



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LOS TERCEROS MOLARES
INFERIORES EN RELACIÓN A LA CLASE, POSICIÓN Y EJE
AXIAL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN
EL CURSO DE CIRUGÍA ESTOMATOLÓGICA II DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, PERIODO AGOSTO 2015 –
JULIO 2016**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: LUQUE QUINCHO ANA MAYRET

Lima, Perú.

2017

A mis padres y hermanos,
por su apoyo y confianza

AGRADECIMIENTO

Al C.D. Esp. Oscar Omar Alcázar
Aguilar, por el apoyo recibido durante
la realización de este trabajo de
investigación

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva transversal con el propósito de conocer las características de terceras molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas, periodo agosto 2015 a julio 2016. Para ello se analizaron los datos de 99 adultos atendidos en el reporte quirúrgico, donde estaban registrados los datos sobre la exodoncia realizada. Los resultados mostraron que la clase más observada fue la clase I (48,5%), seguida de la clase II (47,5%). La posición más observada es la A (68,7%), seguida de la B (28,3%). El eje axial más observado es el vertical (52,5%), seguido del mesioangulado (31,3%). En general, la posición más prevalente fue la IA vertical, seguida de la IIA mesioangulada y la IIA vertical. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la clase, eje axial ni posición del tercer molar entre ambos géneros ni entre los distintos grupos etarios.

Palabras Clave: Tercer molar, posición dental, impactación dental.

ABSTRACT

The aim of the present descriptive, cross sectional study was to know lower third molars characteristics, in regard of class, position and axial axis in patients surgically attended in Dental Surgery subject at Alas Peruanas University, between August 2015 and July 2016. To achieve this, data from 99 adults attended was analyzed using surgical report where registration of tooth extraction was found. Results showed that most observed class was class I (48,5%), followed by class II (47,5%). Most observed position was A (68,7%), followed by B (28,3%). Most observed axial axis was vertical (52,5%), followed by mesial angulated (31,3%). Generally speaking, most prevalent position was vertical AI, followed by mesial angulated AII and vertical AII. There was no statistically significant difference in class, axial axis nor position of lower third molar between neither genders nor different age groups,

Keywords: Third molar, tooth position, tooth impaction.

ÍNDICE

Pág.

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Abstract	
Índice	
Índice de tablas	
Índice de gráficos	
Introducción	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1 Problema principal	12
1.2.2 Problemas secundarios	13
1.3 Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo principal	13
1.3.2 Objetivos secundarios	14
1.4 Justificación de la investigación	14
1.4.1 Importancia de la investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	15
1.5 Limitaciones del estudio	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.2 Base teórica	27
2.2.1 Exodoncia	27
2.2.1.1 Definición	27
2.2.1.2 Tiempos operatorios	27
2.2.1.3 Complicaciones	34
2.2.2 Terceros molares inferiores	36
2.2.2.1 Embriología	36

2.2.2.2 Incidencia	37
2.2.2.3 Condiciones anatómicas	37
2.2.2.4 Clasificación de terceras molares	38
2.2.2.4.1 Clasificación de Pell y Gregory	39
2.2.2.4.2 Clasificación de Winter	40
2.2.2.5 Exodoncia de terceros molares inferiores	40
2.2.2.5.1 Indicaciones	41
2.2.2.5.2 Contraindicaciones	44
2.2.2.5.3 Procedimiento quirúrgico	45
2.3 Definición de términos	47
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.1 Formulación de la hipótesis	48
3.2 Variables	48
3.3 Operacionalización de variables	49
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	50
4.1 Diseño metodológico	50
4.2 Diseño muestral	50
4.2.1 Población y muestra	50
4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	52
4.3.1 Procedimiento	52
4.3.2 Instrumento	53
4.4 Técnica de procesamiento de la información	55
4.5 Implicancias éticas	55
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	57
5.1 Análisis descriptivo	57
5.2 Contrastación de hipótesis	74
5.3 Análisis inferencial	75
5.4 Discusión	75
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	84
FUENTES DE INFORMACIÓN	

ANEXO

ANEXO 1: Matriz de consistencia

ANEXO 2: Tabla nº 5

ANEXO 3: Carta de presentación

ANEXO 4: Carta de autorización

ANEXO 5: Ficha de recolección de datos

ANEXO 6: Fotografías

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla n.º 1: Distribución de frecuencia de la clase, distribución de frecuencias de la posición y distribución de frecuencias del eje axial de los terceros molares inferiores intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016	58
Tabla n.º 2: Distribución de frecuencia de la clase, distribución de frecuencias de la posición y distribución de frecuencias del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según el genero	63
Tabla n.º 3: Distribución de frecuencia de la clase, distribución de frecuencias de la posición y distribución de frecuencias del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según la edad	68
Tabla n.º 4: Tabla de frecuencias agrupadas de la clase, tabla de frecuencias agrupadas de la posición y tabla de frecuencias agrupadas del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatología II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico n.º 1A: Gráfico circular de la frecuencia de la clase de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016	60
Gráfico n.º 1B: Gráfico circular de la frecuencia de la posición de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016	61
Gráfico n.º 1C: Gráfico de barras simples de la frecuencia del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016	62
Gráfico n.º 2A: Gráfico de barras agrupadas de la clase de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según el sexo	65
Gráfico n.º 2B: Gráfico de barras agrupadas de la posición de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según el sexo	66
Gráfico n.º 2C: Gráfico de barras agrupadas del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según el sexo	67
Gráfico n.º 3A: Gráfico de barras agrupadas de la clase de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según la edad	70
Gráfico n.º 3B: Gráfico de barras agrupadas de la posición de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos	

quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP 71
en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según la edad

Gráfico n.º 3C: Gráfico de barras agrupadas del eje axial de los
terceros molares inferiores intervenidos quirúrgicamente en el curso
de Cirugía II de la EP de Estomatología de la UAP en el periodo
agosto 2015 a julio 2016, según la edad 72

INTRODUCCIÓN

La tercera molar es la última pieza dentaria en erupcionar por eso, a finales de la adolescencia, la mandíbula ha alcanzado casi el tamaño adulto, pero sucede que a veces no es lo suficientemente grande para soportar su desarrollo.

Según diversos autores estos presentan mayor frecuencia de anomalías; por lo tanto, su exodoncia es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes que se realizan en la práctica odontológica.

El diagnóstico inadecuado de la tercera molar puede ser causa de numerosas complicaciones. Las posiciones de estas pueden ser observadas por medio de una radiografía panorámica y para evaluar las diferentes posiciones que van a adoptar se han desarrollado diversas clasificaciones. Entre las más utilizadas están, la clasificación de Winter (1926) y la clasificación de Pell y Gregory (1933), dichas clasificaciones han sido desarrolladas con el objetivo de facilitar el diagnóstico y el tratamiento específicamente durante el abordaje quirúrgico para su exodoncia.

Existen investigaciones en odontología que se han dedicado al estudio de la frecuencia de la posición, causa y consecuencia de las terceras molares, siendo esta el tema más estudiado.

El objetivo del presente trabajo de investigación es determinar la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La tercera molar es considerada una pieza prescindible, desde el punto de vista funcional, teniendo una capacidad masticatoria menor que los otros molares. La razón está relacionada con los cambios en la posición de estas piezas dentarias durante los últimos siglos, inclusive, observando la ausencia en muchos casos. Este fenómeno, causa problemas al momento de realizar terapias restauradoras, pulpares, articulares y quirúrgicas, en el caso se decida su extracción.

Si bien se han realizado reportes sobre la frecuencia de la posición de terceros molares en el Perú, muchos de ellos presentan un número limitado de casos, o son realizados utilizando poblaciones no controladas.

Los pacientes atendidos en el curso de cirugía estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas representan a una población cuyos datos están registrados debidamente en el reporte quirúrgico, lo que la hace viable de ser estudiada, de manera que se obtengan datos fiables sobre la posición de las terceras molares inferiores, los que son más prevalentes de presentar alteraciones en su posición.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuáles son las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el

curso de cirugía estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas en el periodo agosto 2015 a julio 2016?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Cuáles son las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de cirugía estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según género?

- ¿Cuáles son las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de cirugía estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad?

- ¿Cuáles son las características agrupadas de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de cirugía estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas en el periodo agosto 2015 a julio 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo principal

Precisar las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

1.3.2 Objetivos secundarios

- Evaluar las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de cirugía estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según género.

- Medir las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de cirugía estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad.

- Valorar las características agrupadas de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

1.4 Justificación de la investigación

Dentro del conjunto de piezas dentales los terceros molares inferiores representan la mayor complicación para la realización de la exodoncia, tanto por, la poca predictibilidad anatómica, la gran frecuencia de posiciones inadecuadas y por las relaciones anatómicas a tomar en cuenta, entre ellas, el estar rodeada del hueso mandibular, poco esponjoso y resilente, y con paredes corticales de volumen importante, además de su cercanía con las estructuras articulares y con inserciones musculares.

Existen estudios sobre la posición de los terceros molares inferiores, sin embargo, son necesarias más investigaciones en nuestro país con el fin de poseer evidencia para caracterizar a nuestra población sobre esta entidad.

1.4.1 Importancia de la investigación

La exodoncia de los terceros molares es un procedimiento bastante frecuente. Las posiciones inadecuadas de los terceros molares traen consigo complicaciones, donde, además de las molestias en el periodo erupción, la impactación alimentaria es la más importante, no solo por el riesgo de producir lesión cariosa en esta pieza dentaria, más importante aún es el riesgo de caries para el segundo molar. Si bien no es clara la evidencia sobre la influencia del tercer molar sobre la posición de las piezas anteroinferiores, una posición inadecuada también traería un mayor uso del espacio, muchas veces escaso para el correcto alineamiento dental.

Proveer al odontólogo información sobre la frecuencia de la posición dentro del maxilar, le daría una idea de las capacidades necesarias para la terapia o la preparación para referir al paciente cuando sea necesario.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El presente estudio se considera viable ya que la investigadora cuenta con los recursos necesarios para su ejecución. Al ser un trabajo que dependa de la revisión de reportes quirúrgicos, la investigadora no precisa de otro investigador que la asista, por contar con el tiempo necesario para la recolección. Además, los recursos no son cuantiosos, ya que las revisiones serán principalmente documentarias, y las radiografías se encuentran archivadas en forma organizada. Por último, la investigadora cuenta con el conocimiento necesario para la ejecución, apoyada por su Director Asesor.

1.5 Limitaciones del estudio

El presente estudio, al ser de observación retrospectiva, utilizará los datos del Reporte quirúrgico tal y como fueron registrados por los operadores, bajo la supervisión del docente, por lo tanto, la investigadora confiará en ellos. Sin embargo, se utilizarán las radiografías panorámicas de diagnóstico para confirmar la diagramación realizada de la posición dental.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Hidalgo (2017) el presente estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia de la posición de los terceros molares mandibulares en pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil durante el semestre – B 2016. Se contó con una muestra de 150 radiografías panorámicas y periapicales mediante el uso de negatoscopio, las cuales fueron analizadas según las clasificaciones de Pell & Gregory y de Winter. De las 150 radiografías analizadas, 58 (39%) pertenecían a pacientes de género masculino y 92 (61%) pertenecían al género femenino. De los 3 rangos de edad, el rango más prevalente de edad fue el rango de 35-40 años (61%), seguido por el rango de edad de 16-25 años (47%). De acuerdo a la clasificación de Winter, en este estudio la posición más común de terceros molares retenidos fue la posición vertical (39%), seguida por la posición mesoangulada (29%). La posición vertical fue más prevalente en pacientes de género femenino (56%) con un valor estadísticamente significativo ($p>0,134$). Con respecto a la clasificación de Pell & Gregory en este estudio se logró determinar que la posición A fue la más común en un 55.8%, siendo más prevalente el rango de edad de 35-40 años (77%), seguida por la posición B con un 24.2%, siendo más prevalente en pacientes de sexo femenino (57%), con un valor estadísticamente significativo ($p>0,769$).¹

Albán (2016) En este estudio de tipo cuantitativo, no experimental y bibliográfico de corte transversal, obtuvo una muestra de 25 terceros molares bajo criterio de selección sobre una población de 100 historias clínicas, donde se examinaron las radiografías pre y post tratamiento de pacientes a los cuales se realizó extracción de premolares inferiores para identificar en qué posición dentro de la clasificación de Pell y Gregory se encontraban y determinar en qué posición terminaron el tratamiento. Al observar la posición inicial de los terceros molares se determinó que el 40% de los casos iniciaron en la posición II-C, el 32% en la posición I-A, 12% en la posición III-C, el 8% en la posición I-C, el 4% en la posición II-A y II-B.²

Arellano (2015) realizó un estudio con el objetivo de determinar la posición más común correspondiente a la profundidad y angulación de terceros molares mandibulares y maxilares mediante la clasificación de Pell y Gregory y Winter en pacientes de la Clínica de la Escuela de Odontología de la Universidad San Francisco de Quito USFQ. Se evaluaron 128 terceros molares (65 superiores y 63 inferiores) por medio de radiografías panorámicas, de los cuales el 66,15% de las piezas superiores se encontraban en una posición "C" de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory. Con respecto a las pieza inferiores el 47,6% de estas se presentó en una posición "C" y el 61,9% en Clase I, según la clasificación de Pell y Gregory. Según la clasificación de Winter la posición más común de estas piezas fue vertical, presentándose en un 76,9% de los terceros molares superiores y en un 71,4% de los terceros molares inferiores.³

Moreira (2015) realizo un estudio conformado por pacientes de sexo femenino y masculino; desde las edades de 15 años en adelante, que presentan terceros

molares inferiores retenidos que acuden con radiografías a la clínica de Cirugía de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil los meses de noviembre y diciembre del 2015, en el cual 119 pacientes representan un total de 174 molares. Teniendo como resultado más prevalente según Winter, al eje axial mesioangulado, seguida por la posición vertical, luego le sigue la posición horizontal y finalmente la posición disto angulado. Según la clasificación de Pell y Gregory respecto a la rama ascendente mandibular que aparece con más frecuencia es la de TIPO II, seguida por la ubicación de TIPO I y de TIPO III con porcentajes muy parejos. El tipo de profundidad relativa según la misma clasificación que aparece con más frecuencia, es el TIPO A, seguido por el TIPO B y finalmente un grupo menos numeroso tiene profundidad de TIPO C.⁴

Bareiro F. y Duarte L. (2014) Este estudio tuvo como objetivo determinar la posición radiográfica más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior. Donde fueron analizadas radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al Hospital en un periodo de tiempo, teniendo en cuenta la edad y el género.

