



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS- ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**“PREVALENCIA DE LA AGENESIA Y POSICIÓN DE TERCEROS
MOLARES EN EL MAXILAR SUPERIOR EN LA CLÍNICA UCSG
SEMESTRE A-2016”**

AUTORA:

Solis Nuñez, Lissbeth Yadira

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
ODONTÓLOGA

TUTOR:

Dr. Lema Gutiérrez Héctor Alfredo

Guayaquil, Ecuador

14 de Septiembre del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Solis Nuñez Lissbeth Yadira**, como requerimiento para la obtención del Título de **Odontóloga**

TUTOR

f. _____
Dr. Héctor Alfredo Lema Gutiérrez

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

Guayaquil, a los 14 del mes de Septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Solis Nuñez, Lissbeth Yadira**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la Agenesia y Posición de Terceros Molares en el Maxilar Superior en la Clínica UCSG Semestre A-2016** previo a la obtención del Título de **Odontólogo**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 del mes de Septiembre del año 2016

LA AUTORA

f. _____
Solis Nuñez Lissbeth Yadira



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Solis Nuñez, Lissbeth Yadira**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la Agenesia y Posición de Terceros Molares en el Maxilar Superior en la Clínica UCSG Semestre A-2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 del mes de Septiembre del año 2016

LA AUTORA:

f. _____
Solis Nuñez Lissbeth Yadira

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitir culminar mi profesión, por darme a la familia que tengo.

A mi familia por su apoyo incondicional por confiar y creer en mí gracias a ustedes soy lo que soy.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil que me abrió sus puertas hacia la excelencia académica.

A la facultad de Odontología la cual a más del aprendizaje me llevo gratos recuerdos y grandes amigos.

A la clínica odontológica por permitirme realizar mi estudio de investigación.

Al Dr. Héctor Lema por su tiempo y dedicación durante la elaboración de la tesis.

A mis profesores, a quien le debo los conocimientos aprendidos.

A mis dos grandes amigas Marysabel que me brindo su amistad y apoyo a lo largo de la carrera y a Meche por escucharme y darme ánimos para continuar.

A mis dos primas Jennifer y Diana que se convirtieron en mi apoyo.

Los llevare en mi corazón, MUCHAS GRACIAS

Lissbeth Solis

DEDICATORIA

A ti mi Dios por nunca abandonarme y darme fuerzas para continuar.

A mi familia que a pesar de la distancia siempre estuvieron apoyándome y dándome ánimos para continuar y salir adelante.

A mi padre Ángel que sin su apoyo no hubiera culminado mi carrera.

A mi madre Lidia por estar siempre a mi lado dándome apoyo cuando quería decaer y desistir, gracias por ser mi pilar fundamental y fuente de inspiración.

A mis hermanos Ángel y Katherine porque aunque no estuvieron a mi lado nunca me abandonaron.

A mis amigos y amigas por estar pendiente de mí que con sus consejos me daban ánimos para continuar

Con todo mi cariño y amor para las personas que me apoyaron para que yo pudiera culminar mi meta, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.

Lissbeth Solis



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Héctor Alfredo Lema Gutiérrez

TUTOR

f. _____

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

Dra. Gabriela Nicole Landívar Ontaneda

COORDINADORA DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

f. _____

Dr. Héctor Alfredo Lema Gutiérrez

TUTOR

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. INTRODUCCIÓN	17
1.1 JUSTIFICACIÓN	18
1.2 OBJETIVO	18
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	18
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.3 HIPÓTESIS.....	19
1.4 VARIABLES.....	19
2. MARCO TEORICO	22
2.1 AGENESIA	22
2.1.1 Odontogénesis	22
2.1.2 Agenesia	27
2.1.3 Factores de agenesia	29
2.2 CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS	31
2.3 POSICIONES DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES	32
2.3.1 Clasificación de Pell y Gregory	34
2.3.2 Clasificación de Winter	35
2.3.3 Causas o factores de posición	37
2.4 ESTADIOS DE NOLLA	49
2.5 RELACION DEL TERCER MOLAR CON EL SENO MAXILAR	51
2.5.1 Clasificación según Naranjo y Randi.....	53
2.5.2 Clasificación según Winter.....	54
3. MATERIALES Y MÉTODOS	56
3.1 Materiales.....	56
3.1.1 Lugar de la investigación.....	56
3.1.2 Periodo de la investigación.....	56
3.1.3 Recursos empleados	57
3.1.4 Universo	57

3.1.5	Muestra	57
3.2	Métodos.....	58
3.2.1	Tipo de investigación	58
3.2.2	Diseño de la investigación	58
4	RESULTADOS.....	59
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
5.1	Conclusiones	74
5.2	Recomendaciones	75
6	BIBLIOGRAFÍA	76
7.	GLOSARIO.....	79
8.	ANEXOS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema de la formación de la yema o brote dentario	23
Figura 2 Formación del diente permanente en la etapa de brote	24
Figura 3 Esquema de casquete inicial	24
Figura 4 Esquema del estadio de campana inicial	25
Figura 5 Esquema del estadio de folículo oposicional	25
Figura 6 Esquema sobre la formación de diente con raíces uni, bi y trirradiculares.....	26
Figura 7 Estadios de Nolla	51
Figura 8 Agenesia de los terceros molares superiores	29
Figura 9 Agenesia de tercer molar superior derecho por falta de espacio	30
Figura 10 Posición de retenciones del tercer molar superior	32
Figura 11 Impactación de tercer molar inferior por obstáculo mecánico que es el segundo molar	33
Figura 12 Tercer molar incluido	33
Figura 13 Clasificación de terceros molares inferiores según Pell y Gregory	35
Figura 14 Angulo entre los ejes longitudinales del tercer molar y el segundo molar (Clasificación de Winter)	37
Figura 15 Pericoronaritis	40
Figura 16 Caries en el segundo y tercer molar	42
Figura 17 Rizólisis del segundo molar	43
Figura 18 Quiste paradental a nivel del primer molar	44
Figura 19 Ameloblastoma unicístico en la mandíbula	45
Figura 20 Ulceración en el triángulo retromolar	45
Figura 21 Tercer molar con aproximación al seno	55
Figura 22: Las raíces del tercer molar no tienen relación con el seno maxilar	55

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Operacionalización de las hipótesis	21
Cuadro 2: Estadios de Nolla	51
Cuadro 3: Clasificación de Agenesia	27
Cuadro 4: Clasificación de Winter	36
Cuadro 5: Clasificación según Naranjo y Randi	54
Cuadro 6: Cronograma de ejecución de la investigación	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución porcentual de muestra por edad de agenesia de terceros molares superiores retenidos.	59
Tabla 2: Distribución porcentual de muestra por género de agenesia de terceros molares superiores retenidos.	60
Tabla 3: Distribución porcentual de muestra por ubicación de agenesia de terceros molares superiores retenidos.	61
Tabla 4: Distribución porcentual de muestra por edad de pacientes con terceros molares superiores retenidos.	62
Tabla 5: Distribución porcentual de muestra por género de pacientes con terceros molares superiores retenidos.	63
Tabla 6: Distribución porcentual de muestra por ubicación de los terceros molares superiores retenidos.	64
Tabla 7: Distribución porcentual de muestra por ubicación de los terceros molares superiores retenidos.	65
Tabla 8: Distribución porcentual de muestra por estadio de Nolla de los terceros molares superiores retenidos.	67
Tabla 9: Edad vs Estadio de Nolla	68
Tabla 10: Distribución porcentual de muestra con relación de seno maxilar de los terceros molares superiores retenidos.	69
Tabla 11: Prueba de Hipótesis ubicación derecha	72
Tabla 12: Prueba de Hipótesis ubicación izquierda	72
Tabla 13: Observado y Esperado antes del Chi cuadrado	73
Tabla 14: Chi Cuadrado	73

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Distribución porcentual de muestra por edad de agenesia de terceros molares superiores retenidos.....	59
Gráfico 2: Distribución porcentual de muestra por género de agenesia de terceros molares superiores retenidos.....	60
Gráfico 3: Distribución porcentual de muestra por ubicación de agenesia de terceros molares superiores retenidos.....	61
Gráfico 4: Distribución porcentual por edad de pacientes con terceros molares superiores retenidos	62
Gráfico 5: Distribución porcentual por género de pacientes con terceros molares superiores retenidos	63
Gráfico 6: Distribución porcentual de muestra por ubicación de los terceros molares superiores retenidos.	64
Gráfico 7: Distribución porcentual de muestra por ubicación izquierda de los terceros molares superiores retenidos.....	66
Gráfico 8: Distribución porcentual de muestra por ubicación derecha de los terceros molares superiores retenidos.....	66
Gráfico 9: Distribución porcentual de muestra por estadio de Nolla de los terceros molares superiores retenidos derechos.	67
Gráfico 10: Distribución porcentual de muestra por estadio de Nolla de los terceros molares superiores retenidos izquierdos.	68
Gráfico 11: Distribución porcentual de muestra con relación de seno maxilar de los terceros molares superiores retenidos derechos.	69
Gráfico 12: Distribución porcentual de muestra con relación de seno maxilar de los terceros molares superiores retenidos izquierdos.....	70

RESUMEN

Introducción

Los terceros molares son las piezas dentales que presentan más irregularidades durante su desarrollo. Estas piezas son las últimas en erupcionar y en muchos casos no se presenta el espacio adecuado y se producen una impactación, retención e inclusión o en algunos casos se presenta agenesia.

Objetivo

Determinar la prevalencia de la agenesia y la posición de los terceros molares superiores según la clasificación de Winter en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UCSG

Diseño

Se analizaron 150 radiografías panorámicas de pacientes mayores a 17 años de edad atendidos en la clínica Odontológica UCSG, los datos obtenidos del análisis de la radiografía se llenaron en una ficha diseñada para este estudio. La validación de la estadística se realizó mediante la prueba chi-cuadrado, con un grado de significación de 0,05 para 95% de confiabilidad si $p \geq 1,64$.

Resultado

Los resultados nos indican que la prevalencia de terceros molares superiores retenidos fue mayor en el sexo femenino; el grupo de 17-20 años obtuvo mayor porcentaje. La posición encontrada con mayor prevalencia según Winter fue la disto angulada.

En cuanto a la agenesia se presentó mayor prevalencia en el sexo masculino, entre 21-25 años en el lado derecho.

Conclusión

Se observó una alta frecuencia de los terceros molares superiores retenidos en mujeres de 17 a 20 años, con posición distoangulada bilateral que preferían extraerse ambos molares en el mismo día.

Palabras Claves

Terceros molares, agenesia, seno maxilar, estadio, retención, posición.

ABSTRACT

Introduction

The third molars are the teeth that have more irregularities during their development. These pieces are the last to erupt and in many cases, there isn't adequate space, and impaction is presented, also retention and inclusion or, in some cases agenesis occurs.

Objective

To determine the prevalence of agenesis and position of the upper third molars as rated by Winter classification, in patients treated at the dental clinic UCSG

Design

150 panoramic radiographs of patients over 17 years of age treated at the dental clinic UCSG were analyzed, the data obtained from X-ray analyzes were filled in a form designed for this study. Statistical validation was performed using the chi-square test with a significance level of 0.05 for 95% confidence if $p \geq 1$, 64.

Result

The results indicate that the prevalence of retained third molars was higher in females; 17-20 years group scored higher percentage. The position with the highest prevalence found was the angulated according Winter. As for the agenesis higher prevalence in males, between 21-25 years old (on the right side) was presented.

Conclusion

There was a high frequency of upper third molars in women aged 17 to 20 years, with bilateral distoangular position; It was observed they preferred to removed both molars on the same day.

Keywords

Third molar, agenesis, maxillary sinus, stage, retention

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo podemos conocer la prevalencia de agenesia y las diferentes posiciones según la clasificación de Winter que presentan los terceros molares en pacientes que son atendidos en la clínica odontológica de la UCSG

Los terceros molares son las piezas dentales que presentan más irregularidades durante su desarrollo, empezando su formación a los 8 años de edad y completan su periodo de erupción a los 18 a 27 años, presentando variedades en su forma, anomalías y disposición.¹

Estas piezas al ser la últimas en erupcionar y en muchos casos no se presenta el espacio adecuado producen una impactación, retención e inclusión o en algunos casos se presenta agenesia.⁴

Es el diente que por lo general no termina su erupción es decir que se encuentra total o parcialmente retenida en el hueso, esta retención es muy frecuente y afecta al 75% de la población, presentando diferentes complicaciones desde el punto de vista clínico como pericoronitis, periodontitis, caries, reabsorción de raíces de segundo molares, quistes, desbalances oclusal y disfunciones en la ATM.²

Debemos saber que los dientes retenidos son un problema que el odontólogo debe enfrentar, un estudio nos revela que aproximadamente el 65% de la población presenta por lo menos un tercer molar retenido a la edad de 20 años.³

Se ha determinado que en individuos de raza negra existe una menor prevalencia de terceros molares impactados debido al mayor tamaño mandibular.⁵

En la mayoría de los casos se presenta de forma bilateral y puede ser genético. Existen factores que se relacionan como traumas, fracturas o procedimientos quirúrgicos.⁶

La agenesia de terceros molares puede variar dependiendo del tipo de población que vamos a estudiar, al analizar la dentición permanente nos revela que en los últimos 12 años se encuentra un 5% y 33% de agenesia en los terceros molares.⁷

Podemos encontrar diversas posiciones de los terceros molares que podemos evaluarlos a través de una radiografía panorámica y diagnosticar según las diferentes clasificaciones como la de Winter y la de Pell y Gregory que nos ayudan a facilitar el tratamiento quirúrgico.⁵

La extracción del tercer molar es una de las cirugías que se realizan frecuentemente presentando complicaciones postoperatorias, la frecuencia de estas complicaciones aumentan si la posición del molar representa mayor dificultad quirúrgica.⁵

1.1 JUSTIFICACIÓN

Al realizar este estudio nos va a permitir conocer la agenesia y posición de los terceros molares, la relación con el seno maxilar y su estadio de Nolla, en los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UCSG, saber y poder establecer preoperatoriamente el grado de dificultad quirúrgica de la intervención, conocer las complicaciones postoperatorias y prevenir complicaciones futuras en los pacientes que acuden a la clínica odontológica.

Es muy importante este tipo de estudio porque ayuda al estudiante de la UCSG al momento de hacer la exodoncia de terceros molares a lograr una intervención quirúrgica eficaz y eficiente.

1.2 OBJETIVO

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la agenesia y la posición de los terceros molares superiores según la clasificación de Winter en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UCSG

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de agenesia de los terceros molares superiores en el grupo de estudio.
2. Determinar la prevalencia de sexo y edad que existe en los pacientes que presentan terceros molares superiores retenidos.

3. Categorizar las posiciones que alcanzan los terceros molares superiores retenidos con respecto al eje longitudinal del segundo molar de acuerdo a la clasificación de Winter.
4. Conocer según el estadio de Nolla el desarrollo de los terceros molares superiores retenidos en radiografías analizadas
5. Describir la relación que alcanzan los terceros molares superiores retenidos de acuerdo al seno maxilar según la clasificación de Winter.

1.3 HIPÓTESIS

La presencia de terceros molares superiores retenidos, está relacionado a su posición, seno maxilar y su estadio de Nolla.

