



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



“FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA”

“Frecuencia de la posición de terceros molares en región mandibular atendidos en el área de cirugía bucal de la clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza entre septiembre 2013-abril 2014, de acuerdo a la clasificación de Pell-Gregory y Winter”

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MUÑOZ AUPART AURA
OBISPO VARGAS CINTIA

DIRECTOR

CMF. CALDERÓN DURÁN ALFREDO

ASESORA

CD. MARTÍNEZ LUCÍA GABRIELA

MEXICO D.F

NOVIEMBRE 2014



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	6
OBJETO DE ESTUDIO	6
MARCO TEÓRICO	7
MANDÌBULA:	7
RETENCIÓN	8
IMPACTACIÓN	8
INCLUSIÓN.....	9
TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA:	10
ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA	10
ACCIDENTES QUE PROVOCAN LAS RETENCIONES DENTARIAS	11
MECANICOS:.....	11
INFECCIOSOS:	11
NERVIOSOS:.....	11
TUMORALES:.....	11
TERCER MOLAR INFERIOR.....	12
GENERALIDADES	12
ANATOMÍA DENTAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR.	12
LA CORONA	12
LAS RAÍCES	14
CLASIFICACIONES DE TERCEROS MOLARES.....	15
CLASIFICACIÓN DE WINTER	15
CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY.....	17
CLASIFICACIÓN SEGÚN JAVIER SÁNCHEZ TORRES.....	18
FRECUENCIA DE INCLUSIONES DENTARIAS	20
PERIODO PRE-OPERATORIO.....	21
PERIODO TRANS-OPERATORIO O INTRAOPERATORIO	23
PERIODO POS-OPERATORIO	23

DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
TIPO DE ESTUDIO	24
POBLACIÓN DE ESTUDIO	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN.....	25
TÉCNICA.....	25
RECURSOS	27
MATERIALES.....	27
HUMANOS	27
FÍSICOS	27
CRONOGRAMA.....	28
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	29
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	39
PROPUESTAS.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

El tercer molar es el órgano dentario que ocupa el primer lugar en las retenciones dentarias con un 35 % según investigaciones de Berten, Cieszynki, Cosme y cols. El estudio de la frecuencia y posición del tercer molar retenido es de gran importancia para el cirujano dentista y especialistas en el área, para obtener conocimientos de cuál, es la posición más frecuente de estas retenciones y establecer alternativas de tratamiento, con la finalidad de prevenir complicaciones que alteren el estilo de vida del paciente.

Existen clasificaciones diferentes para establecer la posición de terceros molares, se analizará la frecuencia de la posición de acuerdo a la clasificación de Pell and Gregory y Winter, para fines didácticos y de comunicación unificada, con lo que se evitará los riesgos que puedan existir interpretaciones equivocadas o dudas al establecer el diagnóstico y tratamiento; dentro de la población que acude al servicio de cirugía bucal en el periodo entre septiembre 2013-abril 2014 turno vespertino de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza.

En 1997 al 2001 se realizó un estudio en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la prevalencia de terceros molares retenidos, observando que la clase I se presentó en un 39%, la posición A en 30 %, en cuanto a la dirección la mesioangular en un 30%, de acuerdo a la clasificación Winter y de Pell and Gregory. Así mismo en dicha investigación el género femenino fue el de mayor prevalencia en un 67% y el masculino con un 33%.

Se pretende establecer la clasificación correcta del órgano dentario retenido, el diagnóstico, con el propósito de decidir el abordaje, la técnica quirúrgica y evitar posibles complicaciones trans y posquirúrgicas que pudiesen presentarse.

Actualmente el sistema de salud bucal no está brindando una atención integral al paciente por completo en el área bucal y de acuerdo a nuestros resultados proponemos, sensibilizar y concientizar al personal odontológico debido a que se sigue presentando un alto índice de dicho órgano hasta llegar a pacientes adulto mayor además que ellos acuden a una atención dental por motivos protésicos o patológicos.

JUSTIFICACIÓN

Los terceros molares son órganos dentarios muy inconstantes en cuanto a su formación, aparición, orientación, erupción, pueden estar o no estar ausentes, cuando este mecanismo falla, se producen las diferentes variedades de retención, inclusión e impactación. Este órgano dentario ocupa el primer lugar en las retenciones dentarias con un 35% según investigaciones de Berten, Cieszynki, Cosme y cols del año 2009.

Existe poca información sobre este tema en pacientes que acudieron recientemente al servicio del área de cirugía bucal en la Clínica Universitaria de Atención de la Salud Zaragoza.

Motivo por el cual la presente investigación tiene como principal objeto determinar la posición más frecuente de los terceros molares en la región mandibular, atendidos en el área de cirugía bucal de la clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza, de acuerdo a la clasificación de Pell and Gregory y Winter en el periodo septiembre 2013-abril 2014.

La clasificación de Pell and Gregory, se basa en la profundidad y distancia de la cara distal del segundo molar a la rama ascendente en relación al diámetro mesiodistal del tercer molar. En el caso de Winter, se refiere a las ocho posibles posiciones del tercer molar inferior de acuerdo con su eje longitudinal; estas clasificaciones fueron hechas, a partir de análisis radiográficos, que sirven como parámetros para su estudio.

Esta investigación nos ayudará en especificar dicha clasificación en posiciones aceptadas para la realización del tratamiento por los alumnos y pasantes de cirugía bucal ya que algunos de los casos requieren la experiencia y habilidad de un especialista.

El trabajo contará con el apoyo de la Facultad, que promueve la investigación de sus alumnos con las bases teórico-prácticas, así como con los recursos humanos y de estructura para que se concluya satisfactoriamente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la posición más frecuente de terceros molares en la región mandibular atendidos en el área de cirugía bucal de la clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza, de acuerdo a la clasificación de Pell- Gregory y Winter en el ciclo escolar 2013- 2014?

OBJETIVOS GENERAL

Determinar la posición más frecuente de los terceros molares en la región mandibular, atendidos en el área de cirugía bucal de la clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza, de acuerdo a la clasificación de Pell and Gregory y Winter en el periodo septiembre 2013-abril 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la edad y genero con mayor posición y retención de 3er molar inferior en los pacientes que acuden a la CUAS Zaragoza, del periodo comprendido de septiembre 2013- abril 2014.
- Determinar en qué lado de la arcada inferior se encuentra con mayor frecuencia la retención del 3er molar.
- Determinar frecuencia del 3er molar inferior de acuerdo a la profundidad ósea según de Pell and Gregory.
- Determinar frecuencia de dirección coronal de acuerdo al eje longitudinal del 3er molar según Winter.

OBJETO DE ESTUDIO

Analizar la frecuencia de la posición de los terceros molares región mandibular, en la población atendida en el área de cirugía bucal de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza turno vespertino, en el ciclo escolar 2013-2014.

MARCO TEÓRICO

La erupción de los dientes temporales y permanentes se realiza según una secuencia determinada. Si se produce un retraso debe investigarse si existe agenesia del diente o la presencia de alguna causa que ocasione la retención de su erupción. A pesar de que pueden permanecer asintomáticos en tales condiciones, se ven frecuentemente asociados a una mala oclusión y procesos patológicos que van desde un simple malestar doloroso, caries, hasta complicaciones más graves como procesos infecciosos, quistes, lesiones neoplásicas, su extracción es conveniente para evitar lesiones y resolver patologías relacionadas con su erupción ya que es muy poco frecuente encontrar pacientes que presenten una correcta posición de tercer molar en la arcada y que no haya presentado problemas para su erupción, además es característico que el paciente acuda a un tratamiento odontológico solo cuando tiene molestias en la zona de dicho órgano dentario.^{1,2}

La erupción dental es el movimiento de un diente desde su posición de desarrollo inicial en el proceso alveolar hasta su posición funcional al plano oclusal. Por lo tanto los terceros molares son órganos dentarios muy inconstantes en cuanto a su formación, aparición, orientación, erupción, pueden estar o no estar ausentes, cuando este mecanismo falla, se producen las diferentes variedades de retención, inclusión e impactación.^{1,2}

MANDÍBULA:

El maxilar inferior o mandíbula es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentarias inferiores, formando con el hueso hioides el esqueleto del piso de la boca. Su forma es comparada a una herradura horizontal abierta hacia atrás, de cuyos extremos libres emergen dos prolongaciones o ramas ascendentes.³⁻⁷

ORIGEN: Deriva del esqueleto visceral (primer arco); su osificación es conjuntiva y se realiza a lo largo del cartílago de Meckel, el cual desaparece.³⁻⁷

FUNCIONES: Es el único hueso móvil de los craneofaciales, es singularmente importante, porque está implicado en las funciones vitales de masticación, mantenimiento de la vía aérea, dicción y expresión facial.³⁻⁷

ERUPCIÓN DENTARIA: La erupción dentaria es el proceso de migración de la corona dentaria desde su lugar de desarrollo dentro del hueso maxilar hasta su posición, funciona en la cavidad bucal. La primera manifestación histopatológica que indica el mecanismo de erupción se presenta en el saco dentario. La erupción dentaria se lleva a cabo unas 50 veces en cada individuo pero no se conoce con certeza el mecanismo exacto de su producción. En el momento de su erupción, tanto en la dentina primaria como en la secundaria, el diente ha completado dos tercios de su raíz. El tercio apical se completa cuando el diente ya está ubicado en el arco dental.³⁻⁷

MECANISMOS DE LA ERUPCIÓN DENTARIA

Los mecanismos que intervienen en la erupción dentaria aún no están bien aclarados, por lo que se han sugerido diversas hipótesis:

- El crecimiento de la raíz provoca presiones contra el hueso alveolar.
- Existe un ligamento “en hamaca” constituido por fibras colágenas que disminuyen paulatinamente de longitud y determinan de esa manera, el desplazamiento del diente hacia la mucosa bucal. (Estas teorías no explican la formación de los dientes retenidos; además, pueden erupcionar dientes que no han formado sus raíces.)
 - El crecimiento de la raíz depende de la extensión hacia apical de la papila dental.
 - La aposición del cemento apical. (La cantidad de ese cemento es muy pequeña en relación al recorrido realizado por el diente durante la erupción.)
 - La actividad de los dientes permanentes. (Explicaría la erupción de los dientes primarios pero no de los secundarios.)
 - La presión sanguínea apical.
 - La disminución progresiva del volumen de la cavidad pulpar, por la continua formación de dentina. (No explica la erupción de dientes sin raíces.)
 - La remodelación ósea de los maxilares. (No aclara sobre la formación de dientes que permanecen incluidos.³⁻⁷)

Seguidamente hacen su erupción entre los 18 y 20 años, completando la formación de su raíz entre los 20 a 23 años.¹⁹⁻²²

A partir de esto se puede contextualizar si es una retención, impactación o retención de dicho órgano.

