

00893

**INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LA CLINICA
AMBULATORIA DE PREGRADO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO
COLOMBIANO SEDE CENTRO DESDE I SEMESTRE DEL 2000 Y II SEMESTRE
DEL 2000**

**CLAUDIA MILENA GONZALEZ VERGARA
LUZ ALIXON MEDINA GUZMÁN
ALEXANDRA PATRICIA OVALLE OVALLE
XIOMARA PASTRANA PINZON**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ, D.C.
2001**

**INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LA CLINICA
AMBULATORIA DE PREGRADO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO
COLOMBIANO SEDE CENTRO DESDE I SEMESTRE DEL 2000 Y II
SEMESTRE DEL 2000**

**CLAUDIA MILENA GONZALEZ VERGARA
LUZ ALIXON MEDINA GUZMÁN
ALEXANDRA PATRICIA OVALLE OVALLE
XIOMARA PASTRANA PINZON**

**Director
LEONARDO CALVACHE
Odontólogo Especialista en Cirugía Maxilofacial**

**Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontóloga Maestría en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
2001**

**INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LA CLINICA
AMBULATORIA DE PREGRADO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO
COLOMBIANO SEDE CENTRO DESDE I SEMESTRE DEL 2000 Y II
SEMESTRE DEL 2000**

**CLAUDIA MILENA GONZALEZ VERGARA
LUZ ALIXON MEDINA GUZMÁN
ALEXANDRA PATRICIA OVALLE OVALLE
XIOMARA PASTRANA PINZON**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de
Especialista en Odontólogo**

**Director
LEONARDO CALVACHE
Odontólogo en Cirugía Maxilofacial**

**Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontóloga Maestría en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
2001**

El trabajo de Grado INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN CLINICA AMBULATORIA DE PREGRADO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO SEDE CENTRO DESDE I SEMESTRE DEL 2000 Y II SEMESTRE DEL 2000 elaborado por CLAUDIA MILENA GONZALEZ VERGARA, LUX ALIXON MEDINA GUZMAN, ALEXANDRA PATRICIA OVALLE OVALLE, XIOMARA PASTRANA PINZON, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el Título de Odontólogo.

Director de la investigación

Asesor metodológico

Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública

Bogotá, D.C., 24 de mayo de 2001

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecerle primeramente a Dios por habernos dado inteligencia y sabiduría para salir adelante con este proyecto puesto que El fué nuestra guía y ayudador en todo momento, a nuestros queridos padres que con su sacrificio y apoyo incondicional, nos sacaron adelante, a nuestra Alma Mater que nos formó como profesionales y personas idóneas para ejercer con responsabilidad y ética nuestra profesión la cual amamos con todo nuestro corazón.

Dra María Alejandra González B. odontóloga con maestría en Administración de Salud, del Colegio Universitario Colombiano, nos brindó ayuda incondicional, creyendo y haciendo posible la elaboración de la monografía con su asesoría metodológica.

Dr. Leonardo Calvache odontólogo especialista en Cirugía Maxilofacial, porque con su experiencia como docente y amigo nos aportó sus conocimientos y asesoría científica.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	3
1.1. PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. PROPÓSITO	3
1.4. MARCO TEORICO	4
1.4.1 MORFOLOGIA OSEA	4
1.4.2 ANATOMIA GENERAL DE MAXILAR Y MANDIBULA	6
1.4.3 ANATOMIA DENTAL	9
1.4.4 INDICACIONES DE LA EXTRACCION TERAPEUTICA DE TERCEROS MOLARES MANDIBULARES RETENIDOS	12
1.4.5 CLASIFICACION DE WINTER	16
1.5. OBJETIVOS	27
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	27
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	28
2. METODO	29
2.1. TIPO DE ESTUDIO	29
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	29
2.3. POBLACION	29
2.4. VARIABLES	29
2.5. INSTRUMENTO	30
2.6. PROCEDIMIENTO	30
2.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	31
3. RESULTADOS	32
4. CONCLUSIONES	61
5. RECOMENDACIONES.	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXO	65

INTRODUCCION

Tradicionalmente se le ha concedido gran importancia a los terceros molares, que aparecen en cavidad oral desde los 17 a los 22 años de edad aproximadamente. Pero son de gran consideración los terceros molares incluidos debido a que se encuentran retenidos parcial o totalmente y permanecen en el maxilar superior o inferior sin erupcionar, y normalmente no encuentran el espacio disponible para ubicarse, sin tener la posibilidad de lograr una posición dentro de los arcos dentarios.

Para dar un diagnóstico efectivo, es necesario conocer cuales son las indicaciones que presentan los terceros molares incluidos para un tratamiento oportuno.

Es muy importante, para el profesional tener en cuenta las indicaciones, para poder elegir el procedimiento quirúrgico apropiado en cuanto a los terceros molares incluidos. Una de ellas es la pericoronitis, que es un estado muy común de los terceros molares incluidos la cual produce una infección en los restos del folículo comprendidas entre la corona del diente incluido, el hueso que lo rodea y el tejido gingival; otra de ellas es la periodontitis que puede ocasionar inflamación y considerable pérdida ósea ocasionada por la impactación de alimentos entre el tercer molar incluido y el segundo molar; una de las indicaciones más frecuentes,

es la caries, debido al acúmulo de restos de comida y por estar en una zona muy susceptible es difícil mantenerla limpia.

La resorción patológica se puede presentar debido a la presión de la corona del tercer molar incluido contra las raíces del segundo molar; se puede presentar en la formación de quistes dentígeros a nivel de terceros molares incluidos en el maxilar inferior, y también pueden formarse neoplasias benignas y malignas de partes blandas y óseas que pueden originar metástasis en ella los tumores que tiene predilección por el hueso, y por último los apiñamientos dentales, porque el tercer molar en su intento de erupcionar puede provocar el desplazamiento de los dientes anteriores, haciendo que se pierdan los puntos de contacto y así apiñándolos.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PROBLEMA

Se desconoce la frecuencia de exodoncias de terceros molares incluidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano Sede Centro. Por este motivo es de gran importancia conocer el manejo clínico y quirúrgico que se le dan a los terceros molares incluidos, según su localización dentro del maxilar y la mandíbula para así poder llegar a un diagnóstico real y un tratamiento oportuno.

Por esta razón cabe preguntarse ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LAS CLÍNICAS SEDE CENTRO EN EL AÑO 2000?.

1.2 JUSTIFICACION

No se conocen los reportes de la incidencia de los terceros molares incluidos en la Clínica de cirugía ambulatoria de pregrado del Colegio Universitario Colombiano, Sede Centro, ya que pueden producir anomalías a nivel de los arcos dentarios por su posición, tanto en maxilar como en mandíbula.

1.3 PROPOSITO

Con esta investigación se pretende dar a conocer la cantidad de pacientes con

terceros molares incluidos de acuerdo a su género, edad, número de pacientes con terceros molares incluidos, posición de terceros molares incluidos según clasificación de Winter, frecuencia de terceros molares incluidos según maxilar y mandíbula, número y tipo de exámenes complementarios solicitados, diagnóstico definitivo, y cantidad de terceros molares incluidos que se presentaron en el I semestre del 2000 y II semestre del 2000.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1 MORFOLOGIA OSEA

“Los huesos del sistema esquelético, son estructuras mineralizadas en el cuerpo; estas protegen los tejidos blandos internos y también sirven como base biomecánica para el movimiento del cuerpo junto con los músculos, tendones y ligamentos”. **(Fehrenbach y Herring.,1997)**.

Así mismo, los huesos tienen importancia en la diseminación de las infecciones dentales. Las prominencias o apófisis, son un tipo específico de estructura en la superficie del hueso. Entre los más importantes se encuentra el cóndilo grande y convexa que suele formar las articulaciones. Otra prominencia grande y con frecuencia áspera es la tuberosidad que por lo común, estas nos ayudan a la inserción de músculos y tendones”. **(Fehrenbach y Herring.,1997)**

“Hay varias áreas en los huesos que no pueden delimitarse y que no son prominencias y depresiones como las placas óseas. El hueso puede tener abertura como un agujero o un conducto. Un agujero es una pequeña abertura en

forma de ventosa en el hueso, también presenta áreas como las articulaciones donde los huesos se unen, estas pueden ser móviles o inmóviles”.**(Fehrenbach y Herring.,1997)**

“En general se considera que gran parte del crecimiento inicial del cráneo tiene lugar en los bordes de los huesos llamados suturas a que en complemento con músculos y tendones, ayudan a realizar el trabajo de formar y estructurar cualquier parte del cuerpo”.**(Fehrenbach y Herring., 1997)**

“El cráneo constituye una caja protectora para el encéfalo, proporciona cavidades para los órganos de los sentidos especiales (visión, audición, equilibrio, olfato y gusto), y presenta orificios para el paso de aire y alimentos, así como los dientes el maxilar y la mandíbula, indispensables para la masticación. Tan importante estructura vital consta de una serie de huesos que en su mayor parte, están unidos en articulaciones inmóviles. El maxilar inferior posee la libertad del movimiento y está unido al resto del cráneo por una articulación sincondral llamada Temporomaxilar. Algunos de los huesos del cráneo como el parietal son pares, en tanto que otros como el frontal y el occipital son impares. Los huesos craneales están formados por dos láminas, una externa y otra interna de sustancia compacta y lo conforma una capa media de tejido esponjoso llamada diploe. El cráneo esta recubierto por fuera y revestido por dentro por el periostio, llamados pericráneo al recubrimiento y endocráneo al revestimiento”.
(O’rahilly,R.,1989)

“Algunos del los huesos del cráneo limitan la cavidad craneal, en esta se aloja el encéfalo y sus envolturas (meninges). Estos son los huesos frontal, etmoides,

esfenoides, occipital, temporal y parietal. Además de una parte del hueso frontal, el esqueleto de la cara esta formado por varios huesos pares como nasales, lagrimales, malares y maxilares superiores, huesos impares como el vómer, y dos pares palatinos y los cornetes inferiores están colocados más profundamente en la anatomía terminando con el maxilar inferior”. **(Fehrenbach y Herring.,1997)**

“En el cráneo encontramos las suturas que aparecen como líneas irregulares en las articulaciones fibrosas inmóviles entre la mayor parte de los huesos del los cráneos de adultos jóvenes. Aunque el crecimiento de la bóveda craneal tiene lugar en las suturas, la expansión del cráneo es ocasionada en principio por el crecimiento del encéfalo. Al aumentar la edad, muchas de las suturas se obliteran por fusión ósea entre los huesos vecinos, no obstante el cierre de las suturas no es un criterio confiable para calcular la edad. El cráneo presenta aproximadamente 85 orificios, conductos y hendiduras normales y con nombre propio. Algunos de ellos son de mucha importancia por donde pasan los nervios craneales y sus ramas principales, identificándose en primer lugar la médula espinal, las venas yugulares internas y las arterias carótidas internas”. **(Fehrenbach y Herring.,1997)**

1.4.2 ANATOMIA GENERAL DE MAXILAR Y MANDIBULA.

MAXILAR

“El hueso maxilar es el elemento más importante del tercio medio facial y el principal responsable de la forma característica del macizo facial superior. Se

trata de un hueso par y asimétrico, ahuecado por una cavidad voluminosa: el seno maxilar”.**(Raspall.,1997)**

“El maxilar esta conformado por dos huesos maxilares que se fusionan. Estos se articulan con los huesos frontal, unguis, nasal, del cornete nasal inferior, vómer, esfenoides, etmoides, palatinos y malares. Cada maxilar está formado por un cuerpo y cuatro apófisis: ascendente, piramidal, palatina y alveolar. El cuerpo del maxilar tiene superficies orbitaria, nasal, infratemporal y facial. Los cuerpos contienen espacios neumáticos o senos paranasales. Los maxilares pueden estudiarse desde sus tres caras: anterior, lateral e inferior”.**(Fehrenbach y Herring.,1997)**

“En la porción anterior de la cara inferior del cráneo está el paladar duro limitado por las apófisis alveolares del maxilar. Su crecimiento determina el alargamiento vertical de la cara entre los 6 y 12 años de edad”. **(Enlow.,1992)**

“Los dientes superiores se alojan en los procesos alveolares de los maxilares superiores, con frecuencia se observa en la cara anterior del hueso, crestas verticales que corresponde a las raíces dentarias. Los dos maxilares superiores están unidos en el plano medio en la sutura intermaxilar , a veces se llama premaxila a la parte de los maxilares superiores que alojan a los incisivos”.**(O’rahilly, R.,1989)**

“Cada diente del arco maxilar está cubierto por un reborde facial prominente de hueso, que es parte de la apófisis alveolar del maxilar. El borde facial sobre la eminencia canina, es en especial prominente. El hueso maxilar que cubre la superficie facial del diente maxilar es menos denso que la mandíbula sobre el

diente similar. El aspecto de la porción posterior del cuerpo del maxilar presenta una áspera elevación redondeada conocida como tuberosidad maxilar, justo por detrás del molar más distal de la dentadura maxilar”. **(Fehrenbach y Herring.,1989)**

MANDIBULA

“La mandíbula es el único hueso móvil de la cara, que constituye por sí solo todo el macizo óseo inferior, es un hueso facial impar y el más grande de los huesos faciales”.**(Raspall.,1997)**

“La mandíbula tiene una articulación móvil con los huesos temporales en cada articulación temporomandibular. El hueso que nos ocupa puede analizarse en tres caras: anterior, lateral y medial”.**(Fehrenbach y Herring.,1997).**

“Este hueso aloja a los dientes inferiores en su porción alveolar. La sínfisis mentoniana es la región media del maxilar inferior donde se fusionan las dos mitades de la mandíbula inferior fetal. La mandíbula presenta un cuerpo y dos ramas ascendentes. La región donde se unen, situada por atrás y abajo del tercer molar inferior, es descrita por algunos como parte de la rama y por otros como parte del cuerpo. El cuerpo del maxilar inferior tiene forma de U y presenta caras externas e interna, y bordes superior o porción alveolar e inferior o base. La cara externa se caracteriza generalmente por presentar una cresta media poco marcada que señala la línea de fusión de las dos mitades del hueso que se expande por abajo para formar una elevación triangular llamada protuberancia mentoniana, cuya base está limitada a cada lado por el tubérculo mentoniano. La

línea oblicua es un reborde romo que se dirige hacia atrás y arriba, del tubérculo mentoniano al borde anterior de la rama ascendente. El borde superior del cuerpo de la mandíbula se llama porción alveolar y contiene los dientes inferiores en cavidades llamadas alvéolos”.(O’rahilly, R.,1989)

“La cara interna se caracteriza por presentar una elevación irregular, la espina mentoniana en el dorso de la sínfisis. Puede constar de una a cuatro porciones llamadas apófisis geni.”.(O’rahilly, R., 1989).

