



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**Frecuencia de posición de los terceros molares en población del
área metropolitana de la ciudad de México, 2019.**

TESIS

Para obtener el título de

Cirujano dentista

Presenta

Ramírez Estrada Stephanie Michelle

Director de tesis

C.D. J. Jesús Regalado Ayala



Ciudad de México, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

	Pág.
I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN	5
III. MARCO TEÓRICO	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
V. OBJETIVOS	38
VI. MATERIAL Y MÉTODO	39
Tipo de estudio	39
Universo	39
Muestra	39
Criterios de inclusión	39
Criterios de exclusión	39
Variables	40
Instrumento de recolección de datos	41
Técnica	41
Recurso	43
Diseño Estadístico	44
VII. Bases éticas y legales	45
VIII. Resultados	47
IX. Discusión	67
X. Conclusión	69
XI. Propuestas	71
XII. Referencias bibliográficas	72
XIII. Anexos	78

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los terceros molares, son órganos dentarios que por su ubicación en la arcada dentaria y por la evolución del ser humano no erupcionan correctamente dentro de la arcada dentaria ya sea por alguna situación por falta de espacio, de fuerza, por alguna obstrucción, entre otras causas provocando su impactación, retención o inclusión.

Por lo que el **OBJETIVO** de este estudio fue determinar la frecuencia de la posición de los terceros molares de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory de los pacientes que acudieron al laboratorio radiológico 3D de Iztapalapa, por sexo.

MATERIAL Y MÉTODO. El tipo de estudio fue **observacional, prolectivo, transversal y descriptivo**, en el cual fueron revisadas **130 radiografías panorámicas**; el instrumento de recolección de datos fue una hoja de cotejo en donde de acuerdo a cada radiografía se registró el nombre, sexo y el número de folio, posteriormente se analizó cada radiografía y se valoró de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory y se colocó en la hoja de cotejo la clase I,II y III; así como el tipo de posición A,B,C de cada tercer molar así como si había ausencia de alguno de los terceros molares.

RESULTADOS. La clase más frecuente tanto en el sexo femenino como en el masculino fue la clase I con un 50% en ambos sexos y la posición que más predominó fue la A con un 50% también en ambos sexos.

CONCLUSIÓN. Los pacientes que acudieron al laboratorio radiológico 3D de Iztapalapa de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presentan una Clase I y una Posición A.

PALABRAS CLAVE: Terceros molares, clasificación, posición, clase.

SUMMARY

INTRODUCTION. The third molars are dental organs that, due to their location in the dental arch and due to the evolution of the human being, do not erupt correctly within the dental arch either due to a situation due to lack of space, force, or obstruction, among other causes. causing its impact, retention or inclusion.

Therefore, the **OBJECTIVE** of this study was to determine the frequency of the position of the third molars according to the classification of Pell and Gregory of the patients who visited the 3D radiological laboratory of Iztapalapa, by sex.

MATERIAL AND METHOD. The type of study was observational, prolective, transversal and descriptive, in which 130 panoramic radiographs were reviewed; The data collection instrument was a collation sheet where according to each radiograph the name, sex and folio number were recorded, each radiograph was

subsequently analyzed and assessed according to the classification of Pell and Gregory and placed on the comparison sheet class I, II and III; as well as the type of position A, B, C of each third molar as well as if there was absence of any of the third molars.

RESULTS. The most frequent class in both female and male sex was class I with 50% in both sexes and the most predominant position was A with 50% also in both sexes.

CONCLUSION. Patients who went to the 3D radiological laboratory of Iztapalapa according to the classification of Pell and Gregory have a Class I and a Position A.

KEYWORDS: Third molars, classification, position, class.

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares, son órganos dentarios que por su ubicación en la arcada dentaria y por la evolución del ser humano, en especial los inferiores, están en proceso de desaparecer o no erupcionan correctamente dentro de la arcada dentaria ya sea por alguna situación por falta de espacio, falta de fuerza, por alguna obstrucción, entre otras causas provocando su impactación, retención o inclusión.

En la actualidad posiblemente resulte controversial la decisión de dejar en boca los terceros molares o extraerlos; algunos autores mencionan que los terceros molares son perjudiciales para la salud del sistema estomatognático, mientras otros dicen que mientras el tercer molar no presente ninguna molestia puede permanecer en boca o dentro del hueso por años sin producir ninguna alteración.

En todo caso, debemos hacer un diagnóstico asertivo con el propósito de guiarnos en cada caso por una serie de parámetros que nos permite decidir cuando está indicada la extracción de los cordales y cuando no.

En este trabajo determinaremos la posición en que se encuentran los terceros molares superiores e inferiores utilizando la Clasificación de Pell y Gregory en pacientes de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

MARCO TEÓRICO

1. Consideraciones Generales

El sobrenombre de “muela del juicio”, “cordal”, “muela de la prudencia” o “muela de la discreción”, es debido a que la erupción del tercer molar coincide con el momento en que la persona empieza a ser responsable de sus actos; siendo capaz de decidir y aceptar el resultado de sus acciones. Desde el nacimiento hasta que los terceros molares se formen, factores genéticos y ambientales pueden influir en el crecimiento adecuado de la mandíbula así como en la interacción y posicionamiento de los dos tejidos que son necesarios para el inicio del desarrollo del estadio de casquete; se ha demostrado que factores ambientales y teratógenos afectan el desarrollo normal del órgano dental y como consecuencia se producen anomalías en el desarrollo del tercer molar.⁽¹⁾

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero el mamelón se desprende del segundo molar. Cuando el hueso está en crecimiento tiende a crecer hacia atrás llevando en esa dirección a las raíces de los terceros molares no calcificadas; esto explica porque el tercer molar en su erupción tiende a chocar con la cara distal del segundo molar; radiográficamente, cuando la raíz del segundo molar se está recién formando, la imagen del cordal debe de estar presente, de lo contrario se puede sospechar que existe una agenesia del cordal.⁽²⁾

Los terceros molares erupcionan de abajo arriba y de atrás hacia adelante siguiendo una línea curva de concavidad posterior. Los terceros molares, en cada hemiarcada, nacen de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón de la tercera molar se desprende de la segunda, como si de un órgano dental de reemplazo se tratara. El hueso, en su crecimiento, tiene tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de la cordal; esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal de la segunda molar.⁽³⁾

La calcificación de los terceros molares tanto superiores como inferiores comienzan desde los 8-10 años de edad, se completa la formación del esmalte de los 12-16 años y su corona termina de calcificarse a los 15-16 años de edad, su erupción se da entre los 17-21 años y sus raíces completan su formación de los 18 hasta los 25 años de edad.

El tercer molar superior erupciona desde lo más alto de la tuberosidad del maxilar hasta llegar al reborde alveolar, entre el segundo molar y la sutura pterigomaxilar. Es muy común que se desvíe hacia el vestíbulo, o más raramente se puede desviar hacia delante, contra el segundo molar; es por esta razón y por la elevada prevalencia de hipoplasia maxilar y de las arcadas dentarias de dimensiones reducidas, que los cordales quedan impactados; solo el 20% de los cordales alcanzan una posición normal en la arcada dentaria.

El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria; el ángulo mandibular, en donde va a formarse el molar, se modificará por alargamiento óseo, arrastrando con él las partes del órgano dental que aún no se han calcificado; el cordal inferior para alcanzar su lugar normal por detrás del segundo molar debe de realizar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y hacia arriba (curva de enderezamiento de Capdepont); la erupción de este órgano dental se realiza en un lugar con un espacio muy limitado, hacia delante con el segundo molar, hacia atrás con el borde anterior de la rama ascendente y a los lados con las corticales óseas, de las cuales la cortical externa es espesa y muy compacta, por lo que se desvía hacia la cortical interna, y termina implantándose hacia lingual.⁽⁴⁾

Aproximadamente el enderezamiento del órgano dental culmina a los 18 años, pero en la mayoría de los casos estos obstáculos suelen originar impactaciones y anomalías de posición en la arcada dentaria, generalmente cuando la formación del tercer molar se retrasa más allá de los 10 años, la posibilidad de formación de los cuatro terceros molares se reduce en aproximadamente un 50%.⁽⁵⁾

La agenesia de los terceros molares ocurre entre un 5 y un 30% de los pacientes; con esto podríamos explicar que los cordales se están convirtiendo en un órgano vestigial sin función o propósito.⁽⁶⁾

ETAPAS DE LA ERUPCIÓN

La erupción comienza con la formación del órgano dentario y se mantiene durante toda la vida funcional del órgano dentario; es un proceso continuo que termina con la pérdida o la anquilosis con el maxilar; la erupción está íntimamente vinculada a las relaciones alveolo dentarias; a menudo, el término erupción se limita para definir el periodo en el cual el órgano dentario aparece en la cavidad bucal y llega a ponerse en contacto con el antagonista; sin embargo, el mecanismo se origina desde el momento en que comienza a formarse el órgano dentario; se consideran tres etapas en la erupción:

- **Etapas pre eruptiva**

Coincide con el crecimiento de los maxilares. Se forma la canastilla ósea, abierta hacia incisal en los órganos dentarios anteriores y cerrada en la región de los molares temporales; los movimientos inician por traslación y por crecimiento, combinados; en la porción de hueso que enfrenta el borde incisal o la cúspide del órgano dentario ocurren fenómenos de resorción osteoclástica. El órgano dentario erupciona siguiendo una trayectoria casi vertical, con ligera oblicuidad hacia vestibular, de modo tal que el borde incisal no irá directamente hacia el orificio antes mencionado, sino que choca con la porción vestibuloincisal del nicho óseo; esta parte es la primera en reabsorberse.

- **Etapas eruptiva**

Los órganos dentarios se hallan alejados de la mucosa bucal y se realiza el desplazamiento hacia esta última, modificando su posición; se efectúa un movimiento axial y otro de rotación; el axial es tan rápido que sobrepasa o excede el crecimiento del proceso alveolar; durante esta etapa, además de la formación de la raíz, se constituyen el alvéolo óseo y el periodonto de inserción; el tejido óseo crece por aposición alrededor de la raíz en

formación; también aumenta en la zona apical; como esta etapa finaliza cuando el órgano dentario se pone en contacto con su antagonista, esta ha sido denominada prefuncional.

- **Etapa pos eruptiva**

Una vez que el órgano dentario alcanza el plano de oclusión, el proceso de erupción continúa, pero de manera muy lenta; el desgaste oclusal es compensado por la erupción; cuando falta el antagonista, puede desplazarse varios milímetros sobre el plano de oclusión; esta etapa también ha sido denominada funcional.⁽⁷⁾

- **Cronología de la dentición**

Variados son los momentos de la formación del órgano dental, de su traslación y, finalmente, de su instalación definitiva en el arco dentario, que caracterizan la cronología de la dentición; el órgano dental pasa por diferentes estadios, desde la formación de la lámina dentaria, la diferenciación del órgano del esmalte, diferenciación del bulbo dentario, del saco dentario, oclusión del saco dentario, comienzo de la calcificación, erupción, término de la calcificación y finalmente se reabsorbe la porción radicular de los temporales.

La cronología de la erupción, como la de toda la dentición, es susceptible de ser modificada fundamentalmente por una serie de factores: raza, tipo de dieta, enfermedades, infecciones agudas, sexo, entre otros.⁽⁸⁾

2. Condiciones anatómicas de los terceros molares

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así, se destaca el insuficiente espacio retromolar, que produce la inclusión de la cordal inferior; el espacio retromolar ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular a lo largo de la evolución filogenética, mientras que las dimensiones dentarias permanecen sensiblemente iguales que en los orígenes; así, en la mandíbula del hombre neolítico, existía un espacio importante entre la cara posterior de la tercera molar y el borde anterior de

la rama ascendente; este espacio, actualmente, ha desaparecido completamente y por ello el tercer molar no tiene espacio suficiente para erupcionar y queda parcialmente retenido en la rama ascendente mandibular y se ve obligado a desarrollarse en situación ectópica, generalmente en la cara interna de esta rama. El tercer molar va a situarse en un espacio limitado, donde las relaciones anatómicas de las diversas estructuras acentúan las dificultades y agravan el proceso de la erupción.⁽⁹⁾

Por ser el tercer molar inferior el que presenta mayores problemas en su erupción y por ser el que se encuentra frecuentemente retenido, se procede a explicar las referencias anatómicas que empeoran más el problema provocado por la falta de espacio óseo:

- Hacia delante, el segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar y puede ser lesionado a diferentes alturas.
- Hacia abajo, está en relación más o menos íntima con el paquete vasculo nervioso dentario inferior, puede a veces atravesar entre sus raíces, por lo que la proximidad es la causa de distintos trastornos reflejos del trigémino y del simpático periarterial debido a múltiples anastomosis del V par craneal.
- Hacia atrás, se encuentra con el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, obstáculo óseo que impide una buena posición del órgano dental en la arcada.
- Hacia arriba, está cubierto por una mucosa laxa, movable y extensible, que no juega su papel habitual en la erupción dentaria como lo hace la fibromucosa extensible al nivel del resto de los órganos dentarios; no existe esa dehiscencia normal cuando el órgano dental llega a su erupción en la arcada y esa mucosa laxa y extensible no se retrae, se deja distender y forma por detrás del segundo molar una especie de saco, donde los agentes infecciosos bucales pueden multiplicarse y crear, por lo tanto, una infección localizada; hacia afuera se encuentra la cortical externa, lámina ósea y compacta, pero sin estructuras vasculonerviosas.⁽¹⁰⁾

- Hacia adentro, se relaciona con la cortical interna, lámina ósea delgada a veces perforada por las raíces, que separa al órgano dental de la región sublingual y del nervio lingual; se destaca el interés que tienen las relaciones de la tercera molar inferior con las inserciones musculares próximas. Así, hacia fuera, se encuentra con las fibras del masetero y, más arriba, en la región alveolar, al nivel del surco vestibular, con las fibras del buccinador; hacia adentro se relaciona con el pterigoideo interno y las inserciones posteriores del músculo milohiideo, límite del hiato entre las regiones sublingual y submaxilar; hacia arriba y atrás, las fibras inferiores del músculo temporal se insertan en la cresta del mismo nombre, mientras que en la parte superior interna del triángulo retromolar se pone en comunicación con el pilar anterior del velo; la cordal superior se sitúa entre la segunda molar superior y la sutura pterigomaxilar, y queda en relación con el seno maxilar por arriba y la región pterigomaxilar por detrás.⁽¹¹⁾

Existe una teoría de la reducción terminal dentaria de Adloff que señala la futura desaparición de los terceros molares en la especie humana el cual menciona que es debido a un aspecto evolutivo, consecuencia de la disminución de la actividad masticatoria; por lo que esto sería una línea evolutiva hacia un número menor de órganos dentarios que indica que las tendencias evolutivas han influido en la dentición actual y en la dimensión de los maxilares.⁽¹²⁾

Recientemente el examen radiográfico digital de la mandíbula de la “niña Magdaleniense”, de 13.000-15.000 años de antigüedad, muestra un tercer molar retenido en posición mesioangular, considerado el caso más antiguo reconocido de impactación del tercer molar, por lo que se señala que la evolución de los hábitos alimenticios ha contribuido a modificar el tamaño de los maxilares, siendo marcado este cambio a nivel mandibular, como lo es el aspecto evolutivo del Homo sapiens que se confirma por la disminución progresiva del espacio retromolar entre borde anterior de la rama y cara distal del tercer molar, lo que actualmente se determina mediante la clasificación de Pell & Gregory, que mide el

espacio que tiene el tercer molar para erupcionar entre borde anterior de rama y cara distal del segundo molar.⁽¹³⁾ (Ver figura No. 1A y 1B)

Figura No. 1A y 1 B. Disminución del espacio retromolar.