RETENCIÓN

Es la interrupción de su erupción sin que exista evidencia de una barrera o anomalía de posición o desarrollo del germen, y sin llegar a aparecer en la arcada.

Puede presentarse de dos formas: inter ósea cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto por mucosa gingival. Se relaciona cuando se concluye la etapa de erupción.⁹⁻¹⁷

IMPACTACIÓN

Es la detención de la erupción de un órgano dentario producida por una barrera física en el recorrido de su erupción; o por una anomalía en la posición de dicho órgano, todo ello identificable clínica y radiológicamente. Se relaciona cuando la etapa de erupción aún no ha finalizado.⁹⁻¹⁷

INCLUSIÓN

Abarca tanto la impactación y la retención y se refiere al órgano dentario que permanece dentro del hueso y que ha perdido su fuerza de erupción, rodeado aún de su saco pericoronario intacto o de un lecho óseo y puede ser:

- Inclusión ectópica: cuando el diente que está incluido se encuentra en una posición anormal, pero cerca de su lugar habitual.
- Inclusión heterotópica: cuando el diente incluido en posición anormal se encuentra alejado de su localización habitual de erupción.⁹⁻¹⁷

Algunas causas de estos problemas son:

- Irregularidad en la posición y la presión de un diente vecino.
- Aumento de la densidad del hueso circundante.
- Inflamación crónica con aumento en la densidad de la mucosa oral de recubrimiento.
- Falta de espacio en la arcada.
- Retención en la dentición temporal.
- Pérdida prematura de la dentición temporal.
- Necrosis de la cámara pulpar con pérdida potencial del crecimiento.⁹⁻¹⁷

De acuerdo a la teoría de la reducción terminal dentaria de Adloff (citado por Figún & Garino, 1992) que señala la futura desaparición del 3er molar en la especie humana, aspecto evolutivo consecuencia de la disminución de la actividad masticatoria. Esta sería una línea evolutiva hacia un número menor de dientes (Shafer *et al.*, 1977). Según señalan Figún & Garino, la evolución de los hábitos alimenticios ha contribuido a modificar el tamaño de los maxilares, siendo marcado este cambio a nivel mandibular, aspecto evolutivo del *Homo sapiens sapiens* que se confirma por la disminución progresiva del espacio retromolar entre borde anterior de la rama y cara distal del 3 molar. Hattab & Alhajja (1999) señalan que la menor exigencia masticatoria a consecuencia de los hábitos alimenticios actuales disminuye el tamaño de los maxilares y dificulta la erupción del tercer molar, favoreciendo la retención.

Nicodemo Filho *et al.* (2008) destacan la opinión de antropólogos que afirman que el crecimiento constante del cerebro aumenta el volumen de la cavidad craneana en desarrollo de los maxilares, lo que contribuye a que un número cada vez mayor de personas presenten alteraciones en la erupción normal de terceros molares.¹⁸

Como ya se sabe, existen diferentes teorías de acuerdo a la evolución humana en las cuales conllevan a una relación en la erupción dentaria, se enumeraran las teorías que hacen referencia a lo ya citado.

TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA:

- A. Teoría Filogenética: Debido a la evolución humana los maxilares han sufrido una gradual disminución de tamaño, y han existido un aumento de la masa craneal. Al contrario de éstas, las piezas dentales no han sufrido ningún cambio en cuanto a su tamaño. Esto también se ha visto influenciado por el proceso de adaptación de los maxilares a la modificación de la dieta alimenticia, porque no se comen alimentos duros que exijan un gran esfuerzo masticatorio, lo que provoca que la naturaleza trate de eliminar todo lo que no es útil, en este caso los terceros molares.¹⁹⁻²³
- B. Teoría Mendeliana. La herencia puede ser un factor etiológico, como en la transmisión genética de maxilares pequeños de un padre y órganos dentarios grandes heredadas de la madre, o viceversa.¹⁹⁻²³
- C. Teoría Ortodóncico: El crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de las piezas es en dirección anterior. Cualquier interferencia con tal desarrollo causa retención de las piezas.¹⁹⁻²³

ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA

En general las causas de la retención de los dientes pueden ser sistémicas, localizadas y raras.

Las primeras son las que tienen relación directa con la herencia, la mezcla de razas, diferencias de las glándulas endocrinas así como enfermedades ligadas al metabolismo de calcio, padecimientos febriles y radiación.

Estas se pueden dividir en:

- ❖ Prenatales: raza, herencia y algunos síndromes.
- ❖ Postnatales: mal-nutrición, raquitismo y trastornos endocrinos (hipo e hiperparatiroidismo).¹⁴⁻¹⁹

Las causas localizadas son los motivos más frecuentes para la retención de terceros molares y se presentan por algunos o por combinación de los siguientes factores:

- Discrepancias en el tamaño de los dientes y la longitud del arco.
- Retención prolongada o perdida temprana de dientes temporales.
- Mal posición o posición anormal del germen dentario.
- Presencia de una hendidura alveolar.
- Anquilosis.
- Formación quística o neoplásica.
- Dilaceración radicular.
- Origen iatrogénico e idiopático sin causa evidente.
- Alta condensación de hueso que no puede ser vencido en el trayecto de erupción.
- Presencia de dientes supernumerarios.
- Presencia de odontoma.

Las causas raras como su nombre lo dice son poco frecuentes y se presentan en pacientes con:

- Labio y paladar hendido
- Disostosis cleidocraneal
- Oxicefalia.¹⁵⁻¹⁹

ACCIDENTES QUE PROVOCAN LAS RETENCIONES DENTARIAS

Los accidentes originados son de variedad clínica e intensidad distinta pueden clasificarse clínicamente en:¹⁴⁻¹⁶

MECANICOS:

- Mal posición dentaria
- Mal oclusión
- Alteración del diente vecino
- Accidentes protésicos

INFECCIOSOS:

- Abscesos
- Celulitis serosa
- Osteomielitis¹⁴⁻¹⁶

NERVIOSOS:

- Neuralgias
- Algas
- Trismus
- Parestesias

TUMORALES:

- Quiste dentífero
- Tumor Odontogénico Queratinizante.
- Ameloblastoma¹⁴⁻¹⁶

TERCER MOLAR INFERIOR

GENERALIDADES

El tercer molar inferior tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías. Se sabe además que presenta mayor porcentaje de inclusión, siendo la causa más común de no erupción la carencia del espacio necesario. Muchas veces no hay suficiente lugar entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente y, por consecuencia, queda impactado con el segundo molar en su trayecto de erupción; sino queda impactado, puede tomar diversas posiciones que podrían traer como complicaciones la formación de quistes dentígeros (denominados quistes de erupción) entre otras patologías. Es por ello la necesidad de diagnosticar correctamente el espacio disponible del tercer molar.¹⁹

ANATOMÍA DENTAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los terceros molares son los dientes más irregulares en cuanto a morfología y erupción se refiere. Empiezan su formación alrededor de los 8 años terminando su amelo génesis alrededor de los 12-16 años. Seguidamente hacen su erupción entre los 18 y 20 años, completando la formación de su raíz entre los 20 a 23 años.¹⁹⁻²²

LA CORONA

Presenta una variedad de forma, tamaño y estado que será necesario conocer. Puede ser normal, pequeña o grande; puede presentar de tres a más cúspides y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales¹⁹⁻²²

Tipo mora:



Figura No. 4. Tipo Mora.

Sobre la cara oclusal hay una serie de pequeñas esferas colocadas de forma irregular y desordena sobre el esmalte.

Tipo de Compresión:



Figura No. 5. Tipo de Compresión.

La pieza presenta un aparente aplastamiento en el sentido mesiodistal haciendo que el diámetro vestibulopalatino se enfoque combinando con esto su forma normal.

Tipo Bicúspideo



Figura No. 1. Tipo Bicúspideo.

Esta posee dos cúspides, una cúspide en el aspecto bucal y otra en el aspecto lingual.

Tipo Radiado:



Figura No. 2. Tipo Radiado.

Aquí la pieza presenta una serie de cúspides hijas, pero cada una de estas estructuras posee dirección convergente hacia el centro geométrico de la cara oclusal.

Tipo Barroco:



Figura No. 3. Tipo Barroco.

La pieza presenta una serie de cúspides, rebordes y listones de esmalte similar a los adornos curvilíneos característicos del arte barroco.

Figura 1.
Imágenes tomadas de Herrera Gramajo IM. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos

LAS RAÍCES

Ningún molar tiene características parecidas al tercer molar inferior en lo que refiere a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces. En su conjunto, las raíces del tercer molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario. Por lo general es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida, es aplastada en sentido mesiodistal, y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. Son frecuentes los molares de tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular. La disposición puede sistematizarse.¹⁹⁻²²

Esto se debe al hecho de ser los últimos dientes en completar su formación y posterior proceso de erupción, quedando susceptibles a la falta de espacio y consecuentemente a la inclusión dental.⁵ Son órganos dentarios muy inconstantes en cuanto a su formación, anatomía, orientación, erupción, etc, pueden estar ausentes de 5 a 3 % de los casos.¹⁹⁻²²

Existen diferentes clasificaciones para describir la ubicación tridimensional de un tercer molar, pero las más útiles sin lugar a dudas son las que propone Winter desde 1926 y la clasificación de Pell-Gregory en 1933.¹⁹⁻²²

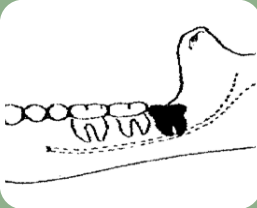
Estas clasificaciones fueron hechas a partir de análisis radiográficos y, en la gran mayoría de veces, se utilizan radiografías panorámicas, donde es posible visualizar correctamente el eje longitudinal del segundo molar, rama de la mandíbula y el nivel óseo que sirven como parámetros.¹⁹⁻²²

Los terceros molares retenidos son clasificados, desde el punto de vista quirúrgico, en clase I, II y III dependiendo de su localización anatómica y la relación con los elementos nobles como, conducto dentario inferior, agujero mentoniano y borde basal, ya que esto determina el grado de dificultad que presentan en el momento de su extracción quirúrgica.^{19,22}

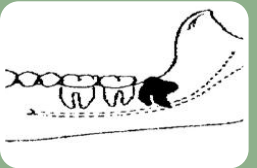
CLASIFICACIONES DE TERCEROS MOLARES.