“La porción del borde anterior de la rama forma una curva cóncava hacia adelante llamada escotadura coronoide, por debajo de la escotadura coronoide el borde anterior de la rama se convierte en la línea oblicua externa, el borde posterior de la rama es más grueso y se extiende desde el ángulo de la mandíbula a una proyección llamada cóndilo mandibular, con su cuello. Entre la apófisis coronoides y el cóndilo se encuentra una depresión llamada escotadura sigmoidea. En el borde de cada apófisis alveolar mandibular se encuentra un área áspera y redondeada conocida como triángulo retromolar, justo por detrás del molar más distal de la dentadura mandibular”.(Fehrenbach y Herring., 1997)

1.4.3 ANATOMIA DENTAL

TERCER MOLAR SUPERIOR

CARA VESTIBULAR

“La corona es más corta en sentido ocluso cervical y más angosta en sentido mesodistal que la de el segundo molar. Las raíces por lo general están

fusionadas; funcionan como una raíz grande y son más cortas en sentido cervico apical. Así fusionadas terminan en un ápice cónico”.**(Ash.,1994)**

CARA PALATINA

“Existe una cúspide palatina grande, y por eso no hay surco lingual. Sin embargo, en muchos casos, un tercer molar con los mismos rasgos esenciales tienen una cúspide disto palatina poco desarrollado con un surco de desarrollo en sentido palatino”.**(Ash.,1994)**

CARA MESIAL

“El rango principal es la forma cónica de las raíces fusionadas y una bifurcación en general, en la región tercio apical. La raíz es considerablemente más corta en longitud de la corona. Tanto esta como la raíz tienen la tendencia de ser poco desarrolladas, con contornos irregulares”.**(Ash.,1994)**

CARA DISTAL

“Aquí se aprecia mas la superficie oclusal a causa de la angulación mas aguda, de la superficie oclusal en relación al eje longitudinal de la raíz. La distancia desde la línea cervical hasta la cresta marginal es corta”.**(Ash.,1994)**

CARA OCLUSAL

“La cara oclusal del tercer molar superior presenta forma de corazón, la cúspide palatina es grande y bien desarrollada, y la disto palatina es pequeña, lo cual da un contorno semicircular al diente desde un área hasta la otra. En este tipo de dientes hay tres cúspides funcionales dos vestibulares y una palatina, la cara oclusal de este diente presenta muchos surcos suplementarios y varios accidentes, a no ser que el diente este muy desgastado”.**(Ash.,1994)**

“El tercer molar puede presentar cuatro cúspides nítidas. Este tipo puede tener una fuerte cresta oblicua, una fosa central y un distal con su surco de desarrollo palatino similar al de tipo romboidal. En la misma parte de casos converge más la corona en sentido palatino desde las áreas vestibulares”. **(Ash.,1994)**

TERCER MOLAR INFERIOR

CARA VESTIBULAR

“El contorno de los terceros molares es muy variable pero al mismo tiempo, todos tienen características comunes.

El contorno de la corona suele ser el mismo de todos los molares inferiores. La corona es más ancha en sentido mesodistal a la altura de las áreas de contacto en el cuello, las cúspides vestibulares son más cortas y redondeadas y el punto de mayor curvatura de los contornos mesodistal, se encuentran algo más de la mitad de la distancia de la línea cervical y los puntos de las cúspides”. **(Ash.,1994)**

“El tipo de tercer molar que más tiende a estar en el buen alineamiento y oclusión con los otros dientes, es el de cuatro cúspides; es más pequeño y muestra solo las dos cúspides vestibulares desde esta cara. El tercer molar inferior también presenta dos raíces una mesial y una distal. Estas raíces suelen ser más cortas y en general menos desarrolladas que en los primeros y segundos molares y su inclinación distal en relación con el plano oclusal de la corona es mayor, las raíces pueden estar separadas con un punto de bifurcación bien definido o pueden estar fusionadas, en todo o parte de su longitud”. **(Ash.,1994)**

CARA LINGUAL

“El tercer molar inferior, cuando está bien desarrollado es muy similar en su forma al segundo excepto en tamaño y desarrollo radicular”. **(Ash.,1994)**

CARA MESIAL

“Vista desde la cara mesial el diente recuerda al segundo molar excepto por sus dimensiones. Las raíces, desde luego, son más cortas, y la mesial es más cónica desde el cuello hasta el ápice. El ápice de la raíz mesial por lo general es más puntiaguda”. **(Ash.,1994)**

CARA DISTAL

“El aspecto anatómico de la porción distal del diente es muy similar al del segundo molar, excepto en su tamaño. La raíz es pequeña, tanto en longitud como en dimensión vestibulo lingual, si se compara con el tamaño de la corona.” **(Ash.,1994)**

CARA OCLUSAL.

“Es muy similar al del segundo cuando el desarrollo es tal, que permite un buen alineamiento y una buena oclusión. Hay tendencia a un perfil más redondeado y un dimensión vestibulo lingual y más reducida en sentido distal”. **(Ash.,1994)**

1.4.4 INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN TERAPEUTICA DE TERCEROS MOLARES MANDIBULARES RETENIDOS

“Estos problemas varían desde algo tan sencillo como una caries dental hasta estados más graves como formación de un quiste o instalación de una lesión neoplásica en los tejidos foliculares circundantes.

Para decidir si está indicada la extracción preventiva de todos los terceros molares o si en algunos casos se debe intentar el tratamiento de ciertos estados patológicos para retener un molar impactado, no solo es necesario conocer los problemas que pueden afectar a estos dientes, si no también las secuelas que puede acarrear tales problemas". **(Laskin.,1987)**

PERICORONITIS

"La pericoronitis es el estado más común que afecta al tercer molar inferior retenido, la infección se produce en los restos del folículo comprendido entre la corona del diente retenido y el hueso circundante y el tejido gingival. Cuando la infección solo toma el colgajo gingival que lo cubre se denomina Operculitis".**(Laskin.,1987)**

PERIODONTITIS

"La impactación constante de los alimentos entre un tercer molar erupcionado en parte y el segundo molar adyacente puede ocasionar inflamación y considerable pérdida ósea". **(Laskin.,1987)**

"La extracción de los dientes impactados está indicada ante el primer signo de periodontitis. En efecto la prevención de estos problemas es indicación para hacer la extracción profiláctica de los terceros molares retenidos".
(Laskin.,1987)

CARIES

"Cuando un tercer molar retenido queda expuesto en parte al ambiente bucal, su susceptibilidad a las caries es mayor por que se acumulan restos de comida y

por que es difícil mantener limpia esta área. Suele estar indicada la extracción del diente cariado aunque la lesión no halla llegado a tomar pulpa". **(Laskin.,1987)**

RESORCION PATOLÓGICA

"La presión de la corona de un tercer molar que está erupcionando contra la superficie radicular del segundo molar , a veces puede ocasionar la resorción patológica de la raíz". **(Laskin., 1987)**

FORMACION DE QUISTES

"El tercer molar inferior es el diente que participa con mayor frecuencia en la formación de quistes dentigeros; muchas veces estas lesiones aparecen asintomáticas largo tiempo y mientras tanto experimentan un agrandamiento considerable". **(Laskin.,1987)**

NEOPLASIAS

"En la región del tercer molar pueden formarse neoplasias benignas y malignas de partes blandas y óseas, pero también pueden dar metástasis en ella los tumores que tienen predilección por el hueso".**(Laskin.,1987)**

TERCEROS MOLARES COMPLICADOS POR FORMACIÓN TUMORAL

"Pueden formarse tumores en el órgano de el esmalte del tercer molar o bien las neoformaciones pueden interesar al diente en forma secundaria. Entre los tumores originados en el folículo dentario figuran el ameloblastoma y el odontoma. Los terceros molares no erupcionados también puede ser efectuados por un Carcinoma Espinocelular". **(Laskin.,1987)**

DOLOR

“Puede ocurrir dolor en la región de un tercer molar inferior retenido o un dolor referido a otras partes de la cabeza y cuello como consecuencia de varios estados que ya hemos mencionado, como pericoronitis, caries, resorción radicular, enfermedad periodontal y patología periapical”. **(Laskin.,1987)**

APIÑAMIENTO DE LOS DIENTES

“Muchas veces se recomienda la extracción de los terceros molares retenidos en pacientes que están o no han estado en tratamiento ortodóntico por que se dijo que a veces estos dientes pueden generar una fuerza anterior que produce la separación de los puntos de contacto y un apiñamiento anterior de los incisivos inferiores. No cabe duda de que, cuando ocurre apiñamiento anterior, este suele presentarse durante el periodo de erupción del tercer molar”. **(Laskin.,1987)**

CONSIDERACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

“Se denominan “dientes retenidos”, aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico”. **(Ries, C.,1979)**

“La retención dentaria, puede presentarse en 2 formas; el diente esta completamente por tejido óseo (Retención intraosea), o el diente esta recubierto por la mucosa gingival (Retención subgingival)”. **(Ries,C., 1979)**

PATOGENIA

“El problema de la retención mecánica es ante todo de índole mecánico. El diente que esta destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria,

como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que les esta encomendando. Dentro de los obstáculos mecánicos se encuentra la falta de espacio, ya sea por que el germen del tercer molar debe desarrollarse entre la cara distal del segundo molar y la zona anterior de la rama ascendente de la mandíbula. El hueso también influye en el trabajo de erupción ya sea por patologías como Enostosis, Osteítis condensante, Osteoesclerosis o por condensaciones oseas atípicas". **(Ries, C.,1979)**

"Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaría. Retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio tienen también influencia sobre la retención dentaría. Otra consideración es la ligera pero constante presión muscular hacia atrás, aumentando la disminución en el crecimiento de los maxilares". **(Ries ,C., 1979)**

1.4.5 CLASIFICACION DE WINTER

"Los terceros molares retenidos se les suele clasificar de acuerdo con la posición de su eje mayor en relación con el eje mayor del segundo molar". **(Winter.,1926)**

Las diversas posiciones son: vertical, mesoangular, horizontal, distoangular, vestibuloangular, linguoangular, invertida, inusual.

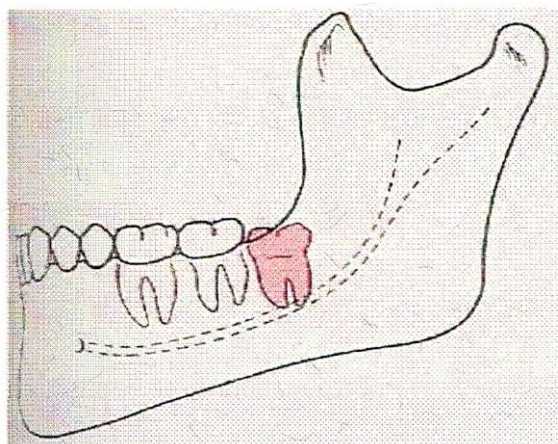
"Además de la mala alineación del diente, es importante considerar el nivel del diente en relación con el plano oclusal del segundo molar. Los dientes que han llegado a un nivel alto han erupcionado en parte y tienen una cobertura ósea

mínima, los que están en un nivel bajo no han erupcionado y a veces se hallan encasillados en el hueso por completo o casi por completo”. **(Laskin,D.,1971)**

“La relación entre el diente retenido y la rama y el segundo molar es otra consideración esencial. La situación más favorable se presenta cuando existe suficiente espacio entre la rama y la cara distal del segundo molar, como para dar cabida al diámetro mesiodistal del tercer molar, y la menos favorable es cuando casi toda la corona se encuentra dentro de la rama. La cantidad de raíces puede influir sobre la complejidad del procedimiento quirúrgico. Se pueden clasificar según tengan raíces fusionadas, dos raíces o raíces múltiples. Otra consideración importante es la curvatura de las raíces y se debe reconocer la siguiente subclasificación: Raíces rectas o fusionadas, raíces curvas en dirección distal, curvas en dirección mesial”. **(Laskin,D.,1971)**

“Posición Vertical: En ella el eje del tercer molar es paralelo al eje del segundo molar”. **(Ries,C., 1979)**

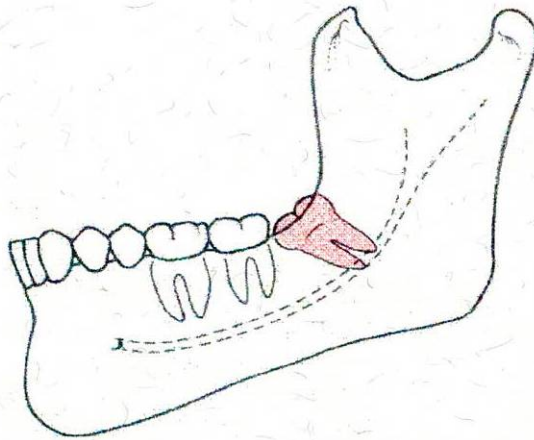
FIGURA 1. POSICION VERTICAL



Fuente: Ries, C, Cirugía Bucal, 1979.