Fuente: Figún, M, Garino, R. Anatomía odontológica funcional y aplicada. 2ª Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1992.341-2.

Un punto de vista que apoya la teoría de la evolución, se basa en la presunción que los maxilares han ido disminuyendo su tamaño durante la evolución humana, probablemente como resultado de una reducción evolutiva en el tamaño corporal genéticamente determinado, concepto que justifica la gran incidencia de agenesia de los terceros molares inferiores. Una dieta más refinada, requiriendo menos masticación, ocasiona esta tendencia, haciendo menos necesario un aparato masticatorio potente; por estas y otras razones, un número cada vez mayor de personas presenta inclusiones dentarias y agenesias; mientras que además se menciona 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.⁽¹⁴⁾

Los aumentos de la agenesia y de la retención del tercer molar han ido de la mano con la evolución humana. También los antropólogos afirman que el crecimiento constante del cerebro aumenta el volumen de la cavidad craneana en desmedro de los maxilares, lo que contribuye a que un número cada vez mayor de personas presenten alteraciones en la erupción normal de los terceros molares.⁽¹⁵⁾

La revisión de literatura establece un amplio rango de terceros molares no erupcionados, desde 22,3%, hasta 66,6%; el período normal de erupción del tercer molar (entre los 17 y 25 años de edad) y la mayor calcificación de los maxilares

que complica dicha erupción, la malposición post erupción de dichos órganos dentarios con severas alteraciones de la oclusión y apiñamiento dentario, el aumento del acceso a atención odontológica de especialistas odontopediatras y ortodoncistas, la información transmitida como referencia parental señalando las molestias y tratamientos sufridos durante el largo período eruptivo, así como, un amplio abanico comunicacional que permite acceder a mucha información al respecto, han provocado un aumento de la exodoncia profiláctica y de la recomendación ortodóncica de la exodoncia de los terceros molares.⁽¹⁶⁾

Pese a que los terceros molares producen condiciones que justifican su exodoncia, se ha visto que estos órganos dentarios son removidos rutinariamente para prevenir serios malestares que no tienen soporte científico.

Impactación es el término usado más frecuentemente para describir un proceso quirúrgico más que un diagnóstico clínico; señala que el alto costo acumulativo de las cirugías del tercer molar que excede los costos de cualquier otro procedimiento quirúrgico. El procedimiento quirúrgico no está exento de riesgos, tales como parestesia, daños iatropatogénicos como fractura mandibular, compromiso de la articulación temporomandibular, seno maxilar, tuberosidad del maxilar órganos dentarios vecinos y hasta la muerte por causa de la anestesia general; además, no debe olvidarse que los terceros molares pueden ser muy importantes con fines protésicos, cuando se han perdido otros órganos dentarios.⁽¹⁷⁾

Siendo el tercer molar el órgano dentario que provoca mayores patologías asociadas con su presencia, retención, erupción, variabilidad de posición una vez erupcionado y cuyo síntoma principal es el dolor que produce, así como las dificultades quirúrgicas durante su exodoncia tales como el ya señalado riesgo de fractura mandibular y otras iatrogenias y las complicaciones postquirúrgicas que conlleva, así como los importantes aspectos económicos involucrados en tratamiento por ausencias laborales y licencias médicas pre y postquirúrgicas es que se efectúan estudios radiológicos para determinar el grado de erupción y situación de retención de los terceros molares en cada uno de los pacientes.⁽¹⁸⁾

3. Terminología

La erupción dentaria es el proceso de migración de la corona dentaria desde su lugar de desarrollo dentro del hueso maxilar hasta su posición funcional en la cavidad bucal; el mecanismo por el cual se produce es desde hace tiempo tema de controversia y mucho se ha escrito sobre la(s) fuente(s) de la fuerza responsable del movimiento dentario desde su lugar de desarrollo hasta su posición fisiológica en el maxilar; en un momento u otro, como factor principal de la erupción dentaria se ha responsabilizado a casi todos los procesos en los que están implicados los tejidos dentarios o adyacentes, como pueden ser la formación de la raíz, las presiones hidrostáticas vascular y pulpar, la contracción del colágeno en el ligamento periodontal, la motilidad de los fibroblastos adyacentes o el crecimiento del hueso alveolar; sin embargo, debemos considerar la erupción dentaria como un proceso multifactorial en el que no se pueden separar fácilmente causa y efecto, y en el que ninguna teoría parece ofrecer por sí sola una explicación adecuada.⁽¹⁹⁾

Una teoría apunta que la erupción depende del folículo dentario y que es independiente del crecimiento radicular e incluso del órgano dentario en sí mismo; así, la parte coronal del folículo dentario puede coordinar la reabsorción del hueso alveolar, necesario para la erupción dentaria, atrayendo y dirigiendo hacia la pared de la cripta una población de células mononucleares que se convierten en osteoclastos o bien dirigen la actividad osteoclástica durante la erupción dentaria; asimismo, el folículo dentario es un elemento necesario para la formación de hueso en la base de la cripta ósea; la erupción dentaria sigue una secuencia determinada y en unos intervalos concretos de tiempo; si existe un retraso mayor de seis meses, debe investigarse si existe una agenesia o si el órgano dentario está incluido.⁽²⁰⁾

- **Retención**

Corresponde al órgano dental que llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar; el órgano dental no ha perforado la mucosa y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria; algunas de las causas por las que se da la retención son las siguientes:

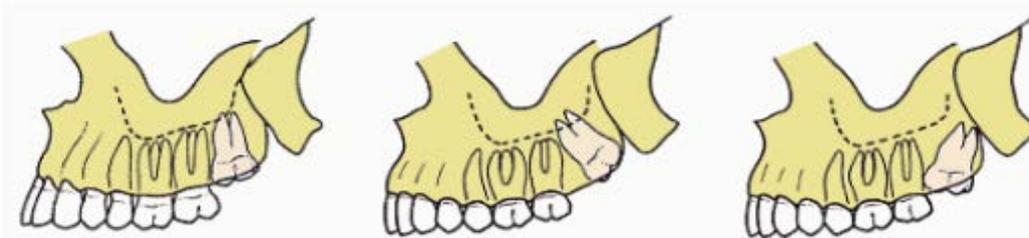
- Irregularidades en la posición y presión de un órgano dentario adyacente.
- Densidad del hueso que lo cubre.
- Inflamaciones crónicas continuadas, con membrana mucosa muy densa.
- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.⁽²¹⁾ (Ver Figura No. 2).

Figura. No 2. Diferentes retenciones del tercer molar superior.

Retención del tercer molar superior en posición vertical

Retención del tercer molar superior que se encuentra en una posición distoangular

Retención del tercer molar superior que se encuentra en una posición mesioangular



Fuente: Hupp J. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea 5ta edic. Barcelona: ediciones técnicas y científicas.2000.168.

- **Impactación**

Detención total o parcial de la erupción de un órgano dental dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente, por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción del órgano dentario debido a la presencia de un obstáculo mecánico:

- Otros órganos dentales
- Hueso de recubrimiento excesivamente denso
- Fibrosis
- Exceso de tejidos blandos

Clínicamente se sospecha de una impactación cuando no se localiza en boca, mientras que el órgano dentario antagonista y contralateral ya ha erupcionado. El saco pericoronario puede estar abierto en boca o no.⁽²²⁾ (Ver Figura No. 3).

Figura. No. 3. Impactación de un tercer molar



Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología.100.

- **Inclusión**

Son aquellos órganos dentarios que de una u otra manera se encuentran en el interior del hueso o debajo de la mucosa, que no han llegado a ocupar el plano oclusal y por ende no cumplen su función; son los que no concretan su proceso normal de desarrollo y todavía poseen su fuerza eruptiva, pero que se ve obstaculizada por algún elemento mecánico que impide su normal proceso, por tanto quedan dentro del tejido óseo; cualquier órgano dentario puede sufrir una interrupción en el proceso eruptivo, provocando su retención dentro de los procesos maxilares; las inclusiones dentarias más frecuentes se presentan en los caninos y terceros molares permanentes.⁽²³⁾ (Ver figura No 4).

Figura No. 4. Tercer molar incluido



Fuente: Raspall G. Cirugía oral e implantología. 95.

La presencia de inclusiones, retenciones e impactaciones dentarias es consecuencia de factores locales como obstrucciones mecánicas (órganos dentarios, quistes o tumores), espacio insuficiente en la arcada dental debido a incongruencias esqueléticas (micrognatia), pérdida prematura de órganos dentarios temporales o discrepancias en el tamaño órgano dentario-arco y factores sistémicos como trastornos genéticos, deficiencias endocrinas e irradiación previa de la mandíbula. La impactación, la retención y la inclusión dental son fenómenos frecuentes; sin embargo, hay una considerable variación en la topografía de estos según la región bucal; además, varios estudios muestran diferencias entre grupos poblacionales que pueden generar posibles diferencias entre grupos etarios, de locación y de género, que implican la necesidad de tener datos de cada grupo poblacional y ubicación geográfica particular; la importancia de evaluar la impactación, retención e inclusión radica en que el órgano dentario mantiene su saco folicular, cuyo epitelio conserva la capacidad de diferenciarse y que podría progresar hacia lesiones tumorales (formación de quistes dentígeros, queratoquiste odontogénico y ameloblastoma, entre otros). Además, la estructura dental puede presentar complicaciones como caries dental y enfermedad pulpar.⁽²⁴⁾

4. Teorías sobre la etiología de la retención dentaria

a. Teoría filogenética

Debido a la evolución humana, los maxilares han reducido su tamaño, pero los órganos dentarios siguen con su tamaño original; el tipo de alimentación también ha cambiado, antes los alimentos eran más duros y se necesitaba de mayor fuerza masticatoria, con el tiempo el hombre ha ido adoptando una dieta blanda, y nuestro sistema masticatorio se ha ido modificando reduciendo el número de órganos dentarios.⁽²⁵⁾

b. Teoría Mendeliana

La herencia juega un papel muy importante; durante la transmisión genética un individuo puede heredar el maxilar pequeño de su padre con los órganos dentarios grandes de su madre, o viceversa.⁽²⁶⁾

c. Teoría ortodóncica

El crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los órganos dentales es en dirección anterior; cualquier interferencia que no vaya con el crecimiento anterior causa retenciones en los órganos dentales.⁽²⁷⁾

5. Etiopatogenia de la inclusión dental

La presencia de inclusiones dentarias es consecuencia de factores locales, sistémicos, prenatales, entre otros; la importancia de evaluar la inclusión radica en que el órgano dentario mantiene su saco folicular, cuyo epitelio conserva la capacidad de diferenciarse y que podría progresar hacia lesiones tumorales (formación de quistes dentígeros, queratoquiste odontogénico y ameloblastoma, entre otros); además, la estructura dental puede presentar complicaciones como caries dental; por lo que se explicaran a continuación las causas más frecuentes por las que se puede llegar a dar una inclusión dental.⁽²⁸⁾

a. Causas locales, son las más frecuentes, entre ellas tenemos:

- Aumento de la densidad del hueso circundante
- Falta de espacio en la arcada por maxilares pequeños y órganos dentales con formas y tamaños anormales.
- Alteración en la posición y presión del órgano dental vecino
- Inflamación crónica con aumento en la consistencia de la mucosa bucal de revestimiento.
- Congénitas: presencia de patologías durante el embarazo como infecciones, trastornos del metabolismo, traumatismos, entre otros.
- Genéticas: trastornos hereditarios o familiares

- Trastornos en el desarrollo de maxilares
- Trastornos en el desarrollo de órganos dentales
- Trastornos en el desarrollo de cráneo, maxilares y órganos dentales.⁽²⁹⁾

b. Causas sistémicas

- Se trata de trastornos subyacentes del crecimiento y se debe de sospechar cuando no han erupcionado algunos órganos dentales que ya debieron de erupcionar.⁽³⁰⁾

c. Causas postnatales

- Son todas las patologías que afectan al desarrollo del recién nacido (malnutrición, infecciones, síndromes, entre otros.).⁽³¹⁾

Causa genético-evolutiva

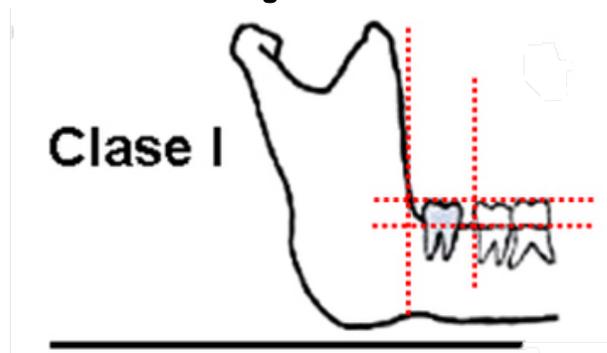
- La teoría genético-evolutiva sigue siendo un tema muy controversial para muchos profesionales; en ella hacen referencia sobre la posición bípeda que adoptó el hombre con una posición más anterior y caudal de la mandíbula; esto dio lugar a la reducción de la mandíbula pero los órganos dentales siguieron con su tamaño original; según la teoría filogenética, los maxilares reducen su tamaño más rápido que los órganos dentales, que tienen una reducción lenta.⁽³²⁾

6. Clasificación de Pell y Gregory

Esta clasificación se basa en la relación del cordal con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso; relación del cordal con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar:

- **Clase I.** Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.⁽³³⁾ (Ver figura No 5).

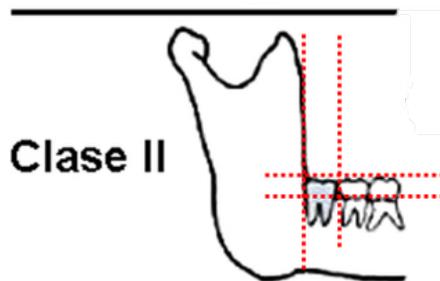
Figura. No. 5. Clase I



Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología.104.

- **Clase II.** El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. (Ver figura No 6).

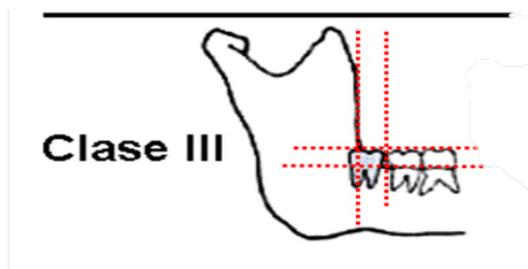
Figura No. 6. Clase II



Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología. 105.

- **Clase III.** Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.⁽³³⁾ (Ver figura No 7).

Figura No. 7. Clase III

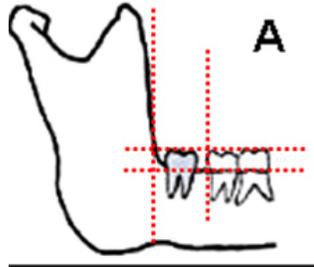


Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología.106.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

- **Posición A.** El punto más alto del órgano dental está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar. (Ver figura No 8).

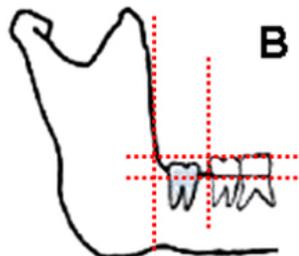
Figura No. 8. Posición A



Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología.107.

- **Posición B.** El punto más alto del órgano dental se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar. (Ver figura No 9).

Figura No. 9. Posición B



Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología.108.

- **Posición C.** El punto más alto del órgano dental está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar. (Ver figura No 10).

Figura No. 10. Posición C



Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología.109.

7. Clasificación de Winter

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.⁽³⁴⁾

- **Mesioangular.** Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°. (Ver figura No 11)

Figura No. 11. Posición mesioangular



Fuente: Raspall G. Cirugía oral e implantología.103.

