

**REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**EVALUACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMATOLOGÍA DE PACIENTES CON
TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE
INCLUIDOS**

**TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
DOCTOR EN ODONTOLOGÍA**

Sustentantes:

Fergie Stephany Deduy 19-0669
Madeleine Rodriguez Acevedo 20-0425

Los conceptos emitidos en el presente trabajo final son de la exclusiva responsabilidad de los estudiantes.

Docente titular:

Dra. Helen Rivera

Docente Especializado:

Dr. Silvano Guzmán

SANTO DOMINGO, D.N

2022

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres, Yocasta Acevedo y Luis Rodriguez quienes me apoyaron en todo momento, y no dudaron nunca de mi, esto es para ustedes.

Madeleine Rodriguez Acevedo

Dedico este trabajo a mi madre Maria Eugenia Burr, mi abuela Maria José de Castro, mi tía Ilse Coromoto Castro y a mi pareja Hector Ramón Holguín por siempre apoyarme y darme consejos, y empujarme a mejorar como profesional.

Fergie Stephany Deduy

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por permitirme completar una de mis metas profesionales.

Sumamente agradecida con todas aquellas personas que estuvieron de mi lado durante este trayecto y me apoyaron en todo momento.

De manera especial quiero mencionar y destacar:

A mis padres Yocasta Acevedo y Luis Rodriguez por creer en mí y apoyarme siempre.

A mis hermanos Mileishka y Mikhail por escuchar mis tandas de desahogo, por ser incluso mi paciente estrella.

A mis amigos y amigas que conocí durante este trayecto, los quiero mucho, gracias por hacer que el tiempo pase más rápido, por apoyarme y ayudarme ustedes saben!

A mi compañera de tesis Fergie Deduy por acompañarme a completar este trabajo.

A la Dra Helen Rivera por su esfuerzo, dedicación y apoyo de inicio a fin.

Al Dr Silvano Guzman por guiarnos a completar este trabajo.

A Julio Mero por su dedicación y entrega puntual para poder culminar este trabajo.

Madeleine Rodriguez Acevedo

Primero que todo, darle las gracias a Dios por guiarme espiritualmente durante mi carrera para aprender más allá de lo necesario ya que esto siempre fue un sueño para mi.

A mi madre Maria Eugenia Burr, porque nunca dudó de mí y mis capacidades. Por entender la poca comunicación los últimos cuatrimestres por el nivel de estrés y demanda académica.

A mi tía Ilse Castro y a mi abuela Maria de Castro, por siempre hacerme sentir bien de las decisiones tomadas para ir a otro país a estudiar la carrera.

A mi pareja Hector Holguín, por apoyarme durante el trayecto de la tesis con responsabilidades y compromisos.

A mi pareja de tesis Madeleine Rodriguez, por ayudarme con este trabajo y poner mucho empeño para que a ambas nos fuera excelente.

Un agradecimiento para nuestro docente especializado, Dr. Silvano Guzman y nuestra docente titular, Dra. Helen Rivera, por todas sus recomendaciones y sugerencias, ayuda, y paciencia durante el periodo de este trabajo.

A Julio Mero por toda su ayuda con los análisis y resultados, sus sugerencias y entrega tan diligente para poder entregar el trabajo a tiempo.

Por último, pero no menos importante a mi hija, por no darme síntomas negativos durante estos últimos 4 meses para poder terminar mis requisitos de la carrera y poder trabajar en este trabajo tan importante.

Fergie Stephany Deduy

RESUMEN

Objetivo: Determinar signos y síntomas más frecuentes de pacientes con los terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos. **Metodología:** Se realizó una encuesta utilizando un formulario de google que se envió a 31 doctores especializados en cirugía bucal y/o bucomaxilofacial y a doctores en su último año de especialidad en cirugía bucal. Debían responder un cuestionario de signos y síntomas, hallazgos radiográficos, posiciones, edad y género más frecuentes de terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos. **Resultados:** De las 31 encuestas llenadas por cirujanos bucales, cirujanos maxilofaciales y/o estudiantes de término de la especialidad de cirugía bucal tuvimos un resultado de predominio en el rango de edad entre 17-25 años con 58%, con la posición mesioangular siendo la más común 97%, extracción como solución definitiva de tratamiento 90%, pericoronaritis 74%, y no presentan signo radiográfico con 42%. En cuanto al género los terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos resultaron no tener predominio, pudiendo aparecer en ambos géneros por igual con un 63%. **Discusión:** Los resultados obtenidos en esta investigación son similares a otros estudios que evaluaron signos y síntomas de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos. Hubo diferencias en cuanto al género más frecuente. **Conclusión:** De acuerdo a las evidencias recolectadas se observa relevancia en cuanto al rango de edad, género y sintomatología más frecuente de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos de acuerdo a la posición que estos presenten siendo la extracción el tratamiento definitivo más común.

Palabras clave: Terceros molares inferiores, Incluidos, Parcialmente incluidos, Signos y Síntomas

SUMMARY

Objective: To determine the most frequent signs and symptoms of patients with impacted or partially impacted lower third molars. **Methodology:** A survey was conducted using a google form that was sent to 31 doctors specialized in oral and/or maxillofacial surgery and to doctors in their last year of specialty in oral surgery. They had to answer a questionnaire about the most frequent signs and symptoms, radiographic findings, positions, age and gender of impacted or partially impacted lower third molars. **Results:** A predominance was obtained in the age range of 17-25 years old with 58%, mesioangular position at 97%, extraction as a solution with 90%, pericoronitis at 74%, and no frequent radiographic finding with 42%. Regarding gender, the lower third molars included or partially included were not gender predominant, being able to appear in both genders equally, 63%. **Discussion:** The results obtained in this research are similar to other studies that evaluated signs and symptoms of impacted and partially impacted lower third molars. There were differences regarding the most frequent gender. **Conclusion:** According to the evidence collected, relevance is observed in terms of age range, gender and the most frequent symptomatology of included and partially included lower third molars according to their position, with extraction being the most common definitive treatment.

Keywords: Lower third molars, Included, Partially included, Signs and Symptoms

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. OBJETIVOS	12
3.1 GENERAL	12
3.2 ESPECÍFICOS	12
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	13
4.2 SIGNOS CLÍNICOS	15
4.2.1 Lesión de caries	16
4.2.2 Pericoronaritis	16
4.3 SINTOMATOLOGÍA	17
4.4 TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE INCLUIDOS	18
4.5 CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES SEGÚN SU POSICIÓN	19
4.5.1 PREVALENCIA DE POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE INCLUIDOS	21
4.6 PATOLOGÍAS ASOCIADAS A TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE INCLUIDOS	21
4.6.1 Quiste dentigero	22
4.6.2 Ameloblastoma	23
4.6.3 Quiste paradental	25
4.6.4 Queratoquiste odontogénico	26
4.6.5 Absceso dentoalveolar agudo	27
4.6.6 Absceso dentoalveolar crónico	28
4.6.7 Absceso pericoronar	28
4.7 RELACIÓN DE GRUPOS EDAD Y GÉNERO	29
4.8 SOLUCIONES Y/O TRATAMIENTOS DEFINITIVOS PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS O PARCIALMENTE INCLUIDOS	30
4.8.1 Antibióticos	30
4.8.2 Analgésicos	31
4.8.3 Operculectomía	31
4.8.4 Anestésico tópico	32

4.8.5 Clorhexidina al 0.12%	32
4.8.6 Enjuagues de agua con sal	33
4.8.7 Extracción	33
5. MATERIAL Y MÉTODOS	34
5.1 TIPO DE ESTUDIO	34
5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	34
5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	34
5.4 VARIABLES INDEPENDIENTES	35
5.5 VARIABLES DEPENDIENTES	35
5.6 METODOLOGÍA	35
5.6.1 POBLACIÓN Y MUESTRA	35
5.6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
5.6.3 PROCEDIMIENTO	36
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
7. DISCUSIÓN	45
8. CONCLUSIÓN	47
9. RECOMENDACIONES	48
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
11. ANEXOS	56

1. INTRODUCCIÓN

Los terceros molares por su conocida cronología de erupción, son los últimos dientes en desembocar en la cavidad oral. Su función principal es la de soporte de los segundos molares. La erupción se llega a producir por término medio entre 5 y 7 años después de la calcificación inicial que sucede entre los 7 y los 12 años de edad¹.

La morfología oclusal es muy variable ya que puede presentarse con cinco cúspides o más y hasta una corona más grande que la del segundo molar inferior. Sin embargo, en la morfología radicular se puede encontrar una o varias raíces. Por lo general, los terceros molares superiores presentan tres raíces mientras que los terceros molares inferiores pueden presentar dos. En el tamaño podemos observar tanto microdontia o macrodontia ya sea este coronal, radicular o ambos. Por último, el cambio frecuente de número también encontramos agenesia de estas piezas.²

La erupción y retención de terceros molares, también conocidos como cordales, es un factor importante que se debe de tener en cuenta por el odontólogo en el momento de realizar un plan de tratamiento. La extracción de los terceros molares es una de las mediaciones más frecuentes en la cirugía odontológica¹. Comparados con la dentición restante, los terceros molares se caracterizan por una gran variabilidad en relación con la erupción, el desarrollo, la morfología coronaria y radicular como también la posición. Unos de los dientes que más requieren exodoncia posiblemente son los terceros molares inferiores retenidos. Estos presentan diversas causas, como falta de espacio para una correcta erupción, diversas posiciones de retención, medida preventiva periodontal, caries dental al segundo molar adyacente, necrosis pulpar, por razones ortodónticas, como parte del

tratamiento antes de una cirugía ortognática maxilar, o por prevención de quistes dentígeros. Cabe destacar que existen más razones para la extracción de terceros molares inferiores como la sobreerupción por la ausencia del tercer molar superior lo cual puede representar dificultades en la masticación y oclusión, y hasta daño de la mucosa en pacientes que recibirán radiaciones como medida preventiva de osteorradionecrosis.²

Para el odontólogo general, los terceros molares tienen aspectos tanto positivos como negativos. Uno de los primeros aspectos positivos deduce que pueden utilizarse para reemplazar un primer o segundo molar perdido o como pilar de un puente protésico; y entre los negativos, que estos son capaces de acumular restos de alimentos. Cuando los terceros molares se encuentran retenidos pueden provocar enfermedad periodontal, de donde se infiere que los elementos desfavorables sobrepasan a los ventajosos, y que por dicha razón se extraen esas piezas dentarias en alrededor del 75 % de las personas que reciben tratamiento odontológico.³

Diversos estudios y estadísticas llegaron a la conclusión de que los terceros molares, son las piezas que con más frecuencia se retienen a nivel interóseo por la falta de espacio, ya que al no erupcionar completamente se asocian a un grupo importante de patologías orales, lo cual, por su presencia podría llegar a un gran número de complicaciones por esta razón se indica la extracción de los mismos. Los terceros molares inferiores son las piezas más afectadas, las cuales pueden estar asociadas a condiciones embriológicas y anatómicas.²

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos son un motivo de consulta frecuente, y pueden estar ligados a diferentes causas. Tienden a erupcionar a partir de los 17 años en adelante y la terminación de la formación del ápice se da a partir de los 25 años. Hay pacientes que padecen de sintomatología, tales como; dolor, infección, otros pueden estar referidos a consulta por posición, caries dental, alguna patología dental, por lo que se recomienda la extracción de estos dientes. Es común encontrarlos con una morfología variable en su figura, tanto en la corona como en la raíz; lo más usual es la inconsistencia en su posición, ya que en un 60% de los casos aproximadamente no hay oclusión con el diente antagonista y más de la mitad de las veces no erupciona fuera de la encía.¹⁶ Para poder solucionar este problema es necesario una buena anamnesis clínica y radiográfica y elegir de acuerdo a esto el tratamiento ideal para el paciente.

