

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA UNIBE
UNIDAD DE POSTGRADOS DE ODONTOLOGÍA



**EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE CIRUJANOS BUCALES
Y MAXILOFACIALES SOBRE LA TÉCNICA DE CORONECTOMÍA
EN TERCEROS MOLARES INFERIORES UTILIZANDO
RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS Y TOMOGRAFÍAS.**

ESTUDIANTE:

ISMENIA MA. PEGUERO DE LA ROSA

ASESOR DE CONTENIDO:

DR. JULIO ESCOTO

DOCENTE TITULAR:

DR. ARIEL REYES

CIUDAD:

SANTO DOMINGO, DISTRITO NACIONAL

FECHA:

7 DE SEPTIEMBRE DE 2023.

Los conceptos emitidos en el presente proyecto de investigación son de la exclusiva responsabilidad de los estudiantes

DEDICATORIA

A mi madre, quien siempre estuvo a mi lado desde el día 0 de mi vida, en los momentos de tristeza, de alegría, de euforia, de estrés, de enojo, y sobre todo en este largo camino que he recorrido, dándome su apoyo, su experiencia, sus consejos inagotables, su sacrificio interminable y sobre todo su gran amor incondicional. Y a mi papá por su apoyo en este periodo de mi vida y por su amor.

AGRADECIMIENTOS

Yo agradezco este logro a Jehová Dios en primer lugar por darme la vida y además el don de querer ayudar en lo que mi imperfección me lo permite, además de ayudarme cuando pedía paciencia, aguante, encontrar pacientes dispuestos, en resumen, en todo, por eso Gracias.

Gracias a mis amigos y compañeros de vida estudiantil, Thelmarie, Isaely, Maria lara (Lala), Brenda, agradezco a cada una de ustedes por ser el verbo to be en esta etapa, con las que puedo desahogarme y sobre todo entienden los problemas que se afrontan en este largo camino y quienes han llegado a ser como mis hermanas. También pero no menos importante a Elena que sin ella estos dos años serían caótico gracias por hacernos los días más fácil y de vez en cuando hacernos reír con tu humor característico.

A mi familia por darme apoyo emocional y darme su cariño. A mis amigos Massiel, María Munne, Rosa, María Mena, Emilio y Jefferson aunque no directamente, pero sí estuvieron presentes dándome su continuo apoyo y su amistad.

A los doctores de clínica que aportaron a mi formación, con dedicación, respeto y amor cada día de este trayecto, como el Dr. Simón Domínguez, el Dr. Aristides García, quienes marcaron un principio y final en mi gracias de verdad. A mi asesor el Dr. Julio Escoto, por disponer que su tiempo, también por darnos una parte de su conocimiento y experiencia que apreciamos muchísimo. Al Dr. Ariel Reyes por ser parte de este arduo trabajo y darnos siempre sus buenos consejos.

RESUMEN – PALABRAS CLAVES

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los Cirujanos Bucales y los Cirujanos Maxilofaciales sobre el procedimiento de la coronectomía de terceros molares inferiores retenidos. Metodología: Se encuestaron doctores especializados en Cirugía Bucal y Cirugía Maxilofacial que se encontraban activos en SODOCIBUMAX, esto con tal de evaluar el conocimiento que tienen sobre la coronectomía, sus indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, si la consideraban una técnica confiable, su capacidad para decidir si hacer una coronectomía o extracción, su disposición a asistir a cursos de educación continua sobre coronectomía y el uso de imágenes 3D para diagnosticar la retención del tercer molar, mediante un cuestionario realizado en Google Forms. Resultados: 19 entrevistados consideran que la coronectomía es una técnica confiable, 8 entrevistados consideran que tal vez puede ser una técnica confiable, mientras que 3 Cirujanos Bucales y Maxilofaciales no la consideran confiable. El número total de entrevistados fueron 30. Conclusión: Aunque la gran mayoría de los entrevistados señaló conocer el propósito, los procedimientos, indicaciones y las complicaciones, de la coronectomía, es decir, saben decidir cuándo hacerla o no. Sin embargo, su indicación es poco frecuente, y una parte de estos encuestados rechaza la técnica. No hubo asociación entre el tiempo de especialización y el conocimiento e indicación de la técnica, sin embargo, se necesitan estudios con muestras más grandes para evaluar estas relaciones.

Palabras claves: Cirugía, Bucal, Coronectomía, Tercer molar, Maxilofacial, Cirujano.

ABSTRACT- KEY WORDS

Objective: To evaluate the knowledge of oral surgeons and maxillofacial surgeons about the coronectomy procedure of impacted lower third molars.

Methodology: Doctors specialized in oral surgery and maxillofacial surgery who were active in SODOCIBUMAX, were asked to evaluate the knowledge they have about coronectomy, its indications, contraindications, complications, if they consider it a reliable technique, their ability to decide whether to do a coronectomía or extraction, their willingness to attend continuing education courses on coronectomía and the use of 3D images to diagnose third molar retention, through a questionnaire carried out in Google Forms. **Results:** 19 respondents consider that coronectomy is a reliable technique, 8 respondents consider that maybe it can be a reliable technique, while 3 Oral and Maxillofacial Surgeons do not consider it reliable. The total number of respondents was 30. **Conclusion:** although the great majority of those interviewed became aware of the purpose, procedures, indications and complications of the coronectomy, it is up to you to decide when to do it. However, its indication is not frequent, and a part of these surveys rejects the technique. There was no association between the time of specialization and the knowledge and indication of the technique, however, studies with larger samples are needed to evaluate these relationships.

Keywords: Surgery, Oral, Coronectomy, Third molar, Maxillofacial, Surgeon.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág.08
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	Pág.11
3.OBJETIVOS	Pág. 13
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	Pág. 13
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Pág. 13
4. MARCO TEÓRICO	Pág. 14
4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	Pág. 14
4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	Pág. 17
5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	Pág. 32
6. MATERIAL Y MÉTODOS	Pág. 32
6.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	Pág. 32
6.2 TIPO DE ESTUDIO.....	Pág. 32
6.3 MÉTODO DE ESTUDIO.....	Pág. 32
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	Pág. 34
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	Pág. 34
6.6 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	Pág. 34
6.7 VARIABLES.....	Pág. 34
6.8 FUENTE DE INFORMACIÓN	Pág. 36
6.9 TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	Pág. 36

7. RESULTADOS	Pág. 37
8. DISCUSIÓN	Pág. 55
9. CONCLUSIÓN	Pág. 60
10. RECOMENDACIONES Y PROSPECTIVA	Pág. 60
11. ANEXOS	Pág. 61
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 74

1. INTRODUCCIÓN

La extracción de terceros molares inferiores presenta la tasa más alta en frecuencia de extracción, debido a que son los que se encuentran en la primera posición con relación a las retenciones dentarias, estas provocan dolor y caries no restaurables, entre otras. En 2000, el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) del Reino Unido publicó pautas sobre la extracción de los terceros molares. La guía NICE recomienda que estos se extraigan solo en casos donde presenten patologías tales como: lesiones cariosas, lesiones periapicales, pericoronitis recurrente, lesiones quísticas/neoplásicas y lesiones que afecten el segundo molar.(1)

La extracción de los terceros molares mandibulares es un procedimiento común en odontología. Sin embargo, este puede ir de la mano con múltiples complicaciones, como hemorragia, alveolitis seca, fractura mandibular, aunque esta sea vista en menor frecuencia, dolor e inflamación, las cuales son las más usuales. La complicación más inquietante es la parestesia temporal o permanente del nervio alveolar inferior (NAI).(1)

La parestesia temporal o permanente se considera una lesión del nervio, que también puede acompañar a sensaciones dolorosas relacionadas con los labios inferiores, incluida la piel que recubre el mentón y las encías. La incidencia de lesión de NAI al extraer los terceros molares retenidos es del 0.41% al 8.1% para la ausencia de sensibilidad temporal y del 0.014 % al 3.6 % para signos y síntomas prolongados. (2) Sin embargo, en los procedimientos quirúrgicos de los terceros molares, la incidencia de lesión del NAI puede aumentar hasta en un 20%.

Para evitar las complicaciones mencionadas anteriormente, se describió un nuevo abordaje quirúrgico conocido como coronectomía u odontectomía parcial.

Esta se define como la remoción de la parte coronal del tercer molar mandibular, sin remoción de las raíces, éstas quedando in situ 3 a 4 mm por debajo del hueso alveolar y dejando siempre intacta la vitalidad del tejido pulpar. En la mayoría de los casos, la cicatrización no presenta complicaciones.(3)

La técnica fue descrita por primera vez por Ecuyer y Debien en 1984 y aún está en evolución y estudio. Las radiografías panorámicas y tomografías computarizadas de haz cónico (CBCT) se utilizan para evaluar la forma de las raíces de los terceros molares que están indicados para coronectomía, su proximidad al paquete vasculonervioso alveolar inferior y la curvatura o estrechamiento en el canal mandibular inferior.(4)

Publicaciones recientes nos muestran que la coronectomía es un tratamiento no convencional y sus indicaciones no están del todo claras para los clínicos. Esta se ha propuesto a causa de la evidencia emergente de su capacidad para evitar riesgos intraoperatorios y justificar, en odontología defensiva, la posibilidad de una coronectomía no intencional.(1)

Las indicaciones sugeridas para esta técnica son: un tercer molar inferior que radiográficamente esté en íntimo contacto con el paquete vasculonervioso alveolar inferior, signos de estrechamiento o desviación del conducto alveolar inferior, cuando las raíces muestran oscurecimiento en el tercio apical, cuando se observa el conducto alveolar inferior interrumpido, interrupción de la cortical

lingual de hueso, diente vital sin caries, presencia de patología periodontal o periapical. (1)

Los pacientes inmunocomprometidos, los que ingieren medicamentos con esteroides a largo plazo y los que están sometidos a tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia o que están a punto de recibir radioterapia, así como los diabéticos, no se consideran buenos candidatos. Debido a un mayor potencial de infección postoperatoria o deterioro de la cicatrización. (4)

Las contraindicaciones para la coronectomía se basan:

- Cuando el diente se encuentra en posición horizontal en íntima relación del nervio alveolar inferior, la sección de la corona podría presentar un alto riesgo de afección neurológica
- Proceso infeccioso que involucra las raíces, caries no restaurable
- Movilidad de las raíces durante el procedimiento,
- Segundos molares que van a distalizar con ortodoncia.(5)

Entre las complicaciones de corta duración se pudieran presentar dolor, alveolitis, sangrado, hinchazón y enrojecimiento. Además, las tasas de fracaso de la coronectomía variaron mucho en la revisión de la literatura, oscilando entre el 2.3 % y el 38.4. (2)

2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Los terceros molares inferiores se encuentran en el primer lugar con relación a las retenciones dentales. Estos pudieran presentar dolor, mal posición dentaria, propensión a procesos patológicos, entre otras. Por lo antes expuestos es uno de los procedimientos más solicitados a los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales.(6)

La coronectomía que es un procedimiento descrito para llevarse a cabo en estructuras dentales con una íntima relación con una estructura anatómica noble, es una técnica no convencional, descrita por primera vez por Ecuyer y Debien en el 1984. Esta técnica presenta un bajo porcentaje en la práctica por los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales, ya sea por su desconocimiento, falta de práctica o descarte al momento de la planificación.(7)

Este procedimiento, al igual que otros tratamientos quirúrgicos, conlleva varios riesgos, dentro de estos están: la migración de las raíces, que podría traer como consecuencia tener que reintervenir para la extracción de estas, hemorragias y alveolitis seca.(8)

El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales sobre la técnica quirúrgica de la coronectomía de terceros molares inferiores retenidos y; qué consideraciones tomaron sobre los casos que se les expusieron.

1. ¿Por qué los Cirujanos Bucles y Cirujanos Maxilofaciales no realizan la coronectomía con más frecuencia?
2. ¿Cuáles son los fundamentos que se basan para realizar la coronectomía?
3. ¿En qué se basan al no realizar la coronectomía?
4. ¿Cuál es la actitud de los Cirujanos Bucles y Cirujanos Maxilofaciales sobre la técnica de la coronectomía?
5. ¿Conocen cuáles son las consecuencias de la realización de esta técnica?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el conocimiento de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales sobre el procedimiento de la coronectomía de terceros molares inferiores retenidos

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar cuál es el conocimiento de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales activos en la Sociedad Dominicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial (SODOCIBUMAX).
- Identificar cuál es el manejo de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales ante las coronectomías.
- Determinar si conocen las consecuencias de realizar la coronectomía.
- Determinar cuál es la actitud de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales al realizar esta técnica.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La cirugía bucal corresponde a la especialidad dental quirúrgica que se ocupa de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías de la cara, estructuras cervicales y la cavidad bucal. (9)

La exodoncia es uno de los procedimientos más realizados en cirugía bucal y su objetivo es remover dientes afectados con alguna patología que comprometa la salud del individuo, siendo los terceros molares los más frecuentes. La extracción puede ser un procedimiento simple o complejo y esto dependerá de los factores que afectan su remoción. (9)

La anatomía de los terceros molares ha sido descrita como impredecible, presentando mayor variación que ninguna otra pieza dentaria de la cavidad bucal.(10) Estas piezas empiezan su formación alrededor de los 8 años, terminando su amelogénesis a los 18 o 20 años y completando su ápicoformación entre los 20 a 23 años y su inclinación puede variar y producir accidentes de variado aspecto e intensidad como son: mucosos, nerviosos, celulares, linfáticos y tumorales. (11) (12)

Se denomina diente retenido a aquellos dientes cerca de la época normal de erupción, permanece incluida total o parcialmente en el maxilar o en la mandíbula, sin alcanzar su posición adecuada en la arcada dentaria(13)

Las retenciones dentarias afectan al 17% de los pacientes a nivel mundial y están consideradas actualmente como un síndrome, en que estos ocupan el primer lugar, y por lo cual su extracción quirúrgica es una de las intervenciones más

practicada por los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales; tanto es así, que constituye la segunda en frecuencia en Estados Unidos de Norteamérica, después de la histerectomía. (6) La retención del tercer molar puede predecirse al determinar el índice del espacio molar, que viene expresado por el ancho mesio-distal del tercer molar y el porcentaje de espacio entre el borde anterior de la rama y el segundo molar. (12)

La extracción profiláctica de tercer molar es un tema controvertido, ya que la extracción pudiera presentar riesgos, siendo el más importante el riesgo de daño neurológico. Es por esto por lo que algunos investigadores encontraron evidencia limitada para extraer los terceros molares asintomáticos, mientras que otros sugirieron que la extracción profiláctica debe aplicarse de manera condicional y, en ocasiones, el tercer molar mandibular puede extraerse prematuramente (germectomía).(14)

La extracción de los terceros molares inferiores es uno de los procedimientos quirúrgicos bucales más frecuentes realizados en la cavidad bucal. En un número significativo de pacientes, conlleva un grado de morbilidad asociada, incluido el daño al nervio alveolar inferior (NAI). Por esta razón, los odontólogos se mantienen en una búsqueda continua de técnicas alternativas con evidencias científica, las que produzcan menor incidencia de complicaciones iatrogénicas. (15)

La lesión del nervio alveolar inferior o el paquete vasculonervioso inferior puede ocurrir por compresión del nervio, ya sea indirectamente por las fuerzas transmitidas por la raíz durante la elevación o directamente por los elevadores.