Posición Mesoangular: “El eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo”. (Ries, C., 1979)

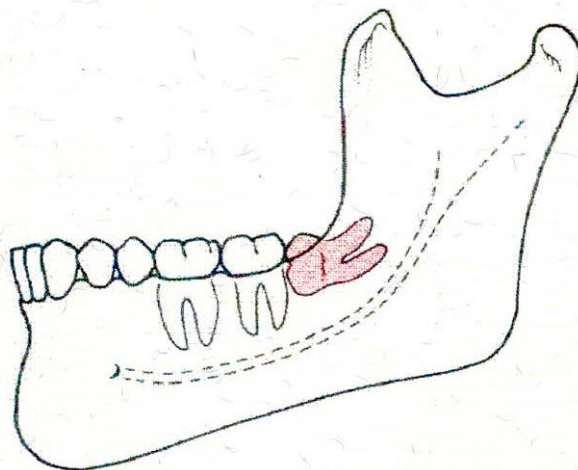
FIGURA 2. POSICION MESOANGULAR



Fuente: Ries, C, Cirugía Bucal, 1979.

Posición Horizontal: “El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar”. (Ries, C., 1979)

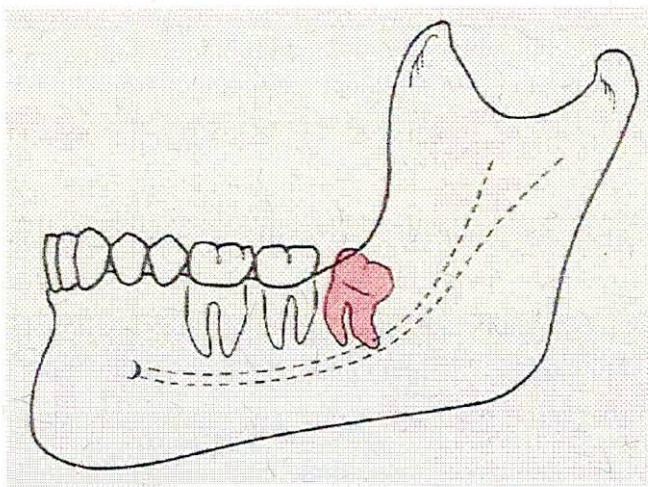
FIGURA 3. POSICION HORIZONTAL



Fuente: Ries, C, Cirugía Bucal, 1979

Posición Distoangular: “La corona del tercer molar apunta en grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás”. **(Ries ,C.,1979)**

FIGURA 4. POSICION DISTOANGULAR



Fuente: Ries, C, Cirugía Bucal, 1979.

Posición Linguoangular: “La corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa”. **(Ries,C., 1979)**

Posición Bucoangular: “La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna a lingual. Se trata de una presentación rara”. **(Ries,C., 1979)**

Posición invertida: “La Corona del tercer molar se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el condilo. Los terceros molares en este tipo de posición adquieren un sin número de variedades y por lo común se encuentran asociadas a procesos patológicos”. **(Ries,C., 1979)**

Desviaciones del tercer molar

“El tercer molar se puede presentar con desviaciones diferentes a las posiciones dentro de la arcada dentaria y se clasifican:

Sin Desviación: Las caras Bucales y linguales no sobrepasan de los planos respectivos”. **(Ries,C., 1979)**

Con Desviación Bucal: “Toda la corona a parte de ella sobrepasa el plano bucal y se dirige hacia afuera”**(Ries,C., 1979)**

Con desviación lingual: “El desplazamiento coronario parcial o total se cumple hacia el lado lingual del maxilar”. **(Ries,C., 1979)**

Desviación Bucolingual: “Variante de ambas desviaciones bucal y lingual, es una de las formas más frecuentes de retención de los terceros molares”. **(Ries ,C., 1979)**

Tercer Molar Retenido:

“El tercer molar inferior retenido, se encuentra en una zona anatómica que esta constituida por el hueso maxilar, las partes blandas que lo cubren y revisten, el molar presenta una forma cúbica y por lo tanto seis caras: Anterior (cara distal del segundo molar), posterior (paralela, a 1 cm por detrás del punto mas distal del tercer molar), Superior (Prolongación del plano oclusal), Externa o bucal (cara externa del maxilar), Interna (por la cara homónima del maxilar), y una inferior (paralela al plano oclusal)”. **(Ries,C.,1979)**

Posición Vertical sin Desviación:

- Cara mesial accesible: “El tercer molar esta alineado detrás del segundo molar sin desviación bucal o lingual y con la cara mesial libre de hueso”. **(Ries,C.,1979)**
- Cara mesial inaccesible: “La cara mesial del tercer molar está recubierta por hueso y también pueden las otras caras del molar cubiertas por hueso lo que hace que haya una retención ósea parcial o total”.**(Ries,C., 1979)**

Posición Vertical con desviación bucal:

- Cara Mesial accesible: “El tercer molar está dirigido hacia afuera (Vestibular) puede estar cubierto parcial o total de mucosa”.**(Ries ,C.,1979)**
- Cara Mesial inaccesible: “La cara mesial está recubierto por hueso (no existe el espacio interdentario). El molar puede presentar retención intraosea parcial o total” .**(Ries,C., 1979)**

Posición Vertical con desviación Lingual:

- Cara Mesial accesible: “El molar se dirige hacia adentro siendo su cara oclusal frecuentemente lingual”.**(Ries ,C., 1979)**
- Cara Mesial inaccesible: “El molar esta cubierto de hueso que cubra la totalidad de las caras, lo que indica es que estos molares son totalmente intraóseos”.
(Ries,C.,1979)

Posición Vertical con desviación Bucolingual:

- “Se presenta dirigido hacia la tabla externa Vestibular y al mismo tiempo su cara oclusal esta desviada hacia el lado lingual, puede estar libre o no de hueso”.
(Ries,C., 1979).

Posición Mesoangular sin desviación:

“El eje mayor del tercer molar forma con el segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo, el hueso y la mucosa lo recubren en casi su totalidad ya que puede quedar visible una parte de la cara oclusal en las cúspides distales”. **(Ries, C., 1979)**

Posición Mesoangular con desviación bucal:

“La angulación del tercer molar está dirigida hacia el lado bucal, la cara oclusal puede estar libre de mucosa o bien puede cubrir una porción distal, puede haber retención ósea”. **(Ries,C.,1979)**

Posición Mesoangular con desviación Lingual:

“La cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, puede o no estar cubiertas parcialmente por hueso. Clínicamente estos molares están totalmente erupcionado por mucosa”. **(Ries,C.,1979)**

Posición Mesoangular con Desviación Bucolingual:

“Son raramente encontrados, dado que por regla general los mesoangulares y los horizontales, en desviación Bucolingual, presentan su cara mesial inaccesible, estos molares están dirigidos de atrás adelante, de abajo hacia arriba y de afuera a dentro. Pueden estar recubiertos por mucosa parcialmente y recubierto por hueso total o parcialmente”. **(Ries, C.,1979)**

Posición Horizontal sin desviación:

“Se sitúa horizontalmente en el maxilar, su eje mayor forma con el segundo molar un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás, los molares en estas condiciones presentan sus caras recubiertas parcial o totalmente por hueso, de modo que

ofrecen una retención intra óseas total o bien dejan sus cúspides distales al descubierto”. **(Ries,C.,1979)**

Posición Horizontal con Desviación Lingual:

“El tercer molar forma con el segundo molar un ángulo y el eje mayor de aquel se presenta dirigido de atrás adelante y de afuera adentro. Puede estar o no recubierto de hueso”. **(Ries,C.,1979)**

Posición Horizontal con Desviación Bucolingual:

“El molar retenido , con su angulación propia de su posición está dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia el lado lingual. Por regla general la retención intraósea es total y hay también una cubierta de mucosa. El mayor problema de esta retención radica en que el ángulo mesioclusal de la corona del tercer molar está ubicado por debajo del cuello del segundo molar”.

(Ries,C.,1979)

Posición Distoangular sin desviación:

“El eje mayor del tercer molar forma con el segundo molar un ángulo agudo abierto hacia atrás y arriba, en tanto que la corona del tercer molar está dirigida hacia la rama ascendente, son además, en su mayoría, molares en retención intraósea total”. **(Ries,C.,1979)**

Posición Distoangular con Desviación Bucal:

“Estos molares presentan una doble inclinación en su eje mayor y al mismo tiempo se desvía hacia Vestibular, por que el tercer molar no se desplaza un bloque hacia el vestíbulo, si no que sus ápices están aproximadamente en la línea curva que une los ápices del primero y el segundo molar”. **(Ries,C.,1979)**

Posición Distoangular con desviación Lingual:

“Presenta su eje mayor desviado hacia el lado lingual y así su cara oclusal se dirige hacia la lengua, es una presentación relativamente común, pueden o no ser intraoseos o recubiertos por mucosas”.**(Ries,C., 1979)**

Posición Linguoangular:

“Son bastantes frecuentes, estos molares presentan su eje horizontalmente pero dirigido de afuera adentro, pueden o no estar recubiertos de hueso”.
(Ries,C.,1979)

Posición Bucoangular:

“El tercer molar retenido en su posición Bucoangular es una forma excepcional, esta dirigido de adentro hacia afuera, permite que la cara oclusal esté dirigida hacia la cara externa o vestibular del maxilar”.**(Ries,C.,1979)**

Posición Paranormal:

Invertida, ectópica y heterotópica.

“El tercer molar inferior puede presentarse en posiciones que no encuadran en la clasificación. Se consideran fuera o apartados de los tipos normales de retención y por eso su nombre. Pueden presentarse con su cara oclusal hacia la zona basal del maxilar y sus ángulos hacia la apófisis coronoides o hacia el cóndilo, o en zonas adyacentes al ángulo mandibular. Se encuentran por lo general acompañadas de procesos patológicos”.**(Ries,C.,1979)**

Tercer Molar Superior

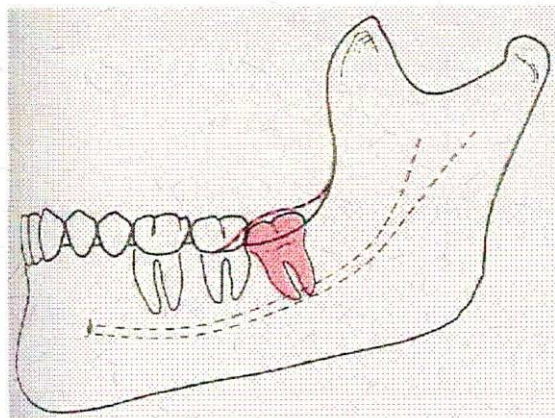
“Los terceros molares superiores quedan retenidos en una porción mucho menor

que los inferiores. El tercer molar superior presenta un accidente de erupción que le es propio". (Ries, C., 1979)

Clasificación de Archer

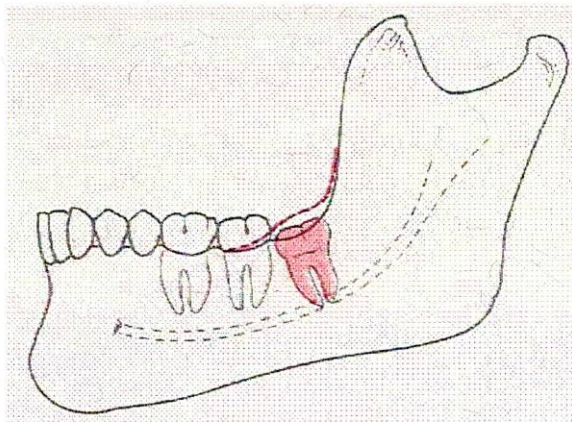
"Ha clasificado a los terceros molares superiores retenidos con un criterio anatómico similar al que se emplea para el tercer molar inferior. En la clase A la porción más baja de la corona esta en una línea que concuerda con el plano oclusal del segundo molar (**figura 5**), en la clase B la porción mas baja de la corona se haya entre el plano oclusal y la línea cervical (**figura 6**), y en la clase C la porción mas baja de la corona esta a nivel de la línea cervical o más arriba (**figura 7**)". (Laskin., 1987)

FIGURA 5. POSICION ALTA



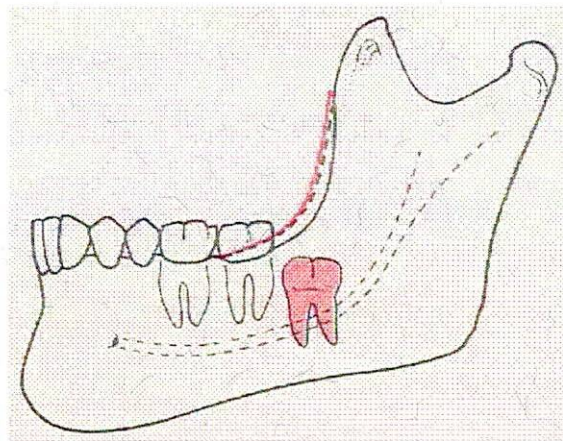
Fuente: Laskin, Cirugía Bucal y Maxilofacial, 1987.