Por lo que se plantean las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es el rango de edad más común que presenta sintomatología y signos de terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos?
2. ¿Cuál es el género más predominante de la inclusión total o parcial de terceros molares inferiores?
3. ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes asociados a terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos?
4. ¿Cuáles son los signos más comunes que se pueden observar a nivel radiográfico de terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos?
5. ¿Cuál es la solución temporal y/o definitiva más habitual para pacientes con sintomatología de terceros molares incluidos o parcialmente incluidos?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar signos y síntomas más frecuentes de pacientes con los terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Evaluar el rango de edad más común que presente signos y síntomas con terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos.
2. Identificar cuál es el género más frecuente que presente signos y síntomas de terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos.
3. Especificar cuáles son los síntomas más comunes asociados a terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos.
4. Analizar los signos radiográficos más observados en pacientes con terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos.
5. Señalar cuál es la solución temporal y/o definitiva más habitual para pacientes con sintomatología de terceros molares incluidos o parcialmente incluidos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Bohkari et al,⁴ realizaron un estudio para determinar la prevalencia de la caries distal en segundos molares debido a terceros molares incluidos. Evaluaron 6,000 radiografías panorámicas de pacientes y obtuvieron como resultados que un 16.31% de los pacientes, tenían terceros molares inferiores incluidos, un 39% con terceros molares incluidos tenían caries distal en el segundo molar inferior. Terceros molares con posición mesioangular en pacientes masculinos de edades 21-28 años fueron los factores asociados con la caries distal en segundos molares por terceros molares retenidos.

En el 2020, Tai et al, realizaron un estudio para investigar los efectos de los terceros molares mandibulares retenidos y lesiones periodontales a segundos molares adyacentes. Utilizando panorámicas de pacientes, de 2650 terceros molares mandibulares retenidos se observó un 6.98% de lesiones dentales, 37.81% de lesiones periodontales y en los segundos molares adyacentes hubo un 24.63% de lesiones dentales y 35.30% de lesiones periodontales. Recomendaron la extracción de terceros molares mandibulares con posición mesioangular y monitoreo continuo en pacientes con terceros molares mandibulares con posiciones horizontales invertidas⁵

En el 2020, Kalaiselvan et al, realizaron un estudio donde analizaron 1000 panorámicas de pacientes con edades entre 20-40 años quienes no padecían de

enfermedad sistémica, presentaban el segundo molar adyacente al tercer molar y sin restauraciones previas a la radiografía. Utilizaron el software de planmeca para poder observar y evaluar las panorámicas. Se concluyó que es más frecuente la retención de los terceros molares mandibulares en hombres que en mujeres y que la posición mesioangular es la que ocurre más frecuentemente, seguida de la vertical. El patrón más común fue nivel A y clase II según la clasificación de Pell y Gregory descrita más adelante.⁶

Pell y Gregory en 1933, sugirieron una clasificación para la inclusión e impactación basada en la posición horizontal y vertical de los terceros molares. En Tailandia, se realizó un estudio poblacional que determinó que la posición B y la clase II son las posiciones más frecuentes. Aunque una gran mayoría de estudios no pudieron identificar alguna predilección de género con respecto al grado de retención de los terceros molares, existen otros que han concluido que el género femenino tiende a presentar más retención e inclusión de los terceros molares que los hombres debido a dietas más blandas y músculos más pequeños. La presencia de terceros molares impactados, se asocian al aumento del riesgo de desarrollar infecciones en la zona retromolar, quistes y tumores odontogénicos, caries en dientes contiguos y en ocasiones alteraciones para-funcionales.⁷

Entre el 2017 al 2019, Kaczor-Urbanowicz et al, realizaron un estudio donde se determinó que el tercer molar inferior es el diente que con más frecuencia queda incluido, con una prevalencia que puede variar entre un rango de 16.7% a 68.6%. Las causas de su inclusión abarcan múltiples posibilidades como son el desarrollo

evolutivo de la especie humana, enfermedades sistémicas, las variaciones raciales del crecimiento facial, tamaño del diente o la falta de espacio en el arco dentario.⁸

En un estudio realizado se examinaron 200 molares incluidos de los cuales la mayoría de ellos estaban presentes en pacientes en la segunda década de vida, donde el 55% eran pacientes masculinos y el 45% femeninos. La prevalencia de terceros molares mandibulares incluidos fue de un 52% unilateral y de un 48% bilateral. La posición mesioangular fue observada como la más frecuente y contó con un 45% del total de los terceros molares incluidos.⁹

Un estudio realizado entre el período febrero 2015 a agosto 2016 con un total de 120 pacientes los cuales, 79 eran mujeres y 41 eran hombres, se evaluaron 204 molares mandibulares parcialmente incluidos. La edad media de los pacientes fue de 36.5 años (rango 18-55 años), se determinó que los terceros molares mandibulares distoangulares parcialmente incluidos en Clase II y posición B parecen tener mayor riesgo de desarrollar pericoronitis.¹⁰

4.2 SIGNOS CLÍNICOS

Los signos clínicos se encuentran entre las habilidades y competencias de la disciplina del área de diagnóstico lo cual orienta a los estudiantes a aprender a observar, identificar, recopilar e interpretar datos para la construcción del diagnóstico de los trastornos bucales y maxilofaciales prevalentes. Esto ayuda a poder promover la salud bucal y prevenir enfermedades y trastornos bucales. Respetando los principios éticos inherentes al ejercicio profesional como poder adecuadamente

identificar enfermedades en pacientes y grupos de población y de paso realizar procedimientos adecuados para su investigación, prevención, tratamiento y control. Es importante obtener y registrar eficientemente información confiable captada de los pacientes y poder evaluarla objetivamente para aplicar el conocimiento sobre salud oral, enfermedades y temas relacionados en el mejor interés del individuo y la comunidad.¹¹ Entre algunos signos se puede observar reabsorción radicular, y lesiones endo-perio del segundo molar por posición del tercero.

4.2.1 Lesión de caries

La lesión de caries es un cambio que se puede detectar en la estructura dentaria resultado de la interacción diente/biofilm. Es la manifestación clínica del proceso de caries, el cual sigue una secuencia dinámica las interacciones diente/biofilm que ocurren en el transcurso del tiempo, sobre y dentro de una superficie dentaria.¹² Comúnmente, se suele apreciar la lesión de caries en la cara distal del segundo molar lo cual si el tercer molar adyacente está parcialmente incluido puede estar siendo afectado por este proceso patológico.¹²

4.2.2 Pericoronaritis

La pericoronaritis está definida como un proceso infeccioso que afecta a los tejidos blandos los cuales rodean la corona de un diente que se encuentra parcialmente erupcionado. Es una patología de origen microbiano que afecta con mayor frecuencia a los terceros molares parcialmente incluidos. Su tasa de presentación clínica en posición vertical es de un 67% y en molares con posición distoangular de un 14%. Según la edad, puede oscilar entre los veinte y treinta años o en cualquier

otra época sin existir diferencia de afectación por el género.¹³ También se puede iniciar la pericoronaritis por trauma ocasionado por el cordal superior que traumatiza el opérculo del cordal inferior durante la masticación o al cerrar la boca, y el único tratamiento es la extracción del tercer molar que originó la inflamación.²⁷ Hay tres categorías que pueden ser reconocidas durante el diagnóstico y examen clínico; la pericoronitis aguda, subaguda y crónica, cada una formando un perfil sintomatológico diferente en el paciente. La pericoronitis aguda se caracteriza por una apertura limitada de la boca y una sintomatología más grave, la pericoronitis subaguda sigue un patrón similar en una intensidad más baja y sin ningún informe de molestias en la apertura de la boca, y la pericoronitis crónica se refiere a pacientes que describen un dolor de bajo grado de corta duración sin sintomatología significativa.²⁷

4.3 SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas en odontología pueden ser las primeras señales de que algo no anda bien con la salud bucal. Es importante estar atento a estas señales antes de que traigan consecuencias permanentes y/o dolorosas. La salud bucal afecta indiscutiblemente a la calidad de vida.

La sintomatología del tercer molar inferior incluido y parcialmente incluido, que usualmente hace que pacientes acudan a la consulta odontológica corresponde a los frecuentes y característicos síntomas que provoca el tercer molar inferior incluido en su proceso de erupción. Entre estos predominan las inflamaciones del tejido, supuración, sangrado, fiebre, neuralgia, parestesia, dolor localizado en la zona del tercer molar o segundo molar vecino, dolor irradiado hacia la rama ascendente del

maxilar inferior por su conexión, Angina de Ludwig y dolor irradiado hacia los elementos dentarios anteriores.⁸

4.4 TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE INCLUIDOS

En el ser humano, el tercer molar es el diente que más variaciones presenta durante su desarrollo embriológico, y es causa de diversas alteraciones y malestares durante su proceso de erupción. Se ha señalado que la agenesia del tercer molar tiene una prevalencia entre un 9% y 37%.³⁸

El tercer molar inferior es uno de los órganos dentarios que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, lo cual llega a provocar innumerables complicaciones. Desde el punto de vista clínico, dolor, pericoronaritis, caries y reabsorción de raíces del segundo molar inferior, formación de quistes dentígeros, desbalance oclusal y disturbios en la ATM, son algunas de las complicaciones más frecuentes.¹⁷

Se define al diente incluido aquel que al llegar la época normal de su erupción, se encuentra total o parcialmente dentro del maxilar y conserva su saco pericoronario fisiológico normal. El diente se considera retenido “impactado” o “enclavado” cuando no ha erupcionado total o parcialmente en la arcada dentaria. El saco pericoronario puede estar o no en relación con la cavidad bucal, pero el trayecto normal de erupción de la pieza dentaria está interferida o bloqueada por un obstáculo mecánico que puede ser otra pieza dentaria, hueso de recubrimiento excesivamente denso o fibrosis de tejidos blandos.¹⁷

La teoría de la reducción terminal dentaria de Adloff, teoriza la posible futura desaparición del tercer molar en la especie humana, como consecuencia de la

disminución de la actividad masticatoria y la modificación gradual de los hábitos alimenticios.³⁷

4.5 CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES SEGÚN SU POSICIÓN

Los terceros molares se clasifican radiográficamente según su posición respecto al segundo molar y la rama mandibular. Según Pell y Gregory, los terceros molares se pueden categorizar en nivel A, B o C dependiendo de su profundidad respecto al plano oclusal y en clase I, II o III según el espacio disponible respecto a la rama ascendente mandibular y el segundo molar adyacente.¹⁵

Pell y Gregory, según el espacio disponible con relación a la rama ascendente mandibular y el segundo molar adyacente:

Clase I: suficiente espacio anteroposterior para la erupción, es decir entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar.