El nervio también puede ser seccionado por instrumentos rotatorios o durante la extracción de un diente cuya raíz está acanalada o perforada por el NIA. (16)

Las complicaciones de la extracción pueden ocurrir durante y/o después de la realización del acto quirúrgico. De acuerdo con el tiempo de evolución, estas serán inmediatas o mediatas. Las inmediatas afectan a piezas dentarias vecinas, tejidos blandos y tejidos duros, ocurriendo de manera intraoperatoria; las mediatas o postoperatorias, (9) más comunes reportadas, son la parestesia del nervio alveolar inferior, alveolitis, hemorragia, dolor e infección. (17)

La coronectomía se considera una alternativa a la extracción completa del diente, en los casos donde las raíces de los terceros molares inferiores están en íntimo contacto con el nervio alveolar inferior. (18) Sin embargo, la coronectomía en sí también se asocia con riesgos como dolor recurrente e infección, y puede resultar en la necesidad de una recuperación temprana o tardía de la porción remanente del diente. (19) Además, los dientes retenidos horizontalmente a lo largo del canal alveolar inferior pueden no ser adecuados, ya que la sección de un diente podría poner en peligro el nervio. Al tomar una decisión sobre una coronectomía, es necesario determinar la relación correcta entre los ápices radiculares y el canal alveolar inferior. (16)

4.2 REVISIÓN DE LITERATURA

4.2.1 Cirugía Bucal

La cirugía bucal es una rama de la odontología, que como ciencia de la salud trata las enfermedades y accidentes, mediante intervenciones realizadas con un instrumental determinado.(20) De allí que el término técnica quirúrgica provenga del griego “*techne*” que significa arte o ciencia, la que permite la ejecución de un conjunto de reglas, normas o protocolos para su ejecución. (21)

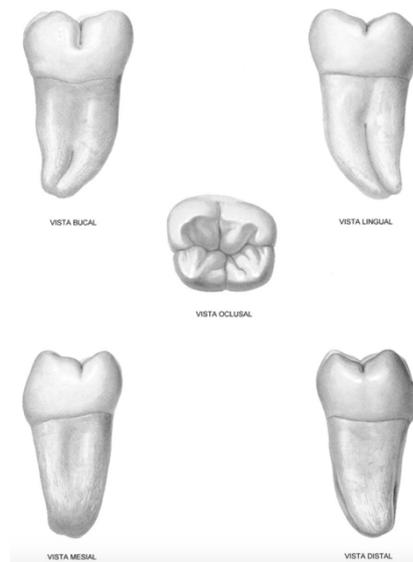
La cirugía antigua que nació con Ambrosio Pare en el siglo XVI, quien planteó la necesidad de “separar lo que ha sido unido, juntar lo que se ha sido dividido y reparar los defectos de la naturaleza”, de esta manera se originó las primeras maniobras quirúrgicas, que desde esa época han ido modificándose, perfeccionándose e implementando nueva tecnología para su aplicación. Es así como el nacimiento del primer procedimiento registrado de la cirugía, la anestesia, se introduce con la aplicación de derivados del alcohol y del opio, elemento que a la fecha ha dejado de utilizarse en forma corriente en el manejo del cirujano, reemplazándose por anestésicos de carácter local o sistémico en función a la respuesta requerida por el instrumentador. (21)

La extracción quirúrgica de los terceros molares es el procedimiento más común que se realiza en la práctica diaria de la cirugía bucal.

4.2.2 Terceros molares

La anatomía de los terceros molares inferiores se ha descrito como impredecible, presentando mayor variación que ningún otro diente de la cavidad bucal, observar (figura 1). Los terceros molares son los únicos dientes que terminan de completar su formación posterior a la pubertad, los cuales exhiben un desarrollo por un periodo inusualmente largo, que puede durar más de 10 años. (10) La erupción descrita como normal en estos dientes es de 16 a 24 años. La evolución de los seres humanos ha llevado a una reducción en el tamaño de la mandíbula y una mayor incidencia asociada de los terceros molares retenidos.(4)

Figura 1. Anatomía del tercer molar inferior



Tomada de atlas de anatomía dental (atlas de anatomía dental SAM)

Los terceros molares presentan una alta incidencia de retención y han sido asociados con la aparición de patologías muy diversas como: la pericoronitis, la caries en la cara distal del segundo molar o en el propio tercer molar, el dolor miofacial, ciertos tipos de quistes y tumores odontogénicos y el apiñamiento dentario primario o secundario. (22) La extracción quirúrgica de los terceros molares mandibulares es uno de los procedimientos quirúrgicos bucales

realizados con mayor frecuencia. La indicación más común para la cirugía es la infección (pericoronitis) alrededor de un tercer molar semi erupcionado que se impacta contra el tejido blando adyacente o hueso y que le causa molestias al paciente tanto como dolor, halitosis entre otras. (23)

En ocasiones, los Cirujanos se valen de diferentes técnicas para poder extraer dicha pieza: tanto la osteotomía y la odontosección; la osteotomía es uno de los pasos más críticos en la extracción del tercer molar mandibular retenido. (24) Consiste en utilizar fresas quirúrgicas redondas, troncocónicas o cilíndricas, con el fin de remover el hueso que dificulta la erupción de este. Se emplean muchas técnicas para esto, y si no se realizan con precaución, puede presentarse un resultado no deseable. (25)

La extracción quirúrgica de un tercer molar es una práctica que no está libre de complicaciones, mecánicas, neurológicas, inflamatorias e infecciosas. Dicho procedimiento produce generalmente un cuadro inflamatorio agudo que genera “discomfort”. (24)

4.2.3 Clasificación de Pell y Gregory y Winter

Los terceros molares se han clasificado radiográficamente conforme su posición con respecto al segundo molar y la rama mandibular. Según Pell y Gregory, los terceros molares se pueden categorizar en nivel A, B o C de acuerdo con su profundidad respecto al plano oclusal y en clase I, II o III de acuerdo con el espacio mesio-distal que se encuentra disponible (respecto a la rama ascendente mandibular y el segundo molar adyacente). La posición espacial se

ha clasificado de acuerdo con Winter en cuatro categorías de inclinación respecto al eje longitudinal del tercer molar.(26)

Relación del tercer molar con el borde anterior de la rama ascendente mandibular.

Profundidad relativa del tercer molar (sentido apicocoronal).

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

Clase I: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase II: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase III: El tercer molar esta parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

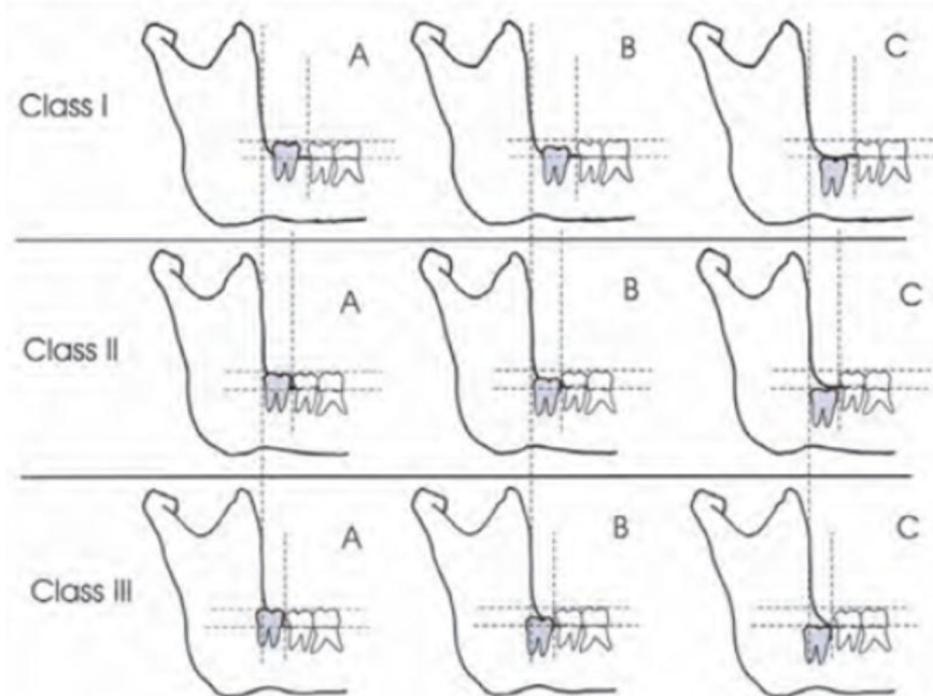
Profundidad relativa del tercer molar:

Posición A: La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B: La parte más alta del tercer molar está por debajo del plano oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

Posición C: La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar. (27)

Figura 2. Clasificación de Pell y Gregory



Tomada de (Fernando, C D Seijas et, al. Universidad peruana de ciencias aplicadas. 2014.)

Clasificación de Winter (con relación a su posición respecto al eje longitudinal del segundo molar) (figura. 3) este se divide en los siguientes:

- Vertical
- Mesio angular
- Disto angular
- Horizontal
- Vestíbulo versión
- Linguo versión
- Invertido (27)

Figura. 3 clasificación de Winter



Tomada de (Fernando, C D Seijas et, al. Universidad peruana de ciencias aplicadas. 2014.)

4.2.4 Complicaciones en la exodoncia de tercer molar

Debido a la complejidad del acto quirúrgico y a las características anatómicas de la región y no obstante de haber tomado precauciones y realizado el procedimiento con el mayor cuidado posible, la extracción a colgajo del tercer molar inferior retenido no está exenta de complicaciones tanto transoperatorias como postoperatorias. Entre estas se encuentran: dolor, parestesia y osteítis alveolar, inflamación y trismo, infección, sangrado moderado o hemorragia, enfisema, parálisis del nervio facial, o incluso trastornos de mayor gravedad como neumotórax, neumomediastinitis o neumopericarditis. La mayoría de estas son temporales, pero pueden ser incapacitantes para llevar a cabo una vida social activa. (28)

A pesar de ser un procedimiento rutinario, los pacientes han informado que estas complicaciones oscilan entre 1% a un 30,9%. Esta dispersión de los datos en los distintos estudios se puede explicar por causas metodológicas, derivadas del paciente y del tratamiento. (9)

El edema y dolor pueden ser considerados propios de un procedimiento quirúrgico invasivo. Sin embargo, la alveolitis pudiera presentarse como una complicación en este tipo de procedimiento. Otra de las complicaciones que más podría afectar a la paciente sería a la parestesia del nervio alveolar inferior. A pesar de ser una complicación que genera preocupación, al paciente, estudios de seguimiento han reportado que pudiera ser transitoria, en el 60% de los casos, pues remite espontáneamente. (17)

Las alteraciones neurosensoriales (NSD) pueden causar un deterioro sensorial permanente o transitorio del nervio alveolar inferior. El daño neurológico se puede clasificar como: parestesia, disestesia o anestesia. Los pacientes presentan diversos síntomas como: el adormecimiento en los dientes inferiores, el mentón y el labio inferior con lesiones por autoagresión debido a la falta de este, dificultad en la masticación, incapacidad para controlar los alimentos y con babeo inadvertido de líquidos, e invalidez dolorosa crónica ocasional como la alodinia (dolor como respuesta a estímulos que normalmente no son dolorosos). (29)

El riesgo estimado en una lesión temporal oscila entre el 0,26% y el 8,4%, y la incidencia de pérdida permanente de sensación es de hasta el 3,6%. El déficit sensitivo del nervio lingual, sin embargo, varía entre el 0,1% y el 22%. (30)

En caso de origen traumático, se pueden describir 3 tipos de lesiones:

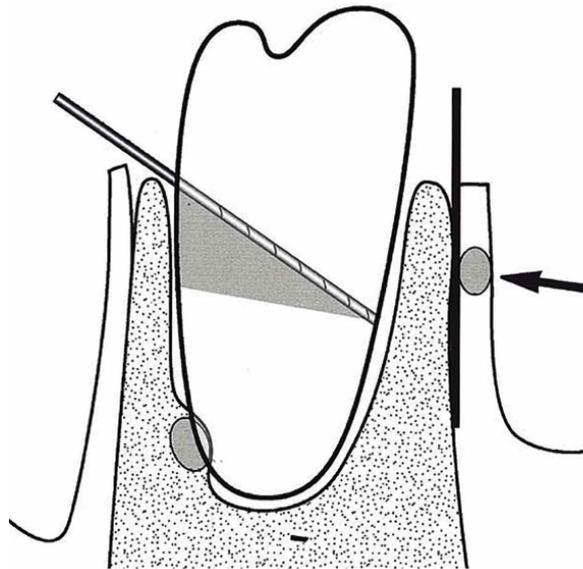
1. Neuropraxia: un bloqueo de conducción sin degeneración axonal. No está indicada una intervención microquirúrgica.
2. Axonotmesis: una lesión más grave, pero la regeneración puede tener lugar varios meses después sin intervención quirúrgica.
3. Neurotmesis: la lesión más grave de la clasificación SED-DON. Generalmente, está indicada una intervención microquirúrgica. (29)

4.2.4 Coronectomía

La técnica de la coronectomía aplicada al tercer molar retenido fue descrita por primera vez por Ecuier y Debien en 1984 como la eliminación de la corona de dicho diente, dejando deliberadamente su raíz en el interior de la mandíbula. Fue propuesta para evitar la lesión del NAI en aquellos casos en los que existía una íntima relación entre ambas estructuras anatómicas.(7)

La técnica de coronectomía consiste en realizar una sección en la corona del tercer molar inferior, con fresa cónica en un ángulo de 45 grados, comenzando en la cara bucal, 1-2 mm por debajo de la unión amelocementaria, con una profundidad de 3/4 de la corona para evitar la perforación de la cortical lingual, eliminando el riesgo de lesión del nervio lingual. Según se observa (figura 4).(31)

Figura 4. Coronectomía



Tomada de (Guerrero Del Angel. Prevención del Daño al Nervio Alveolar Inferior: Revisión Bibliográfica y Reporte de 30 Casos Coronectomy in Third Mandibular Molars as an Alternative Treatment to Prevent Damage to the Inferior Alveolar Nerve: Bibliographic Review and 30 Cases Report. Vol. 3, Int. J. Med. Surg. Sci. 2016.)