CLASIFICACIÓN DE WINTER

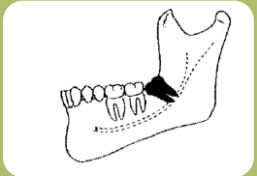
La mayoría de autores hasta la fecha se basan en esta misma clasificación. En esta clasificación se toma en cuenta la orientación del eje longitudinal (en sentido corono radicular) del tercer molar respecto al segundo molar, con lo que se propone las siguientes posiciones: ²⁵⁻²⁶



VERTICAL: Es la segunda posición más encontrada en cuanto a frecuencia, ocurre aproximadamente en 38% de todas las piezas retenidas, y ocupa el tercer lugar en grado de dificultad para extraerla.



DISTO ANGULAR: Es la pieza que tiene la angulación mas marcada y por ello tanto es la más difícil de remover, ya que esta orientada hacia la rama mandibular y debido a esto se requiere una intervención quirúrgica más invasiva. Ocurre con menos frecuencia y se encuentra en un 6 % de todos los terceros molares retenidos

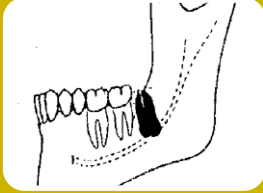


MESIO ANGULAR: Es la retención más fácil de remover y la más común. Se encuentra en 43% de todas las piezas retenidas



HORIZONTAL: Su eje longitudinal presenta una posición horizontal y su corona está dirigida hacia distal.

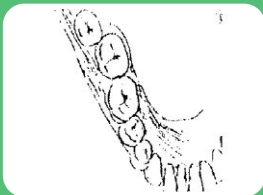
CLASIFICACIÓN DE WINTER:



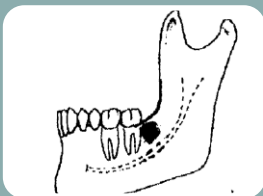
INVERTIDO: Si se describe esta posición en la literatura, pero no existe mayor información al respecto.



LINGUO VERSIÓN: Se puede determinar la posición tomando una radiografía oclusal. Es poco frecuente.



VESTÍBULO VERSIÓN: Se puede determinar la posición tomando en cuenta una radiografía oclusal. Es poco frecuente.



TRANSVERSAL: La pieza se encuentra en una posición horizontal con su eje longitudinal dirigido a bucal o en otros casos hacia lingual.

FIGURA 2

Imágenes tomadas del autor Herrera Gramajo I.M. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos.

CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY.

En esta clasificación determina el grado de impactación de los terceros molares inferiores, la profundidad en relación al plano oclusal del segundo molar inferior (posición A, B o C) y del diámetro mesiodistal del diente retenido, en relación a la distancia del segundo molar inferior y la parte anterior de la rama de la mandíbula (Clase I, II o III)²⁵⁻²⁷. Se divide en:

Clase I: Hay suficiente espacio para el tercer molar en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar.

Clase II: Hay espacio suficiente sólo para una porción del tercer molar en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar.

Clase III: Al no haber espacio en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar, el tercer molar se encuentra casi o totalmente de la rama ascendente en la mandíbula.

En relación con la profundidad del tercer molar en sentido apicocoronal respecto al segundo molar se dividen en:

Posición A: el punto más alto del tercer molar se encuentra en el mismo nivel o por arriba del plano oclusal del segundo molar.

Posición B: el punto más alto del tercer molar se encuentra por debajo del plano oclusal del segundo molar, pero por arriba de su línea cervical.

Posición C: El punto más alto del tercer molar se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Esta misma clasificación puede aplicarse a los terceros molares superiores tomando en cuenta la relación en sentido mesiodistal entre la tuberosidad de maxilar y la cara distal del segundo molar, y de la misma manera respecto a la profundidad que guarda en sentido apicocoronal en relación con el segundo molar.²⁵⁻²⁷

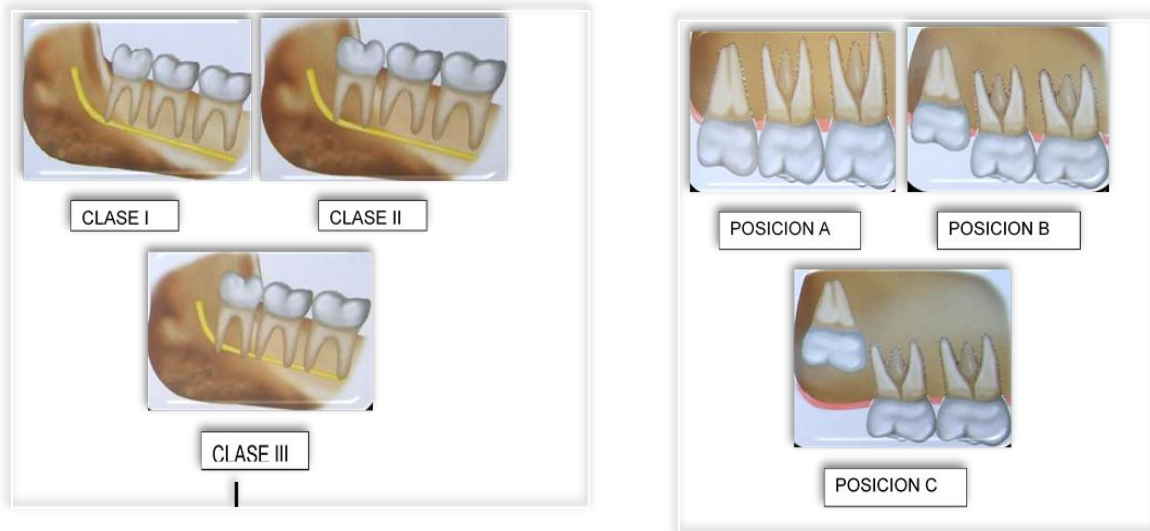


FIGURA 3 . Imágenes tomadas del autor Herrera Gramajo I.M. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos.

CLASIFICACIÓN SEGÚN JAVIER SÁNCHEZ TORRES

Esta Clasificación depende de dos factores básicos que son:

1. Factores fundamentales:^{27,28}

- Clase I: Cuando la corona del tercer molar se encuentra por encima (en mandíbula) o abajo (en maxilar) de una línea imaginaria que pasa por el cuello anatómico del segundo molar.



Figura No. 19. Clase I según Dr. Javier Sánchez Torres.

FIGURA 4

- Clase II: Cuando la corona del tercer molar se encuentra por debajo (en mandíbula) o por arriba (en Maxilar) de la línea cervical del segundo molar.



Figura No. 20. Clase II según Dr. Javier Sánchez Torres.

FIGURA 4

- Clase III: Posición invertida o como resultado de procesos patológicos.



Figura No. 21. Clase III según Dr. Javier Sánchez Torres.

FIGURA 4. Imágenes tomadas del autor Herrera Gramajo IM. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos.

2. Dirección del tercer molar:

- Vertical
- Mesio-angular
- Horizontal
- Disto-angular
- Bucco-angular
- Linguo-angular
- Invertido

3. Número, dirección y forma de las raíces:

- Raíces fusionadas en forma cónica
- Raíces curvas y convergentes
- Raíces divergentes
- Unirradiculares
- Birradiculares
- Trirradiculares.^{27,28}

Conocer y entender estas clasificaciones es de utilidad para comunicar fácilmente una posición dentaria a otro profesional que conoce esta clasificación, y para tener cierta idea del grado de complejidad de la posible intervención quirúrgica.^{27,28}

De acuerdo a la información recopilada en la literatura, la posición más frecuente de un 3er molar inferior fue la mesioangular con un 54.58% siendo más en el género femenino con un 55% según datos del Dr. Tamashiro Higa T y col (2010)²⁹⁻³⁶, en cambio Días-Ribeiro y col.(2009), menciona que la posición A clase II se presentó en un 55.36%, seguida de la posición B clase II en un 27.34%.²⁹⁻³⁶

Sin embargo el Dr. Pérez López y col.(2007) describe en su investigación que la retención y mal posición de un tercer molar inferior es de un 52.77%.²⁹⁻³⁶

El Dr. Costa M y col.(2010), refieren que la inclusión parcialmente o semi-incluido abarca un total de 84.1%.²⁹⁻³⁶

En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se realizó una investigación en el año 2001 sobre la prevalencia de terceros molares retenidos, observando que la clase I posición A y mesioangular; en el género femenino fue con mayor porcentaje en comparación al género masculino, de acuerdo a la clasificación Winter y Pell and Gregory.²⁹⁻³⁶

Según la serie de Berten y Cieszynki, las frecuencias relativas de retención de las diferentes piezas dentarias quedan reflejadas en la siguiente tabla.²⁹⁻³⁶

FRECUENCIA DE INCLUSIONES DENTARIAS

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1,5%
Incisivo lateral inferior	0,8%
Primer premolar superior	0,8%
Primer molar inferior	0,5%
Segundo molar inferior	0,5%
Primer molar superior	0,4%
Incisivo central inferior	0,4%
Segundo molar superior	0,1%

Tabla1. del autor Gay Escoda C. Aytes Berini. Tratado de cirugía bucal²

CONSIDERACIONES PRE QUIRURGICAS

La intervención quirúrgica consiste en la realización de una serie de fases y principios científicos bien definidos, aplicando una secuencia de gestos manuales adecuados, para así conseguir fines y objetivos terapéuticos preestablecidos. Consta de tres períodos perfectamente diferenciados.³⁵⁻⁴⁴

1. Periodo Pre-operatorio.
2. Periodo Trans-operatorio (también puede denominarse Intraoperatorio).
3. Periodo Pos-operatorio.

