

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**“PREVALENCIA DE LA POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM EN LOS AÑOS DE 1992 AL 2002 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY EN LA PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO, AREQUIPA – 2017”.**

Tesis presentada por el Bachiller.  
**ENRIQUE MIKE DEL CARPIO SALAS**  
para optar el Título Profesional de  
**CIRUJANO DENTISTA.**

Asesor: Dr. Cristhian Rojas Valenzuela

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**



*A mis padres por darme su apoyo en todo momento, por sus consejos, valores y por la motivación constante que me ayudo a ser una persona de bien, pero más que nada por su amor y creencia en mí.*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado fuerza y valor y haberme permitido culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres, que siempre estuvieron presentes en cada paso de mi vida. Y sé que están orgullosos de la persona en la cual me he convertido.

A mi hermano por ponerme siempre la valla; Y obligarme a superarla día a día.

A mis docentes por darme siempre una correcta orientación en todos mis años de estudios.



“No es difícil tener éxito. Lo difícil es merecerlo”

**Albert Camus**

## ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. problema de investigación .....	2
1.1. Determinación del problema .....	2
1.2. Enunciado .....	3
1.3. Descripción del problema .....	3
1.4 Justificación .....	7
2. Objetivos .....	7
3 Marco teórico .....	7
3.1 Esquema conceptos básicos.....	7
3.1.1 Cirugía bucal .....	7
3.1.1.1 Cirugía bucal como especialidad odontológica.....	9
3.1.2 Condiciones clínico-radiográficas sobre dientes retenidos .....	11
3.1.2.1 Patogénia .....	11
3.1.2.1.1 Razones embriológicas .....	12
3.1.2.1.2 Razones mecánicas .....	12
3.1.2.1.3 Obstáculos mecánicos.....	12
3.1.2.1.4 Causas generales.....	13
3.1.3 Cordales incluidos.....	13
3.1.3.1 Etiología .....	15
3.1.3.2 Condiciones embriológicas.....	15
3.1.3.3 Condiciones anatómicas .....	17
3.1.4 Clasificación de Pell y Gregory.....	20
3.1.4.1 Profundidad relativa del tercer molar en hueso .....	20
3.1.5 Características clínicas .....	20
3.1.5.1 Valoración clínica del paciente .....	21
3.1.5.2 Valoración radiográfica de un diente incluido .....	22
3.1.6 Indicaciones para remoción de un tercer molar .....	25

3.1.7 Contraindicaciones para la extracción de un tercer molar incluido .....	26
3.2 Antecedentes .....	27
3.3 Hipótesis .....	28

## **CAPITULO II**

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TECNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACION .....	30
1.1 Técnicas .....	30
1.2 Instrumentos .....	30
1.3 Materiales .....	31
2. CAMPO VERIFICACION .....	31
2.1 Ubicación espacial .....	31
2.2 Ubicación temporal .....	31
2.3 Ubicación de estudio .....	31
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION .....	33
3.1 Organización .....	33
3.2 Recursos .....	33
3.3 Verificación de instrumentos .....	34
3.4 Estrategia para manejar resultados .....	34
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS .....	34
4.1 Plan de procesamiento de datos .....	34
4.2 Plan de análisis de datos .....	35

### CAPITULO III RESULTADOS

DISCUSIONES .....	65
CONCLUSIONES .....	66
RECOMENDACIONES .....	67
BIBLIOGRAFIA .....	68
ANEXOS .....	69



## RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se determinará la prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según la clasificación de Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

La muestra estuvo conformada por un total de 819 pacientes; Se procedió a revisar las radiografías panorámicas virtualmente en el centro radiológico de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

Se llenaron fichas de datos correspondientes de cada paciente. Los resultados muestran que el 66% del total de radiografías evaluadas presentan la mayor prevalencia en la posición "C", Seguida por un 20% en la posición "A" y un 14% en la posición "B".

**PALABRAS CLAVES: POSICIONES, TERCEROS MOLARES, PELL Y GREGORY**

## ABSTRACT

In the present research, the prevalence of third molar position in patients of the UCSM dental clinic in the years 1992 to 2002 according to the classification of Pell and Gregory in the relative depth of the third molar in the bone is determined.

The sample consisted of a total of 819 patients; Panoramic radiographs were performed virtually in the radiological center of the dental clinic of the Catholic University of Santa Maria.

Corresponding data sheets were filled out for each patient. The results show that 66% of the total number of radiographs evaluated had the highest prevalence in position "C", followed by 20% in "A" position and 14% in "B" position.

**KEYWORDS:** Positions, Third molars, Pell and Gregory

## INTRODUCCIÓN

Las terceras molares son piezas que por su ubicación en los maxilares, en especial los inferiores; Están desapareciendo o simplemente no erupcionan como deberían, causado por una retención, debido a un problema mecánico que puede interponerse a la erupción normal, inclusión, causada por un problema de carácter embriológico o una impactación, porque el germen encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del trabajo.

Es por eso que existe la controversia de dejarlos en boca ya que algunos autores dicen que mientras no presenten molestias pueden permanecer en boca las terceras molares y extraerlas porque son dañinos para el sistema estomatognático<sup>1</sup>.

Para asegurarnos que el tratamiento a realizar sea factible y nos guie por parámetros que nos ayuden a decidir cuándo se debe extraer las terceras y cuando no. En esta investigación determinaremos la Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según la clasificación de Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> JOSÉ NAYBI RADI LONDOÑO, aspectos claves tercer molar 1era edición.

<sup>2</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS.





## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Determinación del problema

Los protocolos para el manejo tanto quirúrgico como ortodóntico de tercera molar incluida, es una permanente discusión entre estas especialidades. Ya que muchas veces no tenemos en cuenta las clasificaciones ya estudiadas y la prevalencia en nuestra raza y región; Para poder ponernos de acuerdo es necesario saber a qué problema nos enfrentamos, y cuál es la conducta a seguir.

Hay autores que creen que el tamaño de los maxilares está disminuyendo como parte del proceso de la evolución humana; Probablemente debido a la facilidad de conseguir nuestros alimentos y a la disminución del proceso masticatorio, afectando este principalmente a nivel mandibular dificultando la erupción del mismo entre los 15 y 25 años<sup>3</sup>.

Es por eso que como parte de esta investigación analizaremos la prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontología de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según la clasificación de Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso<sup>4</sup>.

### 1.2 Enunciado del problema

**PREVALENCIA DE LA POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM EN LOS AÑOS DE 1992 AL 2002, SEGÚN PELL Y**

---

<sup>3</sup> GUILLERMO A. RIES CENTENO "Cirugía bucal, con patología, clínica y terapéutica

<sup>4</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS.

**GREGORY EN LA PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER  
MOLAR EN EL HUESO, AREQUIPA - 2017**

**1.3 Descripción del problema**

a) **Área del conocimiento**

Campo: Ciencias de la salud

Área: Odontología

Especialidad: Cirugía bucal

Línea: Cirugía bucal

b) **Análisis de variables**

**CUADRO DE ANÁLISIS DE VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Posición A</b>	Sobre la cara oclusal del segundo molar
<b>Posición B</b>	Entre la cara oclusal y la línea cervical del 2do molar

<b>Posición C</b>	Por debajo de la línea cervical del 2do molar
-------------------	---

c) **Interrogantes básicas**

- A. ¿Cuál es la Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017?
- B. ¿Cuál es la prevalencia de la posición A de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017?
- C. ¿Cuál es la prevalencia de la posición B de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017?
- D. ¿Cuál es la prevalencia de la posición C de terceros molares pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017<sup>5</sup>?

---

<sup>5</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS.

d) **Taxonomía de la investigación**

TIPO DE ESTUDIO							
Abordaje	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o poblaciones	5. Por el ámbito de recolección	DISEÑO	NIVEL
Cuantitativo	Observacional	Retrospectiva	Transversal	Descriptivo	Campo	No experimental	Descriptivo

1.4 **Justificación del problema**

- **Actualidad**

Pese a que existen estudios e investigaciones, en Arequipa es muy escaso, y es importante saber la prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM de 1992 al 2002 según la clasificación de Pell y Gregory, en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017 por lo que este trabajo aporta conocimientos nuevos de esta población, por lo que considero que es de importancia en nuestro medio<sup>6</sup>.

- **Originalidad**

Esta investigación posee una originalidad específica ya que reconoce pocos antecedentes investigativos previos, tiene un enfoque primordial.

<sup>6</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS.

- **Relevancia científica**

Es un aporte científico a la cirugía oral, dado que este estudio proporcionara conocimiento sobre las posiciones de los terceros molares, los datos obtenidos servirán específicamente a la población de Arequipa.

- **Relevancia social**

Posee relevancia social porque demuestra variables que están presentes en nuestra población, la misma que es considerada como un problema de la erupción del 3er molar. Todo lo planteado anteriormente nos ayuda a pensar y nos motiva aportar elementos que pudieran contribuir a la atención y tratamientos exitosos de esta parte de la población en la cantidad y calidad requerida, con el conocimiento de necesidades estomatológicas y sobre todo con gran sensibilidad e interés hacia sus problemas ayudando de una forma a su integración a los planes de tratamiento.

- **Viabilidad**

Se trata de una investigación viable, puesto que las condiciones para dicho estudio son realizables y a la vez nos dará resultados, aportando conclusiones y recomendaciones.

- **Interés personal**

Es de interés propio, realizar esta investigación en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM, en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017. Para tener en cuenta la realidad de la población, y tener un estudio más conciso para poder incrementar los datos de

este campo y a la vez optar por el título profesional de cirujano dentista.

## 2. OBJETIVOS

- Determinar cuál es la Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017
- Determinar cuál será la prevalencia de la posición A de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017
- Determinar cuál será la prevalencia de la posición B de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017
- Determinar cuál será la prevalencia de la posición C de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002, según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa 2017<sup>7</sup>

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1 Esquema de conceptos básicos

#### 3.1.1 CIRUGÍA ORAL:

Dentro de los medios que se emplean para el tratamiento de las enfermedades (terapéutica), existe uno caracterizado esencialmente por la aplicación de procedimientos

---

<sup>7</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS.

manuales. Se conoce con el nombre de cirugía o terapéutica quirúrgica<sup>8</sup>.