La sección de la corona se completa con palanca apical, teniendo cuidado de no aplicar una fuerza excesiva sobre el diente para no luxar las raíces. Es importante señalar que, si las raíces se luxan por algún motivo, se deben retirar y, por lo tanto, abortar la técnica de coronectomía. Después de retirar la porción coronal, se debe usar una fresa redonda de carburo tungsteno para regularizar la zona por debajo del nivel de la cresta ósea alveolar. (31)

La necesidad de reducir la lesión del Nervio Inferior Alveolar (NAI) ha llevado a los Cirujanos a buscar una técnica quirúrgica alternativa para el tratamiento de los terceros molares en íntima relación con este elemento anatómico noble; qué sería la coronectomía, o también llamada odontectomía parcial. Dicha técnica fue descrita por primera vez por Ecuyer y Debien en 1984 y aún está evolucionando y siendo estudiada. (4)

Según Renton et al, Hatano et al, Leung y Cheung, y Cilasun et al, concluyeron con respecto a la comparación entre técnica de la coronectomía y la extracción convencional, que la primera es segura y confiable versus la extracción de dientes profundamente retenidos y esta tiene una baja incidencia de daño neurológico. Sin embargo, se informa que la incidencia de coronectomías fallidas oscila entre el 2,3 % y el 38,3% se debe tener en cuenta el riesgo de complicaciones con posible morbilidad a largo plazo. (30)

La extracción profiláctica sigue siendo controvertida, debido a la estrecha relación del complejo radicular de estos molares con el nervio dentario inferior (NAI), siendo la afectación de este una de las posibles complicaciones postquirúrgicas. La incidencia de alteraciones neurosensoriales permanentes se encuentra entre el 0,1% al 1,1% y las temporales oscila entre el 4,5% y el 22%, según diferentes estudios. (8)

Un estudio que realizado en 100 pacientes demostró que el riesgo de infección asociada era mínimo y la morbilidad también era menor con respecto a la cirugía tradicional. Dada la reducción del riesgo de provocar daño neurológico durante la coronectomía, los autores recomiendan su empleo, sobre todo, en aquellos pacientes en los que las repercusiones del daño nervioso pudieran resultar más serias. (32)

La coronectomía se sugiere también como una opción en casos de caninos retenidos superiores donde la extracción quirúrgica se encuentre comprometida por la relación con estructuras anatómicas vitales (seno maxilar, piso de fosa nasal, foramen nasopalatino) y cuando el procedimiento bajo anestesia local no

sea viable y el manejo hospitalario bajo anestesia general sea inaccesible para el paciente. (32)

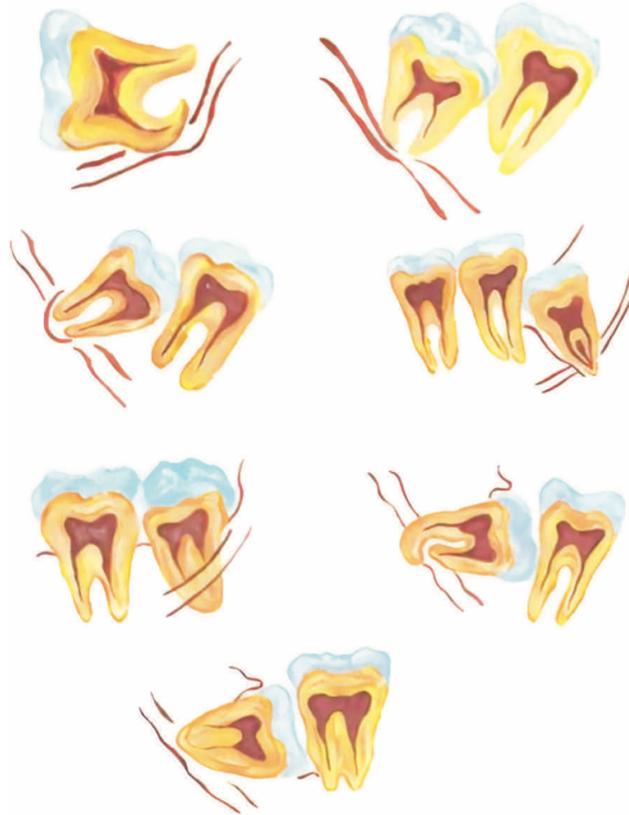
El éxito de la coronectomía depende de que las raíces tengan tejido pulpar vital, sin afectación inflamatoria, rodeada de tejido de hueso sano y no estar móvil durante el procedimiento quirúrgico, es por esto por lo que no se realiza la técnica en dientes en posición horizontal. (33)

4.2.5 Indicaciones y contraindicaciones de las coronectomías

La coronectomía se indica, de manera general, como una técnica alternativa a la extracción de terceros molares inferiores en situaciones en las que, además de haber una causa justificada para la extracción, el diente se encuentre en una posición de proximidad o contacto directo con el paquete vasculonervioso alveolar Inferior y, por consiguiente, exista un riesgo elevado de dañar el mismo. (34) Para decidir si realizar la extracción completa u optar por la coronectomía, existen una serie de factores para tener en cuenta:

Proximidad del NAI: Se han descrito una serie de signos radiológicos en imágenes panorámicas que indican proximidad entre las raíces del tercer molar inferior y el NAI, tales como: interrupción de la línea cortical del conducto dentario inferior, desviación o estrechamiento del conducto y, a nivel de las raíces del tercer molar, oscurecimiento y desviación de estas, ver (figura 5). (18)

Figura 5. Relación de las raíces con el CDI



(Tomada de Dallaserra M, Cuéllar J, Villanueva J. Coronectomía para cirugía de terceros molares inferiores. Medwave. 2020 Jul 9;20.)

Dificultad quirúrgica: En el caso de que el paciente presente un riesgo significativo de daño neurológico, la dificultad quirúrgica es un factor clave a considerar para decidir qué actitud terapéutica llevar a cabo.

Edad del paciente: La edad del paciente se ha considerado un factor determinante para el nivel de dificultad quirúrgica de la extracción del tercer molar inferior, aumentando la dificultad en pacientes a partir de 25-35 años. Además, se ha observado una menor tasa de recuperación neurológica en pacientes mayores tras la cirugía del tercer molar. Por ello, esta técnica se recomienda generalmente en pacientes mayores de 25 años. (34)

Riesgo de fractura mandibular: La fractura mandibular es una de las complicaciones asociadas a la cirugía del tercer molar, con una frecuencia del 0.045%. Esto suele ocurrir en casos de que estas piezas se encuentren muy profundas, con perforación o afectación de corticales y habitualmente en pacientes de unos 30-40 años. En estos casos, la coronectomía puede ser una alternativa eficaz para evitar el riesgo de fractura mandibular.

Pacientes oncológicos: Todos los pacientes que vayan a ser sometidos, tanto a radioterapia de cabeza y cuello como a quimioterapia por patologías oncológicas, requieren una valoración del estado bucodental previo, para evitar complicaciones durante el tratamiento y eliminar posibles focos sépticos. (34)

Contraindicaciones

Las contraindicaciones para la realización de la técnica de coronectomía incluyen la presencia de:

- 1) Patología asociada al propio tercer molar (infección periapical, caries con afectación pulpar o radicular, pericoronitis, movilidad y patología quística/tumoral asociada)
- 2) Patología en el segundo molar (caries o afectación periodontal severa)
- 3) Tratamientos de ortodoncia que requieran extracción de los terceros molares
- 4) Enfermedad periodontal activa
- 5) Patología o condición sistémica del paciente que suponga una contraindicación extensible a cualquier otra cirugía (tratamiento con radioterapia

o quimioterapia, tratamiento con fármacos antirresortivos, diabetes mal controlada, enfermedades infecciosas, hepatitis, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción)

6) Falta de experiencia del profesional en cirugía bucal. (34)

4.2.6 Complicaciones de las coronectomías

Los riesgos de una coronectomía fallida se pueden reducir mejorando los procedimientos quirúrgicos y controlando los factores de riesgo radiográficos. Debido a la baja incidencia de re-operación, siendo necesaria la extracción de las raíces remanentes en alrededor del 5% de los casos debido a la migración mesial del fragmento y no a la sintomatología o reinfección. (1)

4.2.7 Radiografías

Las ortopantomografías que se les realizan a los terceros molares mandibulares se han utilizado para indicar características que muestran que el diente está muy cerca o en íntima relación con el nervio dentario inferior. Algunos autores abogan por la coronectomía en lugar de la extirpación quirúrgica para reducir el riesgo de daño al nervio. (19)

La relación de las raíces con el NAI se puede interpretar observando una serie de signos en la radiografía panorámica como pueden ser la desviación del conducto dentario inferior, estrechamiento y pérdida de continuidad del techo de este, oscurecimiento de la raíz, estrechamiento y cambios en la dirección de las raíces, interrupción de las líneas blancas del canal. La desviación del canal, el oscurecimiento de la raíz y la interrupción de la línea blanca están

significativamente relacionados con la lesión del nervio, y el estrechamiento o desviación de la raíz también es clínicamente importante(35). Sin embargo, la prueba radiográfica de mayor importancia a la hora de diagnosticar esta relación es la Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT), que nos muestra una imagen en 3D de la zona, pudiendo mostrar con mayor detalle la vinculación del NAI con el complejo radicular.(8)

Posterior a la realización de la técnica de la coronectomía se debe hacer un seguimiento rutinario, las raíces deben examinarse radiográficamente dos veces al año durante los primeros 2 años, una vez al año durante los 2 años siguientes y luego una vez cada 2 años. En el caso de migración de los ápices hacia la cavidad bucal, la extracción secundaria se puede realizar de forma segura cuando los ápices alcanzan la cresta alveolar. (8)

5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

No hay diferencias entre el grado de nivel de conocimiento de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales sobre el procedimiento de la coronectomía de terceros molares inferiores retenidos.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue observacional basado en un cuestionario realizado entre odontólogos/as especializados en cirugía bucal y maxilofacial, que están activos en la Sociedad Dominicana de Cirujanos Bucales y Maxilofaciales (SODOCIBUMAX).

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Este fue un estudio transversal.

6.3 MÉTODO DE ESTUDIO

Es inductivo y observación. Inductivo, pues se basa en la elaboración de conclusiones a partir de los resultados obtenidos en el proceso de la investigación. Es de observación debido a que se observarán las variables.

La población de los doctores participantes en esta investigación estuvo tomada de la base de datos de la Sociedad Dominicana de Cirujanos Bucales y Maxilofaciales (SODOCIBUMAX), quienes nos proporcionaron la cantidad exacta de miembros activos en esta sociedad, la cual consta de 104 a la fecha.

El cuestionario se construyó con base en la revisión de la literatura disponible sobre este tema. Fue elaborado electrónicamente utilizando formularios de Google y difundido a los miembros activos de dicha sociedad especializada. Además, se creó un código QR para difundir el formulario de manera presencial a los doctores. La encuesta electrónica constó de 17 preguntas cerradas divididas en tres secciones principales. La primera sección estuvo relacionada con los datos demográficos, incluida la edad (≤ 30 años y > 30 años), género (masculino y femenino), lugar de trabajo (gubernamental, privado o ambos), experiencia o cantidad de años ejerciendo en la especialidad (< 5 años y ≥ 5 años) y qué especialidad ejerce (Cirugía Bucal o Cirugía Maxilofacial).

En la segunda sección, se preguntó a los participantes sobre su conocimiento de la coronectomía (propósito de la coronectomía, indicaciones, procedimientos quirúrgicos y complicaciones).

La tercera sección incluía preguntas sobre su actitud (si consideran que la coronectomía es una técnica confiable, su capacidad para decidir si hacer una coronectomía o extracción completa de la pieza, su disposición a asistir a cursos de educación continua sobre coronectomía y si se valen del sistema de imágenes 3D para diagnosticar la retención del tercer molar). También se preguntó a los participantes si habían realizado coronectomía, si se sentían satisfechos con los resultados. Además, se le presentaron dos casos clínicos en los que se les incluyó radiografías panorámicas, cortes tomográficos y se les cuestionó para saber qué haría en cada caso.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Dentro de los criterios de inclusión se encuentra los odontólogos/as especializados en Cirugía Bucal e Implantes egresados de programa de la Maestría de la Universidad Iberoamericana UNIBE y los especializados en Cirugía Maxilofacial que sean miembros de la Sociedad Dominicana de Cirugía Bucal y Maxilofaciales, que acepten participar en el estudio y que respondieron el cuestionario enviado por Google Forms.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los odontólogos especializados en Cirugía Bucal y Maxilofacial que no completen el cuestionario enviado, odontólogos especializados en Cirugía Bucal y Cirugía Maxilofacial que no estén activos en SODOCIBUMAX

6.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

104 miembros activos de SODOCIBUMAX de los cuales solo 30 respondieron siendo está la muestra.

6.7 VARIABLES

- Explorar cuál es el conocimiento de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales del país.
- Identificar cuál es el manejo de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales ante las coronectomías.
- Determinar si conocen las consecuencias de realizar la coronectomía.

Conocimiento cirujanos bucales y maxilofaciales sobre coronectomía en terceros molares

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Categoría	Escala
Conocimiento de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales del país.	Conocer si los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales conocen el procedimiento o técnica quirúrgica de la coronectomía	Conocimiento	Lo conocen o no	Nominal	Si No
Manejo de los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales ante las coronectomías	Están conscientes del propósito, indicaciones, complicaciones para realizar el procedimiento	Conocimiento	Usan	Ordinal	Consientes o no consientes
Se valen de imágenes 3D para el diagnóstico y tratamiento	Si ya realiza las coronectomías diagnóstica y planifica su procedimiento con el uso de imágenes 3D	Conocimiento	Usan las CBCT o no	Ordinal	Si o no
Cantidad de años de experiencia en la especialidad	Cantidad de años que tiene de experiencia ejerciendo la especialidad indicada.	Practica	Años de experiencia	Ordinal	3-5 años 5-10 años 10-20 años 20-35 años
Especialidad	Que especialidad ejerce ya sea Cirugía Bucal o Cirugía Bucal y Maxilofacial	Comparativo	Cirugía Bucal o Cirugía Bucal y Maxilofacial	Nominal	Cirugía Bucal y Cirugía Maxilofacial
Ha realizado coronectomías	Ha realizado en su consulta las coronectomías	Practica	Lo han hecho o no	Nominal	Si o no
Satisfacción del procedimiento	Se sintió satisfecho con los resultados obtenidos luego de terminar el procedimiento	Conocimiento	Si están satisfechos o no	Nominal	Si o no

Sector	El doctor ejerce a nivel privado o publico	Comparativo	Sector en el que ejercer	Ordinal	Sector público o sector privado
--------	--	-------------	--------------------------	---------	---------------------------------

6.8 FUENTES DE INFORMACIÓN

Cuestionario, correo electrónico, WhatsApp, Google Forms, Código QR

6.9 TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos fueron procesados mediante los softwares estadístico SPSS IBM en español, en versión número 24.0 para Windows 10. Se realizó la prueba estadista de P de Pearson y Chi-Cuadrado.

