la extracción del tercer molar inferior, lo que perturbará su cicatrización.

### Úlceras traumáticas:

Clínicamente se observan úlceras de la cara interna de la mejilla a punto de partida, tanto del tercer molar superior como del inferior, provocadas, ya sea por el razonamiento de la cara oclusal de un tercer molar superior en posición vestíbulo angular, o por la semidestrucción coronaria de un inferior, cuyos restos lesionan la mucosa. El tratamiento de éstas úlceras traumáticas, consiste en la eliminación del agente causal.

---



---

### Limitación del movimiento:

Un tercer molar que erupciona en una dirección posterolateral, de manera que eventualmente se encuentre en el recorrido del borde anterior de la rama de la mandíbula durante los movimientos excursivos normales, provocará la desviación de la mandíbula para evitar la interferencia por éste, lo que altera la fisiología particular; cuando esto produce un dolor articular, está indicada la extracción del tercer molar.

### Prevención de fractura de la mandíbula.

Un tercer molar retenido ocupa un espacio que debería ser ocupado por hueso.

Cuando más desarrollado está el tercer molar, mayor será la cantidad de hueso que falte; esto crea una zona de menor resistencia, facilitando la fractura de la mandíbula.

Esto también puede suceder en el postoperatorio inmediato o mediato de una extracción si el paciente recibe un traumatismo, ya que el riesgo de fractura durante éste periodo es casi el mismo a que cuando el diente estaba presente.

Por lo tanto, se considera el tercer molar retenido o incluido como un factor predisponente local a la fractura, recomendándose su extracción. También debe tenerse presente, la presencia de tercer molar en la línea de fractura. Los terceros molares retenidos, especialmente retenciones óseas totales, no deben ser extraídos en el momento del tratamiento de la fractura, si no que deben ser conservados en el lugar. No realizar la extracción en el momento de la fractura, facilita la reducción y permite aplicar de manera más efectiva el principio de la banda de tensión si se utiliza la fijación rígida. La extracción de éstos terceros molares se realizará en etapas posteriores, luego de la cicatrización ósea.



---

Falta de función:

Cuando se identifica que el diente retenido no realiza y no realizará ninguna función útil en la cavidad bucal debe ser eliminado. La demora en la extracción es seguida por situaciones más difíciles de resolver, la extracción en un adulto es siempre más difícil que en el adolescente, por diversas causas, por ejemplo, el hueso es más compacto, en el caso del adulto.

## 7. CONTRAINDICACIONES

Estas contraindicaciones, se pueden clasificar en relación con el diente en sí, y los tejidos que lo rodean, o con el estado general del paciente.

Afecciones que dependen del estado del diente y de los tejidos que lo rodean:

Cuando la zona a intervenir o en la articulación del diente con su alvéolo, se presenta una estomatitis o gingivitis ulcero membranosa se crea un terreno que no es óptimo para las intervenciones quirúrgicas, por el estado particular del tejido gingival; ya que la virulencia microbiana exacerbada en tales condiciones; las zonas de necrosis existentes, propician la diseminación de la infección. (9)

Lesiones tuberculosas ó sifilíticas (chancro, placas mucosas) contraindican toda operación de la cavidad bucal, por la diseminación de la lesión en el mismo paciente y el contagio que representa para el operador. (9)



---

### Afecciones en dependencia con el estado general del paciente.

Estado Fisiológico: Menstruación en caso de que la paciente presente problemas particulares.

Embarazo: Cuando la paciente reporte alguna alteración diagnosticada por su ginecólogo.

Estado Patológico: Enfermedades cardiovasculares graves, antecedentes de infarto grave o reciente del miocárdio.

Afecciones de algún aparato o sistema. Así mismo, si está comprometido sistémicamente y no está controlado por algún médico.

### Antecedentes alérgicos:

Es necesario tomar en cuenta el factor alergia antes de cualquier intervención quirúrgica (9). Una respuesta alérgica indica una reacción antígeno-anticuerpo, que puede ser adquirida o congénita en este caso, el mayor riesgo que se corre, es con la utilización de los anestésicos locales, ya que estos pueden producir reacciones tóxicas, debido a que se complica más, por el hecho de que la boca es una zona importante desde el punto de vista psíquico y puede desencadenar el síncope, que implica un desequilibrio del sistema vascular periférico y no es posible diferenciarlo en un principio de otros trastornos periféricos de origen alérgico ó tóxico. (9)

### Pacientes de edad avanzada:

En pacientes de edad avanzada y que la presencia del tercer molar no provoca la más mínima molestia al paciente, y que radiográficamente no se haya diagnosticado ninguna alteración por la presencia del mismo tercer molar.

Si por medio de un seguimiento radiográfico periódico, el tercer molar no manifiesta signos patológicos y se encuentra en una zona muy comprometida, y si se decide abordarlo, sería más el daño que se le provocaría al paciente que los beneficios que este obtendría; estos



---

lugares pueden ser interior de seno maxilar, cercanía a piso de órbita; o que en el paso del maxilar inferior, el tercer molar esté atravesado en sus raíces por el nervio dentario inferior.

## **8. CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES**

### WINTER

Los clasifica dependiendo de la relación del eje longitudinal del diente retenido con respecto al eje longitudinal del segundo molar ó primer molar. Es útil para la clasificación de terceros molares superiores e inferiores. (15)

**Vertical:** El eje mayor del tercer molar es paralelo al segundo molar.

**Mesioangular:** El eje mayor del tercer molar, con respecto al segundo molar, forman un ángulo abierto hacia abajo.

**Horizontal:** El eje mayor del tercer molar es perpendicular con respecto al eje longitudinal del segundo molar.

**Distoangular:** Los ejes mayores del tercer y segundo molar, forman un ángulo abierto hacia arriba y atrás.

**Invertido:** Corona del tercer molar hacia el borde inferior de la mandíbula y raíces hacia cóndilo. Situación que no entre en las otras clasificaciones.

**Vestíbuloangular:** Corona del tercer molar dirigida hacia la tabla vestibular y raíces hacia la tabla lingual.

**Transalveolar:** Molar dirigido hacia bucal, corona inclinada hacia lingual y raíces hacia bucal.

Para los dientes superiores se maneja la clasificación de Winter, anexándose las posiciones palatoangular o vestibuloangular, según sea el caso.



---

## PELL- GREGORY

La presente clasificación, es útil únicamente para terceros molares inferiores, clasificándolos en clases, de la siguiente manera: Tomando en cuenta la cara distal del segundo molar y la cara anterior de la rama ascendente de la mandíbula; se base entre el espacio que hay entre estas estructuras para erupcionar y el ancho mesiodistal del diente. (15)

Clase I: Independientemente del ancho mesiodistal del diente, se tiene todo el espacio necesario para que erupcione.

Clase II: El espacio existente no es suficiente, ya que parte del diente puede quedar dentro de la rama ascendente.

Clase III: No hay espacio, la cara distal del segundo molar y la cara anterior de la rama ascendente está en íntimo contacto.

Así mismo, se refiere al grado de profundidad del diente, tomando en cuenta el plano de oclusión y plano cervical de los dientes vecinos.

Posición A: El diente está por debajo, o a nivel del plano de oclusión de los dientes vecinos.

Posición B: El diente está por debajo del plano de oclusión, pero por encima del plano cervical de los dientes vecinos.

Posición C: El diente está por debajo del plano cervical de los dientes vecinos.

## ARCHER

Se utiliza para los terceros molares superiores, y los clasifica en relación con aproximación al seno maxilar del tercer molar superior.(15)

- Aproximación Sinusal (AS): No hay hueso o hay una pequeña lámina de hueso, entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar.



- 
- **No aproximación Sinusal (NAS):** Hay mayor cantidad de hueso, en comparación a la clasificación anterior, entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar, además, la retención puede ser submucosa o intraosea.

## 9. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Es necesario conocer, la existencia o no del primero y segundo molar. En el primer caso, ambos molares constituyen un contrafuerte importante para la extracción del tercer molar. En caso de ausencia de alguno de ellos, se pierde esta posibilidad de apoyo, y por consiguiente, debemos modificar la técnica. (13)

En segundo lugar, es preciso analizar la integridad anatómica de dichos dientes, ya que puede haber sido objeto de reconstrucciones o ser asiento de rehabilitaciones protésicas o cariosas, lo que contraindica casi siempre un apoyo sobre los mismos.

En última instancia debe conocerse la forma y disposición de las raíces, ya que un segundo molar bien implantado, con raíces separadas, puede ser eventualmente, punto de apoyo para la extracción de un tercer molar. (13)

### TIEMPOS QUIRÚRGICOS EN EL MAXILAR INFERIOR

1. **Anestesia:** Se realizará bajo anestesia local infiltrativa del nervio dentario inferior, nervio lingual y nervio bucal largo. En algunas ocasiones es preciso reforzar la anestesia durante el acto operatorio.
2. **Operación propiamente dicha:** Dependerá fundamentalmente de los parámetros estudiados en el análisis preoperatorio como es; la forma del diente, posición, desviación, accesibilidad y resistencia (10). Para el caso que sea, por lo regular los tiempos quirúrgicos son casi siempre los mismos:

- 
- 
- Incisión de la mucosa.
  - Levantamiento del colgajo.
  - Ostectomía y extracción propiamente dicha.
  - Tratamiento de la cavidad remanente.
  - Sutura.