Esta definición etimológica es parcial ya que la cirugía utiliza también todos los elementos científicos; es más, actualmente también hay que contar con el papel cada vez más preponderante de la ayuda de una aparatología progresivamente más sofisticada y menos dependiente de nuestro control manual.

La cirugía es la ciencia y arte, y comprende de una parte una concepción general de todo el cuerpo humano, y por otra se especializa por órganos, regiones, aparatos o sistemas como consecuencia de la exigencia de conocimientos especiales, instrumental y técnicas operatorias adaptadas a las características anatómo-funcionales.<sup>9</sup>

Entre las especializaciones de la cirugía se distingue la Cirugía Bucal (dento-maxilar) cuya actividad se efectúa dentro de la boca y que tiene como finalidad el tratamiento de la patología quirúrgica de la cavidad bucal. Los términos bucal y oral son sinónimos de acuerdo con el diccionario de la lengua española. Nosotros preferimos hablar de cirugía bucal, aunque la influencia anglosajona propone utilizar la palabra oral.

La cirugía bucal está regida por los principios de la cirugía general pero tiene sus propias peculiaridades que emanan de la zona anatómica a tratar.

---

<sup>8</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS

<sup>9</sup> La cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento – Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes, M. Ángeles Sánchez Garcés – Pág 1

La definición de cirugía bucal formulada por las principales entidades académicas y corporativas norteamericanas es la siguiente: “La cirugía bucal es la parte de la odontología que trata del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes”.

Las directivas de la Unión Europea (UE) definen la cirugía bucal como la parte de la odontología a la que conciernen el diagnóstico y todo el tratamiento quirúrgico de las enfermedades, anomalías y lesiones de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos contiguos.<sup>10</sup>

#### **3.1.1.1 Cirugía bucal como especialidad de la odontología:**

Para Costich y White, la cirugía bucal es la especialidad reconocida de la odontología más antigua, y muchas de sus técnicas pueden ser y son realizadas por el dentista general. Ries Centeno remarca que el cirujano bucal debe poseer el título de odontólogo, ya que esta rama de las ciencias de la salud le proporcionara los conocimientos y agilidad manual para abordar la patología quirúrgica bucal.

De hecho, en el año 1864, la cirugía bucal, como especialidad de la odontología, fue incluida en el plan de estudios de la escuela de odontología de Filadelfia, actualmente perteneciente a la universidad de temple (EE.UU)

---

<sup>10</sup> La cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento – Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes, M. Ángeles Sánchez Garcés – Pág 1

El comité consultivo para la formación de odontólogos elevó a la comisión de las comunidades Europeas la necesidad de regular las especialidades de la odontología, dando lugar a la directiva odontológica del 25 de julio del 1978, que reconoce la cirugía bucal y la ortodoncia como especialidades de la odontología.

El 20 de noviembre de 1985, el comité consultivo para la formación de odontólogos aprobó los campos de actividades y programas de formación para que los odontólogos pudieran acceder a las 2 especialidades reconocidas de la odontología.<sup>11</sup>

La existencia de la especialidad de cirugía bucal como formación postgraduada no significa en modo alguno que esta disciplina no deba incluirse en los conocimientos que debe poseer el odontólogo general, el cual podrá efectuar las técnicas quirúrgicas para las que se encuentre preparado, aunque no podrá titularse cirujano bucal si no posee el título correspondiente.<sup>12</sup>

El dentista general puede atender personalmente una serie de casos, pero otros debe remitirlos al especialista en cirugía bucal; Esta decisión debe tomarla de acuerdo con sus aptitudes y

---

<sup>11</sup> La cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento – Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes, M. Ángeles Sánchez Garcés – Pág 1

<sup>12</sup> La cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento – Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes, M. Ángeles Sánchez Garcés – Pág 2-3

habilidades, buscando siempre la mejor atención posible para sus pacientes. La destreza y seguridad solo pueden obtenerse a través de repetidas experiencias y de la valoración crítica de los resultados.<sup>13</sup>

### 3.1.2 Consideraciones clínico-radiográficas sobre los dientes retenidos

Se denominan diente retenido (diente incluido, impactado) aquellos que una vez llegan a la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

“La retención dentaria” puede presentarse en dos formas: El diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea o cubierto por mucosa gingival).

Berten-Cieszynski presenta un cuadro que contiene, según los dientes más frecuente retenidos:

- Tercer molar inferior 35%
- Tercer molar superior 9%

Generalmente se ha utilizado la palabra inclusión para significar la retención parcial o total de un diente. Inclusión es la acción de encerrar una cosa dentro de otra, Y la retención es la acción de suspender total o parcialmente una acción.

---

<sup>13</sup> La cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento – Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes, M. Ángeles Sánchez Garcés – Pág 2-3

### 3.1.2.1 Patogenia

El problema de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le esta encomendado.

La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia. Impedida mecánicamente por ese obstáculo

Razones por las cuales el diente no hace erupción:

**3.1.2.1.1 Razones embriológicas:** La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción

**3.1.2.1.2 Razones mecánicas:** el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con el diente vecino o erupcionado; Este contacto constituye una verdadera fijación del diente en “erupción” en posición viciosa.

Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriológico<sup>14</sup>.

#### **3.1.2.1.3 Obstáculos mecánicos**

Se interponen en la erupción normal

Completada la calcificación del diente, y en maxilares con las dimensiones reducidas, no hay lugar para que este diente ocupe su lugar normal en la arcada.

Hueso de una condensación, que no puede ser vencido en su trabajo de erupción normal que tiene el nombre de enostosis

También lo que impide el crecimiento normal de diente posición viciosa de un diente retenido que choca con las raíces del diente vecino.

Elementos patológicos también se oponen al crecimiento normal del diente como tumores ontogénicos, dientes supernumerarios.

#### **3.1.2.1.4 Causas generales**

Cualquier enfermedad en directa relación con las glándulas endocrinas puede ocasionar trastornos de la erupción dentaria como retenciones y ausencias de dientes

Enfermedades ligadas al metabolismo del calcio también genera alteraciones en la erupción dentaria

---

<sup>14</sup> Cirugía bucal, con patología, clínica y terapéutica - Guillermo A. Ries Centeno, profesor titular consulto de cirugía Dentomaxilarde la facultad de odontología de la Universidad de Buenos Aires, miembro de la Academia Nacional de Medicina pág – 300 - 306

### 3.1.3 Cordales incluidos:

Los cordales incluidos son un aparato importante de la patología odontológica, por su frecuencia, por su variedad de presentación y por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan.

Hemos escogido el término genérico de “cordal incluido” por ser el más general, aunque en realidad habrá que hacer las distinciones ya comentadas anteriormente: retención, impactación, inclusión, etc.

La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18 – 25 años), por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal. Este nombre es atribuido a Hieronimus Cardas, quien hablo de “dens sensus et sapientia et intellectus” en clara referencia a la edad que suele erupcionar. La edad media de erupción de los cordales en los varones es de 19.9 años y de 20,4 en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años (Fanning).<sup>15</sup>

Los cordales son las piezas dentarias que con más frecuencia se hallan incluidos, de acuerdo con Archer que marca este orden de frecuencia:

- Tercer molar superior.
- Tercer molar inferior.
- Canino superior.
- Segundo bicúspide inferior.
- Canino inferior.
- Segundo bicúspide superior.
- Incisivo central superior.

---

<sup>15</sup> GUILLERMO A. RIES CENTENO “Cirugía bucal, con patología, clínica y terapéutica

- Incisivo lateral superior.

La mayoría de autores encuentra que el tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia permanece incluido, también al ser el último diente en erupcionar, este fácilmente puede quedar impactado o sufrir desplazamiento en la arcada dentaria<sup>16</sup>.

#### **3.1.3.1 Etiología:**

La frecuencia de patología inducida por el tercer molar es muy elevada y en nuestro medio sobre todo el cordal inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares<sup>17</sup>.

#### **3.1.3.2 Condiciones embriológicas:**

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial pero con la característica que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si de un diente de reemplazo se tratara. La calcificación de este diente empieza entre los 8 y 10 años pero su corona no termina hasta los 15 y 16 años la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad y se va a realizar en un espacio muy limitado. El hueso en su crecimiento tiene tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto

---

<sup>16</sup> GUILLERMO A. RIES CENTENO "Cirugía bucal, con patología, clínica y terapéutica

<sup>17</sup> COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINI AYLES, M. ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÉS

explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar.

La muela del juicio erupciona normal de abajo hacia arriba y de atrás hacia adelante, Siguiendo la dirección del “gubernaculum dentis”. Así, pues la evolución normal se hace según una línea curva de cavidad posterior.

El tercer molar superior situado muy alto de la tuberosidad del maxilar al crecer provoca su migración hacia el reborde alveolar, entre el segundo molar y la sutura Pterigomaxilar. Con mucha frecuencia su eje se desvía hacia afuera, hacia el vestíbulo, o más raramente de manera oblicua hacia adelante, contra el segundo molar, por esto y por la elevada prevalencia de la hipoplasia maxilar y de las arcadas dentarias de dimensiones reducidas, quedan frecuentemente impactados. Puede considerarse que solo aproximadamente un 20% de los terceros molares llega a tener una posición normal en la arcada dentaria<sup>18</sup>.

El germen del cordal inferior nace al final de la lámina dentaria esta región del ángulo mandibular va a modificarse durante la formación del molar, por alargamiento óseo de la misma hacia atrás, arrastrando con él las partes del diente que aún no se han calcificado este fenómeno acentúa su

---

<sup>18</sup> COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINI AYTÉS, M. ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÉS

oblicuidad primitiva y le obliga, para alcanzar su lugar normal en la arcada por detrás del segundo molar, A efectuar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y hacia arriba ( Curva de enderezamiento de capdepont ) La evolución de este diente se efectúa en un espacio muy limitado, entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente, de una parte, y entre las dos corticales óseas, de las cuales la externa es espesa y muy compacta, por lo que se desvía más bien hacia la cortical interna, con lo que termina implándose hacia lingual, si es que lo logra<sup>19</sup>.