7. RESULTADOS

En la **tabla 1** se muestra la cantidad de años de experiencia que tienen los encuestados en su especialidad, se observa que 25 de los encuestados son Cirujanos Maxilofaciales, lo que representa un (83.3%) y los restantes 5 son Cirujanos Bucales que representa un (16.7%). Por su parte, 14 encuestados tienen de 6 a 10 años de experiencia (46.7%), seguido de 11 que tienen de 11 a 20 años de experiencia en su especialidad (36.7%), mientras que los menores valores son 2 de los entrevistados que tienen más de 21 años de experiencia (6.6%) y 3 que tienen de 3 a 5 años de experiencia (10.0%).

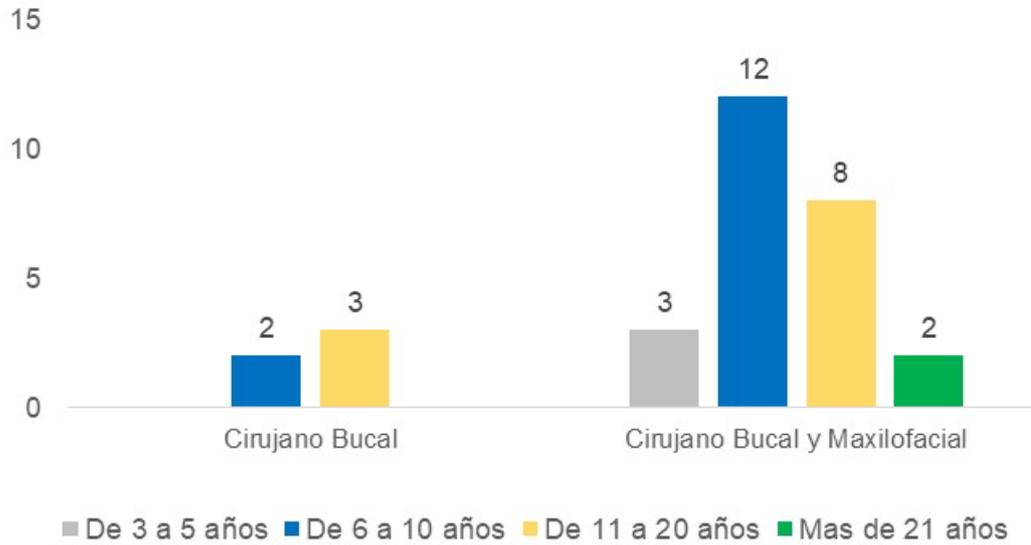
La mayor cantidad de entrevistados 12 Cirujanos Maxilofaciales que tienen de 6 a 10 años de experiencia (40.0%) y la menor frecuencia observada fue de 2 Cirujanos Bucales que tienen de 6 a 10 años (6.7%) y 2 Cirujanos Maxilofaciales que tienen más de 21 años (6.7%).

Tabla 1. Años de experiencia en la especialidad de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.

Años de experiencia en su especialidad	ESPECIALIDAD				TOTAL
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%	
De 3 a 5 años	0	0.0%	3	10.0%	3
De 6 a 10 años	2	6.7%	12	40.0%	14
De 11 a 20 años	3	10.0%	8	26.7%	11
Más de 21 años	0	0.0%	2	6.7%	2
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 1. Años de experiencia de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.



Fuente. Propias del Autor.

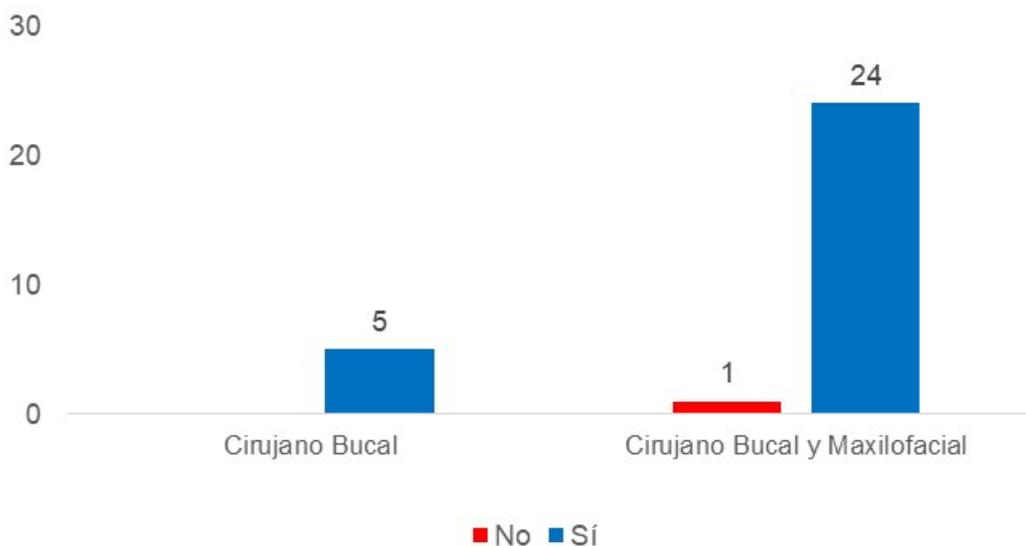
En la **tabla y grafica 2** se plasma el conocimiento que poseen los doctores sobre el procedimiento de la coronectomía. Se aprecia que casi la totalidad de los entrevistados (96.7%) está consciente de los procedimientos de coronectomía. **(Tabla 2)** Al realizar la prueba de independencia de chi-cuadrado se obtiene un P valor = 0.649, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 2. Conocimiento de los procedimientos de coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.

Esta consciente de los procedimientos de coronectomía	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	0	0.0%	1	33%	1	
Sí	5	16.7%	24	80.0%	29	0.649
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 2. Conocimiento de los procedimientos de coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.



Fuente. Propias del Autor.

Según se aprecia en la **tabla y gráfica 3** donde se muestra el conocimiento que tienen los Cirujanos con respecto a las indicaciones de la coronectomía, casi la totalidad de los entrevistados (90.0%) está consciente de cuáles son las indicaciones de coronectomía, solo 2 de los entrevistados respondieron que no sabían cuáles eran las indicaciones de la técnica (6.6%) 1 Cirujano Bucal (3.3%)

y 1 Cirujano Maxilofacial (3.3%) y 1 solo entrevistado indico que tal vez siendo Cirujano Maxilofacial (3.3%).

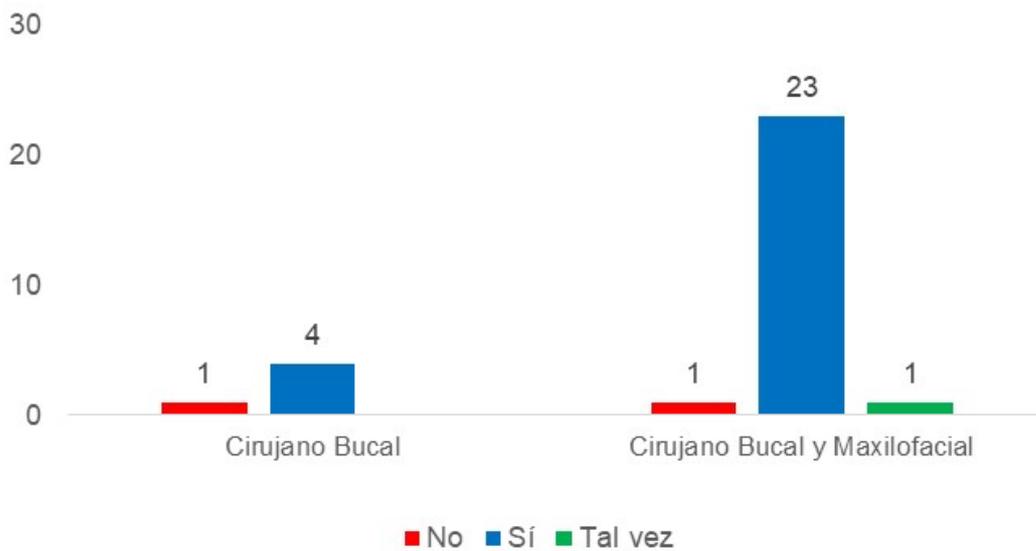
Al realizar la prueba de independencia chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.393, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 3. Conocimiento de las indicaciones de coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.

Está consciente de las indicaciones de coronectomía	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	1	3.3%	1	3.3%	2	0.393
Sí	4	13.3%	23	76.7%	27	
Tal vez	0	0.0%	1	3.3%	1	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 3. Conocimiento de las indicaciones de coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.



Fuente. Propias del Autor.

En la **gráfica y tabla 4** donde nos muestra el conocimiento que tienen los Cirujanos con respecto a las complicaciones de la coronectomía, se aprecia que casi la totalidad de los entrevistados (93.3%) está consciente de las complicaciones de coronectomía, solo 1 un Cirujano bucal respondió que no (3.3%) y 1 Cirujano bucal respondió que tal vez (3.3%).

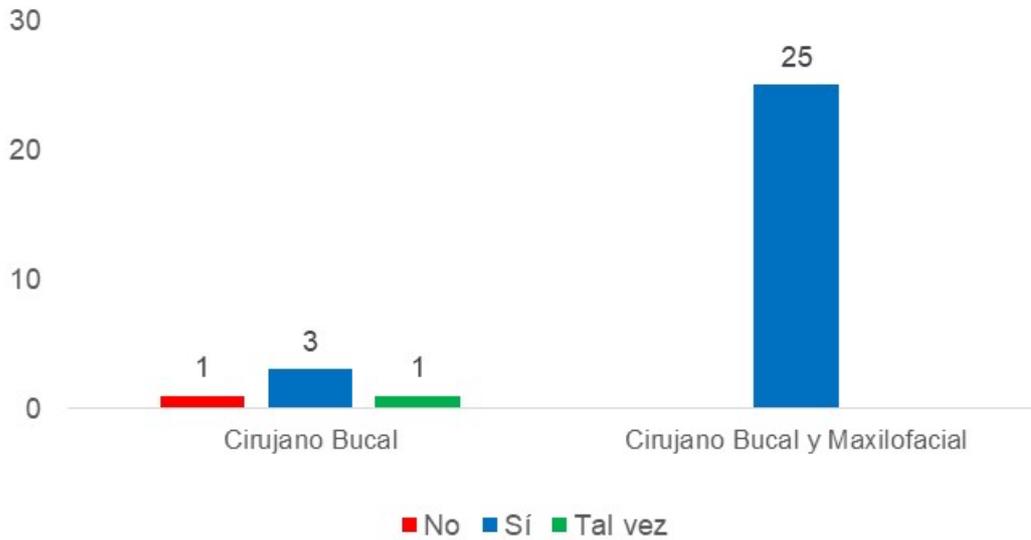
Al realizar la prueba de independencia chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.005, el cual es menor que 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes, es decir, ambas variables son dependientes.

Tabla 4. Conocimiento de las complicaciones de coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados

Esta consciente de las complicaciones de la coronectomía	Especialidad				Total	Chi cuadrado(P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	1	3.3%	0	0.0%	1	0.005
Sí	3	10.0%	25	83.3%	28	
Tal vez	1	3.3%	0	0.0%	1	
Total	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 4. Conocimiento de las complicaciones de coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.



Fuente. Propias del Autor.

Aquí se muestra si el encuestado sabe si el propósito de la coronectomía es evitar el daño al Nervio Dentario Inferior, de acuerdo con su especialidad, esto está reflejado en la **tabla y gráfica 5**.

Se aprecia que casi la totalidad de los entrevistados (86.7%) está consciente de que el propósito de la coronectomía es evitar el daño al Nervio Dentario Inferior, solo 1 Cirujano Maxilofacial respondió que no (3.3%) y 3 Cirujanos Maxilofaciales respondieron que tal vez (10.0%).

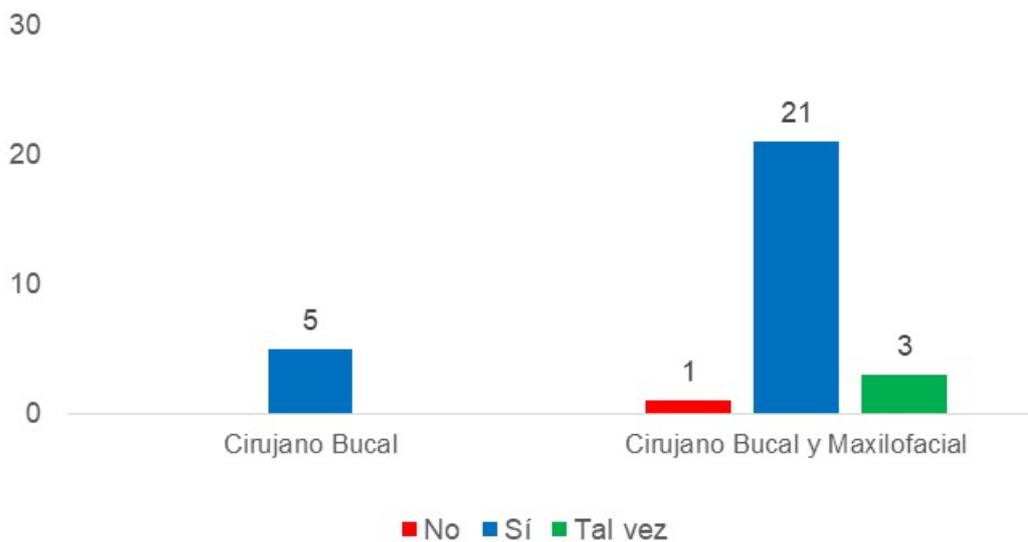
Al realizar la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor = 0,630, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 5. Conocimiento de que el propósito de la coronectomía es evitar el daño al Nervio Dentario Inferior de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.

El propósito de la coronectomía es evitar el daño al nervio dentario inferior	ESPECIALIDAD				TOTAL	Chi-cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	0	0.0%	1	3.3%	1	0.630
Sí	5	16.7%	21	70.0%	26	
Tal vez	0	0.0%	3	10.0%	3	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 5. Conocimiento de que el propósito de la coronectomía es evitar el daño al Nervio Dentario Inferior de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.



Fuente. Propias del Autor.

Se aprecia en la **tabla y gráfica 6** el resultado de la pregunta que se les hizo con respecto a si usa imágenes 3D para el diagnóstico y tratamiento de los terceros molares inferiores y esto se evaluó, según su especialidad, casi la totalidad de los entrevistados (86.6%) usa imágenes 3D para el diagnóstico y plan de

tratamiento de terceros molares inferiores, solo 3 Cirujanos Maxilofaciales, dijo que tal vez (10.0%) y 1 Cirujano Bucal dijo que tal vez (3.3%).