- **Horizontal.** Cuando ambos ejes son perpendiculares. (Ver figura No 12)

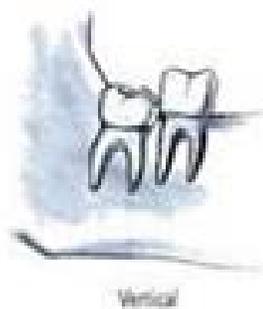
Fig. No.12. Posición horizontal



Fuente: Raspall G. Cirugía oral e implantología.103.

- **Vertical:** Cuando los dos ejes son paralelos. (Ver figura No 13)

Figura No.13. Posición vertical



Fuente: Raspall G. Cirugía oral e implantología.103.

- **Distoangular:** Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°. (Ver figura No 14).

Figura No.14. Posición distoangular



Fuente: Raspall G. Cirugía oral e implantología.103.

- **Invertido:** Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°. (Ver figura No 15)

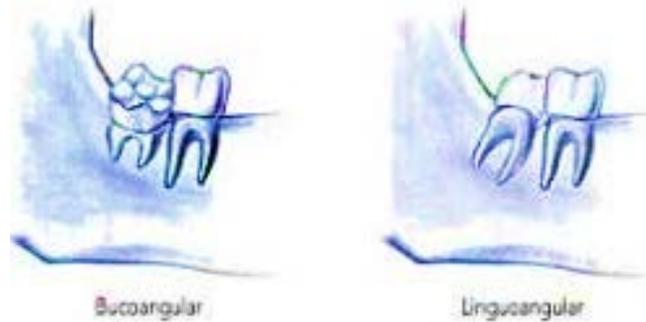
Figura No.15. Tercer molar invertido



Fuente: Raspall G. Cirugía oral e implantología.103.

Según el plano coronal se clasifican en vestibuloversión si la corona se desvía hacia el vestíbulo y en linguoversión si se desvía hacia lingual.⁽³⁴⁾ (Ver figura No 16).

Figura No.16. posición bucoangular y linguoangular



Fuente: Raspall G. Cirugía oral e implantología.103.

8. Diagnóstico radiológico

El análisis imagenológico mediante radiografía panorámica es el estándar para el diagnóstico en la práctica odontológica diaria, ya que devela la presencia de órganos dentarios impactados, retenidos o incluidos en la arcada dental, así como otra variedad de patologías de los tejidos óseos y dentales, lo cual es imposible considerar a través del examen clínico de la cavidad bucal; a esto se le añade la accesibilidad por parte de los pacientes; por lo anterior se justifica usar la radiografía panorámica digital como medio diagnóstico y predictivo de inclusiones, retenciones e impactaciones dentarias que, en conjunto con técnicas de lectura radiográfica, son instrumentos básicos y necesarios para determinar cuál es su frecuencia.⁽³⁵⁾

A la hora de llevar a cabo el diagnóstico radiológico de un tercer molar para planificar su exodoncia quirúrgica, hay que considerar una serie de variables que van a influir decisivamente en el grado de dificultad del acto quirúrgico; según estas predicciones radiográficas, se pueden cuantificar las diversas variables que inciden en el grado de dificultad de su exodoncia.

Mediante el estudio radiográfico se puede estudiar el acceso disponible al molar determinando el espacio entre el extremo distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular; cuanto más estrecho sea, más deficiente será el acceso.

(36)

En la valoración radiográfica de órganos dentales retenidos, incluidos o impactados en el maxilar inferior se debe analizar:

- La profundidad de la retención medida con relación al plano oclusal a la apófisis alveolar.
- La inclinación del órgano dental comparada con la línea media y con el eje axial del órgano dental erupcionado adyacente
- La longitud, forma, dirección y número de raíces.
- Grado de calcificación radicular.
- La forma y tamaño de la corona.
- El espacio del ligamento periodontal.
- La posibilidad de anquilosis.
- Reabsorción de órganos dentales contiguos.
- La relación con la rama ascendente del maxilar.
- El espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama, comparando este espacio con el ancho mesiodistal del tercer molar.
- La relación de las raíces del tercer molar con el conducto dentario inferior y la integridad de sus corticales. (37)

Para el análisis de los órganos dentales incluidos en el maxilar superior se debe tener en cuenta además de la mayoría de las consideraciones anteriores:

- La proximidad del seno maxilar. Debido a que este puede estar en estrecha relación con los ápices del tercer molar e incluso con el ápice de caninos o supernumerarios incluidos.
- La proximidad de las fosas pterigomaxilar e infratemporal y de la fosa nasal.
- La espina nasal anterior e incluso el reborde y el agujero infraorbitarios.

- La tuberosidad es la continuación del proceso alveolar y hacia ésta puede extenderse el seno maxilar rodeando por completo un tercer molar retenido.⁽³⁸⁾

9. Indicaciones para la extracción de terceros molares

La remoción de los terceros molares tiene como objetivo la prevención de la salud bucal; la remoción de estos evita que se instalen otras patologías como:

- **Pericoronitis**

La pericoronitis se define como una infección en los tejidos que rodean al órgano dental semierupcionado; se presenta frecuentemente en el cordal inferior, pero también puede ocurrir en otros órganos dentales así como en el cordal superior; el proceso inflamatorio que se produce se inicia cuando en el espacio pericoronar o también llamado "folículo", entre el capuchón de la encía que recubre el órgano dental parcialmente erupcionado y la corona, se acumula restos alimenticios el cual es un nicho para la proliferación bacteriana, producto de eso tenemos la inflamación del tejido que conduce hacia un proceso agudo infeccioso del hueso y de los tejidos vecinos; se denomina operculitis cuando se inflama solo el tejido gingival que recubre la corona del órgano dental semierupcionado.⁽³⁹⁾

- **Quistes odontogénicos**

Los quistes y tumores son exclusivos de terceros molares impactados. Generalmente se originan por infecciones crónicas del saco pericoronario, por infecciones apicales, periodontitis o por la degeneración tisular que sufre el saco folicular cuando hay infiltrados linfocitarios y, el epitelio del esmalte puede establecer el camino para la formación de los quistes odontogénicos; los quistes se caracterizan por ser asintomáticos y tener un crecimiento lento, llegando a destruir láminas corticales haciéndose hasta entonces evidentes; dependiendo de la posición en que se encuentre el órgano dental incluido asociado al quiste, ocurrirán los cambios quísticos.⁽⁴⁰⁾

- **Quistes**

Quiste en el cual el revestimiento de la luz del quiste deriva del epitelio producido durante el desarrollo del órgano dental; los quistes odontógenos se derivan de las siguientes estructuras:

- Restos de Malassez, que son restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz.
- Epitelio reducido del esmalte, epitelio residual que rodea la corona del órgano dental después de completarse la formación del esmalte.
- Restos de la lámina dental (restos de Serres), islotes y tiras que se originan en el epitelio oral y permanecen en los tejidos después de inducir el desarrollo del órgano dental.⁽⁴¹⁾

Los quistes radiculares también llamados quistes periapicales, son quistes de origen inflamatorio derivados de los restos de Malassez que se activan en respuesta a un proceso inflamatorio como caries que llega hasta la pulpa o algún trauma que produzca una pulpa necrótica; estos quistes se localizan en el ápice radicular o en el foramen apical de un conducto accesorio de un órgano dental; radiográficamente se presenta como una imagen radiolúcida, circunscrita, con bordes bien definidos en el ápice radicular; el tamaño de los quistes radiculares es variable pero generalmente alcanza un centímetro de diámetro; el tratamiento consiste en la enucleación del quiste por medio de tratamiento endodóntico del órgano dentario responsable o extracción del quiste con el órgano dentario comprometido.⁽⁴²⁾

- **Granuloma**

El granuloma se produce por una infección crónica local. Se localiza en la cara distal del órgano dental comprometido aunque también se lo puede encontrar en la cara mesial, vestibular, lingual y, cuando hay una caries extensa se localiza en el ápice; radiográficamente se observa como un engrosamiento del saco

pericoronario; esta patología se resuelve con la extracción del órgano dental y un lavado y curetaje copioso del hueso.⁽⁴³⁾

- **Tumores malignos y ameloblastomas**

Los tumores que se originan en los maxilares se forman a partir del tejido de desarrollo del órgano dental; cuando realizamos una exéresis incompleta de un quiste primordial, quiste folicular y pericoronario del tercer molar, recidiva como ameloblastoma; el ameloblastoma es una neoplasia benigna localmente agresiva, de crecimiento lento y capaz de causar grandes deformidades faciales y casi no presenta sintomatología dolorosa; radiográficamente se observa como una imagen radiolúcida uni o multilocular, con un aspecto semejante al de “burbujas de jabón”.⁽⁴⁴⁾

- **Ulceración yugal o lingual**

Cuando el tercer molar está mal posicionado, ya sea hacia lingual o vestibular produce lesión y ulceración hacia el carrillo o hacia el borde lateral de la lengua; la irritación constante puede producir una leucoplasia que se desencadena en carcinoma de células escamosas que no es muy frecuente, pero la constante irritación presenta una preocupación y molestia para el paciente, así que en estos casos la extracción está indicada.⁽⁴⁵⁾

- **Caries de segundo o tercer molar**

Cuando un molar se encuentra en mesioversión o en una posición de difícil acceso para la higiene bucal diaria, es muy probable que con el atrapamiento de alimentos se produzcan lesiones cariosas tanto en el segundo como en el tercer molar; en estos casos la extracción del tercer molar está indicada. En un estudio observaron que cuando la posición del tercer molar era mesioangulada, había mayor tendencia a cariar el segundo molar; concluyeron que la extracción profiláctica de los terceros molares mesioangulados ayudaría a proteger al segundo molar de posibles lesiones.⁽⁴⁶⁾

- **Rizólisis de órganos dentarios vecinos**

Cuando los terceros molares en proceso de erupción se encuentran horizontales o mesioangulados pueden producir una reabsorción de la raíz distal del segundo molar; si radiográficamente se comprueba esto, la extracción del tercer molar está indicada; si la rizólisis que sufrió el segundo molar no es grave se puede reparar con una capa de cemento y puede o no ser necesario un tratamiento endodóntico, pero si es una rizólisis importante la exodoncia podría estar indicada.⁽⁴⁷⁾

a. Indicaciones profilácticas

- **Tratamientos ortodóncicos**

Es muy importante que se realice la extracción de los terceros molares para evitar cualquier movimiento antes o después del tratamiento ortodóncico.⁽⁴⁸⁾

- **Indicaciones protésicas**

Antes de colocar una prótesis se debe realizar la extracción del órgano dentario retenido, para de esta manera evitar que se afecte la oclusión y no haya problema en la retención de la prótesis.⁽⁴⁹⁾

Indicaciones terapéuticas

- **Enfermedad Periodontal**

La presencia de órganos dentales incluidos próximos a órganos dentales erupcionados comúnmente lleva a la formación de un nicho bacteriano propicio para la formación de enfermedad periodontal; esto ocurre pues la región se constituye en un área de difícil limpieza, lo que se da una gran acumulación de alimentos y bacterias, dando lugar a la formación de una bolsa periodontal.⁽⁵⁰⁾

b. Contraindicaciones para exodoncia de terceros molares

- **Edad del paciente**

La edad del paciente es un factor fundamental en la decisión de removerse previamente un órgano dental incluido, pues el grado de dificultad de la exodoncia y de la ocurrencia de complicaciones aumenta sobremanera con el envejecimiento del individuo; otro aspecto importante es que la capacidad de recuperación posoperatoria es perjudicada con el paso del tiempo, y los daños a la salud bucal pueden aumentar considerablemente; así, elementos dentarios asintomáticos y semejantes en dos pacientes diferentes uno con 18 años y otro con 45 años, pueden requerir conductas diferentes, como la exodoncia en el primer paciente y la preservación en el segundo; esto ocurre pues la morbilidad del acto operatorio y la posibilidad de problemas futuros difieren, dependiendo de la edad del paciente. En pacientes de edad avanzada aumenta la complejidad del acto quirúrgico ya que el hueso es compacto por lo que hay una disminución en la dilatación del hueso que es muy importante en la exodoncia; todo esto nos conlleva a tener problemas como: trauma operatorio, fractura de la mandíbula, alveolitis, mientras que el período operatorio se hace más crítico.⁽⁵¹⁾

- **Condición médica comprometida**

La condición sistémica debe evaluarse siempre antes del acto operatorio y, en algunos casos, ésta puede impedir el procedimiento por el riesgo que el mismo representa para la salud del paciente; en individuos con la condición médica comprometida, la exodoncia preventiva está contraindicada.⁽⁵²⁾

- **Proximidad con estructuras nobles**

Los órganos dentales incluidos pueden asumir posiciones próximas a las estructuras nobles, como el nervio alveolar inferior, el nervio mentoniano, el seno maxilar, la fosa nasal, la fosa pterigomaxilar, entre otras; la remoción de los elementos dentarios puede representar un riesgo de daño a tales estructuras; en

estos casos, debemos optar por el seguimiento clínico-radiográfico o por la odontectomía parcial individual.⁽⁵³⁾

Procedimiento quirúrgico

Anestesia

Anestesia troncular:

- Nervio dentario inferior y nervio lingual; a nivel de la espina de Spix
- Nervio bucal largo; en el fondo de vestíbulo lateral al segundo/tercer molar inferior. Anestesia infiltrativa:
 - Vestibular
 - Lingual⁽⁵⁴⁾

Levantamiento del colgajo mucoperióstico

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

Tercer molar inferior. Se traza una incisión oblicua posteroanterior desde la cresta anterior de la rama ascendente mandibular hasta la cara distal del segundo molar en general puede hacerse la descarga vestibular o este nivel, en forma de incisión oblicua; en casos de gran proximidad entre el segundo y tercer molar, la descarga debe practicarse por mesial del segundo molar; si se prefiere un colgajo envolvente, entonces se continúa en la hendidura gingival anteriormente hasta la cara mesial

del primer molar; esta prolongación anterior de la incisión puede ser menor en función de la dificultad de la exodoncia y del hueso que será preciso eliminar.⁽⁵⁵⁾

Eliminación ósea u ostectomía

La cantidad de hueso que se eliminara dependerá de la profundidad de la impactación, la angulación del órgano dentario y la disposición de las raíces; deberá eliminarse el hueso de las superficies oclusal, bucal y distal hasta exponer la línea cervical; es fundamental la eliminación del hueso vecino a la cara mesial del tercer molar para facilitar la introducción del instrumental y del hueso del trigonoretromolar para facilitar las vías de salida; la secuencia de ostectomía en la exodoncia quirúrgica de un tercer molar inferior será la siguiente:

- Eliminación ósea en la superficie oclusal para exponer la corona
- Fresar de la cortical bucal hasta exponer la línea cervical
- Fresado de un surco por distal del órgano dentario para permitir su posterior luxación
- Ligero fresado por mesial para proporcionar un punto de apoyo al elevador para dicha luxación.⁽⁵⁶⁾

Odontosección

La dirección de sección del órgano dental dependerá de la angulación del órgano dentario impactado como factor principal; en ningún caso durante la sección dental con la fresa, debe llevarse hasta la superficie lingual del órgano dental; se hará una sección incompleta y se finalizará la odontosección insertando un elevador en el fisura y haciéndolo rotar hasta dividir el órgano dental, evitando así la lesión del nervio lingual.⁽⁵⁷⁾

Mesioangular

Generalmente es el molar menos difícil de exodoncia. Después de hacer la ostectomía se secciona la corona haciendo un corte longitudinal en sentido coronoapical, que comienza en un punto intermedio de la superficie oclusal y se dirige hasta la furca (en órganos dentarios con raíces divididas) o hasta el punto más apical posible (si las raíces están fusionadas); se extrae primero el segmento

distal y luego el resto del molar, insertando un elevador por mesial y luxando el órgano dental hacia distal.