FIGURA 6. POSICION MEDIA



Fuente: Laskin, Cirugía Bucal y Maxilofacial, 1987.

FIGURA 7. POSICION BAJA



Fuente: Laskin, Cirugía Bucal y Maxilofacial, 1987.

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS:

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa y pueden ser total o parcialmente retenidos. Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar son las siguientes.

- Posición Vertical: "El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por

huesos”.(Ries,C.,1979)

- Posición Mesoangular: “El eje del molar retenido esta dirigido hacia adelante, en esta posición, la angulación del molar está vecino a la apófisis pterigoides. Son frecuentes las caries en la cara distal en la angulación o corona del segundo molar superior”.(Ries, C., 1979)

- Posición Distoangular: “El eje de los terceros molares está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara oclusal del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides”.(Ries,C.,1979)

- Posición horizontal: “El molar esta dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara oclusal puede ponerse en contacto. La cara oclusal suele también dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, y esto puede hacer que erupcione en la bóveda”.(Ries, C.,1979)

- Posición Paranormal: “El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no son frecuentes”. (Ries, C.,1979)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de terceros molares incluidos en la clínica ambulatoria de pregrado del Colegio Universitario Colombiano sede centro desde I semestre del 2000 y II semestre del 2000.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la frecuencia de terceros molares incluidos que tienen historias clínicas e historias quirúrgicas.
- Determinar la frecuencia de los terceros molares incluidos según género.

- Identificar la edad en la que se presenta mayor frecuencia de terceros molares incluidos.
- Identificar la cantidad de pacientes y el número de terceros molares incluidos.
- Establecer la posición de los terceros molares incluidos según la clasificación de Winter.
- Establecer la frecuencia de terceros molares incluidos entre maxilar y mandíbula.
- Identificar los exámenes de laboratorio y los exámenes radiográficos solicitados.
- Identificar el diagnóstico definitivo.
- Determinar en que semestre existe mayor frecuencia de Terceros molares incluidos.

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo.

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Terceros molares incluidos.

2.3 POBLACION DE ESTUDIO

916 historias clínicas programadas para cirugía, 249 son historias clínicas, 383 pertenecen a historias quirúrgicas de las cuales 632 presentaban cirugías realizadas en terceros molares incluidos.

2.4 VARIABLES

- Género.
- Edad.
- Número de historias clasificadas en historias clínicas e historias quirúrgicas.
- Número de pacientes con terceros molares incluidos.
- Posición de terceros molares incluidos según clasificación de Winter.
- Frecuencia de terceros molares incluidos en maxilar y mandíbula.
- Número y tipo de exámenes de laboratorio y exámenes radiográficos solicitados.

- Diagnóstico definitivo.
- Cantidad de terceros molares incluidos en el I Semestre del 2000 y II Semestre del 2000.

2.5 INSTRUMENTO

Para efectos de este estudio se diseño el siguiente instrumento para la recolección de datos. (**Instrumento 1. Incidencia de Terceros Molares Incluidos**).

2.6 PROCEDIMIENTO

Se realizó un recuento estadístico sobre la incidencia de terceros molares incluidos que se presentó en pacientes atendidos en la Clínica de cirugía ambulatoria de pregrado del Colegio Universitario Colombiano, Sede Centro, cuál es el género, edad, número de terceros molares incluidos, la posición de los terceros molares incluidos, el número y tipo de exámenes de laboratorio y radiográficos solicitados, el diagnóstico definitivo y la cantidad de terceros molares incluidos en el I Semestre del 2000 y el II Semestre del 2000. Se hizo el conteo de las historias clínica existentes en el archivo del Colegio Odontológico Colombiano, Sede Centro, que comprenden I y II Semestre del 2000, luego se clasificaron las historias clínicas en las que se realizaron procedimientos quirúrgicos de terceros molares incluidos.

Posteriormente se realizó una prueba piloto del instrumento y calibración de los investigadores durante las dos primeras semanas de febrero, posteriormente se realizará la recolección de los datos durante dos semanas aproximadamente, luego se hizo la tabulación de los datos y finalmente en análisis de resultados.

2.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Para efectos de este estudio se utilizará estadística descriptiva con medidas de tendencia central del tipo frecuencias, porcentajes y promedios para cada una de las variables.

3. RESULTADOS

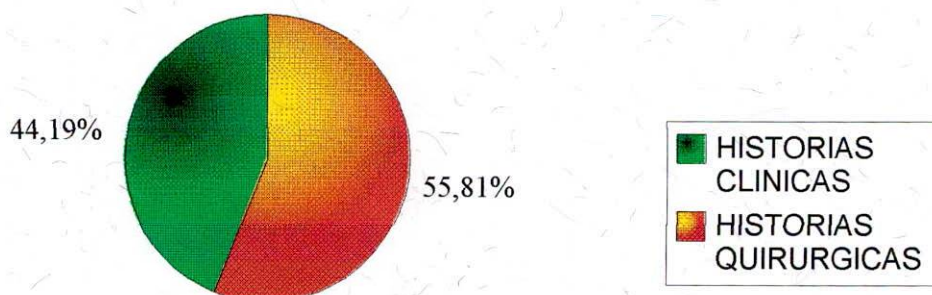
3.1. Frecuencia de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica.

De 310 historias programadas, 137 fueron historias clínicas que equivale al 44.2%; y 173 historias quirúrgicas que equivale al 55.8% durante el I semestre del 2000.

TABLA 1. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica del II semestre del 2000.

	SEMESTRE I	%
	2000	
HISTORIAS CLINICAS	137	44.2
HISTORIAS QUIRURGICAS	173	55.8
TOTAL	310	100

GRAFICA 1. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica del I semestre del 2000.



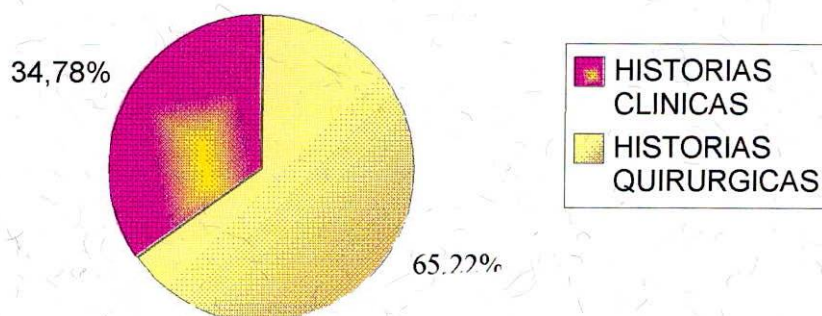
3.1.1 Frecuencia de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica.

De 322 historias programadas, 112 fueron historias clínicas que equivale al 34,8% y 210 historias quirúrgicas que equivale al 65.2% durante el II semestre del 2000

TABLA 1.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica del II semestre del 2000.

	SEMESTRE II 2000	%
HISTORIAS CLINICAS	112	34.8
HISTORIAS QUIRURGICAS	210	65.2
TOTAL	322	100

GRAFICA 1.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica del II semestre del 2000.



3.1.1.1 Frecuencia de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica.

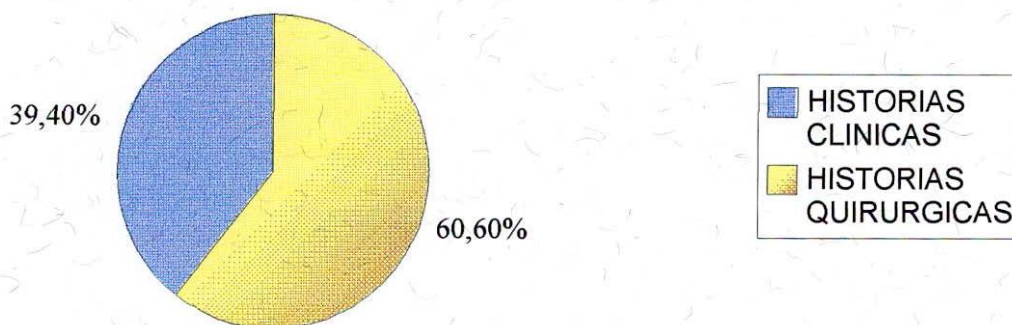
De 916 historias programadas para cirugía, 249 fueron historias clínicas que equivale a 39.4% y 383 historias quirúrgicas que equivale a 60.6% de las cuales

en 632 se realizaron cirugías de terceros molares incluidos.

TABLA 1.1.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica entre I y II semestre del 2000.

	I y II semestre del 2000	%
HISTORIAS CLINICAS	249	39.4
HISTORIAS QUIRURGICAS	383	60.6
TOTAL	632	100

GRAFICA 1.1.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según historia clínica e historia quirúrgica.



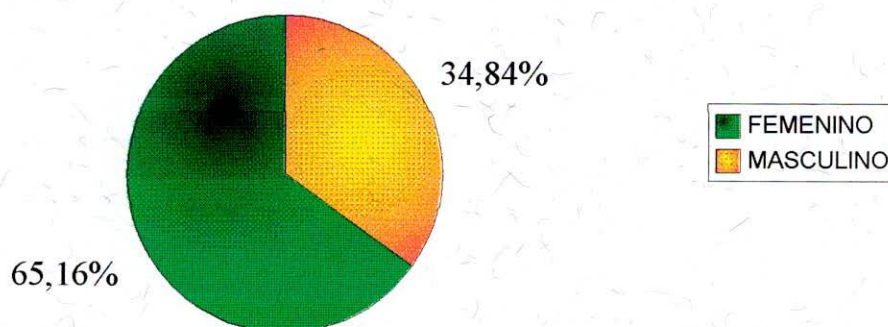
3.2. Frecuencia de terceros molares incluidos según género.

De 310 cirugías realizadas de terceros molares incluidos, 108 fueron realizadas en hombres que equivale al 34.8% y 202 cirugías realizadas en mujeres que corresponde al 65.2% durante el I semestre del 2000.

TABLA 2. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según género del I semestre del 2000.

GENERO	SEMESTRE I	%
	2000	
FEMENINO	202	65.2
MASCULINO	108	34.8
TOTAL	310	100

GRAFICA 2. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según género del I semestre del 2000.



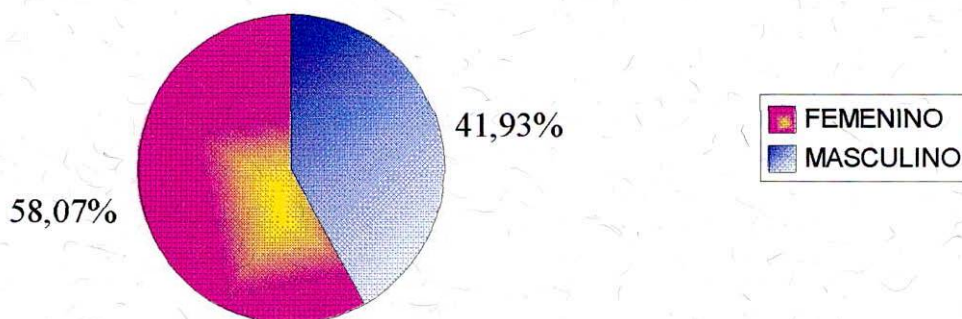
3.2.1 Frecuencia de terceros molares incluidos según género.

De 322 cirugías realizadas en el II semestre del 2000, 187 fueron realizadas en mujeres que equivale al 58.1% y 135 en hombres que equivale al 41.9%.

TABLA 2.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según género durante el II semestre del 2000.

GENERO	SEMESTRE II	%
	2000	
FEMENINO	187	58.1
MASCULINO	135	41.9
TOTAL	322	100

GRAFICA 2.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según género durante el II semestre del 2000.