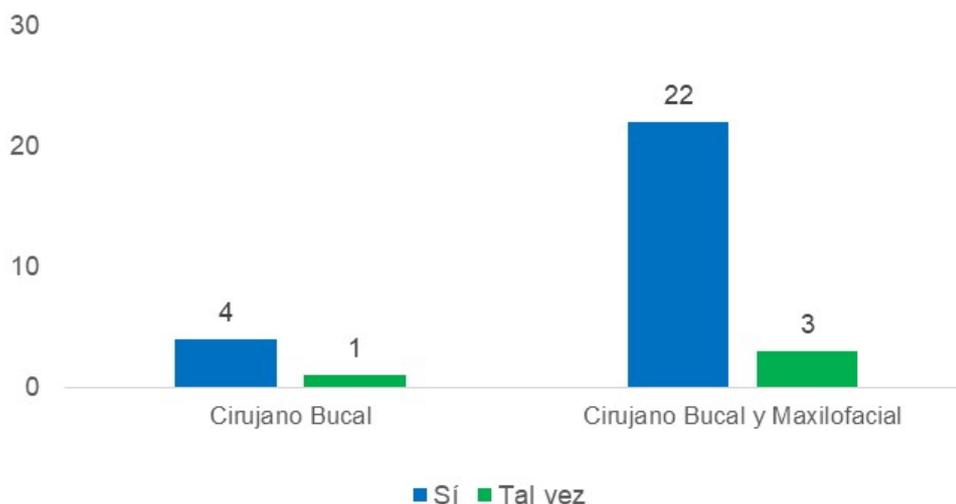
Al realizar la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor= 0.618, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 6. Uso de imágenes 3D para el diagnóstico y plan de tratamiento de terceros molares inferiores, de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.

Usa imágenes 3D para el diagnóstico y plan de tratamiento de terceros molares inferiores	ESPECIALIDAD				Total	Chi-cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
Sí	4	13.3%	22	73.3%	26	0.618
Tal vez	1	3.3%	3	10.0%	4	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. propias del Autor.

Gráfico 6. Uso de imágenes 3D para el diagnóstico y plan de tratamiento de terceros molares inferiores, de acuerdo con la especialidad de los entrevistados.



Fuente. Propias del Autor.

En la **tabla y gráfica 7** en donde se muestra el resultado de sí los doctores han realizado coronectomías, se puede apreciar que 19 entrevistados (63.3%) ha realizado coronectomía, siendo 16 de ellos Cirujanos Maxilofaciales (53.3%) y los restantes 3 Cirujanos Bucales (10.0%), mientras que 11 entrevistados no la han realizado (36.7%), siendo 9 Cirujanos Maxilofaciales (30.0%) y 2 Cirujanos Bucales (6.7%).

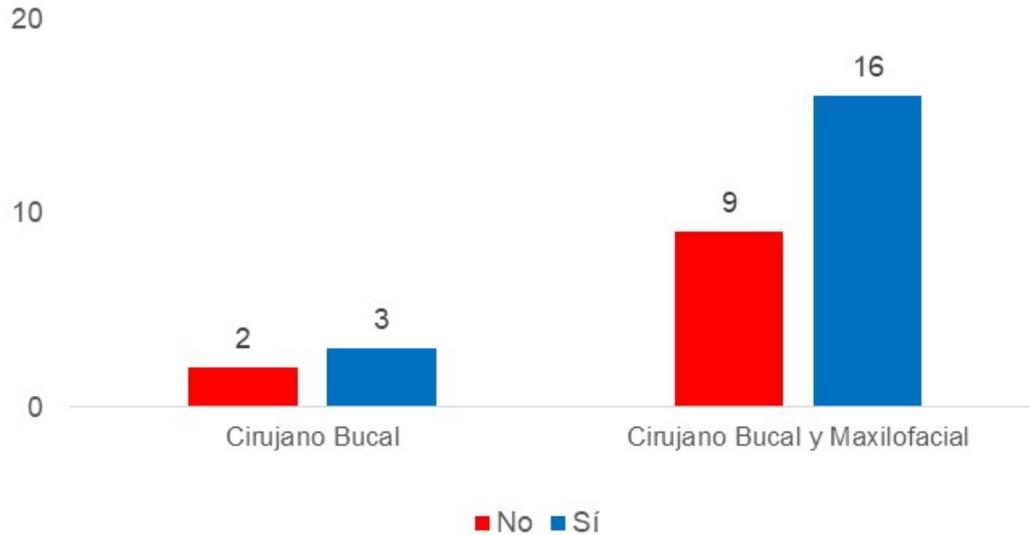
Al realizar la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor= 0.513, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 7. Realización de coronectomía, de acuerdo con la especialidad de los entrevistados

Ha realizado coronectomías	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	2	6.7%	9	30.0%	11	0.513
Sí	3	10.0%	16	53.3%	19	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 7. Realización de coronectomía, de acuerdo con la especialidad de los entrevistados



Fuente. Propias del Autor.

En la **gráfica y tabla 8** se demuestra como consideran los doctores la técnica de la coronectomía, se aprecia que 19 entrevistados (63.3%) consideran que la coronectomía es una técnica confiable, siendo 15 de ellos Cirujanos Maxilofaciales (50.0%) y los restantes 4 Cirujanos Bucales (13.3%), 8 entrevistados (26.6%) consideran que tal vez puede ser una técnica confiable, de los cuales 7 son Cirujanos Maxilofaciales (23.3%) y 1 Cirujano Bucal (3.3%), mientras que 3 Cirujanos Maxilofaciales no la consideran confiable (10.0%).

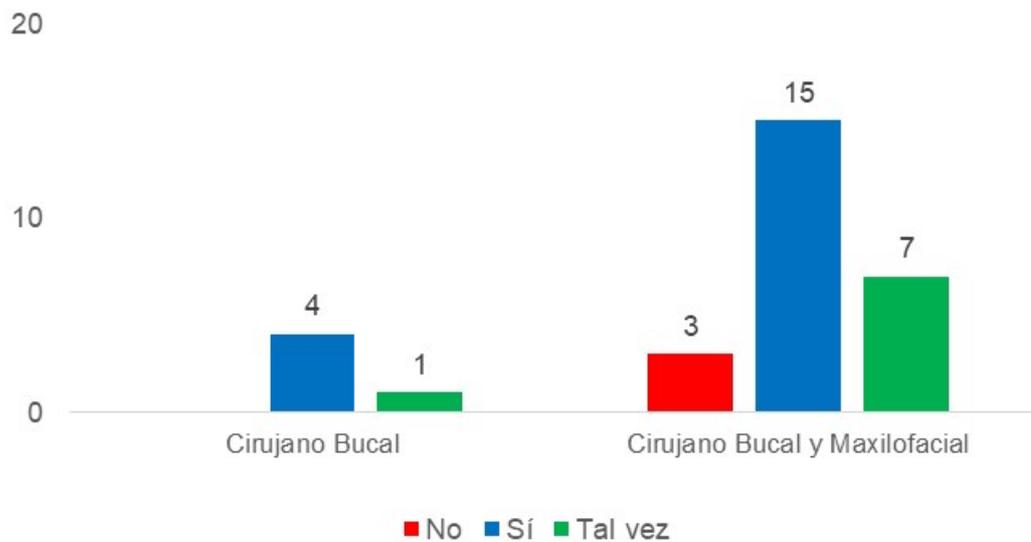
Al realizar la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.549, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes. Con este resultado se aprecia que más del (60.0%) de los Cirujanos entrevistados consideran que la coronectomía es una técnica fiable.

Tabla 8. La coronectomía es una técnica fiable de acuerdo con la especialidad de los entrevistados

La coronectomía es una técnica fiable	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	0	0.0%	3	10.0%	3	0.549
Sí	4	13.3%	15	50.0%	19	
Tal vez	1	3.3%	7	23.3%	8	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 8. La coronectomía es una técnica fiable de acuerdo con la especialidad de los entrevistados



Fuente. Propias del Autor.

En la **tabla y gráfica 9** se muestra si el Cirujano es capaz de decidir si hacer una coronectomía o una extracción completa de la pieza, y su respuesta se compara a la especialidad. Se aprecia que casi la totalidad de los Cirujanos Bucales (93.4%) son capaces de decidir si hacer una coronectomía o una extracción completa de la pieza, siendo 23 de ellos Cirujanos maxilofaciales (76.7%) y los

restantes 5 Cirujanos Bucal (16.7%), mientras que solo 2 Cirujanos Maxilofaciales indican que tal vez (6.7%).

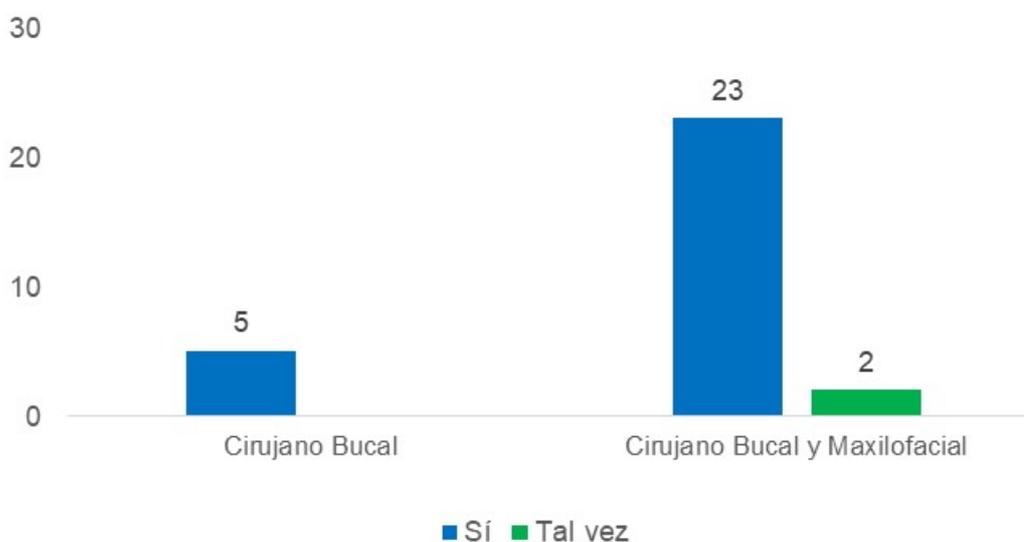
Al realizar la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.631, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 9. Capacidad de decidir si hacer una coronectomía o una extracción completa de la pieza de acuerdo con la especialidad de los entrevistados

Es capaz de decidir si hacer una coronectomía o una extracción completa de la pieza	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
Sí	5	16.7%	23	76.7%	28	0.631
Tal vez	0	0.0%	2	6.7%	2	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 9. Capacidad de decidir si hacer una coronectomía o una extracción completa de la pieza de acuerdo con la especialidad de los entrevistados



Fuente. Propias del Autor.

En la **tabla y gráfica 10** en los que consiste en sí los doctores están de acuerdo de recibir educación continua sobre la técnica, se aprecia que 24 Cirujanos (80.0%) está dispuesto a recibir educación continua sobre coronectomía, siendo 20 de ellos Cirujanos maxilofaciales (66.7%) y los restantes 4 Cirujanos Bucales (13.3%), mientras que 3 Cirujanos Maxilofaciales indican que no (10.0%) y otros 3 indican que tal vez (10.0%).

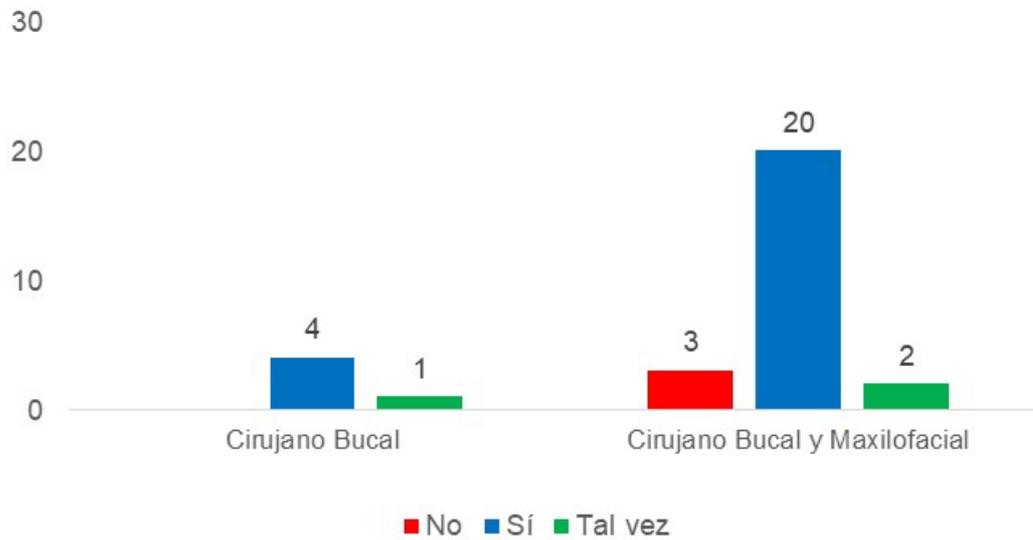
Al realizar la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.865, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 10. Disposición a recibir educación continua sobre coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados

Está dispuesto/a en recibir educación continua sobre coronectomía	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	0	0.0%	3	10.0%	3	0.865
Sí	4	13.3%	20	66.7%	24	
Tal vez	1	3.3%	2	6.7%	3	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 10. Disposición a recibir educación continua sobre coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados



Fuente. Propias del Autor.

La **tabla y gráfica 11** muestra si los doctores estuvieron satisfechos los con resultados obtenidos de las coronectomías que realizaron. Se observa que 20 de los encuestados (66.7%) están satisfechos con los resultados de la coronectomía, siendo 17 de ellos Cirujanos Maxilofaciales (56.7%) y los restantes 3 Cirujanos Bucales (10.0%), 7 entrevistados (23.4%) no están satisfechos, de los cuales 5 son Cirujanos Maxilofaciales (16.7%) y 2 Cirujanos Bucales (6.7%), mientras que 2 Cirujanos Maxilofaciales indican que pudo haber sido mejor (6.7%) y 1 (3.3%) indica que tal vez.