Horizontal

La siguiente extracción en dificultad. Se separa la corona de las raíces haciendo una sección a nivel de la línea cervical; se extrae primero la corona y luego las raíces; en los casos de raíces divergentes se seccionan y se extraen por separado.

Vertical

A pesar de su aspecto inocente son órganos dentales de difícil extracción; el molar se secciona en dos segmentos, mesial y distal, que se extrae por separado; en el caso de raíces fusionadas se secciona el segmento distal de la corona, que se extrae y luego se luxa el resto hacia distal, de modo similar a las impactaciones mesioangulares.

Distoangular

Es la impactación técnicamente más difícil de resolver. Tras una ostectomía amplia por distal se practica una muesca en la superficie vestibular, en una posición apical al ecuador del órgano dental; se inserta un elevador en la ranura y se aplica un movimiento hacia distal; si esta maniobra no permite la extracción, entonces la corona se separa de las raíces mediante una sección en la línea cervical y se extrae; si las raíces están fusionadas se podrán elevar hacia el espacio previamente ocupado por la corona y retirar; si son divergentes se seccionan y se extraen por separado.⁽⁵⁸⁾

Extracción (Avulsión) del molar

Una vez hecha la ostectomía y odontosección se retiran los distintos segmentos del órgano dentario mediante el uso de elevadores; los movimientos de luxación para expansionar las corticales bucal y lingual son mínimos; no debe aplicarse excesiva fuerza con los elevadores por el riesgo de fracturar el tercer molar, el segundo molar, las corticales bucales o linguales o incluso la mandíbula.⁽⁵⁹⁾

Lavado y sutura de la herida

Debe limpiarse el alvéolo de todo resto de folículo dental y especulas óseas con un cuidadoso curetaje deberá irrigarse con suero fisiológico, tanto el alveolo, como

debajo del colgajo mucoperióstico; se regularan los bordes óseos mediante fresado manual o con motor; se procede a la sutura para obtener un cierre primario de la herida; el primer punto se aplica inmediatamente por detrás del segundo molar y los siguientes se colocan por detrás de este; por delante se sitúan a través de la papila por mesial al segundo molar y en la incisión de descarga; suele usarse sutura de 3/0 ó 4/0 no reabsorbibles como la seda o bien reabsorbibles como el Dexon o el Vicryl rápido, ya que el Catgut ha quedado en desuso.⁽⁶⁰⁾

10. COMPLICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES .

Operatorias

- Extracción del órgano dentario incompleto.
- Fractura de corona o raíces de órganos dentales vecinos.
- Luxación o extracción accidental del órgano dentario vecino.
- Fractura ósea.
- Desplazamiento del órgano dental a estructuras anatómicas próximas.
- Hemorragias.
- Lesión de nervios produciendo hipoestesia, parestesia.
- Lesión de tejidos blandos como desgarres, laceraciones y quemaduras.
- Rotura de instrumental.
- Shock

Post operatorias

- Infecciones.
- Osteítis y osteomielitis.
- Hemorragias secundarias.
- Trismus e inflamación
- Queilitis angular
- Dislocación de la articulación mandibular.⁽⁶¹⁾

PANORAMA EPIDEMIÓLOGICO

- **Huambus (1999) Lima Perú**

Analizó 111 radiografías panorámicas de pacientes del servicio de cirugía dental en el Hospital Es Salud Angamos, resultando que dentro de la clasificación de Pell y Gregory se encontró una prevalencia la clase IB con el 42% en el sexo masculino; y en cuanto al sexo femenino la más prevalente fue la clase IA con un 51%.⁽⁶²⁾

- **Jáuregui M. (2000) Perú**

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, según la clasificación de Pell y Gregory fue de 1A 60,3%, 2A 50,6%, 2B 16,9%, 3A 14,4%, 3B 5,6% y 2C 6,3%. Por lo que la Clase más predominante fue la clase I Tipo A.⁽⁶³⁾

- **Sagal M. (2005) Chile**

Determino la prevalencia de los terceros molares mediante radiografías panorámicas de alumnos de Odontología de la Universidad de Talca, seleccionando una muestra de 253 radiografías panorámicas archivadas en el Servicio de Radiología Maxilofacial del Centro de Clínicas de la Universidad de Talca, las cuales correspondieron a alumnos entre 19 y 23 años. La altura de los terceros molares y la clase más frecuentemente observada fue la clase I A (53.25%) luego la clase II C (23.99%) y por último la clase III B (22,76%).⁽⁶⁴⁾

- **Llerena y Col. (2006) Perú**

En trabajo titulado Tiempo de cirugía efectiva en la extracción de terceras molares realizadas por un cirujano oral y máxilo facial con 4 experiencias, indicó que la ubicación de los terceros molares en cada caso se evaluó siguiendo los índices de Pell y Gregory y Winter, estudiando la profundidad y el espacio disponible. Respecto a la profundidad se obtuvo un orden de frecuencia de 70% en posición A, 25% en posición B y 5% en posición C. Y con respecto al espacio disponible se obtuvo un orden de frecuencia igual a 56% para la clase II, 22% para la clase I y 22% para la clase III.⁽⁶⁵⁾

- **Castro (2007). México.**

En su investigación de Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción en pacientes atendidos en la Clínica Dental del Hospital Militar Central, determinó que para el nivel de profundidad de terceras molares inferiores impactadas, en relación al género concluye que en ambos géneros es más frecuente la posición B y la Clase I en un 51%.⁽⁶⁶⁾

- **Rodriguez M. (2008)**

La ubicación que prevaleció fue Clase I con un 57% , tipo A con un 57%, vertical, según Pell y Gregory en ambos sexos.⁽⁶⁷⁾

- **Buitrón C.(2009) Ecuador**

Buitrón en su estudio la posición, tipo y clase que más predominó en el maxilar superior es la clase I y el tipo que más predominó es el tipo A con un 52%.

La posición tipo y clase que más predominó en la mandíbula es la posición horizontal, la clase más frecuente es la II y el tipo que más predominó es el tipo B con un 49%.⁽⁶⁸⁾

- **Díaz E. y Col. (2009) Brasil**

Fue realizado un estudio documental, retrospectivo, con datos complementarios mediante el análisis de radiografías panorámicas. Del total de 3,660 radiografías de pacientes atendidos en la Clínica AllDoc Radiología Odontológica Curitiba, Paraná, Brasil. Fueron seleccionadas 430 radiografías. Los resultados encontrados mostraron que pacientes de ambos sexos presentaron una prevalencia de la clase II A con un 55%.⁽⁶⁹⁾

- **Céspedes M. (2010)**

Se realizó una investigación de tipo descriptivo prospectivo y transversal. El propósito de este estudio fue analizar la Prevalencia de complicaciones después de la extracción quirúrgica de terceros molares en pacientes de 17 a 27 años de edad y valorar la asociación entre la aparición de complicaciones con edad, sexo, posición, angulación y grado de inclusión del tercer molar (según la clasificación de Pell y Gregory y Winter). De acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory fue la clase IIA con un 60%.⁽⁷⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los terceros molares son los órganos dentarios más irregulares en cuanto a morfología y erupción se refiere; empiezan su formación a los 8 años y terminan su amelogénesis alrededor de los 12-16 años; seguidamente hace su erupción entre los 18 y 20 años, completando la formación de su raíz entre los 20 a 23 años; debido a que son los últimos órganos dentarios en erupcionar se retienen o se impactan con mayor frecuencia. Esto es debido a los procesos evolutivos del ser humano o a las diferencias de tamaño entre los huesos maxilares y el tamaño de los órganos dentarios ya que no siempre logran erupcionar completamente o no encontraron suficiente espacio en los maxilares, estos órganos dentarios en ocasiones son muy grandes para un lugar reducido o están orientados en mala dirección por lo que al intentar erupcionar pueden mover otros órganos dentarios, además de que por ser los últimos órganos dentarios en erupcionar en la cavidad bucal, su limpieza se dificulta, por lo que se llega a acumular gran cantidad de biopelícula.

Por regla general los órganos dentarios retenidos deben ser extraídas a no ser que exista alguna contraindicación ya que el órgano dentario retenido mantiene su saco folicular y el epitelio de este tiene potencial de crecimiento y transformación maligna, por lo que es importante identificar la posición de los terceros molares, ya que en algunas ocasiones se pueden formar quistes dentígenos, queratoquistes odontogénicos. Aunque en la mayoría de las ocasiones estas lesiones permanecen asintomáticas, por largo tiempo, algunas de ellas pueden experimentar agrandamientos considerables.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la posición de los terceros molares en la población del área metropolitana de la ciudad de México, 2019?

OBJETIVOS

General

Identificar la posición que tienen los terceros molares en la población adulta del área metropolitana de la ciudad de México, 2019.

Específicos

- Identificar la posición que tienen los terceros molares de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory en el sexo femenino.
- Identificar la posición que tienen los terceros molares de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory en el sexo masculino
- Identificar cual la posición que tienen los terceros molares de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory por órgano dentario.
- Identificar la posición que tienen los terceros molares de la arcada superior
- Identificar la posición que tienen los terceros molares de la arcada inferior

MATERIAL Y MÉTODO

- **Tipo de estudio**

Según Méndez y col. observacional, prolectivo, transversal, descriptivo.

- **Universo**

130 radiografías panorámicas de pacientes a partir de los 18 años de edad a 65 años de edad del sexo masculino y femenino que acudieron al laboratorio 3D Iztapalapa durante el periodo de Mayo del 2018 a Mayo del 2019.

- **Criterios de inclusión**

- Radiografías de pacientes que acudan al centro radiológico 3D ubicado en Iztapalapa.
- Radiografías de pacientes que presenten la mayoría de los terceros molares.

- **Criterios de exclusión**

- Radiografías cuyos terceros molares fueron remanentes radiculares.

Variables

Variable	Definición	Operacionalización	Nivel de medición
Sexo	Condición orgánica que diferencia a los humanos según el órgano sexual	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Clase de los terceros molares	Relación del borde anterior de la rama con la cara distal del segundo molar	Clasificación de Pell y Gregory Clase I -Clase II -Clase III	Cualitativa Nominal
Tipo de los terceros molares	De acuerdo a la profundidad del tercer molar	Clasificación de Pell y Gregory. Posición Tipo A -Tipo B -Tipo C	Cualitativa Nominal
Órgano dentario	Número de órgano dentario revisado	18 28 38 48	Cualitativa Nominal
Arcada	Es el grupo de dientes en la mandíbula o en el maxilar.	Superior Inferior	Cualitativa Nominal

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que utilizamos para la recolección de la información es una hoja de cotejo, la misma que contenía los siguientes aspectos (ver anexo No.1):

- Edad del paciente
- Sexo del paciente
- Folio de ficha en base a como se fue revisando cada una de las radiografías
- Número de órgano dental del tercer molar superior derecho 18 tercer molar superior izquierdo 28, del tercer molar inferior izquierdo 38 y del tercer molar inferior derecho 48.
- Profundidad de retención del tercer molar Tipo A, Tipo B, Tipo C.
- Relación del tercer molar con la rama ascendente y el seno Clase I, Clase II, Clase III.

TÉCNICA

Todos los datos se recogieron a través de una hoja de cotejo.

- **Selección de las radiografías panorámicas**

Se realizó con previa autorización del estudio radiológico 3D Iztapalapa. En el cual se seleccionaron las radiografías de pacientes de edades de los 18 a los 65 años de edad, se examinaron cada una de las radiografías y se determinó cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

- **Llenado en la ficha de recolección de datos**

De acuerdo a cada radiografía se registró en una hoja de cotejo el nombre, sexo edad y el número de folio de acuerdo a como se iban revisando cada una de las radiografías de cada paciente; después de esto de analizo la radiografía y se valoró de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory y se colocó en la hoja de cotejo la clase y el tipo de posición de cada tercer molar y en los casos en los que

no se encontraba presente alguno de los terceros molares igual fue registrado en la hoja de cotejo; se consideró como:

- **Clase I:** cuando existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

- **Clase II.** El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

- **Clase III.** Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

Y de acuerdo a la profundidad del tercer molar fueron considerados los siguientes criterios:

- **Posición A.** El punto más alto del órgano dental está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.

- **Posición B.** El punto más alto del órgano dental se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

- **Posición C.** El punto más alto del órgano dental está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar.⁽³³⁾

RECURSOS

Humanos

- Tesista: Ramírez Estrada Stephanie Michelle
- Director: C.D. J. Jesús Regalado Ayala
- Asesor: Mtra. Josefina Morales Vázquez
- Asesor: C.D. Denisse González Estrada

Materiales y físicos:

- 130 Radiografías panorámicas
- Fichas de recolección de datos
- Plumas o lápices
- Negatoscopio
- Fichas de recolección de datos
- Plumas o lápices

Financieros

- Solventados por la responsable de la investigación

DISEÑO ESTADÍSTICO

- Recolección de la información
- Ordenar los datos de acuerdo a las variables
- Foliar
- Llenado de hojas tabulares en Excel, sistema operativo Windows 10
- Análisis estadístico, frecuencia y porcentaje
- Elaboración de cuadros y figuras

BASES ÉTICAS Y LEGALES

En base a lo previsto en la Ley General de Salud es derecho y obligación del cirujano dentista conocer lo referente al procedimiento quirúrgico que le sea practicado al paciente. Y también es derecho del paciente saber que procedimiento se le va a realizar, por ello y a través del consentimiento informado el paciente debe ser informado (a) y se aclararan dudas que el paciente pudiese llegar a tener con el fin de que se comprenda lo que se le realizara y que será en beneficio a su salud bucal.