1.4 VARIABLES

DENOMINACIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES
<u>VARIABLE DEPENDIENTE</u>			
TERCEROS MOLARES RETENIDOS	Se conoce a un Diente retenido cuando permanece dentro del hueso sin presentar erupción y no ha adquirido su ubicación normal en la arcada dentaria.	Evidencia radiográfica: Presencia o ausencia de terceros molares incluidos	-Si existe -No existe
AGENESIA	Es la ausencia parcial o completa de un órgano o de un tejido del organismo.	Evidencia radiográfica	-Si presenta agenesia. -No presenta agenesia
UBICACION TERCEROS MOLARES RETENIDOS	Diente retenido que puede presentarse solo de un lado siendo unilateral o de ambos lados bilateral	Evidencia radiográfica	-Unilateral -Bilateral
<u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u>			

<p>POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO</p>	<p>Ubicación del tercer molar superior retenido</p>	<p>Según la clasificación de Winter, se dimensionará a través de los siguientes parámetros: Se relaciona con el eje longitudinal del 2do. Molar</p> <p>Mesioangular. Los ejes longitudinales del 3ro. Y 2do. Molar forman un ángulo de 45° de vértice anterosuperior. Horizontal. Los ejes longitudinales del 3ro. Y 2do. Molar son perpendiculares Vertical. Los ejes longitudinales del 3ro. Y 2do. Molar se presentan en forma paralela. Distoangular. Los ejes longitudinales del 3ro. Y 2do. Molar forman un ángulo de 45° de vértice anteroinferior. Invertido. Se presenta un giro de 180° del tercer molar.</p>	<p>Según la clasificación de Winter:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vertical -Horizontal -Meso angulado -Disto angulado -Invertido
<p>POSICION DEL SENO MAXILAR CON EL TERCER MOLAR RETENIDO</p>	<p>Ubicación del seno maxilar con respecto al tercer molar retenido</p>	<p>Será dimensionada de acuerdo a la posición entre el tercer molar y el seno maxilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relacionado al seno: Se presenta una fina capa de hueso o muchas veces no presenta hueso. -No relacionado al 	<p>Según Winter describen la posición con respecto al seno maxilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relación con el seno -No hay relación con

		seno: Cuando existe una distancia de 2mm o más de hueso-.	el seno
FORMACION CORONA-RAIZ	Se observara el desarrollo del tercer molar retenido.	Sera dimensionada a través de los estadios de Nolla -Ausencia de cripta -Presencia de cripta -Calcificación inicial -Un tercio coronario -Dos tercios coronarios -Corona casi completa -Corona completa -Un tercio radicular -Dos tercios radiculares -Raíz casi completa -Raíz completa y ápice cerrado.	Clasificación de Nolla.
VARIABLE INTERVINIENTE			
LUGAR	Es el lugar donde se encuentra el tercer molar superior	Ubicación	-Derecho -Izquierdo -Ambos
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Agrupaciones de pacientes según sus edades	-17 a 20 -21 a 25 -26 a 29 -30 o mas
GENERO	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Sexo	-Masculino -Femenino

Cuadro 1: Operacionalización de las hipótesis

2. MARCO TEORICO

2.1 AGENESIA

2.1.1 Odontogénesis

La odontogénesis permite la formación de los diferentes dientes en los maxilares. Se conoce a dos grupos de piezas dentarias los primarios y permanentes. Su estructura histológica es muy parecida y se desarrollan de la misma forma. ¹⁰

La determinación, diferenciación y organización de los diferentes tejidos dentales se va a formar por la interacción del epitelio y mesénquima¹⁰

La odontogénesis presenta 2 fases que son:

- La Morfogénesis: la división, desplazamiento y organización de capas celulares, epiteliales y mesenquimática van a producir la formación de patrones coronarios y radiculares. ¹⁰
- Histogénesis: se forman los tejidos dentarios, esmalte, dentina y pulpa en cada uno de sus patrones. ¹⁰

2.1.1.1 DESARROLLO Y FORMACION DEL PATRON CORONARIO

Se presentan muchos cambios alrededor de la 6ta. Semana de vida intrauterina (45 días). Presentándose la diferenciación de la lámina dental. ¹⁰

Las células basales del epitelio bucal proliferan por el borde libre de los futuros maxilares Inducidas por el ectomesénquima y forman: la lámina vestibular y lámina dentaria. ¹⁰

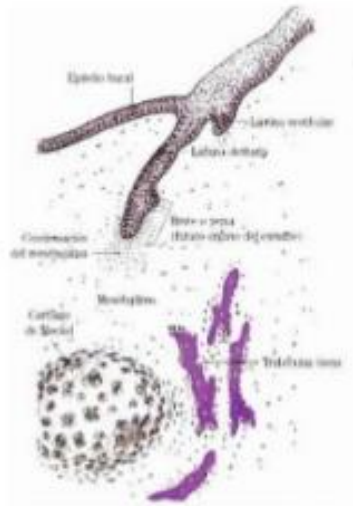


Figura 1 Esquema de la formación de la yema o brote dentario

Fuente: Gómez de Ferris y col., 2009

- Lamina Vestibular

Se forma una hendidura que es el surco vestibular que se encuentra entre el carrillo y zona dentaria producido por las células de la lámina vestibular que aumentan de volumen y se degeneran dentro del ectomesénquima. ¹⁰

- Lamina Dentaria

Se comienzan a formar los 10 crecimientos epiteliales en cada maxilar alrededor de la octava semana, alrededor del quinto mes se van formando los 32 gérmenes permanentes. ¹⁰

Para la formación de los gérmenes dentarios se presentan diferentes etapas:

- Brote macizo o yema

Se presentan las diez yemas en cada uno de los maxilares. La división mitótica de las células en la capa basal produce engrosamientos redondeados. Además se van a formar brotes que dan origen a los órganos del esmalte formándose del ectodermo. ¹⁰

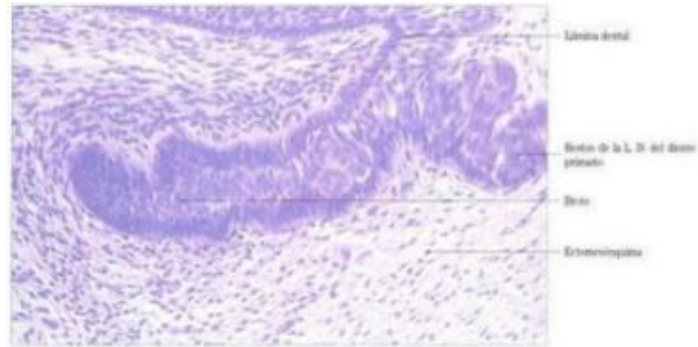


Figura 2 Formación del diente permanente en la etapa de brote

Fuente: Gómez Ferris y col. 2009

- Estadio de casquete

Se presenta una concavidad que adquiere una forma de casquete de la cara profunda del brote en la novena semana. Se encierra una parte del ectomesénquima por la concavidad central que es la papila dentaria dando origen al complejo dentino pulpar.¹⁰

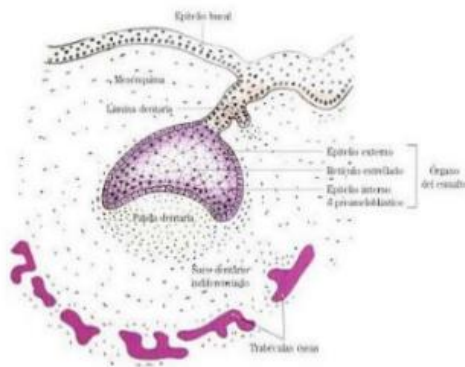


Figura 3 Esquema de casquete inicial

Fuente: Gómez Ferris y col. 2009

En esta etapa se forman 3 estructuras embrionarias fundamentales para el desarrollo dentario

- Órgano del esmalte de origen ectodermo.
- Esbozo de papila dentaria: de origen ectomesénquima
- Folículo dentario: de origen ectomesénquima

Estas estructuras luego de cambios morfológicos, químicos y funcionales darán origen a todos los tejidos dentarios y peridentarios.¹⁰

- Estadio de campana

En las 14 a 18 semanas de vida intrauterina, se acentúa la invaginación del epitelio dental interno adquiriendo la forma de una campana. Se observan modificaciones histoquímicas.

Presenta una nueva capa que es el estrato intermedio que lo diferencia histológicamente con la etapa anterior.¹⁰

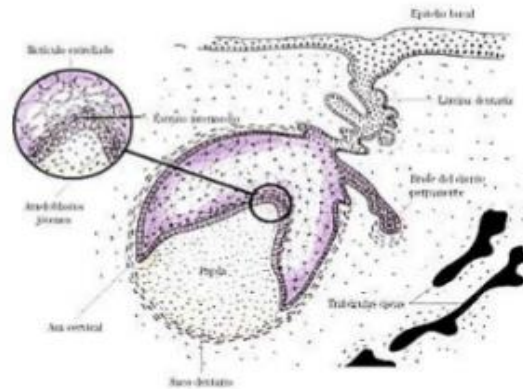


Figura 4 Esquema del estadio de campana inicial

Gómez Ferris y col. 2009

- Estadio de folículo dentinario, terminal o maduro

Se presentan depósitos de matriz del esmalte sobre las capas de la dentina donde se van a formar el borde incisal o cúspides.

Se forman los odontoblastos en la dentina y los ameloblastos en el esmalte que es la matriz orgánica.

Cuando se forma la corona primero van las laminillas de dentina y luego la de esmalte, en la formación de dientes con varias cúspides se forman independientemente y después se unen dando la forma de surcos. Alrededor del 5to y 6to mes de vida intrauterina se produce la mineralización de dientes primarios.¹⁰

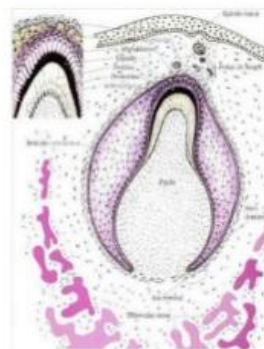


Figura 5 Esquema del estadio de folículo oposicional

Fuente: Gómez Ferris y col. 2009

2.1.1.2 Formación del Patrón Radicular

La raíz del diente se forma por La vaina epitelial de Herwig que es la inductora y modeladora, esto se produce por la fusión del epitelio interno y del epitelio externo del órgano del esmalte.

El desplazamiento de las células epiteliales de la vaina hacia la zona periodontal comienza con la formación de dentina.

Cuando se presentan dientes con varias raíces la vaina produce varias lengüetas epiteliales que van a formar el piso de la cámara pulpar, y que van a ir por cada raíz. ¹⁰



Figura 6 Esquema sobre la formación e diente con raíces uni, bi y trirradiculares

Fuente: Gómez Ferris y col. 2009

2.1.1.3 Edad Dental

La mineralización de las coronas de los dientes deciduos comienza a los 3 o 4 meses de vida intrauterina, continua su calcificación en el nacimiento, la formación de la raíces se completa en el año y medio y tres años de edad. La mineralización de la dentición permanente dura unos 9 años, comenzado con el primer molar permanente en el momento del nacimiento. ¹⁰

2.1.2 Agenesia

Así como otras estructuras como los dedos, las vértebras y las costillas, los dientes también tienen una gran tendencia de agenesia.⁷

Se conoce como agenesia dental a la ausencia de las piezas dentarias que pueden ser temporales o permanentes por distintos factores que han alterado en la formación de la lámina dentaria en el periodo embrionario.⁷

Puede ser parcial o total, la agenesia total es rara y cuando se presenta está ligada a la displasia ectodérmica.

Hipodoncia	Ausencia de uno a seis dientes
Oligodoncia	Ausencia de seis o más dientes
Anodoncia	Ausencia total de dientes.

Cuadro 2: Clasificación de Agenesia

Fuente: Díaz A., Echaverry R. Agenesia en dentición Permanente. Rev. Salud pública. México. 2009: 11(6): 961-969.

Estudios realizados nos indican que los dientes con mayor agenesia son el 2do. Premolar inferior (3.4%) e incisivos laterales superiores (2.2%). Siendo los terceros molares las piezas dentarias con mayor frecuencia de agenesia (20%)²⁹

Estadísticamente se dice que existe un 20% en dentición permanente incluidos terceros molares pero se presenta entre 1,6% y 9,6% en dentición permanente si son excluidos los terceros molares.²⁹

En cambio en los dientes temporales existe una prevalencia entre 0,5% y 0,9%.²⁹

La agenesia de terceros molares es variable y va a depender del tipo de población (edad, raza, sexo) a la cual se realiza el estudio.²⁹

2.1.2.1 AGENESIA DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES

El tercer molar superior es la pieza dental con mayor prevalencia de agenesia, esto va a variar dependiendo del tipo de estudio y del tipo de población que estudiemos. Se reportan estudios con porcentajes que oscilan

entre el 5% y el 37% de agenesia, siendo más frecuente en el sexo femenino.²⁸

Cuando existe agenesia de terceros molares puede haber una mayor incidencia de agenesia de otras piezas dentarias aumentando tres veces sus probabilidades.²⁸

Existen diferentes teorías como la reducción de tamaño de los maxilares por la reducción evolutiva en el tamaño corporal genéticamente.²⁸

Autores como Moyers, 1963, Joshi, 1964 Ricketts, 1968, Harold, 1981 Pascual, 1978 y Torre y colaboradores, 2002 entre otros, sugieren que el crecimiento facial, entre los maxilares, se debe a cambios ambientales, ya que establece que el desarrollo facial puede verse afectado por fuerzas musculares inadecuadas.²⁸

Sin embargo, Moss, 1969 y Enlow y Hans, 1998, creen que no solo los factores ambientales son los que determinan el crecimiento, sino que la parte genética del individuo y el tipo facial desempeñan un papel importante.²⁸

Figún y Garino señalan que el tamaño de los maxilares han sido modificados por la alimentación sobre todo a nivel mandibular, reduciendo el espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del tercer molar.²⁸

La agenesia de los terceros molares mandibulares es una manifestación de alteraciones genéticas y no de resultados de procesos evolutivos.

Existen múltiples teorías que nos explican la agenesia entre ellas encontramos:

- Teoría filogénica: considera que la agenesia dental va asociada a cambios evolutivos de la especie, como una hipofunción masticatoria, así como alteraciones de tamaño y forma.
- Teoría mendeliana: se va a asociar a la transmisión genética, ambos padres transmiten esta característica
- Teoría ortodoncia: el desarrollo de los maxilares son en sentido anterior y si se produce alguna interposición en su desarrollo anterior se producirá retenciones.



