

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE “SANTA MARÍA”

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA DE LOS TERCEROS
MOLARES INFERIORES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER, EN
PACIENTES ADULTOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. EN EL AÑO
2012. UCSM. AREQUIPA. ”**

Tesis presentada por la Bachiller:

GÓMEZ VELARDE, ROCÍO EDELMIRA

Para optar el grado profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA-PERÚ

2013

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis,

A Dios y a la Virgen Santísima por siempre ser mis guías

A mis Padres Helard y Esther

Por permitirme realizar uno de los sueños de mi vida, por su paciencia, brindarme su apoyo incondicional, ternura y cariño durante este tiempo.

A mis hermanas:

Nena (q.e.p.d) mi ángel y mi estrella, que siempre me está protegiendo.

Mary por acompañarme y alentarme para culminar este sueño.

Las amo infinitamente

A mis queridas sobrinas:

Luciana, Pierina y Fabiana, que siempre están ahí

A mis amigas en especial a Angelita:

Por el entusiasmo e impulso que me brindaron para continuar firme en terminar este sueño

AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

La facultad de Odontología de la Universidad Católica de “Santa María” por brindarme todos los conocimientos necesarios para lograr esta meta.

A los Doctores que compartieron sus conocimientos y que me guiaron en la realización de esta tesis.

A mis tíos ,tías , primos , primas ,sobrinos(as) Y cuñadosporque con su cariño y compañía demostraron tener fe en mi

ÍNDICE

Resumen	01
Abstract	03
Introducción	05
CAPITULO I	
I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO	09
1.- Problema de investigación	09
1.1.- Determinación del problema.....	09
1.2.- Enunciado	10
1.3.- Descripción del problema	10
a.- Área del conocimiento	10
b.- Análisis u operacionalización de las variables	11
c.- Interrogantes básicas	11
d.- Tipo de investigación	12
e.- Nivel de investigación	12
1.4.- Justificación	12
2.- Objetivos	14
3.- Marco teórico	15
1. Generalidades	15
2. Dentición Permanente	16
3. Terceros Molares	16
3.1 Embriología	19

3.2 Teorías sobre la etiología de la retención dentaria	26
4.- Clasificación para terceros molares retenidos	27
5.- Clasificación de Winter.....	28
6.- Cirugía de tercer molar	33
6.1 Planificación de la exodoncia	34
5.2 Técnica.....	34
7.- Revisión de antecedentes investigaciones	39
8.- Hipótesis	42
CAPITULO II	
II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	44
1.- Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	44
1.1.- Técnica.....	44
1.2.- Instrumentos.....	44
a.- Instrumentos documentales	44
1.3.- Materiales	45
2.- Campo de verificación	45
2.1.- Ámbito espacial	45
2.2.- Unidades de estudio.....	45
2.3.- Temporalidad	45
3.- Estrategia de recolección de datos	46
3.1.- Organización	46
3.2.- Recursos	46

a.- Recursos humanos	46
b.- Recursos físicos.....	46
c.- Recursos económicos.....	46
d.- Recursos institucionales	47
3.3.- Validación del instrumento.	47
4.- Estrategia para manejar los resultados.....	47
4.1.- A nivel de sistematización	47
a.- Tipo de procesamiento.	47
b.- Plan de operaciones:.....	47
4.2.- A nivel del estudio de los datos.....	48
a.- Metodología de la interpretación.	48
4.3.- A nivel de conclusiones y recomendaciones.....	48
III.- CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	49
CAPITULO III	
RESULTADOS.....	51
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63
HEMEROGRAFÍA	65
INFORMATOGRAFÍA	66
ANEXOS	67

RESUMEN

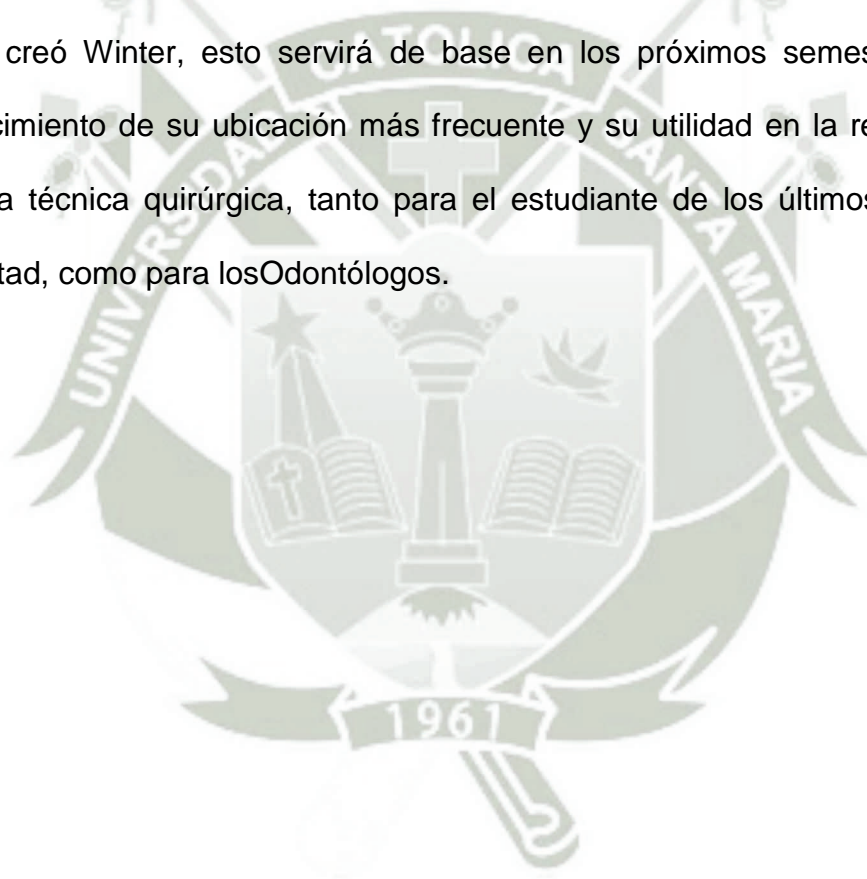
La anatomía de los terceros molares ha sido descrita como impredecible (Sidowet *al.*, 2000; Harris, 2007; Velayos & Santana, 2001) presentando mayor variación que ninguna otra pieza dentaria de la cavidad oral (Ash & Nelson, 2006). Los terceros molares son los únicos dientes que terminan de completar su formación posterior a la pubertad, los cuales exhiben un desarrollo por un periodo inusualmente largo, que puede durar más de 10 años. Tal vez como una consecuencia de su formación tardía, la que ocurre particularmente durante la fase de crecimiento adolescente mediada por esteroides, se ha reportado que, únicamente, los hombres presentan algunas etapas de mineralización a edades cronológicamente más tempranas que las mujeres (Harris).

Se obtuvo una muestra conveniente, sorteada al azar y representativa de esta población en el lapso del año 2012, que tuvo como criterios de exclusión a aquellos individuos que afirmaron haberse realizado la exodoncia de los terceros molares y sometidos a tratamiento de ortodoncia. Después de los criterios de exclusión pertinentes a la investigación, la muestra efectiva fue de 30 casos.

Los pacientes seleccionados fueron evaluados por medio del examen clínico donde se verificó la presencia o ausencia del tercer molar en el interior de la cavidad bucal y examen radiológico (radiografía panorámica de los maxilares)

Todas las radiografías fueron evaluadas por un único observador, responsable de la investigación, que fue debidamente calibrado por un radiólogo y un cirujano buco-máximo-facial, y registradas en historias clínicas apropiadas, de acuerdo con los criterios previamente establecidos por la clasificación de Winter.

Con esta evaluación obtuvimos información estadística acerca de la frecuencia de la posición de los terceros molares, basándose en la clasificación que en 1926 creó Winter, esto servirá de base en los próximos semestres para el conocimiento de su ubicación más frecuente y su utilidad en la realización de alguna técnica quirúrgica, tanto para el estudiante de los últimos años de la Facultad, como para los Odontólogos.



ABSTRAC

The anatomy of third molars has been described as unpredictable (Sidow et al, 2000 , Harris , 2007 ; Velayos& Santana , 2001) showing greater variation than any other tooth in the oral cavity (Ash & Nelson , 2006) . The third molars are the only teeth which complete their training after puberty, which exhibit an unusual development for a long period, which can last more than 10 years. Perhaps as a consequence of its formation dyskinesia, which occurs particularly during the adolescent growth mediated by steroids has been reported only, men have some stages of mineralization chronologically earlier age than women (Harris).

We obtained a convenience sample, drawn for random and representative of the population in the period of 2012, which led to exclusion criteria to those individuals who claimed to have made the extraction of third molars and orthodontic treatment undergone. After exclusion criteria relevant to the investigation, the effective sample was 30 cases.

The selected patients were evaluated by clinical examination which verified the presence or absence of the third molar in the buccal cavity and radiological examination (panoramic radiograph of the jaws) All radiographs were evaluated by a single observer , responsible for the research, which was properly calibrated by a radiologist and a surgeon oral- maxillo -facial , and recorded in appropriate medical records , according to previously established criteria for the classification of Winter.

With this evaluation we obtained statistical information about the frequency of the position of the third molars, based on the classification that created Winter 1926 , this will be the basis for the next semester to the knowledge of their location more often and its usefulness in carrying of any surgical technique , both for the student of the last years of the Faculty as Dentists.



INTRODUCCIÓN

Los terceros molares constituyen una de las grandes preocupaciones en Odontología debido a la gran frecuencia con que estos molares se encuentran incluidos o impactados. A pesar de que pueden permanecer asintomáticos en tales condiciones, se ven frecuentemente asociados a una mala oclusión y procesos patológicos que van desde un simple malestar doloroso, caries, hasta complicaciones más graves como procesos infecciosos, quistes o lesiones neoplásicas.

Se consideran como incluidos todos los elementos dentales que, llegada su época normal de erupción, permanecen en el interior de los tejidos. Cabe destacar aún que los dientes incluidos pueden impactarse cuando su trayecto hacia la erupción está obstruido por algún factor mecánico, tal como otro elemento dental o un odontoma.

Entre todos los dientes, el tercer molar representa la mayor cantidad de los casos de piezas incluidas. Esto se debe al hecho de ser los últimos dientes en completar su formación y posterior proceso de erupción, quedando susceptibles a la falta de espacio y consecuentemente a la inclusión dental.