Las cirugías de terceros molares deben de ser procedimientos los cuales sigan ciertos lineamientos tanto para el bien del paciente como para el beneficio del profesional se debe considerar tener la historia clínica del paciente ya que esta nos dará información personal de cada uno de los pacientes y si es que el paciente padece alguna enfermedad proceder a darle la atención indicada además de tener el consentimiento informado firmado por el paciente en el cual se le menciona al paciente lo que se le realizara y los riesgos o complicaciones que se podrían llegar a presentar ya que todo procedimiento quirúrgico puede presentar riesgos o complicaciones connaturales previstas o imprevistas durante y después de la intervención quirúrgica como hemorragia, dolor, infección, alveolitis, necrosis, hematoma, equimosis, lesiones de los tejidos blandos, limitación de la apertura bucal, luxación mandibular, fractura o luxación del o los órganos dentarios adyacentes, fractura de la mandíbula, fractura de la tuberosidad del maxilar, desplazamiento del diente o fragmentos del mismo a otras regiones anatómicas (seno maxilar, espacio bucal, submandibular, sublingual, pterigomandibular, infratemporal), comunicación buco-sinusal, ruptura de instrumentos, lesiones neurológicas de alguna rama del nervio trigémino como el nervio alveolo-dentario inferior, mentoniano y lingual (pérdida definitiva o transitoria de la sensibilidad o alteraciones de la misma), enfisema subcutáneo, shock adrenérgico, shock hipovolémico, shock anafiláctico y muerte; todo esto debe ser mencionado al paciente para que este consiente de cualquier situación que se pueda presentar, además de que en este también se le menciona al paciente las indicaciones que

debe llevar a cabo para evitar complicaciones post quirúrgicas y para permitir una adecuada evolución y pronta recuperación por lo que es factible que el paciente siga las instrucciones y prescripciones otorgadas por el personal tratante y que en caso de no seguirlas por negligencia u olvido la responsabilidad será totalmente del paciente. ⁽⁷¹⁾

RESULTADOS

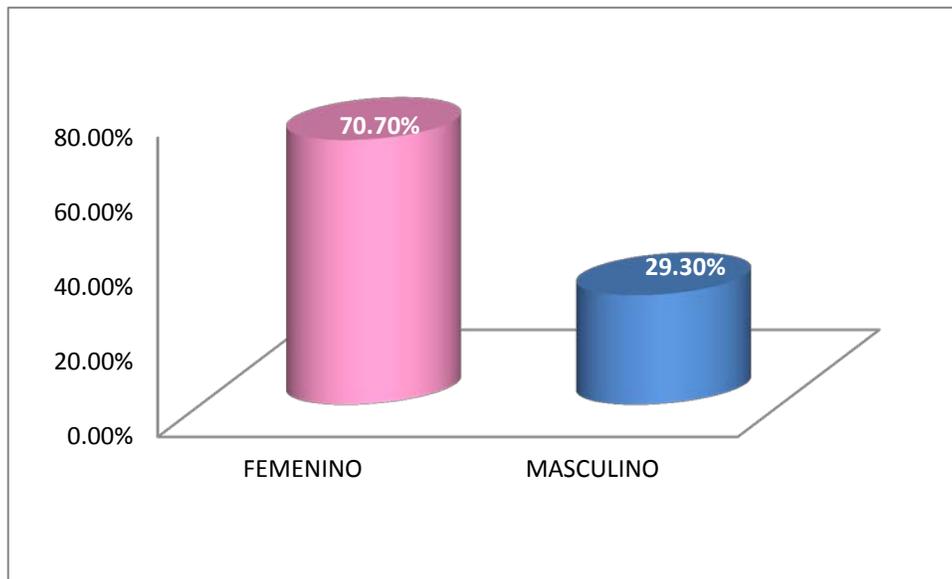
El total de radiografías revisadas del centro radiológico fueron 130 que representa el 100%; de las cuales (92) 70.70% fueron del sexo femenino y (38) 29.30% del sexo masculino, como podemos ver se revisaron más radiografías del sexo femenino. (ver cuadro y figura No. 1)

Cuadro No. 1. Frecuencia y porcentaje de radiografías revisadas por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	92	70.70
MASCULINO	38	29.30
TOTAL	130	100

*FD

Figura No. 1. Porcentaje de radiografías revisadas por sexo.



*FD

*F.D. Fuente Directa: Ramírez ESM

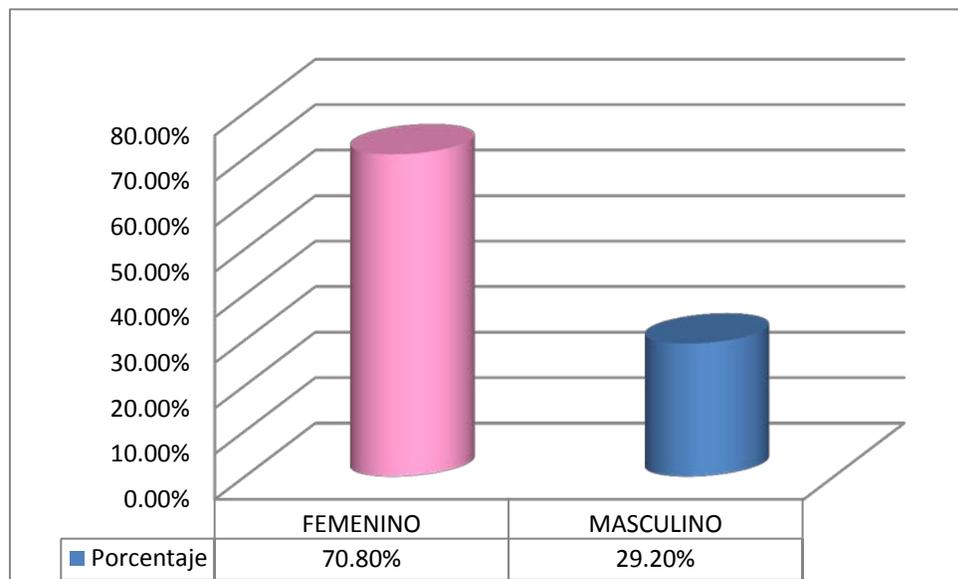
El total de terceros molares revisados fueron 520 que representa el 100% de las cuales (368) 70.80% fueron del sexo femenino y (152) 29.20% del sexo masculino, como podemos ver se revisaron más terceros molares del sexo femenino que del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 2).

Cuadro No.2. Frecuencia y porcentaje de terceros molares revisados por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	368	70.80
MASCULINO	152	29.20
TOTAL	520	100

*FD

Figura No.2. Porcentaje de terceros molares revisados por sexo.



*F.D.

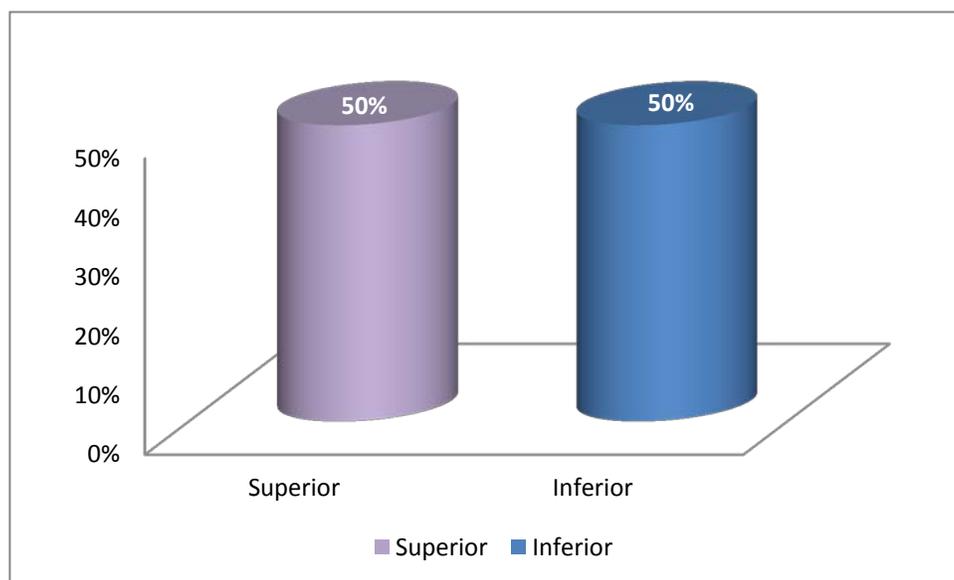
El total de terceros molares revisados por arcada fueron 520 que representa el 100%, de los cuales (260) 50% fueron de la arcada superior y (260) 50% fueron de la arcada inferior, como podemos ver se revisaron la misma cantidad de terceros molares tanto en la arcada superior como en la arcada inferior. (ver cuadro y figura No. 3)

Cuadro No.3. Frecuencia y porcentaje de terceros molares revisados por arcada.

Arcada	Frecuencia	Porcentaje
Superior	260	50
Inferior	260	50
TOTAL	520	100

*FD

Figura No.3. Porcentaje de terceros molares revisados por arcada.



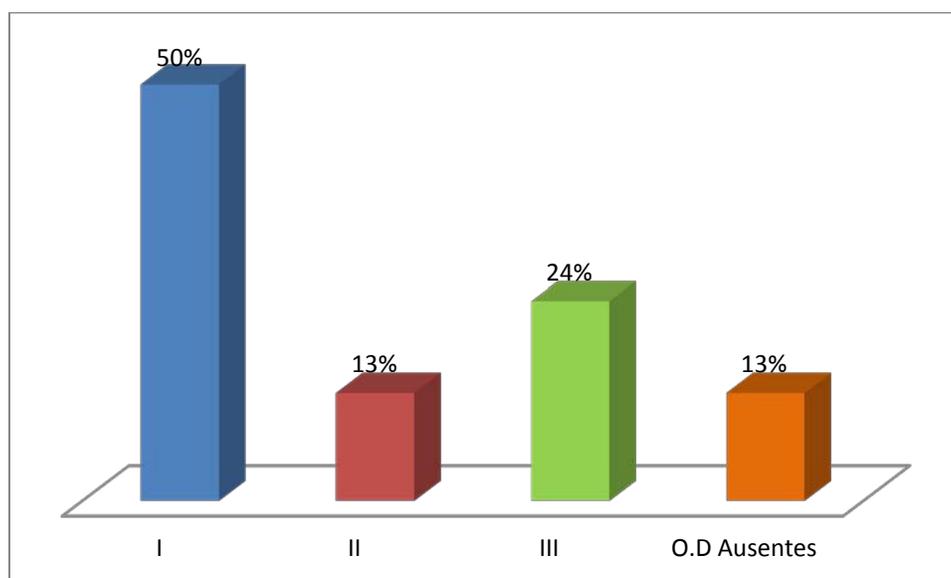
*F.D.

El total de terceros molares revisados en ambos sexos fueron 520 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (258) 50% presentaron Clase I, (70) 13% Clase II, (122) 24% Clase III y (70) 13% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver el mayor porcentaje es de la Clase I. (ver cuadro y figura No. 4)

Cuadro No.4. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en ambos sexos.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	258	50
II	70	13
III	122	24
O.D Ausentes	70	13
TOTAL	520	100

Figura No.4. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en ambos sexos.



*FD

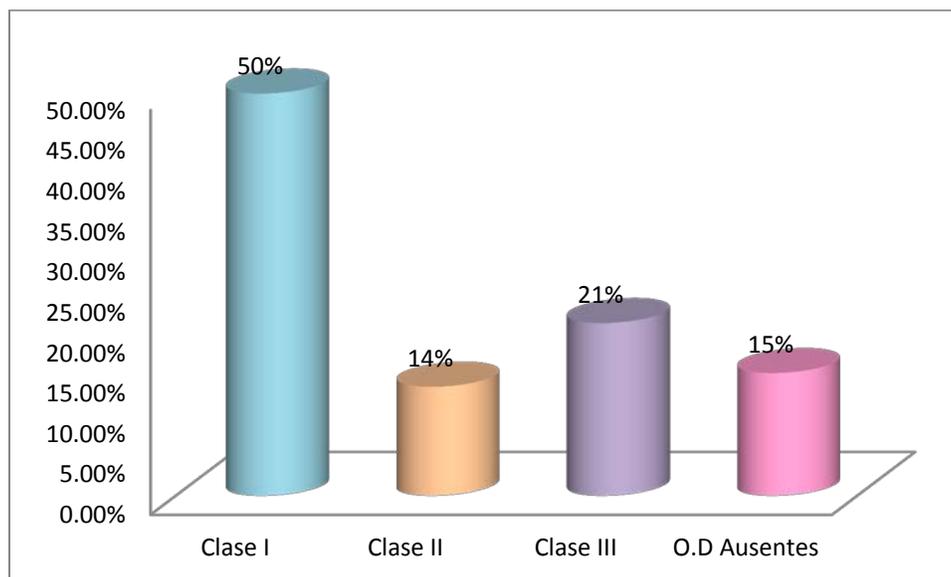
El total de terceros molares en el sexo femenino fueron 368 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (183) 50% presentaron Clase I, (50) 14% Clase II, (79) 21% Clase III y (56) 15% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver el mayor porcentaje es de la Clase I. (ver cuadro y figura No. 5).

Cuadro No.5. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo femenino.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	183	50
II	50	14
III	79	21
O.D Ausentes	56	15
TOTAL	368	100

*FD

Figura No.5. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo femenino.



*F.D.

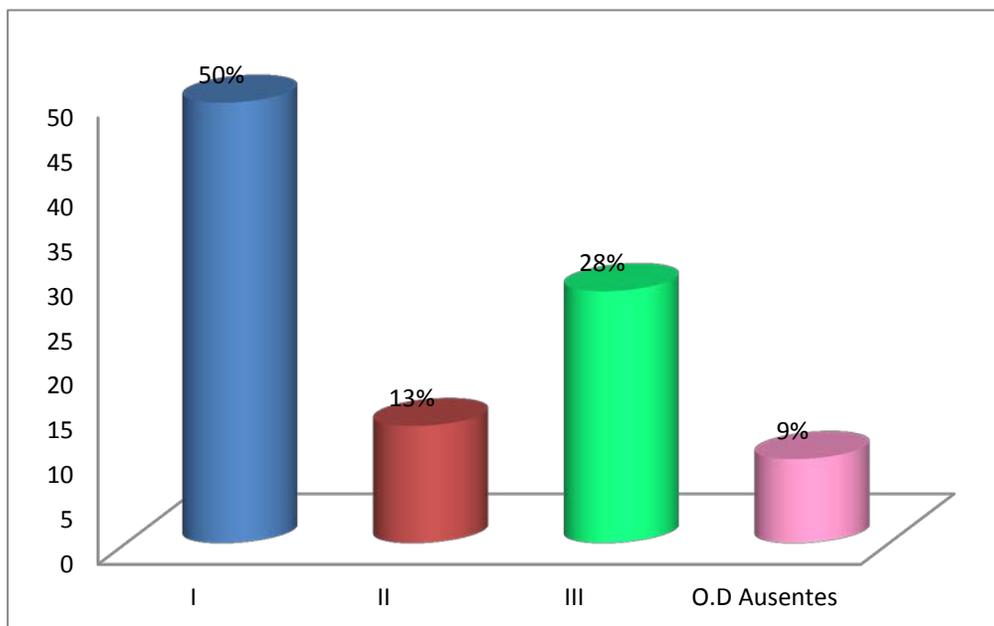
El total de terceros molares en el sexo masculino fueron 152 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (75) 50% presentaron Clase I, (20) 13% Clase II, (43) 28% Clase III y (14) 9% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver el mayor porcentaje es de la Clase I. (ver cuadro y figura No. 6).

Cuadro No.6. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo masculino.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	75	50
II	20	13
III	43	28
O.D Ausentes	14	9
TOTAL	152	100

*FD

Figura No.6. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo masculino.



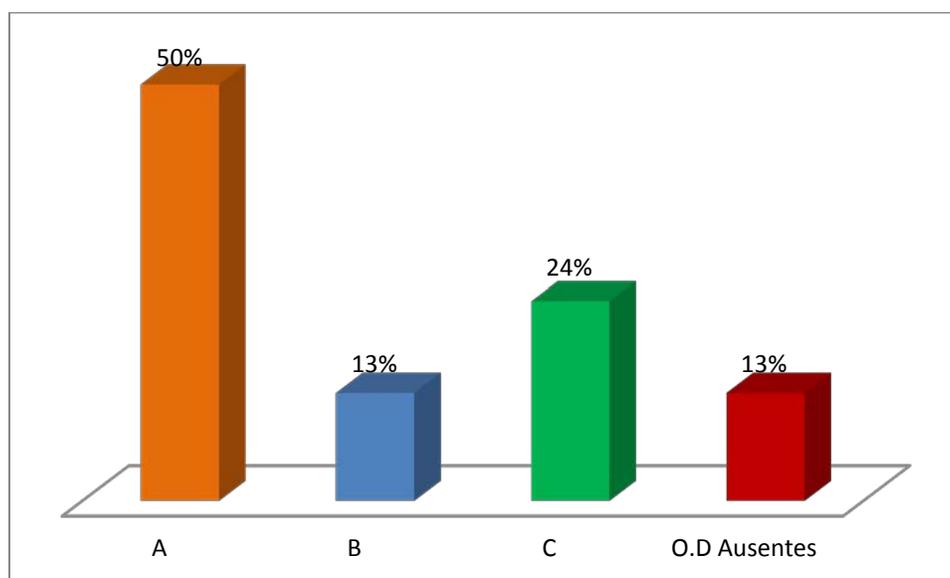
*FD

El total de terceros molares revisados en ambos sexos fueron 520 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo al Tipo de la clasificación de Pell y Gregory (258) 50% presentaron Tipo A, (70) 13% Tipo B, (122) 24% Tipo C y (70) 13% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver el mayor porcentaje es del Tipo A. (ver cuadro y figura No.7)

Cuadro No.7. Porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en ambos sexos.