Figura 7 Agenesia de los terceros molares superiores

Fuente: Lissbeth Solis

2.1.3 Factores de agenesia

Podemos encontrar múltiples factores que se asocian a este problema:

FACTORES AMBIENTALES

Existen algunos factores ambientales que pueden alterar la formación del germen dentario.²⁸

- Pueden alterar la formación del germen dentario durante el embarazo o la infancia
- Se conocen muchos factores ambientales entre ellos encontramos a:
 - Trauma facial o dental.
 - Radioterapia o quimioterapia.
 - Infecciones maxilofaciales.
 - Enfermedades sistémicas (disfunción endocrina, sífilis, raquitismo, disfunción glandular)
 - Medicamentos (talidomida)
 - Infecciones entre ellos encontramos el sarampión y rubeola que se presentan en el embarazo.
 - Alteraciones endocrinas
 - Deficiencias nutricionales
 - Patologías intrauterinas severas.³⁰

FACTORES FÍSICOS

- Mecánicos
- Fracturas
- Procedimientos quirúrgicos

FACTORES LOCALES

- Tumores o quistes
- Fibrosis del tejido gingival
- Hipotiroidismo
- Espacio retro molar reducido
- Extracciones del primordio del diente temporal



Figura 8 Agenesia de tercer molar superior derecho por falta de espacio

Fuente: Lissbeth Solis

FACTORES HEREDITARIOS

Uno de los factores principales de agenesia es el factor hereditario en donde varios estudios a distintas familias nos revelan que presentan la misma condición de agenesia. Esto está asociado al gen autosómico dominante.³⁰ Un estudio realizado por Quinteros en el año 2002 a familias colombianas se encontró que la agenesia predominó en pacientes de sexo femenino de forma bilateral afectando a los terceros molares en un 38.4%, se encontró un patrón de herencia autosómico dominante incompleto.³⁰

FACTORES EVOLUTIVOS

- La teoría de evolución que existe una reducción del tamaño de los maxilares, presentando el tamaño y número de dientes normales. Presentando ausencia por lo general de los dientes más distales como en molares será el tercer molar, en incisivo será el lateral y en premolar será el segundo premolar.³⁰

2.2 CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS

Los terceros molares son las últimas piezas dentales en erupcionar, al ser las últimas en erupcionar pueden presentar mal posiciones, malformaciones y agenesia.⁸

La formación de los terceros molares empieza cuando la lámina dental del ectodermo se desplaza distalmente, interactúa con el mesénquima mandibular.⁸

A los 5 años de edad cuando se presenta un desarrollo de la mandíbula interactúan estos 2 tejidos, pero sino interactúan el tercer molar no se va a formar y se presentara una agenesia.⁸

La etiología de esta anomalía se relaciona con una alteración durante el proceso de formación de la lámina dentaria. Durante la formación de los terceros molares factores genéticos, ambientales, físicos, mecánicos, infecciosos, farmacológicos, trastornos intrauterinos, alteraciones endocrinas y deficiencias nutricionales pueden influir en la formación de la mandíbula.⁸

Del segundo molar se desprende el mamelón del tercer molar estos nacen de un mismo cordón epitelial.¹¹

Su calcificación comienza a los 8 -10 años y la calcificación de la corona comienza a los 15-16 años y sus raíces se calcifican a los 25 años aproximadamente.¹¹

Radiográficamente se debe observar la cripta del tercer molar cuando la raíz del segundo molar se forma. Si aún no se presenta podría ver una ausencia de tercer molar.¹¹

De la tuberosidad erupciona el tercer molar y llega al reborde alveolar que va a estar entre el 2do. Molar y la sutura pterigomaxilar, a veces se desvía hacia el vestíbulo o hacia el 2do. Molar.¹¹

Los terceros molares ausentes son evidencia de tendencias evolutivas, por la disminución en el tamaño de los maxilares y el número de dientes, probablemente como resultado de una reducción en el tamaño corporal genéticamente determinado.¹¹

2.3 POSICIONES DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES

La retención de terceros molares es de mayor incidencia en la actualidad que cualquier otra pieza dentaria debido a la evolución del hombre y cambios alimenticios por la disminución de la actividad fisiológica del maxilar y los huesos mandibulares, su crecimiento se ve comprometido induciendo a una disminución en el tamaño de estos huesos. ²³

Bases teóricas

Existen distintos términos que muchas veces son utilizados de forma errónea como:

- **PIEZA RETENIDA:**

Es cuando el molar no perfora el hueso provocando una retención primaria, esta retención es detenida sin que se presente una barrera o posición anómala de la pieza dental.¹⁸

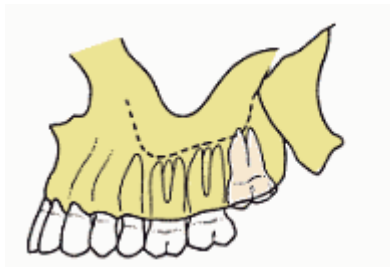


Figura 9 Posición de retenciones del tercer molar superior

Fuente: Hupp J. Cirugía Oral y Maxilofacial 5ta. Edición, editorial Elsevier. 2009; cap. 9: pág.168.

- **PIEZA IMPACTADA:**

Cuando la erupción es detenida por una barrera física o posición anómala del molar.¹⁸

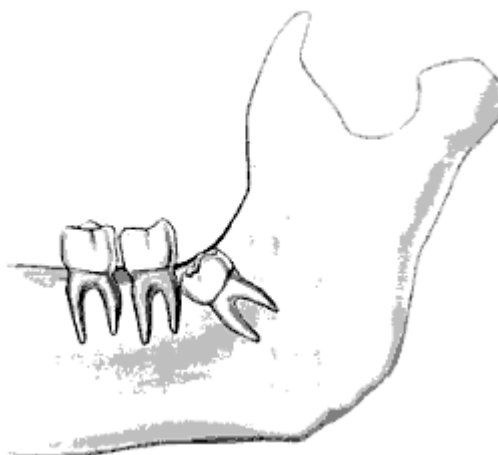


Figura 10 Impactación de tercer molar inferior por obstáculo mecánico que es el segundo molar

Fuente: Raspall G. Cirugía Oral e Implantología. Editorial Medica Panamericana, 2006; cap.5: pág. 100.

- **PIEZA INCLUIDA:**

Cuando el diente se encuentra cubierto completamente por el hueso y el saco folicular luego de su tiempo de erupción.¹⁸



Figura 11 Tercer molar incluido

Fuente: Lissbeth Solis

PATOGENIA

La patogenia de un tercer molar retenido puede causar diferentes alteraciones: abscesos, sinusitis, reabsorción de raíces de los dientes vecinos, presencia de caries del molar retenido y/o del segundo molar, úlceras en la mucosa contigua, asimismo en algunas ocasiones podrían aparecer quistes, ameloblastomas y ulceraciones leucoqueratósicas que pueden degenerar en carcinomas.

La posición de los terceros molares sobre todo de los inferiores y su irritación crónica, puede provocar complicaciones nerviosas o vasomotoras como: dolores faciales, trismus y parálisis facial ipsilateral.

La angulación del tercer molar superior presenta mínimas variaciones por lo general encontramos: vertical, distoangular y mesioangular. En posiciones menos comunes encontramos transversal, invertida u horizontal.

2.3.1 Clasificación de Pell y Gregory

Relacionamos la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar con el tercer molar. Y su profundidad en relación al hueso.

- Se toma en relación el segundo molar y la rama ascendente con el tercer molar.
 - Clase I: hay espacio entre la rama ascendente y la cara distal del 2do. Molar para la ubicación del cordal.
 - Clase II: se presenta un menor espacio entre la rama ascendente y el segundo molar para la ubicación del cordal.
 - Clase III: no se presenta espacio entre la rama ascendente y el segundo molar, el tercer molar se va a encontrar dentro de la mandíbula.

- La profundidad del tercer molar en relación al hueso:
 - Posición A: Corresponde al plano oclusal del diente retenido está por arriba o en el mismo nivel que el plano oclusal del 2do. Molar.
 - Posición B: corresponde al plano oclusal del diente retenido esta entre el plano oclusal y la línea cervical del 2do. Molar.
 - Posición C: corresponde al plano oclusal del diente retenido por debajo o a nivel de la línea cervical del 2do. Molar.²⁰

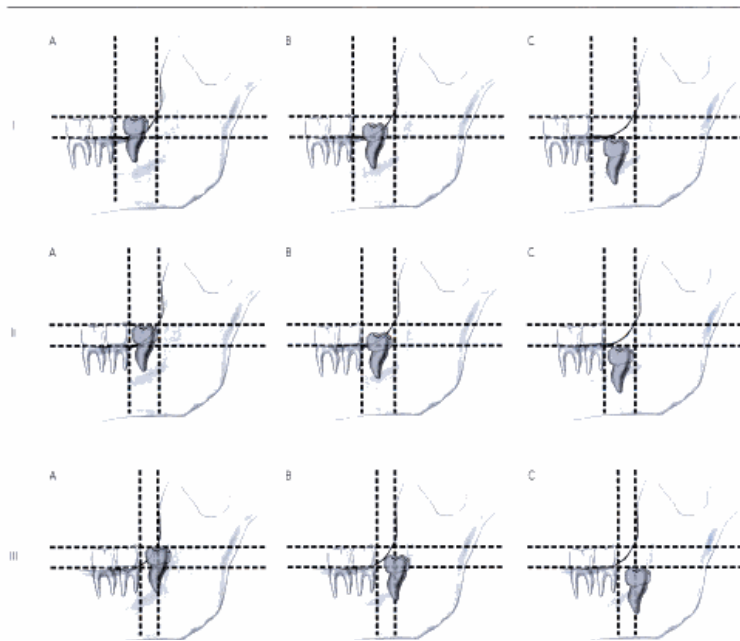


Figura 12 Clasificación de terceros molares inferiores según Pell y Gregory

Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología. Editorial Médica Panamericana. Año 2006; capítulo 5: pág. 104

2.3.2 Clasificación de Winter

Winter realizó una clasificación con respecto a la angulación del eje axial del diente incluido con respecto al eje axial del segundo molar.³

1. Se va a relacionar el tercer molar con la tuberosidad del maxilar y 2do. Molar.
2. Su posición relacionando el eje longitudinal del 2do. Molar.

Su clasificación se divide en varios grupos:

Mesoangulada	<p>Ocurre en un 12%.</p> <p>El eje longitudinal y el eje mayor forman un ángulo de 45° con vértice anterosuperior, el tercer molar retenido está inclinado hacia el segundo molar en dirección mesial.</p>
--------------	--

Distoangulada	<p>Ocurre en un 25%.</p> <p>El eje longitudinal y el eje mayor forman un ángulo de 45° con vértice anteroinferior, el tercer molar retenido está inclinado hacia el segundo molar en dirección distal.</p>
Vertical	<p>Ocurre en un 65%.</p> <p>El eje longitudinal del segundo molar se encuentra paralelo con el eje mayor del diente retenido.</p>
Horizontal	<p>No es muy frecuente.</p> <p>Sus ejes se encuentran perpendiculares, el tercer molar retenido dirige la superficie oclusal en dirección a la corona y raíz del segundo molar</p>
Vestibular	<p>El eje mayor del tercer molar retenido se encuentra en dirección hacia vestibular.</p>
Lingual	<p>Ocurre en menos del 1%</p> <p>El eje mayor del tercer molar retenido se encuentra en dirección hacia lingual.</p>
Transversal	<p>Ocurre en menos del 1%</p> <p>El tercer molar retenido está totalmente en posición horizontal dirigiéndose en sentido vestibulolingual.</p>

Cuadro 3: Clasificación de Winter

Fuente: Mateos I., Hernández F. Revista Odontológica Mexicana. 2006: 9(2): 84-91.

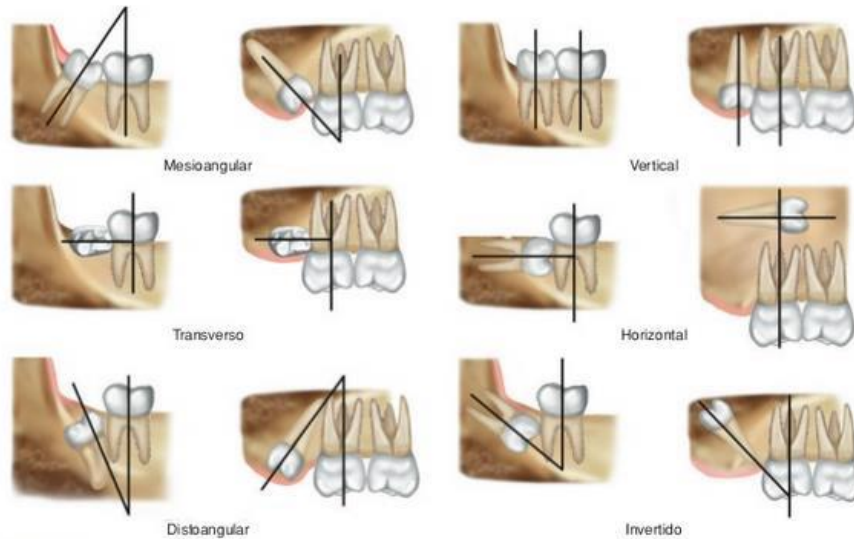


Figura 13 Ángulo entre los ejes longitudinales del tercer molar y el segundo molar (Clasificación de Winter)

Fuente: Cosme Gay Escoda, Tratado de Cirugía Bucal, 2004

2.3.3 Causas o factores de posición

La mayoría de las causas son factores mecánicos, aunque muchos autores indican que pueden existir factores embriológicos a causa de los orígenes y la ubicación de dientes como el tercer molar.

Las causas más comunes para estas alteraciones son:

2.3.3.1 Causa locales

Son las más frecuente e importante en la etiopatogenia de los terceros molares incluidos:

- Se presenta un aumento de su densidad del hueso circundante.
- Maxilares hipodesarrollados provocando una falta de espacio.
- Presión del diente vecino provocando una mal posición
- La mucosa oral de revestimiento puede presentar una inflamación crónica.
- Odontomas, quistes, tumores
- Presencia de algún obstáculo provocado por ciertas alteraciones patológicas

- Malformaciones dentarias:
 - Discrepancia dentomaxilar
 - Gigantismo de dientes temporales
 - Gérmenes supernumerarios
 - Posición anormal del diente
 - Dientes deciduos retenidos
 - Trauma al germen dental. ²¹

2.3.3.2 Causas sistémicas

Estas causas producen trastornos de crecimiento y se presentan cuando existe ausencia de varias piezas dentarias

- alteración genética
- estados carenciales
- alteración endocrina. ²¹

2.3.3.3 Causas prenatales

- Congénitas: cuando en el embarazo se presentan patologías como infecciones, traumatismos, trastornos hereditarios, etc.
- Genéticas: son trastornos hereditarios o familiares.
- Trastornos en el desarrollo de los maxilares (micronagtia, fisuras labio platinas, etc.)
- Trastornos en el desarrollo de los dientes (macrodoncia, dientes supernumerarios, etc.)
- Trastornos en el desarrollo del cráneo maxilares y dientes (acondroplasia, disostosis craneofaciales, etc.). ²¹

2.3.3.4 Causas postnatales

Son provocadas por las patologías que afectan al desarrollo en el recién nacido (infecciones, síndromes, malnutrición, etc.). ²¹

2.3.3.5 Causas genético-evolutiva

Es la reducción de la mandíbula pero las piezas dentarias tienen el mismo tamaño provocado por una posición bípeda del hombre donde la mandíbula se encuentra más anterior.²¹

2.3.3.6 Factores de prevalencia

Entre los factores que van a afectar la prevalencia de los terceros molares impactados encontramos:

- Tipo de grupo seleccionado (edad, raza, etc.)
- Momento de la erupción dental
- Criterio radiográfico para el desarrollo dental y la erupción.

2.3.4 Indicaciones de remoción

Siempre se ha encontrado discusiones entre cirujanos maxilofaciales sobre la necesidad de realizar tratamiento quirúrgico del tercer molar.²³

Se debe realizar la exodoncia antes que haya un aumento en la incidencia de morbilidad de los tejidos locales, pérdida o lesión de los dientes adyacentes o del hueso, posibilidades lesiones de estructuras vitales, tomando en cuenta que los terceros molares superiores está rodeada de una estructura importante que es la tuberosidad maxilar.²³

La extracción profiláctica de terceros molares retenidos que es la eliminación quirúrgica de los cordales cuando no presentan síntomas. Están asociadas a cambios patológicos como inflamación de encías, reabsorción radicular, enfermedad ósea alveolar o gingival, daño a las piezas dentarias adyacentes y desarrollo de quistes o tumores.