Grandes variaciones en la incidencia de terceros molares incluidos son descritos en la literatura, principalmente porque sufren influencia de varios

factores, tales como: raza, sexo, hábitos alimenticios, edad, variedad en las definiciones sobre el término dientes incluidos, etc.

En vista de la importancia de las complicaciones relacionadas a los terceros molares incluidas e impactadas, investigaciones en odontología se han dedicado al estudio de la frecuencia con las que han surgido, una vez que el malestar generado por estas alteraciones compromete la rutina del individuo.

El objetivo de este trabajo fue investigar el predominio de los terceros molares inferiores incluidos, previa evaluación clínica y radiográfica bajo la clasificación de Winter.

El estudio fue realizado a partir de una investigación transversal descriptiva de las características clínicas y radiológicas de los terceros molares inferiores incluidos.

Se obtuvo una muestra conveniente, sorteada al azar y representativa de esta población en el lapso del año 2012, que tuvo como criterios de exclusión a aquellos individuos que afirmaron haberse realizado la exodoncia de los terceros molares y sometidos a tratamiento de ortodoncia. Después de los criterios de exclusión pertinentes a la investigación, la muestra efectiva fue de 30 casos.

Los pacientes seleccionados fueron evaluados por medio del examen clínico donde se verificó la presencia o ausencia del tercer molar en el interior de la cavidad bucal y examen radiológico (radiografía panorámica de los maxilares).

Todas las radiografías fueron evaluadas por un único observador, responsable de la investigación, que fue debidamente calibrado por un radiólogo y un cirujano buco-máxilo-facial, allí fueron investigadas características radiográficas relacionadas al tercer molar y registradas en historias clínicas apropiadas, de acuerdo con los criterios previamente establecidos por la clasificación de Winter





CAPITULO I

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- Problema de investigación.

1.1.- Determinación del problema.

Surge la idea de la investigación por el hecho de encontrar que en relación a los terceros molares inferiores retenidos, existen varias clasificaciones que siguen diferentes criterios, como son:

- Posición del Tercer Molar con relación al segundo molar
- Características del espacio retro molar
- Ángulo del eje longitudinal del diente
- Cantidad de tejido óseo, o mucosa que cubre el diente retenido.
- Relación del Tercer Molar con la rama mandibular (Específico para terceros molares inferiores).

Pero al no haber encontrado datos estadísticos, de los terceros molares retenidos según la clasificación propuesta por Winter, el presente trabajo de investigación plantea realizar esta estadística teniendo en cuenta la clasificación basada en la relación de los Terceros Molares con respecto al eje longitudinal del segundo molar:

Clasificación de Winter:

- Vertical
- Meso angulado
- Disto angulado
- Horizontal
- En vestíbulo versión
- En linguo versión
- Transverso
- Invertido

1.2.- Enunciado.

“Evaluación clínica y radiográfica de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter, en pacientes adultos de la clínica odontológica. En el año 2012. UCSM. Arequipa. ”

1.3.- Descripción del problema.

a.- Área del conocimiento.

Área general: Ciencias de la Salud

Área específica: Odontología

Radiología

Especialidad: Cirugía Bucal

Tópico: Cirugía de terceros molares inferiores

Incluidos

b.- Análisis u operacionalización de las variables.

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>Variable independiente</p> <p>Tercer molar inferior retenido</p>	<p>Frecuencia</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Cuadrante</p>
<p>Variable dependiente</p> <p>Clasificación de Winter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vertical • Meso angulado • Disto angulado • Horizontal • En vestíbulo versión • En linguo versión • Invertido • Transversal 	

c.- Interrogantes básicas.

- ¿Según la clasificación de Winter, como estarán ubicados los terceros molares incluidos que se presentaron en la clínica odontológica de la UCSM. de Arequipa, durante el año 2012?

- ¿Cuál será el número, distribución por el género y promedio de edad de los terceros molares inferiores en la clínica odontológica de la UCSM. de Arequipa, durante el año 2012?

d.- Tipo de investigación.

Según el tipo, nuestra investigación es documental y retrospectiva

e.- Nivel de investigación

La investigación es de nivel descriptivo

1.4.- Justificación.

Los terceros molares son las piezas más irregulares en cuanto a su morfología y erupción se refiere, empiezan su formación alrededor de los 8 años terminando su amelogénesis alrededor de los 12 a 16 años. Seguidamente hacen su erupción entre los 18 y 20 años terminando la formación de la raíz entre los 20 a 23 años.

Debido a que son las últimas piezas en erupcionar se retienen o se impactan con mayor frecuencia presentándose según estudios realizados en los terceros molares mandibulares un porcentaje de retención bastante significativo.

La posición en la que se encuentran los terceros molar incluidos es un factor muy importante a tener en cuenta para aplicar la terapéutica precisa en este caso la cirugía o técnica quirúrgica.

La patología derivada de la retención de un tercer molar puede generar diferentes alteraciones: pericoronitis abscesos, sinusitis, reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes, presencia de caries del molar retenido y/o del segundo molar, úlceras en la mucosa contigua, asimismo en algunas ocasiones podrían generar quistes, ameloblastomas y ulceraciones leucoqueratósicas que pueden degenerar en neoplasias malignas, además de lesiones nerviosas o vasomotoras como: dolores faciales, trismus, y parálisis facial.

Otro aspecto relevante es la causa de retención de los terceros molares, esta se puede deber a falta de espacio en los arcos dentarios o la presencia de algún obstáculo mecánico provocado por ciertas alteraciones patológicas como malformaciones dentarias, o maloclusion.y problemas en la ATM.

Por lo anteriormente expuesto, se considera de vital importancia estudiar los terceros molares retenidos tanto en su posición como en la frecuencia con que se encuentran retenidos dentro del

hueso maxilar y la mandíbula, ya que el cirujano bucal debe poder afrontar con éxito el diagnóstico, para la extracción de estas piezas retenidas.

Finalmente **justificamos** el presente trabajo ya que su estudio aportará al Cirujano Dentista la información necesaria para aplicar la terapéutica más correcta en la resolución de los problemas derivados de la impactación de los terceros molares inferiores.

2.- Objetivos.

- Determinar según la clasificación de Winter, como están ubicados los terceros molares inferiores retenidos que se presentaron en la clínica odontológica de la UCSM. de Arequipa. 2012 según características clínicas y radiológicas.
- Determinar el número, y distribución por el género y promedio de edad, de los terceros molares inferiores incluidos que se presentaron en la clínica odontológica de la UCSM de Arequipa, durante el año 2012.

3.- Marco teórico.

1.- GENERALIDADES:

El hombre está sometido a una constante evolución, en la actualidad el hombre moderno presenta un perfil más vertical a causa de que la cantidad de piezas dentales están en proceso de regresión, debido a que este ha modificado su alimentación consumiendo una dieta más blanda y refinada, por el contrario en etapas pre-humanas la dieta del hombre era totalmente primitiva, por lo que le resultaba necesario un aparato masticatorio más poderoso necesitando una mayor cantidad de piezas dentales.¹

Los terceros molares se consideran vestigiales, y que los homínidos usaban como ayuda para masticar el tejido vegetal. La postulación general es que las calaveras de los primeros homínidos tenían mandíbulas más largas con más espacio para las muelas del juicio, que ayudarían a masticar el follaje compensando la incapacidad de digerir eficientemente la celulosa de que se compone la pared celular de las plantas, pero no poseían más dientes, ya que todos los primates tienen 32. Según fue cambiando la dieta humana, se desarrollaron mandíbulas más cortas, aunque siguen apareciendo terceros molares, o "muelas del juicio"

¹<http://www.congresoacco.com/articulos/articulos/2008/INVEST.%20PURA%20PREGRADO/1.B.%20Catherine%20Sequeira.pdf>

2.- DENTICIÓN PERMANENTE

Se denomina dentición permanente, dientes secundarios, segunda dentición o dentición secundaria a los dientes que se forman después de la dentición decidua o «dientes de leche», los cuales son mucho más fuertes y grandes que la primera dentición y que conformarán el sistema dental durante toda la vida.

Estos son los generalmente denominados dientes permanentes, que en el hombre, se dividen en cuatro grupos o familias: incisivos, caninos, premolares y molares o muelas.

1. Incisivos (8 piezas): dientes anteriores con borde afilado. Cortan los alimentos
2. Caninos (4 piezas): con forma de cúspide puntiaguda. también llamados colmillos. Desgarran los alimentos
3. Premolares (8 piezas): poseen dos cúspides puntiagudas, por lo que también se conocen por el término bicúspides. Desgarran y aplastan los alimentos
4. Molares (12 piezas): cúspides anchas. Trituran los alimentos

3.- TERCEROS MOLARES

Los terceros molares o muelas del juicio son piezas dentarias correspondientes a la dentición permanente y se encuentran ubicados por detrás de los

segundos molares. Embriológicamente se forman a partir de los 36 meses, comenzando su período de calcificación a los 9 años completando su período de erupción entre los 18 y 27 años aproximadamente, de ahí que reciban el nombre de muelas del juicio, pues su aparición es dentro de una edad biológica donde socialmente se cree el individuo comienza a tener “juicio ó uso de razón”.

Las muelas del juicio son el tercer molar, también llamado cordal, existen cuatro muelas cordales, una por cada cuadrante bucal, y se sitúan en la última posición de la línea de la dentadura, al fondo de la boca. Las muelas del juicio suelen afectar a otros dientes al desarrollarse, empujándolos o erupcionando en mal posición, o quedando retenido, cuando esto ocurre es necesario realizar la exodoncia.²

Otros hallazgos sugieren que cierta dieta cultural es un factor más importante que el genético en el desarrollo del tamaño de las mandíbulas y, consecuentemente, del espacio disponible para las muelas del juicio.

Diferentes poblaciones humanas difieren mucho en el porcentaje que desarrolla muelas del juicio. La agénesis de las muelas del juicio va de un 0,2% entre los habitantes de Tasmania hasta casi 100% entre los indígenas mexicanos. La diferencia está relacionada con el gen PAX9, y quizás con otros genes.

El tercer molar erupciona de los 18 años en adelante, y la terminación del ápice de los 27 en adelante.