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
A	258	50
B	70	13
C	122	24
O.D Ausentes	70	13
TOTAL	520	100

Figura No.7. Porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en ambos sexos.



*FD

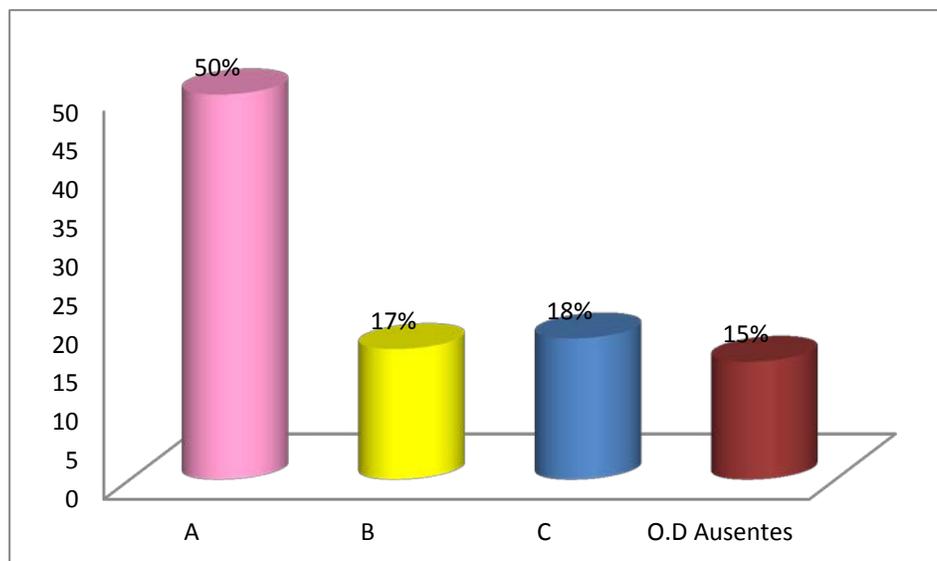
El total de terceros molares en el sexo femenino fueron 368 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo al Tipo de la clasificación de Pell y Gregory (183) 50% presentaron Tipo A, (62) 17% Tipo B, (67) 18% Tipo C y (56) 15% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver el Tipo más predominante fue el A. (ver cuadro y figura No.8).

Cuadro No.8. Frecuencia y porcentaje del Tipo de acuerdo a la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo femenino.

TIPO	Frecuencia	Porcentaje
A	183	50
B	62	17
C	67	18
O.D Ausentes	56	15
TOTAL	368	100

*FD

Figura No.8. Porcentaje del Tipo de acuerdo a la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo femenino.



*FD

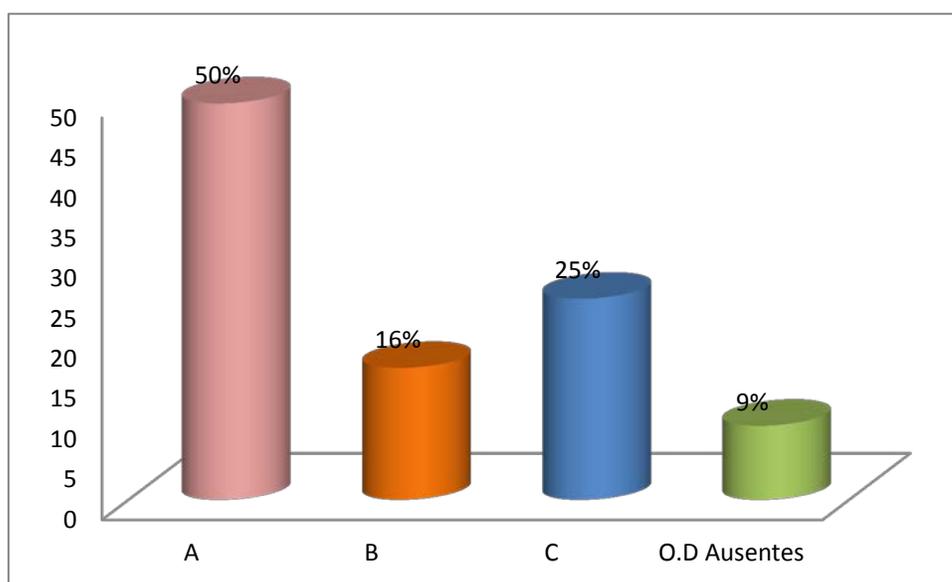
El total de terceros molares en el sexo masculino fueron 152 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo al Tipo de la clasificación de Pell y Gregory (75) 50% presentaron Tipo A, (25) 16% Tipo B, (38) 25% Tipo C y (14) 9% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver el Tipo más predominante fue el A. (ver cuadro y figura No.9).

Cuadro No.9. Frecuencia y porcentaje del Tipo de acuerdo a la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo masculino.

TIPO	Frecuencia	Porcentaje
A	75	50
B	25	16
C	38	25
O.D Ausentes	14	9
TOTAL	152	100

*FD

Figura No.9. Porcentaje del Tipo de acuerdo a la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el sexo masculino.



*FD

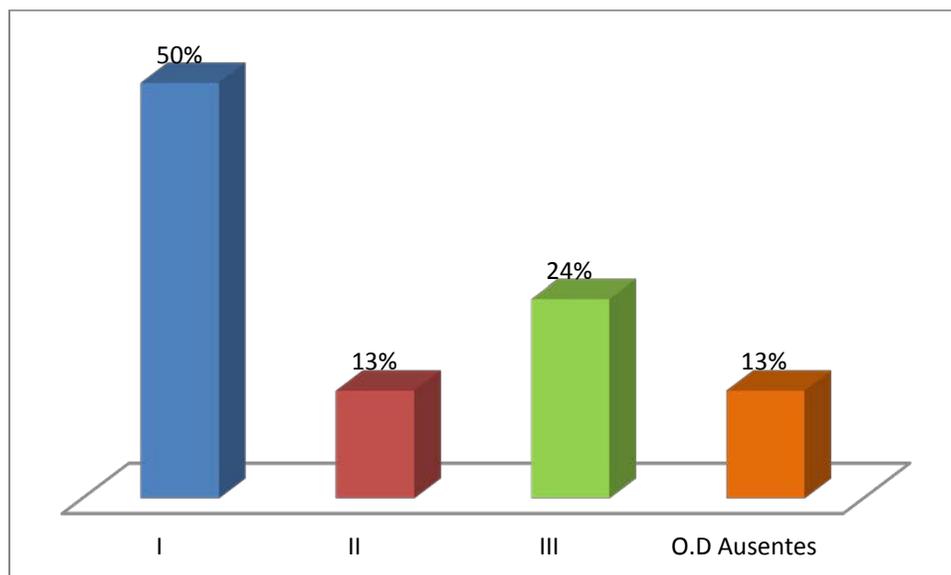
El total de terceros molares superiores e inferiores fueron 520 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (258) 50% presentaron Clase I, (70) 13% Clase II, (122) 24% Clase III y (70) 13% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en ambas arcadas fue Clase I. (ver cuadro y figura No.10).

Cuadro No.10. Frecuencia y Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory de ambas arcadas.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	258	50
II	70	13
III	122	24
O.D Ausentes	70	13
TOTAL	520	100

*FD

Figura No.10. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory de ambas arcadas.



*FD

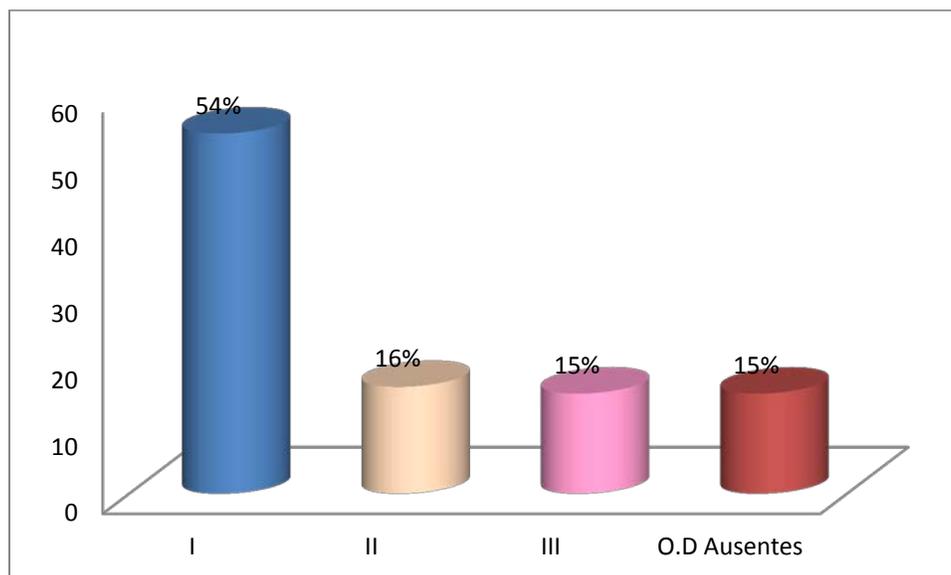
El total de terceros molares superiores fueron 260 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (140) 54% presentaron Clase I, (41) 16% Clase II, (40) 15% Clase III y (39) 15% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en la arcada superior fue Clase I. (ver cuadro y figura No.11).

Cuadro No.11. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en la arcada superior.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	140	54
II	41	16
III	40	15
O.D Ausentes	39	15
TOTAL	260	100

*FD

Figura No.11. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en la arcada superior.



*FD

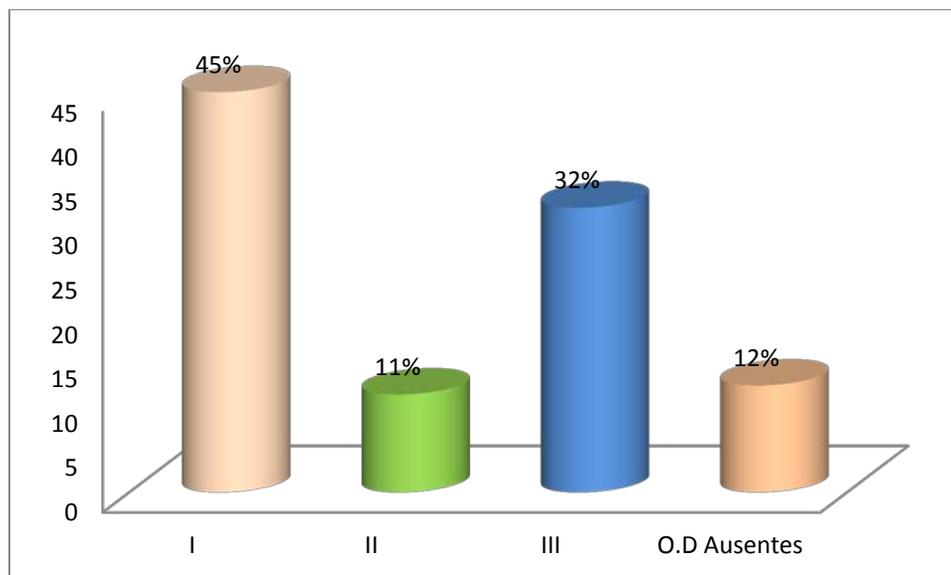
El total de terceros molares inferiores fueron 260 que representa el 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (118) 45% presentaron Clase I, (29) 11% Clase II, (82) 32% Clase III y (31) 12% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en la arcada inferior fue Clase I. (ver cuadro y figura No.12)

Cuadro No.12. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en la arcada inferior.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	118	45
II	29	11
III	82	32
O.D Ausentes	31	12
TOTAL	260	100

*FD

Figura No.12. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en la arcada inferior.



*FD

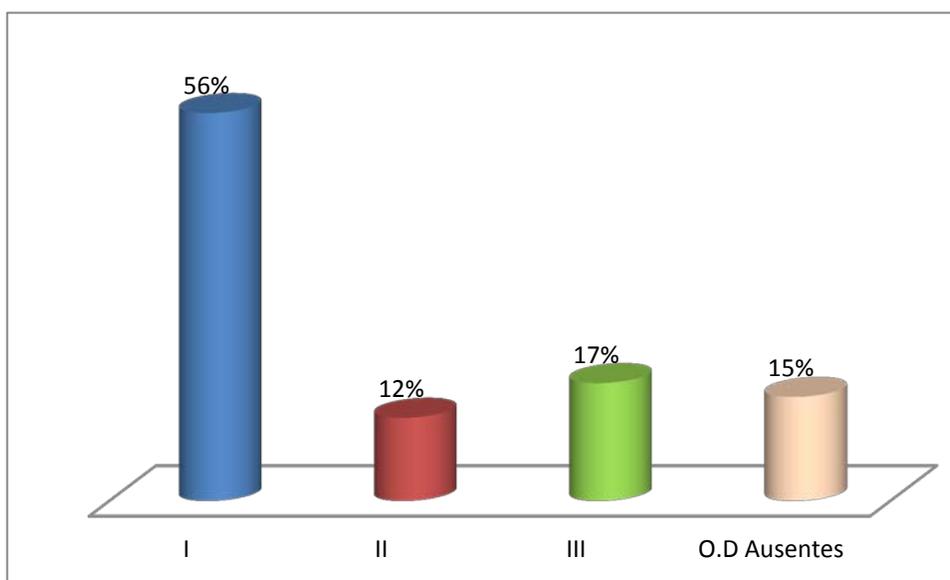
El total de terceros molares superiores derechos (O.D. 18) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (73) 56% presentaron Clase I, (16) 12% Clase II, (22) 17% Clase III y (19) 15% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 18 fue Clase I. *(ver cuadro y figura No.13).*

Cuadro No.13. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 18.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	73	56
II	16	12
III	22	17
O.D Ausentes	19	15
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.13. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 18.



*FD

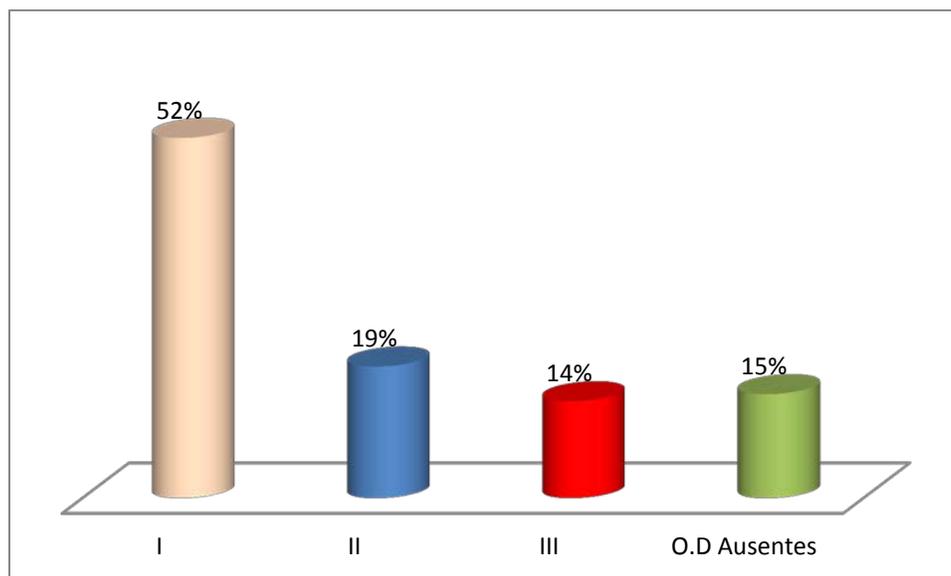
El total de terceros molares superiores izquierdos (O.D. 28) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (67) 52% presentaron Clase I, (25) 19% Clase II, (18) 14% % Clase III y (20) 15% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 28 fue Clase I. (ver cuadro y figura No.14).