Debemos tener en cuenta que estas muelas muchas veces no cumplen un papel funcional en la cavidad bucal.²³

Existe mayor prevalencia de estas patologías en persona de 17 y 28 años de edad y en el sexo masculino.²³

Las indicaciones para su remoción son:

2.3.4.1 Infecciones

- Pericoronitis.

Es una leve o moderada respuesta inflamatoria en los tejidos blandos que rodean al tercer molar, en un 25 a 30% de los terceros molares impactados se extraen por pericoronitis aguda o recurrente. Una de las causas principales es la acumulación de alimentos y bacterias anaeróbicas.¹⁹

El trauma ocasionado por el tercer molar superior al tercer molar inferior durante la masticación puede provocar pericoronitis.

La pericoronitis puede presentarse tanto en femenino como en masculino, entre 16 y 30 años, pero afecta más entre 20 y 25 años.¹⁹

En un estudio realizado se evaluaron a 100 pacientes con terceros molares retenidos, 67% presentaron pericoronaritis de los terceros molares, 15% fueron superiores y 85% inferiores. Los 67 pacientes con pericoronaritis, 90% tuvieron dolor como alteración más frecuente.¹⁶

TIPOS:

- Aguda congestiva: cuando se inflama el saco pericoronario y se le realiza tratamiento e higiene oral (irrigación copiosa de peróxido de hidrógeno, clorhexidina, compuestos iodados con raspado y alisado)
- Aguda supurada: dolor a nivel de la zona cordal, encía eritematosa, trismus, onicofagia y supuración, se le realiza higiene oral y antibióticos (penicilina o clindamicina)
- Crónica: la inflamación crónica se puede presentar con gingivitis, halitosis y periodontitis en el 2do. Molar. Se receta antibióticos y se realiza la extracción del tercer molar.¹⁶



Figura 14 Pericoronaritis

Fuente: Lampart, G. Formación médica continua en atención primaria. Editorial Elsevier. Año 2007; 14:30-6

- Periodontitis

Cuando tenemos la presencia de dientes incluidos próximos a dientes erupcionado pueden llevar a la formación de un nicho bacteriano provocando la formación de enfermedad periodontal provocando inflamación y considerable pérdida ósea formando una bolsa periodontal, esta bolsa periodontal debilita el sostén del segundo molar y en algunos casos puede perderse, esto ocurre porque es una zona de difícil limpieza y se acumulan alimentos y bacterias.²¹

En una periodontitis severa la bolsa periodontal no se elimina luego de la exodoncia del molar retenido.

- Celulitis

La propagación de la infección pericoronaria al tejido celular de las regiones cervicofaciales puede producir abscesos y flemones, formándose desde el cordal inferior produciéndose una invasión del espacio celular situado entre las fibras del musculo masetero, formándose un absceso o flemón maseterino, se observa clínicamente una tumefacción en la región maseterina, trismos y dolor en la rama mandibular que irradia al oído.¹⁸

- Caries

La caries dental se presenta debido a las diferentes dificultades que presenta el paciente para lograr una buena higiene del tercer molar impactado.¹⁹

Las piezas dentarias incluidas o parcialmente erupcionadas en mesioversión o en una posición de difícil acceso, provocan nichos bacterianos facilitando la formación de caries dentaria, cuando la caries dentaria afecta al tercer molar compromete el esmalte y cuando afecta al segundo molar forma una caries de cemento con evolución más rápida de difícil tratamiento.¹⁹

Según Nordenram y sus colegas el 15% de extracciones de terceros molares es debido a la presencia de caries.¹⁹



Figura 15 Caries en el segundo y tercer molar

Fuente: Hupp, J.R. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5ta edición. Editorial Elsevier. Año 2009; capítulo 9: pág. 155.

2.3.4.2 MECÁNICAS

- Apiñamiento

Los terceros molares producen desplazamientos dentarios por la fuerza y empuje sobre los otros dientes y en especial en el grupo incisivo-canino y que producen apiñamiento dentario anterior (llamado apiñamiento terciario por Van der Linden).²²

Laskin en 1971, hizo una encuesta a 600 ortodoncistas y 700 cirujanos bucales, y opinaron que un 65% los terceros molares eran la causa del apiñamiento anterior. Y solo el 35% defendía que no existía ninguna evidencia científica que permitiera admitir la relación causa-efecto entre la presencia de los terceros molares y los problemas ortodóncicos.²²

- Reabsorción radicular.

Los terceros molares que se encuentran en una posición mesioangulada u horizontal provocando una reabsorción de la raíz del 2do. Molar.

La pieza retenida promueve una presión en la superficie radicular de la pieza adyacente, provocando movilidad del diente erupcionado.

Cuando la rizólisis es grave se realiza la exodoncia del 2do. Molar pero si no es grave se puede colocar cemento y en algunos casos se realiza endodoncia.²¹

Puede producir infección crónica del hueso, provocando la destrucción de este a nivel del tercer molar, pudiéndose propagar a los dientes adyacentes.²¹



Figura 16 Rizólisis del segundo molar

Fuente: Hupp, J.R. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5ta edición. Editorial Elsevier. Año 2009; capítulo 9: pág. 157.

2.3.4.3 Neuromusculares

- Odontalgia

Se presenta porque los terceros molares se encuentran impactados y producen dolor, también se puede presentar por infecciones, pericoronaritis, caries dental o sensación de presión sobre los dientes vecinos.¹³

En un estudio realizado a 216 pacientes derivados del Hospital Central de Odontología se encontró que el 23% presento dolor en terceros molares impactados.¹³

- Dolor en articulación temporomandibular

Los terceros molares provocan un desequilibrio dental que puede repercutir sobre la articulación ocasionando complicaciones como disfunción en el sentido de algias o chasquido e incluso dolores irradiados.¹⁸

Producen problemas en la articulación porque al quedar los dientes en mala posición afectan la mordida y repercute en la articulación de la mandíbula provocando dolor.¹²

2.3.4.4 Traumatólicas

- Quistes:

Se producen en algunos pacientes con terceros molares retenidos. Estos pacientes son asintomáticos de crecimiento lento provocando destrucción de corticales, logrando identificar estos quistes solo en un examen radiográfico panorámico. Se pueden encontrar cambios quísticos en un estudio histopatológico de los tejidos blandos, ocurre principalmente en pacientes mayores de 20 años.¹⁹

Su tratamiento puede ser restauración del diente, terapia, higiene periodontal o exodoncia.¹⁹

Los quistes se derivan de:

- Restos de Malassez:
Se originan de la vaina epitelial de Hertwig que se encuentran en el ligamento periodontal después de que se forma la raíz.
- Epitelio reducido del esmalte:
Después de formarse el esmalte se encuentra epitelio residual que está rodeando a la corona.
- Restos de Serres:
Islotes y tiras originados del epitelio oral y permanecen en el tejido después del desarrollo del diente.²⁶



Figura 17 Quiste paradental a nivel del primer molar

Fuente: Philip Sapp. Patología Oral y Maxilofacial. Editorial Elsevier. 2005; Cap.2: pág. 52

- Tumores malignos o ameloblastomas:

Un tumor se forma de los tejidos de desarrollo del diente. Luego de realizar la exodoncia y se deja residuos de quiste primordial, folicular y pericoronario, se forma un ameloblastoma.¹⁴

Se considera una neoplasia benigna de forma local agresiva, presenta un crecimiento lento por lo general no presenta síntomas de dolor, la neoplasia puede provocar deformidad facial y presenta recidiva.

Se realiza una hemimandibulectomía, hemimaxilectomía que es una resección en bloque.¹⁴



Figura 18 Ameloblastoma unquístico en la mandíbula

Fuente: Gutiérrez Pérez, J.L. Atlas de tumores ontogénicos. Universidad de Sevilla. Año 2006; capítulo 3: pág. 42

- Ulceración yugal o lingual:

La mal posición del tercer molar provoca una lesión en la mucosa lingual o vestibular. Esto puede provocar una leucoplasia seguida de carcinoma de células escamosas, siendo una causa de exodoncia.



Figura 19 Ulceración en el trigono retromolar

Fuente: Valdez-Berribetia I, Patomimia Morsicatio Buccarum Et Labiorum A Propósito De 2 Casos, 2010

2.3.5 Indicaciones Profilácticas de exodoncia:

- Ortodoncia:

La exodoncia de terceros molares por ortodoncia se realiza cuando impide la erupción del segundo molar o afectan a los dientes adyacentes.¹⁹

Algunos ortodoncistas antes de realizar el tratamiento ortodóntico sugieren la remoción de los cordales porque afirman que provocan el apiñamiento dental y se obtendrá mejores resultados.^{17, 3}

Hay muchos estudios que defienden esta teoría:

- Los terceros molares producen fuerzas sobre molares y premolares produciendo apiñamiento del sector anterior.
- Se puede producir apiñamiento por la diferente cronología de erupción entre los maxilares, como los incisivos mandibulares se ubican según los maxilares.

Niedzielska realizó un estudio y dijo “si existe espacio suficiente para la erupción de los terceros molares no se producirá apiñamiento, pero si el espacio no es suficiente se va a presentar mal posición de las demás piezas dentarias.²⁴

Además debemos saber que el apiñamiento no solo ocurre por la erupción de los terceros molares, sino también por la retro inclinación de los dientes anteriores que ocurre con la edad, produciendo también por la lengua y los labios que se encuentran contra las piezas dentarias.²⁴

Los mejores resultados se han logrado cuando los segundos molares se extraen y los terceros molares están en un estadio de desarrollo, cuando la corona está completamente desarrollada, con un poco o sin formación radicular, en el 6 estadio de Nolla.

- Prótesis Removibles

Cuando existen terceros molares impactados en la zona donde se va a colocar prótesis removibles. Estos dientes van a requerir de 1 a 2 mm de hueso entre el diente y la prótesis para poder evitar irritación e infección posterior. ¹⁹

2.3.6 Frecuencia de Inclusión de los terceros molares.

Los terceros molares son los que más prevalencia presentan en no ser erupcionados por ser los últimos en erupcionar. Muchos autores confirman que 45% de los pacientes de una clínica dental presentan terceros molares retenidos.

Otros autores como Archer y Cols., nos dicen que el tercer molar superior es el que con mayor frecuencia permanece más incluido según un estudio realizado en 3875 pacientes.³¹

2.3.7 Estudio Radiográfico

Es muy importante realizar siempre un estudio radiográfico preciso que muestre todo el tercer molar y las estructuras que le rodean

Se debe realizar una ortopantografía que nos permitirá una visión general y las radiografías periapicales estándar que nos permitan valorar los detalles locales.

A través de estas radiografías se puede realizar un estudio detallado de la corona y las raíces del cordal, del hueso, la relación con el segundo molar y la relación del tercer molar superior con el seno maxilar.

Además nos permite identificar si se presenta alguna patología asociada, por ejemplo un quiste.²²

Se debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

2.3.7.1 Acceso

Para determinar la accesibilidad debemos ver la inclinación de la línea radiopaca producida por la cresta oblicua externa, va a ser un acceso deficiente cuando la línea es vertical, y es excelente si la línea es horizontal.²²

2.3.7.2 Estudio de las raíces

Las raíces del tercer molar se pueden asemejar a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario.

Por lo general las raíces del cordal son birradiculares. La raíz mesial puede ser bífida y está aplastada en mesiodistal, la porción vestibular es más ancha que en la lingual.

También se puede encontrar ambas raíces unidas o fusionadas formando una única raíz de forma cónica.

Aunque en algunos casos podemos encontrar tres, cuatro y cinco raíces, es posible encontrar raíces supernumerarias con enanismo o gigantismo que se unen a cualquiera de las raíces.

Es necesario examinar la radiografía con una buena fuente de luz para poder identificar la forma y número de raíces, pueden existir muchos factores que alteren el análisis como:

Técnica radiográfica deficiente, Insuficiente proyección distal de la película y Anomalías radicales no visibles en la radiografía. ²²

2.3.7.3 Estudio de la corona

La corona del tercer molar incluido puede presentar diversas formas, tamaño que debemos conocer.

La corona puede ser tri, tetra o multicuspídea y tener lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales. A veces las coronas de los terceros molares se superponen a la superficie distal del segundo molar en la radiografía. ²²

2.3.7.4 Estudio del hueso

La textura del hueso que rodea el tercer molar puede cambiar dependiendo de los individuos, además de la edad y los diferentes tipos de hueso del mismo sujeto.

Mientras la persona envejece el hueso se vuelve más esclerótico y menos elástico.

Se debe identificar el tamaño de los espacios medulares y la densidad de la estructura ósea. Si los espacios son grandes y la estructura fina el hueso por lo general es elástico y si los espacios son pequeños la estructura ósea densa el hueso es esclerótico. ²²

2.3.7.5 Relación con el segundo molar

Los terceros molares parcialmente erupcionados mesioangulares o impactados horizontalmente van hacer contacto con la unión cemento del segundo molar provocando el desarrollo de caries en la región cervical distal. Esta raíz distal puede ser colonizada por bacterias patológicas provocando enfermedad periodontal.²⁰

Debemos analizar la posición y disposición radicular del segundo molar para que no nos dificulte en la extracción del tercer molar.

Si el segundo molar se encuentra su eje longitudinal distalmente incrementa la retención del cordal incluido.

Es muy importante establecer la relación del tercer molar con el molar precedente porque si no podemos producir iatrogenia en el molar de los 12 años.²²

Existen errores de los odontólogos en diagnosticar de forma incorrecta la inclusión distoangular como vertical.²²

Si queremos saber si un cordal se encuentra en posición palatina o vestibular debemos tomar una radiografía oclusal. Si la superficie oclusal del cordal se encuentra hacia la lengua encontramos una oblicuidad lingual, en cambio si es que la superficie oclusal se dirige hacia la zona yugal está en desviación vestibular.

La posición lingualizada aumenta la dificultad de extracción que la vestibularizada.²²

2.4 ESTADIOS DE NOLLA

Muchas veces no se puede determinar el desarrollo de las piezas dentales, sobre todo en piezas dentales donde no se presenta el espacio necesario.

La tabla de la dentición permanente hecha por Nolla (10 etapas) es un útil elemento de diagnóstico para comprobar si el desarrollo se encuentra dentro de las edades normales o está atrasada; se comparara el examen radiográfico con la gráfica correspondiente y la edad del paciente; debe tenerse, desde luego, la debida reserva de acuerdo con las variaciones normales raciales, ambientales, etc. pero es una guía que puede ayudar mucho. La mayoría de los dientes permanentes no manifiesta movimientos eruptivos hasta que se completa la formación de la corona (etapa 6), pasan por la cresta alveolar cuando se ha formado más o menos dos tercios de la raíz (etapa 8) perforando la encía cuando se han formado tres cuartos de la longitud radicular (etapa 9).

El tercer molar completa la formación de esmalte a los 12-16 años, su erupción es entre 17-21 años y la formación completa de raíz es a los 18-25 años.