² http://es.wikipedia.org/wiki/Muela_del_juicio

“Es común encontrarlo con gran distorsión de su figura, tanto en la corona como en la raíz; lo más notorio es la inconsistencia en su posición, que en un 60% de los casos aproximadamente no hace oclusión, y más de la mitad de las veces no hace erupción fuera de la encía, a este caso se le nombra molares impactados. A menudo los terceros molares quedan atrapados o impactados en el hueso o simplemente no hacen erupción”

“Cuando el tercer molar intenta llegar a su posición definitiva, se encuentra con una pérdida de espacio en su encrucijada anatómica debido generalmente a una discrepancia maxilar, casi siempre de origen genético, cuando no de un obstáculo mecánico que impide el enderezamiento del diente motivando su retención.

“La retención dentaria define el diente, que llegada su época normal de erupción, se encuentra retenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar. La inclusión corresponde al diente retenido en el maxilar o mandíbula rodeado del saco peri coronario y de su lecho óseo intacto. Enclavamiento, por el contrario, se refiere a la situación del diente retenido que ha perforado en techo óseo, con apertura del saco peri coronario o no y que puede hacer su aparición en la boca o mantenerse submucoso”.

En la mayoría de los casos se recomienda que los terceros molares impactados se extraigan. Dependiendo de la posición del molar, será el grado de dificultad del procedimiento. “La mayoría de los autores coinciden en que el

tercer molar inferior es el diente con mayor frecuencia de retención, ocupando el superior el segundo lugar”.

Se usa el término de incluido a toda pieza que no hace erupción, no logra completar su función y queda atrapado en los tejidos. Se considera que los distintos términos a utilizar: ectópico, impactado o retenido no son los más adecuados, ya que semánticamente representan otras situaciones parecidas pero diferentes.

3.1.- EMBRIOLOGÍA.

La odontogénesis es un proceso complejo que permite la erupción de los dientes por modificación histológica y funcional de células totipotentes.

Desde su desarrollo embrionario el germen dentario de los terceros molares tiene una ligera inclinación mesial que durante su erupción corrige y toma dirección correcta hacia la cavidad bucal.

Al crecer la mandíbula hacia atrás, arrastra consigo al tercer molar en formación, lo que acentúa la oblicuidad del diente; esto para poder situarse en la arcada a nivel del espacio retro molar, y tiene necesidad de realizar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y arriba en su erupción que cuando no se logra queda atrapado en la cara distal del segundo molar.

En forma progresiva a lo largo de la filogenia humana el tercer molar cada vez presenta una erupción más retardada, e incluso en las nuevas generaciones es frecuente su ausencia por falta de formación.

“El patrón de crecimiento mandibular es genéticamente independiente del desarrollo volumétrico que han de adquirir los dientes, por ello el tercer molar se ve impedido en su proceso de erupción y adopta una posición anómala, comprometiendo la disposición del resto de los dientes”.³

Desde el punto de vista anatómico su espacio de erupción es muy reducido lo que permite acentuar las dificultades y agravar el proceso de erupción. Hacia arriba está cubierto por una mucosa laxa, hacia abajo está en relación con el paquete vasculonervioso dentario inferior, que a veces puede estar entre sus raíces por lo que la proximidad puede causar trastornos reflejos del trigémino y del simpático peri arterial debido a las múltiples anastomosis del V par craneal. Hacia atrás se encuentra el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, obstáculo óseo que impide una buena posición del diente en la arcada, Cabe mencionar el triángulo retro molar que tiene relación con el pilar anterior del velo.

Hacia adelante el segundo molar que limita el enderezamiento. Hacia adentro se relaciona con la cortical ósea y el pterigoideo interno y las inserciones posteriores del músculo milo hioideo.

³Velayos, J. L. & Santana, H. Anatomía de la Cabeza. 3ª edición. Madrid, Medica Panamericana, 2001. pp.162-8.

Hacia afuera se encuentra con la cortical externa que es muy compacta y fibras musculares del masetero.

Los terceros molares superiores se relacionan íntimamente por delante con la cavidad sinusal en donde pueden erróneamente alojarse. Las raíces tienen relación con el vértice del seno y parte del piso de la cavidad orbitaria, posteriormente a la fosa pterigo-maxilar.

El saco peri coronario del tercer molar con frecuencia es afectado al ponerse en comunicación al medio bucal.

La retención puede darse estando semi-incluida y permitir con el segundo molar un espacio casi cerrado ocasionando, procesos infecciosos y presentar una pericoronitis o pericoronaritis, proceso infeccioso agudo o crónico ambos acompañados de exudado caracterizado clínicamente por la inflamación del tejido blando que rodea al diente incluído, donde el dolor es el síntoma protagonista, que algunos autores mencionan es de 82% de los procesos mucosos, en la bibliografía internacional revisada señala que se presenta con mayor frecuencia en la segunda y tercera década.

La pericoronitis es establecida por crecimiento bacteriano activo en un medio ideal que es el espacio formado por el tercer molar y la mucosa que lo cubre, donde hay humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad que permiten favorezca su desarrollo. La flora microbiana puede ser altamente significativa

diferente de la flora encontrada en cualquier otra parte de la boca ya que contiene gran número de especies altamente evasivas; espiroquetas, bacterias fusiformes, bacterias anaerobias, actinomices y especies prevotella predominantemente microflora facultativa, estreptococosmilleri, estomacocosmucilaginosusrothiadentocariosa. Leone, EdenfieldRajasuo, encontraron en un estudio de personas de 20 años que la razón más frecuente de remoción de terceros molares es la pericoronitis.

Otras consideraciones con relación al espacio mesio distal que corresponde al tercer molar con frecuencia es insuficiente.

Clasificación de Gregory y Pell. Si la corona del tercer molar no alcanza a tener suficiente espacio la corona del tercer molar queda parcialmente cubierta por tejido óseo alveolar el de la rama ascendente y mucosa creando un reservorio de microorganismos. Estas inclusiones con menor espacio disponible de erupción presentan tendencias a patologías y en su extracción mayor grado de dificultad y complicaciones pos operatorias, estudio que demuestra mayor tendencia en mujeres.

La proximidad con la corona del segundo molar puede verse afectada con lesiones cariosas con perforación hasta la pulpa. Este tipo de lesiones se manifiestan con intensos dolores que se irradian hacia amígdalas y oído, haciendo desviar el diagnóstico por la atipicidad de la sintomatología.

En la región retromolar turgente, el eritema se extiende hasta la faringe y al pilar anterior del velo del paladar, aparece trismo, disfagia, adenopatías en cadena ganglionar. Esta infección puede complicarse si se extiende al espacio pterigomaxilar, espacios faríngeos, espacio sub mandibular, espacio sub masetérico, espacio infra temporal y puede llegar a causar infecciones más severas como lo es la osteomielitis o una trombosis de seno cavernoso.

Con frecuencia un tercer molar incluido puede tener dirección errática hacia la raíz del segundo molar y causar rizoclasia.

Cuando la dirección del tercer molar es hacia el segundo molar ejerce con periodicidad una fuerza de erupción que es transmitido mesialmente en toda la hemi arcada y su fuerza tangencial sobre el canino lo obliga a salirse del arco creando mala oclusión. Por lo general ante ésta posibilidad los ortodoncistas evitan éste problema recomendando la extracción y con ello recidivas post tratamiento.

El saco dentario que rodea la corona de los dientes es el epitelio reducido del esmalte, insertándose en el cuello dentario y que se destruye a medida que hacen erupción no así cuando no lo hacen, este con frecuencia puede tener infiltrados linfocitarios como es habitual en otras partes de la boca. Los epitelios pueden establecer el camino para explicar la histogénesis y patogenia de los quistes odontogénicos con características especiales o intensidades

especiales. Los quistes se caracterizan por su crecimiento lento y asintomático y llega a destruir láminas corticales haciéndose hasta entonces evidentes.

Existe la teoría que señala que el tercer molar inferior opera como matriz funcional que al momento de su erupción permite la destrucción del borde anterior de la rama ascendente y aposición ósea compensatoria en su borde posterior. Ésta teoría no es en todo el trayecto del borde anterior y solo se presenta para dar lugar a la corona.

De su grado de inclusión y grado de profundidad del tercer molar será el volumen del hueso que disminuye a nivel del ángulo de la mandíbula.

Peterson y Alling enfatizaron que un tercer molar no erupcionado disminuye la resistencia a la fractura en la región del ángulo de la mandíbula. El riesgo de una fractura en ésta zona, señala un 32 %. Estudios al respecto confirman lo señalado. Díaz Fernández señala la incidencia de fracturas en un grupo de 12 a 29 años de edad que el 69% de fractura únicas de mandíbula se generaron en el ángulo mandibular que presentan los terceros molares incluidos. Algunos boxeadores profesionales extraen sus terceros molares para prevenir el riesgo de posible fractura.

La proximidad al conducto dentario y algunas veces dentro de él pueden causar neuralgias.

Radiográficamente si la raíz de un tercer molar se encuentra dentro del conducto dentario se advierte colapso o estrechamiento óseo en ése sitio, de lo contrario no se observa ningún cambio.

Esta consideración es importante en el diagnóstico y en la técnica quirúrgica a emplear para cuidar de no lesionarlo

También es importante establecer el diagnóstico diferencial con disfunciones musculares de la articulación temporo mandibular enfermedades vasculares vinculadas con migrañas, trastornos psicológicos, bruxismo y otorrinolaringeas, etc.

La milenaria medicina bioenergética, teoría no comprobada científicamente, determina como principio que el cuerpo humano tiene energía que fluye en todas direcciones como la sangre e interconectado con el sistema neurovegetativo. Cuando ésta energía en su recorrido normal se encuentra con un “campo de interferencia” retrocede y busca otra salida a través de sus ramales inter comunicantes o bien si logra pasar ocasiona un cierto desequilibrio bioenergético convirtiéndose en “energía perversa” que puede llegar o influir a la enfermedad dependiendo de su gravedad y tiempo. Las piezas dentarias en éste caso particular puede significar efectos patógenos a distancia ya que la interferencia de una disfunción puede dañar y ocasionar desregulaciones funcionales. Solo citaré algunas: Artritis, ceguera, hemorragia del cuerpo vítreo, desprendimiento de la retina, uveítis, otras oftalmológicas,

psico-modificaciones de vías neurales por ejemplo herpes zoster, modificaciones hormonales, aborto, esterilidad, etc. ⁴

3.2- Teorías sobre la etiología de la retención dentaria:

a. Teoría Filogenética:

Esta dice que debido a la evolución humana, los maxilares han sufrido una gradual disminución de tamaño, y ha existido un aumento de la masa craneal. Al contrario de estos, las piezas dentales no han sufrido ningún cambio en cuanto a su tamaño.