Cuadro No.14. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 28.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	67	52
II	25	19
III	18	14
O.D Ausentes	20	15
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.14. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 28.



*FD

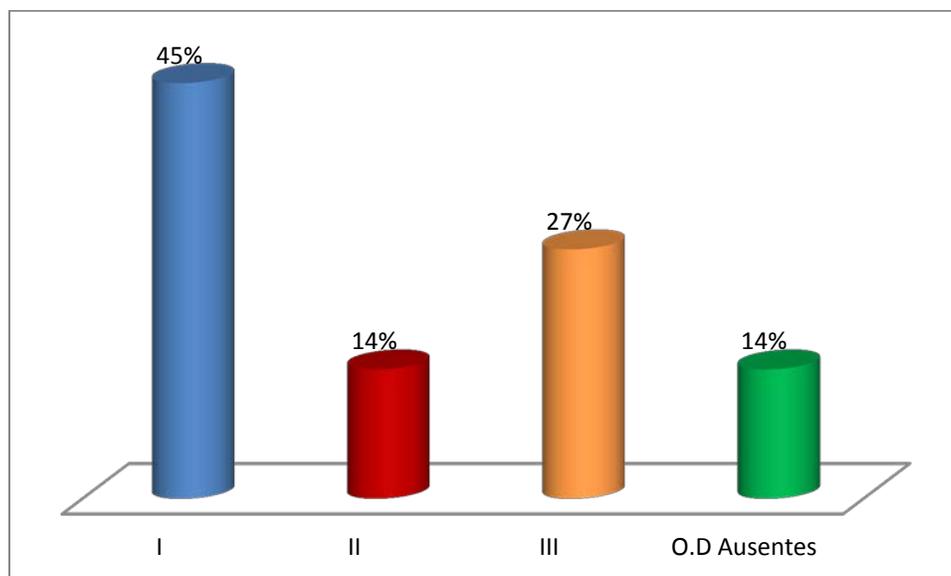
El total de terceros molares inferiores izquierdos (O.D. 38) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (58) 45% presentaron Clase I, (16) 14% Clase II, (40) 27% % Clase III y (16) 14% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 38 fue la Clase I. (ver cuadro y figura No.15).

Cuadro No.15. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 38.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	58	45
II	16	14
III	40	27
O.D Ausentes	16	14
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.15. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 38.



*FD

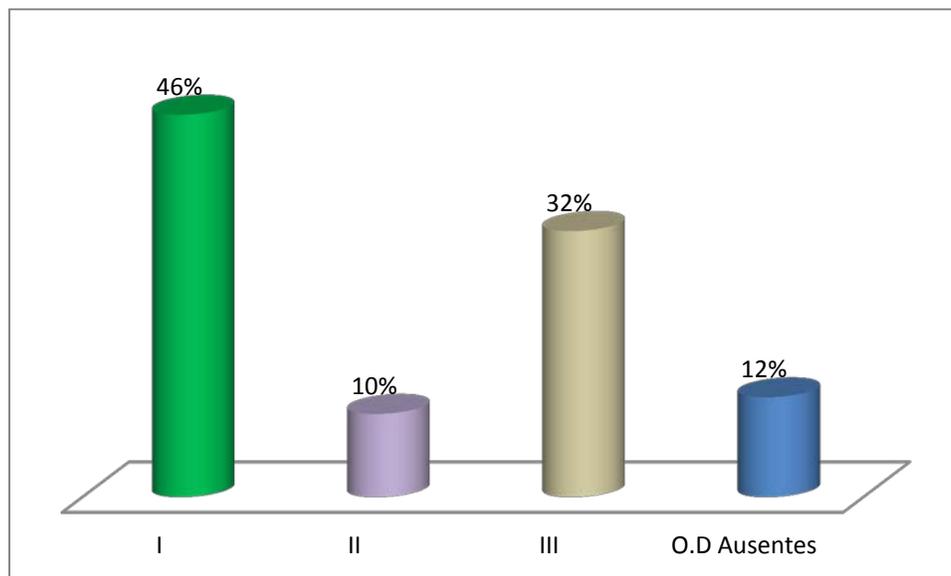
El total de terceros molares inferiores derechos (O.D. 48) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory (60) 46% presentaron Clase I, (13) 10% Clase II, (42) 32% % Clase III y (15) 12% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 48 fue la Clase I. (ver cuadro y figura No.16).

Cuadro No.16. Frecuencia y porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 48.

CLASE	Frecuencia	Porcentaje
I	60	46
II	13	10
III	42	32
O.D Ausentes	15	12
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.16. Porcentaje de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 48.



*FD

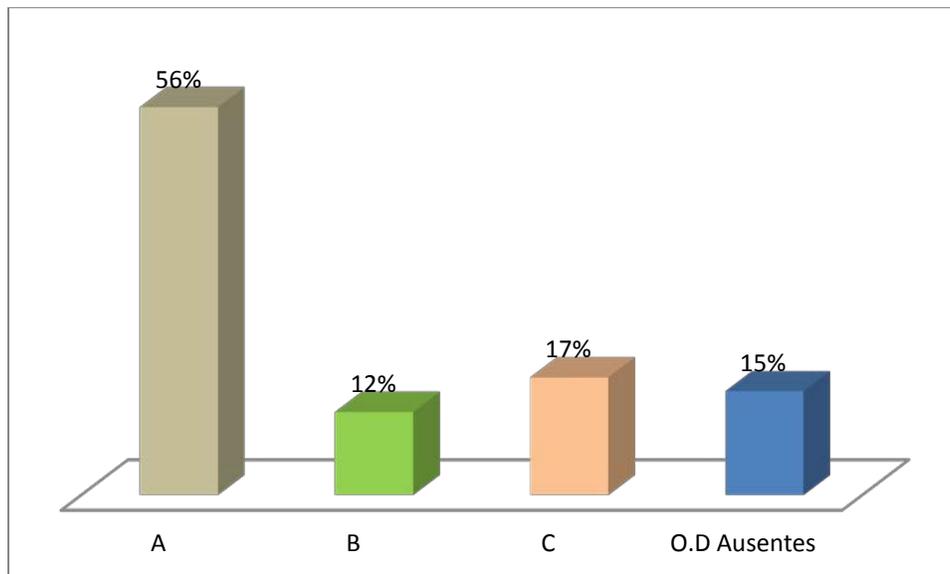
El total de terceros molares superiores derechos (O.D. 18) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo al Tipo de la clasificación de Pell y Gregory (73) 56% presentaron Tipo A, (16) 12% Tipo B, (22) 17% Tipo C y (19) 15% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 18 fue Tipo A. (ver cuadro y figura No.17).

Cuadro No.17. Frecuencia y porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 18.

TIPO	Frecuencia	Porcentaje
A	73	56
B	16	12
C	22	17
O.D Ausentes	19	15
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.17. Porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 18.



*FD

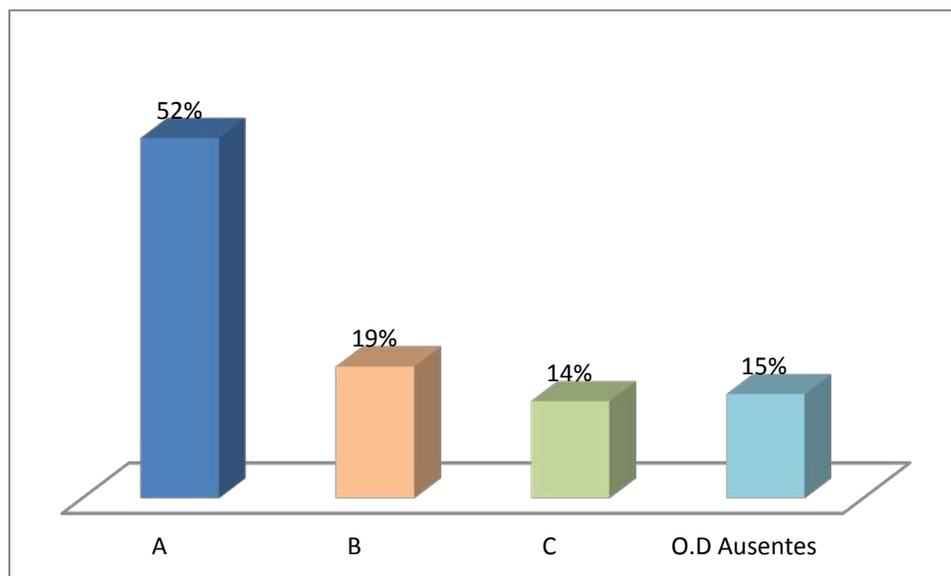
El total de terceros molares superiores izquierdos (O.D. 28) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo al Tipo de la clasificación de Pell y Gregory (67) 52% presentaron Tipo A, (25) 19% Tipo B, (18) 14% % Tipo C y (20) 15% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 28 fue Tipo A. (ver cuadro y figura No.18).

Cuadro No.18. Frecuencia y porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 28.

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
A	67	52
B	25	19
C	18	14
O.D Ausentes	20	15
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.18. Porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 28.



*FD

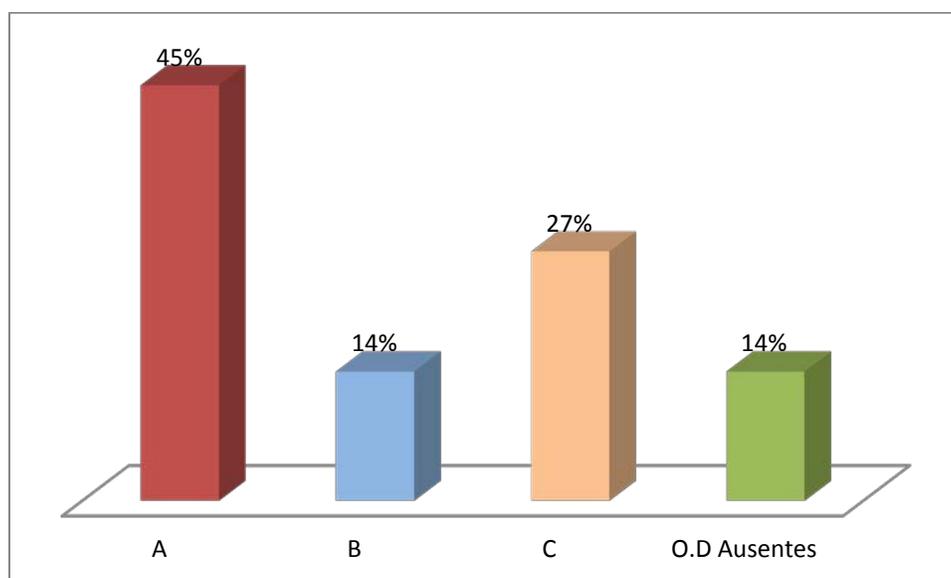
El total de terceros molares inferiores izquierdos (O.D. 38) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo al Tipo de la clasificación de Pell y Gregory (58) 45% presentaron Tipo A, (16) 14% Tipo B, (40) 27% % Tipo C y (16) 14% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 38 fue Tipo A. (ver cuadro y figura No.19).

Cuadro No.19. Frecuencia y porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 38.

TIPO	Frecuencia	Porcentaje
A	58	45
B	16	14
C	40	27
O.D Ausentes	16	14
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.19. Porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 38.



*FD

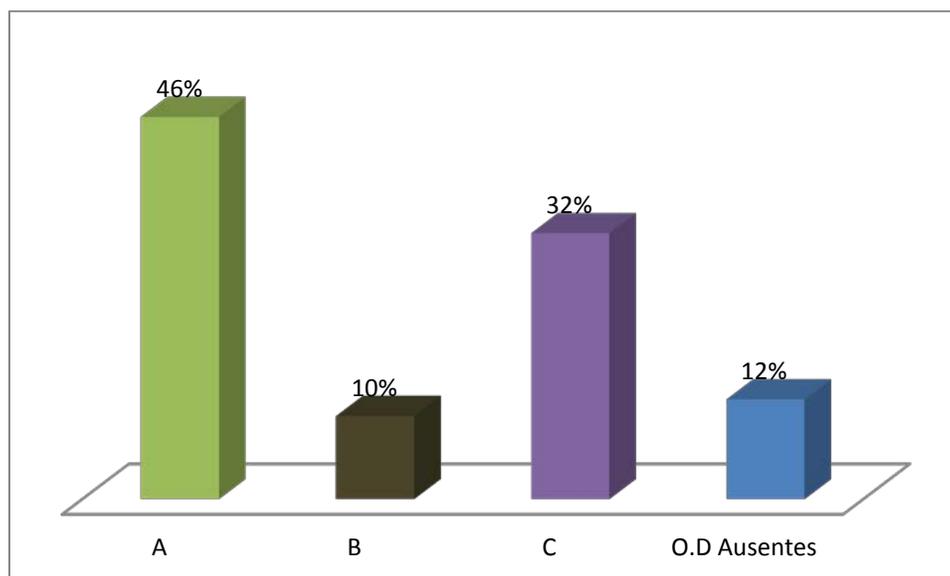
El total de terceros molares inferiores derechos (O.D. 48) fueron (130) que representa al 100%, de los cuales de acuerdo al Tipo de la clasificación de Pell y Gregory (60) 46% presentaron Tipo A, (13) 10% Tipo B, (42) 32% % Tipo C y (15) 12% no presentaron algún tercer molar, como podemos ver la más predominante en el O.D 48 fue Tipo A. (ver cuadro y figura No.20).

Cuadro No.20. Frecuencia y porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 48.

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
A	60	46
B	13	10
C	42	32
O.D Ausentes	15	12
TOTAL	130	100

*FD

Figura No.20. Porcentaje de acuerdo al Tipo de la clasificación de terceros molares según Pell y Gregory en el O.D 48.



*FD

DISCUSIÓN

- Huambus⁽⁶²⁾ en su investigación reporta que de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory se encontró una prevalencia del 42% la clase I Y 42% posición B en el sexo masculino, dato que coincide con nuestro estudio presentandose la clase I en el 50%; pero difiere en cuanto a la posición ya que en nuestro estudio la posición más frecuente en el sexo masculino es la A con el 50%; en cuanto al sexo femenino Hambus tuvo una prevalencia de la clase I en el 51% y también 51% en posición A, dato que coincide con nuestro estudio en el cual predomino la clase I posición A en el 50%, de las femeninas estudiadas.
- Járuregui⁽⁶³⁾ de acuerdo a los resultados obtenidos en su investigación, según la clasificación de Pell y Gregory la Clase más predominante fue la clase I en el 60% y la posición A también en el 60%; dato que coincide con nuestro estudio tanto en la clase I como la posición A en el 50%, de los examinados.
- Sagal⁽⁶⁴⁾ en su estudio la prevalencia de los terceros molares de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory en ambos sexos fue la clase I en el 53% Y posición A también en el 53%, dato que coincide con nuestro estudio tanto en la clase I como la posición A en el 50%, de los examinados.
- Llerena ⁽⁶⁵⁾ en su investigación tuvo una prevalencia de la clase II del 56% y la Posición A del 70%; dato que difiere con nuestra investigación en la clase ya que en el nuestro la más frecuente fue la clase I con el 50%; sin embargo coincide con nuestro estudio en cuanto a la posición A que fue del 50%.
- Castro⁽⁶⁶⁾ en su estudio cita que ambos sexos presentan clase I en un 51% y una posición B en un 51%; dato que coincide con nuestro estudio en

cuanto a la clase I que es del 50% ; pero difiere en la posición ya que en nuestro estudio la más frecuente es la A con un 50%.