Ingresaron al estudio 138 casos en donde, según la clasificación de Winter, tanto el lado derecho como el izquierdo mandibular presentaron mayor predominancia por la posición mesioangular (56,5%) (58%) respectivamente. Según la clasificación de Pell-Gregory, se constató que tanto para el tercer molar inferior derecho (50,7%) como para el tercer molar inferior izquierdo (58,7%) predominó la clase II. El tipo más frecuente para el lado izquierdo fue el Tipo A con un 50,7% y para el lado derecho el Tipo B con un 50,7%.⁵

Crespo P., Farfán M., García A., Landi D. (2014) Analizaron las imágenes de 738 dientes en 400 radiografías, la posición y clase más común de terceros molares, fue la clase y posición II B, presentadas en 301 dientes (40,78%), seguida de la clase y posición II A, con 188 dientes (25,47%). El 60,75% de las radiografías, correspondieron a pacientes de género femenino, y el 39,25% a pacientes de género masculino. La edad más frecuente de los pacientes fue de 21 años; siendo la posición A, Clase II, la más común entre estos pacientes. La angulación más frecuente según la clasificación de Winter fue mesioangular con el 59,62% (440 dientes), seguida por la vertical con 22,22%(164); El 9.04% (67 dientes) presentaron una posición distoangular, un 8,26% (61 dientes) una posición horizontal. No se encontraron piezas en posición invertida.⁶

González (2014) realizó un estudio con el objetivo de conocer la frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, según el género y la edad del paciente. La muestra consistió en 71 pacientes de 15 a 30 años de edad (38 mujeres y 33 hombres) para ello se valoró los criterios de inclusión considerando las tomas radiográficas panorámicas y que sean pacientes que presentaron un tercer molar incluido o erupcionado, el tipo de estudio es descriptivo prospectivo, para el análisis se utilizaron ficha de recolección de datos la cual consta de número de la historia clínica, edad, sexo, posición de la pieza dentaria, clase y tipo, de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas durante el periodo abril-junio 2014. Los resultados obtenidos en la investigación de campo, a través de la aplicación de la ficha de recolección según Pell y Gregory y Winter,

obteniendo la Clase I con el 100% en la pieza dentaria 18 y con 96% la pieza dentaria 28. La clase II con el 45% en la pieza dentaria 48 y 48% en la pieza dentaria 38. Siendo la posición vertical la más frecuente con 90% en la pieza dentaria 18; 91% en la pieza dentaria 28 y 42% en la pieza dentaria 48. La posición mesioangular tiene también su prevalencia con 48% en la pieza dentaria 38 y el 40% en la pieza dentaria 48. El tipo A con el 58% en la pieza dentaria 18, 61% en la pieza dentaria 28 y 48% en la pieza dentaria 48. El tipo B con el 27% en la pieza dentaria 48. El tipo C con el 35% en la pieza dentaria 18 y el 29% en la pieza dentaria 28. Los resultados reflejan que la profundidad más frecuente para los terceros molares es de clase I de posición vertical y de tipo A.⁷

Pluas (2014) realizó una investigación con el fin de determinar qué clase y posición según Pell y Gregory tiene mayor relevancia en un estudio de caso basados en un estudio radiográfico. Para ello realizó un estudio analítico y cuantitativo de 100 radiografías panorámicas de diagnóstico escogidas de los pacientes atendidos en la facultad piloto de odontología de la Universidad de Guayaquil. De los 100 pacientes atendidos fueron el 50% de sexo femenino y el otro 50% de sexo masculino en edades comprendidas de 15 a 45 años edad. Se obtuvo como resultado que la clase que más prevalece es la clase I en el sexo masculino con un 60%. La clase II en un 25% en el sexo femenino; la Clase II en un 15% entre el sexo masculino y femenino. La posición que más prevaleció fue la Posición A en pacientes de sexo masculino en un 70%, la posición B en un 10%, la posición C en un 20% ambas entre los dos sexo masculino y femenino. La clase y posición según Pell y Gregory que más

prevalece es la clase I posición A en pacientes de sexo masculino en edades de 21 a 30 años. Con un porcentaje de 60%, 25% para la clase II posición a y un 15% clase III posición C.⁸

Velástegui (2013) realizó un estudio con el objetivo de conocer la mal posición de terceros molares mediante radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Riobamba. La muestra para el estudio fue de 16 radiografías panorámicas de pacientes entre 16 a 35 años de edad de ambos sexos, las mismas que fueron analizadas; todo esto con la finalidad de identificar la posición de los terceros molares superiores e inferiores, mediante la clasificando de Winter, Pell y Gregory. Se observaron las radiografías panorámicas seleccionadas y se procedió a realizar los trazos radiográficos en el que se registró la posición de cada tercer molar. Posteriormente se procedió a tabular y analizar los datos obtenidos, haciendo uso para ello de cuadros y gráficos estadísticos. El resultado mostró que en el maxilar superior la posición más frecuente fue la posición vertical en un 71%. En la mandíbula predominan terceros molares con posición mesioangular con un 56%. De acuerdo a Pell-Gregory en el maxilar superior la más frecuente es la clase I 82%, posición A 68%. En la mandíbula predomina la clase II 84%, posición A 59%. Siendo frecuente la mal posición en el maxilar inferior con un 53%. En cuanto al género existe un 31% de mal posición en el sexo masculino y un 29% en el sexo femenino.⁹

Antecedentes nacionales

Villavicencio (2017) En la presente investigación se revisó un total de 521 radiografías panorámicas, de pacientes que asistieron al Centro Radiológico Tomodent, Guanacaste - Costa Rica, durante el año 2015, de las cuales se descartaron 340 por no cumplir los criterios de selección, siendo la muestra final de 181 radiografías panorámicas. Respecto a los pacientes, la edad promedio fue de 32.7 años (DE=12.0), de un rango de 18 a 65 años. Según el sexo el 54% (N=97) pertenecían al femenino y 46% (N=84) al masculino. En cuanto a la localización de profundidad según Pell y Gregory, las piezas de la posición A, presentaron el mayor promedio con un 55.8%; según el género, la posición A fue la que más se repitió en mujeres (31.8%), al igual que en varones pero en menos porcentaje (24%).¹⁰

Alva (2016) El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores radiológicamente, de pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima – 2015. Para lo cual se usó la clasificación según Winter para determinar la frecuencia de la posición de la tercera molar inferior como también utilizamos la clasificación de Pell & Gregory para determinar la frecuencia del tipo y clase de terceros molares inferiores. Se analizó individualmente cada tercera molar inferior encontrando 251 terceras molares inferiores para el estudio, por lo tanto de acuerdo al análisis, se observó que el género femenino presenta mayor frecuencia con 146 casos (58,2 %), con respecto al género masculino con 105 casos (41.8%). Luego se observó que la posición más frecuente según la clasificación de Winter fue la vertical con 135 casos (53,8 %). Con respecto al

tipo según la clasificación de Pell & Gregory más frecuente fue el tipo A con 187 casos (74,5%). Asimismo la clase según la clasificación de Pell & Gregory más frecuente fue la clase I con 228 casos (90,8%).¹¹

Díaz (2016) El estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la posición de terceros molares mandibulares retenidos en pacientes de 18 a 25 años de edad. La muestra estuvo constituida por 1538 terceros molares de 769 radiografías panorámicas, obtenidas del banco radiográfico de los centros radiológicos Imágenes Rx y MINOT del distrito de Trujillo del año 2013, donde se determinó que la más frecuente fue la Clase II, posición B 32.4%, seguida por la clase I posición B 13.0%, clase II posición A 12.2%, clase III posición C 10.7%, clase III posición B 10.4% y la clase I posición A 10.07%. En cuanto a la posición del tercer molar mandibular retenido según género, encontramos diferencia significativa en la clase II posición B en hombres 37.1% y en mujeres 27.1%, de Pell y Gregory.¹²

Rodríguez (2016) El objetivo del siguiente trabajo de investigación fue determinar la incidencia de terceros molares inferiores retenidos y semiretenidos según la clasificación de Pell Y Gregory en pacientes mayores de 17 años de edad que acudieron a la consulta odontológica del Hospital Militar de la III división del Ejército Arequipa en el año 2015, se evaluaron 89 pacientes de ambos géneros que acudieron a la consulta odontológica de este hospital, los cuales presentaron terceros molares inferiores con retención parcial y/o total, con un total de 148 piezas afectadas cada una con sus respectivas fichas clínicas y Radiografías panorámicas.

El género más afectado fue el género masculino sin una significativa diferencia con el género femenino con un 50,6% y un 49.4% respectivamente. Según la clasificación de Pell & Gregory haciendo una comparación de incidencias entre la pieza 38 y 48, la posición más incidente fue la mesioangular en ambas piezas presentado en la pieza 38 un 52% y la 48 un 42.5%, en relación con la rama ascendente la clase III fue la más incidente y por último en relación con la profundidad relativa la posición A fue la más incidente.¹³

Ccahuantico (2014) Se obtuvieron 115 placas radiográficas aptas, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión de las 120 placas radiográficas tomadas a los 60 alumnos de 18 a 22 años de edad de la carrera profesional de odontología - UNSMC, 2014. En cuanto a la evaluación de las terceras molares inferiores, según la clasificación de Pell y Gregory, el espacio disponible para su erupción; la clase II fue la que predominó en la población de estudio con un porcentaje de 57.39%, seguida de la clase III con un 29.57% y la clase I con un 13.04%. En cuanto a la posición según Pell y Gregory, se encontró una mayor prevalencia por la posición B con el porcentaje de 55.65%, seguida de la posición A con un 37.39% y la posición C con el 6.96%.¹⁴

Palacios (2014) realizó un estudio con el fin de determinar la prevalencia de la posición de los terceros molares mandibulares según la clasificación de Winter y según 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. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el cual se seleccionaron 582 radiografías panorámicas de las historias clínicas de los

pacientes de la clínica docente que se encontraban en el rango de edad requerido y en el periodo establecido. Se evaluaron en total 1067 terceras molares mandibulares. De acuerdo al análisis, se observó que las posiciones más prevalentes según la clasificación de Winter fueron vertical (42,3%) y mesioangulada (31,4%), ambas posiciones para ambos géneros y lados entre los 18 y 35 años. Según la clasificación de Pell y Gregory, la posición más prevalente fue la I A (39%) también la posición más frecuente para ambos géneros y lados, entre los 18 y 35 años. De acuerdo a la clasificación de Winter, las posiciones más prevalentes fueron la vertical y la mesioangulada y, según la clasificación de Pell y Gregory fue la I A. Además, en ambas clasificaciones se determinó que dichas posiciones fueron las más frecuentes en ambos géneros y lados, entre los 18 y 35 años.¹⁵

Rodríguez (2014) realizó un estudio con el objetivo de determinar las posiciones de los terceros molares mandibulares según las clasificaciones de Pell y Gregory y Winter en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante el periodo 2012-2014. Las radiografías panorámicas estuvieron conformadas en la distribución de 170 terceras molares mandibulares que corresponden a 98 pacientes evaluados, del total de piezas clasificadas por la rama mandibular el 44.7% corresponden a la clase I, el 50.6% a la clase II y solamente el 4.7% a la clase III, de acuerdo a la profundidad relativa del hueso mandibular el mayor porcentaje corresponde a la posición A con un 91.2%. Mientras que en la posición B aparece el 5.9% de las terceras molares; en lo que se refiere a la clasificación respecto a la longitud del eje longitudinal un 40.6 % se encuentra en una posición mesioangular, el

14.1% una posición distoangulada, el 33.5% una posición vertical y el 11.8% una posición horizontal.¹⁶

2.2 Base teórica

2.2.1 Exodoncia

2.2.1.1 Definición

La exodoncia ideal es la extirpación total del diente o de la raíz dentaria sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes. Desde tiempos pasados la exodoncia ha sido un procedimiento muy temido y traumático para los pacientes, y por ello existe un temor o fobia a la exodoncia que es difícil de entender, dado que el odontólogo tiene, en sus manos, modernos métodos de anestesia y herramientas terapéuticas muy diversas y eficaces. En ocasiones, los profesionales consideran la extracción dentaria como una intervención menor y carente de importancia, lo que conlleva muchas veces la aparición de complicaciones graves.¹⁷

2.2.1.2 Tiempos operatorios

Una intervención quirúrgica requiere una planificación. No solo deben establecerse el curso de la intervención y el objetivo que se ha de conseguir, sino también tenerse en cuenta las condiciones personales y del instrumental antes de la intervención. El instrumental necesario y los instrumentos de repuesto deben esterilizarse, y han de comprobarse los aparatos y su funcionamiento.¹⁸

Toda intervención quirúrgica consta de tres tiempos operatorios básicos:

a. Diéresis o incisión de los tejidos, b. intervención quirúrgica propiamente dicha y c. síntesis, sinéresis o sutura de los tejidos. No obstante, en su aplicación en cirugía bucal distinguiremos los siguientes tiempos:¹⁷

a. Incisión o diéresis

En toda intervención quirúrgica se inicia la secuencia operatoria con la incisión de los tejidos de recubrimiento (piel, mucosa, fibromucosa, etc.) con el fin de conseguir un abordaje correcto para el tratamiento del proceso nosológico en cuestión. Así pues, en la cavidad bucal la incisión es la maniobra de abrir por medios mecánicos (bisturí, tijeras) o térmicos (electrobisturí, láser), los tejidos más superficiales para tener acceso a los planos más profundos con el fin de poder ejecutar la intervención quirúrgica indicada.¹⁷

Los instrumentos afilados o punzo cortante se deben mantener y pasar siempre en bateas adecuadas para evitar el riesgo de transmisión de infecciones, incluidas las virales, y así mantener un campo operatorio séptico, limpio y libre posibles agentes que desencadenen alguna reacción desfavorable durante o después de la cirugía.¹⁹

b. Despegamiento mucoso o mucoperiòstico para preparar un colgajo

Las incisiones limitan un fragmento de encía adherida, mucosa libre alveolar, fibromucosa o periostio que se denomina colgajo. En la cavidad bucal, es la porción de mucoperiòstio limitada por dos o más incisiones o la superficie de una incisión arqueada. Es preciso que, al reponerse en su sitio, el colgajo

conservar su vitalidad y readquiera sus funciones. El despegamiento mucoperiòstico o mucoso debe ejecutarse de forma cuidadosa y atraumática, manipulando los tejidos blandos con suavidad para no producir necrosis tisular, lo que induciría alteraciones de la cicatrización. Cuando la incisión es mucoperiòstica, se prepara un colgajo de grosor completo mediante el despegamiento con periostòtomo o legra. Este instrumento se apoya contra el hueso y levanta el periostio de su inserción ósea. En ocasiones deben legrarse las inserciones musculares que existan en la zona y despegarlas del hueso, para así liberar adecuadamente el colgajo.¹⁷

c. Osteotomía u ostectomía

Cuando se levanta un colgajo mucoperiòstico se expone el hueso maxilar, y en la mayor parte de las técnicas de cirugía bucal debe efectuarse el corte o la exéresis ósea, con el fin de eliminar o retirar el hueso que cubre el objeto de la intervención quirúrgica. Así podemos realizar:¹⁷

- Osteotomía: corte o sección del hueso.
- Ostectomía: eliminación o exéresis del hueso.

Una vez eliminado el hueso en cantidad adecuada se debe valorar la posibilidad o necesidad de seccionar (hacer un corte) el diente, realizando una odonto-sección la cual permite la extracción de la pieza dental por separado mediante elevadores o también llamados botadores a través de la abertura creada con la osteotomía.²⁰

Estas acciones pueden hacerse mediante el uso de cuatro tipos de materiales o instrumentos.

- Material rotatorio
- Escoplo
- Pinza gubia
- Lima de hueso

d. Gesto o maniobra quirúrgica especializada o técnica operatoria propiamente dicha

La intervención quirúrgica propiamente dicha consistirá en la exéresis, plastia, restauración, evacuación, etc., que el proceso nosológico exija.