En 1960 Carmen Nolla clasifico en diez grados cada pieza comienza desde la formación de la cripta hasta la formación del ápice.⁹

0 Ausencia de cripta	No encontramos clasificación, por lo tanto no se observa radiográficamente solo hay un espesamiento tenue.
1 Presencia de cripta	Se observa radiográficamente una línea circular radiopaca que encierra una zona radiolúcida.
2 Calcificación inicial	Se observa dentro de la cripta una imagen radiopaca que es de formar circular o media luna. Aquí comienza la mineralización de las cúspides (de forma separada premolar y molar)
3 un tercio de corona	Se observa una imagen radiopaca de mayor tamaño. Continúa la mineralización de cúspides y se presenta la fusión.
4 dos tercios de corona	Se observa una imagen radiopaca mayor que el estadio 3, se va a presentar los depósitos de dentina.
5 corona casi completa	Se observa una imagen radiopaca que supera en tamaño a la mitad de la corona, se insinúa la forma coronal, con ligera constricción a nivel de lo que se va formando como zona cervical.
6 corona completa	Se observa la corona totalmente calcificada hasta la unión del cemento y esmalte. La forma de la corona está definida.
7 un tercio de raíz	La corona está calcificada, comienza el inicio de prolongación de raíz (1/3). Observamos que la longitud de la raíz es menor que la altura de la corona.
8 dos tercios de raíz	La corona totalmente calcificada, hay una mayor longitud de raíz. Se observa que la longitud de raíz es igual o mayor a la longitud de la corona. Las paredes del conducto divergentes y un amplio ápice.
9 raíz casi completa y ápice abierto	La corona totalmente calcificada, y su raíz casi desarrollada totalmente. Se observa que la

	longitud de la raíz es mayor al de la corona. Las paredes del canal radicular son paralelas y el ápice aún está abierto.
10 ápice cerrado	La corona y raíz están totalmente calcificados y su ápice está cerrado.

Cuadro 4: Estadios de Nolla

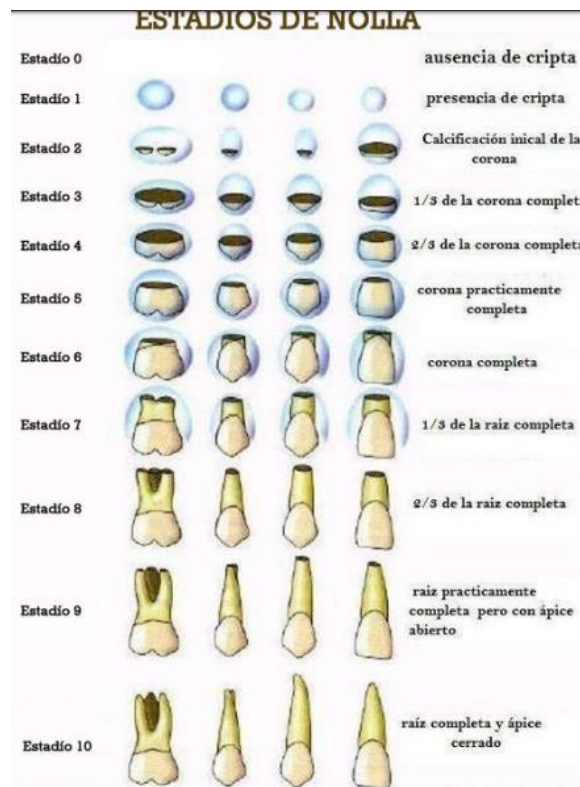


Figura 20 Estadios de Nolla

Fuente: Vellini F., Ortodoncia Diagnóstico Y Planificación Clínica. Editorial Latinoamericana. 2010: 60

2.5 RELACION DEL TERCER MOLAR CON EL SENO MAXILAR

El seno maxilar es una concavidad neumática que presenta forma excavada en la apófisis de la piramidal maxilar. Se forman en el 3 y 4 mes de vida intrauterina que nace del etmoides, continua su desarrollo en los primeros años de vida hasta alcanzar el piso de las fosas nasales a los 7 u 8 años y crece hasta la edad adulta, al nacer mide menos de 8 mm y su

neumatización se produce 2 mm por año y se hace lento a partir de los 9 años, en el adulto su volumen promedio es de 15ml. ⁸

Se forma verticalmente y puede ser alterado por la erupción dental, su forma anteroposterior va a estar relacionado con la tuberosidad del maxilar superior.⁸

Tiene la forma de una pirámide cuadrangular, su base es la pared externa de la fosa nasal y su vértice al hueso malar.

- Su pared anterior es delgada corresponde a la parte facial está relacionada con la fosa canina y se encuentra el nervio suborbitario.
- Su pared posterior es la tuberosidad se encuentra relacionado con la fosa pterigopalatina.
- Su pared superior es el piso de la órbita y se encuentra relacionado con el saco lagrimal.
- Su pared inferior está relacionada con los ápices de los molares y premolares llamada pared alveolar, 5 a 10mm por debajo del nivel del piso de la cavidad nasal.

Es de forma variable: triangular, semilunar o rectangular. Se extiende desde el primer premolar hasta la tuberosidad del maxilar, a veces comienza a partir del primer molar.⁸

Se puede presentar una comunicación bucosinusal cuando no existe tejidos como mucosa bucal, sinusal y tejidos duros como hueso, es la continuidad entre la cavidad y el seno.⁸

Además se puede presentar sinusitis que puede originarse por la infección de una pieza dentaria o también por traumas, perforación del piso y de mucosa antral cuando se realiza una extracción.⁸

Dimensiones del seno maxilar:

Sus dimensiones son muy variables y depende de algunos factores como la edad, sexo, raza y condiciones individuales.

- Capacidad media: entre 8 y 12 cm
- Capacidad máxima: 25 cm
- Capacidad mínima: 2 cm

La evolución del seno maxilar según el desarrollo dentario:

- Al año se encuentra situado entre la órbita y los gérmenes del canino y del primer temporal.
- A los 2 años: alcanza el segundo molar temporal.
- A los 6 años: se aleja de los dientes temporales, hay una relación compleja con el germen del canino permanente, próximo al germen del 2do. Premolar, íntima relación con el primer molar y una relación distante con el 2do. Molar.
- 10 años: alcanza el tubérculo malar.
- 16 a 18 años: alcanza su forma y tamaño definitivo. Hay un paralelismo entre el desarrollo del seno maxilar y la erupción dentaria.

Según Dubecq el agrandamiento de la cavidad sinusal sigue a la involución del sistema dentario, como en personas desdentadas presentan senos de gran amplitud.⁸

La relación anatomotopografica del seno maxilar con los dientes es:

- Alvéolo del primer premolar: por lo general hay una lámina de 3, 4 o más milímetros de hueso esponjoso y compacto que los separa.
- Alvéolo del segundo premolar: tiene un espesor de capa ósea entre 1, 2, 3, 5 y puede llegar a 10 mm
- Alvéolo del primer molar: si presenta un seno de mediana capacidad hay 6 mm de separación de la raíz palatina, 3 mm la raíz mesial y 4 mm de la distal.
- Alvéolo del segundo molar: en mesial y palatina hay una lámina ósea de menos 1mm de separación del piso.
- Alvéolo del tercer molar: 2mm de separación en alvéolo único y 1mm en alvéolo bifurcado.⁸

2.5.1 Clasificación según Naranjo y Randi

Naranjo y Randi proponen una clasificación en el año 1990 que relaciona el tercer molar superior retenido con el seno maxilar y que debe ser tomada en cuenta en el momento de la evaluación.

Alto riesgo de impactación del tercer molar al seno maxilar	La corona del tercer molar se encuentra a la misma altura del nivel más bajo del seno maxilar
Moderado riesgo de impactación del tercer molar al seno maxilar	La porción cervical del tercer molar se relaciona con el seno maxilar
Mínimo riesgo de impactación del tercer molar al seno maxilar	El tercio apical del tercer molar se encuentra relacionado con el piso del seno maxilar.

Cuadro 5: Clasificación según Naranjo y Randi

Esta localización en sentido transversal es de mucha importancia en el momento de seleccionar la técnica quirúrgica y sobre todo cuando se va a seleccionar el tipo de colgajo.

La mayoría de los terceros molares superiores se encuentran hacia vestibular, un porcentaje bajo le daría a la posición intermedia y escasamente y un mínimo porcentaje que se encuentran en posición palatina.

2.5.2 Clasificación según Winter

1. Raíces en relación con el seno:
Cuando existe una delgada capa o ausencia de hueso, provocando una comunicación bucosinusal.

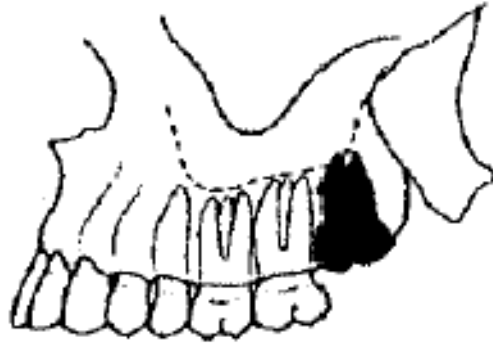


Figura 21 Tercer molar con aproximación al seno

Fuente: Herrera Gramajo, I. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos superiores e inferiores. Año 2002; capítulo C: página 8.

2. Raíces no están en relación con el seno:

Se presenta 2mm o más de hueso entre el seno maxilar y el cordal.

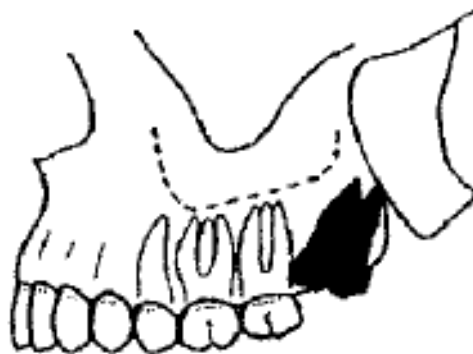


Figura 22: Las raíces del tercer molar no tienen relación con el seno maxilar

Fuente: Herrera Gramaje, I. Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos superiores e inferiores.2002; capítulo C: pág. 9

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Materiales

En este estudio se utilizara:

- Radiografías panorámicas y peri apicales
- Negatoscopio
- Cámara digital
- Gorro
- Mandil
- Mascarilla
- Bolígrafo
- Regla milimetrada

3.1.1 Lugar de la investigación

El estudio se va a realizar en la clínica odontológica de Cirugía de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.1.2 Periodo de la investigación

En los meses de Junio, Julio y Agosto, Semestre A-2016

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Revisión bibliográfica	X	X	X		
Actividad de prueba piloto	X	X			
Examen clínico		X	X	X	
Registro y tabulación de datos				X	
Resultados					X
Entrega de trabajo					X

Cuadro 6: Cronograma de ejecución de la investigación

3.1.3 Recursos empleados

3.1.1.1 Recursos Humanos

- Investigadora: Lissbeth Solis Nuñez
- Tutor: Dr. Héctor Lema Gutiérrez
- Tutora metodológica: Dra. María Angélica Terreros
- Tutor de estadística: Steven

3.1.1.2 Recursos Físicos

- Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
- Bioseguridad
- Papelería
- Negatoscopio
- Regla milimetrada

3.1.4 Universo

Este estudio está formado por pacientes mayores a 17 años de ambos sexos (masculino y femenino) que acuden a la clínica odontológica para la exodoncia de terceros molares retenidos en los meses de junio, julio y agosto del 2016.

3.1.5 Muestra

Pacientes mayores a 17 años que acuden a la clínica odontológica de la UCSG para la exodoncia de terceros molares con radiografías panorámicas.

3.1.5.1 Criterios de inclusión de la muestra

- Pacientes con terceros molares superiores retenidos
- Pacientes con agenesia de terceros molares
- Pacientes de 17 años o mas
- Pacientes con radiografías panorámicas

3.1.5.2 Criterios de exclusión de la muestra

- Pacientes menores a 17 años
- Pacientes que solo presenten terceros molares inferiores retenidos
- Pacientes con enfermedades sistémicas
- Pacientes con radiografías periapicales

3.2 Métodos

3.2.1 Tipo de investigación

Este tipo de investigación es transversal, porque se mide la prevalencia de agenesia y posición de terceros molares superiores retenidos a través de radiografías panorámicas en pacientes mayores a 17 años que acuden a la clínica odontológica.

3.2.2 Diseño de la investigación

Este diseño de investigación es Descriptivo u Observacional, que se realizó en pacientes mayores a 17 años atendidos en la clínica odontológica de la UCSG. Se pidió la radiografía para realizar el análisis de la misma, que se iban registrando en las hojas de registro de datos.

Se observó la posición de los terceros molares superiores, relación con el seno maxilar, su desarrollo a través del estadio de Nolla y su agenesia a través de las radiografías observadas en negatoscopio, se recolectó diferentes datos para cada paciente.

3.2.2.1 Procedimientos

- ❖ Pedimos la radiografía de los pacientes que se van a realizar exodoncia de terceros molares.
- ❖ Seleccionamos los pacientes que presentan terceros molares retenidos y agenesias superiores, que sean mayores de 17 años.
- ❖ Observamos que las radiografías se encuentren en excelente estado, caso contrario no se podrá realizar un correcto estudio y se debe eliminar la historia clínica del estudio.
- ❖ Se observa si el paciente presenta agenesia de terceros molares.
- ❖ Se observa si el paciente presenta terceros molares retenidos superiores y se clasifica de acuerdo a Winter.
- ❖ Se observa la relación de los terceros molares superiores retenidos con el seno maxilar.
- ❖ Se observa el desarrollo de los terceros molares superiores a través de la clasificación de Nolla
- ❖ Se obtienen los resultados de prevalencia de agenesia, profundidad, relación con el seno maxilar y posición según Winter de los terceros molares retenidos superiores.
- ❖ Registramos los resultados obtenidos en el estudio. Y por último realizamos el análisis de los resultados.

4 RESULTADOS

PACIENTES	150				
125	Terceros molares superiores impactados				
25	Agnesia de terceros molares superiores impactados				

4.1 Distribución de pacientes con agnesia de terceros molares superiores por edad

EDAD	Frecuencia	% DE FREC
17 – 20	2	8
21 – 25	16	64
26 – 30	2	8
+ 30...	5	20
Total general	25	100%

Tabla 1: Distribución porcentual de muestra por edad de agnesia de terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión:

Se tiene 150 pacientes y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo 25 pacientes de muestra. En donde concluimos que la mayoría de los pacientes sus edades están entre 21 y 25 años con un 64%, luego los pacientes mayores a 30 años con un 20%, después se encuentran los pacientes de 15 a 20 años con un 8% al igual que los pacientes de 26 a 30 años con un 8% del total de los pacientes.

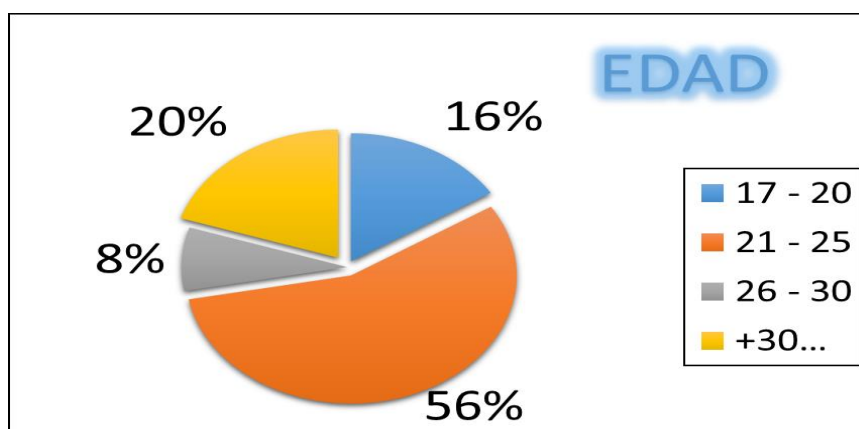


Gráfico 1: Distribución porcentual de muestra por edad de agnesia de terceros molares superiores retenidos.