La postura correcta del diente concluye, por lo general, a los 18 años; Sin embargo, estos obstáculos suelen ser origen de impactaciones y anomalías de posición en la arcada dentaria. Así la corona del tercer molar debe normalmente reflejarse en la parte distal del segundo molar, enderezarse y seguir su erupción hasta llegar al plano oclusal. Este proceso no es muy predecible y son posibles las evoluciones de todo tipo. Garcia y Chauncey comprobaron que el 10% de los cordales de los pacientes de su estudio aparecieron en la arcada dentaria después de 10 años de seguimiento. Para Hattaba el cordal pierde capacidad de erupción a partir de 25 a 30 grados de inclinación respecto al eje vertical, presentando un buen pronóstico mientras la inclinación no sobrepase los 5 a 10 grados. Swerin y Von Wowern

---

<sup>19</sup> COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINI AYTÉS, M. ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÉS

demonstraron que los cordales suelen cambiar su posición entre los 18 y 25 años<sup>20</sup>.

Debe recordarse que la agenesia de los cordales se presenta aproximadamente en un 5 a 30% de la población, dependiendo de la raza. Esto debe considerarse como una pequeña disminución de su potencial vital, es decir que el cordal podría considerarse como un órgano vestigial sin propósito o función.

### 3.1.3.3 Condiciones anatómicas:

La evolución normal del tercer molar es modificada a menudo por las condiciones anatómicas, así debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que produce la inclusión del cordal inferior. El espacio retromolar se ha ido perdiendo 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 del tercer molar y el borde anterior de la rama ascendente. Este espacio, actualmente, ha desaparecido completamente y por ellos el tercer molar no tiene espacio suficiente para erupcionar y queda parcialmente enclavado en la rama ascendente y se ve obligado a desarrollarse en situación

---

<sup>20</sup> COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINI AYTÉS, M. ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÉS

ectópica, generalmente en la cara interna de esta rama ascendente mandibular.

La falta de espacio como factor etiológico de la inclusión de los terceros molares inferiores es incontestable; La distancia Xi – segundo molar es mayor en individuos con dentición completa que en aquellos que tienen el cordal incluido.

Graber considera que la dirección y la cantidad de crecimiento mandibular son determinantes de primer orden en la impactación o erupción de tercer molar. La inclusión de los cordales parece ser más frecuentes en pacientes con crecimiento condilar en dirección vertical, con poco crecimiento alveolar, rama ascendente mandibular larga, longitud mandibular corta y una mayor inclinación mesial. Las referencias anatómicas empeoran aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo, estas son:

- ✓ **Delante.** El segundo molar limita la correcta posición del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.
- ✓ **Debajo.** El tercer molar está en una relación poco estrecha con el paquete vasculo-nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas.
- ✓ **Arriba.** La mucosa, laxa y extensible, no se retrae con el cordal, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo de

saco donde los microorganismos pueden multiplicarse y provocar una infección.

El tercer molar está ubicado en una zona estratégica – encrucijada, que hace comunicar entre ellos, los espacios celulares vecinos. Por fuera: las regiones maseterina, geniana y vestibular. Por detrás: espacio temporal, región pterigomaxilar, pilar anterior del velo del paladar, el espacio periamigdalino y el velo del paladar.

El cordal superior se sitúa entre el segundo molar superior y la sutura pterigomaxilar, y queda en relación con el seno maxilar por arriba y la región pterigomaxilar por detrás<sup>21</sup>.

#### **3.1.4 CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY:**

Para el estudio de las posibles localizaciones de los cordales incluidos, usaremos la clasificación de Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones 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<sup>22</sup>.

##### **3.1.4.1 Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:**

---

<sup>21</sup> Cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar incluido – Cosme gay escoda, Manuel Piñera Penalva, Veronica Velasco Vivancos, Leonardo Berini Aytés – Pág 355 - 357

<sup>22</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS.

- **Posición A:** El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.
- **Posición B:** El punto más alto del diente 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 diente está a nivel, o debajo de la línea cervical del segundo molar<sup>23</sup>.

### 3.1.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El paciente con un diente incluido infectado puede mostrar:

- ✓ Inflamación.
- ✓ Trismus.
- ✓ Dolor.
- ✓ Olor fétido
- ✓ Un tercer molar erupcionado parcialmente o caries profunda.

#### 3.1.5.1 Valoración Clínica del Paciente:

Debe examinarse cuidadosamente al paciente clínica y radiográficamente antes de la remoción de un tercer molar incluido.

1. El estado de la erupción del tercer molar y su posición en la cavidad oral debe examinarse

---

<sup>23</sup> Cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar incluido – Cosme gay escoda, Manuel Piñera Penalva, Veronica Velasco Vivancos, Leonardo Berini Aytés – Pág 355 - 357

- cuidadosamente, pues nos brinda una idea de la cantidad del tiempo quirúrgico que se requerirá.
2. Presencia de infección. El paciente puede presentar infección, inflamación y dolor que puede irradiarse al cóndilo, cuello del cóndilo y la mandíbula del lado afectado o podría limitarse a la forma de pericoronitis alrededor del diente en erupción. Deben administrarse antibióticos antes de la remoción del tercer molar.
  3. La presencia de caries en el tercer molar o su diente adyacente, es decir que deben examinarse tanto el segundo molar como los dientes restaurados. Algunas veces es necesario remover un segundo molar con caries extensa y permitir la erupción del tercer molar sin interrupción, de manera que más adelante puede utilizarse como pilar de prótesis fija.
  4. La condición periodontal de los dientes adyacentes.
  5. Deben palpase los ganglios linfáticos regionales por infección.<sup>24</sup>

#### **3.1.5.2 Valoración Radiográfica de un Diente Incluido:**

- Radiografía periapical
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral oblicua a 30°

Cualquiera puede utilizarse para examinar y ver la posición del tercer molar incluido. La radiografía periapical puede utilizarse en la mayoría de los

---

<sup>24</sup> Cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar incluido – Cosme gay escoda, Manuel Piñera Penalva, Veronica Velasco Vivancos, Leonardo Berini Aytés – Pág 355 - 357

pacientes. Algunas veces, sin embargo, el paciente no es capaz de abrir la boca lo suficientemente grande para colocar la película radiográfica debido a una infección, náuseas o dolor. Algunas veces la película radiográfica no puede colocarse muy atrás muy atrás para obtener la imagen completa del diente incluido en la radiografía intraoral o el diente puede estar asociado con alguna patología<sup>25</sup>, en estos casos deben tomarse radiografías extraorales.

Información que puede obtenerse de una radiografía periapical:

1. La inclinación de la línea oblicua externa nos dará una idea acerca del acceso. Si la inclinación es vertical, el acceso será difícil. Pero si el borde oblicuo aparece horizontal, el abordaje para el tercer molar incluido será generalmente sencillo.
2. La posición y profundidad del diente incluido pueden acercarse mediante las tres líneas imaginarias trazadas sobre la radiografía periapical.
3. La forma de la raíz del tercer molar incluido debe observarse detenidamente en la radiografía.

El patrón radicular, su número y su angulación son importantes para decidir el abordaje de la cirugía. Si la raíz es cónica y se adelgaza hacia apical, la extracción será relativamente simple. Por otro lado, si las raíces son divergentes,

---

<sup>25</sup> COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINI AYLES, M. ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÉS "la cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento

anguladas y voluptuosas, tendrán la tendencia a bloquear el hueso lo que proporcionara una extracción dificultosa de la pieza, de tal manera que debe llevarse a cabo la odontosección.

4. La posición y el patrón radicular del segundo molar son aspectos importantes a considerar; como las raíces que son cónicas y delgadas no tendrán mucha resistencia se debe tener especial cuidado de no propiciar una fuerza negativa sobre el segundo molar, mientras se trata de elevar el tercer molar incluido. Un segundo molar con raíces fuertes es menos probable que se desaloje durante la elevación.
5. La forma y tamaño de la corona del diente incluido son también importantes. Si es pequeña y con cúspides planas, las probabilidades de quedar atascado son menores y la extracción de la pieza será más sencilla y tranquila que aquel con corona amplia y cúspides prominentes.
6. La presencia de un primer molar prevendrá la inclinación del segundo molar durante la elevación del tercer molar. Aunque su ausencia seguramente permitirá el desalojo del segundo molar al aplicarle exceso de presión.
7. La textura y forma del hueso alrededor del diente incluido puede examinarse por su patrón trabecular. Frecuentemente el hueso que aparece con amplios espacios y estructuras óseas finas es generalmente elástico y la extracción en estos huesos es generalmente sencilla, este tipo de hueso se observa en pacientes jóvenes. Los pacientes mayores tienen

un hueso más esclerótico, y la radiografía muestra espacios pequeños con sombras densas<sup>26</sup>.

8. El conducto dentario inferior también puede verse como una radiolucencia que con frecuencia cruza el tercer molar mandibular. esta imagen puede deberse a una superposición de radiográfica. Algunas veces ya sea una ranura o una perforación de la raíz del tercer molar puede estar presente. Este se observa como una banda de radiopacidad disminuida que cruza las raíces y coincide con el esquema del conducto dentario inferior.

9. Debe evaluarse la angulación de la raíz. Un diente mesioangulado tendrá la corona y cúspides cercanas al segundo molar y sus raíces estarán separadas del segundo molar.

La interfase ósea entre las raíces del segundo y tercer molar es mayor que la interfase ósea entre las raíces del segundo y primer molar. Mientras que en un diente distoangulado, habrá un pequeño espacio entre las raíces del segundo y tercer molar. Incluso la línea blanca de Winter convergerá anteriormente<sup>27</sup>.

### 3.1.6 Indicaciones para la remoción de un tercer molar

- Para prevenir el desarrollo de una enfermedad periodontal. La presencia de un tercer molar incluido

---

<sup>26</sup> COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS "cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar incluido

<sup>27</sup> COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINI AYTÉS, M. ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÉS "la cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento

disminuye la cantidad de hueso en la parte distal del segundo molar adyacente y las bacterias que causantes de la gingivitis tienen acceso a una gran parte de la superficie radicular causando una periodontis severa.