Esto también se ha visto influenciado por el proceso de adaptación de los maxilares a la modificación de la dieta alimenticia, porque no se comen alimentos duros que exijan un gran esfuerzo masticatorio, lo que provoca que la naturaleza trate de eliminar todo lo que no es útil, en este caso, los terceros molares

b. Teoría mendeliana:

La herencia puede ser un factor etiológico importante, como es la transmisión genética de maxilares pequeños de un padre, piezas dentales grandes heredadas de la madre, o viceversa.

⁴www.tesis.ufm.edu.gt

c. **Teoría ortodóntica:**

El crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de las piezas es en dirección anterior. Cualquier interferencia con tal desarrollo causa retención a las piezas.

4.- CLASIFICACIÓN PARA TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Existen diversos sistemas de clasificación para los dientes impactados, siendo cada una de estas utilizada de acuerdo a la conveniencia del cirujano.

Estas clasificaciones para los terceros molares en general siguen los siguientes criterios:

1. Posición del Tercer Molar con relación al segundo molar
2. Características del espacio retro molar
3. Ángulo del eje longitudinal del diente
4. Cantidad de tejido óseo, o mucoso que cubre el diente retenido.
5. Relación del Tercer Molar con la rama mandibular (específico para terceros molares inferiores)

Las clasificaciones más frecuentemente utilizadas son las de Winter, y Pell y Gregory.

“La clasificación de Pell y Gregory tiene en cuenta el espacio existente entre la rama mandibular y el segundo molar y el nivel de profundidad del tercer molar”.⁵

La clasificación que se utilizó en este estudio es la de Winter (1926). Esta clasificación está basada en la posición del eje mayor del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar.

Winter clasifica los Terceros Molares en relación a su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar:

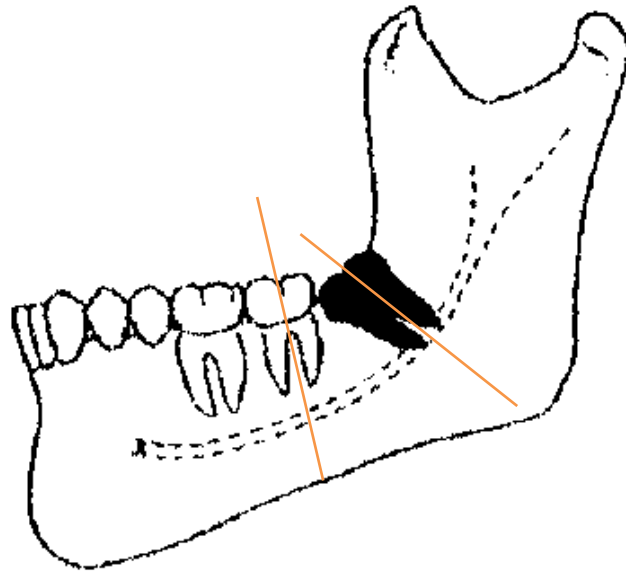
- Vertical
- Meso angulado
- Disto angulado
- Horizontal
- En vestíbulo versión
- En linguo versión
- Invertido
- Transversal

5.- CLASIFICACIÓN DE WINTER

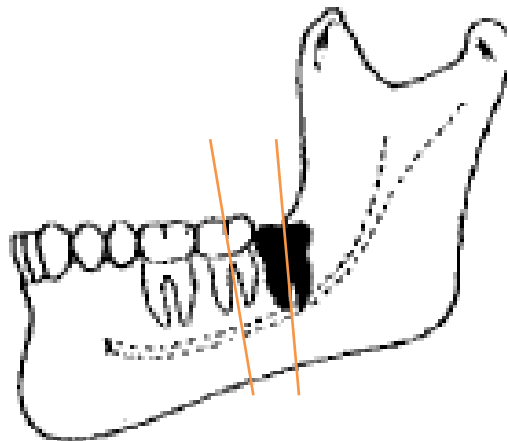
La posición del eje longitudinal del tercer molar con respecto al eje longitudinal del segundo molar. Las diversas posiciones son:

⁵Ash, M. M. & Nelson, S. J. Wheeler. Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental. 8ª edición. Barcelona, Elsevier, 2006. pp. 285-92.

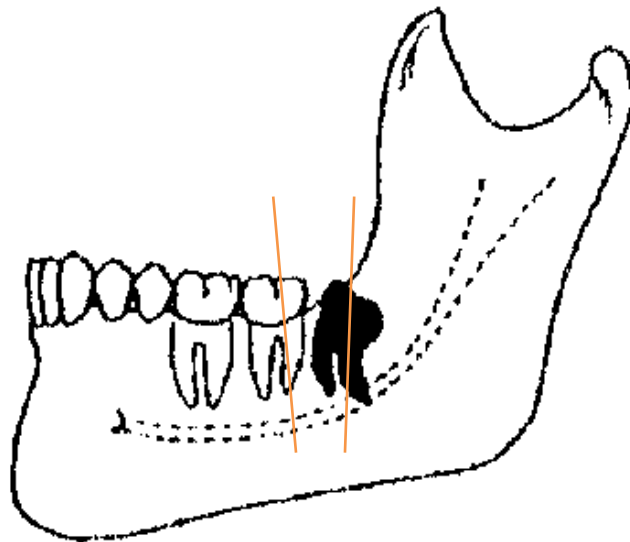
1) **Mesio Angular:** Es la retención más fácil de remover y la más común.



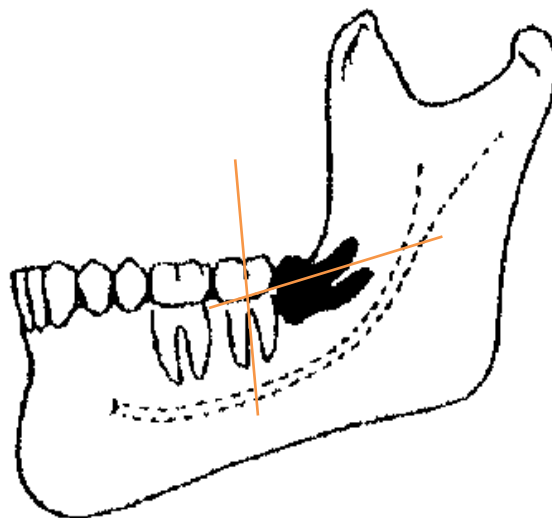
3) **Vertical:** Es la segunda posición más encontrada en cuanto a frecuencia, ocupa el tercer lugar en grado de dificultad para extraer.



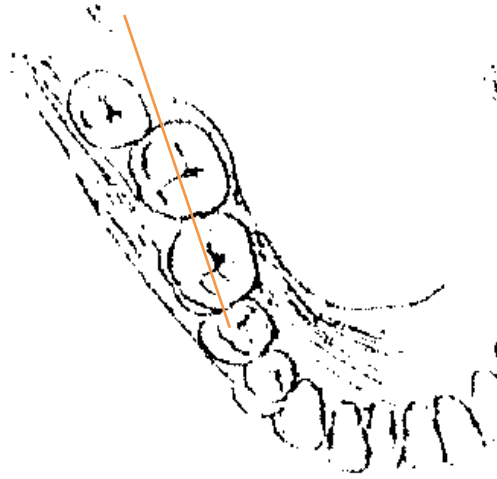
4) Disto angular: Es la pieza que tiene la angulación más marcada y por lo tanto es la más difícil de remover, ya que está orientada hacia la rama mandibular y debido a esto se requiere una intervención quirúrgica más agresiva. Ocurre con menos frecuencia.



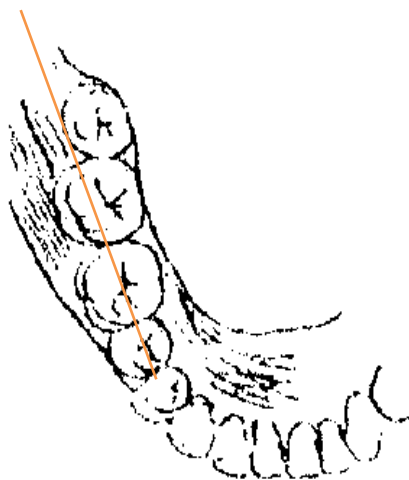
4) Horizontal: Este tipo de retención es considerada más difícil de remover en comparación con la retención mesio angular. Ocurre con menor frecuencia y se observa en las retenciones mandibulares.



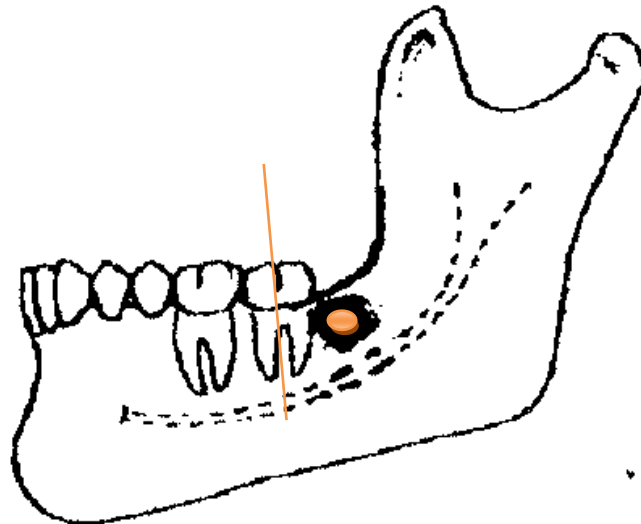
5) **Vestíbulo versión:** Se puede determinar la posición tomando una radiografía oclusal.



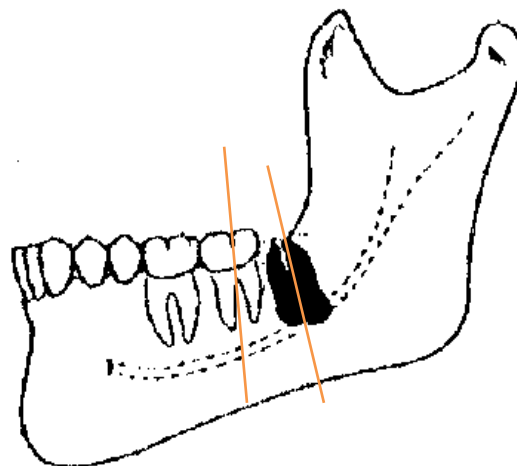
6) **Linguo versión:** Se puede determinar la posición tomando una radiografía oclusal. Es poco frecuente



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



- 8.-**Invertida:** Sí se describe esta posición en la literatura pero no existe mayor información al respecto. ⁶



⁶IdelmaMaria Herrera Gramajo. FRECUENCIA Y CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS, SUPERIORES E INFERIORES, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD, QUE ASISTIERON A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUÍN DURANTE EL AÑO 2001

6.- CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR

Básicamente la técnica quirúrgica tiene todos los pasos de la Cirugía General: anestesia, incisión, tallado del colgajo, Osteotomía u; Odontosección, y avulsión de la pieza dentaria; tratamiento del lecho operatorio y sutura.