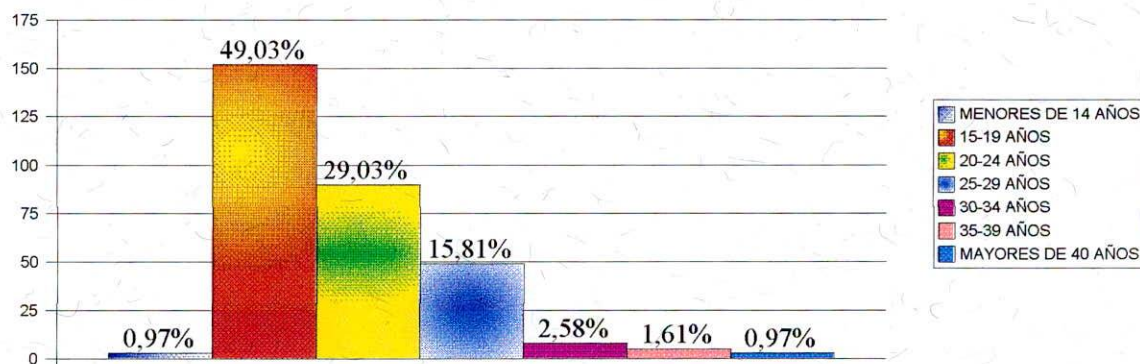
3.3 Frecuencia de terceros molares incluidos según edad.

De 310 cirugías realizadas durante el I semestre del 2000 de terceros molares incluidos 3 fueron en pacientes menores de 14 años (1%), 152 en pacientes de 15-19 años (49%), 90 en pacientes de 20-24 años (29%), 49 en pacientes de 25-29 años (15.8%), 8 en pacientes de 30-34 años (2.6%), 5 en pacientes de 35-39 años (1.6%) y 3 en pacientes mayores de 40 años (1%).

TABLA 3. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según edad durante el I semestre del 2000.

EDAD	SEMESTRE I 2000	%
MENORES DE 14 AÑOS	3	1
15-19 AÑOS	152	49
20-24 AÑOS	90	29
25-29 AÑOS	49	15,8
30-34 AÑOS	8	2,6
35-39 AÑOS	5	1,6
MAYORES DE 40 AÑOS	3	1
TOTAL	310	100

GRAFICA 3. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según edad durante el I semestre del 2000.



3.3.1 Frecuencia de terceros molares incluidos según edad.

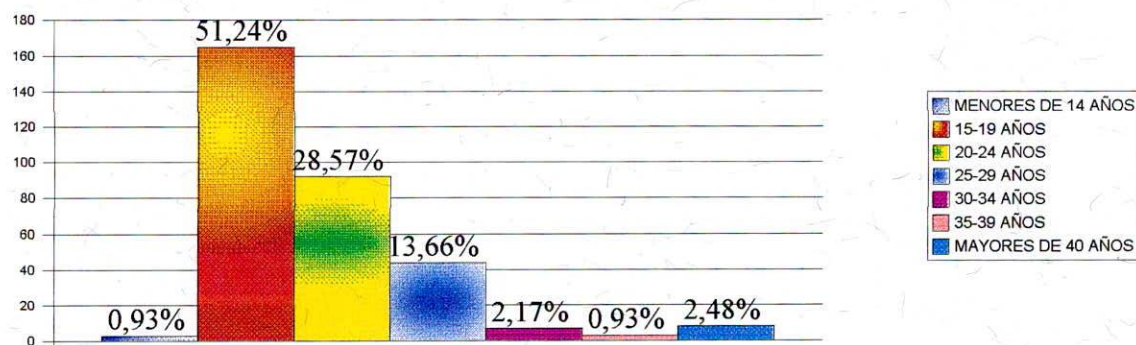
De 322 cirugías realizadas durante el II semestre del 2000 de terceros molares incluidos, 3 fueron en pacientes menores de 14 años (0.9%), 165 en pacientes de de 15-19 años (51.2%), 92 en pacientes de 20-24 años (28.6%), 44 en pacientes de 25-29 años (13.7%), 7 en pacientes de 30-34 años (2.2%), 3 en pacientes de

35-39 años (0.9%) y 8 en pacientes mayores de 40 años (2.5%).

TABLA 3.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según edad durante el II semestre del 2000.

EDAD	II SEMESTRE 2000	%
MENORES DE 14 AÑOS	3	0,9
15-19 AÑOS	165	51,2
20-24 AÑOS	92	28,6
25-29 AÑOS	44	13,7
30-34 AÑOS	7	2,2
35-39 AÑOS	3	0,9
MAYORES DE 40 AÑOS	8	2,5
TOTAL	322	100

GRAFICA 3.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según edad durante el II semestre del 2000.



3.4 Cantidad de pacientes según género y número de terceros molares incluidos.

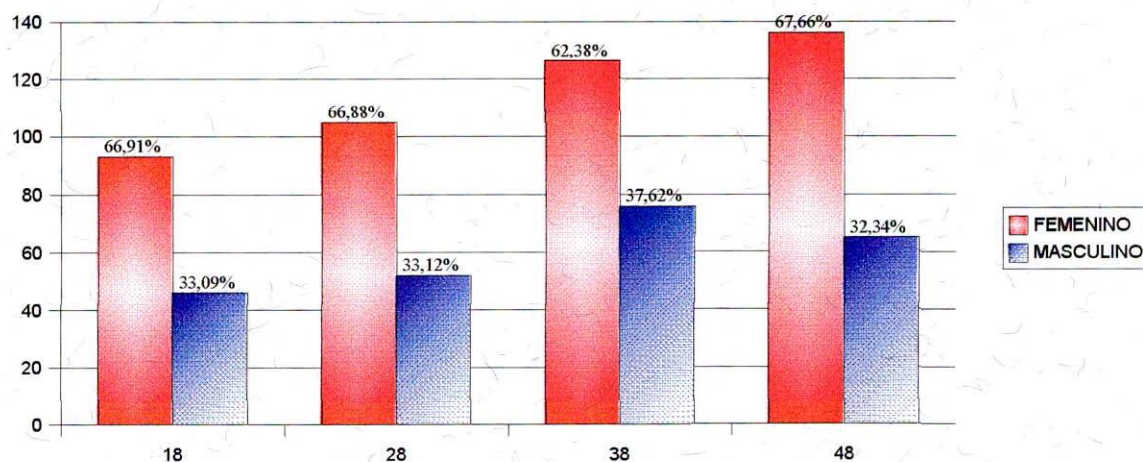
De 699 terceros molares incluidos extraídos durante el I semestre del 2000, 93 fueron del diente 18 que equivale al 66.9%, 105 del diente 28 que equivale al

66.9%, 126 del diente 38 que equivale al 62.4% y 136 del diente 48 que equivale al 66.7% en el género femenino y en el género masculino 46 en el diente 18 que equivale al 33.1%, 52 en el diente 28 que equivale al 33.1%, 76 en el diente 38 que equivale al 37.6% y 65 en el diente 48 que equivale al 32.3%.

TABLA 4. Cantidad y porcentaje de pacientes según género y número de terceros molares incluidos durante el I semestre del 2000.

GENERO	I SEMESTRE DEL 2000							
	DIENTE 18	%	DIENTE 28	%	DIENTE 38	%	DIENTE 48	%
FEMENINO	93	66,9	105	66,9	126	62,4	136	67,7
MASCULINO	46	33,1	52	33,1	76	37,6	65	32,3
TOTAL	139	100	157	100	202	100	201	100

GRAFICA 4. Cantidad y porcentaje de pacientes según género y número de terceros molares incluidos durante el I semestre del 2000.



3.4.1 Cantidad de pacientes según género y número de terceros molares incluidos.

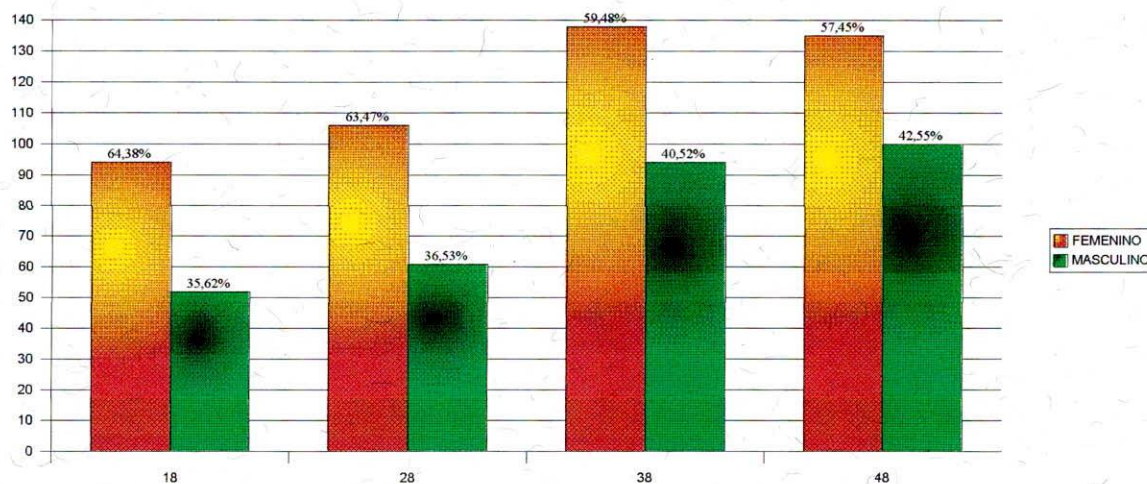
De 780 terceros molares incluidos extraídos durante el II semestre del 2000, 94 fueron del diente 18 que equivale al 64.4%, 106 del diente 28 que equivale al

63.5%, 138 del diente 38 que equivale al 59.5% y 135 del diente 48 que equivale al 57.4% en el género femenino; y en el género masculino 52 del 18 que equivale al 35.6%, 61 del diente 28 que equivale al 36.5%, 94 del diente 38 que equivale al 40.5% y 100 del diente 48 que equivale al 42.6%.

TABLA 4.1 Cantidad y porcentaje de pacientes según género y número de terceros molares incluidos durante el II semestre del 2000.

GENERO	II SEMESTRE DEL 2000							
	DIENTE 18	%	DIENTE 28	%	DIENTE 38	%	DIENTE 48	%
FEMENINO	94	64,4	106	63,5	138	59,5	135	57,4
MASCULINO	52	35,6	61	36,5	94	40,5	100	42,6
TOTAL	146	100	167	100	232	100	235	100

GRAFICA 4.1 Cantidad y porcentaje de pacientes según género y número de terceros molares incluidos durante el II semestre del 2000.



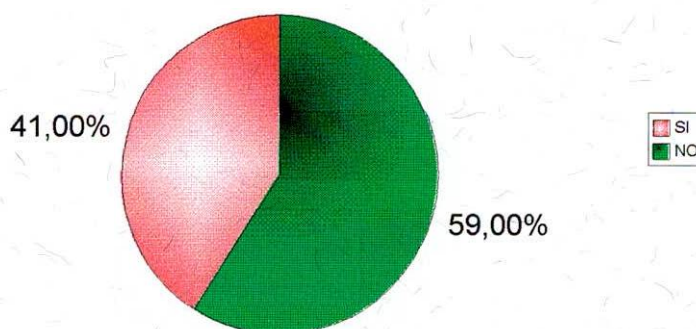
3.5 Posición de terceros molares incluidos según la clasificación de Winter.

De 310 cirugías realizadas de terceros molares incluidos durante el I semestre del 2000, de acuerdo a la clasificación de Winter, 127 si tenían posición (41%) y 183 no tenían posición (59%).

TABLA 5. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según posición y clasificación de Winter durante I semestre del 2000

	I SEMESTRE 2000 POSICION CLASIFICACION DE WINTER	%
SI	127	41
NO	183	59
TOTAL	310	100

GRAFICA 5. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según posición y clasificación de Winter durante I semestre del 2000



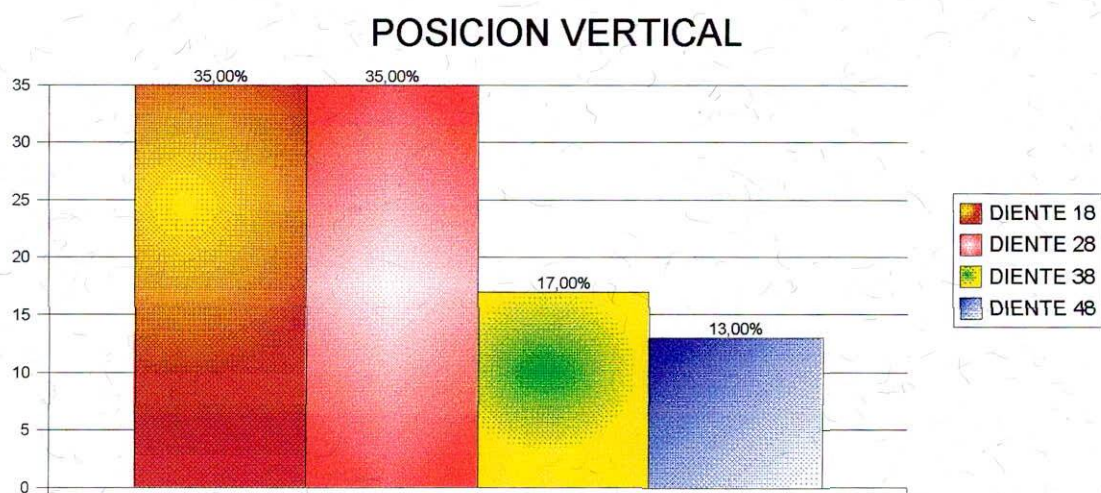
3.5. Posición vertical de terceros molares según clasificación de Winter.