Al levantar el colgajo, se seccionarán ramas vasculares terminales, pero que dado su pequeño tamaño no plantearán ningún problema. Cuando se seccionan vasos más grandes durante la intervención quirúrgica, primero aplicamos presión digital durante cinco a diez minutos y, cuando es visible y accesible, colocamos una pinza hemostática tipo mosquito curva sin dientes y procedemos a la ligadura del vaso con seda o poliglactina de 3/0 o 4/0.¹⁷

En las hemorragias capilares se recomienda la presión local o bien el taponamiento mediante gasa. Las gasas o compresas que se usan en los procedimientos quirúrgicos bucales y durante el postoperatorio se recomienda que estén humedecidas con suero fisiológico o agua destilada estéril antes de colocarlas en boca (mojadas y escurridas). Es imprescindible recordar que si existe sangrado del colgajo o de cualquier otra zona operatoria, debe localizarse su origen y controlarlo adecuadamente antes de suturar. Una hemostasia cuidadosa evitara una tensión excesiva del colgajo y la formación de hematomas.¹⁷

e. Restauración, limpieza y tratamiento de la zona operatoria

Una vez finalizada la intervención quirúrgica propiamente dicha, aunque se limite a una simple extracción convencional, deberá ejecutarse una serie de acciones con el fin de dejar un campo operatorio limpio y en óptimas condiciones para posteriormente cubrirlo con los tejidos blandos al realizar la sutura.¹⁷

El procedimiento indispensable a efectuar es:

- Eliminar todos los restos de tejido patológico (granulomas, quistes, etc.) con cucharillas de legrado.
- Retirar los cuerpos extraños de la herida quirúrgica (fragmentos dentarios, de hueso, etc.) con las curetas rectas o acodadas.
- Regularizar con material rotatorio y fresa redonda de acero o con lima de hueso las crestas rugosas y los bordes óseos afilados.
- Realizar una hemostasia cuidadosa y eficaz.
- Eliminar los fragmentos de tejidos blandos cuya vascularización sea comprometida.
- En último lugar debe irrigarse el campo quirúrgico de forma muy abundante con agua destilada o suero fisiológica estériles, para arrastrar y expulsar las virutas y espículas de hueso y cuerpos extraños cuya presencia interfiriera la cicatrización normal.¹⁷

f. Sutura

Todos los cuerpos extraños que se introducen en el organismo determinan una reacción, aunque algunos son relativamente inertes. Los productos naturales

tienden a desencadenar una respuesta inflamatoria, por lo que los fabricantes suelen recurrir a materiales sintéticos, que son menos reactivos. Las suturas no reabsorbibles incluyen la seda y el lino, que se atan de una forma segura y fácil. En cirugía bucal debe efectuarse la sutura ante cualquier herida operatoria, incluso tras una exodoncia convencional.¹⁹

Los bordes cruentos de la herida operatoria, fruto de la incisión, deben adaptarse uno al otro consiguiendo un afrontamiento perfecto, sin tensión, con una adaptación óptima de los dientes planos y preservando siempre la correcta irrigación de los labios de la herida. La sutura, al unirse a los bordes de la herida, asegura su curación o cicatrización por primera intención, además de favorecer una buena hemostasia. Asimismo esto repercute en la exigencia de un menor cuidado postoperatorio por parte del paciente y del odontólogo.¹⁷

Los objetivos de la sutura son:

- Reposicionar los tejidos en su lugar original colocarlos en alguna otra posición deseada.
- Conseguir una coaptación de los bordes de la herida absolutamente precisa y atraumática, volviendo a unir los tejidos que fueron separados previamente en la incisión y durante el resto del acto operatorio.
- Eliminar espacios muertos, donde podrían acumularse líquidos o sangre y servir como medio de cultivo para los microorganismos.
- Controlar el exudado desde el hueso alveolar, proteger el coagulo en la zona cicatrizal y los bordes gingivales.

Con la sutura reponemos el colgajo a la situación inicial, colocando los puntos siempre de la parte móvil (colgajo) a la parte fija (zona no intervenida).¹⁷

g. Extracción de los puntos de sutura

Los puntos deben retirarse tan pronto como sea posible, y esto depende de muchos factores: grado de tensión, localización, línea de la herida, etc.; por tanto no puede establecerse una pauta común del plazo para quitar los puntos. No obstante, en la cavidad bucal como norma general se retiran los puntos de sutura de los cinco a siete días después de la intervención quirúrgica. Normalmente a la semana de la intervención quirúrgica, se retiran los puntos de sutura no reabsorbibles o los reabsorbibles que no han caído. Se pueden eliminar antes si producen algún tipo de irritación o ulceración por decúbito, hipertrofias de tejidos blandos, etc.¹⁷

Para retirar los puntos de sutura puede seguirse la pauta siguiente:

- Limpiar los extremos del hilo con un antiséptico, tipo clorhexidina, si se cree posible que se produzca el paso de hilo infectado a través de la herida.
- Se traccionan los cabos del hilo con pinzas y se cortan con unas tijeras inmediatamente por debajo del nudo; nos llevamos el punto de sutura hacia el lado seccionado.

El hilo de sutura una vez cortado de retirarse siempre en dirección hacia la herida y el paciente debe estar cómodo y quieto para que la línea de sutura quede completamente inmóvil.¹⁷

2.2.1.3 Complicaciones

La precipitación y la capacitación deficiente son las causas principales de los problemas en la exodoncia. La mejor forma de combatir las complicaciones es su prevención. No obstante, cuando a pesar de una correcta planificación y tratamiento sucede tal eventualidad, es esencial llegar a un diagnóstico precoz, disponiendo de un arsenal terapéutico para su resolución.²¹

Este tipo de problemas pueden producirse a pesar de haber efectuado un correcto examen preoperatorio, un estudio radiológico adecuado y una impecable técnica operatoria, puesto que siempre existen imponderables en la exodoncia ya sea por las condiciones anatómicas, características fisiológicas y patológicas imprevistas, etc. Así, en algunos casos, la aparición de alguna de estas complicaciones se puede dar antes, durante y después de la cirugía.¹⁷

a. Complicaciones prequirúrgicas:

- Deficiencia parcial o fracaso total del efecto anestésico
- Dolor anormal a la inyección
- Rotura de la aguja
- Lesiones nerviosas
- Lesiones vasculares
- Reacciones locales al anestésico¹⁷

b. Complicaciones durante la cirugía:

- Extracción de la pieza incompleta
- Fractura de corona o raíces de dientes vecinos
- Luxación y/o extracción accidental de la pieza vecina

- Fractura ósea
- Desplazamiento del diente a estructuras anatómicas próximas
- Hemorragias
- Lesión de nervios produciendo hipoestesia, parestesia
- Lesión de tejidos blandos como desgarres, laceración y quemaduras
- Rotura de instrumental
- Shock²²

c. Complicaciones postexodoncia:

- Infecciones
- Osteítis y osteomielitis
- Hemorragias secundarias
- Trismus e inflamación
- Queilitis angular²²

Las complicaciones habituales de hemorragia, infección y dolor, que acompañaban en el pasado a todo acto quirúrgico, en la actualidad han sido superadas y recientemente la exodoncia es una intervención aparentemente fácil, realizada con una técnica precisa sin el más mínimo dolor y con pocas complicaciones postoperatorias. Sin embargo no hay que olvidar que estas pueden aparecer en cualquier momento de la forma más inesperada, y que en cuanto se presentan se convierten en auténticas urgencias, con la responsabilidad que el profesional contrae y la actuación necesaria e indispensable para resolver el problema creado, por tanto debe estar preparado para continuar hasta el final de toda la exodoncia.²³

2.2.2 Terceros molares inferiores

El tercer molar inferior presenta un comportamiento poco predecible en lo que respecta no solo a su erupción, sino a su formación, posición y maduración por presentar una conducta extremadamente variable. De hecho su desarrollo suele iniciarse entre los ocho y 10 años de edad, aunque no se puede asegurar la agenesia de un cordal hasta los 16 años de edad. Cabe decir que, a diferencia de primeros y segundos molares, el cordal no tiene una edad de erupción tan definida.²⁴

Este también es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso de erupción, provocando diferentes complicaciones desde el punto de vista clínico, produciendo una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad, que tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares.²⁵

2.2.2.1 Embriología

Como todos sabemos los órganos dentarios se forman en una envoltura muy especial, llamada saco peri coronario en la que principalmente se forma el esmalte y la dentina; una vez que el órgano dentario está listo para erupcionar, este saco se rompe y unas células pasan a formar parte de la encía bucal y otras quedan a manera de operarios dormidos que se llaman restos epiteliales de malassez, si el órgano dentario no logra erupcionar, es frecuente que estas células epiteliales se activen por distintos mecanismos, como infecciones subclínicas, traumatismos crónicos y agudos como la fuerza de erupción, dando lugar a distintos problemas.²⁶

2.2.2.2 Incidencia

El tercer molar tiene la mayor incidencia de impactación dental. Aproximadamente un 17% de los pacientes presentan inclusiones dentales. No todos los autores coinciden en cuanto a la frecuencia de impactación de los distintos dientes, pero en general podemos afirmar que las piezas más frecuentes impactadas son:²¹

- Primero: terceros molares mandibulares
- Segundo: terceros molares maxilares
- Tercero: caninos maxilares

2.2.2.3 Condiciones anatómicas

Algunas clasificaciones relacionan la posición de los terceras molares mandibulares con el eje del segundo molar adyacente o la profundidad y proximidad con la rama ascendente de la mandíbula, determinando diversos grados de inclusión ósea e impactación, mientras que otras toman en cuenta la posición de las raíces de los terceras molares y sus ápices con respecto al nervio alveolar inferior (NAI), que pueden ubicarse próximas, adyacentes o sobreproyactadas al canal mandibular y su nervio.²⁷

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así, debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que produce la inclusión del cordal inferior.

El espacio retromolar ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular a lo largo de la evolución filogenética.¹⁷

No se puede describir una forma y una posición definida para los terceros molares; es muy frecuente encontrar este molar con diferentes tamaños, por ejemplo, como un microdonto (pieza dental muy pequeña en corona y raíz) o como un macrodonto (pieza dental muy grande en corona y raíz). Puede variar la proporción de su corona de cervical a oclusal, presentando siempre inconstancia en tamaño y forma. Su corona se puede presentar con tres a cinco cúspides; al igual que la raíz, se encuentra uniradicular o multirradicular, son de forma caprichosa.²⁷

Las referencias anatómicas empeoran aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo. Estas son:

- Delante. El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.
- Debajo. El tercer molar está en una relación más o menos 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 extendible, 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.¹⁷

2.2.2.4 Clasificación de terceras molares

Surgieron algunos sistemas de clasificación de terceros molares incluidos hechos a partir de análisis radiográficos y, en la gran mayoría de veces, se utilizan radiografías panorámicas, donde es posible visualizar correctamente el

eje longitudinal del segundo molar, rama de la mandíbula y el nivel óseo que sirven como parámetros.²⁸

2.2.2.4.1 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.¹⁷

a. Relación del cordal con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar

- Clase I: Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase II: El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase III: Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama ascendente de la mandíbula.¹⁷

b. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

- Posición A: El punto más alto del diente está a nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo.
- 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.¹⁷

2.2.2.4.2 Clasificación de Winter

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo molar.²¹

- Mesioangular
- Distoangular
- Vertical
- Horizontal
- Bucoangular
- Linguoangular
- Invertido

2.2.2.5 Exodoncia de terceros molares inferiores

La extracción de terceros molares inferiores puede presentarse como un trabajo como un trabajo relativamente simple como extremadamente difícil, el factor principal determinante de la dificultad de extracción es la accesibilidad, que está determinada por los dientes adyacentes u otras estructuras que dificulten el acceso o la vía de salida.²⁹

La exodoncia quirúrgica de los cordales inferiores retenidos es una de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias más frecuentes en la práctica odontológica y la cirugía oral. En principio, los resultados del crecimiento de la mandíbula y la escasa oferta de espacio en la zona retromolar son responsables de la retención de los cordales inferiores.¹⁸

2.2.2.5.1 Indicaciones

Algunas de las consecuencias en la erupción de las terceras molares son: dolor a la erupción, dolor a la masticación, caries radicular y pérdida del hueso alveolar de la segunda molar, empaquetamiento de alimentos en la zona retromolar.³⁰

La necesidad de la cirugía debe decidirse en cada caso particular. En general hay que extraer únicamente los dientes retenidos con patología.¹⁸

- Exodoncia preventiva o profiláctica

Dada la frecuente patología que acompaña la erupción o impactación del tercer molar, está plenamente justificada su eliminación profiláctica antes de que esta patología asociada se presente, excepto en aquellas circunstancias en que esto sea poco aconsejable o imposible. El momento idóneo para hacer la exodoncia preventiva es cuando ya se ha formado la mitad o las dos terceras partes de la raíz, lo que coincide generalmente entre los 16 y 18 años.

- Infección

Tanto por la presencia de una pericoronaritis, flemones, adenoflemones como por otros cuadros clínicos de infección odontogénica.¹⁷

La pericoronaritis es la infección de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente semierupcionado, causada por los propios gérmenes de la flora oral. Esta frecuentemente asociada con los terceros molares que se encuentran retenidos y parcialmente incluidos. En ocasiones, la extensión de la infección, puede convertir un proceso localizado en un cuadro de osteítis más

generalizado o de celulitis en los tejidos blandos y que algunas veces evoluciona y origina abscesos alveolares agudos o crónicos y a menudo, abscesos faciales o cervicales.³¹

Antes de efectuar la exodoncia, se tratara el problema infeccioso con antibióticos. Así pues, se prefiere practicar la intervención quirúrgica “en frío”. Sin embargo hay autores que piensan que si se puede actuar en fase aguda sin peligro alguno, aunque bajo la protección antibiótica y haciendo la intervención bajo anestesia general.¹⁷

- Motivos ortodóncicos

En discrepancias óseodentarias, como ayuda en el mantenimiento o retención de los resultados obtenidos con tratamientos ortodóncicos u ortopédicos, o bien cuando el ortodoncista necesita distalizar sectores posteriores de la arcada dentaria.¹⁷

- Motivos prostodóncicos y restaurativos

Cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para efectuar una correcta obturación o colocar una prótesis. Cuando los cordales están debajo de una prótesis removible, acabaran dando problemas por la reabsorción ósea que provoca la prótesis y porque se cree que esta presión actúa como mecanismo propioceptivo estimulando su erupción.¹⁷

- Periodontales

Cuando el control de una periodontitis no puede ser el correcto en la cara distal del segundo molar, bien sea porque el paciente no puede realizar una buena

higiene de esta zona o porque el cordal tiene bolsas profundas. Si no se extrae el cordal la presencia de bolsas profundas con pérdida de inserción favorece la persistencia de una flora anaerobia con placa subgingival que produce episodios infecciosos repetidos con una pérdida progresiva del soporte óseo distal del segundo molar.¹⁷

- Presencia de otra patología asociada

Empíricamente se plantea que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de disfunción temporo mandibular, entre ellos ruidos en la articulación temporo mandibular, dolor en los músculos masticatorios, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de esta. Cuando exista patología asociada, por ejemplo al folículo dentario: quistes o tumores odontogénicos benignos y más raramente, lesiones malignas.³²

Los terceros molares impactados en la rama mandibular y en la región subcondilar son poco frecuentes. Se asocian frecuentemente con quistes dentígenos, siendo ésta una razón descrita que podría asociar su desplazamiento de la región original, así como un movimiento eruptivo abortado o bloqueo de su erupción por una lesión como un tumor odontogénico. La remoción de terceros molares incluidos ectópicos asociados a quistes está indicada, pero es bastante difícil, realizándose técnicas endoscópicas para su resolución.³³

2.2.2.5.2 Contraindicaciones

Nunca estará indicada la extracción de un cordal cuando se tiene la posibilidad de que este erupciones correctamente y sea funcional. La contraindicación local más destacable será cuando el riesgo de lesionar estructuras vecinas (el paquete vasculo-nervioso dentario inferior, el nervio lingual) es muy elevado.