Según los distintos autores estas técnicas quirúrgicas en general pueden ser más o menos invasivas con respecto a los tejidos blandos y duros, y utilizan distintas variantes en los pasos de la misma y de la práctica quirúrgica reglada por lineamientos establecidos, nosotros hemos decidido utilizar la clasificación propuesta por Winter, la que sugiere o guía la técnica específica a seguir.

Dado que la incidencia real de patología asociada con los terceros molares retenidos no es tan elevada, lo aconsejable es adoptar una actitud expectante, con controles periódicos, de los molares retenidos asintomáticos, procediendo a la exodoncia preventiva solo en algunas circunstancias.

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos infecciosos (pericoronaritis), ulceraciones en mucosa, adenoflemones, etc.

6.1.- PLANIFICACIÓN DE LA EXODONCIA:

1. Historia clínica
2. Exploración del paciente
3. Diagnóstico
4. Elección del plan de tratamiento
5. Valoración del grado de dificultad
6. Asepsia y esterilización
7. Cirugía propiamente dicha
8. Limpieza del campo: tratamiento de la cavidad ósea
9. Reposición del colgajo y sutura

Las complicaciones son accidentes, fenómenos adversos que sobrevienen durante un acto operatorio o después de él. En la exodoncia de los terceros molares retenidos, pueden ocurrir las mismas complicaciones que en cualquier exodoncia, pero el hecho de que se trate de un acto quirúrgico con características propias y que tenga lugar en una zona de encrucijada anatómica, hace que las complicaciones sean especialmente frecuentes y adquieran características propias.

6.2.- TÉCNICA.

El objeto de éste trabajo es recapitular las consideraciones que pueden darse cuando el tercer molar no completa su erupción fisiológica y que muchas veces

con lleva a serios problemas locales y a distancia en el organismo, que el odontólogo debe considerar y no pasar por alto.

Desde el punto de **vista radiográfico** vamos a hacer referencia principalmente a los terceros molares inferiores y su localización en el plano horizontal y vertical, ambos importantes para su abordaje quirúrgico, contando con una sola técnica radiográfica.-

La técnica a la que hago referencia es la mal llamada Técnica de Dieck ya que su nombre verdadero es Técnica de Weston A. Price en honor a su autor, sus sinónimos son T. de cilindro corto o T. de la bisectriz.

Ella nos permite, ver el plano vertical y nos dará las inclinaciones del tercer molar inferior en este plano (mesiales, distales e inversiones) cuando este se encuentre retenido o no, además de poder observar cualquier patología dentaria o para-dentaria dentro de los límites de esta técnica.

Con respecto al plano horizontal, me refiero a la retención del tercer molar inferior con respecto a la pieza dentaria que tenga por mesial (casi siempre el segundo molar inferior) la cual me dará algunos datos.

Estos datos que debo tener en cuenta son los siguientes: en primer lugar, la visualización o no de la cara oclusal del tercer molar, ésta aparecerá a medida que la pieza se inclina hacia bucal (vestibular) o lingual y estará ausente

cuando la pieza siga la línea de la arcada dentaria, esto ocurre mientras respetemos que la incidencia del rayo central sea tangente a las caras proximales.

Al referirme a que sigue la línea de la arcada me refiero a que no hay inclinación alguna en sentido vestibulo-lingual.

El segundo dato importante es la superposición que existe entre el tercer molar inferior y su pieza mesial, este nos brindará en forma definitiva la inclinación del tercer molar inferior ya sea bucal (vestibular) o lingual.

Para comprender lo referente a la superposición hay que recordar algo sobre anatomía normal de la zona en cuestión, sabiendo que las piezas dentarias posteriores inferiores van adosadas en íntima relación a la tabla interna de la mandíbula, en cambio la tabla externa está alejada estableciendo cierta distancia con las piezas dentarias posteriores inferiores dejando tejido óseo en este distanciamiento.

Por lo tanto, el tercer molar inferior que está impactado con su pieza mesial no podrá avanzar más allá de ésta si desea tomar el camino lingual, ya que no existe espacio óseo para adelantarse, si podrá adelantarse a su pieza mesial por el camino vestibular, ya que en las mayorías de los casos posee espacio óseo para hacerlo.

Al tomar la radiografía periapical (de la bisectriz) en donde el rayo central debe pasar tangente a las caras proximales, habrá superposición del tercer molar inferior con su pieza mesial, cuando el primero tome el camino o la vía vestibular. Con respecto a lo anterior, no habrá superposición cuando el tercer molar inferior siga el camino o intente seguir el camino lingual, ya que no existe espacio para que este se adelante.

En los casos en que vemos toda la cara oclusal sin porción radicular (ubicación en sentido transversal) debemos tener en cuenta que todo objeto alejado de la película se magnifica y por consiguiente pierde parte de su radio-opacidad.

Con estos datos podemos decir que al ver la cara oclusal en su totalidad, sabemos desde ya que el tercer molar inferior se encuentra atravesado en sentido buco-lingual con su corona tanto en vestibular como puede estarlo en lingual, pero teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, una cara oclusal marcadamente magnificada con surcos oclusales notorios y poco radiopaca, nos estará hablando de una corona alejada de la película, es decir en vestibular, en cambio, una corona aparentemente normal en tamaño y con una radiopacidad similar al tejido adamantino, nos indicará de una ubicación coronaria lingual.

En este último caso podemos recurrir a una técnica oclusal especializada de la zona para confirmar el diagnóstico.

Con referencia al tercer molar superior, este no puede ser detectado en sus inclinaciones y ubicaciones con esta sola técnica, porque es más libre los caminos que la anatomía le brinda para sus distintas posiciones, debiendo ser estudiado con distintas técnicas radiográficas para la zona tales como T por fosa temporal, T por órbita, panorámica, periapicales.⁷



⁷Ries Centeno, Guillermo. Buenos Aires, El Ateneo

7.- REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1.- AUTOR:

Riega Salas Giovanni Wilder

TITULO:

CONDICIONES QUE INDICAN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS
TERCEROS MOLARES SEGÚN EDA Y SEXO ESTUDIO RESPECTIVO EN
ESSALUD- CAMANA EN EL PERIODO ENERO 1998 - OCTUBRE 1999

TESIS: Para optar el grado profesional de Cirujano Dentista Arequipa 2000

RESUMEN

- 1.- El grupo de mayor atención fue el comprendido de 3 -30 (53-45%)
- 2.- El tercer molar con más cantidad de tratamientos quirúrgicos es la pieza 3.8 y en segundo lugar la 4.8
- 3.-El tercer molar con más tratamientos en el sexo femenino fue la pieza 3.8 y la segunda la pieza 4.8.
- 4.- El tercer molar con más tratamiento en el sexo masculino fue la pieza 3.8

2.- AUTOR:

Percy Herrera Mares

TITULO:

CARACTERÍSTICAS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES
RETENIDOS EN ALUMNOS DEL VI SEMESTRE DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA 1993

TESIS: Para optar el grado académico de Doctorado en Ciencias Naturales.

RESUMEN:

1.- La frecuencia de terceros molares inferiores retenidos es bastante apreciable ya que el 66% de los casos presenta esta patología.

2.- Hay un ligero predominio en el sexo masculino

3.- En el lado izquierdo es más frecuente la retención

4.- Del total de casos en cuanto a la posición se refiere que la más frecuente es la mesioangulada 54%.

3.AUTOR:

IdelmaMaría Herrera Gramajo

TITULO:

FRECUENCIA Y CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS, SUPERIORES E INFERIORES, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD, QUE ASISTIERON A LA FACULTADA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUÍN DURANTE EL AÑO 2001

TESIS: PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA ENEL GRADO DE LICENCIADO

CONCLUSIONES

- En cuanto al género se encontraron pacientes mujeres con Terceros molares retenidos que en pacientes hombres
- El rango de edad de los pacientes que ingresaron a la Clínica Odontológica de la Universidad Francisco Marroquín durante el año

2011 fue muy amplio de 18 hasta 79 años. Encontrándose el mayor porcentaje de retención de terceros molares entre los 18 y los 27 años.

- No se observó diferencia significativa en cuanto a frecuencia de terceros molares retenidos en los diferentes cuadrantes tanto maxilares como mandibulares.
- Las posiciones de retención del tercer molar inferior según análisis radiográfico fueron de mayor a menor la mesio versión, seguido de la vertical, y por último la disto versión.
- La profundidad de retención más común de los terceros molares tanto superiores como inferiores fue del tipo A, lo que indicó que la mayor parte de la corona anatómica se encontraba por arriba de la cresta alveolar.
- Se encontraron más terceros molares en la mandíbula que en el maxilar superior.
- El cuadrante inferior derecho fue el más afectado, en cuanto a frecuencia de terceros molares con un total de 185. Piezas.
- En la mandíbula se realizó la mayor cantidad de exodoncias quirúrgicas de terceros molares en comparación con el maxilar superior.

8.- HIPÓTESIS.

Dada la alta frecuencia de terceros molares inferiores impactados y que presentan variantes en su posición tanto clínica como radiológica, es necesario clasificarlos.

Es probable que valiéndonos de la clasificación de Winter, logremos un mejor diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los terceros molares.





CAPITULO II

II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

1.1.- Técnica.

- Historias clínicas
- Técnica de lectura de Rx.
- Historia clínica de recolección (fichas clínicas)

Analizaremos primero las historias clínicas y sus correspondientes radiografías, del año 2012, Solicitadas a la clínica odontológica de la UCSM. de Arequipa, de acuerdo a la clasificación propuesta por George Winter.

1.2.- Instrumentos.

a.- Instrumentos documentales.