Clase II: aproximadamente la mitad del tercer molar está cubierto por la rama mandibular y la otra mitad tiene espacio para la erupción.

Clase III: Tercer molar totalmente incluido en la rama mandibular, por lo tanto este tercer molar no va a tener un espacio en la boca para poder erupcionar.¹⁶

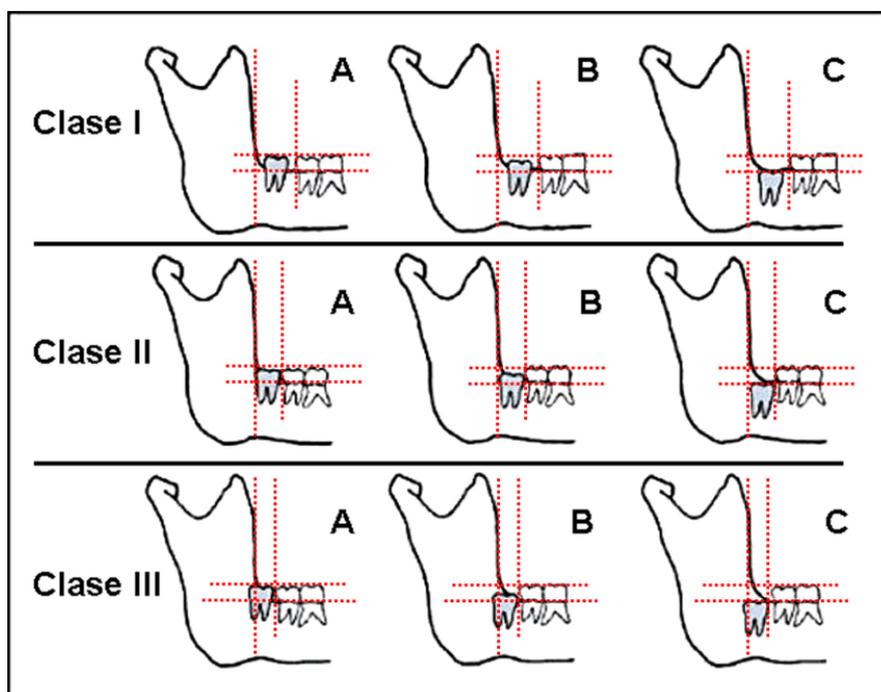
Pell y Gregory, según su profundidad con relación al plano oclusal:

Clase A: Plano oclusal del tercer molar al mismo nivel que plano oclusal del segundo molar.

Clase B: Plano oclusal del tercer molar se encuentra entre plano oclusal y línea cervical del segundo molar.

Clase C: Tercer molar por debajo de línea cervical del segundo molar.¹⁶

Fig. 1 Clasificación de Pell y Gregory⁴¹



Fuente: Manrique-Guzman J, Chavez-Reategui B, Manrique-Chavez J. Glucocorticoides como profiláctico antiinflamatorio en cirugía de terceros molares inferiores. Rev Estomatol Herediana (2013); 23(4): 193-199.

Las posiciones de la clasificación de Winter son:

Vertical: el eje mayor del tercero es paralelo al eje mayor del segundo molar.

Mesioangular: el eje forma con la horizontal un ángulo de entre 30° y 80°.

Distoangular: El ángulo abierto hacia atrás y la corona apunta hacia la rama ascendente.

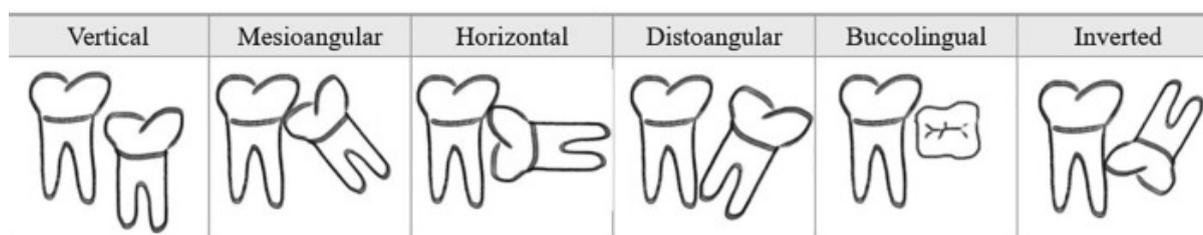
Horizontal: El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.

Linguoangular: el eje oblicuo hacia lingual (Corona hacia la lengua).

Mesioangular invertida: el eje oblicuo hacia abajo y adelante entre 90° y 120°.

Distoangular invertida: con el eje oblicuo hacia abajo y hacia atrás.

Vestibuloangular: el eje oblicuo hacia vestibular y sus raíces hacia lingual.¹⁶

Fig 2. Clasificación de Winter⁴²

Fuente: Alfadil L, Almajed E. Prevalence of impacted third molars and the reason for extraction in Saudi Arabia. Saudi Dental Journal (2020); 32: 262-268

4.5.1 PREVALENCIA DE POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE INCLUIDOS

Se realizó un estudio para determinar la prevalencia de posición de terceros molares incluidos y se concluyó que la cantidad de terceros molares impactados es de un mínimo de dos dientes con un 41%. La angulación más común de impactación en la mandíbula fue la mesioangular con un 35% y el nivel más común de impactación en la mandíbula fue el nivel A según la clasificación de Pell y Gregory.¹⁷ En un estudio realizado a 200 pacientes, la prevalencia de posición más frecuente de los terceros molares inferiores fue la posición C con un 74%, seguida de la posición A con un 17% y la menos frecuente fue la posición B con un 9% total de los casos.²⁷

4.6 PATOLOGÍAS ASOCIADAS A TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE INCLUIDOS

Dentro de las patologías de tipo odontogénico, existen lesiones que se desarrollan por alguna alteración en el saco pericoronario que se deriva del folículo dentario de dientes incluidos, cuya composición histológica está basada en tejido conectivo fibroso y restos epiteliales de la odontogénesis.¹⁸

4.6.1 Quiste dentigero

El quiste dentígero se describe como un quiste de origen odontogénico que se forma por el acopio de fluido entre la corona anatómica de un diente impactado y el epitelio reducido del esmalte, teniendo como consecuencia la expansión del folículo dental; por esta razón, se asocia con la corona de un diente en desarrollo, no erupcionado o incluido. Dentro de las características clínicas se encuentran; expansión de la cortical, asimetría facial, desplazamiento dentario, obstrucción de erupción dental e incluso fracturas patológicas.¹⁸

El quiste dentigero puede aparecer durante la segunda y tercera década de vida, mayormente en hombres y está asociado a terceros molares.⁵⁰

A nivel radiográfico está caracterizado por una imagen radiolúcida unilocular bien definida y con un borde esclerótico que está asociado a la corona de un diente no erupcionado. Cuando hay presencia de infección la imagen puede presentar límites mal definidos y de aspecto multilocular. Adicional a esto se puede observar desplazamiento del canal mandibular, reabsorción del mismo, reabsorción radicular de dientes adyacentes.²⁸

Fig. 3 Quiste dentígero, se observa radiolucidez en la zona del tercer molar inferior retenido en posición invertida. 43



Fuente: Morales Navarro D, Díaz Ramos G. Quiste dentígero en tercer molar mandibular en posición invertida. Revista Cubana de Estomatología (2018); 55(3): 1-8.

4.6.2 Ameloblastoma

El ameloblastoma es una neoplasia benigna de origen odontogénico de estirpe epitelial, cuyo origen deriva de los componentes del epitelio odontogénico, presenta un predominio en mandíbula del 80%. Se caracteriza por presentar un crecimiento lento y asintomático, de naturaleza benigna; sin embargo, es localmente agresivo, produce expansión y perforación de las tablas óseas, generando la infiltración hacia los tejidos vecinos, como la rama ascendente, el cóndilo y la apófisis coronoide. Al alcanzar dimensiones mayores, puede ocasionar complicaciones tales como la obstrucción de las vías aéreas, fracturas patológicas, parestesia, sintomatología dolorosa, desplazamiento de estructuras y órganos dentarios con resorciones radiculares, asimetría o deformación facial.¹⁸

Esta patología puede presentarse a cualquier edad, aunque tiene una prevalencia durante la cuarta y quinta década de vida y no tiene predilección de género.

Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida con patrones variables, siendo el más frecuente el multilocular con apariencia de pompas de jabón, en otras ocasiones se puede observar una imagen unilocular o puede estar asociado a un diente retenido.²²

El ameloblastoma unicístico tiene por lo general, una edad de aparición más temprana donde los casos son concentrados durante la segunda década de vida, tiene mayor predominio en el género masculino y se localiza en la parte posterior de la mandíbula.⁵⁰ Está descrito como una lesión con morfología particular y de comportamiento biológico menos agresivo que el ameloblastoma común. A nivel radiográfico el ameloblastoma unicístico se observa como una imagen osteolítica que es característica de las cavidades quísticas pudiendo ser multilocular o unilocular.⁴⁴ El ameloblastoma unicístico presenta tres subtipos según la distribución de la proliferación del epitelio; luminal, intraluminal y mural.⁵⁰

Fig. 4 Ameloblastoma unicístico, se observa el tercer molar inferior incluido distoangular.⁴⁴



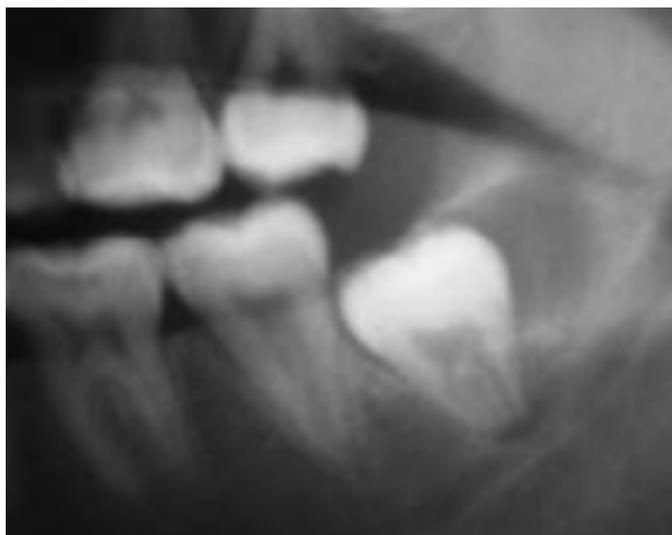
Fuente: Argandoña Pozo J, Espinoza Yañez J. Ameloblastoma unicístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización de la bibliografía. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. (2011); 33(2): 88-92.