4.2 Distribución de pacientes con agenesia de terceros molares superiores retenidos por género

Género	Frecuencia	% DE PORC
Femenino	8	32
Masculino	17	68
Total general	25	100%

Tabla 2: Distribución porcentual de muestra por género de agenesia de terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión:

De la muestra de 25 pacientes, concluimos que la mayoría de los pacientes son de sexo masculino con un 68% y en menor cantidad de sexo femenino con un 32%.

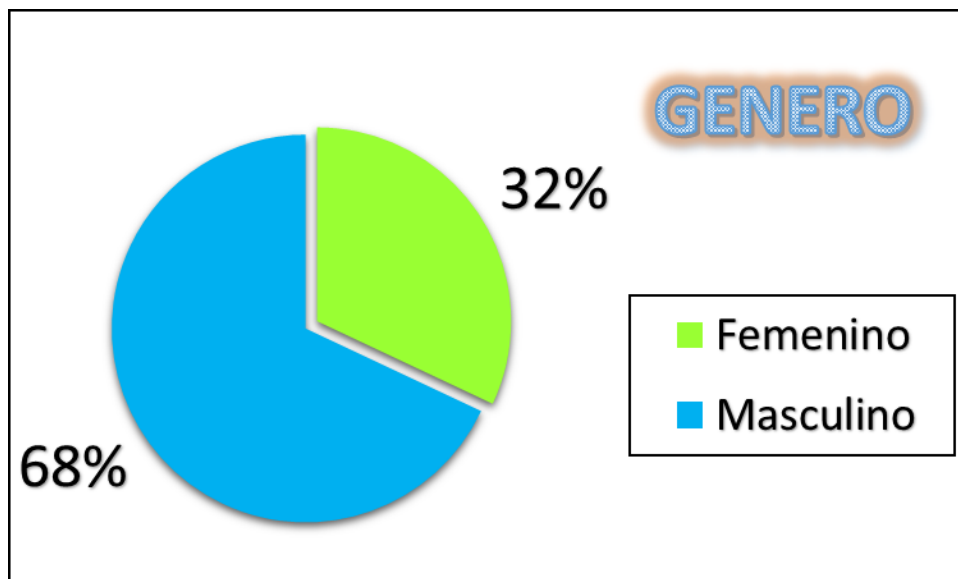


Gráfico 2: Distribución porcentual de muestra por género de agenesia de terceros molares superiores retenidos.

4.3 Distribución de pacientes con agenesia de terceros molares superiores retenidos por ubicación

UBICACIÓN	Frecuencia	% DE PORC
AGENESIA DERECHA	12	48
AGENESIA IZQUIERDA	4	16
AGENESIA AMBOS	9	36
TOTAL	25	100%

Tabla 3: Distribución porcentual de muestra por ubicación de agenesia de terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión:

De la muestra de 25 pacientes, concluimos que 12 pacientes se presentan en el lado derecho con un 48%, 4 pacientes en el lado izquierdo con un 16% y 9 personas presentan en ambos lados con un 36%. Los cual nos da 21 molares en el lado derecho y 13 en el lado izquierdo.

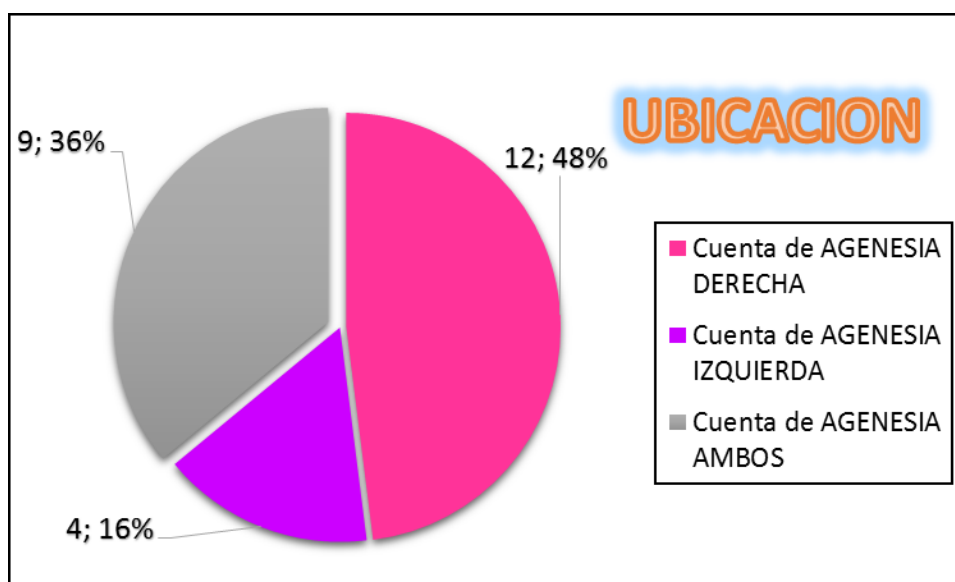


Gráfico 3: Distribución porcentual de muestra por ubicación de agenesia de terceros molares superiores retenidos.

4.4 Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos por edad.

EDAD	Cantidad	% DE FREC.
17 – 20	65	52
21 – 25	51	41
26 – 30	7	6
+30...	2	2
Total general	125	100%

Tabla 4: Distribución porcentual de muestra por edad de pacientes con terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión:

Se tiene 150 pacientes y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo 125 pacientes de muestra. En donde concluimos que la mayoría de los pacientes sus edades están entre 17 y 20 años con un 52%, luego los pacientes de 21 y 25 años con un 41%, después se encuentran los pacientes de 26 y 30 años con un 6% y por último los pacientes mayores a 30 años con un 2% del total de los pacientes.

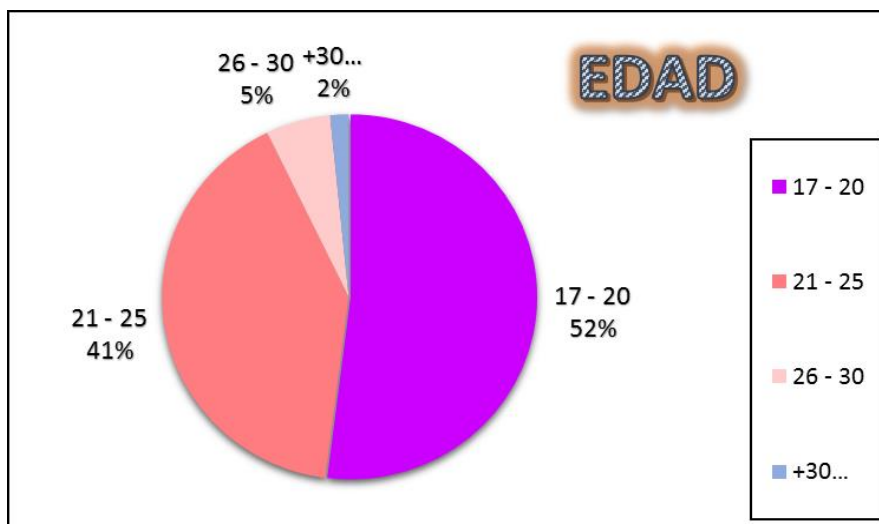


Gráfico 4: Distribución porcentual por edad de pacientes con terceros molares superiores retenidos

4.5 Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos por género

SEXO	Frecuencia	% DE FREC
Femenino	82	65,6
Masculino	43	34,4
Total general	125	100%

Tabla 5: Distribución porcentual de muestra por género de pacientes con terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión:

De la muestra de 125 pacientes, concluimos que la mayoría de los pacientes son de sexo femenino con un 65,6% y en menor cantidad de sexo masculino con un 34,4%.

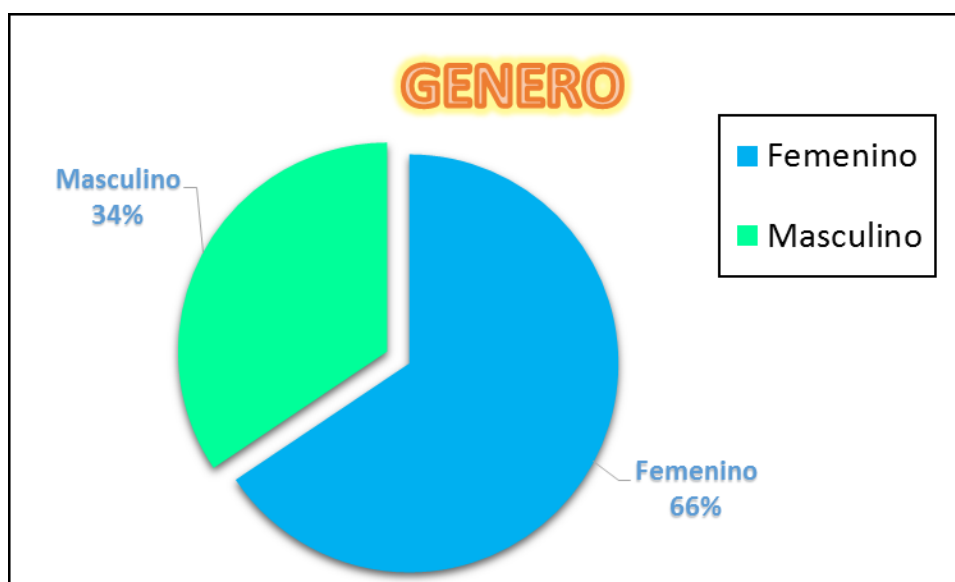


Gráfico 5: Distribución porcentual por género de pacientes con terceros molares superiores retenidos

4.6 Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos por ubicación

UBICACIÓN	Frecuencia	% DE FREC.	Total
Cantidad en DERECHO	19	15,2	19
Cantidad en IZQUIERDO	22	17,6	22
Cantidad en AMBOS	84	67,2	168
TOTALES	125	100%	209

Tabla 6: Distribución porcentual de muestra por ubicación de los terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión:

De la muestra de 125 pacientes, concluimos que 19 pacientes se presentan en el lado derecho con un 15%, 21 pacientes en el lado izquierdo con un 18% y 85 personas presentan en ambos lados con un 67%. Los cual nos da 104 molares en el lado derecho y 106 en el lado izquierdo.

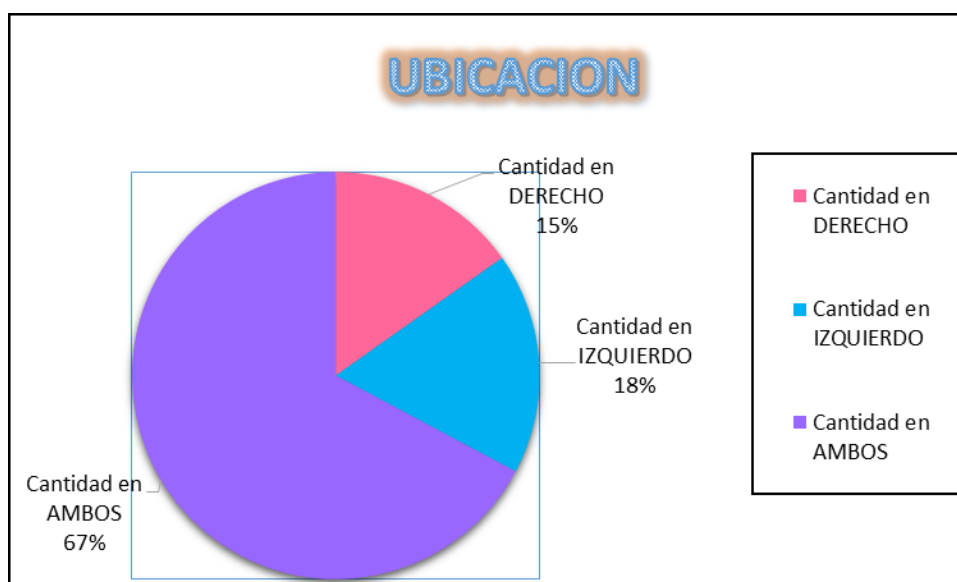


Gráfico 6: Distribución porcentual de muestra por ubicación de los terceros molares superiores retenidos.

4.7 Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos de acuerdo a la frecuencia de posición según la clasificación de Winter

		Frecuencia	% DE FREC
DERECHO	VERTICAL	43	20,33
	HORIZONTAL	2	0,72
	MESOANGULADO	15	6,94
	DISTOANGULADO	44	20,81
	VESIBULO VERSIÓN	1	0,48
	LINGUO VERSIÓN	0	0,00
	INVERTIDO	0	0,00
	TOTAL	103	49,28
IZQUIERDO	VERTICAL	39	18,42
	HORIZONTAL	1	0,24
	MESOANGULADO	18	8,37
	DISTOANGULADO	50	23,68
	VESIBULO VERSIÓN	0	0,00
	LINGUO VERSIÓN	0	0,00
	INVERTIDO	0	0,00
	TOTAL	106	50,72
	TOTAL GENERAL	209	100%

Tabla 7: Distribución porcentual de muestra por ubicación de los terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión:

Tenemos 125 pacientes que nos representa 209 molares. Observamos que tanto en la tabla como en los gráficos, como en derechos e izquierdos la posición según Winter con respecto al eje longitudinal del segundo molar que aparece con más frecuencia es la posición distoangulada, seguida por la posición vertical, luego la posición mesoangulada y por último la posición horizontal.

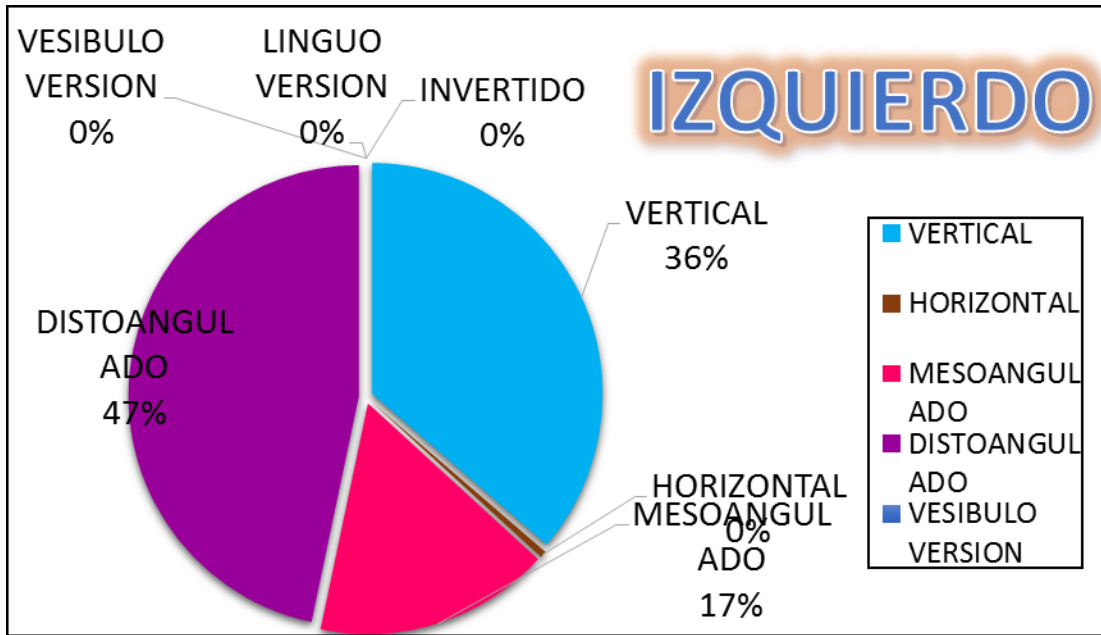


Gráfico 7: Distribución porcentual de muestra por ubicación izquierda de los terceros molares superiores retenidos.