- Fichas de recolección de datos donde se anotaran los datos de la observación objeto de estudio.
- Radiografías de Estudio.
- Técnica: toma, revelado fijado, lectura

b.- Instrumentos mecánicos.

- Equipo de Computación
- Cámara Fotográfica Digital
- Scanner

1.3.- Materiales.

- Negatoscopio
- Papel bond
- Regla, escuadra y lapiceros.

2.- Campo de verificación.

2.1.- Ámbito espacial.

- Clínica Odontológica de la UCSM. Arequipa

2.2.- Unidades de estudio.

- Pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM.
Arequipa

2.3.- Temporalidad.

- Año 2012

3.- Estrategia de recolección de datos.

3.1.- Organización.

Autorización del Director de la clínica Odontológica para desarrollar el trabajo

3.2.- Recursos.

a.- Recursos humanos.

- Bachiller: Gómez Velarde, Rocío
- Asesor: Dr. Wilmer Baldarrago
- Radiólogo: Dr: Ruber Tamayo

b.- Recursos físicos.

- Aparatos de Rx
- Radiografías: periapicales , panorámicas y oclusales
 - Revelado y fijado
 - Lectura Rx

c.- Recursos económicos.

Propios del investigador

d.- Recursos institucionales

- Clínica Odontológica de la UCSM.
- Biblioteca de la UCSM.
- Facultad de Odontología de la UCSM. de Arequipa

3.3.- Validación del instrumento.

- Validación de la muestra
- Prueba piloto en 5 pacientes

4.- Estrategia para manejar los resultados.

4.1.- A nivel de sistematización.

a.- Tipo de procesamiento.

- Matriz de datos
- Cuadros

b.- Plan de operaciones:

- Clasificación de datos.
- Recuentos.
- Codificación.
- Análisis.
- Tabulación.

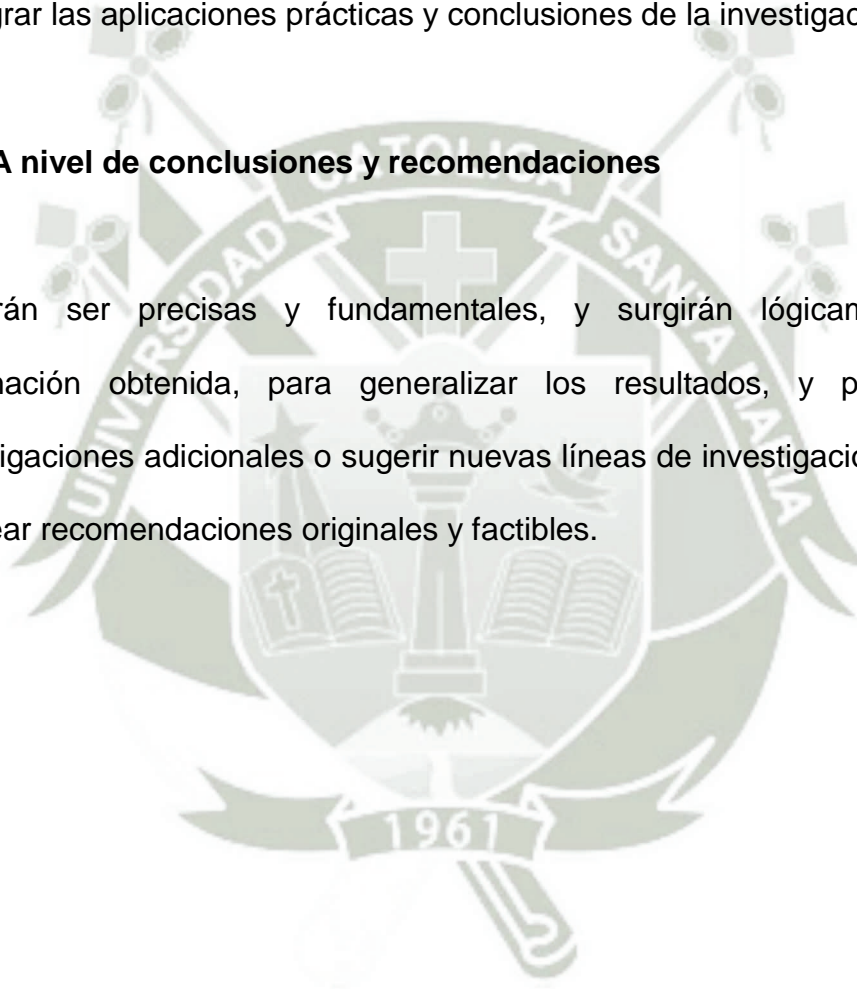
4.2.- A nivel del estudio de los datos.

a.- Metodología de la interpretación.

Después de la contrastación de nuestros hallazgos con los antecedentes investigativos y el marco teórico, realizaremos un análisis e interpretación a fin de lograr las aplicaciones prácticas y conclusiones de la investigación.

4.3.- A nivel de conclusiones y recomendaciones

Deberán ser precisas y fundamentales, y surgirán lógicamente de la información obtenida, para generalizar los resultados, y podrán inferir investigaciones adicionales o sugerir nuevas líneas de investigación. Así como plantear recomendaciones originales y factibles.



III.- CRONOGRAMA DE TRABAJO.

Mes Actividades	AÑO 2012											
	Abril				Mayo				Junio			
	Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación del Proyecto			X									
Aplicación de la Ficha de recolección de datos			X									
Análisis de las Radiografías			X				X					
Análisis y ordenamiento de datos							X					
Redacción y presentación del trabajo							X			X	XXX	



CAPITULO III

RESULTADOS

Se tomaron en cuenta Historias clínicas de la especialidad de Cirugía Bucal año 2012. Terceros Molares retenidos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa. Se tomaron los datos de: edad y sexo, y eliminamos los que no cumplían con los criterios de inclusión, después se observaron las radiografías panorámicas para determinar la posición de los terceros molares. Teniendo en cuenta la clasificación de Winter. Una vez obtenidos los datos se realizó una clasificación de las posiciones y los datos se vaciaron en una ficha de registro clínico.

Los datos se procesaron y analizaron con el paquete estadístico Excel, a fin de presentarlos en los respectivos cuadros y gráficos.

CUADRO N° 1

Distribución de la muestra de terceros molares inferiores retenidos, Clínica Odontológica de la Universidad Católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	EDAD PROMEDIO	TOTAL
Pieza N° 3.8	24	17
Pieza N° 4.8	25	13
TOTAL	24.5	30

Elaboración personal

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

La muestra estuvo conformada por treinta casos, 17 casos correspondieron a la pza. N° 3.8 y 13 casos a la pza. N° 4.8

La edad promedio de los 30 casos fue de 24.5 años, dato que nos da una pauta sobre la edad y frecuencia de los molares retenidos.

CUADRO N° 2

Distribución de la muestra de terceros molares inferiores retenidos, según género. Clínica Odontológica de la Universidad Católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	GENERO		TOTAL
	Masculino	Femenino	
Pieza N° 3.8	04	13	17
Pieza N° 4.8	04	09	13
TOTAL	08	22	30

Leyenda:

Elaboración personal

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

La distribución de la muestra de terceros molares inferiores retenidos, según género, fue de 8 casos de género masculino y 22 femenino.

De género masculino correspondió cuatro casos a la pieza. Número 3.8 y cuatro a la pieza. Número 4.8.

Y en el género femenino trece casos en la pieza. Número 3.8 y nueve casos en las pieza. 4.8 respectivamente.

CUADRO N° 3

Distribución de la muestra de terceros molares inferiores retenidos, según la clasificación de Winter, en promedio de edad y en el género. Clínica Odontológica de la Universidad Católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	EDAD PROMEDIO	GENERO		TOTAL
		Masculino	Femenino	
Pieza N° 3.8	24	04	13	17
Pieza N° 4.8	25	04	09	13
TOTAL	24.5	08	22	30

Elaboración personal

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En este cuadro podemos mostrar que la edad promedio de la muestra total fue de 24.5 años, correspondiendo: 8 casos al género masculino y 22 casos al género femenino. Además de corresponder 17 casos a la pza. 3.8 y 13 casos a la pza. 4.8

CUADRO Nº 4

Distribución de la muestra de terceros molares inferiores retenidos, según edad género masculino. Clínica Odontológica de la Universidad Católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	EDAD PROMEDIO	GENERO	CLASIFICACIÓN DE WINTER							TOTAL
		Masculino	A	B	C	D	E	F	G	
Pieza Nº 3.8	24	3	3		1					04
Pieza Nº 4.8	25	5	2	2.			.			04
TOTAL	24.5	8	5	2	1					08

Leyenda:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| A: Vertical | B: Mesio angulado |
| C: Disto angulado | D: Horizontal |
| E: En vestíbulo versión | F: En Linguo versión |
| G: Invertido | |

Elaboración personal
Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En este cuadro observamos que 8 casos corresponden al género masculino siendo la edad promedio de 24.5 correspondiendo 4 casos a la pza. 3.8 y 4 casos a la pza. 4.8

Nota En el caso nº 9 de nuestra matriz observamos que la pza. 4.8 esta mesio angulada en vestíbulo versión presentando estas dos posiciones

CUADRO N° 5

Distribución de la muestra de terceros molares inferiores retenidos, según: edad y género femenino. Clínica Odontológica de la Universidad Católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	EDAD PROMEDIO	GENERO	CLASIFICACIÓN DE WINTER							TOTAL
		Femenino	A	B	C	D	E	F	G	
Pieza N° 3.8	21.76	13	1	9	1.	1:	1	.		13
Pieza N° 4.8	21.66	09	1	7	1-			-		09
TOTAL	21.72	22	2	16	2	1	1			22

Leyenda:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| A: Vertical | B: Mesio angulado |
| C: Disto angulado | D: Horizontal |
| E: En vestíbulo versión | F: En Linguo versión |
| G: Invertido | |

Elaboración personal
Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

Se observa 22 casos en el género femenino en una edad promedio de 21.72.

Correspondiendo 13 casos a la pza. 3.8 y 9 casos a la pza. 4.8

NOTA- Observamos que en nuestra matriz:

El Caso 1 pieza 3.8 y el caso7 pieza. 4.8 posición disto angulada en linguo versión

Caso 5 pieza. 3.8 horizontal en vestíbulo versión.