Una contraindicación temporal es cuando existe un proceso infeccioso activo asociado con el tercer molar. Alteraciones hemorrágicas, por ejemplo, tras el abuso de analgésicos (aspirina) o anticoagulación.¹⁷

Lesiones patológicas no diagnosticadas alrededor del diente retenido, es necesario diagnosticarlas con las medidas correspondientes, en ocasiones mediante biopsia. Dientes retenidos en una zona irradiada: su exodoncia debe ser realizada por un especialista experimentado. Como contraindicación general podemos nombrar el estado físico o psíquico del paciente cuando supone un alto riesgo quirúrgico. Así en pacientes cuyo estado de salud general es muy precario, este tipo de intervención quirúrgica no sería conveniente; igualmente en pacientes cuya edad es muy avanzada y en presencia de un tercer molar totalmente asintomático, posiblemente este procedimiento resultaría no aconsejable o incluso innecesario.¹⁸

A pesar de ser un procedimiento rutinario y usualmente electivo, los pacientes han reportado complicaciones entre 2,6% hasta 30,9%. Esta aparente disparidad en los reportes se podría explicar por las diferentes definiciones de complicaciones, ya sea intra o postoperatoria, así como por los distintos diseños de las investigaciones, tanto estudios prospectivos o retrospectivos, o

principalmente por el tipo de análisis, ya sea considerando como el sujeto de estudio al diente o al paciente.³⁴

2.2.2.5.3 Procedimiento quirúrgico

El tercer molar en su intento de erupción puede producir accidentes mucosos, nerviosos, celulares, linfáticos y tumorales, que hacen necesario realizar tratamiento quirúrgico mediante dos métodos fundamentales: primero, se escinde el hueso para extraer el diente completo, y segundo, se secciona el diente para extraerlo por partes o combinando ambos.³⁵

Como consecuencia de ser las últimas piezas en concluir su formación es común que los terceros molares se presenten como: pieza retenida, impactada o incluida. Es necesario también la realización de estudios complementarios, como la obtención de una radiografía panorámica que muestra la imagen más precisa de la totalidad de la anatomía de la región y es la de elección frecuente para planificar la extracción de terceros molares y en algunas circunstancias una radiografía periapical bien posicionada que podría ser de similar utilidad, al igual que una radiografía TC de haz cónico, facilitando de ésta forma la angulación del eje mayor del tercer molar con respecto al eje mayor del segundo molar.³⁶

a. Preparación del campo operatorio

El cirujano revisara antes de la intervención quirúrgica la historia clínica, por si hubieran aparecido cambios desde la última visita preoperatoria. Comprobara que el paciente sabe lo que se le va a realizar y que se encuentra relajado; la prescripción de un sedante una hora antes de la operación es una buena

solución. Una vez que el paciente esta cómodamente instalado en el sillón, procedemos al lavado quirúrgico del tercio inferior de la cara con una solución antiséptica. El lavado de la cavidad bucal se hará o bien con antisépticos o bien con suero fisiológico. Cubriremos con tallas estériles el resto de la cabeza, incluyendo los ojos, el cuello y el tronco del paciente. El cirujano se sitúa a la derecha del paciente, sentado o de pie, según sus preferencias, de tal manera que su codo quede a la altura de la boca del paciente; el primer ayudante se coloca a la izquierda y el segundo ayudante o instrumentista en la cabecera del paciente.¹⁷

b. Acto quirúrgico

El acto quirúrgico, propiamente dicho, consta casi siempre de los siguientes tiempos:

- Anestesia; se recomienda aplicar un anestésico tópico en la zona y esperar tres minutos para que haga efecto. Antes de inyectar el líquido debemos aspirar para comprobar que lo estamos colocando fuera de un vaso sanguíneo. La jeringa debe ser tomada firmemente y la aguja introducida suavemente con el bisel de la misma hacia el tejido óseo, en forma paralela al tejido, evitando lacerar el periostio con la punta de la aguja.³⁷
- Incisión
- Despegamiento del colgajo mucoperiòstico
- Ostectomía
- Odontosección o exodoncia
- Limpieza de la herida operatoria

- Reposición del colgajo y sutura

Antes de iniciar cualquier tipo de intervención quirúrgica, como ya hemos repetido, debe repasarse la anatomía topográfica de la zona operatoria.¹⁷

2.3 Definición de términos

Cruento: Que causa derramamiento de sangre.¹⁷

Coaptación: Operación de colocar en su lugar los bordes de una herida, los fragmentos de un hueso fracturado o de acomodar en su sitio uno dislocado. ¹⁷

Shock: Estado en el que entra el cuerpo cuando no recibe aporte suficiente de sangre a los tejidos y, por tanto, no llega el oxígeno necesario a los órganos para que estos realicen sus funciones. Como resultado se produce un fallo multiorganico. ²²

Empírico: Que se encuentra basado en la práctica, experiencia y en la observación de los hechos. ³²

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis principal:

- Las características de los terceros molares inferiores se encuentran relacionados al género y edad.

Hipótesis derivadas:

- La frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores están relacionados con el género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.
- La frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores están relacionados con la edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

3.2 Variables

Variable principal:

- Características de los terceros molares inferiores

Covariable:

- Género
- Edad
-

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Características de los terceros molares inferiores	Clase	Pell y Gregory	Nominal politómica	Clase I Clase II Clase III
	Posición			Posición A Posición B Posición C
	Eje axial	Winter		Vertical Mesio angulado Disto angulado Horizontal En vestibuloversión En linguoversión Invertido
Género	Sexo	Reporte quirúrgico	Nominal dicotómico	Masculino Femenino
Edad	Grupo etario		Ordinal	18 a 22 años 23 a 27 años 28 a 32 años

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio es considerado de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo observacional y transversal.³⁸

Se considera descriptivo ya que la investigadora registrará los datos tal como fueron observados, sin intervención alguna; y observacional, ya que se realizará una observación con fines exploratorios, sin asociar la variable principal con otra de igual jerarquía. Se considera transversal ya que la investigadora recolectará los datos una sola vez, a cada sujeto de muestra, con el mismo instrumento.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población y muestra

- Población

Se considera población de estudio a los casos registrados de exodoncia de terceros molares inferiores realizadas en el curso de Cirugía Estomatológica II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, que cumplan con los criterios de selección, los que suman un número de 210 pacientes.

Criterios de inclusión

- Casos de exodoncia de terceros molares inferiores realizadas en el curso de Cirugía Estomatológica II de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- Casos registrados en el Libro de reporte quirúrgico.

- Casos registrados durante el periodo de agosto de 2015 hasta julio de 2016.
- Casos donde estén registrados la clase, posición y eje axial de los terceros molares extraídos.
- Casos cuyo registro sea claro, sin enmiendas.
- Casos de sujetos mayores de 18 años y menores de 32 años de edad.
- Casos que cuenten con radiografías panorámicas en archivo.

Criterios de exclusión

- Casos que se encuentren duplicados.
- Casos con pacientes menores de edad.
- Casos con pacientes de la tercera edad.
- Casos con agenesia de terceros molares.
- Casos cuyo registro este incompleto.

- Muestra

La muestra del estudio estuvo constituida por un grupo representativo de la población. El cálculo se basó en la siguiente fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 * pq}{e^2} \qquad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{(n^{\circ} - 1)}{N}}$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Z = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%).

e = límite de error = 0.05.

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05).

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$).

Desarrollo de la fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} = 384$$

$$n' = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{210}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{210}} = 136$$

Luego de aplicar la fórmula mediante la aplicación señalada, se determinó un número muestral de 136 casos de exodoncia de terceros molares inferiores. La selección de los sujetos de muestra se realizará mediante el muestreo aleatorio sistemático.

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1 Procedimiento

a. Solicitud de permiso

Se solicitó el permiso para el uso del reporte quirúrgico y de las radiografías panorámicas a la Directora de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas con el fin de obtener los datos para su recolección.

b. Coordinación con la Administradora responsable

Una vez obtenido el permiso por escrito, éste se presentó a la administradora de la clínica estomatológica responsable del área, quien solicitó el Reporte Quirúrgico y las radiografías panorámicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad.

c. Revisión de reporte quirúrgico y recolección de datos

Se obtuvieron los datos a partir de los registros encontrados en el Reporte Quirúrgico para el periodo agosto 2015 a julio 2016, seleccionando los casos de acuerdo a los criterios de selección para la población de estudio. Los datos demográficos que se registraron fueron el género y la edad del paciente tratado. Anotándolos en la ficha creada para esta investigación.

Para analizar las radiografías panorámicas, se contó con el ambiente del área de radiología de la clínica estomatológica de la universidad, donde se observó que cada radiografía estuviera registrada en el reporte quirúrgico para ser objeto de esta investigación y así ser llenada en la ficha de recolección de datos. Los datos clínicos de los terceros molares registrados en gráficas fueron corroborados de acuerdo a la clasificación de Winter y de Pell y Gregory.

Una vez obtenidos los datos, éstos fueron tabulados en una hoja de cálculo.

4.3.2 Instrumentos

En el presente estudio fue realizado de acuerdo a las clasificaciones de Winter y Pell y Gregory, las que clasifican a los terceros molares de la siguiente manera:

Clasificación de Winter

Winter propone una clasificación relacionando el tercer molar con el eje axial del segundo molar dando los siguientes tipos:²¹

- Mesioangular
- Distoangular
- Vertical
- Horizontal
- Bucoangular
- Linguoangular
- Invertido

Clasificación de Pell y Gregory

Esta clasificación se basa en la profundidad del tercer molar en el hueso y la relación de este con la cara del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.¹⁷

Relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar

- Clase I: Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del Tercer Molar.
- Clase II: El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del Tercer Molar.

- Clase III: Todo o casi todo el Tercer Molar está dentro de la rama de la mandíbula.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

- 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 al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar.

4.4 Técnica de procesamiento de la información

Una vez tabulados los datos en una hoja de cálculo (Microsoft Excel, 2013), fueron exportados a un paquete estadístico (IBM SPSS 20.0) donde se programaron los valores y escalas para cada variable o dimensión de ésta. Los datos descriptivos categóricos fueron presentados en tablas de frecuencia agrupada y en gráficos de sectores o de barras simples. Las relaciones de variables fueron presentadas mediante tablas de contingencia y gráficos de barras agrupadas, y analizadas mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de 0,05.

4.5 Implicancias éticas

El presente estudio fue realizado acorde con los cánones bioéticos de la convención de Helsinki y del Reporte Belmont, donde se respetó la confidencialidad de los sujetos de muestra, y al mismo tiempo la privacidad de sus datos, los que solo fueron utilizados con fines científicos y académicos

dentro de los límites del presente estudio, lo que fueron luego eliminados. Ningún sujeto fue puesto en riesgo, garantizando que el estudio se realizó solo con los datos recogidos anteriormente, sin necesidad de una observación clínica directa. Antes del uso del Reporte Quirúrgico, se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes. Asimismo, la autora declara no tener ningún conflicto de interés con los resultados de esta investigación reportando fielmente los datos hallados.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo

Tabla n.º 1

Distribución de frecuencia de la clase, distribución de frecuencias de la posición y distribución de frecuencias del eje axial de los terceros molares inferiores intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

		N	%
Clase	I	48	48,5%
	II	47	47,5%
	III	4	4,0%
	Total	99	100%
Posición	A	68	68,7%
	B	28	28,3%
	C	3	3,0%
	Total	99	100%
Eje axial	Vertical	52	52,5%
	Mesioangulado	31	31,3%
	Distoangulado	0	,0%
	Horizontal	14	14,1%
	Vestibuloversión	2	2,0%
	Linguoversión	0	,0%
	Invertido	0	,0%
	Total	99	100%

FUENTE: PROPIA DEL INVESTIGADOR

En la Tabla N.º2 se observa la distribución de frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente, donde 48 (48,5%) pertenecían a la clase I, 47 (47,5%) a la clase II y 4 (4,0%) a la clase III. 68 (68,%) se encontraban en la posición A, 28 (28,3%) en la posición B y 3 (3,0%) en la posición C. 52 (52,5%) presentaban

un eje vertical, 31 (31,3%) un eje mesioangulado, 14 (14,1%) un eje horizontal y 2 (2,0%) un eje en vestibuloversión.

Gráfico n.º 1A

Gráfico circular de la frecuencia de la clase de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

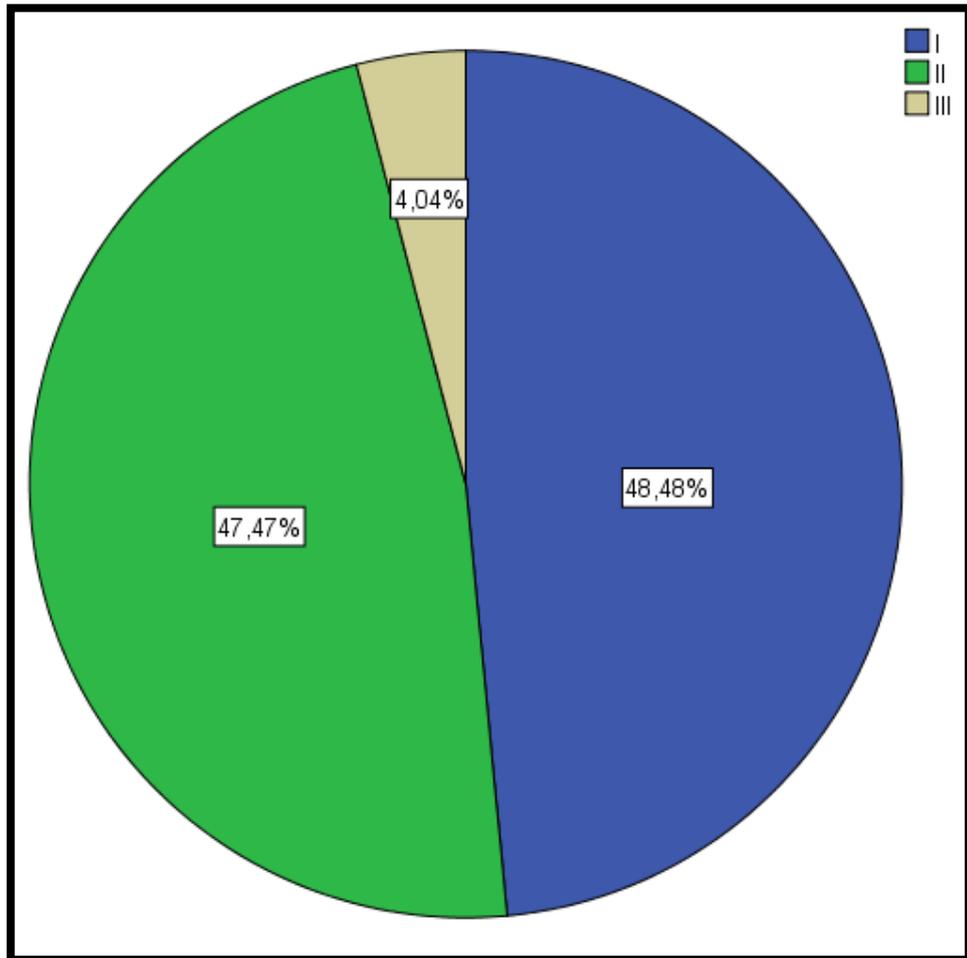


Gráfico n.º 1B

Gráfico circular de la frecuencia de la posición de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