PERIODO PRE-OPERATORIO

Abarca desde la realización de la anamnesis, exploración clínica, estudios radiológicos y complementarios que sean imprescindibles para efectuar un correcto diagnóstico todo lo cual dará lugar o no a una indicación quirúrgica- hasta la preparación del paciente y la ejecución del acto quirúrgico; así pues comprenderá apartados tan distintos como una información inteligente para el paciente, de las circunstancias que motivan la intervención quirúrgica y de sus posibles repercusiones inmediatas y/o diferidas.³⁵⁻⁴⁴

Dentro de los estudios complementarios, seleccionaremos los indicados en cada circunstancia, de entre los siguientes:

- Estudios radiográficos de calidad suficiente, con la realización del número y tipo de placas o proyecciones adecuadas.
- Exámenes psicológicos, según la profundidad que requiera el caso.
- Determinaciones de laboratorio previas a la intervención cuya finalidad será conocer el estado actual del paciente, dependientemente de las patologías ya conocidas, pero también nos permitirá detectar posibles alteraciones latentes que aún no han experimentado algún síntoma latente.³⁵⁻⁴⁴

De los exámenes de laboratorio que con más frecuencia se efectúan destacaremos:

1. Biometría hemática: Recuento de glóbulos rojos, valor de hematocrito , determinación de la hemoglobina, recuento y fórmula leucocitaria, recuento de plaquetas, algunas características de los hematíes como el VCM (volumen corpuscular medio) entre otros, VSG (velocidad de sedimentación globular), etc.
2. Pruebas hemostáticas TS, TC, TP, TPT, INR.
3. Examen general de orina: Volumen en 24 hrs.,color, pH, densidad, presencia de proteínas, glucosa, productos de degradación-cuerpos cetonicos , urobilinógeno, etc.³⁴⁻⁴⁴

4. Química sanguínea: Es el estudio que se realiza de la sangre en todo aquello que no son células, y son pruebas que se realizan a paciente en ayunas, entre otros se estudian:
- Glucosa
 - Ácido úrico
 - Colesterol
 - Creatinina
 - Urea
 - Triglicéridos ³⁴⁻⁴⁴

La preparación física del paciente previo a la Cirugía Bucal comprende;

- Recordar la ingestión de alimentos de forma moderada 2 o 3 horas antes de la intervención quirúrgica a menos que se piense aplicar un tipo de sedación o anestesia general.
- Adecuar la ropa o vestimenta del paciente, que debe ser holgada y no calurosa; se recomienda aflojar el cinturón del pantalón, el cuello de la camisa, etc. Para evitar zonas de compresión.
- Colocación adecuada del paciente en el sillón dental o en la mesa de quirófano.
- Procuremos que en el local o cubículo donde se realiza la intervención quirúrgica no existan ruidos innecesarios, y que no se perciban olores desagradables. ³⁵⁻⁴⁴

La preparación psíquica previa a la Cirugía Bucal comprende:

- Educar e informar al previamente al paciente a fin de que conozca los detalles más importantes o los que pueda ocasionarle ansiedad o temor, respecto a su proceso nosológico y a la terapéutica que se va a realizar.

Con todas estas acciones conseguiremos una correcta preparación psicológica, disminuyendo el temor y la angustia: en caso de no ser así será muy conveniente recurrir a una medicación pre anestésica. ³⁴⁻⁴⁵

PERIODO TRANS-OPERATORIO O INTRAOPERATORIO

Es el acto quirúrgico propiamente dicho; en él se incluyen todos los pasos preoperatorios del campo operatorio, la técnica quirúrgica indicada en cada caso, y la reparación de los tejidos.

Uno de los pilares básicos de la cirugía bucal es que se realice los conceptos básicos: por ello deberán aplicarse una serie de medidas destinadas al paciente, cirujano y sus ayudantes, instrumentales y la infraestructura del consultorio o quirófano.³⁵⁻⁴⁴

En la intervención quirúrgica se distinguen 3 tiempos:

- ★ Diéresis o incisión de los tejidos.
- ★ Técnica quirúrgica propiamente dicha.
- ★ Síntesis o sutura de los tejidos.

La cirugía Bucal, por sus características especiales siguen ciertas variaciones quirúrgicas, dependiendo del caso en particular.³⁵⁻⁴⁴

PERIODO POS-OPERATORIO

Comprendido desde el tiempo que finalizará la intervención quirúrgica y el momento a partir del cual puede considerarse que el paciente ya ha recuperado su estado normal.

El compromiso que el odontólogo contrae con su paciente; no termina al colocar el último punto de sutura, puesto que tiene la responsabilidad de garantizar un periodo posoperatorio lo más confort posible y con el control de las posibles complicaciones post quirúrgicas que pudiesen presentarse..³³⁻⁴⁴

Estos tiempos operatorios y los principios básicos de la técnica quirúrgica no pueden modificarse y deben seguirse estrictamente. No obstante el cirujano poseerá la habilidad y el conocimiento necesario para modificar de forma adecuada cualquiera de estos procedimientos ante una eventualidad que así lo exija.³⁵⁻⁴⁶

DISEÑO METODOLÓGICO.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Observacional, Retrospectivo, Transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que acudieron al área de cirugía bucal de la Clínica Universitaria de atención a la Salud Zaragoza de los grupos 3451, 3455, 3454, 3453 y servicio social del área de cirugía turno vespertino CUAS Zaragoza.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIA	OPERACIONALIZO
Género:	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres, que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.	Femenino Masculino	Cualitativo Nominal
Clasificación Pell-Gregory	Relación del 3er molar con rama mandibular Profundidad relativa del 3er molar.	Clase I Clase II Clase III Posición A Posición B Posición C	Cualitativo Nominal
Clasificación Winter	Tipos de 3ros. molares en relación a su posición respecto al eje longitudinal del 2do molar	Vertical Mesio angulado Disto angulado Horizontal Vestibulo versión Linguo versión Invertido Transversal	Cualitativo Nominal

CRITERIOS DE INCLUSIÓN-EXCLUSIÓN.

Inclusión

- Pacientes que presentaron terceros molares retenidos en ambos sexos.
- Pacientes que acudieron a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza en el turno vespertino.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes sanos y con compromiso sistémico
- Terceros molares que presenten algunas patologías propias (pericoronitis, quiste, granulomas, absceso).
- Expedientes que incluyen radiografías.

Exclusión

- Pacientes que no presenten terceros molares retenidos en ambos géneros.
- Pacientes que no acudan al área de Cirugía Bucal y a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza en el turno vespertino.
- Pacientes que presenten germen dentario del 3er molar.
- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes que no presenten germen dentario.
- Expediente que no incluyan radiografías.

TÉCNICA.

Se solicitó autorización a la CUAS Zaragoza para la obtención del expediente clínico de los pacientes atendidos por el área de servicio social de cirugía bucal y de los grupos predeterminados(3451,3455,3454 y 3453), para recolectar la información, se realizará una ficha epidemiológica con los siguientes datos: nombre del paciente, edad, número de expediente, clasificación de Pell and Gregory, Winter y la nomenclatura dental FDI (de dos dígitos) que numera la ubicación de los terceros molares retenidos por cuadrantes siendo éstos: tercer molar inferior izquierdo (38), y tercer molar inferior derecho (48), con el examen radiográfico; mediante fotografías de evidencia de los casos reportados tomando criterios de selección como son, pacientes de ambos sexos con terceros molares retenidos e impactados durante el periodo septiembre 2013 a abril 2014.

Para el llenado del instrumento se establecieron los días miércoles de cada semana y se capacitó a dos pasantes del programa del departamento del área de cirugía bucal a

cargo del Dr. Alfredo Calderón Duran y a través de la prueba de capa se llegó al grado de concordancia, para lograr la estandarización y validez del instrumento.

Los elementos a evaluar son:

- ❖ **Clasificación de Winter:** En esta parte se observará posición de orientación del órgano dentario del segundo y tercer molar inferior con la relación de espacio (eje longitudinal del órgano dentario).
 - Vertical: Si su eje longitudinal no presenta inclinación hacia ningún lado
 - Mesio versión: Su eje longitudinal presenta inclinación hacia mesial.
 - Disto versión: Su eje longitudinal presenta inclinación hacia distal.
 - Mesio versión horizontal. Su eje longitudinal presenta una posición horizontal y su corona está dirigida hacia mesial.
 - Disto versión horizontal: Su eje longitudinal presenta una posición horizontal y su corona está dirigida hacia distal.
 - Buco – linguo versión : Si su eje longitudinal presenta una inclinación hacia bucal o lingual
 - Buco –linguo versión horizontal: Si su eje longitudinal presenta una posición horizontal y su corona está dirigida hacia bucal o hacia lingual.
 - Invertido Total: Si la corona de la pieza esta en sentido invertido a la línea de oclusión.
 - Ausente.

- ❖ **Clasificación de Pell and Gregory:** la profundidad de retención del tercer molar, observando su relación con la cresta alveolar, ya que no está en todos los casos está presente el segundo molar.
 - TIPO A: Completamente afuera de la cresta alveolar
 - TIPO B : Semi-erupcionado
 - TIPO C: Completamente retenido

Otro criterio de estos autores mencionados es la Relación del 3er molar con rama mandibular y cara distal del segundo molar:

- Clase I: Hay suficiente espacio para el tercer molar en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar.
- Clase II: Hay espacio suficiente sólo para una porción del tercer molar en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar.
- Clase III: Al no haber espacio en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar, el tercer molar se encuentra casi o totalmente de la rama ascendente de la mandíbula.

Una vez recolectada la información se clasificó, codificó y tabuló por medio del programa SSPS. Versión 21. Para procesar los datos, se utilizará medidas de frecuencia específicamente a proporciones.

Para la presentación de resultados se realizaron gráficas de barras y pastel.