## **INCISIÓN**

Se realizará una incisión rectilínea de espesor total que comience de 1.5 a 2 cm por distal del tercer molar, siguiendo el borde anterior de la rama ascendente, hasta el ángulo distolingual del cordal(22). Después se seguirá el surco gingival desde ese punto, recorriendo la posición distal y vestibular del tercer molar y del segundo molar; a partir de ahí realizaremos una incisión liberatriz en sentido oblicuo, hacia el fondo de saco.

## **LEVANTAMIENTO DE COLGAJO**

Se inicia deslizando una legra o periostotomo entre el mucoperiostio alveolar y la cortical externa ósea; hacia atrás y hacia arriba, cuidando no traccionar la mucosa. Si bien es bastante fácil el desprendimiento del colgajo inferior; este va resultando más costoso a medida que nos acercamos a la mucosa adquirida. No se terminará el levantamiento del colgajo hasta haber expuesto la cortical ósea, la corona clínica y el hueso distal que nos permitan un libre acceso al tercer molar.

## **OSTECTOMÍA Y EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA**

Este tiempo quirúrgico variará según la posición y el grado de retención ó inclusión del diente, si este tiene retención submucosa, es necesario levantar el colgajo y podremos ver la corona total o parcialmente (10). En este caso se expone la totalidad de la corona y el tercio cervical de la raíz. Es necesario considerar que la ostectomía debe ser suficiente para exponer la corona dentaria y eliminar la resistencia, que permita la aplicación de un elevador o los bocados de

---

un forceps, generalmente, esta maniobra se realiza con una fresa de bola, a baja velocidad y con una buena irrigación de suero fisiológico. (10)

## **ODONTOSECCIÓN**

En los terceros molares mesioangulares con cúspides por debajo del ecuador del diente contiguo, está indicada la odontosección en forma de cuña, de base superior y vértice inferior, por medio de una fresa de fisura a baja velocidad. (26)

Una vez realizado el seccionamiento completo, se procederá a la luxación de una cuña dentaria mediante un elevador, posteriormente se luxará el resto del diente hacia el lugar que ha dejado libre la corona, con un elevador de bandera o tipo Winter.

De la misma manera se procede en todos aquellos casos en los que haya un obstáculo coronario, desde luego variando el tipo de seccionamiento. En los dientes con posición horizontal, la odontosección se realizará a lo largo del eje mayor y menor del tercer molar para removerlo por partes. (10)

En dientes distoangulares, el obstáculo serán las cúspides distales (cúspides distovestibulares), por lo que la odontosección deberá comprender una cuña distal. Así se conseguirá el espacio suficiente, para su luxación que es hacia arriba, atrás al aplicar la fuerza por el ángulo mesiovestibular. (26)

Existen situaciones que por la posición y la poca accesibilidad, se tiene que realizar odontosecciones múltiples.

Ante un obstáculo radicular debe hacerse un análisis minucioso para poder realizar posteriormente el acto quirúrgico más adecuado. Los elevadores se apoyan sobre hueso mesial, a forma de realizar una palanca en sentido de las manecillas del reloj, en el lado derecho y en sentido contrario, en lado izquierdo en caso de utilizar elevadores de bandera o tipo winter, la convexidad se apoyará sobre el hueso mesial o ángulo mesiovestibular, practicando después el movimiento de giro en ambos lados. Así se desplazará el tercer molar hacia atrás y

---



arriba (la exodoncia se completa con forceps destinados para tal efecto, núm. 222). (10)

## **EXTRACCIÓN DEL GÉRMEN**

El procedimiento quirúrgico es generalmente similar al antes descrito, su dificultad estriba en que tras la ostectomía, encontraremos una autentica "perla dentaria" que gira sobre sí misma dentro de su alvéolo, cuando intentamos extraerla, al no tener formadas sus raíces, se tendrá que realizar la odontosección. (14)

## **TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD**

Se limpiará el lecho quirúrgico de restos de saco pericoronario o de granulomas marginales; tirando de ellos con una pinza de mosco, se cureteará adecuadamente con el fin de eliminar remanencias y esquirlas óseas que pudieran quedar, cuidando el fondo del alvéolo para no dañar el conducto dentario inferior(10). Con la lima de hueso se regularizarán los bordes óseos para evitar el trauma de la mucosa. (24)

## **SUTURA**

Hay que rehabilitar la encía adherida y la protección de la cara distal del segundo molar; para ello la sutura será tipo seda (3-0) comenzando por un punto guía en la cara distal del segundo molar, pasando del vestibular al lingual, en puntos separados, la liberatriz se realizará sobre la línea mucogingival con puntos separados.



---

## TIEMPOS QUIRÚRGICOS EN EL MAXILAR SUPERIOR

1. *Anestesia*: Se realizará bajo anestesia local, infiltrando los nervios dentarios posteriores, alveolar posterior y palatino anterior.
2. *Operación propiamente dicha*: Se emplean los mismos tiempos quirúrgicos que los actos realizados para los terceros molares inferiores:
  - Incisión de la mucosa.
  - Levantamiento de colgajo.
  - Ostectomía y Extracción propiamente dicha.
  - Tratamiento de la cavidad remanente.
  - Sutura.

### INCISIÓN DE LA MUCOSA

Se realiza en la línea media de la tuberosidad del maxilar, distalmente al segundo molar hasta el surco hamular. Se continúa la incisión por el surco gingival hasta el mesial del segundo molar, y si es necesario se completará con una línea oblicua hacia el fondo del vestíbulo superior. (22)

### LEVANTAMIENTO DE COLGAJO

Se aplica la legra o periostotomo sobre el hueso, separando el mucoperiostio de la cortical externa ósea, con movimientos que van hacia atrás y arriba, cuidando la fibromucosa que pudiera desgarrarse.

### OSTECTOMÍA Y EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

Se elimina el hueso oclusal y vestibular para facilitar el acceso al instrumento con el que se realizará la luxación; en este caso, la ostectomía será menor por la consistencia del hueso, lo que ofrece una menor resistencia. (1)



---

La luxación se realizará con un elevador recto o angulado (de bandera o tipo winter). Si la resistencia es vertical ó mesioangular, haciendo presión suave hacia arriba, al mismo tiempo, se realiza un pequeño movimiento de rotación en sentido contrario a las manecillas del reloj, según sea el lado derecho ó izquierdo, el diente tendrá que ser luxado hacia abajo y afuera) (1). Puede completarse la extracción con la utilización de un fórceps.

## **TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD REMANENTE**

Será cureteada la cavidad eliminando los restos de saco pericoronario, esquirlas óseas y posteriormente se realizará la regularización del hueso.

## **SUTURA**

Se realizará con puntos separados, sutura (3/0), en la liberatriz, y bastará con un solo punto sobre el reborde alveolar de la tuberosidad del maxilar para coaptar los bordes.

## **10.COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y POSOPERATORIAS QUIRÚRGICAS DEL TERCER MOLAR.**

### **FRACTURA DEL DIENTE**

Al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona, parte de esta o de la raíz, pueden fracturarse quedando la porción radicular en el alvéolo. (3)

La conducta a seguir debe ser dirigida a extraer la porción radicular remanente, eliminando de antemano restos óseos, dentarios, cohibir



---

la hemorragia en partes blandas, que nos permitan observar el muñón radicular fracturado, para la eliminación del mismo.

## **FRACTURA Y LUXACIÓN DE LOS DIENTES VECINOS**

Al transmitirse la presión ejercida a los dientes vecinos, puede provocar la fractura de su corona (aunado a debilidades por obturaciones o caries) o luxando el diente cuando disposiciones radiculares (raíces fusionadas) lo favorezcan (14). Puede reimplantarse el diente luxado de su alvéolo mediante la fijación del mismo.

## **FRACTURA DEL INSTRUMENTO EMPLEADO EN EXODONCIA**

Al aplicarse fuerzas excesivas sobre los instrumentos, éstos pueden herir partes blandas u óseas vecinas, algunos quedan como cuerpos extraños en el interior del hueso, originando grandes trastornos (14). De no ser posible la eliminación de los restos de instrumental en el mismo acto quirúrgico, se programará nuevamente al paciente para la eliminación de los mismos.

## **FRACTURA DEL MAXILAR**

La fractura del borde alveolar, no tiene mayor trascendencia, el trozo de hueso se extirpa en el órgano dentario ó queda relegado en el alvéolo. (21)

La fractura de la tuberosidad del maxilar por uso de elevadores aplicados con fuerza excesiva, al ser desprendida, puede acompañarse del tercer molar, y pudiera perforarse el seno maxilar dejando una comunicación bucosinusal. (14)

La fractura en su totalidad del maxilar inferior, puede ocurrir a nivel del tercer molar en el transcurso del intento por extraer al mismo u otro diente retenido con raíces que presentan cementosis ó dilaceración.