De 94 que presentaron posición vertical, 33 fueron del diente 18 (35%), 33 del diente 28 (35%), 16 del diente 38 (17%) y 12 del diente 48 (13%).

TABLA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.

DIENTE	I SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION VERTICAL	%
18	33	35
28	33	35
38	16	17
48	12	13
TOTAL	94	100

GRAFICA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.



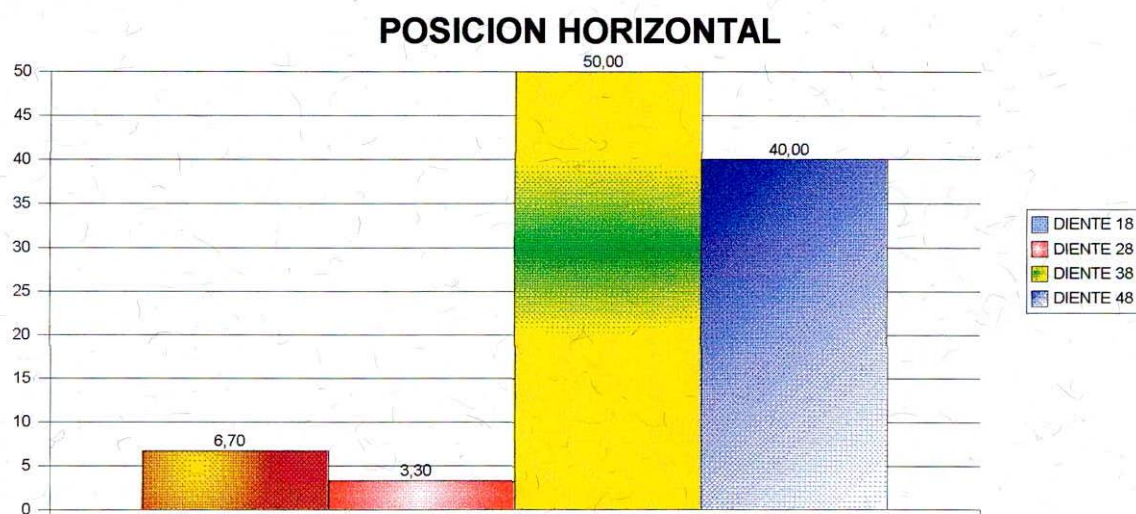
3.5. Posición horizontal de terceros molares según clasificación de Winter.

De 30 que presentaron posición horizontal, 2 fueron del diente 18 (6,7%), 1 del diente 28 (3,3%), 15 del diente 38 (50%) y 12 del diente 48 (40%).

TABLA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.

DIENTE	I SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION HORIZONTAL	%
18	2	6,7
28	1	3,3
38	15	50
48	12	40
TOTAL	30	100

GRAFICA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.



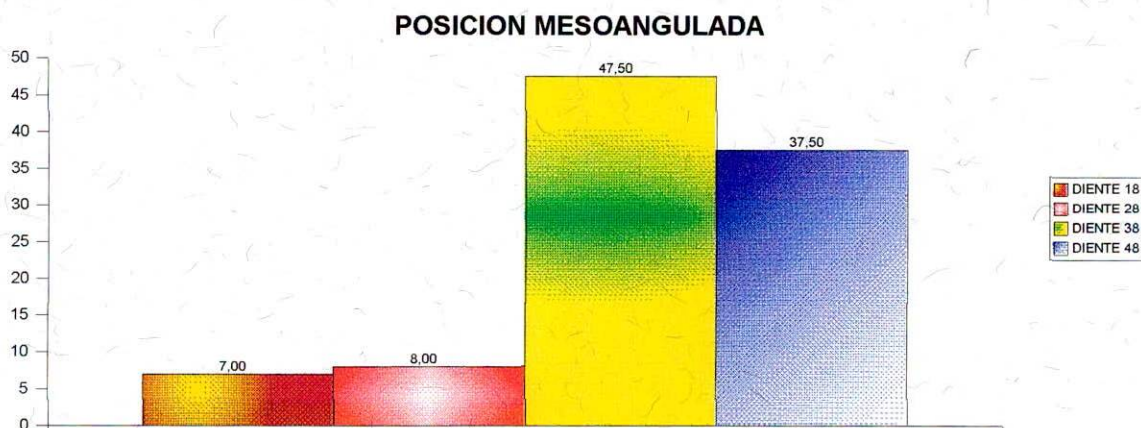
3.5. Posición mesoangulada de terceros molares según clasificación de Winter.

De 101 que presentaron posición mesoangular, 7 fueron del diente 18 (7%), 8 del diente 28 (8%), 48 del diente 38 (47,5%) y 38 del diente 48 (37,5%).

TABLA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.

DIENTE	I SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION MESOANGULADA	%
18	7	7
28	8	8
38	48	47,5
48	38	37,5
TOTAL	101	100

GRAFICA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.



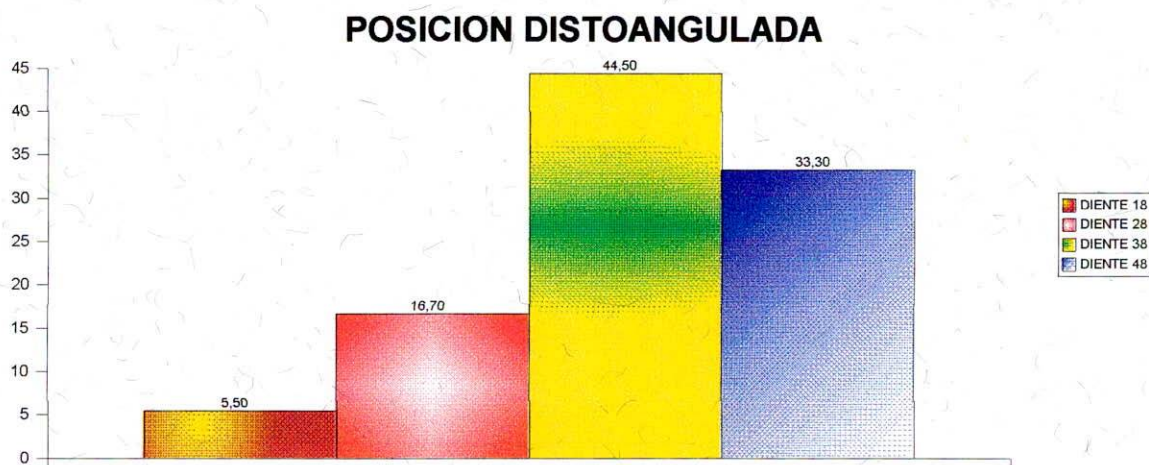
3.5. Posición distoangulada de terceros molares según clasificación de Winter.

De 18 que presentaron posición distoangulada, 1 fueron del diente 18 (5,5%), 3 del diente 28 (16,7%), 8 del diente 38 (44,5%) y 6 del diente 48 (33,3%).

TABLA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.

DIENTE	I SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION DISTOANGULADA	%
18	1	5,5
28	3	16,7
38	8	44,5
48	6	33,3
TOTAL	18	100

GRAFICA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.



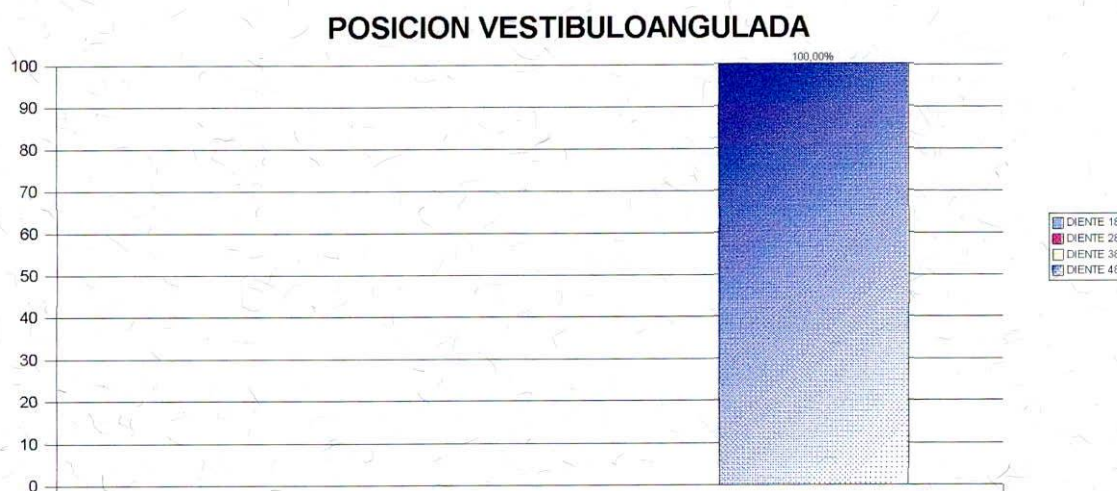
3.5. Posición vestibuloangulada de terceros molares según clasificación de Winter.

De 1 que presentaron posición vestibulanguada, 0 fueron del diente 18 (0%), 0 del diente 28 (0%), 0 del diente 38 (0%) y 1 del diente 48 (100%).

TABLA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.

I SEMESTRE DEL 2000		
DIENTE	POSICION VESTIBULOANGULADA	%
18	0	0
28	0	0
38	0	0
48	1	100
TOTAL	1	100

GRAFICA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.



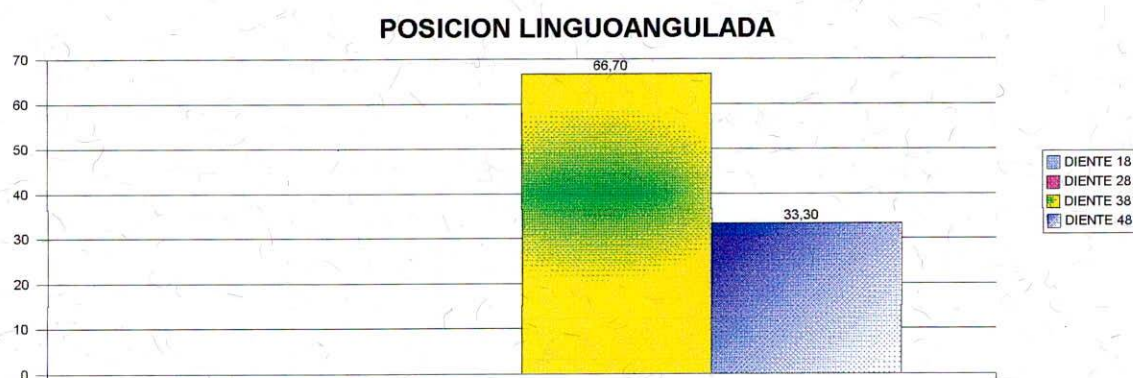
3.5. Posición linguoangulada de terceros molares según clasificación de Winter.

De 3 que presentaron posición linguoangulada, 0 fueron del diente 18 (0%), 0 del diente 28 (0%), 2 del diente 38 (66,7%) y 1 del diente 48 (33,3%).

TABLA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.

I SEMESTRE DEL 2000		
DIENTE	POSICION LINGUOANGULADA	%
18	0	0
28	0	0
38	2	66,7
48	1	33,3
TOTAL	3	100

GRAFICA 5. Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante I semestre del 2000.



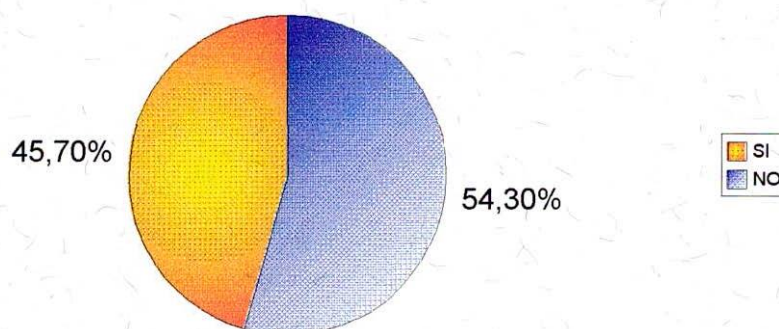
3.5.1 Posición de terceros molares incluidos según la clasificación de Winter.

De 322 cirugías realizadas de terceros molares incluidos durante el II semestre del 2000, de acuerdo a la clasificación de Winter, 147 si tenían posición (45,7%) y 175 no tenían posición (54,3%).

TABLA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante el II semestre del 2000.

	II SEMESTRE 2000	%
	POSICION	
	CLASIFICACION DE WINTER	
SI	147	45,7
NO	175	54,3
TOTAL	322	100

GRAFICA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante II semestre del 2000.