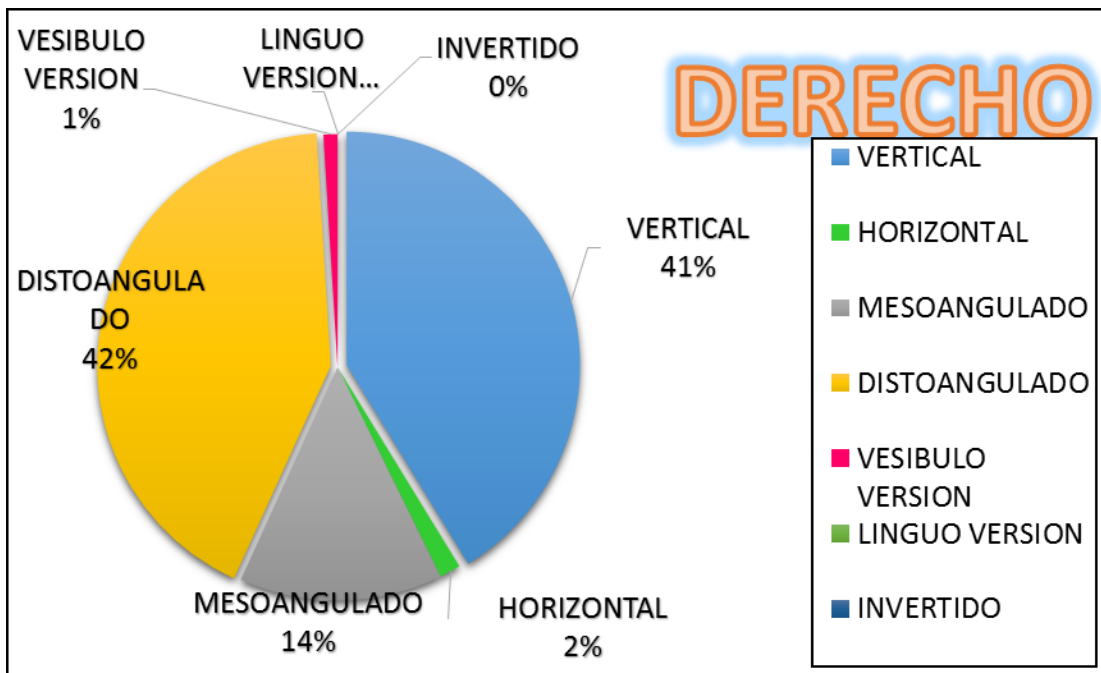


Gráfico 8: Distribución porcentual de muestra por ubicación derecha de los terceros molares superiores retenidos.

4.8 Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos de acuerdo a la frecuencia del estadio de Nolla

NOLLA				
	[5 - 6]	[7 - 8]	[9 - 10]	TOTAL
DERECHO	23	48	33	104
IZQUIERDO	18	55	32	105
TOTAL	41	103	65	209

Tabla 8: Distribución porcentual de muestra por estadio de Nolla de los terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión Derecho:

De la muestra de 104 terceros molares retenidos derechos, concluimos que según el estadio de Nolla de 5-6 hay 23 molares un 22%, de 7-8 hay 48 molares un 46% y de 9.-10 hay 33 molares un 32%.

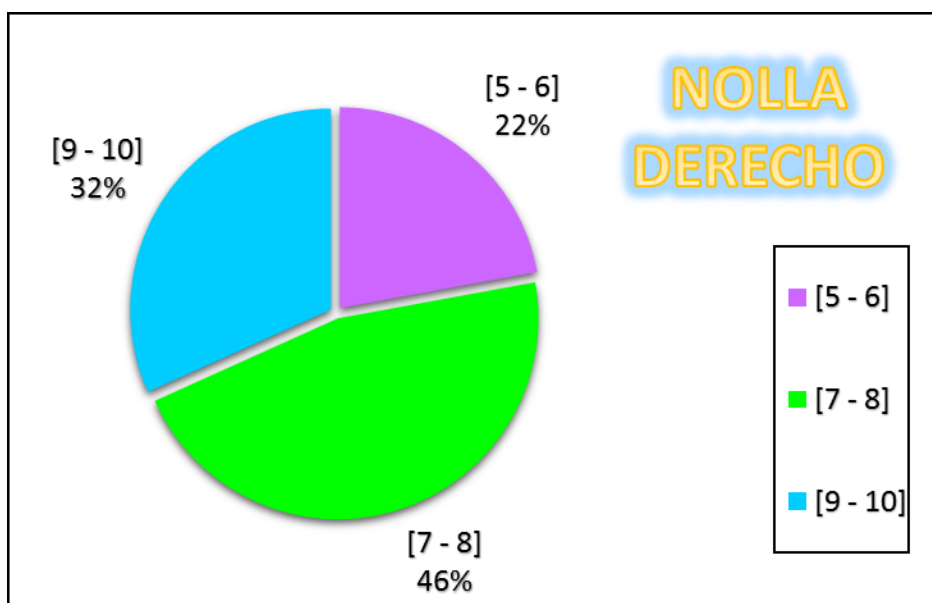


Gráfico 9: Distribución porcentual de muestra por estadio de Nolla de los terceros molares superiores retenidos derechos.

Análisis y discusión Izquierdo:

De la muestra de 105 terceros molares retenidos izquierdos, concluimos que según el estadio de Nolla de 5-6 hay 18 molares un 17%, de 7-8 hay 55 molares un 52% y de 9-10 hay 32 molares un 31%.

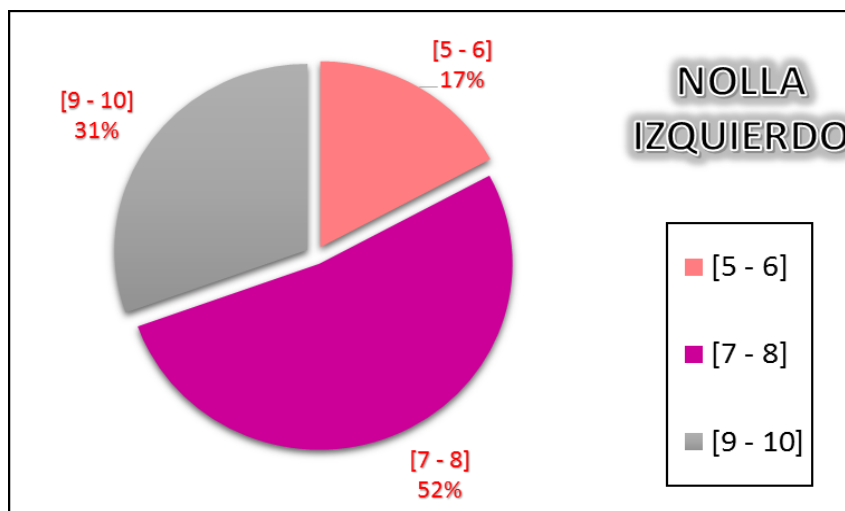


Gráfico 10: Distribución porcentual de muestra por estadio de Nolla de los terceros molares superiores retenidos izquierdos.

EDAD VS ESTADIO DE NOLLA				
	[5-6]	[7-8]	[9-0]	TOTAL
17-20	22	60	32	114
21-25	14	40	28	82
26-30	4	1	5	10
30..	1	2	0	3
TOTAL	41	103	65	209

Tabla 9: Edad vs Estadio de Nolla

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión Derecho:

De la muestra de 209 terceros molares retenidos derechos, concluimos que según el estadio de Nolla, entre las edades de 17-20 años se presentan 22 molares en estadio 5-6, 60 molares en estadio 7-8 y 32 molares en estadio 9-10. Entre las edades 21-25 se presentan 14 molares en estadio 5-6, 40 molares en estadio 7-8, 28 molares en estadio 9-10. Entre las edades 26-30 se presentan 4 molares en estadio 5-6, 1 molar en estadio 7-8 y 10 molares en estadio 9-10. En mayores a 30 años hay 1 molar en estadio 5-6, 2 molares en estadio 7-8 y 3 molares en estadio 9-10.

4.9 Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos de acuerdo a la frecuencia en relación al seno maxilar

SENO			
	SI	NO	TOTAL
RELACION DERECHA	19	85	104
RELACION IZQUIERDA	28	77	105
TOTAL	47	162	209

Tabla 10: Distribución porcentual de muestra con relación de seno maxilar de los terceros molares superiores retenidos.

Fuente: Pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Análisis y discusión Derecho:

De la muestra de 104 terceros molares retenidos derechos, concluimos que según la relación con el seno derecho, no se presenta relación en 85 molares con un 82% y si hay relación en 19 molares con un 18%

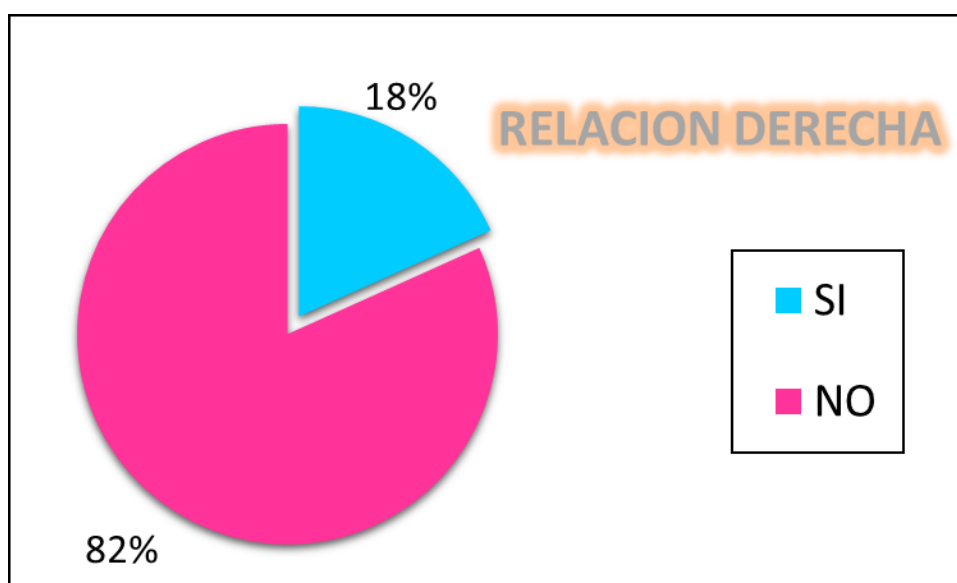


Gráfico 11: Distribución porcentual de muestra con relación de seno maxilar de los terceros molares superiores retenidos derechos.

Análisis y discusión Izquierdo:

De la muestra de 105 terceros molares retenidos derechos, concluimos que según la relación con el seno derecho, no se presenta relación en 77 molares con un 73% y si hay relación en 28 molares con un 27%

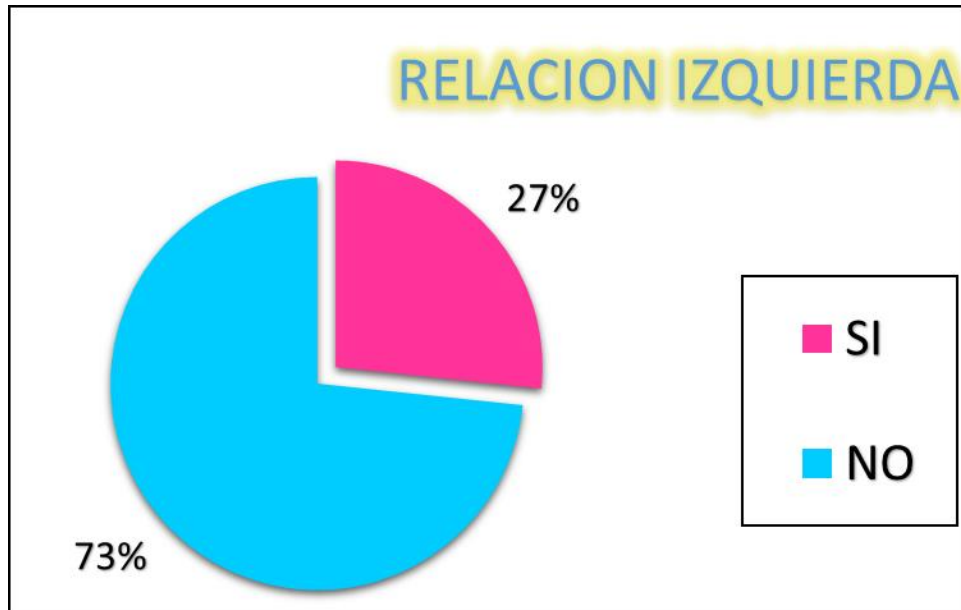


Gráfico 12: Distribución porcentual de muestra con relación de seno maxilar de los terceros molares superiores retenidos izquierdos.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la publicación de Susarla et al. (2004) y el de Chaparro- Avendaño et al. (2005) Se demostró que son las mujeres quienes acuden más a las consultas odontológicas para procedimiento de extracción de terceros molares, como también se concluyó que la edad más usual está entre los 18 y 25 años; nuestra muestra de estudio dio resultados similares demostrando que el sexo femenino fue mayor que el de los hombres y que la edad con mayor predisposición fue de 17-20 años.³²

En el estudio de Quek et al. (2003) determinaron que la posición más frecuente según Winter fue la mesoangulada. ³² Nuestro estudio evidencio que la posición según Winter fue la distoangulada en ambos lados.

Martínez y Lucas (2003) en su estudio observaron en cada una de sus radiografías, mediante el negatoscopio, observaron la zona de los terceros molares tanto superiores como inferiores de ambos lados, a fin de determinar su presencia o bien su ausencia, se observó que a los 9 años presentaban grado 3 de Nolla, mostrando menor desarrollo del tercer molar superior derecho.

En nuestro estudio dio como resultados que existe la prevalencia del estadio de Nolla de 7-8 tanto en el lado derecho como en el izquierdo.

Según el Dr. Bishara (1989), un 9 a 20% mostraron ausencia de 1 o más terceros molares y que el sexo no determina esta prevalencia.³³

En nuestro estudio de 25 pacientes se evidencio que la agenesia de terceros molares superiores derecho se presenta en 48%, izquierda 16% y en ambos 36% y hubo una prevalencia en el sexo masculino

PRUEBA DE HIPÓTESIS

La hipótesis a probar es si los terceros molares superiores retenidos, están asociados a su posición el cual es el objetivo principal para esta investigación.

Se sacó esto de la tabla de intervalo de confianza de las posiciones de los terceros molares superiores retenidos. Utilizando el intervalo de frecuencia

de más $\pm 17,31$ \pm , media 14,94 y una desviación estándar de 18,27, el grado de confianza de 95% y un p de significancia de 0,05. Dejando en libertad los valores críticos y bilateral 1,96 $>$ 1,64 unilateral. Dando como verdadero que las posiciones de los terceros molares van a afectar a su erupción normal.