---

Pueden perforarse las tablas óseas vestibulares o platinas en el curso de la extracción de un premolar o molar superior, una raíz vestibular o palatina que pudiera atravesar las tablas óseas; ya sea por un debilitamiento del hueso, a causa de un proceso previo o esfuerzos mecánicos, encontrándose la raíz debajo de la fibromucosa, entre ésta y el hueso, en cualquiera de las dos caras, vestibular o palatina. (3)

En el maxilar superior puede suceder lo mismo a consecuencia de la extracción del tercer molar inferior, pudiendo impactar el molar en el piso de boca, a consecuencia de una debilidad en la tabla interna del maxilar inferior a nivel del alvéolo del tercer molar retenido.

### **LESIÓN DE SENO MAXILAR**

Puede provocarse la comunicación bucosinusal, ya sea por la aplicación de fuerza excesiva sobre el instrumento o es realizada por la raíz del diente que anatómicamente está perforando el seno y al intentar su extracción se produce la comunicación. (29)

Es notable el cambio de timbre de voz o porque el agua pasa al seno y sale por la nariz.

Se debe obturar la perforación ya sea por la formación de un coagulo, favoreciendo la hemostasia o logrando la coaptación de los bordes de tejido blando para lograr en gran medida una cavidad herméticamente cerrada.

Otra complicación frecuente es la penetración total de un molar en seno maxilar o en regiones vecinas, empleándose en el primer caso el tratamiento bajo la técnica de operación de Caldwell Luc. (14)

### **LUXACIÓN DEL MAXILAR INFERIOR**

Consiste en la salida del cóndilo del maxilar de su cavidad glenoidea, se produce en ocasiones durante las extracciones de los terceros molares inferiores cuando la sesión ha sido prolongada. El maxilar luxado debe ser reposicionado a su lugar de origen.

---



---

## **LESIÓN DE TRONCOS NERVIOSOS**

Durante la extracción de cualquier diente retenido, por lo general pueden traumatizar los troncos nerviosos, originando el aplastamiento o desgarramiento del nervio, provocando que posteriormente el paciente presente neuritis, neuralgias o parestesias.

## **ALVEOLÍTIS**

Es una infección necrótica del alvéolo dentario, posterior a la extracción del diente, es una complicación muy frecuente; y esta puede deberse a la defectuosa formación de un coágulo (coagulo falso), poca irrigación durante el acto; pudiendo presentarse días después a la extracción realizada. (3)

## **HEMATOMAS**

En este caso existe una difusión de la sangre que sigue planos musculares contiguos a la zona intervenida, o a favor de la menor resistencia, que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado la operación bucal (3). Se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio del color de la piel vecina, el cuál sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina, así toma primeramente un color rojizo vinoso, que más tarde se toma violeta, y posteriormente amarillo. El cambio del color de la piel dura varios días, termina generalmente por resolución al octavo ó noveno día. La colección sanguínea puede infectarse, produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, y reacción ganglionar entre otros síntomas.

## **HEMORRAGIA**

Puede presentarse inmediata a la operación, en donde la falta de coagulación de la sangre y la no formación del coágulo, se deban a razones generales o a causas locales, entre estos, debidos a granulomas, focos de osteítis, pólipos gingivales, lesiones gingivales, ocasionadas por parodontosis, gingivitis, herida y desgarros de la

---



encia, esquirlas óseas entre los labios de la herida, etc. Otra forma en que puede presentarse la hemorragia es de tipo mediata, resultado de la deficiente coaptación de los bordes de los tejidos blandos.



---

## MARCO CONCEPTUAL

**TERCER MOLAR RETENIDO:** Se caracteriza por encontrarse parcial ó totalmente desarrollado, quedando alojado en el interior de los maxilares después de haber pasado su tiempo de erupción.

**TERCER MOLAR INCLUIDO:** Es aquél que se encuentra parcialmente desarrollado en el interior de los maxilares antes de la erupción promedio.

**BOLSA PERIODONTAL:** Es la profundización patológica del surco givival. La progresión de la bolsa conduce a una destrucción de los tejidos periodontales de soporte, así como la movilidad y exfoliación de los dientes.

**CAMBIO DE COLORACIÓN:** Puede ser observado en tono rojizo o blanquecino en las lesiones de la mucosa bucal.

**CONSISTENCIA:** Grado de cohesión de un cuerpo; resistencia que ponen los cuerpos al ser divididos.

**DESPLAZAMIENTO DE CORONAS Ó RAÍCES DE DIENTES VECINOS:** Este se da por un factor mecánico, que puede ser originado por un quiste, tumor odontogénico ó diente supernumerario.

**DOLOR:** Impresión penosa experimentada por un órgano ó parte que es transmitida al cerebro por los nervios sensitivos, tipos de dolor: cólico, errático, fulgurante, gravativo, irradiado, osteoscópico, pulsátil, pungitivo, referido, reflejo, sordo, terebrante, urente, vago.

**INFLAMACIÓN:** Conjunto de fenómenos reaccionales que se producen en el punto irritado por agente patógeno, se caracteriza por cuatro síntomas cardinales: tumor, rubor, calor y dolor.

**LESIÓN MIXTA:** Lesión radiográfica de los huesos maxilares que muestran imagen radiolúcida y radiopaca, (también se le conoce como lesión combinada).



---

**PARESTESIA:** Transtorno de la sensibilidad subjetiva, como hormiguos, adormecimientos, comezón, etc.

**RADIOLÚCIDO:** Un aumento de la negrura de un área de la radiografía; también pueden dar áreas de claridad los artefactos, cambios de posición y anomalías de los tejidos blandos.

**RADIOPACO:** Término no específico, que se puede utilizar para describir cualquier área blanca en la placa. Este término se usa cuando no se conoce la naturaleza o causa de una sombra anormal. Es un término útil en dicha situación, puesto que otros términos, implican frecuentemente entidades más específicas, que pueden o no estar presentes.

**RESORCIÓN RADICULAR EXTERNA:** Es la pérdida de una porción de la estructura radicular por un factor externo al diente.

**TRISMUS:** Contracción de los músculos masticadores que produce oclusión forzada de la boca.

**TUMEFACCIÓN:** Hinchazón; aumento de volumen de una parte por infiltración, tumor ó edema.



---

## **OBJETIVO GENERAL**

**Identificar el comportamiento clínico y radiográfico de los terceros molares retenidos e incluídos y sus patologías asociadas, en la población que acude a la UMAI-Zaragoza y Hospital General Balbuena del 1° de Agosto de 1997 al 31 de Julio de 1998.**



---

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**Determinar la frecuencia de las retenciones e inclusiones dentarias de los terceros molares de acuerdo a la edad y sexo.**

**Identificar cuál es la posición del tercer molar que con mayor frecuencia se retiene.**

**Identificar cuál es el comportamiento clínico y radiográfico que con mayor frecuencia adopta el tercer molar retenido.**



---

## **HIPÓTESIS**

**El comportamiento clínico y radiográfico de los terceros molares, indica que existe una alta frecuencia, de retenciones e inclusiones dentarias, de los mismos, en pacientes que acuden a la UMAI-Zaragoza y Hospital General Balbuena.**



---

## DISEÑO METODOLÓGICO

1. *Tipo de estudio:* Descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.
2. *Población de estudio:* Pacientes de ambos sexos y diferentes edades, con retenciones e inclusiones dentarias del tercer molar; que acuden a la UMAI-Zaragoza, los días jueves y viernes, y al Hospital General Balbuena, los días sábados y domingos.
3. *Período de investigación:* Del 1° de Agosto de 1997 al 31 de Julio de 1998 con duración de un año.

#### 4. *Variables:*

Cualitativas: Sexo, tercer molar retenido o incluido, accidentes de erupción asociados con el tercer molar (pericoronitis, quistes, tumores, celulitis, fracturas, caries dental, bolsa periodontal, resorción radicular externa, parestesia), sitio de localización, clasificación, signos clínicos y síntomas, signos radiográficos.

Cuantitativas: Edad, número de terceros molares retenidos e incluidos, número de accidentes de erupción asociados con el tercer molar.

5. *Criterios de inclusión:* Pacientes de ambos sexos y diferentes edades que acudieron al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la UMAI-Zaragoza, con diagnóstico de retención o inclusión dentaria del tercer molar, pacientes con patología asociada a terceros molares con alteración sistémica, bajo control médico.  
Pacientes de ambos sexos y diferentes edades, que ingresan con traumatismo al Hospital General Balbuena, al servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial, con diagnóstico de retención o inclusión dentaria del tercer molar, pacientes que presentan patología asociada a terceros molares, con alteración sistémica, bajo control médico.
  6. *Criterios de exclusión:* Pacientes de ambos sexos y diferentes edades que acudieron a la UMAI-Zaragoza e ingresaron por
-



---

traumatismo al Hospital General Balbuena; que no presenten retención o inclusión dentaria del tercer molar, pacientes que presenten patología asociada a otros dientes distintos al tercer molar, pacientes con compromiso sistémico no controlado.

7. *Técnica e instrumentos:* Se registrará a cada uno de los pacientes que requieran Cirugía Bucal como tratamiento a la retención o inclusión del tercer molar, los días lunes y martes, en las actividades de Clínica Integral, y los días jueves y viernes en los grupos 1704 y 1705, en el turno matutino en la UMAI-Zaragoza, y los días sábados y domingos en el Hospital General Balbuena.