4.6.3 Quiste paradental

El quiste paradental también conocido como quiste inflamatorio colateral, se deriva del epitelio reducido del esmalte.⁵⁰ Estos se desarrollan a partir del epitelio odontogénico de la zona superficial del ligamento periodontal de un diente vital. Se encuentra localizado por vestibular y distal de un molar inferior semierupcionado, más frecuentemente el tercer molar, con una historia asociada de pericoronaritis.¹⁹

Este quiste puede observarse durante la cuarta década de vida, en hombres, está asociado a terceros molares parcialmente erupcionados o recientemente erupcionados y la lámina dura se mantiene intacta.⁵⁰

Fig. 5 Quiste paradental, se observa área radiolúcida unilocular bien delimitada en la zona distal de la corona del tercer molar inferior incluido.⁴⁵



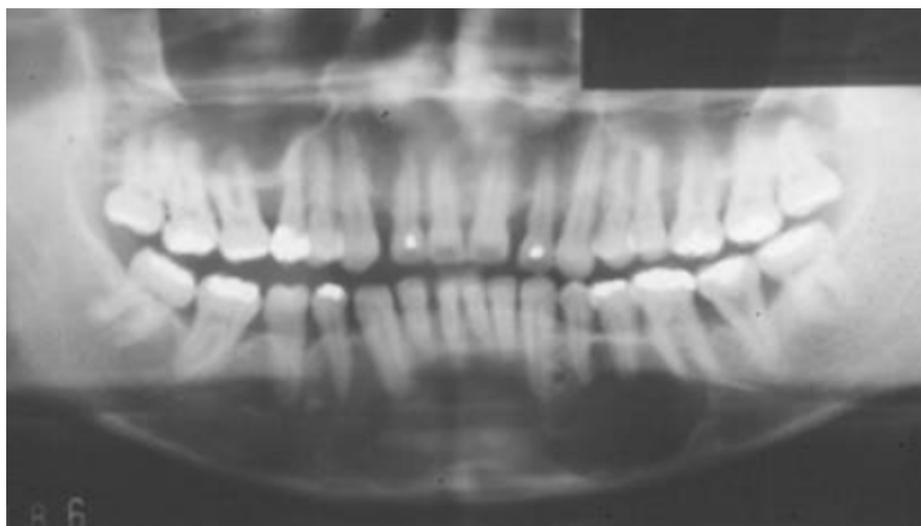
Fuente: Ocampo Acosta F, Seamanduras Pacheco A, Jimenez Enriquez F.J. Quiste paradental: reporte de dos casos. Revista Mexicana de Odontología Clínica (2008); (2): 20-24.

4.6.4 Queratoquiste odontogénico

El queratoquiste odontogénico es un quiste de origen odontogénico, benigno que viene derivado de la lámina dental. Está localizada frecuentemente en la parte posterior del hueso mandibular por la zona del tercer molar y puede progresar hasta la rama y el cuerpo mandibular, asociándose a órganos dentarios retenidos. El queratoquiste odontogénico regularmente es asintomático y tiene una evolución larga, por lo general su crecimiento es lento y expansivo, aunque en ciertas ocasiones puede ser acelerado y agresivo. Clínicamente se observan características normales en los tejidos blandos, en el caso de que la lesión comprometa la tabla ósea esto puede generar un aumento de volumen que puede resultar en asimetría facial.²¹ Esta lesión puede aparecer a cualquier edad, pero presenta mayor incidencia entre los treinta y cuarenta años y se observa principalmente en pacientes masculinos.⁵⁰ A nivel radiográfico puede presentarse como un área radiolúcida unilocular o multilocular, con límites bien definidos pudiendo presentar o no un aro esclerótico periférico.²¹ El queratoquiste tiene una alta tasa de recurrencia

y un comportamiento clínico agresivo, está asociado al síndrome de carcinoma nevoide de células basales.⁵⁰

Fig. 6 Queratoquiste odontogénico, se observa lesión radiolúcida en el maxilar inferior con aspecto multilocular extendida desde la zona molar izquierdo hasta la zona del canino derecho.⁴⁶



Fuente: González H JM. Queratoquiste odontogénico que sobrepasa la línea media. Reporte de un caso. Acta odontol. venez. (2000); 38(2): 45-48

4.6.5 Absceso dentoalveolar agudo

El absceso alveolar agudo es un proceso inflamatorio agudo, caracterizado por la formación de pus, que afecta los tejidos que envuelven la región apical y tiene una evolución rápida que causa un dolor violento. Este puede ser causado por agentes físicos, químicos y microbianos que son originados por alteraciones inflamatorias irreversibles del órgano pulpar y una posterior infección.³⁹

El absceso dental agudo es polimicrobiano y comprende anaerobios estrictos, como cocos anaerobios, Prevotella, especies de Fusobacterium y anaerobios facultativos, como estreptococos del grupo viridans y el grupo Streptococcus anginosus.

Se revisa la microbiología del absceso dentoalveolar agudo y su tratamiento a la luz de mejores métodos de cultivo y diagnóstico.³⁸

4.6.6 Absceso dentoalveolar crónico

El absceso alveolar crónico es una infección de poca intensidad y larga duración, de patología pulpar, en el hueso alveolar en la zona apical. Naturalmente es consecuencia de necrosis pulpar, con extensión de un proceso infeccioso periapical, o también puede resultar de un absceso agudo preexistente no tratado efectivamente o terapia endodóntica inadecuada. Este es generalmente asintomático, detectado por presencia de una fístula si se presenta activo o mediante radiografías de rutina observándose como una zona radiolúcida difusa que se proyecta al tejido sano en la zona periapical. Los gérmenes más comúnmente identificados son Estreptococos Alfa Hemolíticos de baja virulencia.⁴⁰

4.6.7 Absceso pericoronar

El absceso pericoronar se caracteriza por ser una infección purulenta que se localiza alrededor de la corona de un diente parcialmente erupcionado. Los terceros molares mandibulares son los dientes que con mayor frecuencia tienden a presentar el absceso pericoronario, también llamado pericoronitis o pericoronaritis. La superficie oclusal del diente afectado está cubierta con una capa de tejido gingival también conocido como opérculo.²⁰ El opérculo cubre parcialmente la corona del diente afectado durante la erupción y generalmente persiste después de la erupción parcial o completa, especialmente cuando existe poco espacio para la erupción completa del órgano dentario. La acumulación de bacterias conlleva a que el colgajo sobre la

superficie oclusal presente tumefacción aguda sumamente dolorosa, que entra en oclusión con el diente antagonista y se traumatiza durante la masticación. Cuando esto no es tratado de inmediato, la inflamación continúa y aumenta, se hace más grave, incrementa de tamaño y suele ser posible la presencia de trismus y temperatura elevada. Cabe destacar que también hay acumulación de exudado inflamatorio en los tejidos adyacentes.²⁰

4.7 RELACIÓN DE GRUPOS EDAD Y GÉNERO

El tercer molar erupciona a partir de los 17 años en adelante y la terminación de la formación del ápice finaliza a partir de los 25 años. Los terceros molares se forman a partir del cuarto año de vida extrauterina, están ubicados por detrás de los segundos molares. Embriológicamente se forman a partir de los 36 meses, comenzando su período de calcificación a los 9 años y completando su período de erupción entre los 18 y 27 años aproximadamente.⁹

Chaparro-Avendaño et al. (2005) demostraron que las mujeres son quienes acuden más frecuentemente a las consultas odontológicas para realizar el procedimiento de extracción de terceros molares con un 66.9%, como también se concluyó, que la edad más habitual fue entre el rango de los 18 y 25 años. Otros estudios similares pudieron evidenciar que el sexo femenino fue mayor que el de los hombres y que la edad con mayor tendencia fue desde los 21 a 25 años.⁵¹

Los resultados de otro estudio indicaron que la extracción de terceros molares inferiores retenidos presentaron mayor prevalencia en el sexo femenino entre

edades 21-25 años, los cuales también optaron por la remoción de ambos el mismo día.⁹

4.8 SOLUCIONES Y/O TRATAMIENTOS DEFINITIVOS PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS O PARCIALMENTE INCLUIDOS

Cada caso se maneja de manera personalizada, es decir, se debe realizar un examen clínico y radiográfico, tomar en cuenta sintomatología, signos, antecedentes del paciente, para poder determinar, cuál es el tratamiento ideal para el paciente que acude a consulta con terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos.

4.8.1 Antibióticos

Según las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Asociación Dental Americana (ADA), la prescripción de antibióticos como medida profiláctica en procedimientos quirúrgicos de exodoncias debe limitarse y prescribirse sólo en situaciones donde el paciente presente las siguientes características; portador de prótesis valvular, historial de endocarditis infecciosa, padecer defectos cardíacos congénitos, tener más de seis meses de haber sido tratado, encontrarse inmunosuprimido o ser un paciente diabético no controlado, ya que puede desarrollar resistencia a los fármacos antimicrobianos.²³

Hay dos tipos de prescripciones antibióticas; la profiláctica y la preventiva. La prescripción profiláctica se realiza previa a la intervención quirúrgica en pacientes con las características antes mencionadas y la prescripción preventiva es empleada

para poder prevenir complicaciones infecciosas postquirúrgicas en el caso de que se presente una exodoncia complicada, pacientes con el sistema inmunológico debilitado o una cirugía traumática.²⁴

La amoxicilina ha sido el estándar de oro para el tratamiento de infecciones o la profilaxis en odontología debido a su alta eficacia contra las especies de estreptococos y estafilococos gram positivos, así como contra varias bacterias gram negativas que son aislamientos comunes en la infección oral.²⁹

4.8.2 Analgésicos

La analgesia preventiva es un tratamiento antinociceptivo que se utiliza para prevenir el establecimiento del procesamiento alterado de las aferencias sensitivas, logrando amplificar y cronificar el dolor postoperatorio. Se basa en el principio que consiste en bloquear las vías nociceptivas antes de que pueda ocurrir una estimulación dada por una lesión tisular, evitando la sensibilización central desde el preoperatorio y logrando así disminuir la intensidad del dolor, y de la misma manera la dosificación del analgésico administrado.²⁵

4.8.3 Operculectomía

La operculectomía es la extirpación quirúrgica de un colgajo de tejido de la encía sobre el diente parcialmente erupcionado. Esto es útil en la ausencia de una alteración de la posición y angulación del diente y en presencia de un sistema radicular aún en desarrollo.³⁰