RECURSOS

MATERIALES

- Expedientes de pacientes.
- Fichas de recolección de datos diseñados para el estudio.
- Negatoscopio.
- Computadora.
- Radiografías panorámicas y periapicales.
- Cámara fotográfica.

HUMANOS

- 2 pasantes del área de cirugía bucal.
- Especialistas del área.
- Pacientes que acudieron a procedimientos quirúrgicos.

FÍSICOS

- Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza turno Vespertino, área de Cirugía Bucal.

CRONOGRAMA.

ACTIVIDADES A REALIZAR	2013												2014																										
	SEP.			OCT.			NOV.			DIC.			ENE.			FEB.			MAR.			ABR.			MAY.			JUN.			JUL.			AGOS.			SEP.		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
SEMANAS	x																																						
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA				X																																			
APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	x			x			x			x			x			x			x			x			x			x	x										
CAPTURA DE RESULTADOS	x			x			x			x			x			x			x									x											
ANÁLISIS DE RESULTADOS																																							
INFORME DE RESULTADO																																							
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES																																							
ELABORACIÓN DE PROPUESTAS																																							
ENTREGA DE INFORME FINAL																																							

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

CUADRO 1. FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CUAS "ZARAGOZA" DE ACUERDO A LA EDAD DE RETENCIÓN DE TERCER MOLAR INFERIOR.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	33	22.8%
19	14	9.7%
20	9	6.2%
21	15	10.3%
22	4	2.8%
23	19	13.1%
24	16	11.0%
25	4	2.8%
26	8	5.5%
27	2	1.4%
29	1	.7%
30	1	.7%
32	2	1.4%
33	3	2.1%
34	1	.7%
35	2	1.4%
36	1	.7%
38	1	.75%
41	2	1.4%
42	2	1.4%
44	1	.7%
49	2	1.4%
53	1	.7%
68	1	.7%
Total	145	100%

FUENTE: DIRECTA

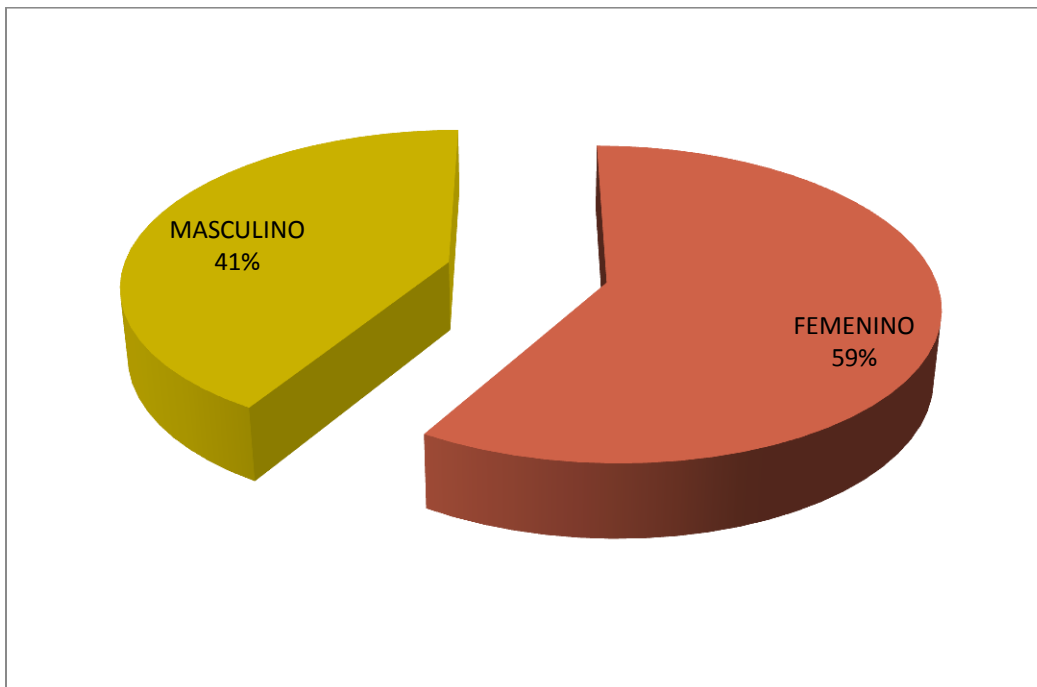
De la población en la CUAS Zaragoza en el periodo de septiembre-abril del 2014. Se atendieron 145 pacientes valorados radiográficamente entre los rangos de edades de 18 a 68 años de edad.

CUADRO 2. FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	85	58.6%
MASCULINO	60	41.4%
TOTAL	145	100%

FUENTE: DIRECTA

GRAFICO 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO AL GÉNERO.



FUENTE: DIRECTA

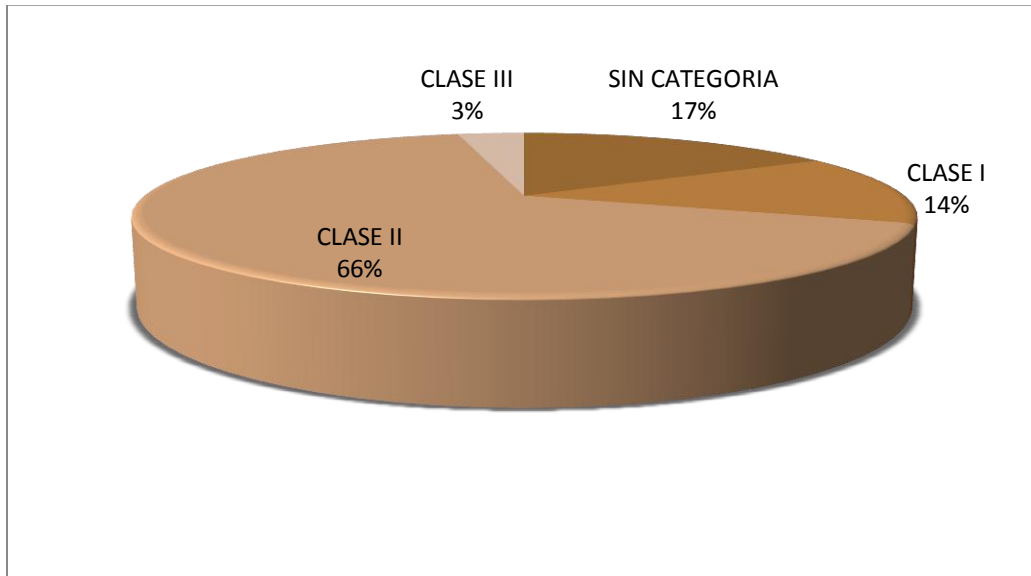
CUADRO 3. FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE PELL AND GREGORY DEL LADO DERECHO E IZQUIERDO.

CLASE DE LADO DERECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CATEGORIA	24	16.6%
CLASE I	20	13.8%
CLASE II	96	66.2%
CLASE III	5	3.4%
TOTAL	145	100%

CLASE DE LADO IZQUIERDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CATEGORIA	22	15.2%
CLASE I	27	18.6%
CLASE II	95	65.5%
CLASE III	1	.7%
TOTAL	145	100%

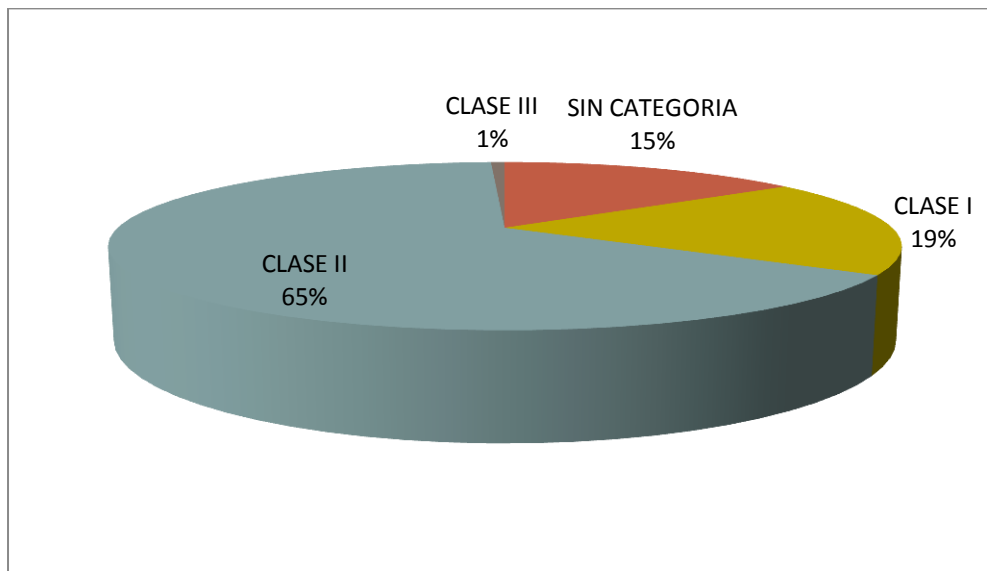
FUENTE: DIRECTA

GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE PELL AND GREGORY DE LADO DERECHO (TIPO DE CLASE)



FUENTE: DIRECTA

GRAFICO 4 .DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE PELL AND GREGORY DE LADO IZQUIERDO (TIPO DE CLASE)