Cada paciente tiene su ficha de registro personal, (Anexo 1) la cual contiene los siguientes datos:

- Ficha de identificación.
- Motivo de consulta.
- Datos clínicos.
- Sintomatología.
- Alteración Sistémica.
- Localización.
- Datos radiográficos.
- Clasificación de dientes retenidos.
- Diagnóstico clínico.
- Etiología.
- Complicaciones de la retención.
- Diagnostico definitivo.

Los pacientes podrán ser atendidos por dos pasantes del Servicio Social de Cirugía Bucal y Maxilofacial en la UMAI-Zaragoza y Hospital General Balbuena.

8. *Recopilación de la información:* Se procederá a hacer la recopilación de la información los días jueves y viernes, en el turno matutino, al término de las cirugías bucales como tratamiento de las inclusiones y retenciones dentarias de los terceros molares en la UMAI-Zaragoza; y en el Hospital General Balbuena, los días sábados y domingos; a partir del mes de agosto de 1997 hasta julio de 1998, utilizando fichas de registro personal y radiografías,



---

detectando con esto alguna patología asociada y proponiendo el tratamiento adecuado.

9. *Presentación de información:* Los datos obtenidos, se registrarán en el cuadro de concentración de información (anexo 2), el cual contiene los siguientes datos:

- Número de ficha.
- Edad
- Sexo
- Diente retenido o incluido
- Localización
- Clasificación
- Signos clínicos
- Signos radiográficos
- Complicaciones

10. *Diseño Estadístico:* Se obtuvieron porcentajes y promedios de las diferentes variables.

11. *Presentación de la información:* Se realizaron tablas, gráficas de barra y pastel.



---

## RECURSOS

### HUMANOS:

- Dos pasantes del Servicio Social en Cirugía Bucal y Maxilofacial.
- Profesor director del proyecto de investigación.
- Profesor de la metodología de la investigación.
- Personal de enfermería de CEYE.
- Personal de archivo.
- Personal de laboratorio de análisis clínicos.
- Servicio de patología bucal.
- Técnico radiólogo.

### MATERIALES:

- 100 fichas de registro personal.
- 2 lapiceros.
- Radiografías periapicales, orthopantomografía y oclusales.

### FÍSICOS:

- Instalaciones de la UMAI Zaragoza y Hospital General Balbuena.
- Area clínica odontológica.
- Area de quirófanos.
- CEYE.
- Laboratorio de patología.
- Archivo.



---

# PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



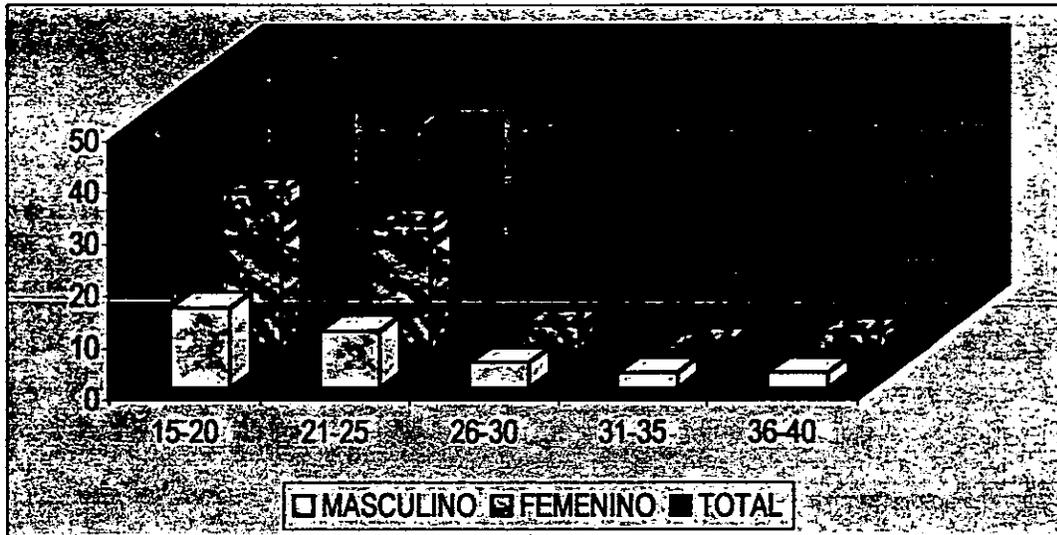
LO HUMANO  
EJE  
DE NUESTRA REFLEXION



### Tabla y gráfica 1

PORCENTAJE DE PACIENTES CON RETENCIONES E INCLUSIONES DENTARIAS DE TERCEROS MOLARES POR EDAD Y SEXO ATENDIDOS EN PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

EDAD	TOTAL	%	F	%	M	%
15-20	50	45.5	33	30	17	15.5
21-25	39	35	27	24	12	11
26-30	10	9.5	4	4.5	6	5
31-35	4	4	1	1	3	3
36-40	7	6	3	3	4	3
<b>total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>62.5</b>	<b>42</b>	<b>37.5</b>

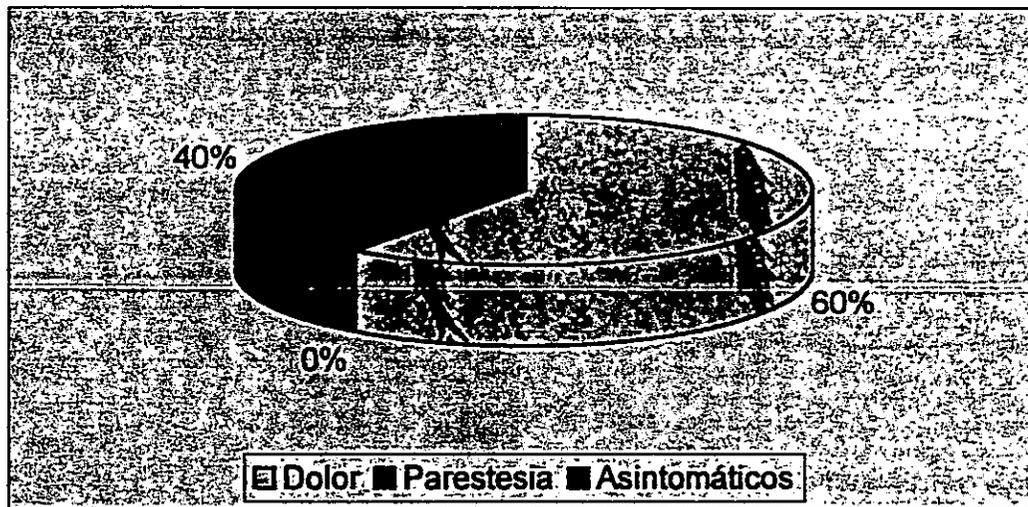




### Tabla y gráfica 5

PORCENTAJE DE PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL TERCER MOLAR, ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAL-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL DALBUENA

SINTOMAS ASOCIADOS AL 3ER MOLAR	TOTAL	%	F	%	M	%
Dolor	66	60	40	36	26	24
Parestesia	0	0	0	0	0	0
Asintomáticos	44	40	28	25	16	15
Total	110	100	68	61	42	39

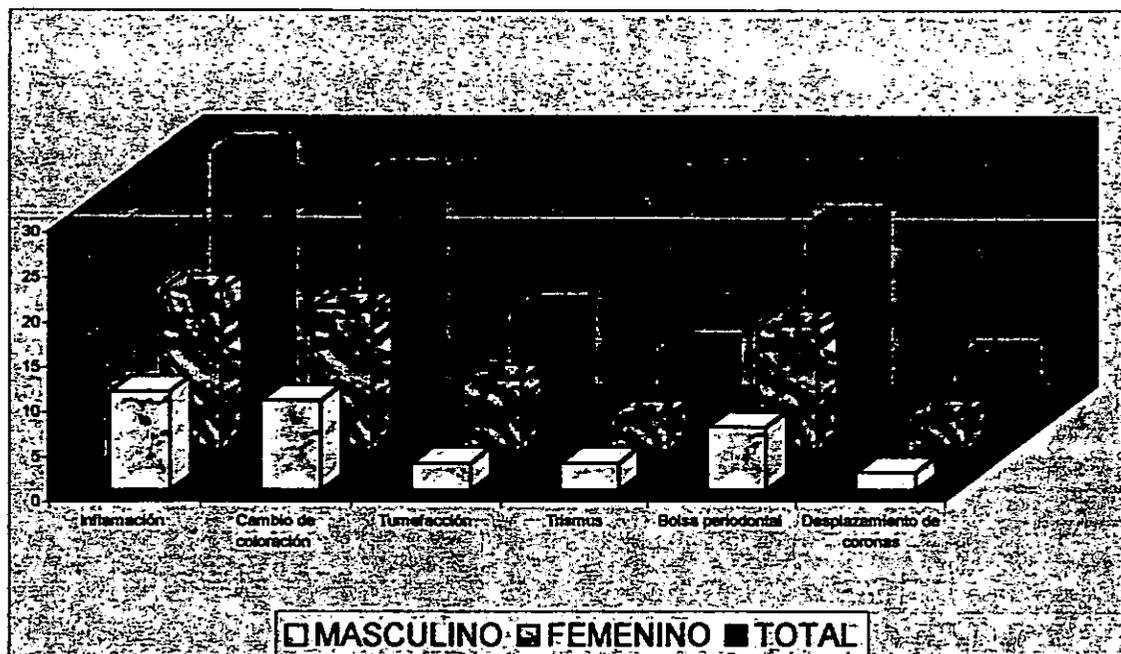




### Tabla y gráfica 4

PORCENTAJE DE PACIENTES CON DATOS CLÍNICOS DEL TERCER MOLAR ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

DATOS CLÍNICOS	TOTAL	%	F	%	M	%
Inflamación	76	29	483	18	28	11
Cambio de coloración	68	26	42	16	26	10
Tumefacción	30	11	21	8	9	3
Trismus	19	7	10	4	9	3
Bolsa periodontal	55	21	36	14	19	7
Desplazamiento de coronas	16	6	11	4	5	2
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100</b>	<b>168</b>	<b>64</b>	<b>96</b>	<b>36</b>