CUADRO N°6

Distribución de la muestra de terceros molares inferiores retenidos, según la clasificación de Winter, en promedio de edad. En la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	EDAD PROMEDIO	CLASIFICACIÓN DE WINTER							TOTAL
		A	B	C	D	E	F	G	
Pieza N° 3.8	24.11	4	9	2	1				16
Pieza N° 4.8	24.92	3	9	1	0	1			14
TOTAL	24.5	7	18	3	1	1			30

Leyenda:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| A: Vertical | B: Mesio angulado |
| C: Disto angulado | D: Horizontal |
| E: En vestíbulo versión | F: En Linguo versión |
| G: Invertido | |

Elaboración personal

Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

En el cuadro N° 6 observamos 30 casos en total en un promedio de edad de 24.5 años correspondiendo 16 casos a la pza. 3.8 y 14 casos a la pza. 4.8

CUADRO N° 7

Distribución numérica de terceros molares inferiores retenidos en posición distoangulado: en linguoversión y vestibuloversión Según género. Clínica Odontológica de la universidad católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	DISTOANGULADO			
	EN LINGUOVERSIÓN		VESTIBULO VERSIÓN	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
3.8	0	1	0	0
4.8	0	1	0	0
TOTAL	0	2	0	0

Elaboración personal

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

Encontramos dos casos uno en pza. 3.8 y uno en la pza. 4.8 en posición distoangulado en linguoversión en el género femenino.

CUADRO N° 8

Distribución numérica de terceros molares inferiores retenidos en posición mesioangulado en vestibuloversión y linguoversión Según género. Clínica Odontológica de la universidad católica de “Santa María” de Arequipa. 2012.

TERCER MOLAR	MESIOANGULADO			
	VESTÍBULO - VERSIÓN		LINGUO - VERSIÓN	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
3.8	0	0	0	0
4.8	1	0	0	0
TOTAL	1	0	0	0

Elaboración personal

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

Solo encontramos un caso de la pieza. 4.8 en posición mesioangulado en vestibuloversión en el género masculino.

CUADRO N°9

Distribución numérica de los terceros molares inferiores retenidos en posición horizontal: en vestibuloversión y en linguoversión.

TERCER MOLAR	HORIZONTAL			
	VESTÍBULO - VERSIÓN		LINGUO - VERSIÓN	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
3.8	0	1	0	0
4.8	0	0	0	0
TOTAL	0	1	0	0

Elaboración personal

Fuente: matriz de datos

Interpretación:

Solo encontramos un caso en la pieza. 3.8 en posición horizontal en vestibulo versión en el género femenino

CONCLUSIONES

PRIMERA: Según la clasificación de Winter los casos se ubicaron de la siguiente manera:

16 casos corresponden a la pza. 3.8 distribuidos de la siguiente forma

9 casos en posición MESIO ANGULADO

4 casos en posición VERTICAL

2 casos en posición DISTOANGULADO

1 caso en posición HORIZONTAL

14 casos de la pza. 4.8 de los cuales:

9 casos en posición MESIOANGULADO

3 casos en posición VERTICAL

1 caso en posición DISTOANGULADO

1 caso en posición de VESTIBULOVERSION

Notamos que la Ubicación más frecuente es la MESIOANGULAR y en nuestra matriz esta dado en su mayoría en el género FEMENINO.

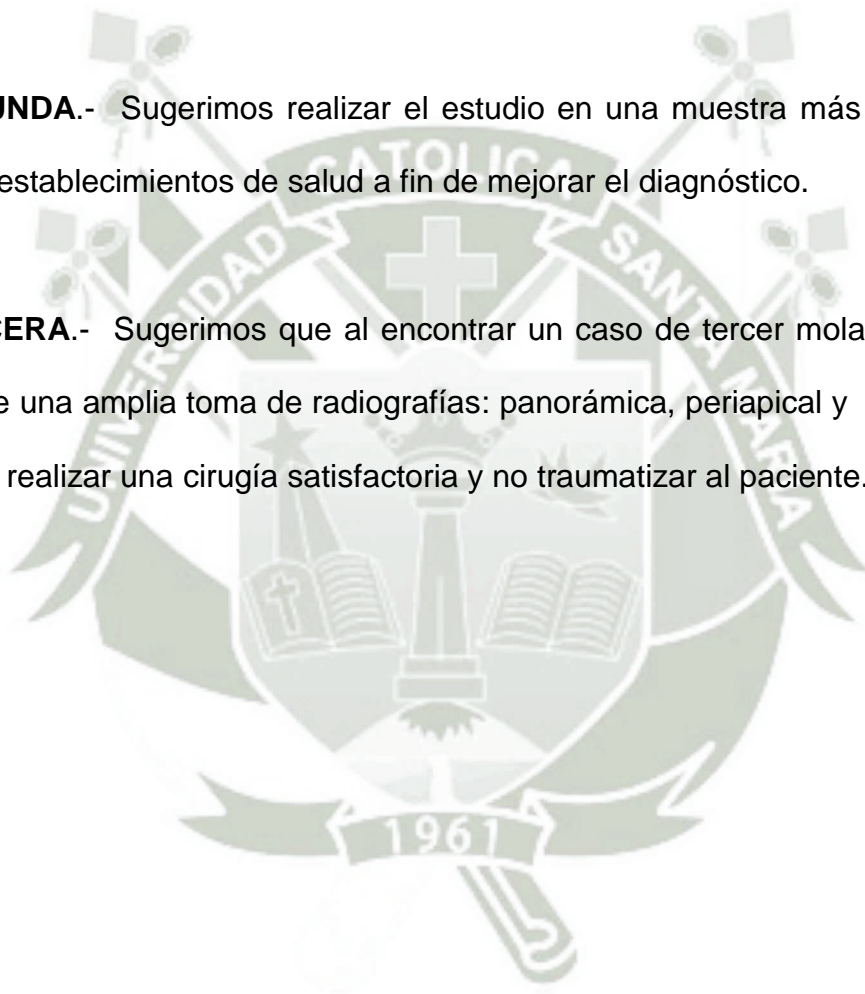
SEGUNDA: Los pacientes seleccionados tuvieron un promedio de edad de 24.5 años encontrando 30 casos distribuidos: 8 casos en género masculino y 22 en género femenino, correspondiendo 16 casos a la pza. 3.8 y 14 casos de la pza. 4.8.

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Sugerimos utilizar la CLASIFICACIÓN DE WINTER en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica Santa María por ser más simple y didáctica, orientando fácilmente al cirujano oral para realizar un buen tratamiento quirúrgico

SEGUNDA.- Sugerimos realizar el estudio en una muestra más grande y en otros establecimientos de salud a fin de mejorar el diagnóstico.

TERCERA.- Sugerimos que al encontrar un caso de tercer molar retenido se realice una amplia toma de radiografías: panorámica, periapical y oclusal para poder realizar una cirugía satisfactoria y no traumatizar al paciente.



BIBLIOGRAFÍA.

- Ash, M. M. & Nelson, S. J. Wheeler. Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental. 8ª edición. Barcelona, Elsevier, 2006. pp.285-92.
- Björk, A.; Jensen, E. & Palling, M. Mandibular growth and third molar impaction. Acta Odont. Scand., 14:231-72, 1956.
- Campillo, D. &Subira, M. E. Antropología Física para Arqueólogos. Barcelona, Ariel Prehistoria, 2004. pp. 31-2.
- Figún, M. &Garino, R. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. Buenos Aires, El Ateneo, 2002. pp.244-7.
- Hollinshead, W. H. Anatomía para cirujanos dentistas. México D. F., Editorial Harla, 1983. pp.280-5.
- Hupp, J.R. Cirugía Oral y Maxilo Facial Contemporánea. Quinta Edición. ElsevierMosby. 2009
- Richardson, M. The etiology and prediction of mandibular third molar impaction. Angle Orthod., 47:165-72, 1977.
- Ricketts, R. A principle of racial growth of the mandible. Angle Orthod., 42:368-86, 1972.
- Ricketts, R. M.; Turley, P.; Chaconas, S. &Shulhof, R. J. Third molar enucleation: Diagnosis and technique. J. Calif. Dent. Assoc., 4:521-7, 1976.
- Ries Centeno, Guillermo. Buenos Aires, El Ateneo
- Schulhof, R. J. Third molars and orthodontic diagnosis. J. Clin. Orthodont., 10:273, 1976.

- Sicher, H. &Dubrul, E. Anatomía Oral. 8ª Ed. Sao Paulo, Artes Médicas, 1991. pp. 159-66.
- Sidow, S.; West L.; Liewehr F. &Loushine R. Root canal morphology of human maxillary and mandibular third molars. J. Endod., 26:675-8, 2000.
- Velayos, J. L. & Santana, H. Anatomía de la Cabeza. 3ª edición. Madrid, Medica Panamericana, 2001. pp.162-8.



HEMEROGRAFÍA

- García Hernández, F.; Toro, O.; Vega, M. & Verdejo, M. Agenesia del tercer molar en jóvenes entre 14 y 20 años de edad, Antofagasta, Chile. *Int. J. Morphol*, 26(4):825- 32, 2008.
- Harris, E. Mineralization of the mandibular third molar: A Study of American Blacks and Whites. *Am. J. Phys. Anthropol.*, 132:98-109, 2007.
- Marengo, F.; Gurrola, B.; Díaz, L. & Casasa, A. El espacio retromolar en pacientes mexicanos con terceros molares mandibulares erupcionados e impactados. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1:1-7, 2008.
- Olmedo, M. V.; Vallecillo, M. & Gálvez, R. Relación de las variables del paciente y de la intervención con el dolor y la inflamación postoperatorios en la exodoncia de los terceros molares. *Med. Oral*, 7:360-9, 2002.
- Prieto, J. L. La maduración del tercer molar y el diagnóstico de la edad: Evolución y estado actual de la cuestión. *Cuad. Med. Forense*, 51:11-24. 2008.