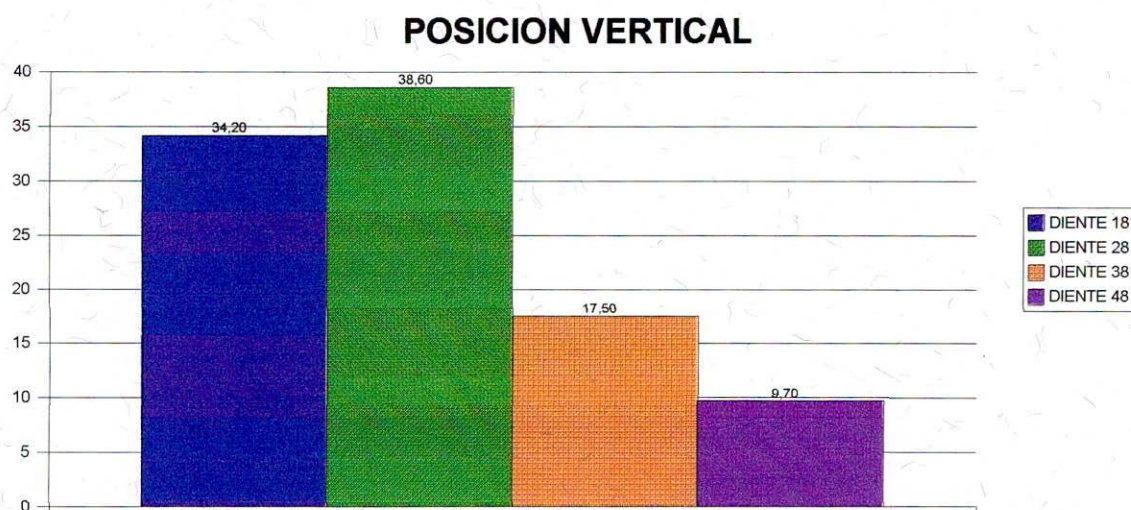
3.5.1 Posición vertical de terceros molares según clasificación de Winter.

De 114 que presentaron posición vertical, 39 fueron del diente 18 (34,2%), 44 del diente 28 (38,6%), 20 del diente 38 (17,5%) y 11 del diente 48 (9,7%).

TABLA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante el II semestre del 2000.

DIENTE	II SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION VERTICAL	%
1 8	3 9	3 4 ,2
2 8	4 4	3 8 ,6
3 8	2 0	1 7 ,5
4 8	1 1	9 ,7
TOTAL	1 1 4	1 0 0

GRAFICA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante II semestre del 2000.



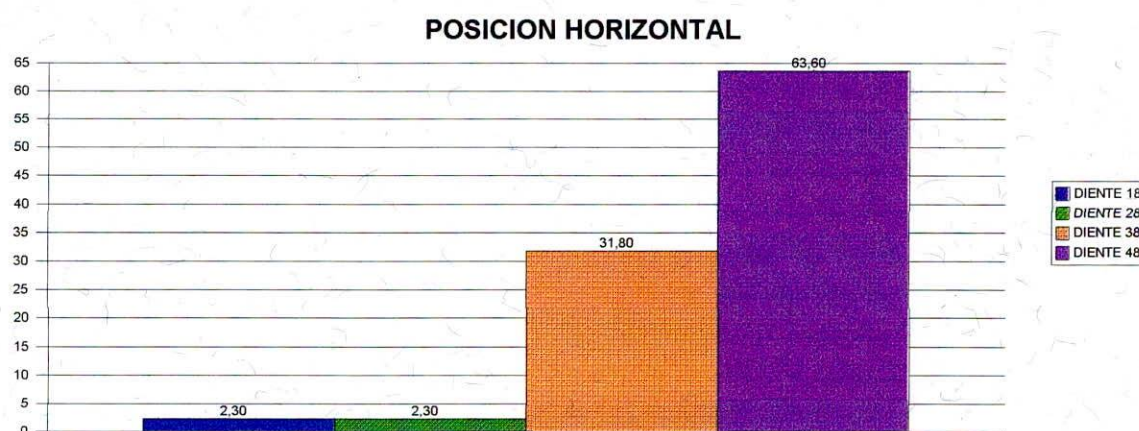
3.5.1 Posición horizontal de terceros molares según clasificación de Winter.

De 85 que presentaron posición horizontal, 2 fueron del diente 18 (2,3%), 2 del diente 28 (2,3%), 27 del diente 38 (31,8%) y 54 del diente 48 (63,6%).

TABLA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante el II semestre del 2000.

DIENTE	II SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION HORIZONTAL	%
1 8	2	2 , 3
2 8	2	2 , 3
3 8	2 7	3 1 , 8
4 8	5 4	6 3 , 6
T O T A L	8 5	1 0 0

GRAFICA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante II semestre del 2000.



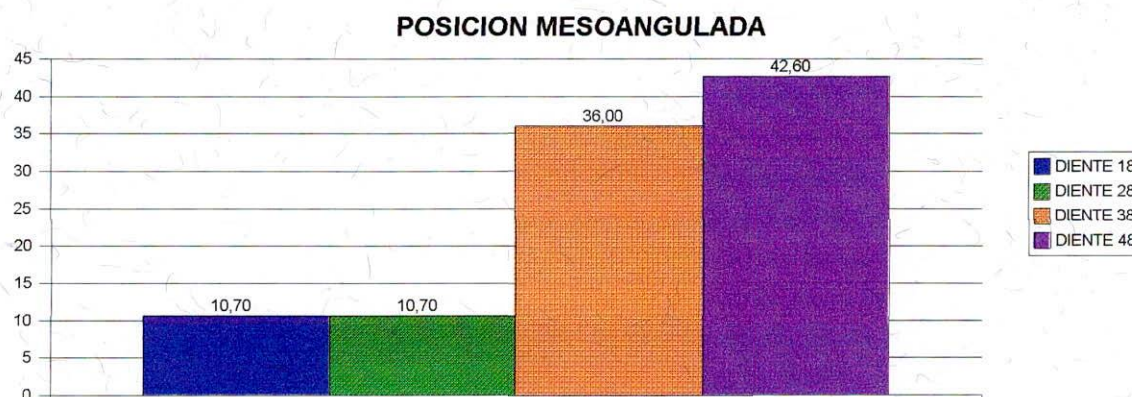
3.5.1 Posición mesoangulada de terceros molares según clasificación de Winter.

De 150 que presentaron posición mesoangulada, 16 fueron del diente 18 (10,7%), 16 del diente 28 (10,7%), 54 del diente 38 (36%) y 64 del diente 48 (42,6%).

TABLA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante el II semestre del 2000.

DIENTE	II SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION MESOANGULADA	%
18	16	10,7
28	16	10,7
38	54	36
48	64	42,6
TOTAL	150	100

GRAFICA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante II semestre del 2000.



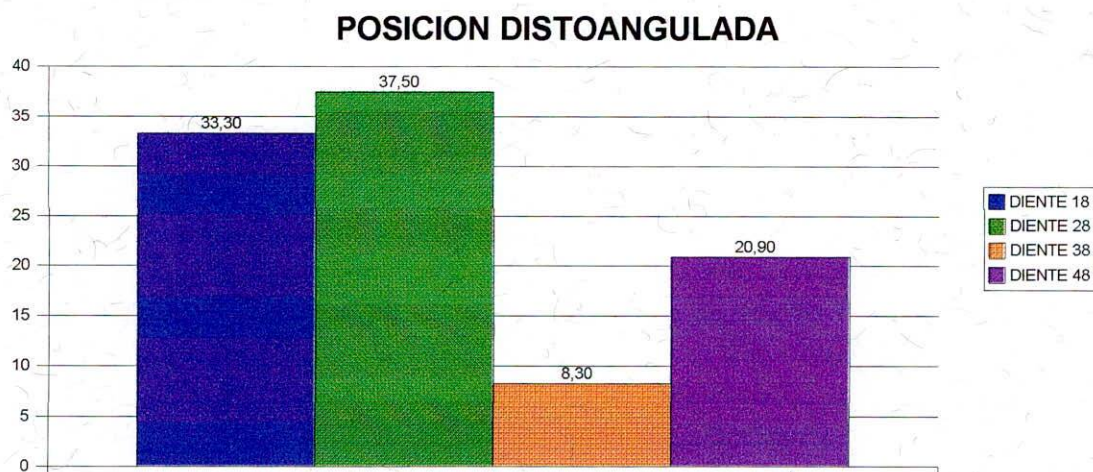
3.5.1 Posición distoangulada de terceros molares según clasificación de Winter.

De 24 que presentaron posición distoangulada, 8 fueron del diente 18 (33,3%), 9 del diente 28 (37,5%), 2 del diente 38 (8,3%) y 5 del diente 48 (20,9%).

TABLA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante el II semestre del 2000.

DIENTE	II SEMESTRE DEL 2000	
	POSICION DISTOANGULADA	%
18	8	33,3
28	9	37,5
38	2	8,3
48	5	20,9
TOTAL	24	100

GRAFICA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante II semestre del 2000.



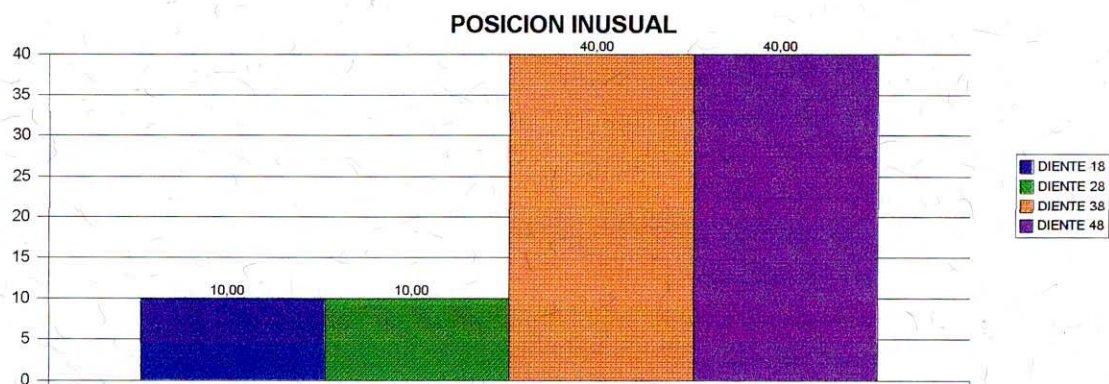
3.5.1 Posición inusual de terceros molares según clasificación de Winter.

De 10 que presentaron posición inusual, 1 fue del diente 18 (10%), 1 del diente 28 (10%), 4 del diente 38 (40%) y 4 del diente 48 (40%).

TABLA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante el II semestre del 2000.

DIENTE	II SEMESTRE DEL 2000 POSICION INUSUAL	%
1 8	1	1 0
2 8	1	1 0
3 8	4	4 0
4 8	4	4 0
TOTAL	1 0	1 0 0

GRAFICA 5.1 Posición y porcentaje de terceros molares incluidos según clasificación de Winter durante II semestre del 2000.



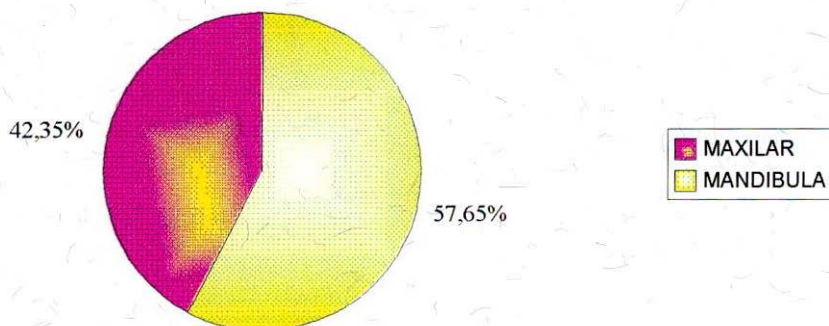
3.6 Frecuencia de terceros molares incluidos según maxilar y mandíbula.

De 699 terceros molares incluidos, 296 fueron en el maxilar que equivale al 42.3% y 403 en mandíbula que equivale al 57.7%

TABLA 6. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según maxilar y mandíbula durante el I semestre del 2000.

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS	I SEMESTRE DEL 2000	%
MAXILAR	296	42,3
MANDIBULA	403	57,7
TOTAL	699	100

Grafica 6. Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según maxilar y mandíbula durante I semestre del 2000.



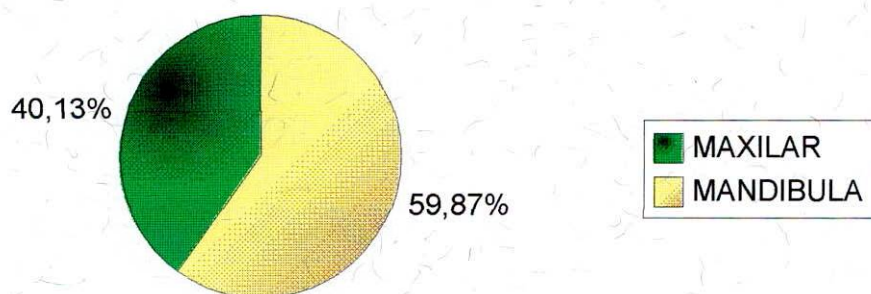
3.6.1 Frecuencia de terceros molares incluidos según maxilar y mandíbula.

De 780 terceros molares incluidos, 313 fueron en maxilar (40.1%) y 467 en mandíbula (59.9%).

TABLA 6.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según maxilar y mandíbula durante el II semestre del 2000.