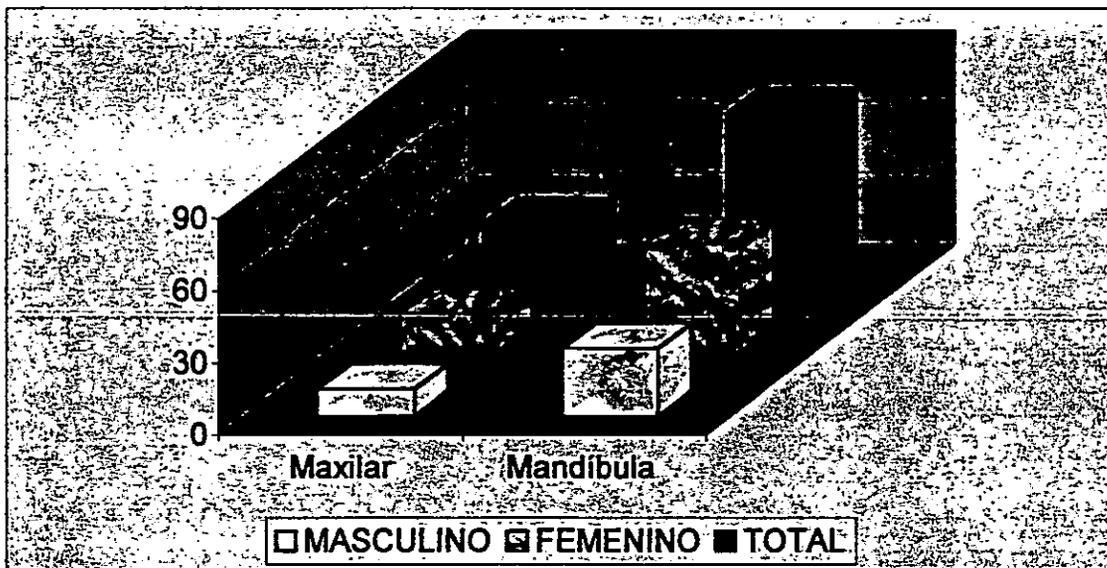




**Tabla y gráfica 3**

**PORCENTAJE DE PACIENTES EN CUANTO AL SITIO DE LOCALIZACIÓN DEL TERCER MOLAR ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL DALBUENA**

LOCALIZACIÓN	TOTAL	%	F	%	M	%
Maxilar	30	27	18	16	12	11
Mandíbula	80	73	50	45	32	28
Total	110	100	68	61	42	39





## Tabla y gráfica 2

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS E INCLUIDOS ATENDIDOS EN EL PERÍODO 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL DALCUIENA

MOTIVO DE LA CONSULTA	TOTAL	%	F	%	M	%
Operatoria dental	35	32	21	19	14	13
Tratamiento ortodóntico	21	19	16	14.5	5	4.5
Exodoncia del tercer molar	40	36	24	22	16	13.5
Exodoncia de otros dientes	8	7	6	5.5	2	2
Tratamiento endodóntico	4	4	1	1	3	3
Tratamiento protésico	2	2	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>62</b>	<b>42</b>	<b>38</b>

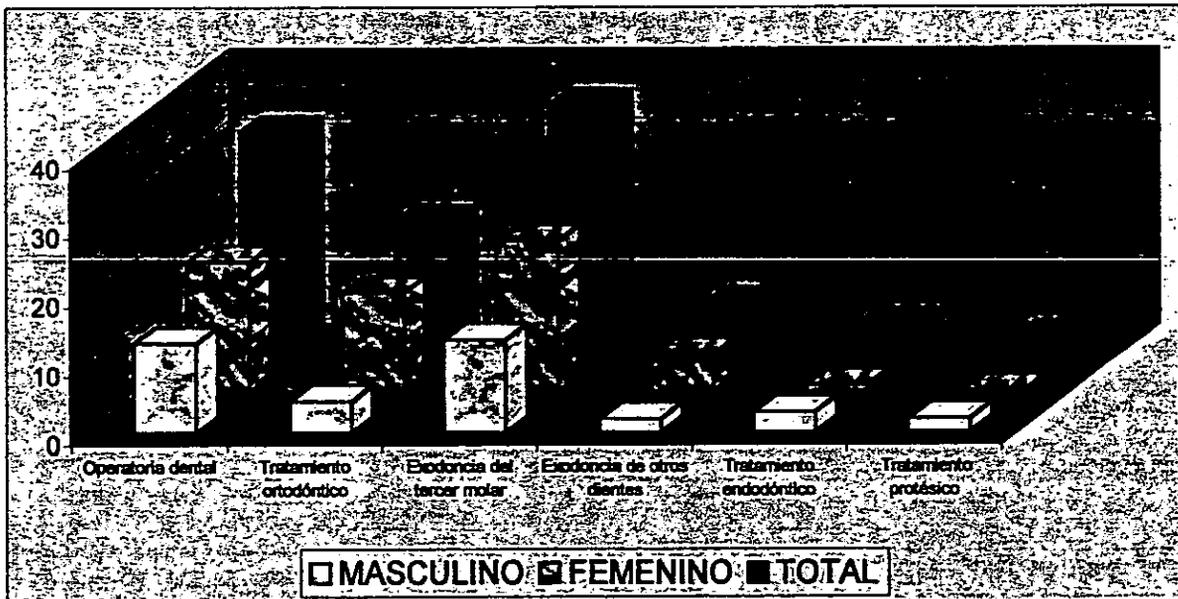
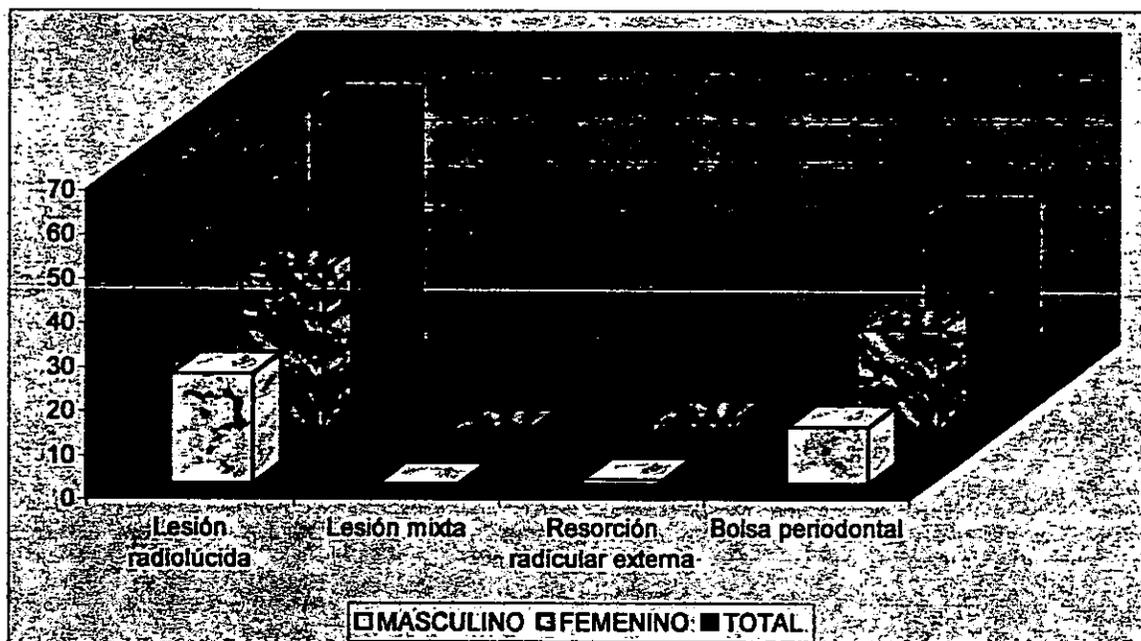




Tabla y gráfica 6

PORCENTAJE DE PACIENTES CON SIGNOS RADIOGRÁFICOS DEL TERCER MOLAR ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

SIGNOS RADIOGRAFICOS	TOTAL	%	F	%	M	%
Lesión radiolúcida	94	61	55	36	39	25
Lesión mixta	0	0	0	0	0	0
Resorción radicular externa	4	3	3	2	1	1
Bolsa periodontal	56	36	35	23	21	13
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>59</b>	<b>61</b>	<b>41</b>