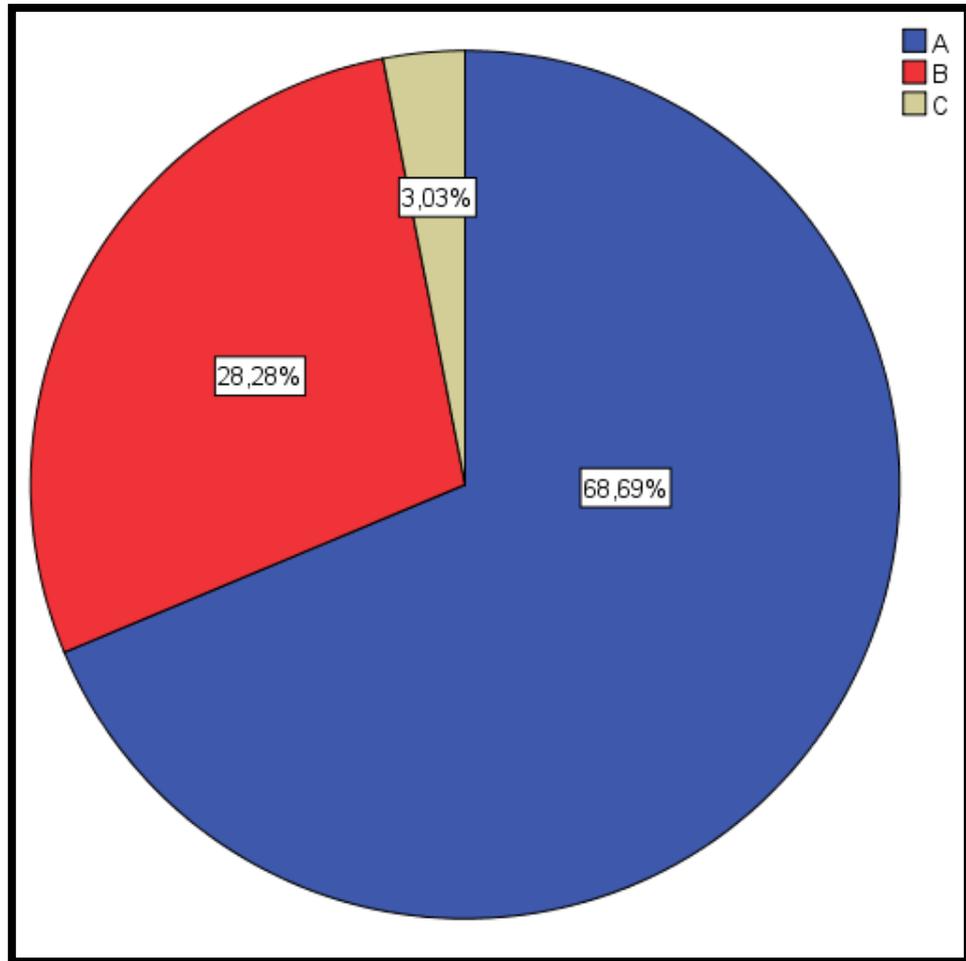


Gráfico n.º 1C

Gráfico de barras simples de la frecuencia del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

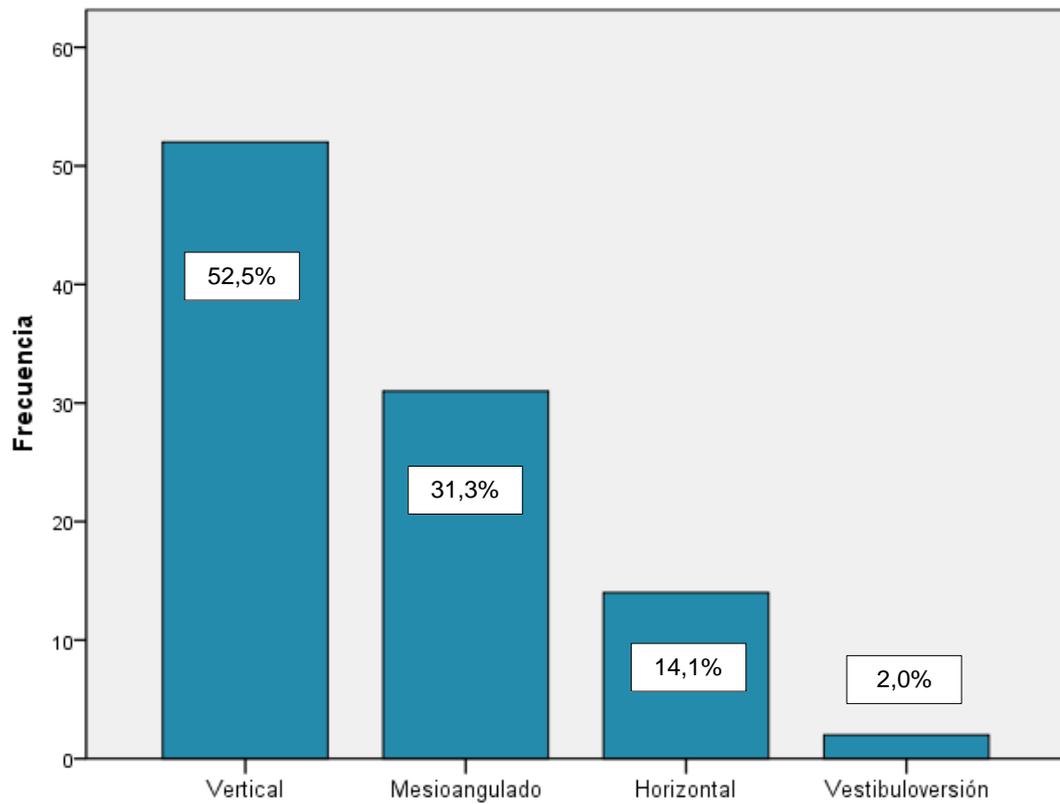


Tabla n.º 2

Distribución de frecuencia de la clase, distribución de frecuencias de la posición y distribución de frecuencias del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según género

		Género		Valor p
		Masculino (%)	Femenino (%)	
Clase	I	55,6%	44,4%	0,591
	II	41,7%	50,8%	
	III	2,8%	4,8%	
	Total	100%	100%	
Posición	A	72,2%	66,7%	0,678
	B	27,8%	28,6%	
	C	,0%	4,8%	
	Total	100%	100%	
Eje axial	Vertical	50,0%	54,0%	0,216
	Mesioangulado	27,8%	33,3%	
	Distoangulado	,0%	,0%	
	Horizontal	19,4%	11,1%	
	Vestibuloversión	2,8%	1,6%	
	Linguoversión	,0%	,0%	
	Invertido	,0%	,0%	
	Total	100%	100%	

FUENTE: PROPIA DEL INVESTIGADOR

Se observa la distribución de frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente, según el sexo. En los pacientes de sexo masculino, 55,6% pertenecía a la clase I, 41,7% a la clase II y 2,8% a la clase III. 72,2% se encontraba en la posición A y 27,8% en la posición B. 50,0% presentaba un eje vertical, 27,8% un eje mesioangulado, 19,4% un eje horizontal y 2,8% un eje en vestibuloversión. En los pacientes de sexo femenino, 44,4% pertenecía a la clase I, 50,8% a la clase

II y 4,8% a la clase III. 66,7% se encontraba en la posición A, 28,6% en la posición B y 4,8% en la posición C. 54,0% presentaba un eje vertical, 33,3% un eje mesioangulado, 11,1% un eje horizontal y 1,6% un eje en vestibuloversión. Según la prueba de chi cuadrado de Pearson con corrección de Yates, no existe relación estadísticamente significativa entre la posición del tercer molar en la población estudiada y el género ($p>0,05$).

Gráfico n.º 2A

Gráfico de barras agrupadas de la clase de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según género

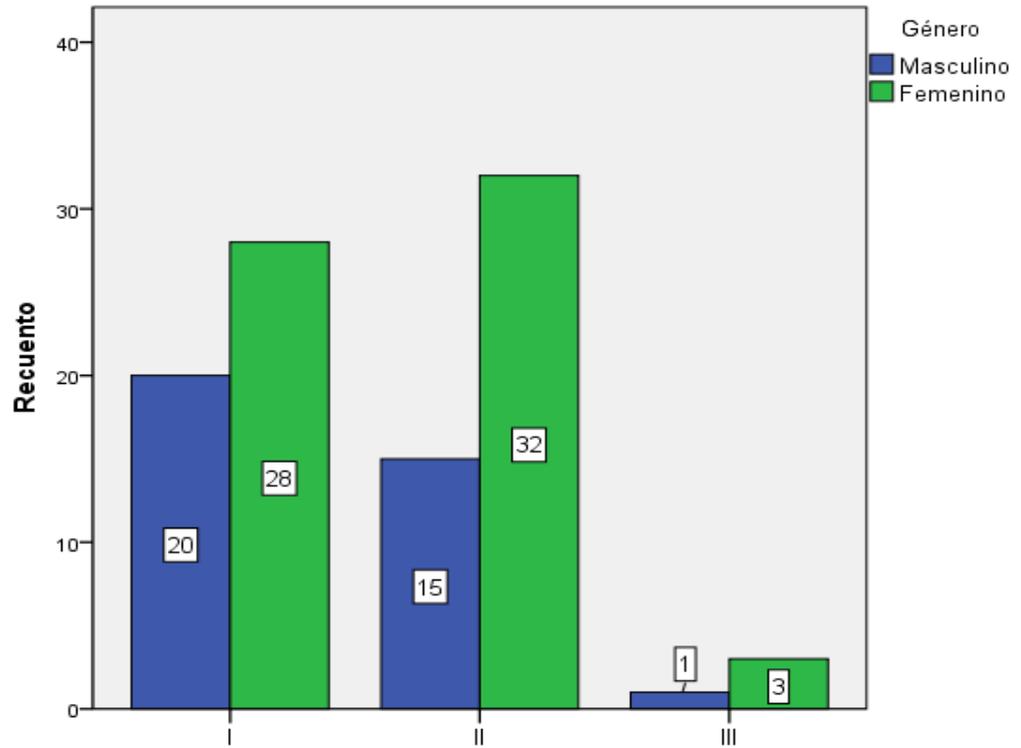


Gráfico n.º 2B

Gráfico de barras agrupadas de la posición de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según género

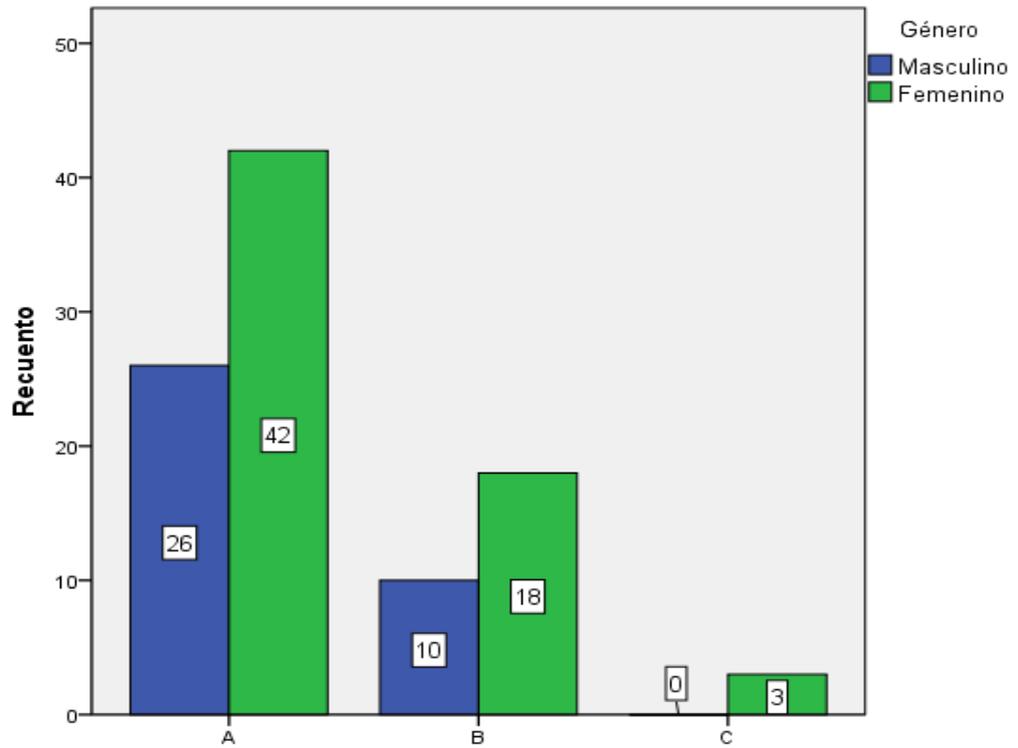


Gráfico n.º 2C

Gráfico de barras agrupadas del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según el sexo

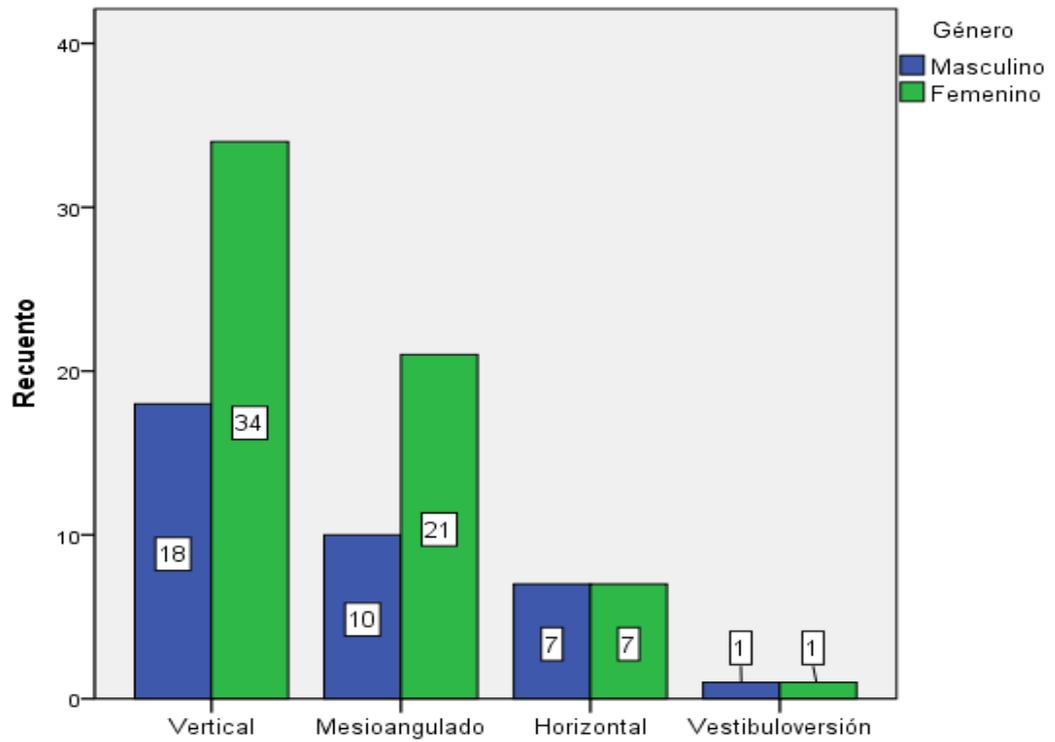


Tabla n.º 3

Distribución de frecuencia de la clase, distribución de frecuencias de la posición y distribución de frecuencias del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad

		Edad			Valor p
		18 a 22 (%)	23 a 27 (%)	28 a 32 (%)	
Clase	I	43,8%	55,6%	52,6%	0,680
	II	52,1%	44,4%	42,1%	
	III	4,2%	,0%	5,3%	
	Total	100%	100%	100%	
Posición	A	66,7%	77,8%	57,9%	0,096
	B	27,1%	22,2%	42,1%	
	C	6,3%	,0%	,0%	
	Total	100%	100%	100%	
Eje axial	Vertical	62,5%	48,1%	42,1%	0,214
	Mesioangulado	27,1%	29,6%	36,8%	
	Distoangulado	,0%	,0%	,0%	
	Horizontal	8,3%	18,5%	21,1%	
	Vestibuloversión	2,1%	3,7%	,0%	
	Linguoversión	,0%	,0%	,0%	
	Invertido	,0%	,0%	,0%	
	Total	100%	100%	100%	

FUENTE: PROPIA DEL INVESTIGADOR

Se observa la distribución de frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente, según la edad. En los pacientes de 18 a 22 años de edad, 43,8% pertenecía a la clase I, 52,1% a la clase II y 4,2% a la clase III. 66,7% se encontraba en la posición A, 27,1% en la posición B y 6,3% en la posición C. 62,5% presentaba un eje vertical, 27,1% un eje mesioangulado, 8,3% un eje horizontal y 2,1% un eje en vestibuloversión. En los pacientes de 23 a 27 años de edad, 55,6% pertenecía

a la clase I y 44,4% a la clase II. 77,8% se encontraba en la posición A y 22,2% en la posición B. 48,1% presentaba un eje vertical, 29,6% un eje mesioangulado, 18,5% un eje horizontal y 3,7% un eje en vestibuloversión. En los pacientes de 28 a 32 años de edad, 52,6% pertenecía a la clase I, 42,1% a la clase II y 5,3% a la clase III. 57,9% se encontraba en la posición A y 42,1% en la posición B. 42,1% presentaba un eje vertical, 36,8% un eje mesioangulado y 21,1% un eje horizontal.