Al realizar, la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.716, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes. Con este resultado se aprecia

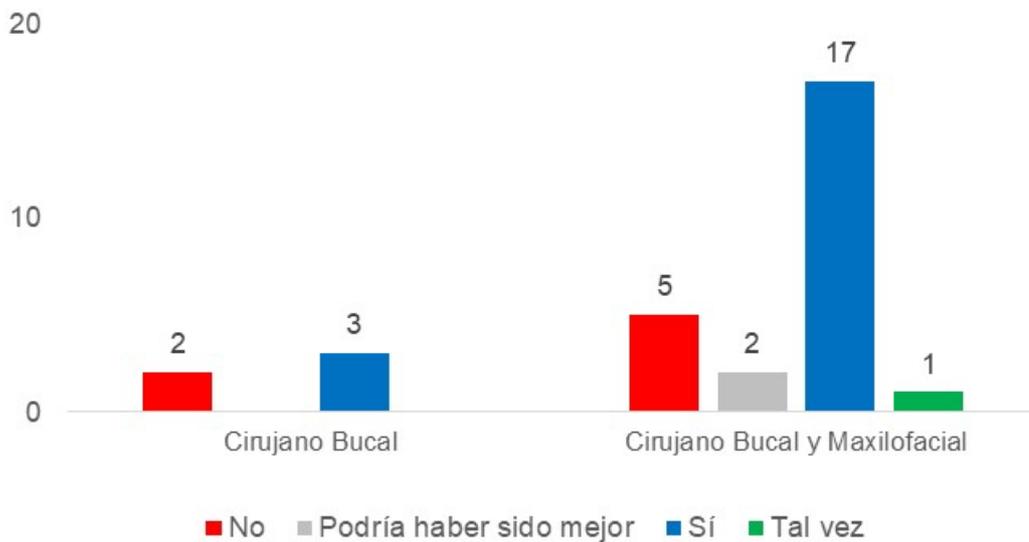
que más del (60.0%) de los Cirujanos entrevistados están satisfechos con los resultados de la coronectomía.

Tabla 11. Satisfacción con los resultados obtenidos con la coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados

Satisfacción con los resultados	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	2	6.7%	5	16.7%	7	0.716
Podría haber sido mejor	0	0.0%	2	6.7%	2	
Sí	3	10.0%	17	56.7%	20	
Tal vez	0	0.0%	1	3.3%	1	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 11. Satisfacción con los resultados obtenidos con la coronectomía de acuerdo con la especialidad de los entrevistados



Fuente. Propias del Autor.

En la **tabla y gráfica 12** se evalúa el conocimiento según lo que los Cirujanos responden a un caso clínico no. 1 ver en **anexo 2**, donde se les facilitaron radiografía panorámica y cortes tomográficos seguida de una pregunta, de si

harían la cirugía de la extracción completa de la pieza o realizarían la técnica de la coronectomía. Se aprecia que 16 entrevistados (53.4%) señalan que harían una coronectomía con esos cortes tomográficos, siendo 14 de ellos Cirujanos Maxilofaciales (46.7%) y 2 Cirujanos Bucales (6.7%), 12 entrevistados señalan que no la harían (40.0%), de los cuales 10 son Cirujanos Maxilofaciales (33.3%) y 2 Cirujanos Bucales (6.7%), mientras que solo 2 indican que tal vez lo harían (6.6%) siendo 1 Cirujano Maxilofacial (3.3%) y 1 Cirujano Bucal (3.3%).

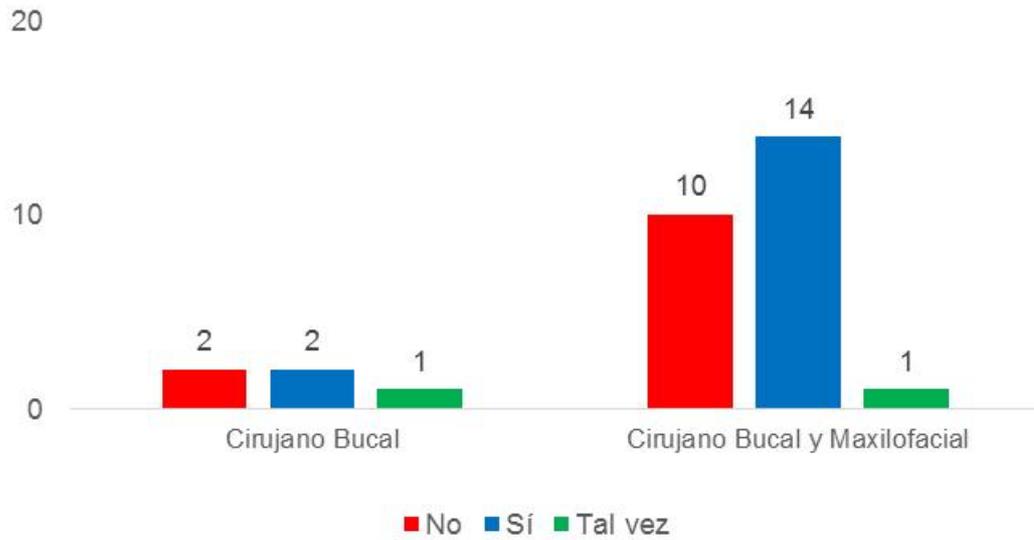
Al realizar la prueba de independencia chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.407, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes. Con este resultado se aprecia las opiniones acerca de realizar coronectomía están divididas en partes casi iguales.

Tabla 12. Evaluación de caso clínico para obtener el nivel de conocimiento

Evaluación de caso clínico para evaluar conocimiento	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	2	6.7%	10	33.3%	12	0.407
Sí	2	6.7%	14	46.7%	16	
Tal vez	1	3.3%	1	3.3%	2	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 12. Evaluación de caso clínico para obtener el nivel de conocimiento



Fuente. Propias del Autor.

En la **tabla y gráfica 13** se evalúa el conocimiento según lo que los Cirujanos responden a un caso clínico no. 2 ver en **anexo 2**, Se aprecia que 17 entrevistados (56.7%) señalan que harían una coronectomía con esos cortes tomográficos, siendo 14 de ellos Cirujanos Maxilofaciales (46.7%) y 3 Cirujanos Bucales (10.0%), 9 entrevistados señalan que no la harían (30.0%), de los cuales 7 son Cirujanos Maxilofaciales (23.3%) y 2 Cirujanos Bucales (6.7%), mientras que solo 4 Cirujanos Maxilofaciales (13.3%) indican que tal vez lo harían.

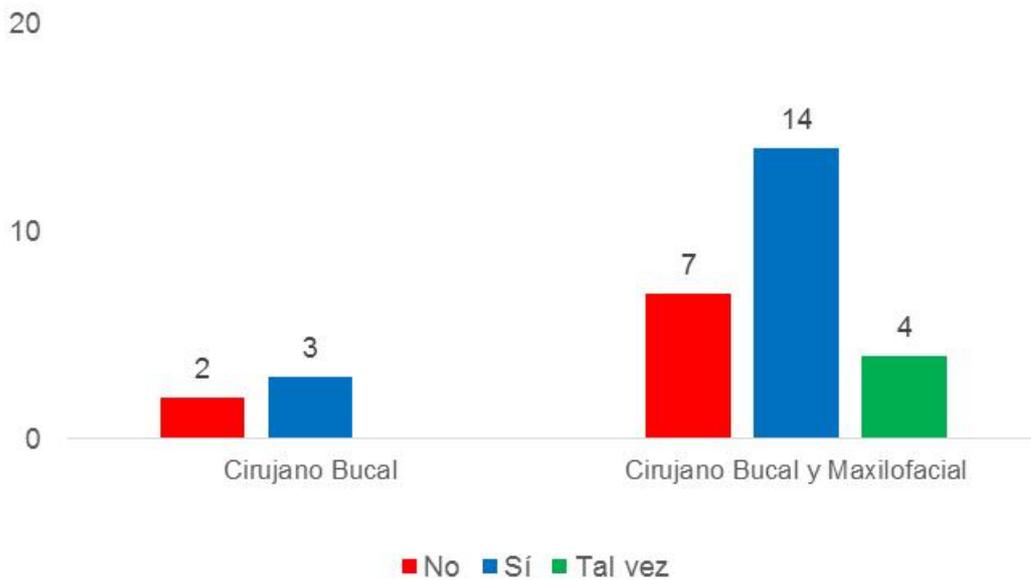
Al realizar la prueba de independencia Chi cuadrado se obtiene un P valor = 0.603, el cual es mayor que 0.05, por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, de que las variables analizadas son independientes.

Tabla 13. Evaluación de caso clínico para obtener el nivel de conocimiento

Según usted observa en estos cortes tomográficos usted haría una coronectomía	ESPECIALIDAD				Total	Chi cuadrado (P valor)
	Cirujano Bucal	%	Cirujano Maxilofacial	%		
No	2	6.7%	7	23.3%	9	0.603
Sí	3	10.0%	14	46.7%	17	
Tal vez	0	0.0%	4	13.3%	4	
TOTAL	5	16.7%	25	83.3%	30	

Fuente. Propias del Autor.

Gráfico 13. Evaluación de caso clínico para obtener el nivel de conocimiento



Fuente: Propias del Autor.

8. DISCUSIÓN

La extracción de los terceros molares inferiores, cuando estos están en íntimo contacto con el conducto alveolar inferior, es un riesgo, ya que podría provocar una injuria que dejaría molestias temporales o permanentes al paciente, por esto en 1984 se publicó una técnica quirúrgica que trata de evitar el daño a este conducto y, por tanto, las complicaciones que este conlleva. La coronectomía, es una técnica empleada para la extracción parcial de terceros molares, en la cual se realiza una sección y extracción de la corona anatómica junto a la permanencia deliberada de las raíces adyacentes al NAI (2,3)

En el presente estudio se evaluaron diferentes aspectos para así descubrir el conocimiento sobre la técnica de la coronectomía en los miembros activos de la Sociedad Dominicana de Cirujanos Bucles y Maxilofaciales (SODOCIBUMAX). Dentro de los aspectos que fueron evaluados están el conocimiento de esta técnica, ver si conocían las indicaciones, contraindicación, complicaciones de la técnica, además de si la han realizado, si estuvieron satisfechos con los resultados, si se valen de los estudios radiográficos 3D para el diagnóstico y plan terapéutico de los terceros molares inferiores, si estarían dispuestos a obtener educación continua sobre la coronectomía y evaluaron dos casos suministrados con radiografía panorámica y cortes tomográficos para así obtener su perspectiva frente a casos reales.

En el presente estudio, se evaluó el nivel de conocimiento y preparación de los doctores especializados en Cirugía Bucal y maxilofacial, miembros activos de la Sociedad Dominicana de Cirujanos Bucales y Maxilofaciales (SODOCIBUMAX) con respecto al procedimiento de coronectomía. En general, el conocimiento de los participantes sobre la coronectomía fue muy bueno (96.7%). Casi la totalidad de encuestados, (90.0%) conocían su objetivo principal. La literatura disponible sobre este tema es aún escasa; por lo tanto, la comparación con otros estudios es limitada. Un estudio hecho en Arabia Saudita, se encontraron hallazgos diferentes de conocimiento (71.9%) entre los profesionales, y en Brasil se obtuvieron resultados similares a los del último mencionado, donde estos presentaron (71.8%) de profesionales sobre el conocimiento de la técnica de coronectomía. (2)(31)

En el presente estudio se reveló que la gran mayoría de los entrevistados (86.7%) está consciente de que el propósito de la coronectomía es evitar el daño al Nervio Dentario Inferior, sin embargo, en un artículo publicado en Brasil un (64.10%) indicaron que el principal beneficio del procedimiento es disminuir el riesgo de lesión de NAI. Estos datos nos arrojan una similitud en que la técnica de la coronectomía su indicación principal es el evitar una lesión al NAI.(2,31)

En el presente estudio se demuestra como consideraban los doctores la técnica de la coronectomía, donde (63.3%) entrevistados dieron respuesta de que la coronectomía es una técnica confiable, al igual que los autores de Arabia Saudita, quienes revelaron que mayoría de los participantes (61.1%) encontraron también que la coronectomía era una técnica confiable, sin embargo, los autores

del estudio en Brasil concluyeron que un tercio de los participantes rechazaron la coronectomía y el estudio realizado en Suiza también es inferior a lo obtenido al presente estudio, ya que, estos reportaron que solo él (42.6%) indicó que la coronectomía era una técnica confiable. Estas diferencias pueden estar relacionadas con el hecho de que nuestro estudio y el de Arabia Saudita fueron más recientes y esta técnica ha tomado popularidad por parte de los Cirujanos en estos últimos años.(2,31,36)

Con respecto a las imágenes 3D para el diagnóstico y tratamiento de los terceros molares inferiores el cual en el presente estudio se evaluó según su especialidad, casi la totalidad de los entrevistados (86.6%) usa imágenes 3D para el diagnóstico y plan de tratamiento de terceros molares inferiores, y no hubo diferencias estadísticamente significativas en estos resultados, al igual que el estudio de Suiza donde él (97.4%) también se vale de estas imágenes para diagnosticar y planificar tratamientos, sin embargo, en el estudio realizado en Arabia Saudita y Reino Unido donde obtuvieron (49.4%) y (73%) respectivamente, donde no se utiliza tanto estas imágenes tomográficas, esta diferencia puede estar relacionada con el costo de estas imágenes 3D. (31,36,37)

En lo relativo a la realización de la técnica, en el presente estudio, reveló, un (63.3%) de los profesionales encuestados refiere que, si lo han hecho, en el estudio realizado en Arabia Saudita, donde solo él (15%) de los participantes realizaron una coronectomía, este resultado se asemeja a lo descrito en el estudio realizado en Suiza donde respondieron que hasta el momento la técnica

no había sido aplicada por él (54.8%) de los encuestados, esta diferencia se puede atribuir a que, aunque entiendan que es una técnica confiable, prefieren optar por otras opciones terapéuticas o simplemente no se sienten seguros de los resultados que pueden obtener.(2)(36)

En cuanto al sentimiento de satisfacción que tenían los profesionales luego de realizar la técnica de la coronectomía en el presente estudio demostró que un (66.7%) de los profesionales encuestados estaban satisfechos con sus resultados de su procedimiento, en comparación con el estudio realizado en Suiza se ve marcado, ya que estos obtuvieron un (88.6%) estaban “satisfechos” o “bastante satisfechos” con el resultado.(36)

En cuanto a la sugerencia de recibir cursos de educación continua sobre la técnica de la coronectomía en el presente estudio él (80.0%) de los profesionales encuestados dijo estar dispuesto, este resultado es semejante al del estudio publicado en Arabia Saudita, donde él (86%) estaban dispuestos a asistir a cursos sobre la coronectomía, y difiere a los resultados obtenidos del estudio realizado en Suiza donde solo el (47.7%) estaba dispuesto a obtener más cursos de educación continua. Este resultado puede deberse a que el estudio realizado en Suiza fue en una población donde los profesionales, referían ya conocer la técnica. (2)(36)

Aunque en varios estudios y artículos presenten que la técnica de la coronectomía es un método eficaz e inofensivo a largo plazo y que previene la injuria al NAI, otros estudios y artículos están en contra de este. Al igual que se

evidenció en el presente estudio, donde una gran parte de los profesionales aun conociendo la técnica y sus resultados, prefieren no utilizarla.

La naturaleza transversal del estudio con solo respuestas auto informadas (subjetivas) se considera una limitación. Otra limitación es la cantidad de población para obtener la muestra, además de sus agendas tan apretadas, por lo cual no se obtuvo una amplia cantidad de respuestas sobre este estudio. Por lo tanto, se recomiendan estudios futuros con una muestra más grande y preguntas más objetivas.