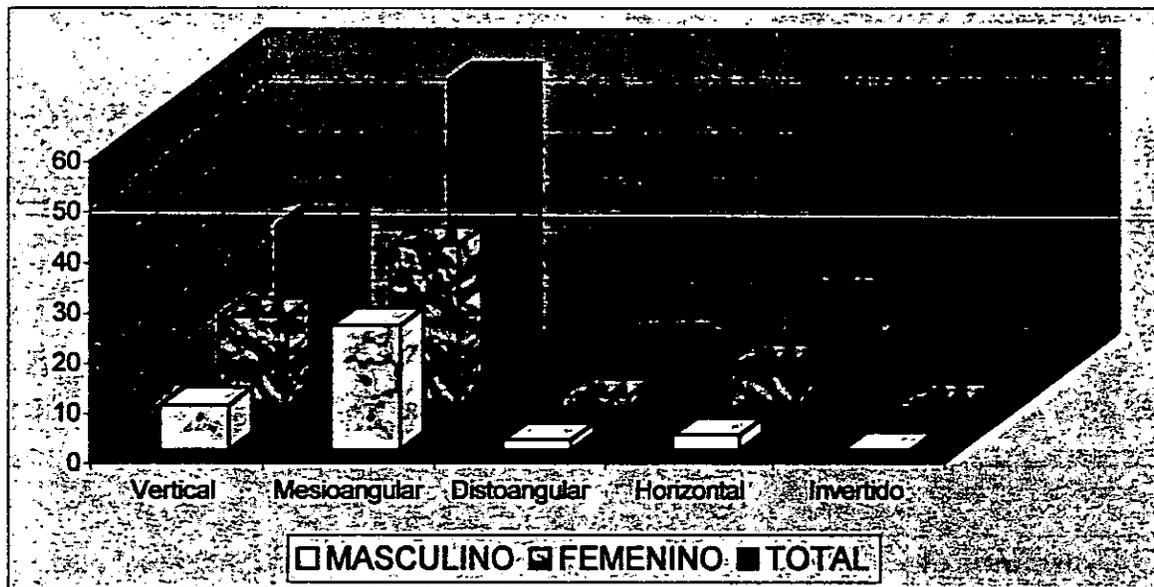




### Tabla y gráfica 7

PORCENTAJE DE PACIENTES CON CLASIFICACIÓN DE TERCER MOLAR, SEGÚN WINTER ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

CLASIFICACIÓN SEGÚN WINTER	TOTAL	%	F	%	M	%
Vertical	30	27	20	18	10	9
Mesioangular	62	56	35	32	27	25
Distoangular	4	4	2	2	2	2
Horizontal	13	12	9	9	3	3
Invertido	1	1	1	1	0	0
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>62</b>	<b>42</b>	<b>38</b>





### Tabla y gráfica 8

PORCENTAJE DE PACIENTES CON CLASIFICACIÓN PARA EL TERCER MOLAR, SEGÚN PELL-GREGORY ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

CLASE	TOTAL	%	F	%	M	%
I	27	25	17	15	10	9
II	41	37	24	22	17	15
III	12	11	7	6	5	5
Ninguno de las anteriores	30	27	20	18	10	9
<b>Totales</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>61</b>	<b>42</b>	<b>39</b>





### Tablas y gráfica 9

PORCENTAJE DE PACIENTES CON CLASIFICACIÓN PARA EL TERCER MOLAR SEGÚN PELL-GREGORY (POSICIONES) ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL DALBUENA

POSICIÓN	TOTAL	%	F	%	M	%
A	38	35	20	18	18	16
B	35	32	22	20	13	12
C	7	6	6	6	1	1
Ninguna de las anteriores	30	27	20	18	10	9
Totales	110	100	68	62	42	38





### Tabla y gráfica 10

PORCENTAJES DE PACIENTES CON CLASIFICACIÓN DE ARCHER PARA EL TERCER MOLAR SUPERIOR, ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA U.M.I. ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

CLASIFICACIÓN DE ARCHER	TOTAL	%	F	%	M	%
A.S	11	37	8	27	3	10
N.A.S.	19	63	12	40	7	23
Totales	30	100	20	69	10	33

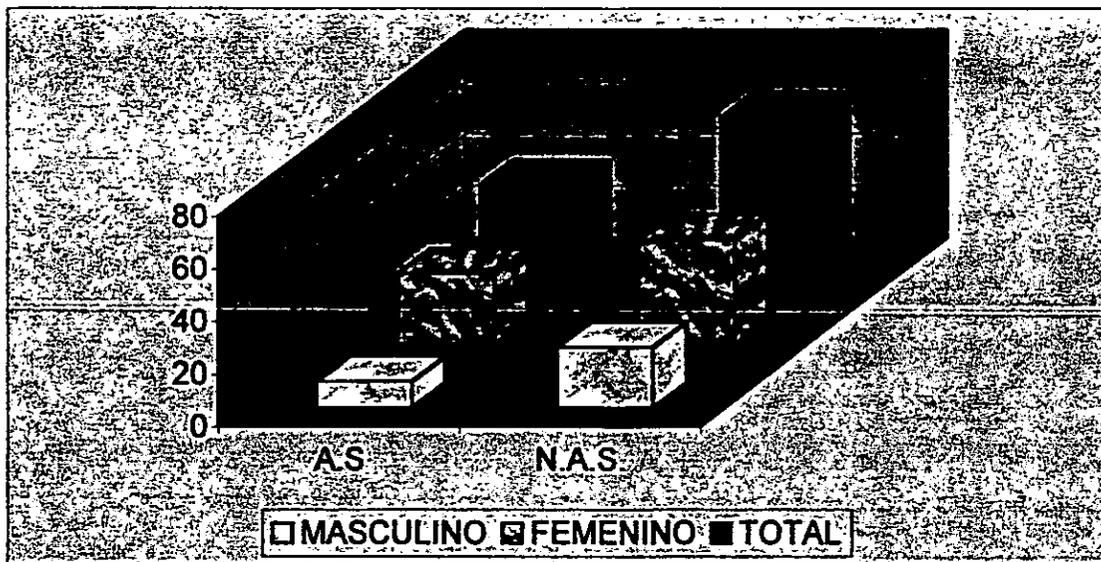
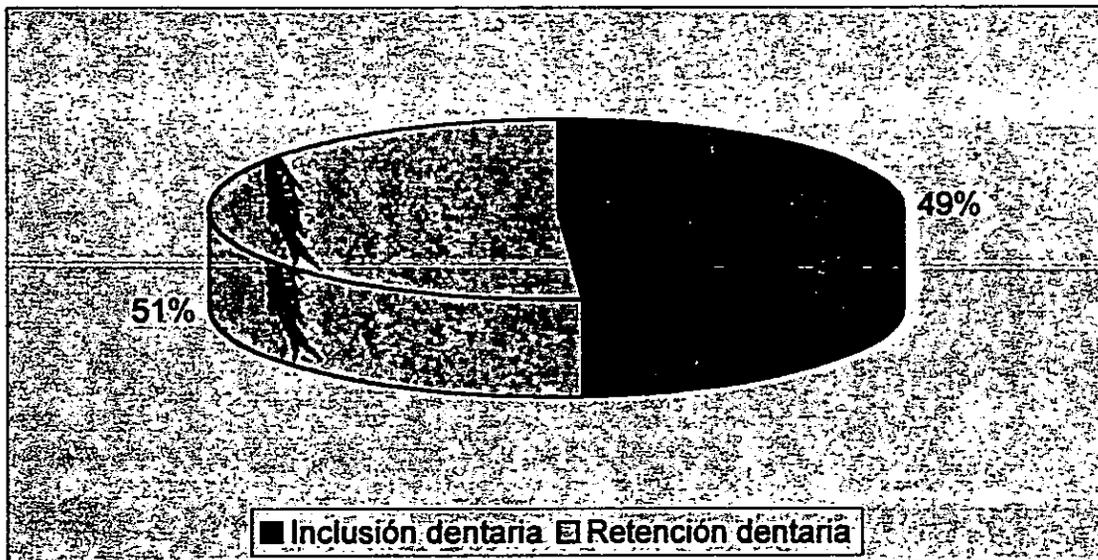




Tabla y gráfica 11

PORCENTAJES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO PARA EL TERCER MOLAR, ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

DIAGNÓSTICO	TOTAL	%	F	%	M	%
Inclusión dentaria	54	49	37	34	17	15
Retención dentaria	56	51	31	28	25	23
Totales	110	100	68	62	42	38