Según la prueba de Chi Cuadrado de Pearson con corrección de Yates, no existe relación estadísticamente significativa entre la posición del tercer molar en la población estudiada y la edad ($p > 0,05$).

Gráfico n.º 3A

Gráfico de barras agrupadas de la clase de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad

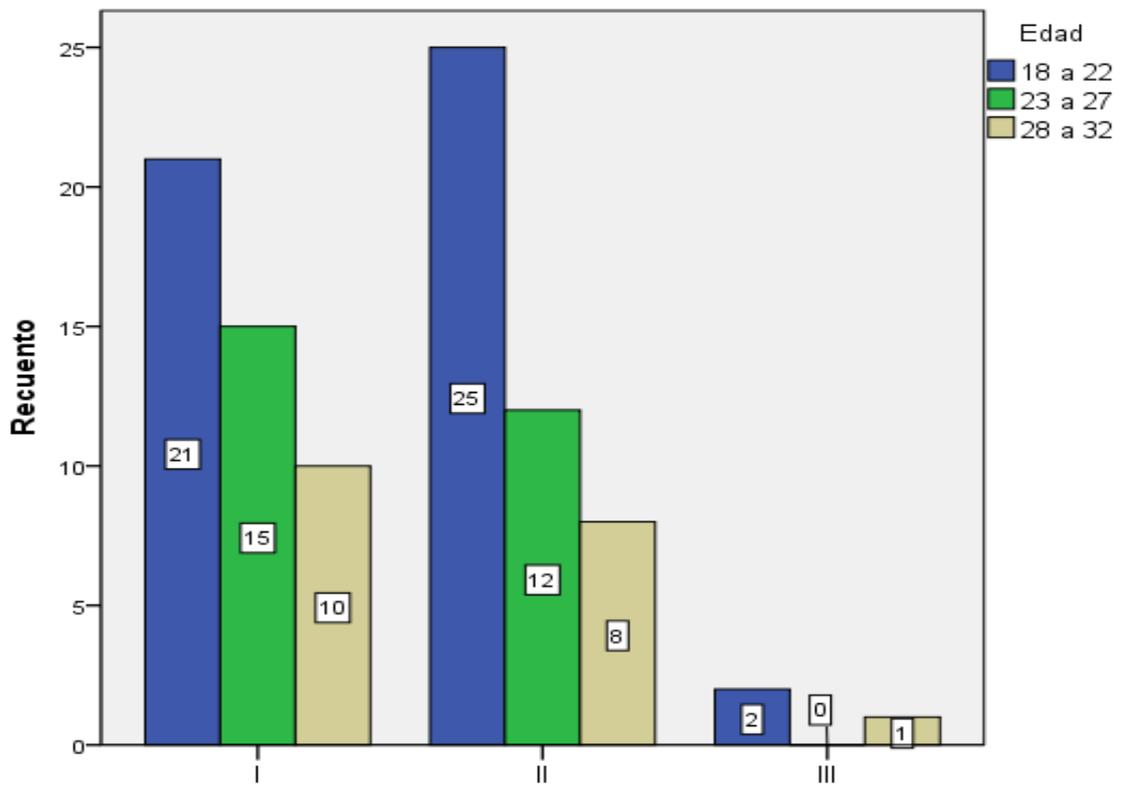


Gráfico n.º 3B

Gráfico de barras agrupadas de la posición de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad

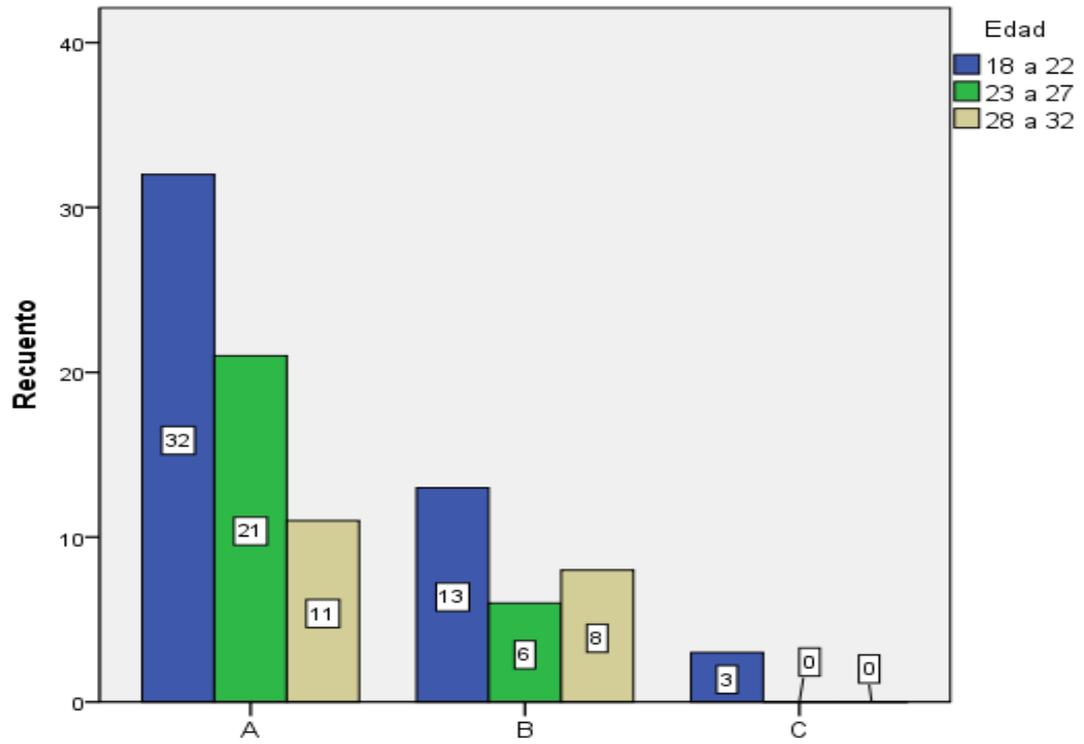


Gráfico n.º 3C

Gráfico de barras agrupadas del eje axial de los terceros molares inferiores intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía II de la EP de Estomatología de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad

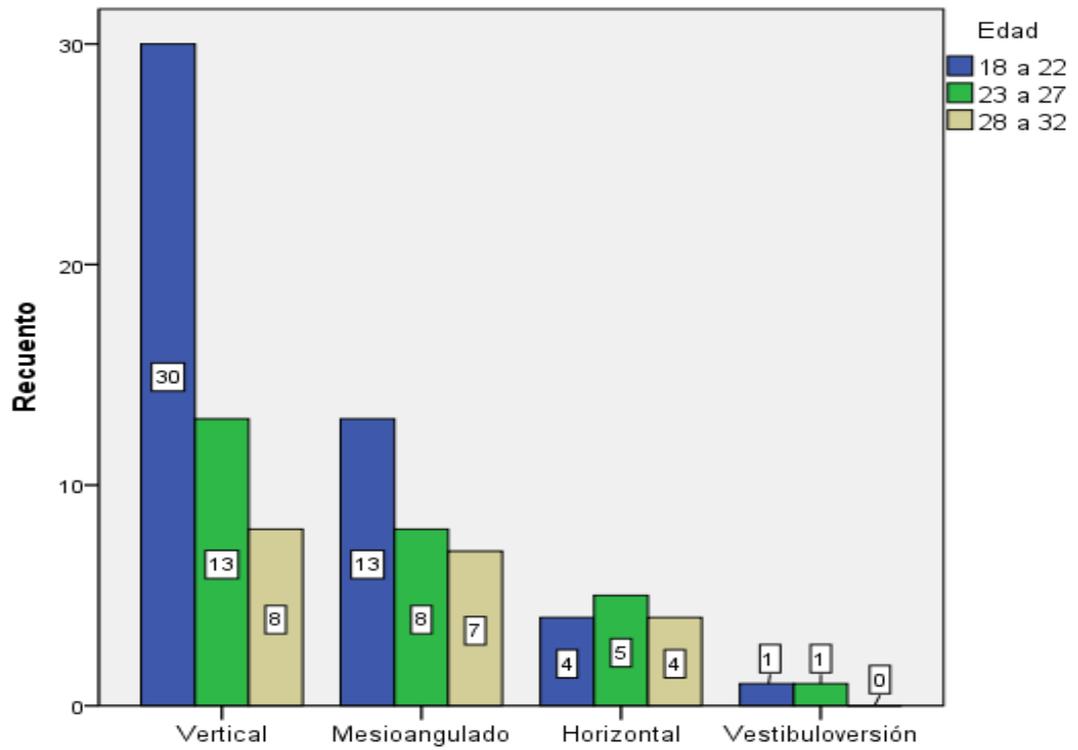


Tabla n.º 4

Tabla de frecuencias agrupadas de la clase, tabla de frecuencias agrupadas de la posición y tabla de frecuencias agrupadas del eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatología II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

				N	%	
Clase I	Posición A	Eje axial	Vertical	25	25,3%	
			Mesioangulado	7	7,1%	
			Horizontal	2	2,0%	
	B	Eje axial	Vertical	7	7,1%	
			Mesioangulado	4	4,0%	
			Horizontal	1	1,0%	
			Vestibuloversión	1	1,0%	
	C	Eje axial	Horizontal	1	1,0%	
	II	Posición A	Eje axial	Vertical	12	12,1%
				Mesioangulado	16	16,2%
Horizontal				5	5,1%	
Vestibuloversión				1	1,0%	
B		Eje axial	Vertical	5	5,1%	
			Mesioangulado	4	4,0%	
			Horizontal	3	3,0%	
C		Eje axial	Vertical	1	1,0%	
III		Posición B	Eje axial	Vertical	2	2,0%
				Horizontal	1	1,0%
		C	Eje axial	Horizontal	1	1,0%
Total				99	100%	

FUENTE: PROPIA DEL INVESTIGADOR

Se observan las frecuencias agrupadas de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores en pacientes intervenidos quirúrgicamente, donde 25 (25,3%) pertenecen a la clase IA vertical, 7 (7,1%) a la clase IA Mesioangulado, 2 (2,0%) a la clase IA horizontal, 7 (7,1%) a la clase IB vertical, 4 (4,0%) a la clase IB mesioangulado, 1 (1,0%) a la clase IB en vestibuloversión, 1 (1,0%) a la clase IC horizontal, 12 (12,1%) a la clase IIA

vertical, 16 (16,2%) a la clase IIA mesioangulado, 5 (5,1%) a la clase IIA horizontal, 1 (1,0%) a la clase IIA en vestibuloversión, 5 (5,1%) a la clase IIB vertical, 4 (4,0%) a la clase IIB mesioangulado, 3 (3,0%) a la clase IIB horizontal, 1 (1,0%) a la clase IIC vertical, 2 (2,0%) a la clase IIIB vertical, 1 (1,0%) a la clase IIIB horizontal y 1 (1,0%) a la clase IIIC horizontal.

5.2 Contrastación de hipótesis

Ante las hipótesis:

Hi: La frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores están relacionados con el género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

Ho: La frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores no están relacionados con el género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

Se demostró que no existe relación estadísticamente significativa entre la posición del tercer molar en la población estudiada y el género ($p > 0,05$), por lo que se aceptó la hipótesis nula.

Ante las hipótesis:

Hi: La frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores están relacionados con la edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

Ho: La frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores no están relacionados con la edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.

Se demostró que no existe relación estadísticamente significativa entre la posición del tercer molar en la población estudiada y la edad ($p > 0,05$), por lo que se aceptó la hipótesis nula.

5.3 Análisis inferencial

En el presente estudio se analizaron las variables en forma no paramétrica mediante la prueba de chi cuadrado, partiendo del hecho que las variables de estudio son cualitativas y de escala de medición nominal, utilizándose un nivel de significancia de 5% (0,05), para un intervalo de confianza del 95%.

5.4 Discusión

Se realizó una investigación descriptiva transversal con el propósito de conocer las características de terceras molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de cirugía estomatológica II de la universidad alas peruanas, periodo agosto 2015 a julio 2016. Para ello se analizaron los datos de 99 adultos atendidos en el reporte quirúrgico con el propósito de realizar un registro sobre su exodoncia del tercer molar inferior.

Observamos que la clase más predominante en la población de adultos intervenidos quirúrgicamente en el curso de cirugía estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016 es la clase I (48,5%), seguida de la clase

II (47,5%). La posición más observada es la A (68,7%), seguida de la B (28,3%). El eje axial más observado es el vertical (52,5%), seguido del mesioangulado (31,3%). En general, la posición más prevalente fue la I A vertical, seguida de la II A mesioangulada y la II A vertical. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la clase, eje axial ni posición del tercer molar entre ambos géneros ni entre los distintos grupos etarios.

Hidalgo (2017) observó en su estudio que la mayoría de sus pacientes pertenecía al género femenino, encontrando así más predominio según la clasificación de Winter, al eje, y en segundo lugar estuvo el eje mesioangulado. Según la clasificación de Pell y Gregory la posición que más veces se repitió fue la A, seguida de la posición B. En comparación con el presente estudio se encontró igualdad en los resultados, en cuanto al género, eje y posición más frecuente.

En la investigación de Albán (2016) solo se trabajó bajo la clasificación de Pell y Gregory observando que la posición más repetida fue la C, seguida de la posición A, mientras que para la clase más prevalente fue la II, seguida de la clase I, las cuales comparándolas con el presente estudio no se encontró similitud entre los ambos resultados.

En su estudio, Arellano (2015) observó que en las terceras molares inferiores hubo un predominio en la posición C, clase I según la clasificación de Pell y Gregory, y según la clasificación de Winter el eje axial vertical fue también el más prevalente. Mientras que en el presente estudio se observó el predominio de la posición A, clase I y eje axial vertical. Encontrándose diferencia solo en la

posición de ambos estudios. Lo que nos dice, que el tercer molar puede estar totalmente erupcionado o no puede estarlo.