4.8.4 Anestésico tópico

La anestesia tópica es la supresión de la sensibilidad propioceptiva y dolorosa en cierta región del cuerpo, por la aplicación de un anestésico tópico en forma de solución, gel o ungüento sobre mucosas o piel intacta.³¹ Esto se debe al bloqueo nervioso de forma reversible de la conducción electroquímica que generan los impulsos nerviosos. Los dos anestésicos tópicos más comunes en odontología son la lidocaína combinada con prilocaína al 5% y la benzocaína al 20%. Esto se puede usar como tratamiento paliativo ya que una gran cantidad de productos se pueden adquirir en farmacias sin receta o indicación médica. Los productos anestésicos tópicos se pueden encontrar en forma de aerosoles, soluciones, geles y ungüentos. Dependiendo del anestésico tópico elegido se determina por cuánto tiempo debe de estar en el sitio de la boca donde es necesitado para que su efecto de bloqueo sea efectivo.³²

4.8.5 Clorhexidina al 0.12%

La clorhexidina es un enjuague bucal antiséptico de uso común, utilizado por los odontólogos y el público, debido a sus efectos antimicrobianos. Existía alguna evidencia para respaldar el uso complementario a corto plazo de CHX para controlar la placa dental y reducir los síntomas clínicos de gingivitis, alveolitis seca, así como reducir la aerosolización de bacterias.³³ Se recomiendan concentraciones entre 0,12% y 0,2%, ya que los enjuagues bucales con concentraciones superiores al 0,2% aumentará innecesariamente los efectos secundarios no deseados. La clorhexidina es útil en varias áreas de la odontología, incluida la cirugía oral, la periodoncia e incluso la odontología general.³⁴

4.8.6 Enjuagues de agua con sal

Como tratamiento alternativo, en casos donde se presente pericoronaritis, se cree que enjuagar la boca con una solución de cloruro de sodio (NaCl) promueve la salud de las encías y mejora la cicatrización de las úlceras orales. Se demostró que el enjuague a corto plazo con solución de NaCl promueve la migración, que es un proceso importante durante la cicatrización de heridas en cultivos primarios de fibroblastos gingivales humanos. Es una forma económica y no tóxica de proporcionar un ambiente húmedo para facilitar la cicatrización de heridas bucales.³⁵

4.8.7 Extracción

La extracción de terceros molares incluidos y parcialmente incluidos es un procedimiento común en cirugía oral y maxilofacial. Las razones para extraer estos dientes incluyen enfermedades agudas o pericoronitis crónica, presencia de quistes o un tumor, problemas periodontales y presencia de una lesión cariosa en el segundo o tercer molar mandibular.³⁶ La dificultad de la extracción de los terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos dependerá de la clasificación de Pell y Gregory y la de Winter, también de cualquier patología que el paciente pueda presentar al momento de consulta.²⁶

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es cualitativo ya que se han elegido las variables para estudiar y evidenciar que incluyen edad, género, síntomas, signos y tratamientos asociados a terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos; es de tipo correlacional y analítico.

En esta investigación estudiamos la relación entre los diferentes signos y síntomas de los terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos, lo cual hace que este estudio también sea correlacional.

5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para este estudio se tomaron en cuenta la opinión de cirujanos bucales, cirujanos bucomaxilofaciales y doctores cursando su último año de especialidad en cirugía bucal o bucomaxilofacial.

5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para este estudio no se tomaron en cuenta estudiantes de odontología, doctores iniciando la especialidad en cirugía bucal o maxilofacial, profesionales que no cumplen con criterios de inclusión, docente de planificación.

5.4 VARIABLES INDEPENDIENTES

Doctores cirujanos bucales y bucomaxilofaciales

Doctores cursando su último año de especialidad en cirugía bucal

Terceros molares inferiores

Terceros molares inferiores incluidos

Terceros molares inferiores parcialmente incluidos

5.5 VARIABLES DEPENDIENTES

Edad

Género

Síntomas

Signos

Tratamiento

5.6 METODOLOGÍA

5.6.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población utilizada es de todos los odontólogos y terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos vistos por los odontólogos que van a completar la encuesta. Para este estudio se recolectaron datos para obtener una muestra de 31 odontólogos cirujanos, maxilofaciales de UNIBE, también doctores ejerciendo en República Dominicana y doctores cursando su último año de especialidad en cirugía bucal en UNIBE.

5.6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se redactó un cuestionario de preguntas cerradas utilizando un formulario de google para ser enviado y llenado por odontólogos especialistas en cirugía bucal o bucomaxilofacial y a doctores cursando su último año de especialidad de cirugía bucal. Este formulario permite responder preguntas sobre el rango de edad, género, síntomas, signos, posición y hallazgos radiográficos de patologías más frecuentes de los pacientes de dichos especialistas. Para la validación del mismo, se les facilitó el enlace del formulario de google a diez odontólogos especialistas, los cuales completaron las preguntas y dieron su opinión y sugerencia sobre datos que debían ser agregados o eliminados del cuestionario para poder continuar con la recolección de datos.

5.6.3 PROCEDIMIENTO

Después de validar el cuestionario enviándolo a 10 cirujanos bucales y/o bucomaxilofaciales, se procedió a recolectar los datos de 31 cirujanos bucales, cirujanos bucomaxilofaciales y doctores cursando su último año de especialidad de cirugía bucal. Los datos observados y analizados en la presente investigación, son el resultado de medir las variables en estudio, de una muestra de 31 doctores. Los datos fueron recopilados en un cuestionario elaborado a través de un formulario google, luego fueron exportados a una hoja de cálculo diseñada para almacenar la información asociada a las variables en el programa Microsoft Excel. Posterior a esto se realizaron tablas bidimensionales de frecuencia y gráficos de barras que

permiten cuantificar los objetivos específicos y conocer el comportamiento conjunto de las variables de interés.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de los resultados más relevantes de la presente investigación. Se inicia este capítulo mostrando el comportamiento de las edades más frecuentes que presentan sintomatología relacionada a terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos de acuerdo a su género, con los doctores entrevistados.

En la Tabla 1 y Gráfico 1 se muestran los resultados de analizar de manera simultánea el género más frecuente de los terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos de acuerdo a sus edades donde se puede apreciar lo siguiente: Se observa que 20 de los entrevistados (64,6%) señala que ambos géneros por igual presentaba signos y sintomatología, mientras que 9 (29,0%) indica predominancia en el género femenino y los 2 restantes (6,4%) señala predominancia en el género masculino.

Por otro lado se observa que 18 de los entrevistados (58,0%) señala los signos y síntomas con más frecuencia en edades entre los 17 a 25 años, seguido de 10 entrevistados (32,4%) que señalan atender entre las edades de 26 a 35 años, solo 2 entrevistados (6,4%) y 1 entrevistado (3,2%) atendió entre las edades de 46 o más años.

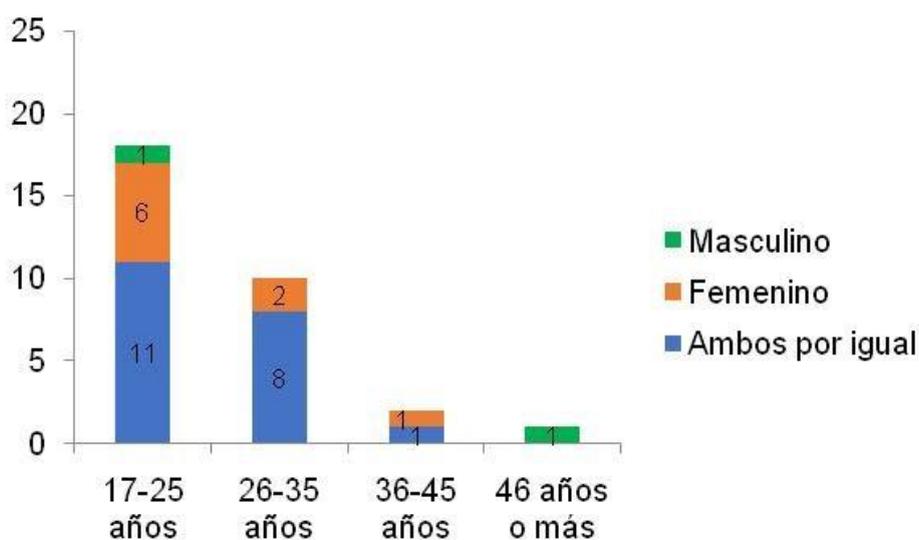
Así mismo se observa que las dos categorías más frecuentes observadas en los entrevistados es ambos géneros por igual con edad entre 17 y 25 años, seguido de 11 (36,6%) que señalan el género masculino y género femenino de 26 a 35 años con 8 (25,8%).

Tabla 1. Comportamiento del género de los terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos de acuerdo a su edad.

Rangos de edades	Género más común de pacientes que presentan terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos.						
	Ambos por igual	%	Femenino	%	Masculino	%	Total
17-25 años	11	36,6%	6	19,4%	1	3,2%	18
26-35 años	8	25,8%	2	6,4%	0	0,0%	10
36-45 años	1	3,2%	1	3,2%	0	0,0%	2
46 años o más	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%	1
Total	20	64,6%	9	29,0%	2	6,4%	31

Fuente: propio de la investigación

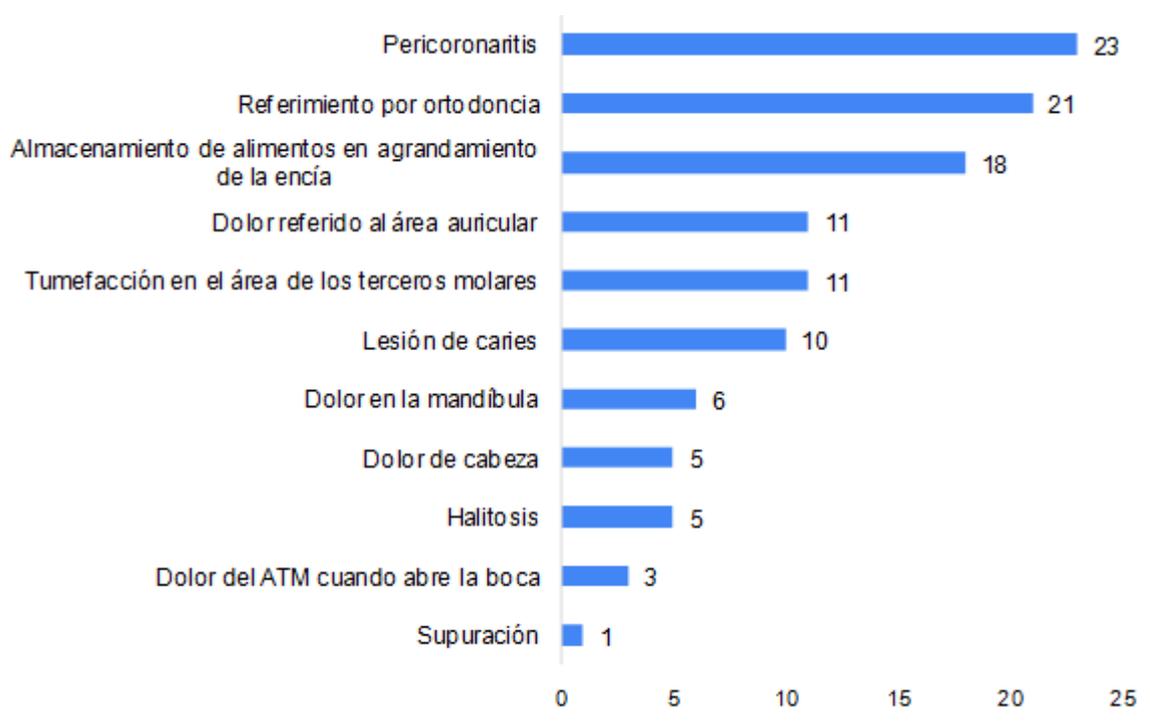
Gráfico 1: Comportamiento del género de los terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos de acuerdo a su edad.