- Para tener un diagnóstico a tiempo y poder prevenir la caries dental en la parte distal del segundo molar o la cara mesial del tercer molar.
- Para poder prevenir pericoronaritis, la cual es una infección del tejido blando que rodea la corona. Esto ocurre cuando el sistema inmuno del paciente es bajo.
- Para prevenir la reabsorción radicular del diente adyacente
- Para tener un diagnóstico precoz y poder prevenir la formación de patologías como los quistes ontogénicos y tumores. Aunque en la mayoría de los pacientes se mantiene el folículo dental en su tamaño original, raramente puede sufrir degeneración quística, formar un quiste dentigero o un queratoquiste.
- Para prevenir ulceraciones o dolor bajo un aparato protésico. Como después de una extracción y colocación de una prótesis hay una reabsorción lenta del hueso alveolar, los dientes incluidos se acercan más a la superficie. La prótesis comprime el tejido blando lo que provoca ulceración y dolor.
- Para tratar el dolor inexplicable. Cuando no se encuentra otra causa, remover el tercer molar a menudo alivia el dolor.
- Para prevenir una fractura mandibular, en caso de que el diente sea muy grande y debilite la mandíbula.
- Para facilitar el tratamiento de ortodoncia
- Cuando la caries se ha desarrollado en un diente incluido y parece improbable poder restaurarlo.

### 3.1.7 Contraindicaciones para la extracción de un tercer molar incluido.

Todos los dientes incluidos deben ser extraídos a menos que algunas contraindicaciones específicas justifiquen su estancia tal como estén. Si los beneficios son menos que las complicaciones la extracción debe evitarse.

- Una edad avanzada es la principal contraindicación más común. A medida que la edad aumenta; Aumenta la calcificación ósea y por lo tanto el hueso es menos flexible. Por tal razón, cualquier presión puede provocar un aumento en la posibilidad de una fractura dental/ósea
- Estado medico comprometido. Si el diente esta asintomático, su extracción en un paciente medicamente comprometido, debe evitarse. Pero si la extracción está indicada entonces debe realizarse de cabeza con el consentimiento de su médico.
- Si la extracción pone en peligro estructuras adyacentes, por ejemplo un nervio, diente, etc. Entonces debe evitarse a menos que este absolutamente indicada.
- Cuando existe un espacio adecuado los dientes sub-erupcionados deben dejarse como tal y esperar su erupción natural.
- Los dientes parcialmente incluidos que pueden utilizarse como pilares en la construcción de prótesis parcial fija.

### 3.2 Antecedentes del arte

Valerie Kuffel Vayas en Clasificación de la posición de las terceras molares y su mayor incidencia: Dicen los resultados la profundidad de retención de terceros molares superiores se analizó de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory siendo la más frecuente la posición C en los molares superiores, en donde

dicha pieza se encuentra por debajo del nivel cervical del segundo molar superior adyacente, con un 82 % seguida de la posición A con un 16 % y la menos Frecuentes fue la posición B con un 2%.

Para los terceros molares inferiores la posición más frecuente fue la posición C con un 58%, seguida de la posición A con un 32% y la menos frecuente fue la posición B con 10% total de los casos<sup>28</sup>.

Palacios Colán, Margot Betsabe, en Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011- diciembre 2012 dice que el presente estudio se basó en determinar la prevalencia de la posición de las terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la UPC durante el periodo febrero 2011 - diciembre 2012. Se trabajó con un total de 1067 piezas dentarias vistas radiográficamente, que fueron distribuidas según ambas clasificaciones, género, edad y lado. Según la clasificación de Pell y Gregory la posición más prevalente fue la "C" (74%) fue también la posición más frecuente para ambos géneros entre los 18 y 35 años<sup>29</sup>.

### 3.3 Hipótesis

Dado que la posición c del tercer molar en hueso representa un 74% de los casos en pacientes de raza mestiza.

Es probable que en los pacientes de la clínica odontológica de la UCSM el resultado sea similar.

---

<sup>28</sup> [http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322116/2/palacios\\_mc-pub-tesis.pdf](http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322116/2/palacios_mc-pub-tesis.pdf)

<sup>29</sup> <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/847/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-9.pdf>



## 1 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1 Técnicas

#### a. Precisión de la Técnica

Se utilizará la técnica de la Observación Directa para obtener la información de las variables mediante las desviaciones de estas.

#### b. Descripción de la técnica

Se seleccionara un grupo de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

Los días de la revisión radiográfica se observaron las radiografías de pacientes del año 1992 al 2002, separando por grupos cada año una vez que tengamos esto se procederá hacer el llenado de las fichas para colocar los resultados.

#### c. Diseño Investigativo

##### c.1 Tipo de diseño

El tipo de investigación es observacional ya que se verificará la relación entre las variables de investigación.

### 1.2 Instrumentos

#### a. Instrumental documental

##### a.1 Precisión

Se utilizará:

- Una Ficha de observación clínica

## a.2 Modelo del Instrumento

Anexo 1

## b. Instrumentos Mecánicos

Software radiográfico

Equipo radiográfico

Computadora

## 1.3 Materiales

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

La recopilación de las radiografías panorámicas se realizará en el área de radiología de la clínica odontológica.

### 2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizará durante el año diciembre 2016, enero y febrero 2017

### 2.3. Unidades de estudio

#### a. Selección de la muestra

Para el estudio se seleccionó una muestra de la población de alumnos asistentes a la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María fue hallada mediante una fórmula.

Fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra: POR SELECCIÓN

$$n = (Z^2pqN) / (Ne^2 + Z^2pq)$$

- Nivel de confianza (Z) = 1.96
- Grado de error (e) = 0.05
- Población (N) = 132 (alumnos de la clínica odontológica de la universidad católica de santa maría).
- Probabilidad de ocurrencia (p) = 0.5

Probabilidad de no ocurrencia (q) = 0.5

$$n_0 = ((1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 115) / (115 \cdot (0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5)$$

$n_0 = 88$  aplicando la fórmula de la corrección de la muestra:

$$n = n_0 / (1 + n_0/N)$$

$$n = 88 / (1 + 88/155)$$

n (tamaño de la muestra) = 50 alumnos de la clínica odontológica de la universidad católica de santa de la ciudad de Arequipa.

**b. Criterios para la selección del grupo de trabajo**

**Criterios de inclusión**

- Pacientes del género femenino y masculino
- Pacientes de la clínica odontológica d la Universidad Católica de Santa María.
- Pacientes entre 15 y 25 años
- Pacientes asistentes a la clínica

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes fuera del rango de edad
- Pacientes no asistentes a la clínica odontológica

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN**

### **3.1. Organización**

Se realizó la coordinación con el Director de la Clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María, haciéndoles llegar los alcances del presente estudio para acceder y realizar la recolección de muestras y la toma de datos generales de los pacientes.

### **3.2. Recursos**

#### **a. Recursos humanos**

**Investigador:** Del Carpio Salas, Enrique Mike

**Asesor** Dr. Cristhian Rojas Valenzuela .

#### **b. Recursos físicos**

Instalaciones de la Clínica Odontológica.

Biblioteca de la U.C.S.M.

#### **c. Recursos económicos**

Autofinanciamiento.

#### **d. Recursos institucionales**

- Clínica odontológica de la universidad católica de santa María.

- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.

### 3.3. Verificación de instrumentos

- a. **Tipo de prueba:** Incluyente.
- b. **Muestra piloto:** 20 Pacientes del universo
- c. **Recolección piloto:** Se aplicó los procedimientos a la muestra piloto obteniendo buenos resultados para la parte estadística y conclusiones.

## 4. Estrategia para manejar resultados

### 4.1. Plan de procesamiento

- a. **Tipo de procedimiento**

Los datos serán procesados de manera electrónica.

- b. **Operaciones del procesamiento**

#### b.1 Clasificación.

La información fue obtenida mediante unas fichas de recolección de datos y sistematizada en una matriz de datos.

**b.2 Codificación:** Se realizó codificación por dígitos.

**b.3 Recuento:** Matrices de conteo.

#### b.4 Tabulación

Tablas de frecuencia para el cruce de variables categóricas.

### b.5 Grficación

Gráficos de barras

### 4.2. Plan de análisis de los datos

#### a. Tipo de análisis

Cuantitativo.

#### b. Tratamiento estadístico

VARIABLES	TIPO	ESCALA	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
POSICION A	Cuantitativa	Nominal	Tablas de distribución de frecuencia
POSICION B	Cuantitativa	Nominal	Tablas de distribución de frecuencia
POSICION C	Cuantitativo	Nominal	Tablas de distribución de frecuencia



**TABLA N°1**

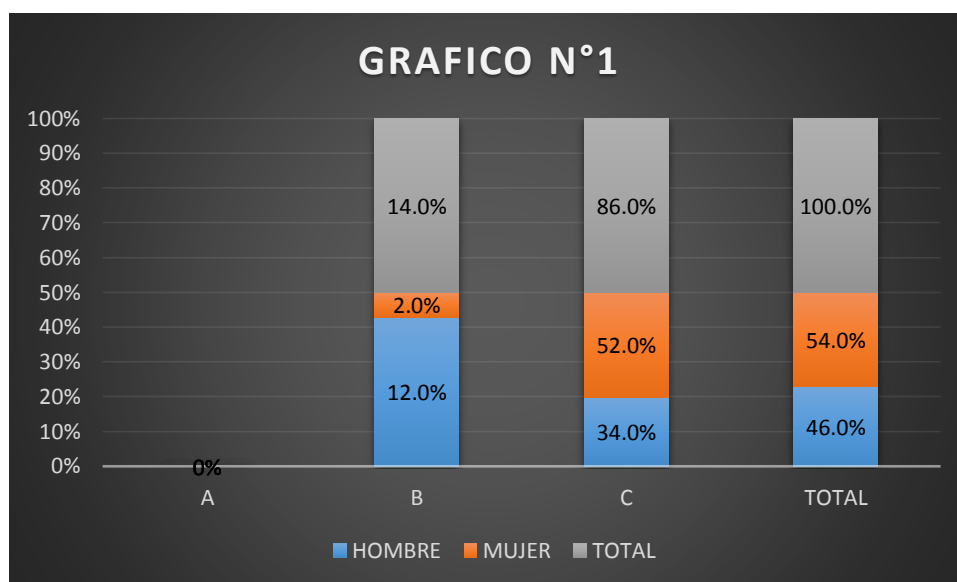
**Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

15 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	0	0	6	12.0	17	34.0	23	46.0
<b>MUJER</b>	0	0	1	2.0	26	52.0	27	54.0
<b>TOTAL</b>	0	0	7	14.0	43	79.6	50	100.0