Moreira (2015) en su investigación tuvo como resultado más prevalente al eje mesioangulado, seguido del eje vertical según Winter, mientras que para la clasificación de Pell y Gregory, la clase II fue la de mayor prevalencia seguida de la clase I y III que obtuvieron el mismo porcentaje, y la posición que más veces se repitió fue la A, seguida de la posición B. comparando este resultado con el nuestro, solo se encontró similitud en la posición mas no en la clase y eje axial.

Bareiro F., Duarte L. (2014) observaron en su estudio según Winter al eje mesioangular con más prevalencia, en cuanto a la clasificación de Pell y Gregory, la clase II fue la que más porcentaje obtuvo y para la posición esta fue diferente tanto para el género femenino como para el masculino, teniendo a la posición A y B con más prevalencia. Al comparar nuestros resultados con los antes mencionados, no se encontró similitud.

En la investigación de Crespo P., Farfán M., García A., Landi D. (2014) observaron según la clasificación de Pell y Gregory que la posición y clase más prevalente fueron la II B, seguida de la II A. Según la clasificación de Winter, el eje axial que más se repitió fue el Mesioangular. Mientras que en el presente estudio fue la posición y clase I A, la más prevalente, y el eje axial vertical la que más se repitió. Encontrándose una clara diferencia en los resultados de ambos estudios.

Por otro lado, Gonzales (2014) observó que la clase II según la clasificación de Pell y Gregory (diámetro) y posición vertical según Winter fueron las más predominante en la pieza 38, y la posición B de Pell y Gregory (profundidad) en la pieza 48. Mientras que en el presente estudio los resultados reflejan que la profundidad más frecuente para los terceros molares es de clase I, posición A y eje axial vertical. Encontrándose diferencia en la clase y posición entre ambos estudios. Lo que nos dice que en muchos casos solo el eje axial vertical es el que más predomina.

Pluas (2014) observó que la clase más prevalente fue la I en el sexo masculino y la clase II en el sexo femenino. La posición que más prevaleció fue la posición A en pacientes de sexo masculino, la clase y posición que más prevalece es la clase I A en pacientes de sexo masculino en edades de 21 a 30 años. En el presente estudio se observó que la clase que más prevalece es la clase I en el sexo masculino con un 55,6%, la clase II en un 50,8% en el sexo femenino. La posición que más prevaleció fue la posición A en pacientes de sexo masculino en un 72,2% y un 66,7% para el sexo femenino. La clase y posición según que más prevalece es la clase I A en pacientes de sexo masculino y la clase II A para pacientes del sexo femenino. Encontrándose una gran similitud entre ambos estudios, en cuanto al género.

Velástegui (2013) demostró que en la mandíbula predominan terceros molares con posición mesioangular según Winter, así como la clase II y la posición A según Pell y Gregory. En cuanto al género existe mayor mal posición en el sexo masculino. En el presente estudio observamos que el eje axial más

frecuente es el vertical, la clase más frecuente es la clase I y la posición A, notando las diferencias en el eje axial y la clase entre ambos estudios.

En el estudio de Villavicencio (2017) solo se tomó en consideración la profundidad de la clasificación de Pell y Gregory, encontrándose a la posición A como la más prevalente, además de ser en el género femenino la que más la presente. Mientras que en comparación con la presente investigación solo hubo diferencia en el género, ya que la posición fue la misma, pero el género que más se presentó esta posición fue la masculina.

Alva (2016) en su investigación conto con un mayor porcentaje de pacientes del género femenino. También tuvo como resultado más prevalente según Winter a la posición vertical, y según Pell y Gregory la clase I y la posición A fueron las más prevalente, mientras que en comparación con nuestro estudio se encontró que todos los resultados obtenidos de la investigación de Alva fueron iguales, tanto en la clase posición y eje axial.

Por otro lado Díaz (2016) solo se basó en la clasificación de Pell y Gregory observando que la clase y posición más prevalente en su estudio fueron la II B para ambos géneros, seguida de la I B. Mientras que en la presente investigación la clase y posición que más prevaleció fue la I A, lo cual evidencia que los resultados no coincidieron.

Rodríguez (2016) observo que en su estudio el mayor número de pacientes atendidos fue del género masculino, según Winter el eje más común encontrado entre estos pacientes fue el mesioangular, mientras que según Pell y Gregory la clase más prevalente fue la III, en cuanto a la posición el que más

se repitió fue la A. cuando se comparó estos resultados con la presente investigación solo arrojo un que coincidió en la posición como más prevalente, ya que el eje axial y la clase no tuvo similitud alguna.

En el estudio de Ccahuantico (2014) se observó como resultado más prevalente según Pell y Gregory a la clase II posición B, seguida de la clase III posición A, la cual en comparación con nuestro estudio, no se evidencio similitud ya que la clase y posición más prevalente fue I A, seguida de la clase II posición A.

Palacios (2014) observó que las posiciones según Winter, más prevalentes fueron vertical y mesioangulada sin haber diferencia entre ambos géneros. De la misma manera, la posición más prevalente fue la I A. En el presente estudio observamos que la posición más prevalente fue a vertical, seguida de la mesioangulada, similar al anterior estudio. Las posiciones más frecuentes fueron la clase I A y la clase II A. Además, similar al estudio de Palacios, se observó que no existe diferencia en la posición del tercer molar entre ambos géneros.

Rodríguez (2014) observo a la clase I posición A y eje axial mesioangular como la más prevalente de su estudio. Mientras que en la presente investigación se coincidió con los resultados obtenidos de Rodríguez solo para la clasificación de Pell y Gregory, ya que el eje axial que más veces se repitió en este estudio fue la vertical según Winter.

El desarrollo de este tema es importante en diferentes aspectos, ya que solo hablar de terceros molares incluye hablar desde su formación dentro de la

cavidad oral hasta el momento en que esta es retirada mediante una exodoncia, o utilizada tras la pérdida de las otras molares, ya sea con fines prostodóncicos (prótesis parcial, prótesis fija) o con fines ortodóncicos.

La odontogénesis de esta pieza inicia a muy temprana edad pero como se sabe no la observamos en boca hasta la etapa de la juventud. Entonces ¿cómo podremos saber en qué clase, posición y eje axial erupcionará el tercer molar en cuanto a la edad y el género, sin haber tomado una radiografía antes? Lo que se busca en este estudio no es dejar de usar las radiografías como un examen auxiliar, que dicho sea de paso se ha vuelto muy indispensable antes de realizar cualquier tratamiento odontológico, sino implementar este tipo de estudio basado en clasificaciones para usarlo como un nuevo método en el diagnóstico de la posición de los terceros molares, y porque no, incluir también otras piezas dentarias que se encuentren retenidas o impactadas como los caninos, y hasta incorporar otros tipos de clasificaciones, como la clasificación de Archer, de Menéndez y García Perla, la del Dr. Javier Sánchez Torres y la posición del canal mandibular según Carter y Ken, las cuales relacionan al tercer molar con otras estructuras de la cavidad oral, como mucosa, hueso y el nervio milohioideo.

Una vez obtenido el precedente de lo que se halló en otros pacientes, podremos utilizar los resultados con los nuestros verificando los más prevalentes.

De esta manera se busca tener como base estos estudios para tener una idea de cómo se encontrara la pieza dentaria del paciente que va a ser sometida al tratamiento de exodoncia, en cuanto a la edad y género.

También se puede establecer cuan importantes son las clasificaciones en los tratamientos quirúrgicos. Porque si bien la presente investigación no se abarca en cómo realizar la exodoncia de un tercer molar, esta si nos da herramientas para poder hacer un buen abordaje quirúrgico según como encontremos la pieza dentaria en cuanto a su posición (profundidad), clase (diámetro de la rama ascendente hasta cara distal de la pieza contigua) y eje axial (longitud en referencia a la pieza contigua), para así tener un buen plan de tratamiento, evitando las posibles complicaciones y estimando el tiempo necesario para realizar la exodoncia, lo que nos da otro tema de investigación tan interesante como el ya expuesto.

CONCLUSIONES

- Se concluye que la clase más observada fue la clase I (48,5%), seguida de la clase II (47,5%). La posición más observada fue la A (68,7%), seguida de la B (28,3%). El eje axial más observado fue la vertical (52,5%), seguido del mesioangulado (31,3%).
- De acuerdo al género, la clase más prevalente en hombres fue la clase I y en mujeres fue la clase II. La posición más prevalente fue la A para ambos y el eje axial más prevalente fue el vertical también para ambos. No existió relación significativa entre las características de terceros molares y el género.
- De acuerdo a la edad, la clase más prevalente fue la clase I la cual se encontró en el 2º grupo etario (23 a 27 años), la posición más prevalente fue la posición A, también del 2º grupo etario y el eje axial con mayor prevalencia fue el vertical el cual se encontró en el 1º grupo etario (18 a 22 años). No existió relación significativa entre las características de terceros molares y la edad.
- En general, las características agrupadas más prevalentes fueron I A vertical, seguida de la II A mesioangulada y la II A vertical.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que los odontólogos conozcan tanto la clasificación de Pell y Gregory, como la de Winter, con el fin de que las apliquen en su consulta odontológica para complementar el diagnóstico, y que les sirva de criterio para la decisión del tratamiento final.
- Se recomienda realizar estudios similares en poblaciones más grandes para tener datos a grandes escalas de las clases, posiciones y eje axial.
- Se sugiere realizar estudios incluyendo a poblaciones con rasgos raciales diferentes y de distintas procedencias.
- Se recomienda que las exodoncias de las terceras molares deban ser practicadas por cirujanos maxilofaciales o por un odontólogo general muy capacitado, por la complejidad que esta representa.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hidalgo A. Prevalencia de posición de terceros molares mandibulares en pacientes de clínica odontológica UCSG semestre B-2016 [Tesis para obtener el título de Odontólogo] Guayaquil: UCSG; 2017.
2. Albán KF. Efecto que produce la extracción de premolares mandibulares por tratamiento de ortodoncia en el cambio de posición de terceros molares, según la clasificación de Pell y Gregory luego de la retracción del segmento anteroinferior. [Tesis para obtener el título de Especialista en Ortodoncia] Guayaquil: UGEP; 2016.
3. Arellano JA. Estudio Comparativo de la Posición de Terceros Molares según la Clasificación de Pell & Gregory y Winter. Trabajo Comparativo y Descriptivo [Tesis para obtener el título de Odontólogo] Quito: USFQ; 2015.
4. Moreira P. Características de los terceros molares inferiores retenidos observados por medios radiográficos, UCSG- 2014 [Tesis para obtener el título de Odontólogo] Guayaquil: UCSG; 2015.
5. Bareiro F., Duarte L. Posición más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá hasta el año 2012. Rev Nac Itauguá 2014; 6 (1): 40-8. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742014000100005
6. Crespo P., Farfán M., García A., Landi D. Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell y

Gregory en la facultad de odontología de la universidad de cuenca [Tesis para obtener el título de Odontólogo] Cuenca: UCFO; 2014.

7. González Muñoz, FA. Frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo abril - junio 2014 [Tesis para obtener el título de Odontólogo] Quito: UDLA; 2014.
8. Pluas AJ. Estudio de la prevalencia de los terceros molares según la clase y posición de Pell y Gregory, mediante los análisis radiográficos de los pacientes de la clínica de cirugía del paralelo 5/1 de la Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Guayaquil en el año 2013 [Tesis para la obtención del título de Odontólogo]; 2014.
9. Velástegui IR. Estudio de mal posiciones de terceros molares en una muestra de pacientes entre 16-35 años de edad atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Riobamba durante el periodo abril - octubre 2013 [Tesis para la obtención del título de Odontólogo] Riobamba: UNCH; 2013.
10. Villavicencio M. Frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el centro radiológico Tomodent, Guanacaste-Costa rica, 2015. [Tesis para obtener el título de Especialista en Radiología bucal y Maxilofacial] Lima: UPCH; 2017.
11. Alva L. Frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores atendidos en el Hospital Militar Central Lima – 2015 [Tesis para la obtención del título de Odontólogo] Huánuco: UDH; 2016.

12. Díaz R. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores con relación a la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 25 años de edad atendidos en dos centros radiológicos del distrito de Trujillo en el año 2013 [Tesis para la obtención del título de Odontólogo] La Libertad: UPAO; 2016.
13. Rodríguez K. Incidencia de terceros molares inferiores retenidos y semiretenidos según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes mayores de 17 años de edad que acudieron a la consulta odontológica del Hospital militar de la III División del Ejército Arequipa en el año 2015 [Tesis para la obtención del título de Odontólogo] Arequipa: UCSM; 2016.
14. Ccahuantico J. Espacio disponible y posición del tercer molar inferior para su erupción según la clasificación de Pell y Gregory en estudiantes de 18 a 22 años de la C.P. de Odontología UNSAAC [Tesis para la obtención del título de Odontólogo] Cusco: UNSAAC; 2016.
15. Palacios MB. 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 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Lima: UPC; 2014.
16. Rodríguez R. Posiciones de las terceras molares mandibulares según las clasificaciones de Pell y Gregory y Winter en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2012-2014 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Tumbes: USS; 2014

17. Gay C, Berini L. Cirugía bucal. Vol. 1. Barcelona: Océano Ergon; 2004.
18. Sailer H, Pajarola G. Atlas de Cirugía Oral. Barcelona: Masson; 1997.
19. Kirk R. Técnicas Quirúrgicas Básicas. 5º ed. Madrid: Elsevier; 2003.
20. Chiapasco M. Cirugía oral 3º ed. México DF: Masson; 2006.
21. Raspall G. Cirugía Oral e Implantología. 2º ed. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
22. Arteaga N. Cirugía Bucal. Quito: Rodin; 2004.
23. Donado M. Cirugía bucal patología y técnica. 3º ed. México: Masson; 2002.
24. Moncunill J, Rivera A. Puesta al día sobre el tercer molar inferior. Implicaciones en el tratamiento de ortodoncia. Ortodoncia Clínica. Rev Caso Clínico (Esp). 2008; 11(4): 180-4. Disponible en: <http://files.sld.cu/ortodoncia/files/2010/04/oc-11-4-002.pdf>
25. Ries Centeno G. Cirugía Bucal. 9º ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1991.
26. San Juan Zamora L. Terceras molares y dientes retenidos. Rev Odon Act 2013; 10(124): 46-8.
27. Fuentes R, Beltrán V, Cantín M, Engelke W. Remoción de terceros molares mandibulares con asistencia endoscópica. Nota técnica de un nuevo procedimiento quirúrgico para prevenir lesiones del NAI y formación de defectos óseos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral 2012; 5(2): 83-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539112700976>
28. Días-Ribeiro E, Lacet de Lima-Júnior J, Barbosa JL, Barreto Haagsma I, Barbosa Sousa de Lucena L. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell &

- Gregory. Rev Odon (Mex). 2009; 13(4): 229-33. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2009/uo094f.pdf
29. Méndez. L .Exodoncia del tercer molar inferior, factores anatómicos y quirúrgicos. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Madrid: USC; 2005.
30. Ascanao Olazo J. Exodoncia de tercera y cuarta molar retenidas y fusionadas en posición horizontal: Presentación de caso clínico. Revista de Investigación Universidad Wiener (Perú). 2014; 3: 83-7. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/268904420/EXODONCIA-DE-TERCERA-Y-CUARTA-MOLAR>
31. Rodríguez-Fernández M, Mendiburu-Zavala C, Peñaloza-Cuevas R. Pericoronitis asociada con terceros molares retenidos. Prevalencia y otros síntomas asociados. Revista Odontológica Latinoamericana (Mex.). 2008; 0(1): 9-12. Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V00N1p9.pdf>
32. Moncada Escorcía R, Martínez-González J, Merchán Morales S, Barona Dorado C, Fernández Cáliz F. Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid. Av Odontoestomatol (Esp.). 2009; 25 (1): 35-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n1/original4.pdf>
33. Fuentes FR, Oporto VG. Tercer molar ectópico impactado en zona retromolar. Reporte de caso. Int J Morphol 2009; 27: 35-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000100006

34. Bachmann H, Cáceres R, Muñoz C, Uribe S. Complicaciones en cirugía de terceros molares entre los años 2007 - 2010, en un hospital urbano. *Int J Odontostomat (Chile)*. 2014; 8(1):107-12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100014
35. Morejón Álvarez F, López Benítez H, Morejón Álvarez T, Corbo Rodríguez M. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. *Rev Cubana de Estomatol* 2000; 37(2):102-05. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v37n2/est05200.pdf>
36. Huaynoca Achá N. Tercer molar retenido -impactado e incluido. *Rev de Actualidad Clínica*. 2012; 25: 1213-17. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001000005&script=sci_arttext
37. Romanelli H, Adams Pérez E. *Fundamentos de Cirugía Periodontal*. Caracas: AMOLCA; 2004.
38. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 5^o ed. México DF: Mc Grawhill/Interamericana; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

CARACTERÍSTICAS DE TERCERAS MOLARES INFERIORES EN RELACIÓN
A LA CLASE, POSICIÓN Y EJE AXIAL EN PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE EN EL CURSO DE CIRUGÍA ESTOMATOLÓGICA II DE
LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, PERIODO AGOSTO 2015 – JULIO

2016

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÒTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema principal ¿Cuáles son las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016?</p>	<p>Objetivo general Precisar las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.</p>	<p>Las características de los terceros molares inferiores se encuentran relacionados al género y edad.</p>	<p>Variable principal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Género - Edad 	<p>Diseño metodológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - No experimental - Descriptivo o observacional - Transversal
<p>Problemas secundarios PS1 ¿Cuáles son las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de</p>	<p>Objetivos específicos OE1 Evaluar las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II</p>	<p>La frecuencia de la clase, posición y eje axial de los terceros molares inferiores están relacionados con el género y la edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente</p>	<p>Covariables Características de los terceros molares inferiores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clase - Posición - Eje axial 	<p>Población Casos de 136 pacientes tratados quirúrgicamente por exodoncia de terceros molares inferiores registrado del Libro de reporte quirúrgico del Curso de</p>

<p>Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016 según género? PS2 ¿Cuáles son las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad? PS3 ¿Cuál son las características agrupadas de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016?</p>	<p>de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según género. OE2 Medir las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016, según edad. OE3 Valorar las características de los terceros molares inferiores en relación a la clase, posición y eje axial en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.</p>	<p>nte en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016.</p>		<p>Cirugía Estomatológica II.</p>
---	--	---	--	-----------------------------------

ANEXO 2: Tabla n.º 5

Distribución de frecuencia de las variables demográficas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

		N	%	% válido
Género	Masculino	36	36,4	36,4
	Femenino	63	63,6	63,6
	Total	99	100,0	100,0
Edad	18 a 22	48	48,5	51,1
	23 a 27	27	27,3	28,7
	28 a 32	19	19,2	20,2
	SubTotal	94	94,9	100,0
	Perdidos	5	5,1	
	Total	99	100,0	
Pieza tratada	3.8	48	48,5	48,5
	4.8	51	51,5	51,5
	Total	99	100,0	100,0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Se observa la distribución de frecuencia de las variables demográficas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, donde:

De acuerdo al género, 36 (36,45%) fueron de género masculino y 63 (63,6%) fueron de género femenino, de acuerdo a la edad, 48 (48,5%) pertenecían al grupo etario de 18 a 22 años, 27 (27,3%) al grupo de 23 a 27 años y 19 (19,2%) al grupo de 28 a 32 años; 5 (5,1%) no contaban con datos sobre la edad y de acuerdo a la pieza tratada, 48 (48,5%) casos correspondieron a la pieza 3.8 y 51 (51,5%) a la pieza 4.8.

Gráfico n.º 5A

Gráfico circular de la frecuencia del género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

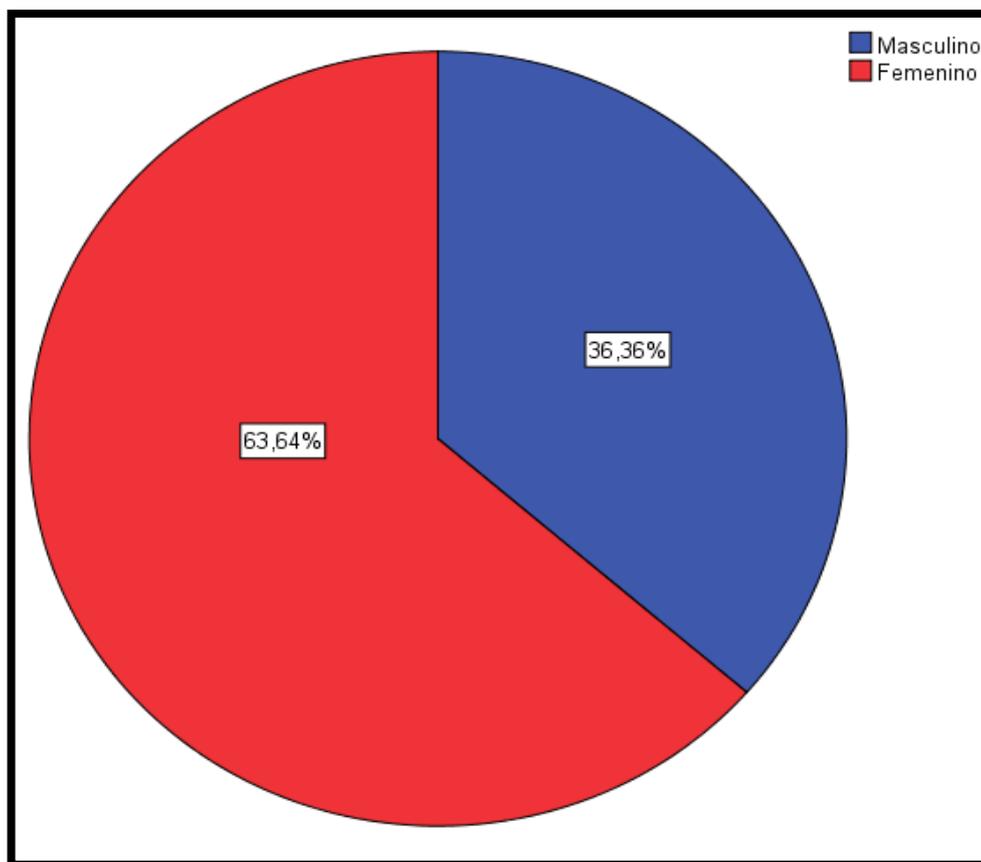


Gráfico n.º 5B

Gráfico circular de la frecuencia de la edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016

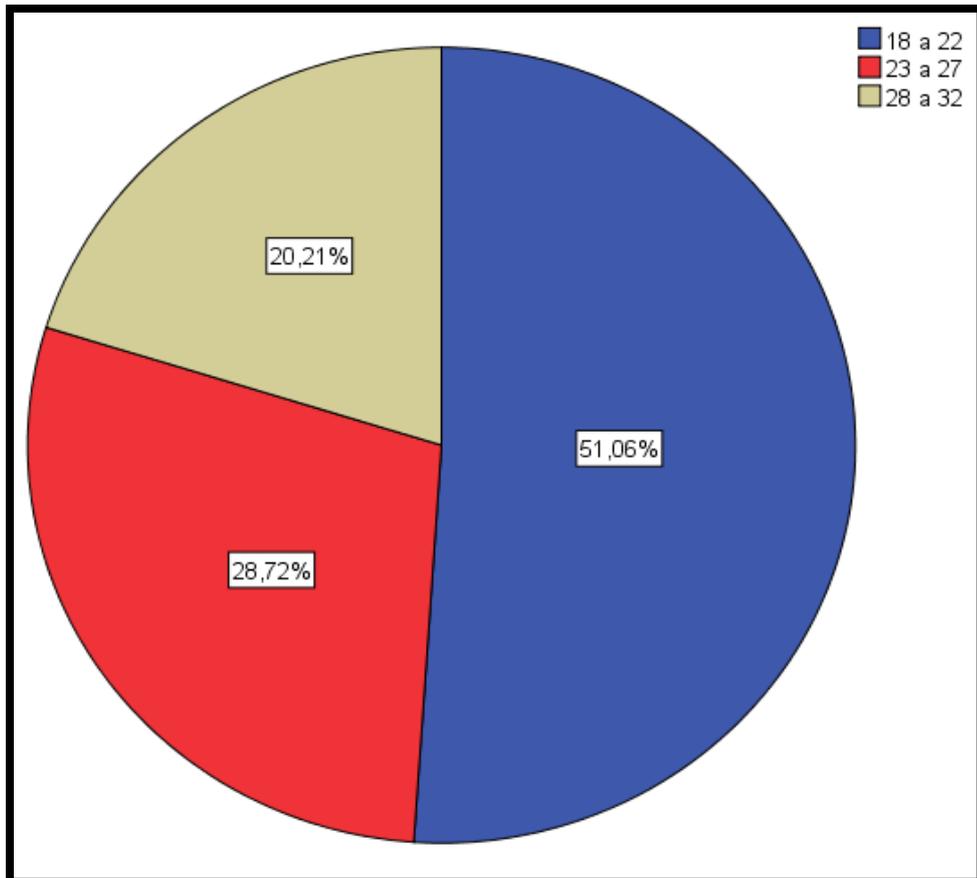
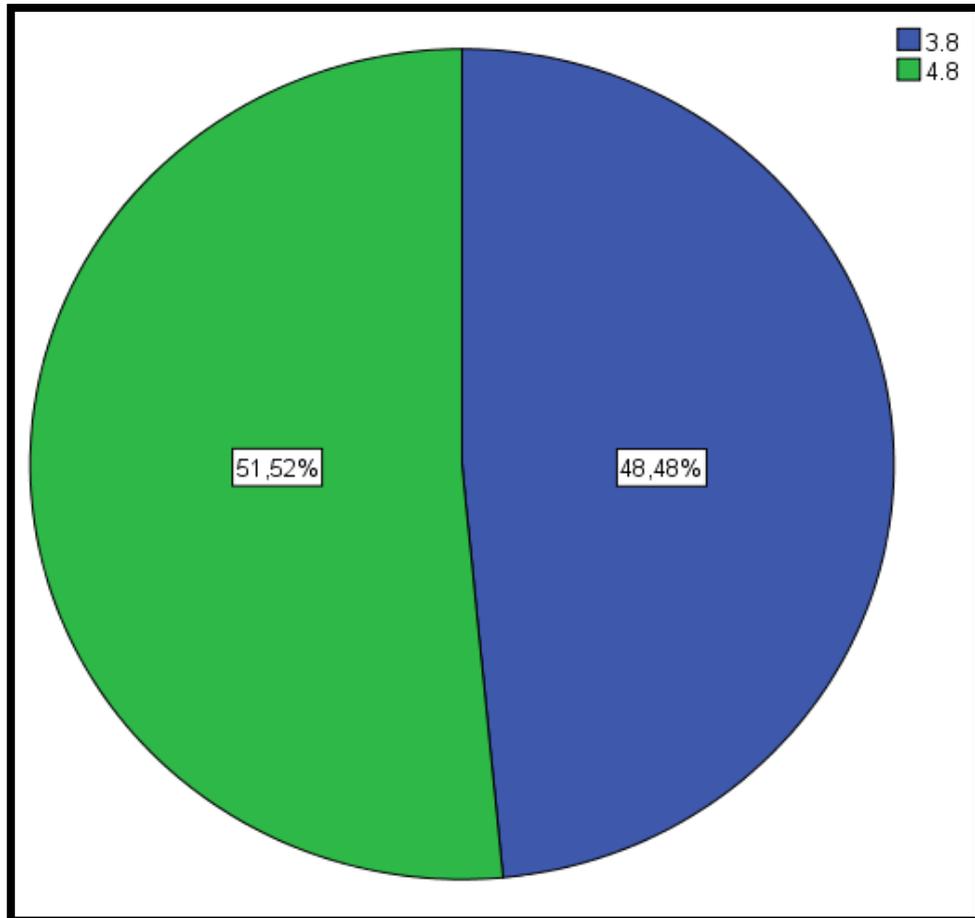


Gráfico n.º 5C

Gráfico circular de la frecuencia de la pieza tratada de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el curso de Cirugía Estomatológica II de la UAP en el periodo agosto 2015 a julio 2016



ANEXO 3: Carta de presentación



Pueblo libre, 30 de Noviembre del 2016

CARTA N° 058 - 2016 - EPEST- FMH y CS - UAP

Señor(ita):
Dra. DENNISE CAMPOS FAJARDO
Administradora de la Clínica Estomatológica UAP

De mi consideración:

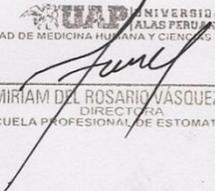
Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la alumna **LUQUE QUINCHOANA MAYRET**, con código **2009145912**, de la Escuela Académico Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "CARACTERÍSTICAS DE LAS TERCERAS MOLARES INFERIORES SEGÚN CLASE, POSICIÓN Y EJE AXIAL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL CURSO DE CIRUGÍA ESTOMATOLÓGICA II DE LA UAP EN EL PERIODO AGOSTO 2015 – JULIO 2016"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,


Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

ANEXO 4: Carta de autorización



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Surco 06 de Diciembre del 2016

Responsables Área de Preclínica-Cirugía Estomatológica II

De mi Consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y a su vez brindarle la Autorización a la Alumna: Luque Quinchoana, Mayret, con código 2009145912, de la Escuela Profesional de Estomatología – Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud – Universidad Alas Peruanas, quien solicita recopilar información del área de Preclínica en el curso de Cirugía Estomatológica II, para la realización de trabajo de investigación (Tesis).

TÍTULO: “CARACTERÍSTICAS DE LAS TERCERAS MOLARES INFERIORES SEGÚN CLASE, POSICIÓN Y EJE AXIAL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL CURSO DE CIRUGÍA ESTOMATOLÓGICA II DE LA UAP EN EL PERIODO AGOSTO 2015-JULIO 2016”

Se expide el presente documento para fines del interesado.

Atentamente,

C.D. DENISSE CAMPOS FAJARDO
ADMINISTRADORA GENERAL
CLINICA DOCENTE ESTOMATOLOGICA

ANEXO 5: Ficha de recolección de datos



Ficha N°.....

RQ.....

Edad.....

Género (M) (F)

Pieza tratada.....

Categoría	Valor	Característica
Clase	I	
	II	
	III	
Posición	A	
	B	
	C	
Eje axial	Vertical	
	Mesioangulado	
	Distoangulado	
	Horizontal	
	Vestibuloversión	
	Linguoversión	
	Invertido	

Fotografía 3



Recolección de datos del reporte quirúrgico del área de archivos de la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas.

Fotografía 4



Radiografía panorámica del área de radiología de la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas.