Fuente: propio de la investigación

Seguidamente se presenta la sintomatología y signos más frecuentes observados en terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos, ver gráfico 2.

Gráfico 2: Comportamiento de la sintomatología y signos más frecuentes de los terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos.



Fuente: propio de la investigación

En el Gráfico 2 se aprecia que la pericoronaritis fue lo señalado más frecuentemente, seguido por el referimiento por ortodoncia y el almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía. Los menos comunes fueron la supuración, el dolor del ATM cuando abre la boca y la halitosis.

Seguidamente en la Tabla 2 se muestran los resultados de analizar de manera simultánea la presencia o ausencia de los 3 signos más frecuentes de acuerdo al rango de edad, donde se puede apreciar lo siguiente: Se observa que de los 23 entrevistados (74,2%) que señala la presencia de pericoronaritis, 16 (51,6%) tienen edades comprendidas de 17 a 25 años, seguido de 5 (16,1%) que señalan edades de 26 a 35 años, por su parte las dos categorías restantes tienen 1 (3,2%) registro siendo las menos frecuentemente señaladas.

Además se aprecia que de los 21 entrevistados (67,7%) que señala el referimiento por ortodoncia, 13 (41,9%) tienen edades comprendidas de 17 a 25 años, seguido de 6 (19,4%) que señalan edades de 26 a 35 años, por su parte las dos categorías restantes tienen 1 (3,2%) registro siendo las menos frecuentemente señaladas.

Para finalizar se aprecia que de los 18 entrevistados (58,1%) señala la presencia de almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía, 10 (32,3%) tienen edades comprendidas de 17 a 25 años, seguido de 7 (22,6%) que señalan edades de 26 a 35 años, por su parte las dos categorías restantes tienen 1 (3,2%) y 0 (0,0%) registros siendo las menos frecuentemente señaladas.

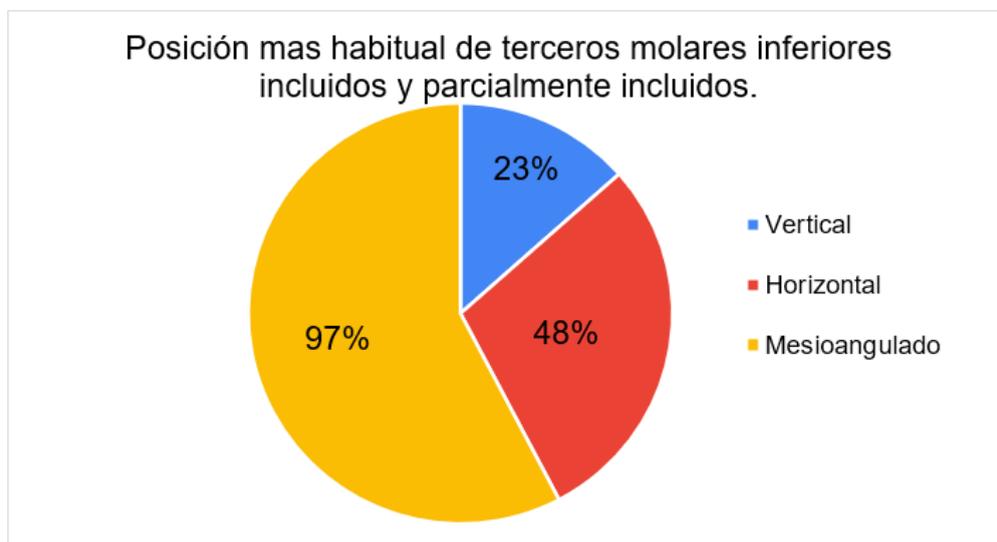
Tabla 2. Comportamiento de la presencia o ausencia de los 3 signos más frecuentes de acuerdo al rango de edad.

Grupo de edad más frecuente de pacientes que asisten a consulta	Pericoronaritis				Total
	No	%	Si	%	
17-25 años	2	6,5%	16	51,6%	18
26-35 años	5	16,1%	5	16,1%	10
36-45 años	1	3,2%	1	3,2%	2
46 años o más	0	0,0%	1	3,2%	1
Total	8	25,8%	23	74,2%	31
Grupo de edad más frecuente de pacientes que asisten a consulta	Referimiento por ortodoncia				Total
	No	%	Si	%	
17-25 años	5	16,1%	13	41,9%	18
26-35 años	4	13,0%	6	19,4%	10
36-45 años	1	3,2%	1	3,2%	2
46 años o más	0	0,0%	1	3,2%	1
Total	10	32,3%	21	67,7%	31
Grupo de edad más frecuente de pacientes que asisten a consulta	Almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía				Total
	No	%	Si	%	
17-25 años	8	25,8%	10	32,3%	18
26-35 años	3	9,7%	7	22,6%	10
36-45 años	1	3,2%	1	3,2%	2
46 años o más	1	3,2%	0	0,0%	1
Total	13	41,9%	18	58,1%	31

Fuente: propio de la investigación

Ahora, en el gráfico 3 se observan los resultados de la posición más frecuente en terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos, siendo la posición mesioangular la más común con un 97%, seguido de la horizontal con un 48% y por último la vertical con un 23%. En la Tabla 3 se muestran los resultados de analizar de manera simultánea la presencia o ausencia de la pericoronaritis, de acuerdo a la posición del tercer molar inferior incluido y parcialmente incluido donde se puede apreciar lo siguiente: Se observa que de los 23 entrevistados (74,2%) que señala la presencia de pericoronaritis, los 23 (74,2%) observan la posición mesioangular en los terceros molares inferiores, seguido de 12 (38,7%) que señalan la posición horizontal y la menor frecuencia observada fue 5 (16,1%) que señalaron la posición vertical.

Gráfico 3 Posición más habitual de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos.



Fuente: propio de la investigación

Tabla 3. Comportamiento de la presencia de pericoronaritis de acuerdo a la posición del tercer molar inferior incluido y parcialmente incluido.

Posición	Pericoronaritis				Total
	No	%	Si	%	
Mesioangulado	1	3,2%	0	0,0%	1
No	7	22,6%	23	74,2%	30
Si	8	25,8%	23	74,2%	31
Total	8	25,8%	23	74,2%	31
Horizontal	Pericoronaritis				Total
	No	%	Si	%	
No	5	16,1%	11	35,5%	16
Si	3	9,7%	12	38,7%	15
Total	8	25,8%	23	74,2%	31
Vertical	Pericoronaritis				Total
	No	%	Si	%	
No	6	19,4%	18	58,1%	24
Si	2	6,4%	5	16,1%	7
Total	8	25,8%	23	74,2%	31

Fuente: propio de la investigación

En la Tabla 4 se muestran los resultados de analizar de manera simultánea la presencia o ausencia del referimiento por ortodoncia, de acuerdo a la posición del tercer molar inferior incluido y parcialmente incluido donde se puede apreciar lo siguiente: Se observa que de los 21 entrevistados (67,7%) que señala la presencia de referimiento por ortodoncia, los 21 (67,7%) observan la posición mesioangular en los terceros molares inferiores, seguido de 13 (41,9%) que señalan la posición horizontal y la menor frecuencia observada fue 6 (19,3%) que señalaron la posición vertical.

Tabla 4. Comportamiento del referimiento por ortodoncia de acuerdo a la posición del tercer molar inferior incluido y parcialmente incluido.

Posición	Referimiento por ortodoncia				Total
	No	%	Si	%	
Mesioangulado					
No	1	3,2%	0	0,0%	1
Si	9	29,0%	21	67,7%	30
Total	10	32,3%	21	67,7%	31
Horizontal	Referimiento por ortodoncia				Total
	No	%	Si	%	
No	8	25,8%	8	25,8%	16
Si	2	6,5%	13	41,9%	15
Total	10	32,3%	21	67,7%	31
Vertical	Referimiento por ortodoncia				Total
	No	%	Si	%	
No	9	29,0%	15	48,4%	24
Si	1	3,3%	6	19,3%	7
Total	10	32,3%	21	67,7%	31

Fuente: propio de la investigación

En la Tabla 5 se muestran los resultados de analizar de manera simultánea la presencia o ausencia del almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía, de acuerdo a la posición del tercer molar inferior incluido y parcialmente incluido donde se puede apreciar lo siguiente: Se observa que de los 18 entrevistados (58,1%) que señala la presencia de almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía, los 18 (58,1%) observan la posición mesiangulada en los terceros molares inferiores, seguido de 9 (29,0%) que señalan la posición horizontal y la menor frecuencia observada fue 4 (19,3%) que señalaron la posición vertical.

Tabla 5. Comportamiento de la presencia de almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía de acuerdo a la posición del tercer molar inferior incluido y parcialmente incluido.

Posición	Almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía				
	No	%	Si	%	Total
Mesioangulado					
No	1	3,2%	0	0,0%	1
Si	12	38,7%	18	58,1%	30
Total	13	41,9%	18	58,1%	31
Horizontal	Almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía				
	No	%	Si	%	Total
No	7	22,6%	9	29,0%	16
Si	6	19,4%	9	29,0%	15
Total	13	42,0%	18	58,0%	31
Vertical	Almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía				
	No	%	Si	%	Total
No	10	32,3%	14	45,2%	24
Si	3	3,3%	4	19,3%	7
Total	13	41,9%	18	58,1%	31

Fuente: propio de la investigación

Seguidamente se presenta el comportamiento de los signos radiográficos más comunes de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos según los entrevistados. En la Tabla 6 se observa que los signos radiográficos más comunes señalados por los entrevistados son: el absceso pericoronar 10 (32,3%), seguido del quiste dentígero y el absceso dentoalveolar agudo con 9 (29,0%).