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 0% presentaron posición A, el 14.0% presentaron posición B y el 86.0% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 52.0% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 34.0%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)



**TABLA N°2**

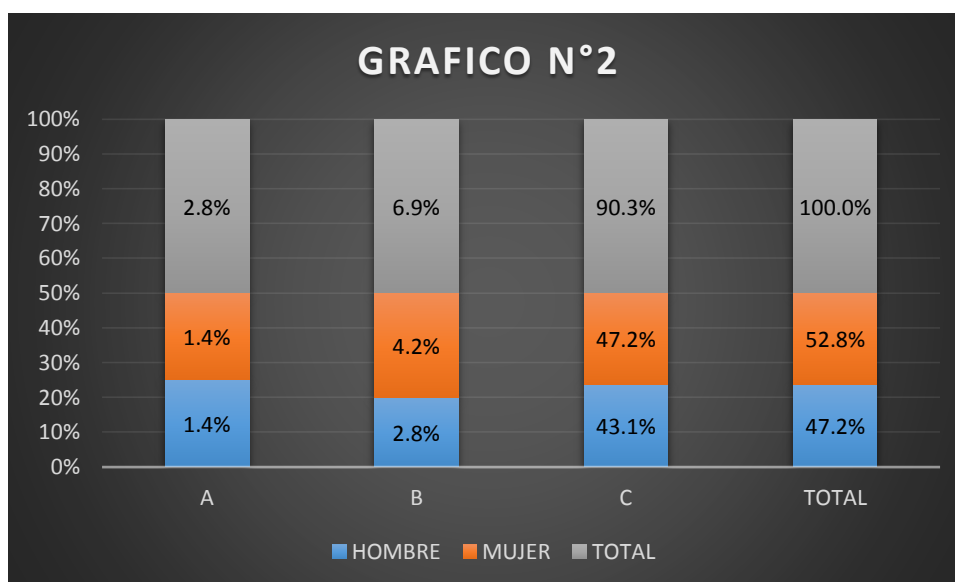
**Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

16 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	1	1.4	2	2.8	31	43.1	34	47.2
<b>MUJER</b>	1	1.4	3	4.2	34	47.2	38	52.8
<b>TOTAL</b>	2	2.8	5	6.9	65	90.3	72	100.0

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 2.8% presentaron posición A, el 6.9% presentaron posición B y el 90.3% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 47.2% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 43.1%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)



**TABLA N°3**

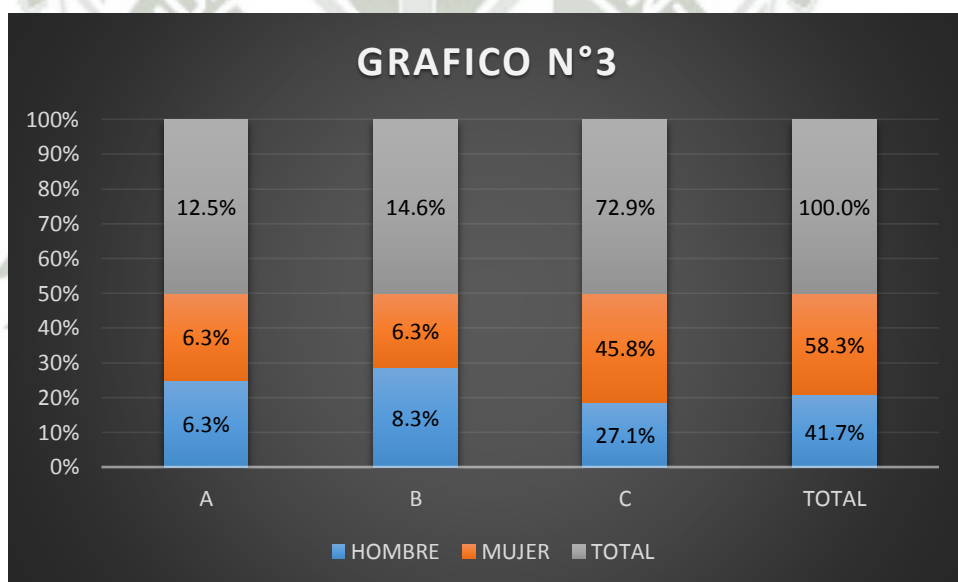
**Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

17 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	3	6.3	4	8.3	13	27.1	20	41.7
<b>MUJER</b>	3	6.3	3	6.3	22	45.8	28	58.3
<b>TOTAL</b>	6	12.5	7	14.6	35	72.9	48	100.0

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 12.5% presentaron posición A, el 14.6% presentaron posición B y el 72.9% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 45.8% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 27.1%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

**TABLA N°4**

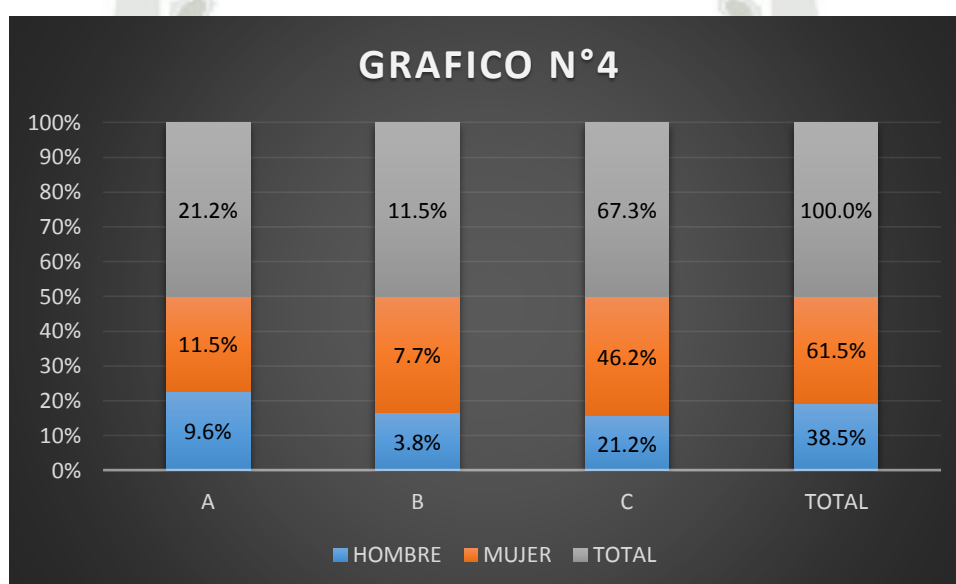
**Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

18 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	5	9.6	2	3.8	11	21.2	20	34.6
<b>MUJER</b>	6	11.5	4	7.8	24	46.2	32	61.5
<b>TOTAL</b>	11	21.2	16	11.5	35	67.3	52	100.0

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 21.2% presentaron posición A, el 11.5% presentaron posición B y el 67.3% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 46.2% represento la posición predominante y del sexo masculino fue el 21.2%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

**TABLA N°5**

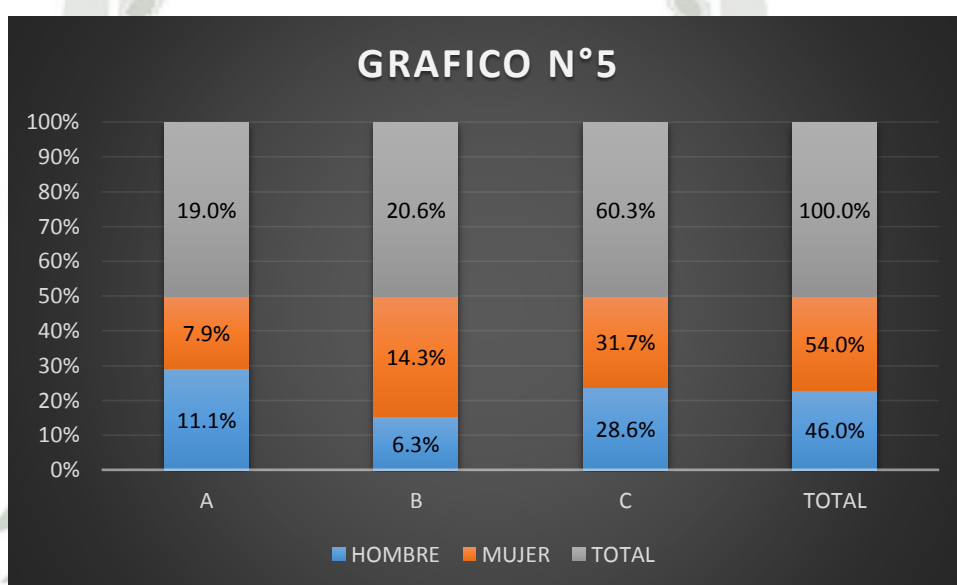
**Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

19 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	7	11.1	4	6.3	18	28.6	29	46.0
<b>MUJER</b>	5	7.9	9	14.3	20	31.7	34	54.0
<b>TOTAL</b>	12	19.0	13	20.6	38	60.3	63	100.0

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 19.0% presentaron posición A, el 20.6% presentaron posición B y el 60.3% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 31.7% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 28.6%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

TABLA N°6

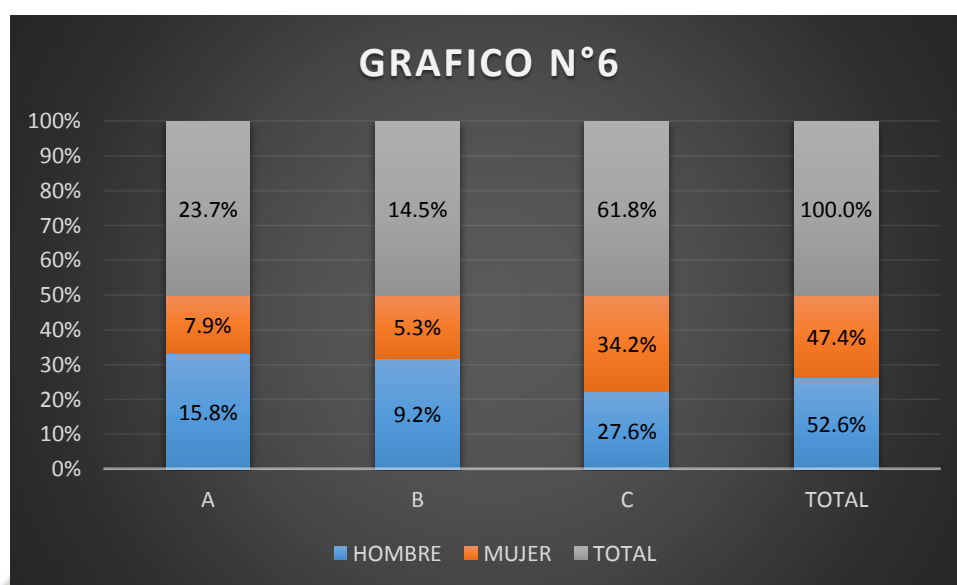
Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.