INFORMATOGRAFÍA

- http://es.wikipedia.org/wiki/Muela_del_juicio
- <http://www.congresoacco.com/articulos/articulos/2008/INVEST.%20PURA%20PREGRADO/1.B.%20Catherine%20Sequeira.pdf>
- Carlos D. Ausbruch. ODONTÓLOGO – MN 20106. ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA



ANEXOS



FICHA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

Nombre	
Edad	sexo
Dirección	

DATOS CLÍNICOS

--

ASPECTO RADIOGRÁFICO

Clasificación de Winter	
• Vertical	<input type="checkbox"/>
• Meso angulado	<input type="checkbox"/>
• Disto angulado	<input type="checkbox"/>
• Horizontal	<input type="checkbox"/>
• En vestíbulo versión	<input type="checkbox"/>
• En linguo versión	<input type="checkbox"/>
• Invertido	<input type="checkbox"/>

Fecha	Nro. De Ficha
-------	---------------

MATRIZ DE DATOS										
TERCEROS MOLARES RETENIDOS										
CLASIFICACIÓN DE WINTER										
FICHA	EDAD	SEXO	PIEZA	VERTICAL	MESOANGULADO	DISTOANGULADO	HORIZONTAL	EN VESTÍBULO VERSIÓN	EN LINGUO VERSIÓN	INVERTIDO
1	24	F	3.8			X			X	
2	24	F	3.8		X					
3	23	M	3.8	X						
4	24	F	4.8		X					
5	22	F	3.8				X	X		
6	21	F	3.8		X					
7	21	F	4.8			X			X	
8	24	F	3.8		X					
9	20	M	4.8		X			X		
10	24	F	4.8		X					
11	18	F	4.8		X					
12	18	F	3.8		X					
13	17	F	4.8		X					
14	59	M	3.8	X						
15	59	M	4.8	X						
16	17	F	3.8		X					
17	21	F	3.8		X					
18	21	F	4.8		X					
19	28	F	4.8		X					
20	23	F	3.8	X						
21	23	F	4.8		X					
22	28	F	3.8		X					
23	19	M	3.8	X						
24	22	F	3.8					X		
25	21	F	3.8		X					
26	25	M	4.8		X					
27	25	M	4.8	X						
28	26	M	3.8			X				
28	19	F	4.8	X						
30	18	F	3.8		X					

FOTOGRAFÍA No. 1

EQUIPO RADIOGRÁFICO PANORÁMICO

CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTAMARÍA



FOTOGRAFÍA Nro. 2

EQUIPO RADIOGRÁFICO PARA PERIAPICALES Y OCLUSALES

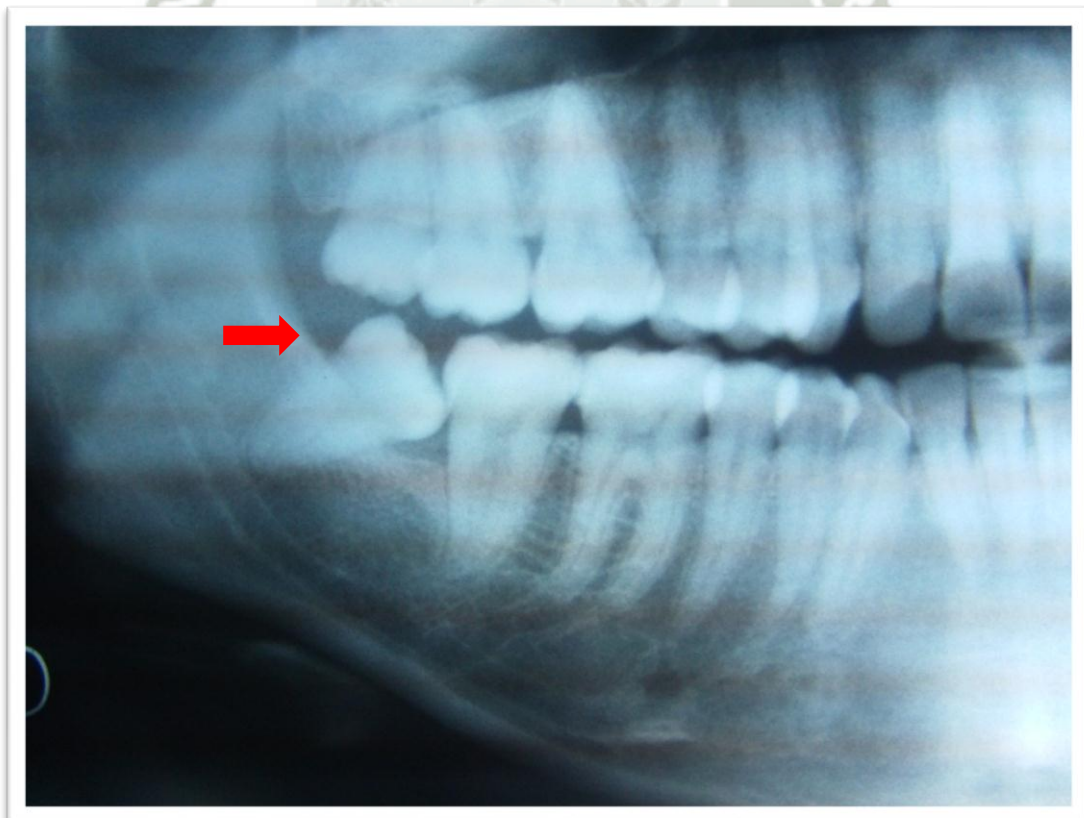


MESIOANGULADA

FOTOGRAFÍA Nro. 3

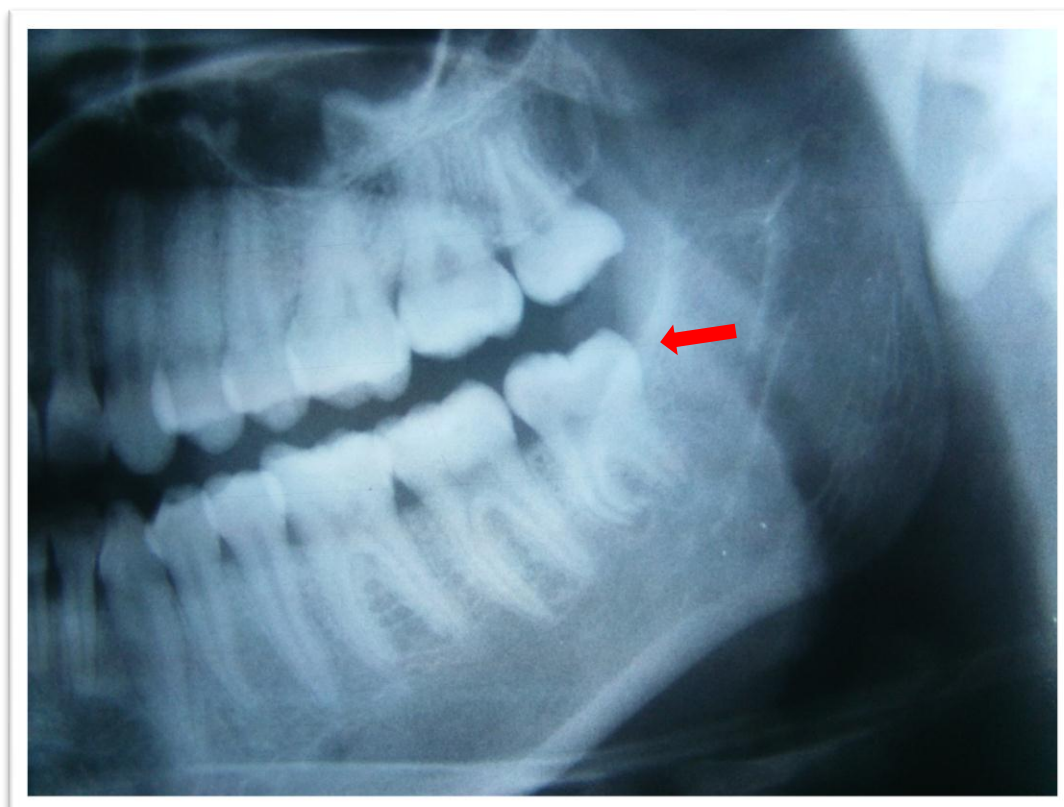


FOTOGRAFÍA Nro. 4



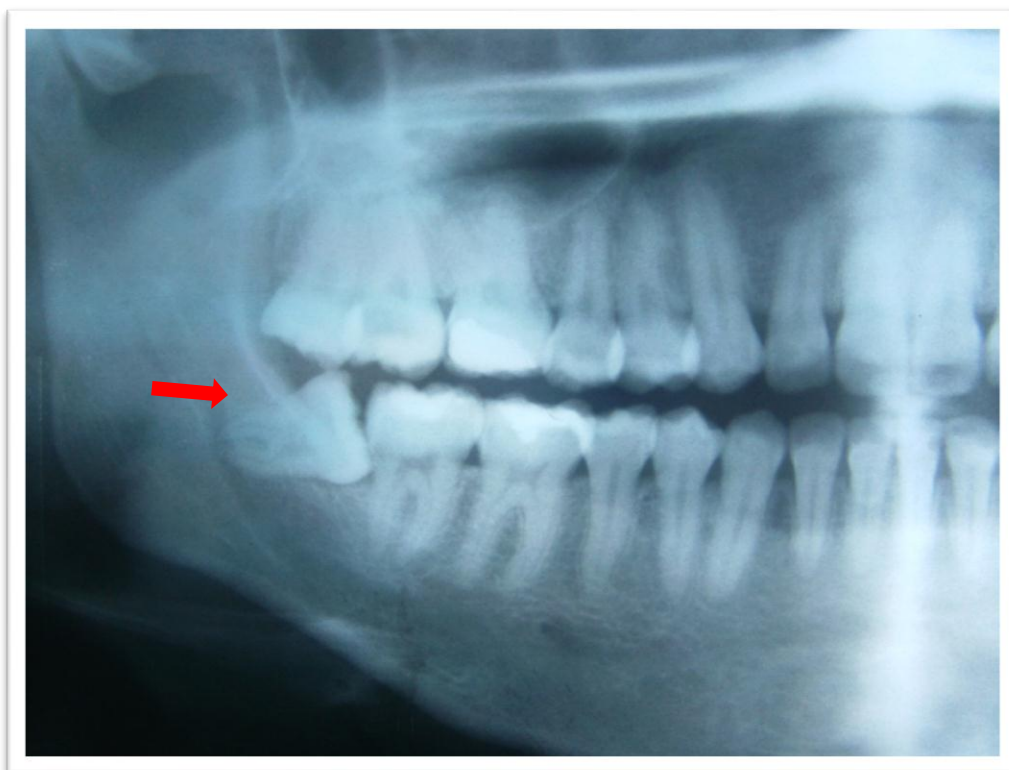
DISTOANGULADA

FOTOGRAFÍA Nro. 5



HORIZONTAL

FOTOGRAFÍA N° 6



FOTOGRAFIA N° 7



VERTICAL

FOTOGRAFIA N° 8