FUENTE: DIRECTA

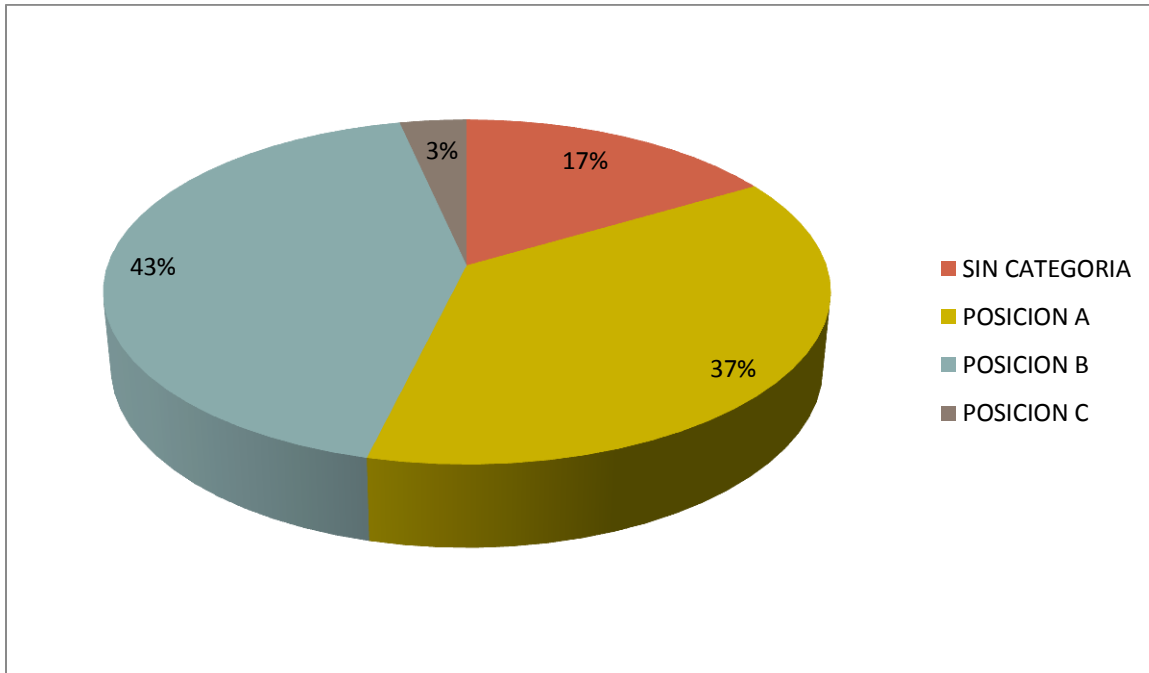
CUADRO 4. . FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE PELL AND GREGORY DE LADO DERECHO E IZQUIERDO (POSICION)

POSICION DEL LADO DERECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CATEGORIA	24	16.6%
POSICION A	54	37.2%
POSICION B	62	42.8%
POSICION C	5	3.4%
TOTAL	145	100%

POSICION DEL LADO IZQUIERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CATEGORIA	22	15.2%
POSICION A	46	31.7%
POSICION B	74	51%
POSICION C	4	2.1%
TOTAL	145	100

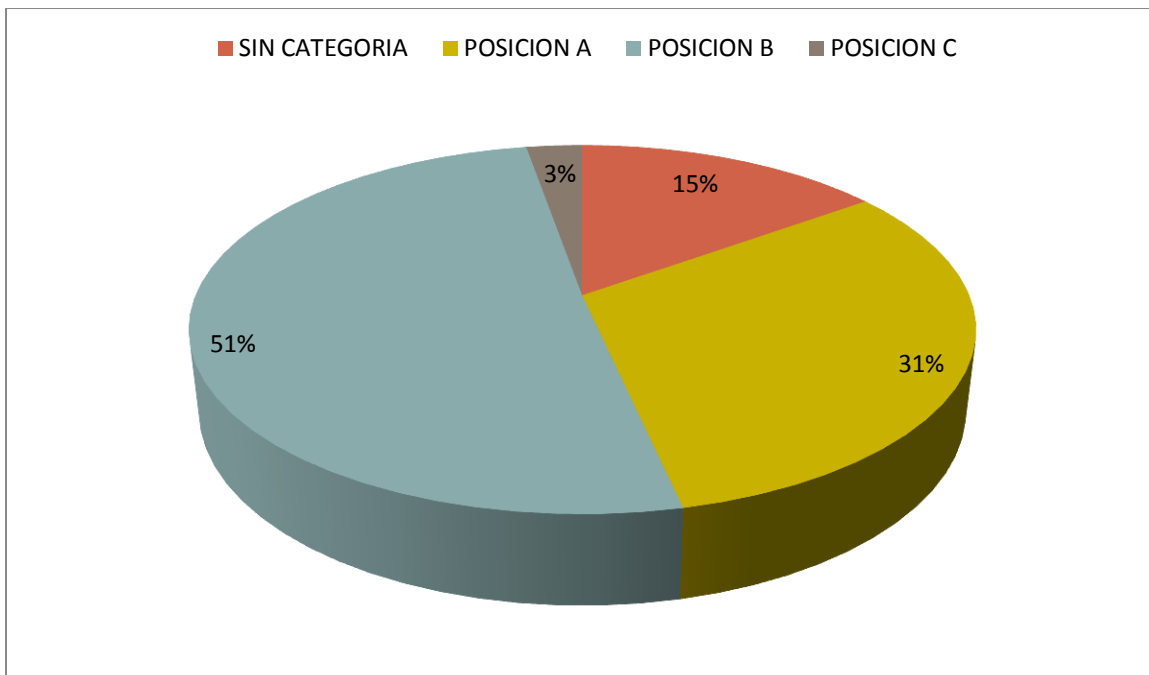
FUENTE: DIRECTA

GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE PELL AND GREGORY DE LADO DERECHO (POSICIÓN)



FUENTE: DIRECTA

GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE PELL AND GREGORY DE LADO IZQUIERDO (POSICIÓN)



FUENTE: DIRECTA

CUADRO 5. FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE WINTER DE LADO DERECHO E IZQUIERDO

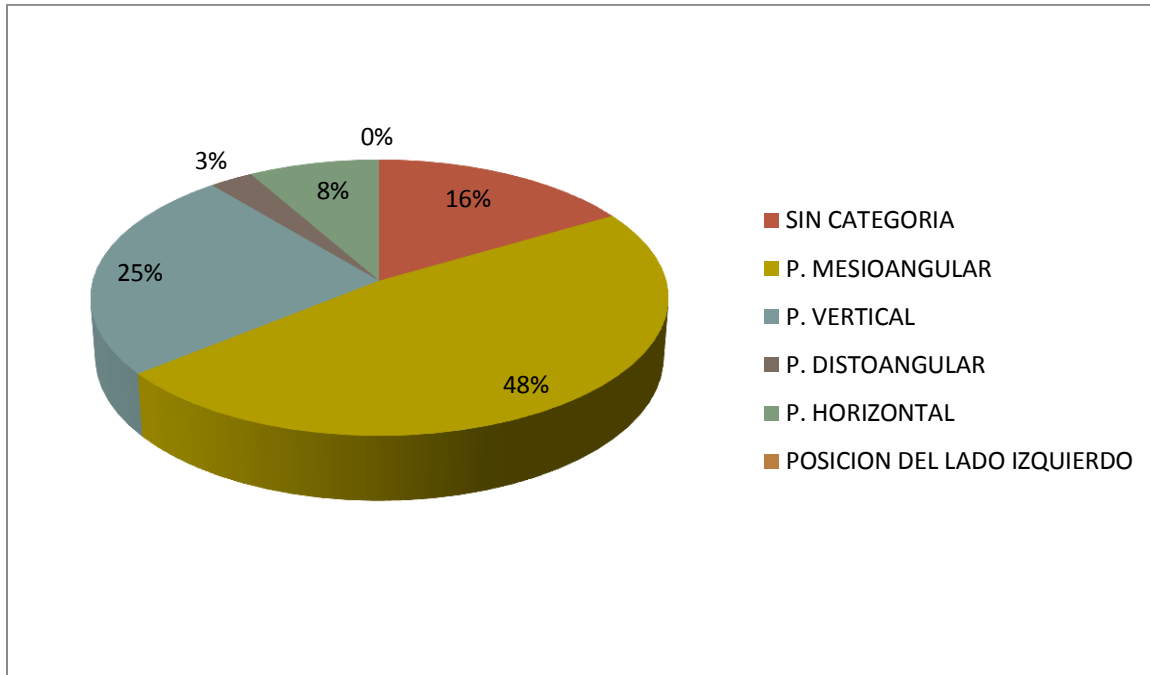
POSICION DEL LADO DERECHO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CATEGORIA	24	16.6%
P. MESIOANGULAR	69	47.6%
P. VERTICAL	36	24.8%
P. DISTOANGULAR	4	2.8%
P. HORIZONTAL	12	8.3%
TOTAL	145	100%

FUENTE: DIRECTA

POSICION DEL LADO IZQUIERDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CATEGORIA	22	15.2%
P. MESIOANGULAR	69	47.6%
P. VERTICAL	46	31.7%
P. DISTOANGULAR	2	1.4%
P. HORIZONTAL	6	4.1%
TOTAL	145	100%

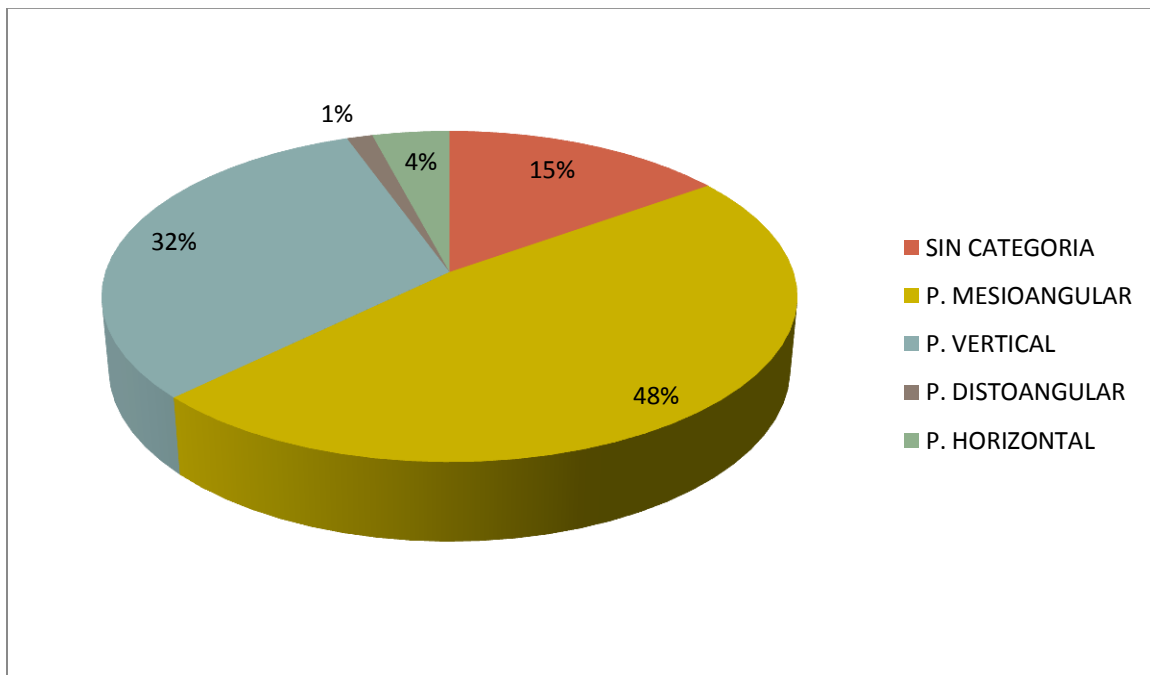
FUENTE: DIRECTA

GRAFICO 7. DISTRICUCION PORCENTUAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE WINTER LADO DERECHO



FUENTE: DIRECTA

GRAFICO 8. DISTRICUCION PORCEBTUAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE WINTER LADO IZQUIERDO



FUENTE: DIRECTA

ANALISIS DE RESULTADOS.