- Rodríguez ⁽⁶⁷⁾ en su investigación la clase que prevaleció en ambos sexos fue la clase I con un 57% y la posición A con un 57%; datos que coinciden con nuestra investigación tanto en la clase I con un 50% como en la posición A con un 50).
- Buitrón⁽⁶⁸⁾ en su estudio la posición y clase que más predominó en el maxilar superior es la clase I con el 52% y el tipo que más predominó es el tipo A con el 52%; dato que coincide con nuestro estudio en cuanto la clase I con el 54% y el tipo de posición A con el 54% en el maxilar.
La posición tipo y clase que más predominó en la mandíbula es la clase II con el 49% y el tipo que más predominó es el tipo B con el 49%; dato que difiere en cuanto a nuestro estudio ya que el más frecuente fue la clase I con el 45%, y la posición A con el 45%.
- Díaz⁽⁶⁹⁾ en su estudio muestra un predominio de la Clase II con el 55% y una posición A con el 55% en ambos sexos; dato que difiere de nuestro estudio ya que en este fue más prevalente la clase I con el 50% y la posición A con el 50%.
- Céspedes⁽⁷⁰⁾ en su investigación mostro que la clase más frecuente fue la clase I con un 60% y la posición A con un 60%; dato que coincide con nuestro estudio en cuanto la clase I con un 50% y la posición A con un 50%.

CONCLUSIÓN

En este estudio se pudo concluir lo siguiente:

- El número de radiografías revisadas con un mayor predominio fueron del sexo femenino
- La Clase más frecuente encontrada en los terceros molares superiores de acuerdo a la clasificación del Pell y Gregory del sexo femenino fue la Clase I.
- La Clase más frecuente encontrada en los terceros molares e inferiores de acuerdo a la clasificación del Pell y Gregory del sexo femenino fue la Clase I.
- El Tipo de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory más frecuente en los terceros molares superiores del sexo femenino fue el Tipo A .
- El Tipo de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory más frecuente en los terceros molares inferiores del sexo femenino fue el Tipo A
- La Clase más frecuente encontrada en los terceros molares superiores de acuerdo a la clasificación del Pell y Gregory del sexo masculino fue la Clase I.
- La Clase más frecuente encontrada en los terceros molares e inferiores de acuerdo a la clasificación del Pell y Gregory del sexo masculino fue la Clase I.
- El Tipo de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory más frecuente en los terceros molares superiores del sexo masculino fue el Tipo A .
- El Tipo de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory más frecuente en los terceros molares inferiores del sexo masculino fue el Tipo A
- El O.D 18 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presento una Clase I en ambos sexos.
- El O.D 28 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presento una Clase I en ambos sexos.
- El O.D 38 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presento una Clase I en ambos sexos.

- El O.D 48 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presento una Clase I en ambos sexos.
- El O.D 18 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presento un Tipo A en ambos sexos.
- El O.D 28 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presento un Tipo A en ambos sexos.
- El O.D 38 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory un Tipo A en ambos sexos.
- El O.D 48 de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory presento un Tipo A en ambos sexos.

PROPUESTAS

- La evaluación de las radiografías debe ser un paso completo y riguroso previo a la exodoncia de los terceros molares, así como de cualquier órgano dental, en que se debe valorar la posición en la que se encuentra el órgano dentario.
- Nunca se debe de realizar la extracción de ningún órgano dentario sin haber tomado una radiografía panorámica y exámenes del paciente, ya que esta radiografía nos muestra la posición exacta del tercer molar, la relación que este diente tiene con sus estructuras anatómicas adyacentes, la presencia de un proceso infeccioso, entre otros. Por lo que es fundamental tener la radiografía panorámica de cada paciente para valorarlo de la manera correcta.
- Se deben de valorar todos los aspectos del paciente y del órgano dentario a extraer antes de realizar la extracción.
- Es preferible la extracción de los terceros molares cuando se haya formado un tercio de la raíz del mismo.
- Frente a una pericoronaritis es recomendable la extracción del cordal afectado.
- Crear un patrón de proyección de crecimiento de los terceros molares para determinar si el órgano dentario erupcionará correctamente o no y si es necesaria su extracción o no.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Austrias E. Apuntes de anatomía dental. Guatemala: editorial José Pineda Ibarra. 2002. 109-112.
- 2.- Poveda J. Anatomía y morfología dental. Guatemala: Superación. 1998.139-141.
- 3.- Gay E, Berini L. Cirugía bucal. Barcelona: Editorial Océano. 2004.506-522.
- 4.- Donado M, Martínez J. Cirugía bucal. Barcelona:España.2005. 87-94.
- 5.- Arteaga N. Cirugía Bucal. Ecuador: Rodin. 2004.105-119.
- 6.- Sada J, García L. Cirugía Bucal. Barcelona: Masson.2005.98-99.
- 7.- Figún M, Garino R. Anatomía odontológica funcional y aplicada. 2ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo.1992. 341-342.
- 8.- Romo R, Pérez S, Herrera M. Cronología de la dentición. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2002; 5(2):43-48.
- 9.- Medeiros P. Cirugía de dientes Incluidos. Editorial Médica panamericana. 2006. 221-230.
- 10.- Horch H. Cirugía Odontoestomatológica. Barcelona: ediciones técnicas y científicas.2000.100.
- 11.- Frey K. Riesgos de retención de terceros molares en pacientes adultos: reporte de 15 casos. 2001.243- 246.
- 12.- Anderson B, Thompson G, Popovich F. Evolutionary dental changes. Am J PhysAnthropol 1975. 98-102.
- 13.-Bailiti L. Dental variation among population. An anthropologic view. Dent. Clin. North Am. 2003; 19(1):137-39.
- 14.-Cauvi D, Feldman I. Presencia clínica de los terceros molares y su relación con la pérdida de los primeros y/o segundos molares permanentes. Rev. Iberoamericana de Ort. 2009; 9(1):9-25.
- 15.- García F, Araneda P. Agenesia del tercer molar en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Antofagasta, Chile. Int. J. Morphol., 2009; 27(2): 393-402.
- 16.- Herrera G. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos superiores e inferiores.2002.108-110.

- 17.- Archer W. Manual de Cirugía Oral. Filadelfia: W.B. Saunders Company. 2002. 54-56.
- 18.- Laskin D. Cirugía oral y maxilofacial. Editorial médica anamericana. Buenos Aires.1998. 58-70.
- 19.- Echeverría G. Patología quirúrgica y maxilofacial. Editorial Ciencias y cultura latinoamericana. 2001.67-83.
- 20.- Planells P, De Nova J, Barbería E. Cronología de la erupción dentaria II. Comparación entre arcadas. Rev Iberoamer de Ortod. 2008; 12(1):41-43.
- 21.-Cienfuegos G, González B, Nava T. Frecuencia de retención de terceros molares. [Internet]. [Consultado el 04 de Septiembre del 2019]. Disponible en:http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXVI/contenido/indice_cartel_archivos/TRAB%20COMPL%20COLOQ%20ARTEL/HTML/1312.htm.
- 22.- Hernández P, Raimundo E. Prevalencia de terceros molares retenidos en estudiantes de la República de Yemèn. Revista de Ciencias, 2008. [Internet]. [Consultado el 04 de Septiembre del 2019]. Disponible en: http://www.odontología.iztacala.unam.mx/memorias_17coloquio_2006/contenido/oral/ora_10w.htm.
- 23.- Mateos I, Hernández F. Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. Revista Odontológica Mexicana. 2005; 9(2):84-91.
- 24.- Castro J. Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción. UNMSM. 2007.72-75.
- 25.- Kolenc J. Agenesias dentarias: en busca de alteraciones genéticas responsables de la falta de desarrollo. Med. OralPatol. Oral Cir. Bucal. 2004; 9(5):385-95.
- 26.- Centeno G. Cirugía bucal patología clínica y terapéutica. 9na Edición: Mundi 1987. 86-94.
- 27.- López A. Cirugía oral. Editorial Interamericana Mcgraw-Hill. 1999. 298.
- 28.- Martínez, J. Cirugía oral y maxilofacial. Editorial Manual moderno.2010.168-177.

- 29.-Sapp J. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Editorial Elsevier. 2009. 40-85.
- 30.- Albués R. Determinación de las complicaciones más frecuentes, que se asocian a terceros molares retenidas superiores e inferiores, clínica y radiográficamente, en pacientes mayores de 25 años. Guatemala. 2011.30-33.
- 31.- Gallas M, García A. Retenciones dentarias y sus manifestaciones clínicas. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilo Facial. 2005; 1(16):99-102.
- 32.Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J. Patología Oral y Maxilofacial. Editorial Saunders. 2008. 26.
- 33.- Bandera M. Dientes retenidos. [Internet]. [Consultado el 10 de Septiembre del 2019]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>
- 34.- Gregory G. Impacted third molars: Classification and modified technique for removal. Dent.1933; 330-39.
- 35.- Olate S, Alister J, Alveal R, Soto M. Hallazgos clínicos y radiográficos de terceros molares con indicación de extracción. Resultados preliminares. Int. J. Odontoestomat. 2007; 1(1): 29-34.
- 36.- Britzman L, Urzua N, Identificación radiográfica de factores asociados a la erupción de terceros molares mandibulares. Sociedad de Radiología Oral y Maxilofacial de Chile. 2008; 1(1): 8-15.
- 37.- Martínez S, Concha G. Estudio radiográfico de terceros molares inferiores en una muestra de individuos de 18 a 20 años. Rev. Fac. Odont. Univ. de Chile. 2005; 13(1):43-9.
- 38.- Martínez A, Díaz A. La radiografía panorámica una herramienta para identificar los factores que determinan la erupción de los terceros molares. Acta odontológica. 2003; 123 (2): 138 -145.
- 39.- Lagarreta L. Pericoronaritis. Asoc Dental. 2002; 24(3):172-9.
40. Eversole L. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 3ª edición. Madrid: 1998.38-58.
41. Navarro V, Ochandiano S, García F. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Editorial Aran.2009.82-85.

- 42.- Ovalle W, González J. Incidencia y prevalencia de tumores en cavidad oral en la zona del Bajío. Rev ADM. 1994; 51(3):133- 138.
- 43.- Molina L, Páez C, Galindo M, Rivera F. Tumores y neoplasias. Estadística realizada en el Centro Médico 20 de Noviembre. Pract Odont. 1984.28- 9.
- 44.-Morales D. Revista Cubana de Estomatología. Ameloblastoma: LiteratureReview. 2009; 3(46): 59-61.
- 45.- Briones V. Patología oral.Dent. México. 2008.5-6.
- 46.- Fuster M, Gargallo J. Evaluación de la indicación de la extracción quirúrgica de los terceros molares según el cirujano bucal y el odontólogo de atención primaria. Med Oral. Cir Bucal. 2008.299-301.
- 47.- Peñín A. Clínica de las infecciones odontógenas. En: Donado M. Cirugía bucal. Patología y técnica. Madrid: Los Llanos. 2009.533-6.
- 48.- Silvestri J, Sing I. Indicaciones profilacticas a considerar en la extracción de terceros molaes. Dent. Assoc. 2003.134.
- 49.-Susarla S, Dodson B. Valoración de la extracción de los terceros molares con fines protesicos. 2005.240-1.
- 50.- Quek S, Tay K. Factores que dificultan la extracción de los terceros molares. 2003.138-9.
- 51.- Renton D, Fernández N. Contraindicaciones de la extracción de los terceros molares de acuerdo a la valoración del paciente. Dent. J.2002; 190(11):607.
- 52.- Rodríguez G, Martínez E, Londoño L. Caracterización de terceros molares sometidos a exodoncia quirúrgica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia entre 1991 y 2001. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioquia. 2007; 18(2):76-83.
- 53.- Sandhu S, Kaur T. Radiographic evaluation of the status of the third molar in the Asian-Indian students. J. Oral Maxilofacial Surg.2005; 63(5):640-5.
- 54.- Medeiros P. Cirugía de dientes incluídos. Extracción del tercer molar. Editorial Amolca. 2006.32.
- 55.- Peñarrocha M. Cirugía Bucal. Valencia, Promolibro. 2000. 44.
- 56.- Kruger G. Cirugía bucomaxilofacial. Interamericana. México. 5ª. 1986.25-32.

- 57.- Batres E, Ledon E. Consideraciones que avalan la extracción de terceros molares. *Horizonte Sanitario*. 2007; 6(3):76-83.
- 58.- Llerena G, Arrascue M. Tiempo de cirugía efectiva en la extracción de terceros molares realizadas por un cirujano oral y maxilofacial con experiencia. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2006; 16:(1):40-5.
- 59.- Batres L. Consideraciones que avalan la extracción de terceros molares. *Horizonte Sanitario*. 2007; 3(6): 15-6.
- 60.- Fuentes R, Beltran V. Remoción de terceros molares mandibulares. Nota técnica de un nuevo procedimiento quirúrgico para prevenir lesiones y formación de defectos óseos. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil*. 2012; 5(2): 83-86.
61. Kim TW, Artun J. Complicaciones postoperatorias de los terceros molars. *Análisis. AmericanJournalOrthodonticDentofacialOrthopedics* 2003; 123 (2): 138-145.
- 62.- Huambos L, Urzua N. Identificación radiográfica de factores asociados a la erupción de terceros molares mandibulares. *Sociedad de Radiología Oral y Maxilofacial de Chile*, 2008; 11:8-15.
- 63.- Jauregui O, Palma A. Método predictivo de erupción de la tercera molar mandibular. *Acta Odontológica Venezolana*, 2008; 14 (1): 21-26.
- 64.- Sagal E, Prevalencia de terceros molares retenidos. *Revista de Ciencias*, 2008. 11:15
- 65.- Llerena M, Francisco J, Cepeda L. Espacio retromolar en pacientes Mexicanos con terceros molares mandibulares erupcionados e impactados. *Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [Internet]. [consultado el 8 de Noviembre del 2019]. Disponible en:
http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/prediccion_erupcion_tercer_molar_inferior.asp.
- 66.- Castro J. Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción. 2007. 40-9
- 67.- Rodríguez J, Behbehani F, Thalib L. Prediction on maxillary third molar impaction in adolescent orthodontic patients. *American Journal Orthodontic* 2005; 75 (6); 904– 911.

- 68.- Buitrón J. Terceros molares retenidos en pacientes de sexo masculino en la sala de quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador período 2009-2010. Revista Odontológica Mexicana 2009; 9(4):229.
- 69.- Díaz M, Benetti H. Relación topográfica del tercer molar inferior con el borde anterior de la rama ascendente, Espacio Disponible para su erupción”. The journal of contemporary dental Practice.2002;3(2):22.
70. Céspedes E. Prevalencia de los terceros molares incluidos en alumnos de la Facultad de Odontología 1998 a 1999. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. 2000.65-70.
- 71.- Palomer R. Consentimiento informado en odontología. Revista Scielo. Acta Bioethica.2009. [Internet]. [Consultado el 25 de Noviembre]. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100013

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA: CIRUJANO DENTISTA



FRECUENCIA DE POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES EN
POBLACIÓN DEL ÁREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2019.

Nombre:

Sexo:

Edad:

Numero de ficha:

Órgano dentario 18	
Profundidad	Clase
Tipo A	Clase I
Tipo B	Clase II
Tipo C	Clase III
No presenta	

Órgano dentario 28	
Profundidad	Clase
Tipo A	Clase I
Tipo B	Clase II
Tipo C	Clase III
No presenta	

Órgano dentario 38	
Profundidad	Clase
Tipo A	Clase I
Tipo B	Clase II
Tipo C	Clase III
No presenta	

Órgano dentario 48	
Profundidad	Clase
Tipo A	Clase I
Tipo B	Clase II
Tipo C	Clase III
No presenta	