Tabla 6. Comportamiento de los signos radiográficos más comunes en pacientes de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos.

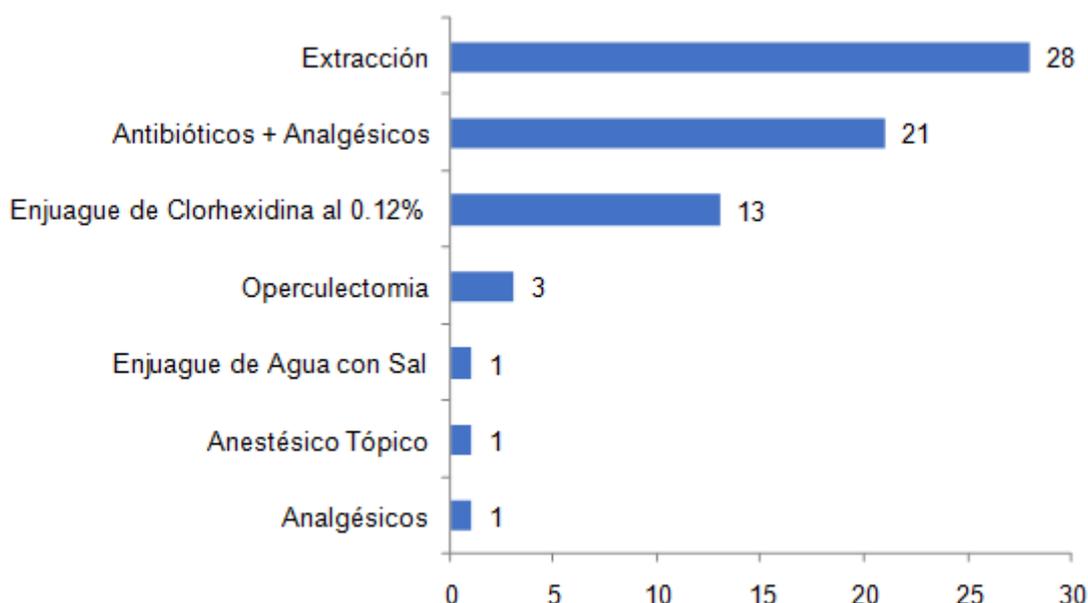
Presencia	Absceso Pericoronar	%	Quiste Dentígero	%	Absceso dentoalveolar agudo	%
	No	21	67,7%	22	71,0%	22
Si	10	32,3%	9	29,0%	9	29,0%
Total	31	100,0%	31	100,0%	31	100,0%

Fuente: propio de la investigación

Para finalizar se muestra el comportamiento de la solución temporal y/o definitiva señaladas por los entrevistados, ver Gráfico 4: La solución definitiva propuesta por

los entrevistados es la extracción con 28 (90,3%), seguida de 21 (67,7%) que es la ingesta de antibióticos + analgésicos.

Gráfico 4: Comportamiento de la solución temporal y/o definitiva señaladas por los entrevistados.



Fuente: propio de la investigación

7. DISCUSIÓN

En esta investigación se determinaron los signos y síntomas más comunes presentados de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos. Según los resultados obtenidos, el rango de edad más frecuente oscila entre los 17 y 25 años, similar a lo que dice el estudio de Chaparro-Avendaño et al. en el año 2005.⁹ Sin embargo, el género resultó no tener predominio con un 63% seleccionando la opción de ambos géneros, un 30% el género femenino y un 7% para el género masculino, contrario a lo que indica el estudio

anterior, que el género femenino presenta mayor prevalencia.⁹ No obstante, otro estudio analizado tuvo mayor prevalencia el género masculino, lo cual concluye en que este estudio obtuvo resultados similares de que no existe predominio en el género.⁶ Analizadas de manera simultáneas las variables de rango de edad y género, se observa que las dos categorías más frecuentes observadas en los entrevistados es ambos géneros por igual con edad entre 17 y 25 años, seguido de 11 (36,6%) que señalan el género masculino y género femenino de 26 a 35 años con 8 (25,8%).

En un estudio realizado a 200 pacientes, la prevalencia de posición en la mandíbula fue la posición mesioangular con un 35%, los resultados de este estudio reflejan una similaridad en esto obteniendo como resultado un 97% en posición mesioangular de terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos más visto en consulta.⁹ Seguido a esto, la posición horizontal resultó tener un 48% y la vertical un 23%. Los hallazgos radiográficos patológicos resultaron no ser comunes con un 42% eligiendo esta opción, seguido por el absceso pericoronar con un 32% y luego el quiste dentígero con un 29%, con menos incidencia se reportó el quiste paradental con un 10% y el queratoquiste con un 3%; no obstante, en un estudio realizado en el 2003 que incluía 1,411 terceros molares incluidos se reportó que en 85.15% de los estudiados no padecían de ninguna patología y un 1.91% con el espacio pericoronar más profundo a 5mm.⁴⁷ Analizado de manera simultánea las variables de posición y sintomatología frecuente se determinó que de los 23 entrevistados (74,2%) señalan la presencia de pericoronaritis, los 23 (74,2%) observan la posición mesioangular en los terceros molares inferiores, seguido de 12 (38,7%) que señalan la posición

horizontal y la menor frecuencia observada fue 5 (16,1%) que señalaron la posición vertical. En cuanto a la solución temporal y/o definitiva realizada, predominó la extracción con un 90% y el uso de analgésicos combinado con antibióticos con un 68%. Según una revisión de 50 artículos donde se discutió el tratamiento adecuado como solución temporal y/o definitiva, se menciona que la extracción de los terceros molares inferiores sintomáticos es la solución adecuada para prevenir la posibilidad de la formación de alguna patología que pueda hacer más compleja la remoción del órgano dental o hasta pueda poner en riesgo la salud del individuo.⁴⁸ Con los resultados que se obtuvieron de los signos y síntomas más frecuentes se dedujo que la pericoronaritis es el más frecuente con un porcentaje de 74% seguido por referimiento ortodóntico con un 68%. En un estudio realizado en Güines en el año 1999 de 1,006 pacientes y otro realizado por Lopez Dominguez y col resultó que más de la mitad de los pacientes estudiados con sintomatología por terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos fue causado por pericoronaritis.⁴⁹

8. CONCLUSIÓN

Luego de realizar esta investigación podemos señalar las siguientes conclusiones:

1. El rango de edad más frecuente de terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos se encuentra entre los 17-25 años, en conjunto a esto ambos géneros son igual de frecuentes.
2. La pericoronaritis suele ser uno de los signos más frecuentes de terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos, junto

con el referido por ortodoncia y almacenamiento de alimentos donde la posición mesioangular es la más frecuente seguido de la horizontal y menos observada la posición vertical.

3. No se encontró un hallazgo clínico-radiográfico más frecuente, sin embargo el absceso pericoronar, seguido del quiste dentígero y el absceso dentoalveolar agudo fueron los otros hallazgos más elegidos.
4. La extracción es el tratamiento definitivo de elección seguido del uso de antibióticos y analgésicos.

9. RECOMENDACIONES

Se considera necesario e importante una correcta anamnesis clínica y radiográfica para poder observar la posición de los terceros molares inferiores incluidos o parcialmente incluidos y así prevenir o tratar a tiempo los signos y síntomas que estos puedan generar.

Desarrollar una guía ilustrativa sobre los diferentes signos y síntomas comunes en terceros molares incluidos y parcialmente incluidos para educar a los estudiantes y puedan tener conocimientos sobre los mismos y generar una solución temprana en el tratamiento.

Realizar un mural instructivo para pacientes de manera que esto les sirva para informarse y acudir a consulta en caso de que presenten signos y síntomas asociados a terceros molares incluidos y parcialmente incluidos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kämmerer PW, Al-Nawas B. La extracción quirúrgica de terceros molares. *Quintessence*. (2012); 25(2): 69–75.
2. Lago, L. Exodoncia del Tercer Molar Inferior: Factores Anatómicos, Quirúrgicos y Ansiedad Dental en el Postoperatorio [Tesis Doctoral]. Galicia, España: Universidad de Santiago de Compostela.
3. González L, Mok P, De la Tejera A, George Y, Leyva M. Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares. *MEDISAN* (2014); 18(1): 34-44.
4. Syed KB. Prevalence of Distal Caries in Mandibular Second Molar Due to Impacted Third Molar. *J. Clin Diag Res*. (2017); 11(3): 28-30
5. Tai S, Zhou Y, Pathak J, Piao Z, Zhou L. The association of mandibular third molar impaction with the dental and periodontal lesions in the adjacent second molars. *J. Periodontol*. (2021); 92(10): 1392–1401.
6. KalaiSelvan S, Ganesh S, Natesh P, Moorthy MS, Niazi TM, Babu SS, Prevalence and pattern of impacted mandibular third molar: An institution-based retrospective study. *J. Pharm Bioallied Sci*. (2020); 12(5): 462-467.
7. Mosquera-Valencia Y, Vélez-Zapata D, Velasquez-Velasquez M. Frecuencia de posiciones de terceros molares impactados en pacientes atendidos en la IPS CES- Sabaneta- Antioquia *CES odonotol* (2020); 33(1): 22-29.
8. Díaz Pérez CA, Martínez Rodríguez M, Valdés Domech H, Díaz Martínez Mdel C. Caracterización de Terceros molares inferiores incluidos. Portoviejo 2017 -2019. *Revista San Gregorio*. (2020); 39: 42-58

9. Srivastava N, Shetty A, Goswami RD, Apparaju V, Bagga V, Kale S. Incidence of distal caries in mandibular second molars due to impacted third molars: Nonintervention strategy of asymptomatic third molars causes harm? A retrospective study. *Int J Appl Basic Med Res.* (2017); 7(1): 15-19.
10. Singh P, Nath P, Bindra S, Rao SS, Reddy KVR. The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for Pericoronitis: A prospective study. *Natl J Maxillofac Surg.* (2018); 9(2): 215-221.
11. Mundim-Picoli MBV, Nery Neto I. Disciplina de Semiologia: Manual de Atividades Práticas [Internet]. Repositorio Institucional AEE: Universidad Evangélica de Goiás; 1970
12. Basso ML. Conceptos actualizados en cariología. *Rev Asoc Odontol Argent.* (2019); 107(1): 25-32.
13. Megino Blasco L, León García FJ, Benasuly Labuz Y, Serrano Carmona C, Lobato García JA. Actualización en el tratamiento de la pericoronaritis. *Sanid. Mil.* (2014); 70: 17-18.
14. Rosa, J. Estudio estadístico del tercer molar inferior retenido, en la ciudad de Córdoba [Tesis Doctoral]. Córdoba, Argentina; Universidad Nacional de Córdoba; 2002.
15. Rivera-Herrera RS, Villalpando VE, Bermeo JR, Martínez R, Pozos A. Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos. *Gac. Med. Méx.* (2020); 156(1): 22-26.
16. Lorié MA, Silot EBL, Ramos M, Armand FM. Terceros molares retenidos. Actualización. *Rev Inf Cient.* (2015); 92(4): 995–1010.