De la población en la CUAS Zaragoza en el periodo de septiembre-abril del 2014. Se atendieron un total de 145 pacientes, fueron examinados por medio de historial clínico y radiográficamente, 85(58.6%) de ellos correspondieron del género femenino y 60(41.4%) al género masculino. El rango de edad para este estudio estuvo comprendido de 18 a 68 años de edad (Cuadro1 y gráfico 2).

El primer rango que se manejo fue de 18 a 23 años representados por 94 pacientes, 33 con un valor de 22.8% correspondiendo a la edad de 18 años y con un rango menor de 4 pacientes en edades de 22 años con un 2.8% (Cuadro y gráfico 1).

El segundo rango fue de 24 a 30 años representados por 32 pacientes, 16 con un valor de 11% correspondieron a la edad de 24 años y con 1 paciente con un .7% de edad de 29 y 30 años (Cuadro y gráfico 1).

Tercer rango tomado fue de 32 a 38 años representados por 10 pacientes, 3 pacientes con un valor mayor a 2.1% con edad de 33 años y con un rango menor de 1 paciente con .7% en edades de 34 y 36 años (Cuadro y gráfico 1).

Cuarto rango entre 41 a 68 años de edad representados con 9 pacientes, 2 pacientes con 1.4% correspondieron a edades de 41,42 y 49 años de edad, con un rango menor representados por 2 pacientes con un valor de .7% de las edades 44,53 y 68 años. (Cuadro y gráfico 1).

En la clasificación de Pell and Gregory del lado derecho se revisaron 145 pacientes, la clase I con 13.8% correspondiendo a 20 pacientes, clase II con 66.2% con 96 pacientes, clase III 3.4% con 5 pacientes y sin categoría un 16.6% con 24 pacientes de los cuales no entraron en la categoría debido a los criterios de exclusión (Cuadro y grafico 3).

En la clasificación de Pell and Gregory de lado izquierdo se revisaron 145 pacientes, la clase I con 18.6% correspondiendo a 27 pacientes, clase II con 65.5% con 95 pacientes, clase III .7% con 1 paciente y sin categoría un 15.2% con 22 pacientes, no entraron en la categoría debido a los criterios de exclusión (Cuadro 3 y grafico 4).

Dentro de la frecuencia y distribución de acuerdo a la clasificación de Pell and Gregory de lado derecho con mayor porcentaje de 66.2% con 96 pacientes clase II y del lado izquierdo 65.5% con 95 pacientes clase II, siendo la mayor frecuencia el lado derecho.

La frecuencia y posición de acuerdo a la clasificación de Pell and Gregory de lado derecho con un total de 145 pacientes, en posición A con 37.2% con 54 pacientes, posición B 42.8% con 62 pacientes, posición C 3.4% con 5 pacientes y sin categoría 16.6% con 24 pacientes. (Cuadro 4 y grafico 5).

La frecuencia y posición de acuerdo a la clasificación de Pell and Gregory de lado izquierdo con un total de 145 pacientes, posición A con 31.7% con 46 pacientes, posición B 51% con 74 pacientes, posición C 2.1% con 4 pacientes y sin categoría 15.2% con 22 pacientes. (Cuadro 4 y grafico 6).

Dentro de la frecuencia y distribución de acuerdo a la clasificación de Pell and Gregory de lado derecho e izquierdo, con la posición B lado derecho con un 42.8% de 62 pacientes, lado izquierdo con posición B con 51% con 74 pacientes siendo con mayor frecuencia de lado izquierdo.

La frecuencia y distribución de acuerdo a la clasificación de Winter de lado derecho se revisaron 145 pacientes, la posición mesioangular con 47.6% correspondiendo a 69 pacientes, posición vertical con 24.8% con 36 pacientes, posición distoangular 2.8% con 4 pacientes, posición horizontal con 8.3% con 12 pacientes y sin categoría un 16.6% con 24 pacientes (Cuadro 5 y grafico 7).

La frecuencia y distribución de acuerdo a la clasificación de Winter de lado izquierdo se revisaron 145 pacientes, la posición mesioangular con 47.6% correspondiendo a 69 pacientes, posición vertical con 31.7% con 46 pacientes, posición distoangular 1.4% con 2 pacientes, posición horizontal con 4.1% con 6 pacientes y sin categoría un 15.2% 22 pacientes (Cuadro 5 y grafico 8).

Dentro de la frecuencia y distribución de acuerdo a la clasificación de Winter de ambos lados, correspondió a la posición mesioangular con 47.6% de 69 pacientes.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La presente investigación se llevó a cabo para conocer la frecuencia de la posición en terceros molares inferiores de la población atendida en la CUAS Zaragoza turno vespertino; ya que son los más irregulares en cuanto a morfología y erupción; su formación comienza alrededor de los 8 años y esta termina entre los 18 y 20 años, completando la formación radicular entre los 20 a 23 años.

Sin embargo se encontró que en rangos en que se superó el hallazgo clínico de terceros molares impactados hasta los 68 años, se tuvo que extraer dicho órgano por tratamiento protésico.

En 1997 al 2001 se realizó un estudio en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la prevalencia de terceros molares retenidos, observando que la clase I se presentó en un 39%, la posición A en 30 %, en cuanto a la dirección la mesioangular en un 30%, de acuerdo a la clasificación Winter y de Pell and Gregory. Así mismo en dicha investigación el género femenino fue el de mayor prevalencia en un 67% y el masculino con un 33%.

Sin embargo en la literatura revisada en el 2009 por el autor Diaz-Riveiro y cols. Menciona una clase II en 55.36% con una posición A.

En comparación con dichos estudios, hubo cambios significativos en relación a nuestra investigación, en las cuales conllevaron a una mayor retención del 3er molar inferior. Esto se puede deberse por múltiples factores al proceso de erupción, quedando susceptibles a la falta de espacio y como consecuencia a la inclusión, retención e impactación dental.

Se puede observar que en el estudio de 1997 al 2001 en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, el género femenino fue el de mayor prevalencia con un 67% y el masculino un 33%. Sin embargo en nuestro estudio en género femenino con 58.6% y en género masculino con 41.4%

Dentro del rango de edades se puede mencionar que dicho estudio fue de 21-30 años con 53%, en nuestro estudio la edad más representativa fue de 18 años con 22.8%.

En la clasificación de Pell and Gregory clase I se presentó en un 39%, nuestra investigación con una clase II 66.2% de lado derecho.

Además en la clasificación de Winter fue con una posición mesioangulado 46%, en nuestro estudio fue de 47.6%.

En el 2009 por el autor Diaz-Riveiro y cols menciona que la posición A y clase II se presentó en un 55.36%, en nuestro estudio con clase II 66.2% y en posición A 37.2% lado derecho, no siendo este el valor más representativo en nuestra investigación.

CONCLUSIONES.

Después de revisar y analizar la literatura referente a los terceros molares retenidos y la frecuencia de estos en la población sigue siendo el órgano dentario que ocupa el primer lugar en las retenciones dentarias con un 35% según investigaciones de Berten, Cieszynki, Cosme y cols en el año 2009. Siendo el procedimiento de mayor demanda en el área cirugía bucal de la CUAS Zaragoza.

El propósito de esta investigación se realizó en base a que existe poca información sobre esta frecuencia de posición dentaria, debido a los cambios de la estructura anatómica maxilomandibular del individuo en los recientes años que acudieron al servicio del área de cirugía bucal en la Clínica Universitaria de Atención de la Salud Zaragoza. En la población estudiada se presentó para su atención en mayor porcentaje en el área de cirugía bucal el género femenino con un 58.6% mayor que en el género masculino. Esto se puede deber que el género femenino le da mayor importancia a su estado de salud bucal.

Actualmente el sistema de salud bucal no está brindando una atención integral al paciente por completo en el área bucal y de acuerdo a nuestros resultados proponemos, sensibilizar y concientizar al personal odontológico debido a que se sigue presentando un alto índice de retención, inclusión e impactación de dicho órgano hasta a pacientes de la tercera edad, además que ellos acuden a una atención dental por motivos protésicos o patológicos.

Todas estas características nos permiten establecer un diagnóstico y pronóstico favorable al paciente y en consecuencia la solución del problema a través del tratamiento oportuno.

PROPUESTAS

Es de gran importancia para el cirujano dentista y especialistas en el área, obtener conocimientos de cuál es la posición más frecuente de estas retenciones y establecer alternativas de tratamiento.

Conocer y establecer protocolos de atención para las necesidades de esta comunidad.

La alta prevalencia de terceros molares inferiores no erupcionados es una constante preocupación para los odontólogos en general por las diversas complicaciones que conlleva al permanecer en la mandíbula. Se debe tener conocimiento de los factores que alteran su erupción, pero sobre todo establecer de manera exacta el espacio disponible para su erupción. Un diagnóstico inadecuado conllevaría a generar patologías como pericoronitis, reabsorciones radiculares, quistes, incluso hasta el desarrollo de un tumor maligno.