20 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	12	15.8	7	9.2	21	27.6	40	52.6
<b>MUJER</b>	6	7.9	4	5.3	26	34.2	36	47.4
<b>TOTAL</b>	18	23.7	11	14.5	47	61.8	76	100.0

FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

#### Interpretación:

Del total de pacientes evaluados el 23.7% presentaron posición A, el 14.5% presentaron posición B y el 61.8% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 34.2% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 27.6%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)



TABLA N°7

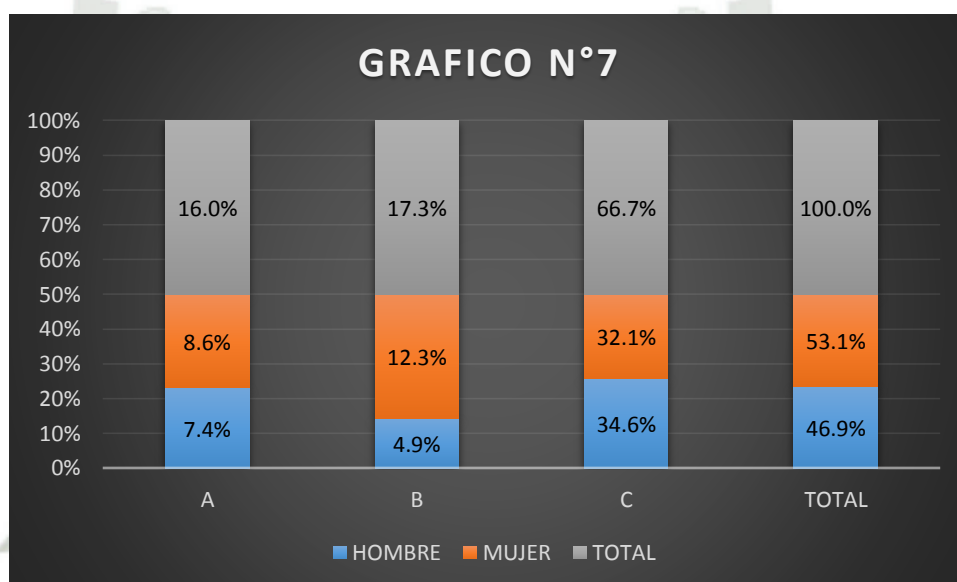
Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.

21 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	6	7.4	4	4.9	28	34.6	38	46.9
<b>MUJER</b>	7	8.6	10	12.3	26	32.1	43	53.1
<b>TOTAL</b>	13	16.0	14	17.3	54	66.7	81	100.0

FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

#### Interpretación:

Del total de pacientes evaluados el 16.0% presentaron posición A, el 17.3% presentaron posición B y el 66.7% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo masculino el 34.6% representó la posición predominante y del sexo femenino fue el 32.1%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

**TABLA N°8**

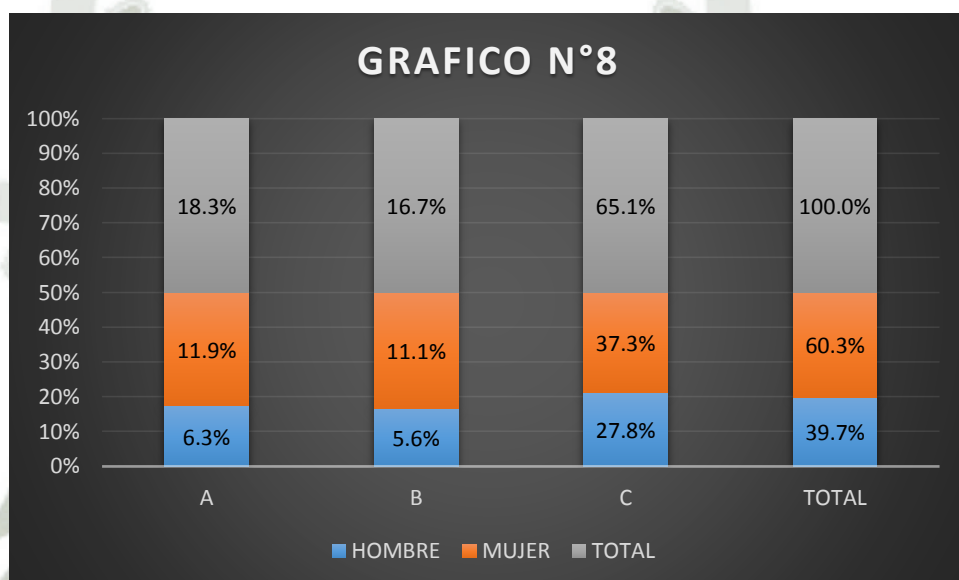
**Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

22 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	8	6.3	7	5.6	35	27.8	50	39.7
<b>MUJER</b>	15	11.9	14	11.1	47	37.3	76	60.3
<b>TOTAL</b>	23	18.3	21	16.7	82	65.1	126	100.0

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 18.3% presentaron posición A, el 16.7% presentaron posición B y el 65.1% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 37.3% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 27.8%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

**TABLA N°9**

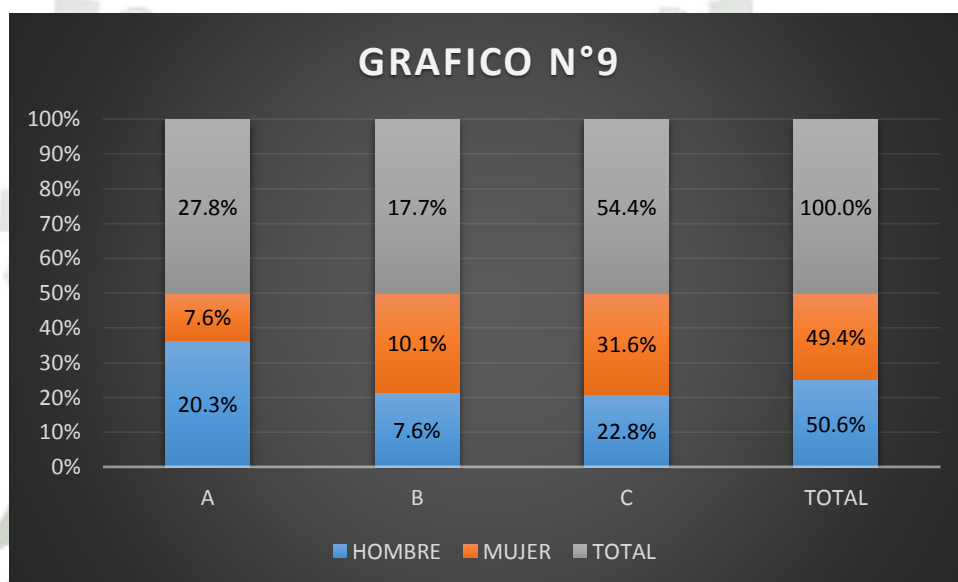
**Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

23 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	16	20.3	6	7.6	18	22.8	40	50.6
<b>MUJER</b>	6	7.6	8	10.1	25	31.6	39	49.4
<b>TOTAL</b>	22	27.8	14	17.7	43	54.4	79	100.0

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 27.8% presentaron posición A, el 17.7% presentaron posición B y el 54.4% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 31.6% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 22.8%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

TABLA N°10

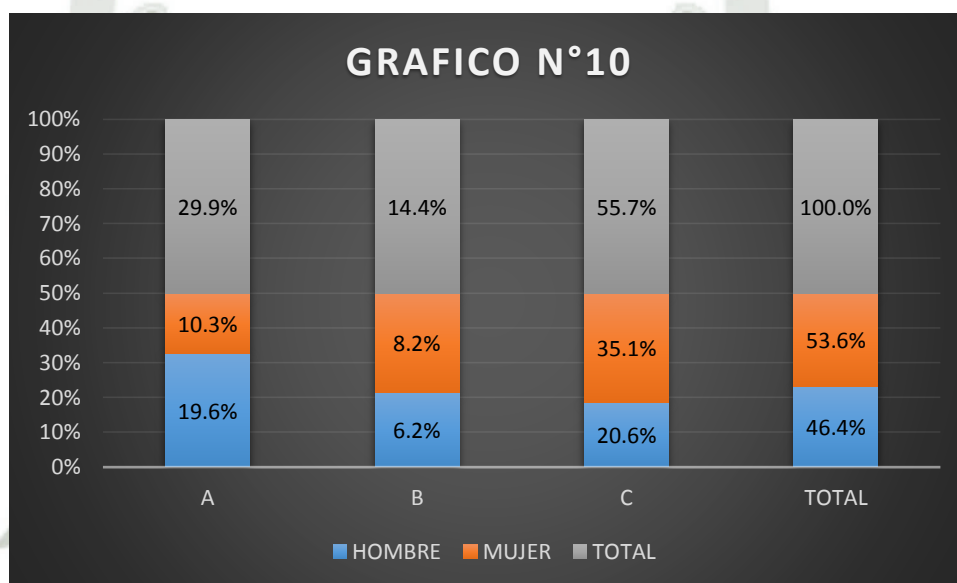
Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.