17. Al-Anqudi SM, Al-Sudairy S, Al-Hosni A, Al-Maniri A. Prevalence and pattern of third molar impaction: A retrospective study of Radiographs in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* (2014); 14(3): 388-392.
18. Tovío-Martínez E, Anaya-Guzmán L, Rivera-Peñates D. ¿Quiste dentígero o ameloblastoma? Importancia del análisis histológico en el diagnóstico de estas patologías. *Rev cient odontol.* (2020); 8(3); e034–4.
19. Luberti RF, Keszler A. Quiste paradental en niños: reporte de tres pacientes. *Bol Asoc Argent Odontol Niños.* (2001); 30(2); 14–7.
20. Salinas M YJ, Millán RE, León M JC. Abscesos del periodonto. Conducta odontológica. *Acta Odontológica Venezolana.* (2008); 46 (3).
21. Quintana Díaz JC, Tarragó JM, Al-Gobhari F. Queratoquiste odontogénico. *Rev Cubana Estomatol.* (2009); 46(3): 70-77.
22. Rodríguez Calzadilla OL, Pérez Pérez O, Rodríguez Aparicio. A, Mesa Reinaldo B. Tumores Odontogénicos *Docsity.* (2018).
23. Anampa Paucar MA, Butron Alvarez XD, Mamani Colque ID, Quispe Ticona DH, Mamani Ticona EJ, Rodríguez Espinoza L, Vargas Quispe RE, Sosa Huanca CA. Protocolo antibiótico pre y posquirúrgico de terceros molares. *Revista Odontológica Basadrina.* (2022)6(1): 63–67
24. Salmerón Escobar J., Amo Fernández de Velasco, A. Profilaxis antibiótica en Cirugía Oral y Maxilofacial. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2006 Jun; 11(3): 292-296.
25. Carballosa-F U, Aguilar-Z G, Pacheco-M C, Figueroa-C L. Eficacia de la Analgesia Preoperatoria con Antiinflamatorios no Esteroidales (Aines) en Cirugía de Terceros Molares. Revisión de la Literatura. *Int j odontostomatol.* (2018);12(2):131-136.

26. Muñoz, L. Manejo de dolor post cirugía de terceros molares [Tesis Doctoral]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2020.
27. Katsarou T, Kapsalas A, Souliou C, Stefaniotis T, Kalyvas D. Pericoronitis: A clinical and epidemiological study in greek military recruits. *J Clin Exp Dent.* (2019); 11(2): 133–137.
28. Floriam LJ, Danelon M, Oliveira da Silva V, Gonçalves Emerenciano N, Báez-Quintero LC, Macchetti Kanaan DD. Quiste dentígero en odontología. Reporte de caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana;* (2019); 9(2): 160-170.
29. Gopee P, Rikhotso E. Impacted mandibular third molars: the efficacy of prophylactic antibiotics and chlorhexidine mouthwash in preventing postoperative infections. *SADJ.* (2017); 75(5): 213-218.
30. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Matarese M, Bellincioni F, Assandri F. Efficacy of operculectomy in the treatment of 145 cases with unerupted second molars: A retrospective case-control study. *Dent J.* (2020); 8(3): 65.
31. Maldonado-Ramírez MA, Issasi-Hernández H, Trejo-Tejeda S, Morales-Sánchez LA. Eficacia de dos anestésicos tópicos, de uso dental, en pacientes pediátricos. *Acta pediátr Méx.* (2017); 38(2): 83-90.
32. Lee H-S. Recent advances in topical anesthesia. *J Dent Anesth Pain Med.* (2016); 16(4): 237–44.
33. Brookes ZLS, Bescos R, Belfield L, Ali K, Roberts A. Current uses of chlorhexidine for management of oral disease: a narrative review. *J Dent.* (2020); 103: 103497.
34. Poppolo Deus F, Ouanounou A. Chlorhexidine in dentistry: Pharmacology, uses, and adverse effects. *Int Dent J.* (2022); 72(3): 269–77.

35. Huynh NC-N, Everts V, Leethanakul C, Pavasant P, Ampornaramveth RS. Rinsing with saline promotes human gingival fibroblast wound healing in vitro. *PLoS One*. (2016); 11(7): e0159843.
36. Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *J Can Dent Assoc*. (2007); 73(4): 325.
37. San Román-Hernández JV, Pozos-Guillén A, Martínez-Rider R, Ruiz-Rodríguez S, Garrocho-Rangel A, Rosales-Berber MÁ. Radiographic evaluation of the presence/agenesis of third molars in a Mexican child population. *Odovtos - Int J Dent Sci*. (2018); 22(1): 113-121.
38. Shweta, and S Krishna Prakash. "Dental abscess: A microbiological review." *Dental research journal* vol. 10,5 (2013): 585-91.
39. Rojas Hernández A, Alonso Domínguez S, González González M, Montes de Oca Ramos R, Cid Rodríguez MC, Trujillo Benitez B. Absceso alveolar agudo en pacientes mayores de 19 años. Municipio Unión de Reyes. *Rev.Med.Electrón*. (2017); 39(3): 451-459.
40. Coloma, R. Tratamiento endodóntico en canino superior izquierdo con absceso alveolar crónico. [Tesis Doctoral]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2011.
41. Manrique-Guzman J, Chavez-Reategui B, Manrique-Chavez J. Glucocorticoides como profiláctico antiinflamatorio en cirugía de terceros molares inferiores. *Rev Estomatol Herediana* (2013); 23(4): 193-199.
42. Alfadil L, Almajed E. Prevalence of impacted third molars and the reason for extraction in Saudi Arabia. *Saudi Dental Journal* (2020); 32: 262-268.

43. Morales Navarro D, Diaz Ramos G. Quiste dentigero en tercer molar mandibular en posición invertida. *Revista Cubana de Estomatología* (2018); 55(3): 1-8.
44. Morales Navarro D, Diaz Ramos G. Quiste dentigero en tercer molar mandibular en posición invertida. *Revista Cubana de Estomatología* (2018); 55(3): 1-8.
45. Ocampo Acosta F, Seamanduras Pacheco A, Jimenez Enriquez FJ. Quiste paradental: reporte de dos casos. *Revista Mexicana de Odontología Clínica* (2008); (2): 20-24.
46. González H JM. Queratoquiste odontogénico que sobrepasa la línea media. Reporte de un caso. *Acta Odontol. Venez.* (2000); 38(2): 45-48
47. Facultad de Odontología. Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. *Revista Odontológica Mexicana.* (2005); 9(2) 1-9.
48. Santosh, P. Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Annals of medical and health sciences research* (2015); 5(4): 229-34.
49. Del Puerto M, Casas L, Cañete R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Rev. Med. Electrón.* (2014); 36(1): 752-762.
50. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. *Turkish Journal of Pathology.* (2022); 38(2): 168-184.
51. Chaparro Avendaño AV, Pérez García S, Valmaseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Morbilidad de la extracción de los terceros molares en

Signos y sintomatología terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos

pacientes entre los 12 y 18 años de edad. Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal. (2005); 10 (5): 422-431.

11. ANEXOS



Nombre completo	Fergie Stephany Deduy Castro
Matrícula o código institucional	190669
Correo Electrónico	fergiestephy@gmail.com
Carrera:	Odontología
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2021-001847
Fecha	Monday, February 21, 2022
Firma Rosa Hilda Cueto	

Tuesday, February 16, 2021



**CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE
INVESTIGACIÓN**
Comité de Ética en Investigación

Decanato de Investigación Académica UNIBE

Nombre completo	MADELEINE RODRIGUEZ ACEVEDO
Matrícula o código institucional	200425
Correo Electrónico	MADELEINERODRGZ@GMAIL.COM
Carrera:	Odontología
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2021-001451
Fecha	Monday, February 22, 2021
Firma Rosa Hilda Cueto	

Evaluación de signos y sintomatología más frecuentes de pacientes con terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos

Este cuestionario fue diseñado para evaluar los signos y sintomatología más frecuentes de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos.

fergiestephy@gmail.com [Switch account](#)



* Required

Email *

Your email

Grupo de edad más frecuente de pacientes que asisten a consulta por presentar sintomatología relacionada a terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos? *

- 17-25 años
- 26-35 años
- 36-45 años
- 46 años o más

Sintomatología y signos más frecuentes durante consulta. *

- Tumefacción en el área del tercer molar
- Dolor referido al área auricular
- Dolor de cabeza
- Dolor en la mandíbula
- Halitosis
- Almacenamiento de alimentos en agrandamiento de la encía
- Dolor del ATM cuando abre la boca
- Referimiento por ortodoncia
- Supuración
- Lesión de caries
- Pericoronaritis

Signos radiográficos más comunes en pacientes de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos. *

- Quiste Dentigero
- Queratoquiste odontogénico
- Quiste Paradental
- Ameloblastoma
- Absceso Pericoronal
- Absceso dento-alveolar agudo
- Absceso dento-alveolar crónico
- Ninguna/No Aplica

Posición mas habitual de terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos. *

- Vertical
- Horizontal
- Mesioangulado
- Distoangulado
- Invertido

Género más común de pacientes que presentan terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos. *

- Femenino
- Masculino
- Ambos por igual

Solución temporal y/o definitivo. *

- Antibióticos
- Analgésicos
- Antibióticos + Analgésicos
- Operculectomia
- Anestésico Tópico
- Enjuague de Clorhexidina al 0.12%
- Enjuague de Agua con Sal
- Extracción

República Dominicana, Santo Domingo, D. N.

Miércoles 20 de julio del 2022

A: Dra. Helen Rivera

Asunto: Autorización para entrega del contenido de trabajo final de grado y presentación del mismo.

Distinguida docente titular, cortésmente por medio de la presente yo Dr. Silvano Guzman, docente especializado, confirmo que he leído, revisado y realizado las correcciones pertinentes del trabajo final de grado titulado: "Evaluación de signos y sintomatología de pacientes con terceros molares inferiores incluidos y parcialmente incluidos", desarrollado por las estudiantes Fergie Deduy (19-0669) y Madeleine Rodriguez (20-0425), para obtener el título de grado de la carrera de Odontología, de la Escuela de Odontología de la Universidad Iberoamericana (UNIBE). De manera que, autorizo su entrega y posterior presentación del contenido del mismo. La presente se envía para el conocimiento y fines de lugar.

Atentamente; Dr. Silvano Guzman
Cirujano Bucocomaxilofacial

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'SILVANO GUZMAN', enclosed within a large, loopy oval scribble.

Firma y fecha