Se propone un estudio donde se valore y profundice del por qué el paciente adulto y de la tercera edad no se le realizó la extracción del tercer molar inferior en etapa temprana, de acuerdo a la literatura consultada, este puede ser un factor de riesgo a lesiones patológicas y complicaciones que comprometan el estado de salud buco dental y alterar su calidad de vida ante la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera PD, Rodríguez AJ, Zamora RM, Aragonese LZ. Terceros molares mediciones cefalométricas del espacio disponible para su erupción; Rev. Multimed:2012; 26(4):1-21.
2. Gay EC, Aytes BL. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid-España: Ergón; 2011. 341-353 p.
3. Santana VJ. Anatomía de la Cabeza. 3ra. Ed. España Madrid: Panamericana. 2001. 205.
4. Rouviere H, André D. Cabeza y cuello Volumen 1 de Anatomía Humana: Descriptiva, Topográfica y Funcional. Editorial: Elsevier. España; 2005.p.712.
5. Cauvi D, Feldman I. Presencia clínica de los terceros molares y su relación con la pérdida de los primeros y/o segundos molares permanentes. Iberoamericana de Ort. 2010; vol 39(1):25.
6. López DA, Granizo RM. Cirugía Oral y Maxilofacial. Edición 3ª.España;Editorial Panamericana ; 2012.854 .
7. Quiroz O, Palma A, Método predictivo de erupción de la tercera molar mandibular. Acta Odontológica Venezolana, 2008; 14 (1): 21-26.
8. Medeiros JP.Cirugía de dientes Incluidos – Extracción del Tercer Molar. Brasil:AMOLCA; 2009. 35-43 p.
9. Pérez LY, Cárdena PE, Morales PM,Cepero FF,Quintero HY. Intervención quirúrgicas por dientes retenidos. Filial de ciencias médicas.2010;13(1):1-6
10. Fuentes FR, Oporto VG. tercer molar ectópico impactado en zona retro molar reporte de caso.Rev. Int. J.morphol.2009;27(1):1-6.
11. Tamashiro HT, Arias IP. Alternativa en el manejo del paciente quirúrgico en 1,570 casos de terceros molares retenidos (tratamiento efectivo utilizado para este estudio a lo largo de 10 años). Rev Odontológica Mexicana.2010;14(1):38-43.
12. Acosta AY, García VM. Desplazamiento accidental hacia el espacio para faríngeo de un fragmento de un tercer molar inferior retenido.;Rev. Cubana:2012; 4(2): 1-3.
13. Laguna SA. Complicaciones en la cirugía de terceros molares.Mexico D.F, tesina para obtener el título de cirujano dentista;2009.p. 1-112.
14. Labastida AE. Complicaciones que se pueden presentar en la extracción de terceros molares, como tratarlas y como prevenirlas. México D.F. tesina para obtener el título de cirujano dentista;2011.p.1-89.
15. Bastidas MA, Rodríguez A.M, Agnesia dental en pacientes jóvenes. Estomatología. 2011; vol 12(2):43.
16. Arboleda L. A, Echeverri J, Restrepo L. A. Marín M. L. Vásquez G. Gómez J. C. Manc H. A. Pérez C. M. Taborda E. Agnesia dental. Revisión bibliográfica y reporte de dos casos clínicos. Rev. Fac. Odontol.2009; vol18(1):54

17. Bartolomé B. Desarrollo y agenesia del tercer molar en una población de niños y adolescentes españoles. Tesis Doctoral en la Universidad Complutense de Madrid; 2013. 89.
18. Figún ME, Garino RR. Anatomía odontológica funcional y aplicada. 2ª ed. 4ª Reimp. Buenos Aires. El Ateneo; 2009.341.
19. Martínez S, Concha G, San Pedro J. Estudio radiográfico de terceros molares inferiores en una muestra de individuos de 18 a 20 años. Fac. Odont. Univ.2010;vol 13(1):43.
20. Britzman L, Urzua RN. Identificación radiográfica de factores asociados a la erupción de terceros molares mandibulares. Sociedad de Radiología Oral y Maxilofacial de Chile, 2008; 11:8-15.
21. Hernández SR. Metodología de la investigación. McGraw.Hill: 3er ed. Buenos Aires: El Ateneo ; 1998.154.
22. Solé BF, Thomson MF. Cirugía Bucal para pregrado y el Odontólogo General. Bases de la Cirugía Bucal.; Editorial .Amolca .México 2011. 120-145.
23. Sobotta J. Atlas de anatomía humana cabeza ,cuello y miembro superior vol 1, Editorial Panamericana. Buenos Aires : Editorial Reinhard V. Putz, Reinhard Pabst; 2001. p 428.
24. García HF, Toro YO, Vega VM, y Verdejo MM. Erupción y retención del tercer molar en jóvenes entre 17 y 20 años. Antrofacista Chile, Int. J. Morphol;2009;27(3):727-736.
25. Baba BS, Toyoshima Y, Regalado L, Sa'do B., Nakasima A. Relationship between missing coger third molar and late formation of tooth germs. Angle Orthod. 20011;vol 72(2):112.
26. Dias RE, Lacet LJ, Lucas BJ, Barreto HL, Sousa LL. Prevalencia de posición de la terceros inferiores con relación a la clasificación de Pell- Gregory. Revista Odontológica Mexicana.2009;13(4):1-5.
27. Ramírez VA. Comparación entre la técnica de planos para los y la regla de Richards para determinar la posición de los terceros molares inferiores en radiografías dentoalveolares. México D.F. tesina para obtener el título de cirujano dentista;2011.p. 1-69.
28. Herrera GI ,Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos, superiores e inferiores, en una muestra de pacientes mayores de 18 años de edad, que asistieron a la facultad de odontología de la universidad Francisco Marroquín durante el año 2001. I Guatemala de la Sunción, Tesis para obtener el título de cirujano dentista en el grado de licenciatura; 2009.p.1-69
29. Mok Y. Ho K. Congenitally absent third molars in 12 to 16 year old Singaporean Chinese patients: a retrospective radiographic study. Acad. Med. Singapore. 2010;vol 25(6):828.
30. Aparecida CM, Figueiredon OA. Antônio SR, Ferrera CJ, Ferrera LF, Lima RA. Prevalencia de terceros molares incluidos en estudiantes de una escuela pública de Sao Luis. Rev Chilena de radiografía.2010;48(4):1-9

31. Morejón AF, López BH, Morejón AT, Corbo RT. presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. Rev. Cubana de Estomatología.2009;37(2):1-5.
32. Rodríguez RN, Álvarez BY, Gallardo MV. Tercer molar retenido en paciente geriátrica. Presentación de dos casos. Mediciogo.2010;16(2):1-4
33. Herrera MK. Prevalencia de terceros molares mandibulares retenidas atendidas en el centro quirúrgico de la clínica especializada en odontología de la universidad san Martín de Porres realizadas entre el año 2005 - 2009. Lima, Perú. Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista; 2010.p. 1-69.
34. Hernández- SR. Metodología de la investigación. McGraw.Hill: 3er ed. Buenos Aires: El Ateneo ; 1998.154.
35. Kolenc F. J. Agenesias dentarias: en busca de alteraciones genéticas responsables de la falta de desarrollo. Med. OralPatol. 20012; vol 9(5):385. 2004.
36. Hernández S. Manejo de extracciones de terceros molares con y sin sutura, evaluación en 30 pacientes operados en el diplomado de cirugía bucal para el odontólogo de practica general. México D.F, tesis para obtener el título de cirugía dentista;2011.p.1-53.
37. Davis LA, López GR. Cirugia Oral y axilofacial. Edición . abril-España: Medica Panamericana ; 2012 . 132-135 p.
38. Raspall G. Cirugía Maxilofacial. 2da. Ed. España: Panamericana; 2001.p. 138-193.
39. Ellis E. Cirugía oral y Maxilofacial contemporánea. 5ta. Ed. España: Elsevier Mosby; 2010.p. 235- 276.
40. Cifuentes-Jácome KE. indicaciones terapéuticas previas a la extracción de un tercer molar retenido. guayaquil. trabajo de graduación
41. Sandhu S. Kaur T. Radiographic evaluation of the status of the third molar in the Asian-Indian students. J. Oral Maxilofacial Surg. 2014;vol 63(5):640.
42. Chiapasco M. Tácticas y Técnicas en Cirugía Oral. México ; Editorial Amolca; 2010.p 49 -111.
43. Hernández S. Manejo de extracciones de terceros molares con y sin sutura, evaluación en 30 pacientes operados en el diplomado de cirugía bucal para el odontólogo de practica general. México D.F, tesis para obtener el título de cirugía dentista;2011.p.1-53.
44. Treviño MJ. Cirugía oral y maxilofacial. México: Manual Moderno; 2009.177-191.
45. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5ta. Edición. España: Elsevier;2010. 160-169.
46. Kruger G. Cirugía Buco-Maxilofacial. 5ta. Edición. México: Medica Panamericana; 1998. 82-85 p.

ANEXOS

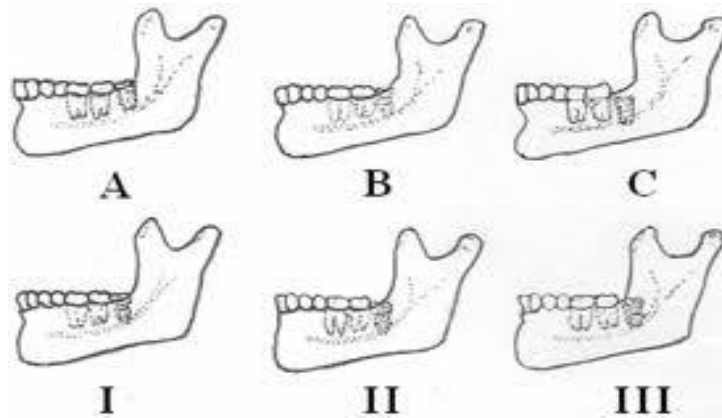


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA FICHA EPIDEMIOLOGICA



En las siguientes imágenes se simplifica la clasificación de Pell-Gregory y Winter. De acuerdo con la radiografía panorámica o periapicales de tu paciente identifica en qué posición se encuentra los terceros molares de la región mandibular de ambos lados.

CLASIFICACION DE PELL-GREGORY



CLASIFICACION DE WINTER