9. CONCLUSIÓN

Aunque la gran mayoría de los entrevistados señaló conocer el propósito, los procedimientos, indicaciones y las complicaciones, de la coronectomía, es decir, saben decidir cuándo hacerla o no. Sin embargo, su indicación es poco frecuente y una parte de estos encuestados rechaza la técnica. No hubo asociación entre el tiempo de especialización y el conocimiento e indicación de la técnica, sin embargo, se necesitan estudios con muestras más grandes para evaluar estas relaciones.

Recomendación:

- Incluir en el plan de estudios de pregrado y postgrado más profundo sobre la coronectomía.
- Realizar una investigación con una población más amplia.
- Incluir preguntas más específicas sobre la coronectomía, para así obtener resultados más detallados del conocimiento que poseen los Cirujanos Bucales y Maxilofaciales.

10. ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Estimado/a participante

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, puede continuar con el cuestionario.

La presente investigación se titula “Evaluación del conocimiento de Cirujanos Bucles y Maxilofaciales sobre la técnica de coronectomía en terceros molares inferiores utilizando radiografías panorámicas y tomografías” y es elaborada por la *Maestrante Ismenia Peguero* que cursa la maestría de Cirugía Bucal e Implantes Dentales en la Universidad Iberoamericana UNIBE. El propósito de la investigación fue indagar sobre el conocimiento de los Cirujanos Bucles y Maxilofaciales sobre la técnica quirúrgica de la coronectomía.

Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 20 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento. Asimismo, participar en esta encuesta no le generará ningún perjuicio académico.

ANEXO 2

CUESTIONARIO

1. Sexo

Femenino

Masculino

Prefiero no decirlo

2. ¿En qué sector ejerce público o privado?

Público

Privado

Ambas

3. Edad

25-35

35-45

45-55

55-65

4. ¿Cuál es su especialidad?

Cirujano Bucal

Cirujano Bucal y Maxilofacial

5. ¿Cuál es la cantidad de años de experiencia en su especialidad?

3-5 años

5-10 años

10-20 años

20-35 años

6. ¿Es usted consciente de los procedimientos de coronectomía?

Si

No

Tal vez

7. ¿Es usted consciente de las indicaciones de coronectomía?

Si

No

Tal vez

8. ¿Es usted consciente de las complicaciones de la coronectomía?

Si

No

No se

9. ¿Cree usted que el propósito de la coronectomía es EVITAR el daño al Nervio Dentario Inferior (NDI)?

Si

No

Tal vez

10. ¿Considera que la coronectomía es una técnica fiable?

Si

No

Tal vez

11. ¿Es usted capaz de decidir si hacer una coronectomía o una extracción completa de la pieza?

Si

No

Tal vez

12. ¿Está dispuesto/a a recibir educación continua sobre coronectomía?

Si

No

Tal vez

13. ¿Se vale de imágenes 3D para el diagnóstico y plan de tratamiento de terceros molares inferiores?

Si

No

En algunas ocasiones

14. ¿Ha realizado coronectomías?

Si

No

No recuerdo

15. ¿Estuvo satisfecho con los resultados?

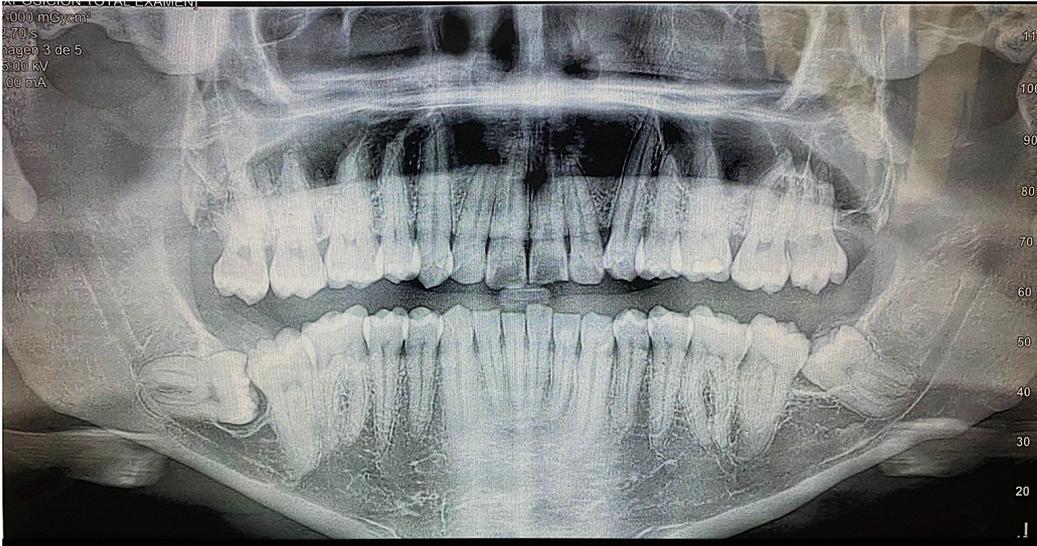
Si

No

Tal vez

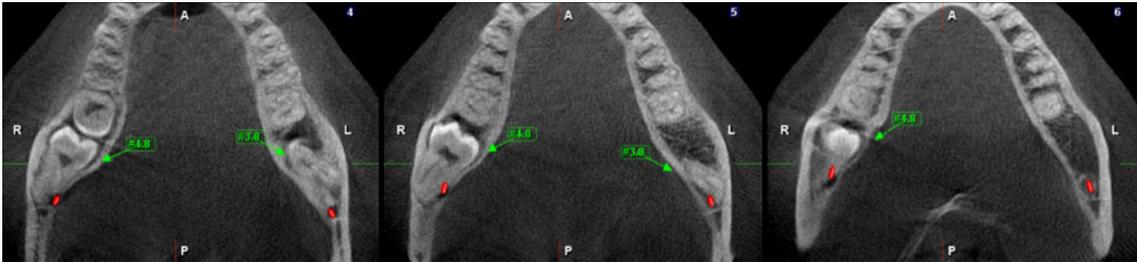
Podría haber sido mejor

CASO 1: Panóramica a evaluar, diente #48



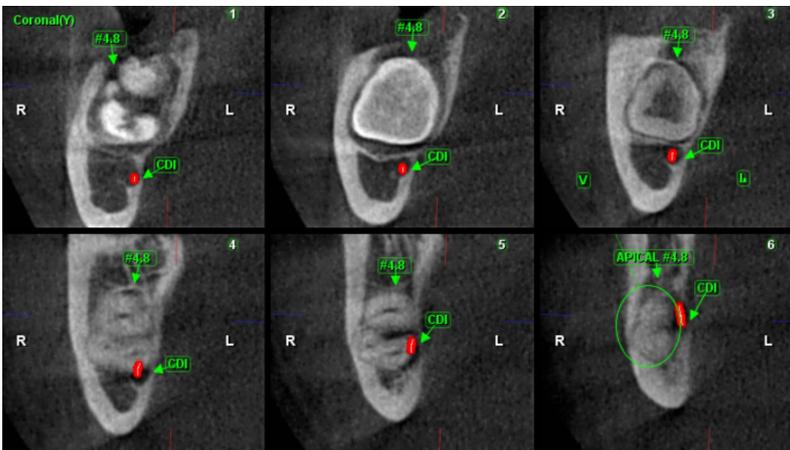
Fuente propia del autor

Cortes axiales de la pieza #48



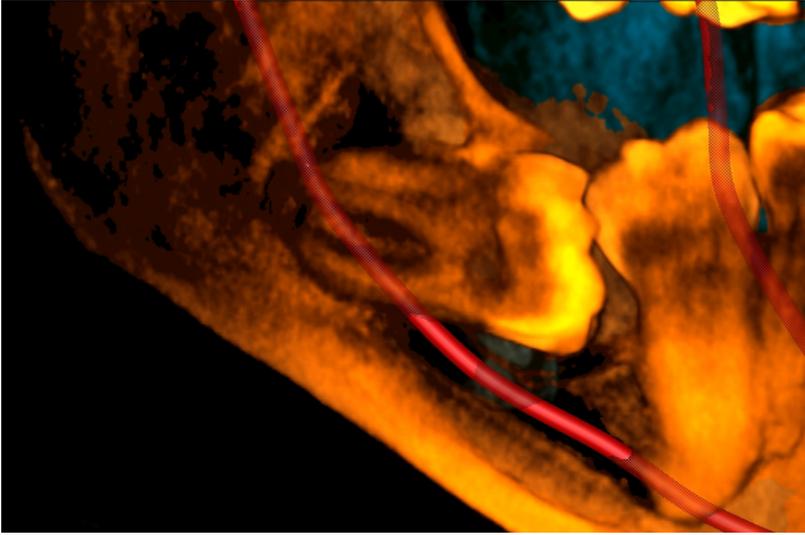
Fuente propia del autor

Cortes coronales de la pieza #48



Fuente propias del autor

Renderizado de la pieza #48



Fuente propia del autor

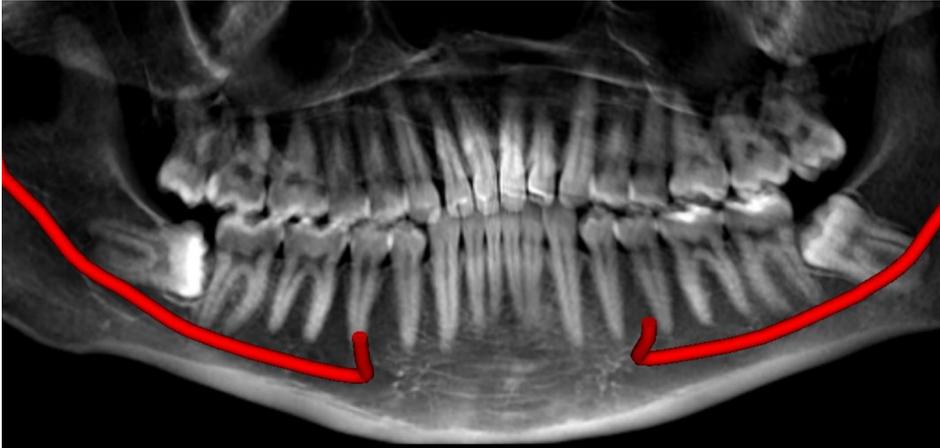
16. ¿Según usted observa en estos cortes tomográficos haría usted una coronectomía?

Si

No

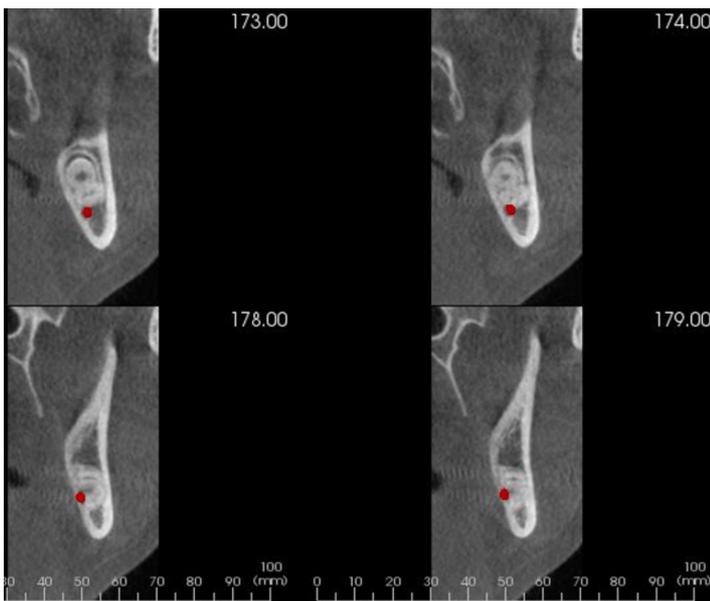
Tal vez

CASO 2: Corte multiplicar curvo para evaluar, diente #38



Fuente propia del autor

Corte coronal de la pieza #38



Fuente propia del autor

Renderizado de la pieza #38



Fuente propia del autor

17. Según usted observa en estos cortes tomográficos haría usted una coronectomía?

Si

No

Tal vez



CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Comité de Ética en Investigación

Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2022-101

Nombre del Estudiante #1 Ismenia Peguero

Matrícula del Estudiante #1 150812

Nombre del Proyecto de Investigación

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE CIRUJANOS ORALES Y MAXILOFACIALES SOBRE LA TÉCNICA DE CORONECTOMÍA EN TERCEROS MOLARES INFERIORES UTILIZANDO RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS Y TOMOGRAFÍAS.

CAMBIOS APROBADOS DÍA Thursday, December 15, 2022

ESTADO DE LA APLICACIÓN EXENTO

RÚBRICA DE DOCENTE TITULAR

REPÚBLICA DOMINICANA

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)

ESCUELA DE GRADUADOS

POSTGRADOS EN ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN DOCENTE TITULAR

VALOR: 50 PUNTOS

Estudiante: _____

Fecha _____ Tema: _____

Criterios de evaluación	10 p	8 p	6 p	4 p
1. MOTIVACIÓN. El estudiante está interesado en el desarrollo del tema elegido. Evidencia comprensión y Conocimiento de tendencias actuales del tema elegido.	Presenta mucho interés en el tema. Evidencia comprensión y conocimiento de tendencias actuales del tema elegido.	Presenta interés en el tema. Evidencia conocimiento aceptable de tendencias actuales del tema elegido.	Presenta poco interés en el tema. Evidencia poca comprensión del tema elegido.	No Presenta interés en el tema ó No evidencia comprensión del tema elegido.
2. REDACCIÓN. CITACIONES Y PLAGIO El estudiante conocer los principio de redacción, con especial atención para evitarlas falta ortográficas. Evidencia capacidad de reflexión y análisis del texto. Cita correctamente dentro del texto, parafraseando y evitando el plagio.	Excelente redacción y ortografía. Evidencia capacidad de reflexión y análisis. Excelente uso de cita dentro del texto y parafraseando	Pocos errores redacción y ortografía. Capacidad media de reflexión y análisis. Pocos errores uso de cita dentro del texto ó parafraseando	Tiene errores Redacción y ortografía Evidencia poca capacidad de reflexión y análisis. Errores en el uso de cita ó parafraseando y evitando el plagio.	Mala Redacción y ortografía ó no evidencia capacidad de reflexión y análisis. No usa de cita dentro del texto ó no sabe parafrasear
3. BUSQUEDA DE INFORMACIÓN. Sabe utilizar las base de datos y seleccionar artículos relevantes de alto factor de impacto. La información es actualizada y utiliza suficientes referencias bibliográficas.	Excelente dominio de las base de datos. Sabe seleccionar artículos relevantes y actualizados de alto factor de impacto.	Muy buen dominio de las base de datos. Sabe poco seleccionar artículos relevantes y actualizados de alto factor de impacto.	Buen dominio de las base de datos. Sabe poco seleccionar artículos relevantes y actualizados de alto factor de impacto.	No muestra dominio de las base de datos ó no sabe seleccionar artículos relevantes y actualizados de alto factor de impacto.
4. CORRECCIONES Actitud positiva, respetuosa y ética frente a las correcciones, comprende las sugerencias y las corrige.	Excelente actitud frente a las correcciones, comprende las sugerencias y las corrige.	Actitud positiva frente a las correcciones. No comprende las sugerencias ó no las corrige.	Actitud negativa frente a las correcciones ó no comprende las sugerencias ó no las corrige.	Actitud negativa frente a las correcciones, no comprende las sugerencias y no las corrige.
5. PUNTUALIDAD Respetó las fechas establecidas para la revisión por parte del docente, con el tiempo suficiente para poder corregir y modificar los temas.	Respetó las fechas establecidas.	Entregas con un poco de retraso, dentro de la prórroga.	Entregas con de retraso, dentro de la prórroga.	Faltó al tiempo establecido y prórrogas de entrega.