24 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	19	19.6	6	6.2	20	20.6	45	46.4
<b>MUJER</b>	10	10.3	8	8.2	34	35.1	52	53.6
<b>TOTAL</b>	29	29.9	14	14.4	54	55.7	97	100.0

FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

#### Interpretación:

Del total de pacientes evaluados el 29.9% presentaron posición A, el 14.4% presentaron posición B y el 55.7% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 35.1% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 20.6%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

TABLA N°11

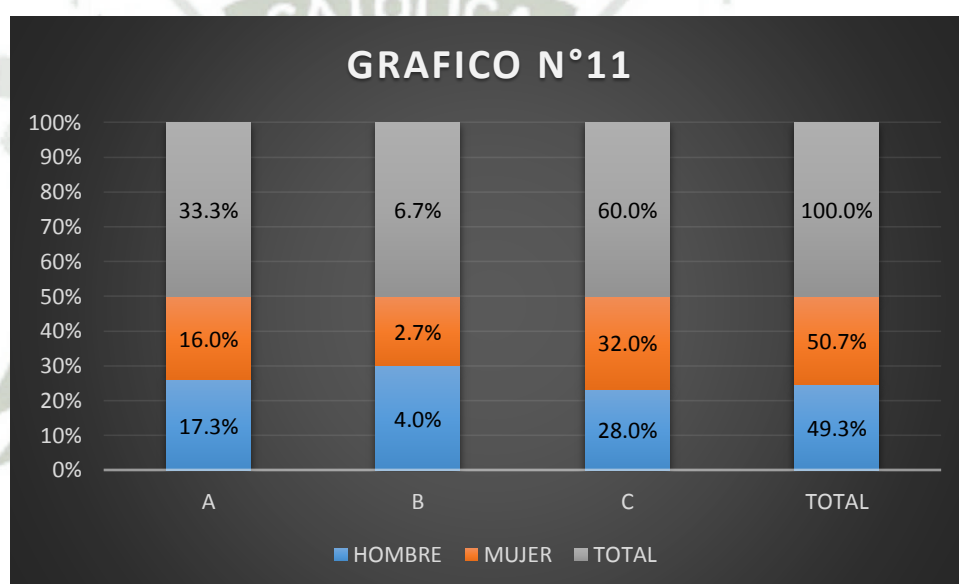
Prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.

25 años	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HOMBRE</b>	13	17.3	3	4.0	21	28.0	37	49.3
<b>MUJER</b>	12	16.0	2	2.7	24	32.0	38	50.7
<b>TOTAL</b>	25	33.3	5	6.7	45	60.0	75	100.0

FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 33.3% presentaron posición A, el 6.7% presentaron posición B y el 60.0% presentaron posición C, siendo esta la predominante. Así mismo de los pacientes evaluados del sexo femenino el 32.0% representó la posición predominante y del sexo masculino fue el 28.0%.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

TABLA N°12

**Prevalencia de la posición de terceros molares del total mujeres evaluadas de la clínica odontológica de la UCSM según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017.**

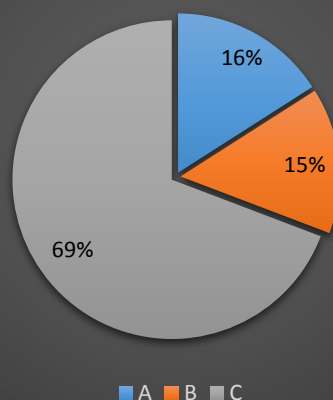
MUJERES		
A	B	C
16%	15%	69%

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de mujeres evaluadas el 16% presentaron posición A, el 15% presentaron posición B y el 69% presentaron posición C, siendo esta la posición que predomina en el sexo femenino.

**GRAFICO N°12  
MUJERES**



**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**TABLA N° 13**

**Prevalencia de la posición de terceros molares del total hombres evaluadas de la Clínica Odontológica de la UCSM según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa - 2017**

HOMBRES		
A	B	C
24%	14%	62%

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de hombres evaluados el 24% presentaron posición A, el 14% presentaron posición B y el 62% presentaron posición C, siendo esta la posición que predomina en el sexo masculino.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

**TABLA N° 14**

**Prevalencia de la posición de terceros molares del total hombres y mujeres evaluadas de la Clínica Odontológica de la UCSM según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, Arequipa – 2017**

HOMBRES Y MUJERES		
A	B	C
20%	14%	66%

**FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)**

**Interpretación:**

Del total de pacientes evaluados el 20% presentaron posición A, el 14% presentaron posición B y el 66% presentaron posición C, siendo esta la posición que predomina en ambos sexos.



FUENTE: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN (EP)

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó prevalencia de la posición de terceros molares en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM en los años 1992 al 2002 según la clasificación de Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, con el propósito de determinar cuál será la prevalencia de la posición de los terceros molares, dado que una población en la cual no tenemos antecedentes de este tipo de investigación, así podremos tener una idea clara sobre cada paciente porque como se sabe cada paciente es diferente pero con nuestro estudio podemos tener la tendencia de la cual vamos a encontrar.

De acuerdo con el análisis de los resultados obtenidos, la discusión se presenta en base de los siguientes tópicos: posición A, Posición B, Posición C

La posición de los terceros molares interviene mucho con el día a día de cada paciente pues cuando nuestros terceros molares no se encuentran en una posición adecuada empiezan los dolores las molestias y el apiñamiento de los dientes inferiores, encontramos en nuestro estudio que en el 66% presenta la posición C, el 20% la posición A, el 14% presenta posición B,

Lo que corrobora por dicho Palacios Colán, Margot Betsabe en los terceros molares inferiores la posición más frecuente fue la posición C con un 74% en ambos géneros<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/847/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-9.pdf>).

## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

Se determinó que la prevalencia de la posición A los terceros molares en los pacientes de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso es de un 20%.

### SEGUNDA:

Se determinó que la prevalencia de la posición B los terceros molares en los pacientes de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso es de un 14%.

### TERCERA:

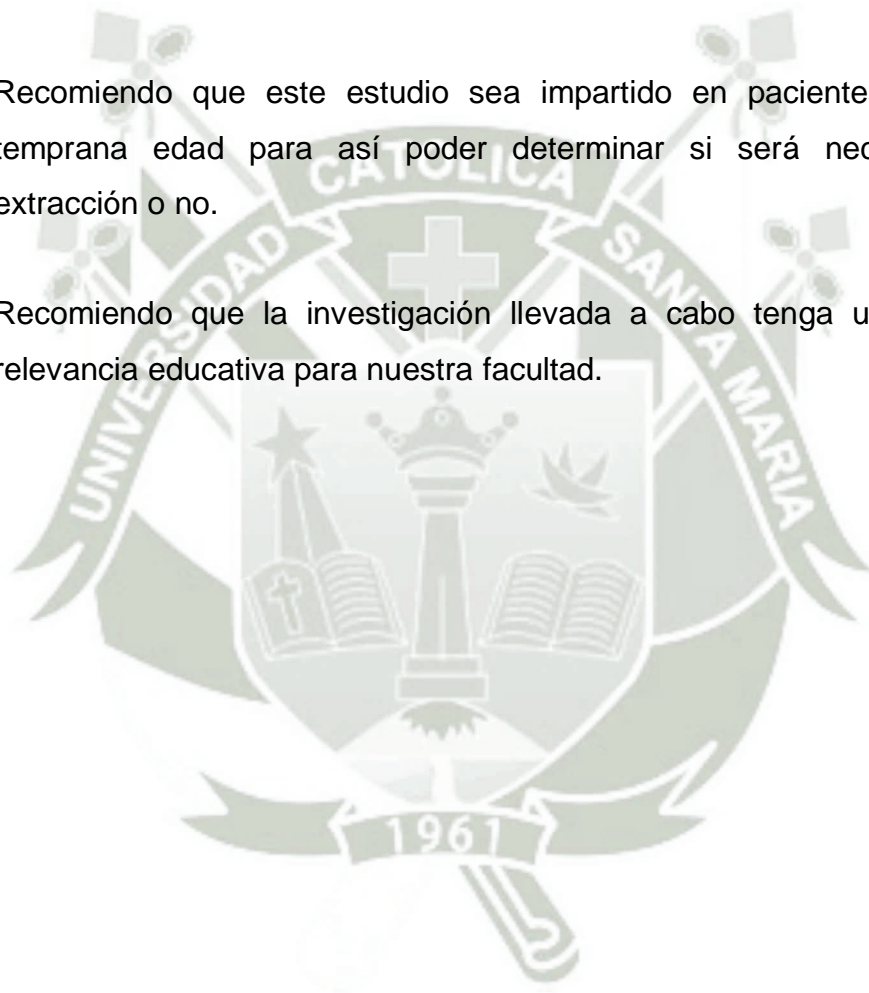
Se determinó que la prevalencia de la posición c los terceros molares en los pacientes de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar en el hueso es de un 66%.

### CUARTA

Se determinó que la posición que prevalece en los pacientes de 1992 al 2002 según Pell y Gregory en la profundidad relativa del tercer molar es la posición C.

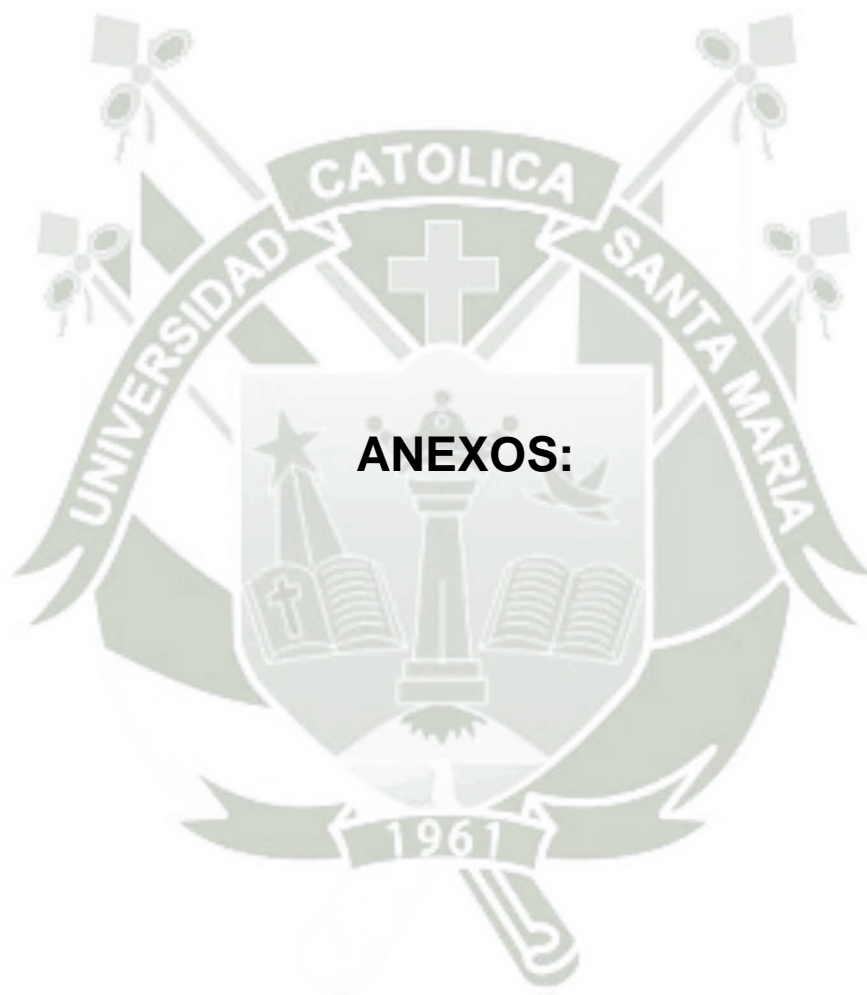
## RECOMENDACIONES:

- Recomiendo darle una valoración a los aspectos clínicos tanto del paciente como de la pieza antes de extraerla.
- Recomiendo analizar la radiografía panorámica antes de realizar dicho procedimiento.
- Recomiendo que este estudio sea impartido en pacientes de una temprana edad para así poder determinar si será necesaria la extracción o no.
- Recomiendo que la investigación llevada a cabo tenga una mayor relevancia educativa para nuestra facultad.



## BIBLIOGRAFIA:

- COSME GAY ESCODA, MANUEL PIÑERA PENALVA, VERONICA VELASCO VIVANCOS, LEONARDO BERINI AYTÉS “cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar incluido”.
- COSME GAY ESCODA, LEONARDO BERINI AYTÉS, M. ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÉS “la cirugía Bucal como especialidad; Principios básicos de la cirugía bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente información y consentimiento”.
- CLASIFICACIÓN DE LA POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y SU MAYOR INCIDENCIA (disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/847/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-9.pdf>).
- GUILLERMO A. RIES CENTENO “Cirugía bucal, con patología, clínica y terapéutica”.
- JOSÉ NAYBI RADI LONDOÑO, aspectos claves tercer molar 1era edición.
- Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011- Diciembre 2012 (disponible en: [http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322116/2/palacios\\_mc-pub-tesis.pdf](http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322116/2/palacios_mc-pub-tesis.pdf)).



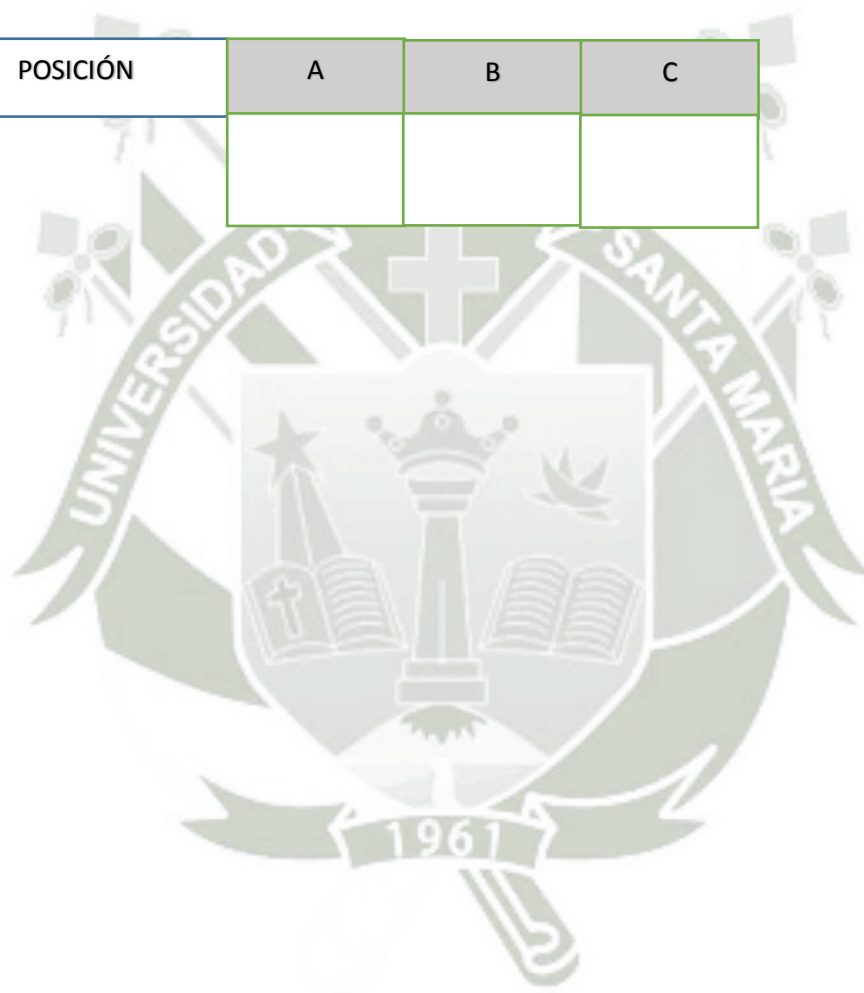
## FICHA

NOMBRE:.....N°.....

SEXO:.....

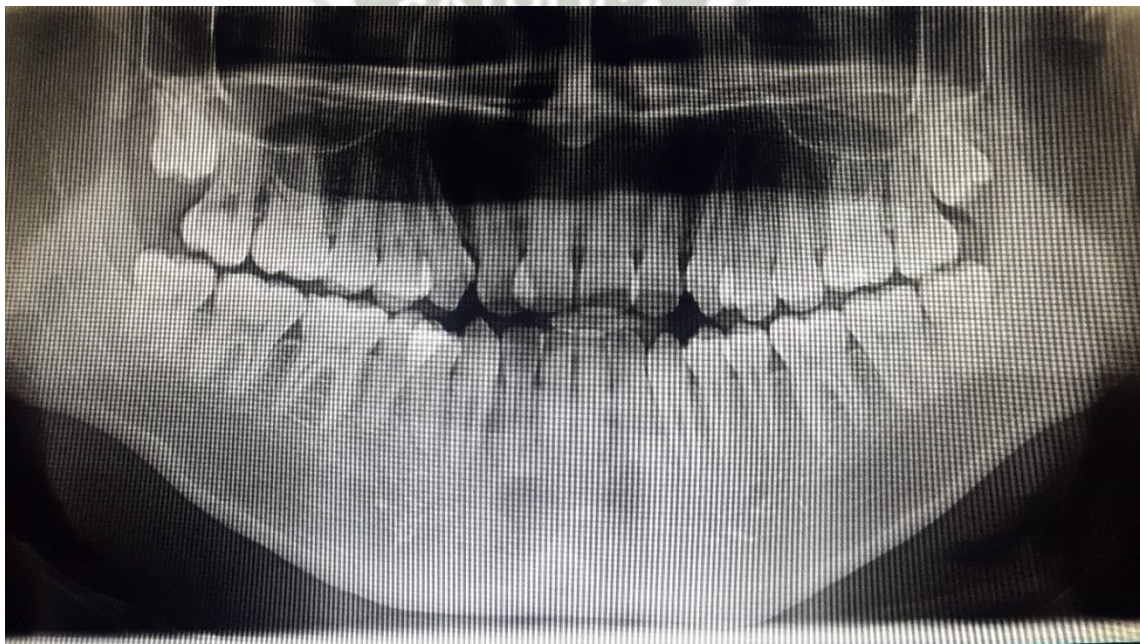
EDAD:.....

POSICIÓN	A	B	C

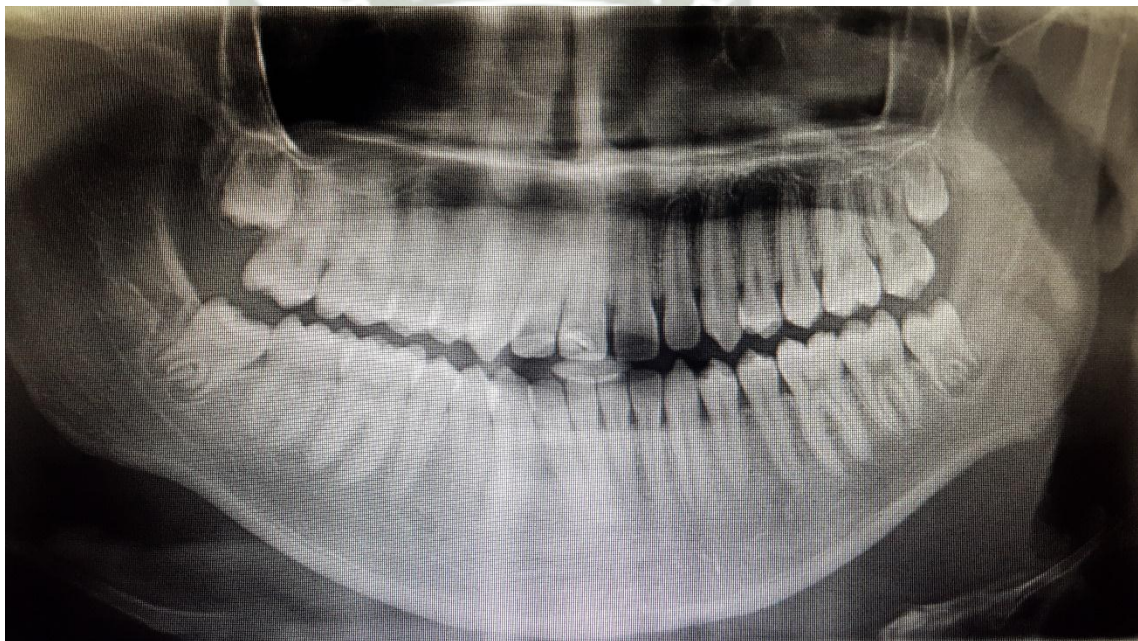


## FOTOGRAFÍAS:

RADIOGRAFIA EN POSICIÓN "A"



RADIOGRAFIA EN POSICION "B"



## RADIOGRAFÍA EN POSICIÓN "C"