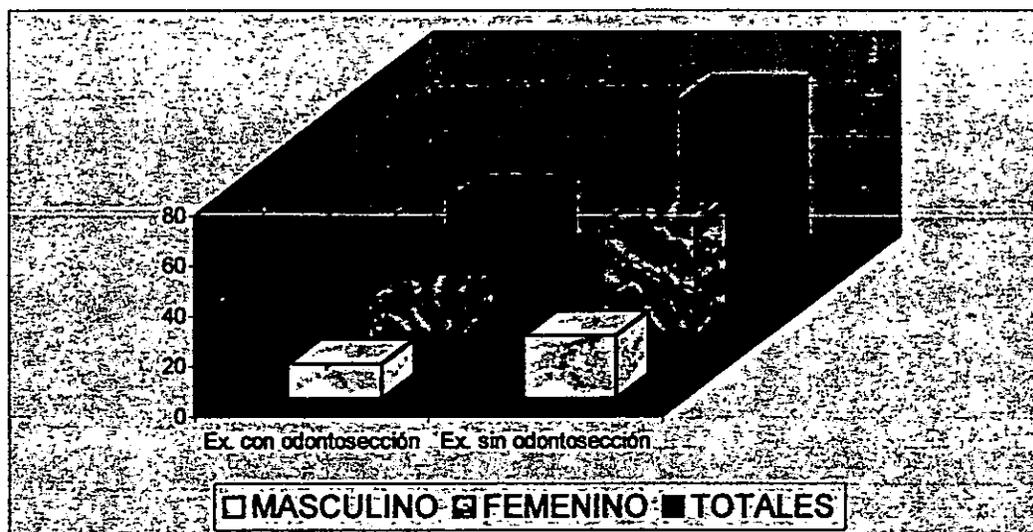




### Tabla y gráfica 12

PORCENTAJE DE TERCEROS MCLARES CON TRATAMIENTO DE EXTRACCIÓN CON ODONTOSECCIÓN Y EXTRACCIÓN SIN ODONTOSECCIÓN ATENDIDOS EN EL PERÍODO DE 1997-1998 EN LA UMAI-ZARAGOZA Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA

TRATAMIENTO	TOTAL	%	F	%	M	%
Ex. con odontosección	93	30	18	16	15	14
Ex. sin odontosección	17	70	50	45	25	25
<b>Totales</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>61</b>	<b>42</b>	<b>39</b>





---

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Tabla y gráfica 1

#### PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EDAD Y SEXO

Según los datos reportados, se observa un predominio de pacientes cuya edad fluctúa entre los 15 a 20 años, designándose un 30% para el sexo femenino y 16% para el sexo masculino.

El segundo rango lo ocupan los pacientes con edades de los 21 y 25 años, con un 24% para el sexo femenino y un 11% para el sexo masculino.

El tercer rango lo ocupan los pacientes de 26 a 30 años de los cuales un 3.5% para el sexo femenino y un 5% del sexo masculino.

El cuarto y quinto lugar lo ocupan pacientes de 31 a 35 años y 36 a 40 años con un 3.5% y un 6.5 respectivamente.

Estos resultados indican que la población adolescente es la que mayor número de retenciones e inclusiones dentarias que presentan los pacientes que con mayor frecuencia son diagnosticados tempranamente, para la prevención de aparición de patologías bucales, ocasionadas por el tercer molar.

### Tabla y gráfica 2

#### PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA

El mayor porcentaje fue reportado con motivo de consulta para exodoncia del tercer molar, con un 36%, correspondiendo 22% para el sexo femenino y 14% para el sexo masculino; el segundo lugar es para consultas en cuanto a tratamiento de operatoria dental, con un total de 32%, del cual correspondió un 19%; para el sexo femenino y 13% para el masculino; el tercer lugar es para tratamientos ortodónticos, con un total de 19% con un 14.5% y 4.5% para el sexo femenino y masculino, respectivamente.



---

El resto de motivos de consulta fue del 7% para exodoncia de otros dientes excluyendo el tercer molar, 4% para tratamiento endodóntico y 2% para tratamiento protésico.

Esto nos da un panorama de que, en la actualidad, el paciente acude por presentar sintomatología, ocasionada por el tercer molar, así mismo por encontrar el cirujano dentista hallazgos radiográficos accidentalmente que hacen que sea indicada la exéresis del tercer molar por prevención o bien por rehabilitación.

### **Tabla y gráfica 3**

#### **SITIO DE LOCALIZACIÓN DEL TERCER MOLAR**

En cuanto al sitio de localización de los terceros molares, se observó que existe un mayor predominio por la mandíbula; obteniéndose un porcentaje total de 73%, correspondiendo el 45% es para el sexo femenino y 28% para el sexo masculino; así mismo se atendieron un total de 30 casos de terceros molares superiores teniendo un 27% del cual un 16% corresponde al sexo femenino y 11% para el sexo masculino.

### **Tabla y gráfica 4**

#### **DATOS CLÍNICOS DEL TERCER MOLAR**

Según los datos observados, el mayor porcentaje en relación a los datos clínicos fue para la inflamación, con un total de 29% repartido en un 18% para el sexo femenino y 11% para el sexo masculino, siguiéndole el cambio de coloración con un 26% repartido en un 16% para el sexo femenino y un 10% para el sexo masculino; el orden de frecuencia del resto de los datos clínicos queda como sigue: bolsa periodontal, con un total de 55 casos con un total de 21%, la tumefacción con un total de 30 casos (11%), el trismus con un total de 19 casos (7%) y desplazamiento de las coronas con 16 casos (6%).



---

### Tabla y gráfica 5

#### SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL TERCER MOLAR

En lo que corresponde a la sintomatología asociada al tercer molar, se encontró que de un total de 110 casos atendidos, 66 de ellos reportó como síntoma el dolor con un 60% correspondiendo un 36% para el sexo femenino y 24% para el sexo masculino; así mismo, el 40% se reportaron como asintomáticos, en lo que correspondió 25% para el sexo femenino y 15% para el sexo masculino, es importante resaltar que el síntoma de parestesia estuvo ausente en el 100% de los casos.

### Tabla y gráfica 6

#### SIGNOS RADIOGRÁFICOS DEL TERCER MOLAR

Según los datos obtenidos con respecto a los signos radiográficos de los terceros molares, observamos que el mayor porcentaje correspondió a la lesión radiolúcida en relación al órgano dentario (tercer molar), con un total de 61% del cual un 36% corresponde al sexo femenino y 25% para el sexo masculino, siguiendo el orden de frecuencia de la siguiente manera: la bolsa periodontal con un 36%, la resorción radicular externa 4% y se encontró una ausencia de la lesión mixta en relación al órgano dentario.

### Tabla y gráfica 7

#### CLASIFICACIÓN DEL TERCER MOLAR, SEGÚN WINTER

Con respecto a la clasificación tomada en cuenta para el tercer molar según Winter, se reporta que la posición mesioangular es la que mayor porcentaje obtuvo con un 56%, teniendo un total de 62 casos, siguiendo el orden de frecuencia como sigue: en segundo lugar lo ocupa la posición vertical, con 30 casos que corresponden al 27%, en tercer lugar, la posición horizontal con un total de 13 casos, de lo que corresponde un 12%, en cuarto lugar se encontró la posición distoangular con un total de 4% y un solo caso de posición invertida con un porcentaje de 1%.



---

### Tabla y gráfica 8

#### CLASIFICACIÓN PARA EL TERCER MOLAR SEGÚN PELL-GREGORY (CLASES)

Así mismo tomamos en consideración la clasificación de Pell-Gregory, en relación a las clases I, II y III que solo se aplica para el tercer molar inferior, de los cuales se obtuvo un 37% para la clase II, con un total de 41 casos, de los cuales el 22% correspondió al sexo femenino y 15% al sexo masculino, en segundo lugar se obtuvo un 25% para la clase I, con un total de 27 casos y en tercer lugar un 11% para la clase III y finalmente un 27% para 30 casos que correspondieron a los terceros molares superiores que no entran en ninguna de las clases anteriores.

### Tabla y gráfica 9

#### CLASIFICACIÓN PARA EL TERCER MOLAR SEGÚN PELL-GREGORY (POSICIONES)

También se tomó en cuenta las posiciones de Pell-Gregory, de los cuales la posición A fue la que mayor porcentaje se obtuvo con un 35% correspondió 18% para el sexo femenino y 16% para el sexo masculino, siguiendo en orden de frecuencia la posición B con un 32% y la posición C con un 6%, así mismo se obtiene un 27% para el resto de 30 casos que corresponde a los terceros molares.

### Tabla y gráfica 10

#### CLASIFICACIÓN PARA EL TERCER MOLAR SUPERIOR SEGÚN ARCHER

En relación a la clasificación para el tercer molar superior se obtiene un 63% para terceros molares diagnosticados sin aproximación al seno maxilar, de los cuales el 40% fue para el sexo femenino y el 23% para el sexo masculino, y el 37% de los terceros molares superiores presentó aproximación al seno maxilar, con un 27% para el sexo femenino y un 10% para el sexo masculino.



---

## Tabla y gráfica 11

### DIAGNÓSTICO CLÍNICO PARA EL TERCER MOLAR

Con respecto al diagnóstico clínico con respecto a los terceros molares atendidos se reporta que el 51% se diagnosticaron como dientes retenidos, de los cuales el 28% corresponde al sexo femenino y 23% para el sexo masculino, así mismo se reporta un porcentaje de 49% para dientes incluidos (tercer molar) de los cuales el 34% corresponden al sexo femenino y el 15% para el sexo masculino.