Calificación final _____ Firma y Fecha _____

RÚBRICA DE ASESOR DE CONTENIDO

REPÚBLICA DOMINICANA

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)

ESCUELA DE GRADUADOS

POSTGRADOS EN ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN ASESOR DE CONTENIDO

VALOR: 40 PUNTOS

Estudiante: _____

Fecha _____ Tema: _____

Criterios de evaluación	10 p	8 p	6 p	4 p
1. MOTIVACIÓN. El estudiante está interesado en el desarrollo del tema elegido. Evidencia comprensión y conocimiento de tendencias actuales del tema elegido.	Presenta mucho interés en el tema. Evidencia comprensión y conocimiento de tendencias actuales del tema elegido.	Presenta interés en el tema. Evidencia conocimiento aceptable de tendencias actuales del tema elegido.	Presenta poco interés en el tema. Evidencia poca comprensión del tema elegido.	No Presenta interés en el tema ó No evidencia comprensión del tema elegido.
2. REDACCIÓN. El estudiante conocer los principio de redacción, con especial atención para evitarlas falta ortográficas. Evidencia capacidad de reflexión y análisis del tema elegido.	Excelente redacción y ortografía. Evidencia capacidad de reflexión y análisis.	Pocos errores redacción y ortografía. Capacidad media de reflexión y análisis.	Tiene errores Redacción y ortografía Evidencia poca capacidad de reflexión y análisis.	Mala Redacción y ortografía ó no evidencia capacidad de reflexión y análisis.
3. CORRECCIONES Actitud positiva, respetuosa y ética frente a las correcciones, comprende las sugerencias y las corrige. Los trabajos se presentan de forma limpia y ordenada. Cuenta con los capítulos establecidos en el manual de trabajo final.	Excelente actitud frente a las correcciones, comprende las sugerencias y las corrige. Excelente entrega del trabajo. Cuenta con los capítulos solicitados	Actitud positiva frente a las correcciones. No comprende las sugerencias ó no las corrige. Trabajo poco ordenando ó falta algún capítulo solicitado	Actitud negativa frente a las correcciones ó no comprende las sugerencias ó no las corrige. Entrega del poco ordenado, faltan capítulos solicitados	Actitud negativa frente a las correcciones, no comprende las sugerencias y no las corrige. Entrega del trabajo desordenada
4. PUNTUALIDAD Respetó las fechas establecidas para la revisión por parte del docente, con el tiempo suficiente para poder corregir y modificar los temas.	Respetó las fechas establecidas.	Entregas con un poco de retraso, dentro de la prórroga.	Entregas con de retraso, dentro de la prórroga.	Faltó al tiempo establecido y prórrogas de entrega.

Calificación final _____ Firma y Fecha _____

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO ESCRITO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)
ESCUELA DE GRADUADOS
POSTGRADOS EN ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO ESCRITO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

VALOR: 05 PUNTOS

Estudiante: _____

Fecha _____ Tema: _____

Categoría	Criterios	1p.	0.5 p	0.25 p
1. Composición del trabajo	Cuenta con todos los ítems solicitados en la consigna del trabajo escrito solicitado	Prestación todos los ítems solicitados	Presenta alguno de los ítems solicitados	No presenta los ítems solicitados
2. Redacción	El trabajo se redactó de una manera coherente, con información relevante y actualizada	Excelente redacción y coherencia. Uso de bibliografía relevante y actualizada	Presenta varios errores de redacción y coherencia. Uso de bibliografía poco relevante y desactualizada	Presenta muchos errores de redacción y coherencia. Uso de bibliografía poco relevante y desactualizada
3. Ortografía	La ortografía del trabajo es correcta	No presenta errores de ortografía	Presenta varios errores de ortografía	Presenta muchos errores ortográficos
4. Fuentes de Información	Se citan diversas referencias bibliográficas para apoyar sus planteamientos. La bibliografía está correctamente citada y actualizada	Presenta amplia fuentes de información. Uso correcto de citas	Presenta pocas fuentes de información. Poco uso de citas	No presenta fuentes de información. No utiliza citas
5. Relevancia y aportes	Es un tema actual e innovador. Las conclusiones son un aporte a la comunidad científica.	El tema es relevante, las conclusiones y aporta conclusiones novedosas.	El tema es poco relevante, las conclusiones son poco novedosas	Tema irrelevante, conclusiones conocidas por la comunidad científica.

Calificación final _____ Firma y Fecha _____

RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE LA PRESENTACIÓN ORAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)
ESCUELA DE GRADUADOS
POSTGRADOS EN ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE LA PRESENTACIÓN ORAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

VALOR: 05 PUNTOS

Estudiante: _____

Fecha _____ Tema: _____

Categoría	Criterios	1 p	0.5p	0.25p
1. Dominio del contenido	El estudiante demuestra dominio del contenido de su presentación y su(s) área(s) de especialidad.	El estudiante demuestra amplio dominio del contenido.	El estudiante demuestra dominio parcial sobre el tema.	El estudiante no demuestra dominio sobre el tema
2. Organización, Secuencia y Metodología	El estudiante presenta de forma organizada su presentación. Se evidencia una secuencia lógica y ordenada entre cada una de las partes. El estudiante utiliza adecuadamente el tiempo disponible para su presentación	La presentación presenta un nivel alto de organización. Cumple cabalmente con el tiempo establecido	La presentación tiene algunas deficiencias de organización y secuencia. Se extiende ente 1 a 5 minutos mas del tiempo establecido.	La presentación carece de orden. Se extiende más de 5 minutos del tiempo establecido.
3. Claridad y precisión en la exposición	El estudiante presenta de forma clara su presentación. No se presentan ambigüedades en su exposición.	Muy clara la presentación	Tiene algunas imprecisiones	Poco clara la presentación
4. Seguridad en los planteamientos	El estudiante proyecta seguridad en todos y cada uno de los planteamientos.	El alumno presenta mucha seguridad en su presentación	El alumno presenta algún grado de inseguridad	El alumno es muy inseguro
5. Discusión	El estudiante debe tener dominio del tema y saber responder las preguntas del auditorio con argumentos pertinentes al tema expuesto.	El alumno ha respondido a todas las preguntas que se le han formulado	El alumno no responde a algunas preguntas	El alumno responde muy pocas preguntas

Calificación final _____ Firma y Fecha _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Cosola S, Kim YS, Park YM, Giammarinaro E, Covani U. Coronectomy of mandibular third molar: Four years of follow-up of 130 cases. *Medicina (Lithuania)*. 2020 Dec 1;56(12):1–8.
2. Raqe Alqhtani N, Mohammed AlThobaiti S, Khalid AlOwais H, Abdulrhman Alabdulkarim M, Abdullah Aldossary R, Tabassum N, et al. Knowledge and Attitude Among the Saudi Dentists Towards Coronectomy of Impacted Mandibular Third Molars. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2022 May; Volume 14:113–21.
3. Guerrero Del Angel F, Huitzil Muñoz E, David Luna Sánchez A, Lucina Flores Balleza B, Privada P, en Endodoncia E. Prevención del Daño al Nervio Alveolar Inferior: Revisión Bibliográfica y Reporte de 30 Casos Coronectomy in Third Mandibular Molars as an Alternative Treatment to Prevent Damage to the Inferior Alveolar Nerve: Bibliographic Review and 30 Cases Report. Vol. 3, *Int. J. Med. Surg. Sci*. 2016.
4. Pitros P, O'Connor N, Tryfonos A, Lopes V. A systematic review of the complications of high-risk third molar removal and coronectomy: development of a decision tree model and preliminary health economic analysis to assist in treatment planning. Vol. 58, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Churchill Livingstone; 2020. p. e16–24.
5. Pogrel MA. Coronectomy: Partial Odontectomy or Intentional Root Retention. Vol. 27, *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2015. p. 373–82.
6. terceros molares.
7. caso2.
8. 30 INTRODUCCIÓN.
9. Poblete F, Dallaserra M, Yanine N, Araya I, Cortés R, Vergara C, et al. Incidencia de complicaciones post quirúrgicas en cirugía bucal. *International journal of interdisciplinary dentistry*. 2020 Apr;13(1):13–6.
10. Fuentes RF, Borie EE, Bustos LM, Thomas FUENTES DM, Morfometría MD. Morfometría de Terceros Molares: un Estudio de 55 Casos Third Molar Morphometry: a Study of 55 Cases. Vol. 27, *Int. J. Morphol*. 2009.
11. Achá H, Isabel N. TERCER MOLAR RETENIDO-IMPACTADO E INCLUIDO.
12. Dianelys Leydis Pérez Cabrera C, José Rolando Alcolea Rodríguez IC, Guadalupe Viltres Pedraza II I Policlínico Bayamo Oeste Bayamo Granma IC. Longitud normal del cuerpo mandibular y la posible erupción de terceros molares inferiores Normal length of the mandibular body and the possible eruption of third molars [Internet]. Vol. 19, *Multimed*. 2015. Available from: <http://scielo.sld.cu>ARTICULOORIGINAL
13. Quirúrgicas C. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2013;12(Supl):65-73 [Internet]. Available from: <http://scielo.sld.cu>
14. Ye ZX, Qian WH, Wu YB, Yang C. Pathologies associated with the mandibular third molar impaction. *Sci Prog*. 2021;104(2).
15. Ali AS, Benton JA, Yates JM. Risk of inferior alveolar nerve injury with coronectomy vs surgical extraction of mandibular third molars—A comparison of

- two techniques and review of the literature. Vol. 45, *Journal of Oral Rehabilitation*. Blackwell Publishing Ltd; 2018. p. 250–7.
16. Martin A, Perinetti G, Costantinides F, Maglione M. Coronectomy as a surgical approach to impacted mandibular third molars: A systematic review. Vol. 11, *Head and Face Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2015.
 17. Bachmann H, Cáceres R, Carlos Muñoz ;, Uribe S, Bachmann H; in an Urban Hospital, Chile. Vol. 8, *Int. J. Odontostomat*. 2014.
 18. Dallaserra M, Cuéllar J, Villanueva J. Coronectomía para cirugía de terceros molares inferiores. *Medwave*. 2020 Jul 9;20(6):e7956.
 19. Richards JA, Coyle MJ, Beech AN. Plain radiographs for the assessment of coronectomy: not always a case of black or white. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2019 Sep 1;57(7):663–5.
 20. Finlay CJ, Artículo ", García-Roco Pérez O, María), Méndez Martínez J. Instituto Superior de Ciencias Médicas Concise history of buccal and maxillofacial surgery.
 21. histo cirugía 2.
 22. germenés dentarios.
 23. Ali AS, Benton JA, Yates JM. Risk of inferior alveolar nerve injury with coronectomy vs surgical extraction of mandibular third molars—A comparison of two techniques and review of the literature. Vol. 45, *Journal of Oral Rehabilitation*. Blackwell Publishing Ltd; 2018. p. 250–7.
 24. Martínez BA. Prieto I, Prieto-Fenech A, Bascones Martínez A Corticoesteroides y Cirugía del tercer molar inferior. Revisión de la literatura Corticoesteroides y cirugía del tercer molar inferior. Revisión de la literatura.
 25. Saraiva Amaral J, Marto CM, Farias J, Alves Pereira D, Ermida J, Banaco Á, et al. A Pilot Randomized Controlled Clinical Trial Comparing Piezo Versus Conventional Rotary Surgery for Removal of Impacted Mandibular Third Molars. *Bioengineering*. 2022 Jul 1;9(7).
 26. Rivera-Herrera RS, Esparza-Villalpando V, Bermeo-Escalona JR, Martínez-Rider R, Pozos-Guillén A. Agreement analysis of three mandibular third molar retention classifications. *Gac Med Mex*. 2020 Jan 1;156(1):22–6.
 27. De F, De C, Salud LA, De Odontología E, Fernando CD, Seijas JL. UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS. 2014.
 28. complicaciones .
 29. Libersa P, Savignat M, Tonnel A. Neurosensory Disturbances of the Inferior Alveolar Nerve: A Retrospective Study of Complaints in a 10-Year Period. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2007 Aug;65(8):1486–9.
 30. Dalle Carbonare M, Zavattini A, Duncan M, Williams M, Moody A. Injury to the inferior alveolar and lingual nerves in successful and failed coronectomies: systematic review. Vol. 55, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Churchill Livingstone; 2017. p. 892–8.
 31. Martins LS, Sartori B, Giongo CC, Baraldi CE. Percepção dos cirurgiões bucomaxilofaciais do estado do Rio Grande do Sul sobre a técnica da coronectomia. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*. 2015 Jul 28;20(1).
 32. Guerrero Del Angel F, Huitzil Muñoz E, David Luna Sánchez A, Lucina Flores Balleza B, Privada P, en Endodoncia E. Prevención del Daño al Nervio Alveolar Inferior: Revisión Bibliográfica y Reporte de 30 Casos Coronectomy in Third Mandibular Molars as an Alternative Treatment to Prevent Damage to the Inferior Alveolar Nerve: Bibliographic Review and 30 Cases Report. Vol. 3, *Int. J. Med. Surg. Sci*. 2016.

33. Pacci RC, Pacci RW, Savio Melzer R, Milani CM. RELATO DE CASO.
34. Revisión bibliográfica.
35. Cilasun U, Yildirim T, Guzeldemir E, Pektas ZO. Coronectomy in patients with high risk of inferior alveolar nerve injury diagnosed by computed tomography. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011 Jun;69(6):1557–61.
36. Crameri M, Kuttner Berger JJ. 582 INVESTIGACIÓN Y CIENCIA Aplicación y evaluación de la coronectomía en Suiza [Internet]. Available from: www.onlinedoctranslator.com
37. Devine M, Gerrard G, Renton T. Current practice in mandibular third molar surgery. A national survey of British Association of Oral Surgeons membership. *Oral Surg*. 2017 Feb 1;10(1):11–9.