		DERECHO		
UBICACIÓN	VERTICAL	42,50	TAMAÑO DE LA MUESTRA	150,00
	HORIZONTAL	1,50	MEDIA	14,94
	MESOANGULADO	14,50	VARIANZA	299,9023438
	DISTOANGULADO	43,50	DESVIACION ESTANDAR	17,31768875
	VESIBULO VERSIÓN	1,00	% NIVEL DE CONFIANZA	95
	LINGUO VERSIÓN	0,00	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	0,05
	INVERTIDO	0,00	INT. DE CONFIANZA	2,771356471
	AGENESIA	16,50	VALOR CRITICO BILATERAL	1,96
	TOTAL	119,50	VALOR CRITICO UNILATERAL	1,645

Tabla 11: Prueba de Hipótesis ubicación derecha

		IZQUIERDO		
UBICACIÓN	VERTICAL	38,50	TAMAÑO DE LA MUESTRA	150,00
	HORIZONTAL	0,50	MEDIA	14,31
	MESOANGULADO	17,50	VARIANZA	334,0585938
	DISTOANGULADO	49,50	DESVIACION ESTANDAR	18,27726987
	VESIBULO VERSIÓN	0,00	% NIVEL DE CONFIANZA	95
	LINGUO VERSIÓN	0,00	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	0,05
	INVERTIDO	0,00	INT. DE CONFIANZA	2,92491861
	AGENESIA	8,50	VALOR CRITICO BILATERAL	1,96
	TOTAL	114,50	VALOR CRITICO UNILATERAL	1,645

Tabla 12: Prueba de Hipótesis ubicación izquierda

CHI CUADRADO

La hipótesis a probar es si los terceros molares superiores retenidos, están asociados a su posición el cual es el objetivo principal para esta investigación.

El Chi cuadrado experimental previo al tratamiento dental es 2,32. Dando como grado de confiabilidad 97,68. Para realizar la comparación buscamos en la tabla de Chi cuadrado en el anexo distribución de Chi cuadrado.

OBSERVADO	DERECHO	IZQUIERDO	TOTAL
VERTICAL	42,50	38,50	81,00
HORIZONTAL	1,50	0,50	2,00
MESOANGULADO	14,50	17,50	32,00
DISTOANGULADO	43,50	49,50	93,00
VESIBULO			
VERSIÓN	1,00	0,00	1,00
LINGUO VERSIÓN	0,00	0,00	0,00
INVERTIDO	0,00	0,00	0,00
TOTAL	103,00	106,00	209,00

ESPERADO	DERECHO	IZQUIERDO	TOTAL
VERTICAL	39,92	41,08	81,00
HORIZONTAL	0,99	1,01	2,00
MESOANGULADO	15,77	16,23	32,00
DISTOANGULADO	45,83	47,17	93,00
VESIBULO			
VERSIÓN	0,49	0,51	1,00
LINGUO VERSIÓN	0,00	0,00	0,00
INVERTIDO	0,00	0,00	0,00
TOTAL	103,00	106,00	209,00

CHI CUADRADO	DERECHO	IZQUIERDO	TOTAL
VERTICAL	0,17	0,16	0,33
HORIZONTAL	0,27	0,26	0,53
MESOANGULADO	0,10	0,10	0,20
DISTOANGULADO	0,12	0,12	0,23
VESIBULO			
VERSIÓN	0,52	0,51	1,03
LINGUO VERSIÓN	0,00	0,00	0,00
INVERTIDO	0,00	0,00	0,00
TOTAL	1,18	1,14	2,32

Tabla 14: Chi Cuadrado
 Tabla 13: Observado y Esperado antes del Chi cuadrado

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Distribución de pacientes con agenesia de terceros molares superiores retenidos por edad

Se identifica que la prevalencia de agenesia de terceros molares superiores retenidos se presenta en mayor porcentaje en el grupo de edades entre 21-25 años.

Distribución de pacientes con agenesia de terceros molares superiores retenidos por género

Se identifica que la prevalencia de agenesia de terceros molares superiores retenidos se presenta en mayor porcentaje en el grupo masculino.

Distribución de pacientes con agenesia de terceros molares superiores retenidos por ubicación

Se identifica que la prevalencia de agenesia de terceros molares superiores retenidos se presenta en mayor porcentaje en el lado derecho.

Prevalencia de terceros molares superiores retenidos según la edad del paciente.

Se identifica que la prevalencia de exodoncia de terceros molares superiores retenidos se presenta en mayor porcentaje en el grupo de edades entre 17-20 años.

Prevalencia de terceros molares superiores retenidos por género

Se identifica que la prevalencia de exodoncia de terceros molares superiores retenidos se presenta en mayor porcentaje en el género femenino

Prevalencia de terceros molares superiores retenidos por ubicación

Se identifica que la prevalencia de exodoncia de terceros molares superiores retenidos según su ubicación se presenta en mayor porcentaje en el lado izquierdo.

Prevalencia de terceros molares superiores retenidos de acuerdo a la frecuencia de posición según la clasificación de Winter

Se identifica que la prevalencia de posición respecto al eje longitudinal del segundo molar en la exodoncia de terceros molares superiores retenidos es la distoangulada en ambos lados.

Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos de acuerdo a la frecuencia del estadio de Nolla

Se identifica que la prevalencia de exodoncia de terceros molares superiores retenidos presentan un estadio de Nolla entre 7-8 en ambos lados.

Prevalencia de terceros molares superiores retenidos de acuerdo al estadio de Nolla según la edad.

Se identifica que la prevalencia de estadio de Nolla es de 7-8 entre las edades de 17-20 años.

Distribución de pacientes con terceros molares superiores retenidos de acuerdo a la frecuencia en relación con el seno maxilar

Se identifica que la prevalencia de exodoncia de terceros molares superiores retenidos no presenta relación con el seno maxilar tanto del lado derecho como el izquierdo.

5.2 Recomendaciones

Luego del estudio realizado se recomienda, analizar correctamente las radiografías panorámicas de los terceros molares superiores retenidos de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSG, para así poder evitar complicaciones a futuro y poderlas enfrentar de una mejor manera.

Debemos tener en cuenta que nunca podemos realizar una exodoncia de tercer molar sin tomar una radiografía panorámica, porque así sabremos su posición exacta, la relación que presenta con sus estructuras adyacentes presencia de procesos infecciosos, entre otros.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Huaynoca Achá Naira Isabel. Tercer molar retenido - impactado e incluido. *Revista de Actualización Clínica*. 2012; 25: 1212-1217.
2. García H., Rodríguez A. Agenesia del tercer molar en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Antofagasta, Chile. *Int. J. Morphol.* 2009; 27(2): 393-402.
3. Mateos I., Hernández F., Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. *Revista Odontológica Mexicana*. 2006; 9(2): 84-91.
4. Del Puerto M., Cañete R., Casas L. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba, *Rev. Méd Electrón.* 2014; 36 (Supl 1): 752-762.
5. García H., F., Toro Yagua, O., et al. Erupción y retención del tercer molar en jóvenes entre 17 y 20 años, Antofagasta, Chile. *Int. J. Morphol.* 2009; 27 (3): 727-736.
6. Díaz A., Echaverry R. Agenesia en dentición Permanente. *Rev. salud pública. México*. 2009; 11(6): 961-969.
7. Sarmiento P., Herrera A. Agenesia de terceros molares en estudiantes de odontología de la Universidad del Valle entre 16 y 25 años, Colombia; 2006; 35 (3): 961-969
8. Silvestri A., Singh I. *Journal of the American Dental Association*. The unresolved problem of the third molar. Would people be better off without it?; 2006; 134 (4): 450-455.
9. Martínez, S., Lucas G. Estudio del grado de desarrollo de los terceros molares en niños que concurren a la cátedra de Odontopediatría. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*. 2006; 70: 1-4.
10. Gómez de Ferraris Ma. E, Campos Muñoz A. Embriología dentinaria (ontogénesis), histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. México; 2009; 3: 113-131.
11. Gutiérrez D., Díaz R., Macías A. Agenesia de terceros molares en pacientes de la facultad de odontología de la UNAM, *Rev. Cubana Estoma tol. México*; 2008; 45 (3-4).

12. Okazaki K. Journal of Oral Science. Relationship between initial crowding and interproximal forcé during retention phase; 2010: 197-201.
13. Juárez R., Monzón J., López J., Conga E. Comunicaciones científicas y tecnológicas. Enfermedad periodontal asociada a la retención de terceras molares. Argentina; 2011: 1-4.
14. Morales N. Revista Cubana de Estomatología. Ameloblastoma; 2014: 46(3): 48-61
15. Fuentes R., Beltrán V., Cantin M., Engelke W. Remoción de terceros molares mandibulares con asistencia endoscópica. Chile; 2012: 5 (2): 83-86.
16. Rodríguez F., Zavala M., Peñaloza C. Pericoronitis asociada con terceros molares retenidos. Prevalencia y otros síntomas asociados. México; 2008: 0 (1): 9-12.
17. Dirk T., Marloes M., Wil JM., Emiel H., Alphons P., Interventions for treating asymptomatic impacted wisdomteeth in adolescents and adults. 2008
18. Donado M. Cirugía bucal. Patología y técnica 3era edición. Editorial Elsevier España. 2006; Cap. 20: p.385-433.
19. Martin B. Steed, Oral and Maxillofacial Surgery. The indications for third-molar extractions. 2014: 145 (6): 570-573.
20. Pankaj Y., Preeti J., Ruchika R., Sangeeta T., Mahesh V., Journal of Clinical and Diagnostic Research. Saving the 2nd Molar from the 3rd Is it Really the Guilt of the Tilt? 2016: 10 (5): 17-19.
21. Navarro Vila, C. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. 2nda edición. Tomo I. Editorial Arán. 2009; cap. 1: p. 3 -13.
22. Gay Escoda, Cosme. Tratado de cirugía bucal tomo 1. Editorial Ergon. 2004; cap. 12: p. 356 – 385
23. Rachninder K., Anand C., Ranjana G., Sugandha S., Trisha R., Indian Journal of Dentistry. Early prediction of mandibular third molar eruption/impaction using linear and angular measurements on digital panoramic radiography: A radiographic study. 2016: 7(2): 66-69.

24. Niedzielska. Oxford Journals. Medicine. European Journal of Orthodontics. Third molar influence on dental arch crowding. 2005: 27 (5): 518-523.
25. François R. Tratado de osteopatía craneal articulación temporomandibular: análisis y tratamiento ortodóntico. Editorial Panamericana. 2006; cap. 21: 429.
26. Philip Sapp, J. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Segunda edición. Editorial Elsevier España. 2006; cap. 2: 46.
27. Morales N. Revista Cubana de Estomatología. Ameloblastoma: Literature Review. 2009: 46 (3): 48-61.
28. Botina C., Rodríguez L., Cepeda E., Zabala D. Frecuencia de agenesias de terceros molares: relación con el tamaño mandibular. 2012: 8 (15).
29. Revista vasca de odontoestomatología; Etiología, epidemiología, de agenesias dentales, ISSN 1695-228. 2010: 20 (1): 34-43.
30. Siberio Teras, Anodoncia parcial verdadera, Acta Odontológica Venezolana; Venezuela. 2013: 51 (4).
31. HARRY, Archer, W, Manual de Cirugía Oral, edición, W.B. Saunders Company, Filadelfia, 2002, Pág. 84-154
32. Rodríguez Gemma, Martínez Eliana, Duque Francisco, Lodoño Lina. Caracterización de terceros molares sometidos a exodoncia quirúrgica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia entre 1991 y 2001. Revista de la Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2007; 76-83.
33. Bishara S. E. Second Molar Extractions: a review, Am J Orthod, 1986,89. Vol. 89 (5); p. 413-424.

7. GLOSARIO

- Terceros molares:

También llamadas cordales, que suelen aparecer a las edades entre 17 y 20 años, también pueden presentar agenesia en la dentición permanente.

- Agenesia:

Es la ausencia parcial o completa de un órgano o de un tejido del organismo. En el proceso de formación del organismo (embriogénesis) el tejido afectado no se desarrolla de forma normal.

- Seno maxilar:

Es una de las cavidades que conforma los senos paranasales en la cara, de ellas es la cavidad más grande y es de forma piramidal.

- Estadio:

Un estadio son las evoluciones que siguen un germen dental para su erupción. Se presentan diferentes estadios o etapas que son: Brote macizo, casquete, campana y de folículo dentario.

- Retención:

Aquel diente que llegada la época normal de erupción se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el maxilar sin erupcionar.

- Posición:

Es la ubicación que presenta la pieza dentaria que se encuentra retenida o erupcionada puede estar afectada su posición por varios factores.

8. ANEXOS



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA
ODONTOLOGÍA

“Prevalencia de Agenesia y Posición de Terceros Molares en el Maxilar Superior en la Clínica UCSG Semestre A-2016”

ALUMNA: LISSBETH SOLIS

TUTOR: DR. HÉCTOR LEMA

EDAD: _____

SEXO: Femenino Masculino

UBICACIÓN: Derecha Izquierda Ambos

AGENESIA: Derecha Izquierda Ambos

POSICION SEGÚN WINTER:

CLASIFICACION	DERECHO	IZQUIERDO
VERTICAL		
HORIZONTAL		
MESO ANGULADO		
DISTO ANGULADO		
VESTIBULO VERSIÓN		
LINGUO VERSIÓN		
INVERTIDO		
NOLLA		
SENO		

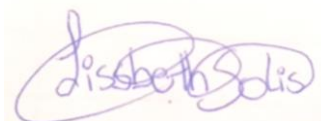
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Solis Nuñez, Lissbeth Yadira**, con C.C: # 2400090326 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de la Agenesia y Posición de Terceros Molares en el Maxilar Superior en la Clínica UCSG Semestre A-2016**, previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **14 de Septiembre** de **2016**



f. _____

Nombre: **Solis Nuñez Lissbeth Yadira**

C.C: **2400090326**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de la Agenesia y Posición de Terceros Molares en el Maxilar Superior en la Clínica UCSG Semestre A-2016		
AUTOR(ES)	Solis Nuñez, Lissbeth Yadira		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lema Gutiérrez, Héctor Alfredo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de Septiembre de 2016	No. PÁGINAS:	DE # 82
ÁREAS TEMÁTICAS:	Periodoncia, Implantología, Rehabilitación Oral.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	TERCEROS MOLARES; AGENESIA; SENO MAXILAR; ESTADIO; RETENCIÓN: POSICIÓN.		

RESUMEN/ABSTRACT:

Introducción

Los terceros molares son las piezas dentales que presentan más irregularidades durante su desarrollo. Estas piezas son las últimas en erupcionar y en muchos casos no se presenta el espacio adecuado y se producen una impactación, retención e inclusión o en algunos casos se presenta agenesia.

Objetivo

Determinar la prevalencia de la agenesia y la posición de los terceros molares superiores según la clasificación de Winter en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la UCSG

Diseño

Se analizaron 150 radiografías panorámicas de pacientes mayores a 17 años de edad atendidos en la clínica Odontológica UCSG, los datos obtenidos del análisis de la radiografía se llenaron en una ficha diseñada para este estudio. La validación de la estadística se realizó mediante la prueba chi-cuadrado, con un grado de significación de 0,05 para 95% de confiabilidad si $p \geq 1,64$.

Resultado

Los resultados nos indican que la prevalencia de terceros molares superiores retenidos fue mayor en el sexo femenino; el grupo de 17-20 años obtuvo mayor porcentaje. La posición encontrada con mayor prevalencia según Winter fue la disto angulada.

En cuanto a la agenesia se presentó mayor prevalencia en el sexo masculino, entre 21-25 años en el lado derecho.

Conclusión

Se observó una alta frecuencia de los terceros molares superiores retenidos en mujeres de 17 a 20 años, con posición distoangulada bilateral que preferían extraerse ambos molares en el mismo día.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-93273299	E-mail: lissolis93@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Gabriela Nicole Landívar Ontaneda	
	Teléfono: +593-9-97198402	
	E-mail: gabriela_landivar@hotmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		