## Tabla y gráfica 12

### TRATAMIENTOS REALIZADOS EN EL TERCER MOLAR

Con respecto al tratamiento quirúrgico empleado para el tercer molar, encontramos que el mayor porcentaje fue para el tratamiento convencional de extracción del tercer molar sin odontosección, de los cuales el 45% correspondió al sexo femenino y el 25% para el sexo masculino y un total de 30% para el tratamiento de extracción con odontosección de los cuales el 16% fue para el sexo femenino y 14% para el sexo masculino.



---

## CONCLUSIONES

- ⊗ Las retenciones e inclusiones del tercer molar son muy frecuentes en la población que acude a la UMAI-Zaragoza y Hospital General Balbuena.
- ⊗ Predominan las retenciones e inclusiones dentarias en el sexo femenino en pacientes de la primera y segunda década de la vida.
- ⊗ La posición del tercer molar que con mayor frecuencia se retiene, es la mesioangular, clase II, posición A.
- ⊗ La mayoría de los casos atendidos presentó antecedentes de dolor e inflamación (60%), lo que indica una alta frecuencia de la presencia de pericoronitis.
- ⊗ En cuanto al tratamiento que se implementó fue la extracción sin odontosección.
- ⊗ Como hemos visto, el tercer molar es un tema de indudable importancia en el que se debe tomar en cuenta dando prioridad a la extracción por prevención.



---

## PROPUESTAS

- ⊗ Consideramos indispensable la adecuada elaboración de una historia clínica.
- ⊗ Elaborar exámenes radiográficos de rutina con la finalidad de diagnosticar oportunamente la presencia de retenciones ó inclusiones dentarias.
- ⊗ Proponemos hacer del examen histopatológico un auxiliar de diagnóstico esencial en la corroboración de diagnósticos presuncionales.
- ⊗ Brindar atención integral al paciente, auxiliándonos de la interconsulta con otras áreas médicas.

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

---

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Bim J.S. ÁTLAS DE CIRUGÍA ORAL, ed. Quinta, Ed. Salvat, México D.F. 1989 pág. 140-150
  2. Droshi H. DIENTES INCLUIDOS Y FALTA DE ESPACIO, ed. Quinta, Ed. Interamericana, Argentina 1987 pag. 221-225
  3. Foster R.L. TRATAMIENTO PRE Y POSOPERATORIO, ed. Segunda, Ed. Interamericana, México D.F. 1981 pág. 151-160
  4. Graber T.S. ORTODONCIA, PRINCIPIOS GENERALES Y TÉCNICAS, ed. Tercera, Ed. Interamericana, Argentina 1991 pág. 255-276
  5. Kruguer G. TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL, ed. Segunda, Ed. Interamericana, Argentina 1980 pág. 185-200
  6. Laskin D.M. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL., ed. Sexta, Ed. Panamericana, Argentina 1985 pág. 131-152
  7. López A.J.S. CIRUGÍA ORAL, ed. Segunda, Ed. Interamericana, México D.F. 1991 pág. 189-192
  8. Masson R.A. GUÍA PARA LA RADIOLOGÍA DENTAL, ed. Segunda, Ed. El manual moderno, México D.F. 1990 pág. 175-189
  9. Mundo O.L. y Cols. TERCEROS MOLARES INCLUIDOS, Facultad de Odontología, UNAM, 1993 pág. 123-154
  10. Peláez L. CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR RETENIDO, ed. Segunda, Ed. Porrúa S.A. México D.F. 1993 pág. 223-236
  11. Quiróz G.F. TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA, ed. Segunda, Ed. Porrúa S.A. México D.F. Vol. 1, 1990 pág. 225-270
  12. Reguezzi S. TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, ed. Cuarta, Ed. Interamericana, Argentina 1991 pág. 185-198
  13. Rey G.M. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS, ed. Cuarta, Ed. Porrúa S.A. México D.F. 1990 pág. 167-173
  14. Ries C. G. CIRUGÍA BUCAL, ed. Octava, Ed. Ateneo, Argentina 1987 pág. 221-251
  15. William H.A. CIRUGÍA BUCAL, ÁTLAS PASO POR PASO DE TÉCNICAS OPERATORIAS, ed. Tercera, Ed. Mundi Vol. 1, Argentina 1998 pág. 325-344
  16. Anaya A.S. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 236 RETENCIONES DENTARIAS, Rev. A.D.M. XXXVI 1997 pág. 269-272
  17. Buisson G. CONDUCTA A SEGUIR ANTE UN CANINO INCLUIDO. Rev. Española de Estomatología, Vol. 4 No. 3 1996 pág. 34-36
  18. Castro A.J.M. RAZONES PARA LA EXTIRPACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES NO ERUPCIONADOS. Rev. P.O. Vol. 1., No. 6 1995 pág. 40-43
-



- 
19. Crestanello J.P.N. TERCEROS MOLARES, INDICACIONES PARA SU EXTIRPACIÓN. Practica privada, Asociación Odontológica Uruguaya. 1996 pág. 42-48
  20. Feldman I. PRESENCIA CLÍNICA DE LOS TERCEROS MOLARES Y SU RELACIÓN CON LA FRECUENCIA DE PÉRDIDA DE LOS PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES PERMANENTES. Rev. Iberoamericana de Ortodoncia, Vol. 1 1989 pág. 39-42
  21. Fujikama T.K. IMPULSIÓN DEL TERCER MOLAR EN FOSA PTERIGOMAXILAR. Rev. A.D.M. Vol. XXXIII. No. 10 1995 pág. 33-38
  22. Gallard R.J. PRESENTACIÓN DE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LIBERAR DIENTES RETENIDOS. Rev. P.O. Vol. 15, No. 1 1997 pág. 25-28
  23. González G. y Cols. ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE LA FORMACIÓN DEL TERCER MOLAR. Rev. P.O. Vol. 11, No. 11 1996 pág. 17-29
  24. Ortega A.J.J. TRANSPLANTE DENTARIO. Rev. P.O. Vol. 12, No. 10 1997 pág. 23-26
  25. Ortíz J.R. QUISTES DENTÍGEROS DE LOS MAXILARES, CASO CLÍNICO. Rev. P.O. Vol. 12, No.10 1991 pág. 34-38
  26. Oviedo M.A. y Cols. EXODONCIA DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR RETENIDO EN POSICIÓN VERTICAL. Rev. A.D.M. Vol. L Marzo -Abril, 1993. No. 2 pág. 33-36
  27. Quintero J. U. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ORTODÓNTICO DEL TERCER MOLAR. Educación Continua Odontológica. No. 1, 1997 pág. 54-57
  28. Rodríguez J. y Cols. RETENCIÓN COMPLEJA DE LOS TERCEROS MOLARES, PRESENTACIÓN DE UN CASO. Rev. Cubana Estomatológica. Julio- Diciembre. 1992 pág. 21-32
  29. Sluthter W.T. EL DIENTE IMPACTADO, SUS COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO. Rev. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Vol. 3. No. 4 1997 pág. 44-50
  30. Trujillo F.M. RETENCIONES DENTARIAS EN LA REGIÓN ANTERIOR. Rev. P.O. Vol. 12 No.10,1995 pág. 27-30



---

# ANEXOS



LO HUMANO  
EJE  
DE NUESTRA REFLEXION



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

FICHA DE REGISTRO PERSONAL FICHA No. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TERCEROS MOLARES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Motivo de la Consulta: \_\_\_\_\_

1.- LOCALIZACIÓN:

- Maxilar ( )
- Bucal ( )
- Mandíbula ( )
- Palatina ( )
- Lingual ( )

2.- DATOS CLÍNICOS:

- Inflamación ( )
- Cambio de Coloración ( )
- Tumefacción ( )

- Consistencia: Dura ( )
- Banda ( )
- Trismus ( )

Ausencia de dientes No. \_\_\_\_\_

Desplazamiento de coronas de raíces vecinos  S  N

Bolsa periodontal  S  N

3.- ALTERACIONES SISTEMICAS: \_\_\_\_\_

4.- SINTOMATOLOGÍA

Dolor:  S  N

Parestesia:  S  N

5.- SIGNOS RADIOGRÁFICOS:

- Lesión radiolucida en relación al órgano dentario ( )
- Lesión mixta en relación al órgano dentario ( )

Resorción radicular externa  S  N

Diente: \_\_\_\_\_

Bolsa periodontal  S  N

6.- CLASIFICACIÓN DE DIENTES RETENIDOS:

Retención ó inclusión No. \_\_\_\_\_

- Winter
  - Vertical ( )
  - Horizontal ( )
  - Invertido ( )
  - Mesioangular ( )
  - Distoangular ( )

Pell-Gregory Clase: \_\_\_\_\_

Archer: Posición: \_\_\_\_\_

- A.S. ( )
- N.A.S. ( )

7.- ETIOLOGIA: \_\_\_\_\_

8.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

9.- COMPLICACIONES. \_\_\_\_\_

10.- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_





# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1947

1948

ACTIVIDADES	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT
Elaboración del anteproyecto	X	X	X	X	X	X								
Entrega del anteproyecto							X							
Captación de pacientes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Aplicación de ficha	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Establecimiento de diagnósticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Presentación de resultados												X	X	X
Análisis de resultados											X	X	X	X
Conclusiones														X
Propuestas														X
Informe final														X
Períodos vacacionales				X	X	X	X	X						