	II SEMESTRE DEL 2000	%
MAXILAR	313	40,1
MANDIBULA	467	59,9
TOTAL	780	100

GRAFICA 6.1 Frecuencia y porcentaje de terceros molares incluidos según maxilar y mandíbula durante II semestre del 2000.



3.7 Exámenes de laboratorio y exámenes radiográficos solicitados para cirugía de terceros molares incluidos.

De 310 cirugías de terceros molares incluidos durante el I semestre del 2000, 303 aparecen con exámenes de laboratorio (97.74%); 282 con exámenes radiográficos (90.97%); y 7 sin exámenes de laboratorio (2.26); 28 sin exámenes radiográficos (9.03%).

TABLA 7. Exámenes y porcentaje para cirugía de terceros molares incluidos durante I semestre del 2000.

	EXAMENES LABORATORIO	%	EXAMENES RX	%
SI	303	97,74	282	90,97
NO	7	2,26	28	9,03
TOTAL	310	100	310	100

GRAFICA 7. Exámenes y porcentaje para cirugía de terceros molares incluidos durante I semestre del 2000.



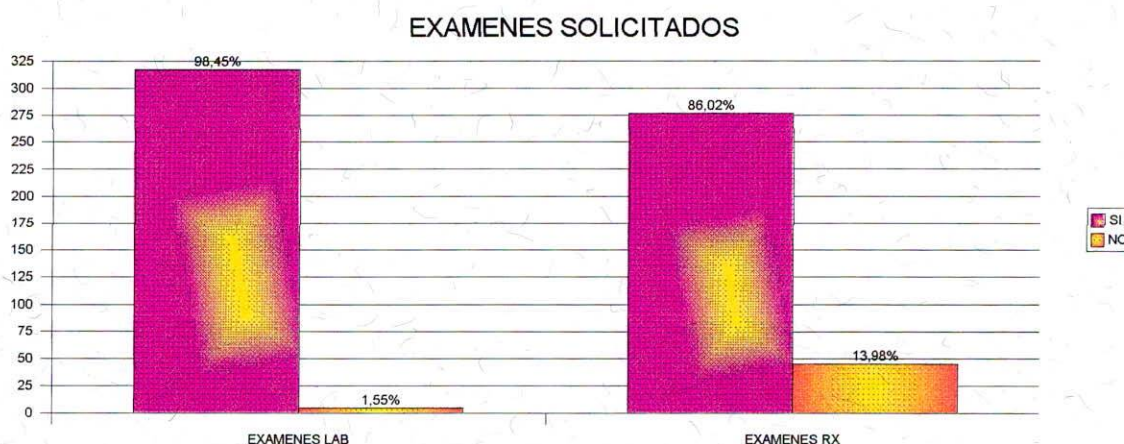
3.7.1 Exámenes de laboratorio y exámenes radiográficos solicitados para cirugía de terceros molares incluidos.

De 322 cirugías realizadas de terceros molares incluidos durante II semestre del 2000; 317 aparecen con exámenes de laboratorio (98.45%); 277 con exámenes RX (86%) y en 5 no aparecen exámenes de laboratorio (1.50%); 45 no aparecen exámenes RX (14%).

TABLA 7.1 Exámenes y porcentaje para cirugía de terceros molares incluidos durante II semestre del 2000.

	EXAMENES LAB	%	EXAMENES RX	%
SI	317	98,45	277	86.02
NO	5	1,55	45	13.98
TOTAL	322	100	322	100

GRAFICA 7.1 Exámenes y porcentaje para cirugía de terceros molares incluidos durante II semestre del 2000.



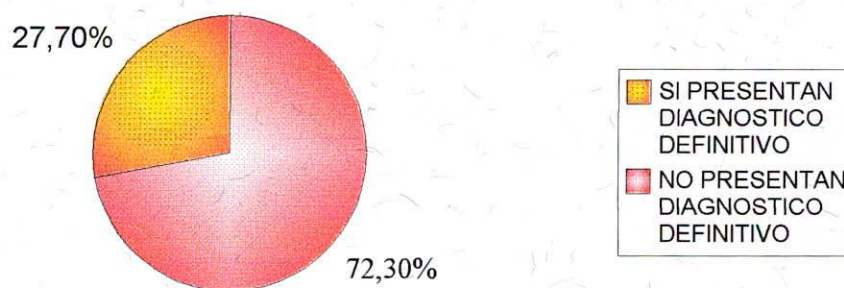
3.8 Diagnóstico definitivo de terceros molares incluidos.

De 310 cirugías de terceros molares incluidos realizadas durante el I semestre del 2000, 86 presentaron un diagnóstico definitivo que equivale al 27.7% y 224 no presentaron diagnóstico definitivo que corresponde al 72.3%.

TABLA 8. Diagnóstico definitivo y porcentaje de terceros molares incluidos durante I semestre del 2000.

	I SEMESTRE 2000	
	DIAGNOSTICO DEFINITIVO	%
SI	86	27,7
NO	224	72,3
TOTAL	310	100

GRAFICA 8. Diagnóstico definitivo y porcentaje de terceros molares incluidos durante I semestre del 2000.



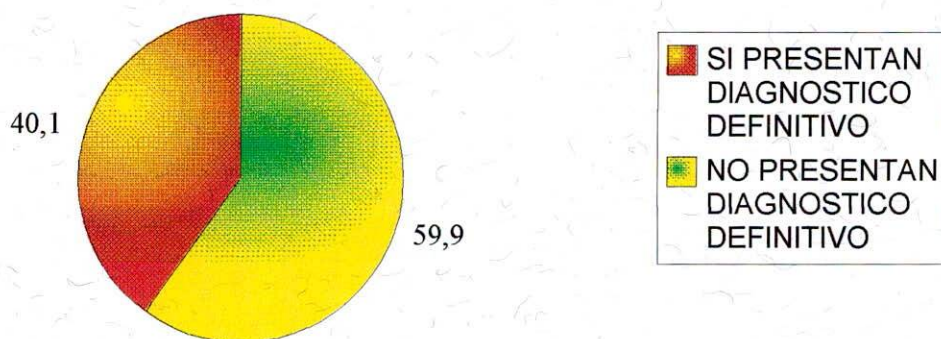
3.8.1 Diagnóstico definitivo de terceros molares incluidos.

De 322 cirugías de terceros molares incluidos realizadas durante el II semestre del 2000, 129 presentaron un diagnóstico definitivo que equivale al 40% y 193 no presentaron un diagnóstico definitivo que corresponde al 59.9%.

TABLA 8.1 Diagnóstico definitivo y porcentaje de terceros molares incluidos durante el II semestre del 2000.

	II SEMESTRE 2000	
	DIAGNOSTICO DEFINITIVO	%
SI	129	40,1
NO	193	59,9
TOTAL	322	100

GRAFICA 8.1 Diagnóstico definitivo y porcentaje de terceros molares incluidos durante II semestre del 2000.



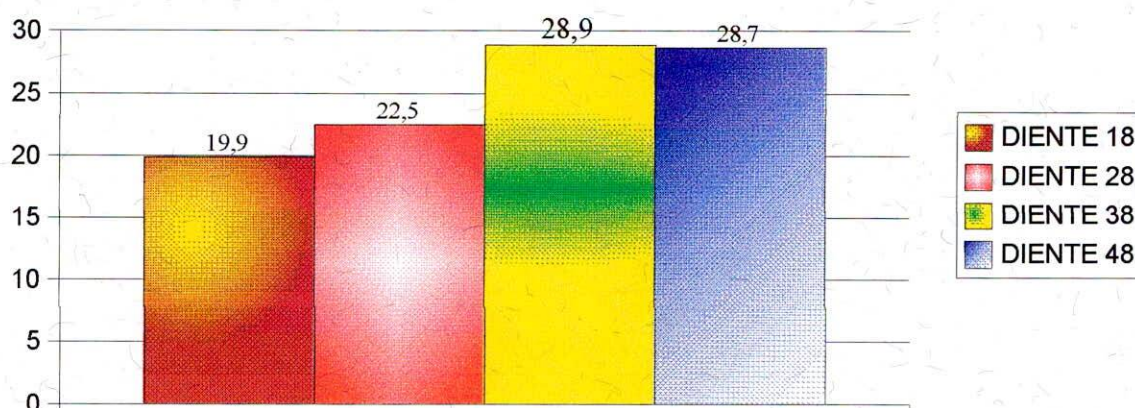
3.9 Semestre en que existe mayor frecuencia de terceros molares incluido.

De 699 terceros molares incluidos extraídos durante el I semestre del 2000, el 19.9% fueron del diente 18, 22.5% del diente 28, 28.9% del diente 38 y 28.7% del diente 48.

TABLA 9. Frecuencia y porcentaje del I semestre del 2000 según terceros molares incluidos.

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS	I SEMESTRE DEL 2000	%
DIENTE 18	139	19,9
DIENTE 28	157	22,5
DIENTE 38	202	28,9
DIENTE 48	201	28,7
TOTAL	699	100

GRAFICA 9. Frecuencia y porcentaje del I semestre del 2000 según terceros molares incluidos.



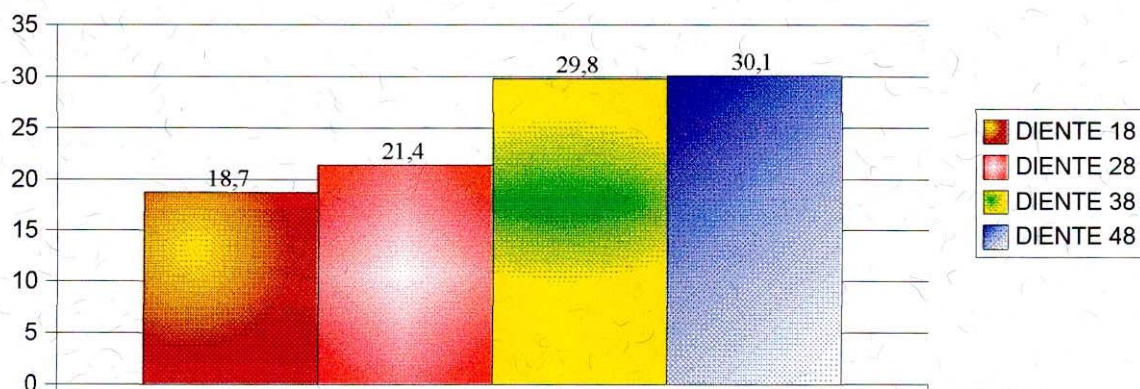
3.9.1 Semestre en que existe mayor frecuencia de terceros molares incluido.

De 780 terceros molares incluidos extraídos durante el II semestre del 2000, el 18.7% corresponde al diente 18, el 21.4% equivale al diente 28, el 29.8% fue del diente 38 y el 30.1% del diente 48.

TABLA 9.1 Frecuencia y porcentaje del II semestre del 2000 según terceros molares incluidos.

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS	II SEMESTRE DEL 2000	%
DIENTE 18	146	18,7
DIENTE 28	167	21,4
DIENTE 38	232	29,8
DIENTE 48	235	30,1
TOTAL	780	100

GRAFICA 9.1 Frecuencia y porcentaje del II semestre del 2000 según terceros molares incluidos.



4. CONCLUSIONES

Durante el estudio realizado acerca de la incidencia de terceros molares incluidos en la Clínica de Pregrado Sede Centro de I semestre y II semestre del 2000 se encontró:

- Existe mayor frecuencia de historias quirúrgicas de acuerdo a las cirugías de terceros molares incluidos.
- De acuerdo al género, se presentaron más cirugías realizadas de terceros molares incluidos en el género femenino.
- Según la edad en que hay mayor frecuencia de cirugías de terceros molares incluidos, fue el grupo etareo de 15 a 19 años.
- En cuanto a cantidad de pacientes según género y número de terceros molares incluidos, el género femenino presentó mayor frecuencia de cirugías realizadas en los dientes 38 y 48.
- La posición según la clasificación de Winter que con mayor frecuencia se presentó fue la mesoangulada y seguida de ésta la vertical, la de menor frecuencia fue la invertida.
- De acuerdo a la posición según la clasificación de Winter un porcentaje alto no reporta este dato.

-Los exámenes solicitados para la cirugía de terceros molares incluidos fueron identificados tanto en historias clínicas como en historias quirúrgicas, aunque un porcentaje muy bajo no presentaba los exámenes.

-En cuanto al diagnóstico definitivo que deben presentar las historias clínicas y quirúrgicas un porcentaje muy alto no presentaron ese diagnóstico, que es fundamental para poder llevar a cabo la cirugía.

-En el semestre donde se presentaron terceros molares incluidos con mayor frecuencia fue en el II semestre del 2000.

5. RECOMENDACIONES

Las investigadoras recomiendan que debe existir un docente responsable de la evaluación de la historia clínica y la historia quirúrgica; también si fuera posible colocar una hoja anexa donde se apruebe el diligenciamiento de la historia clínica y quirúrgica, seguir llevando a cabo este estudio para observar si ha mejorado la calidad del diligenciamiento de las historias.

Se recomienda tener en cuenta las historias quirúrgicas en las cuales se realizan cirugías de terceros molares incluidos con respecto al estado de salud oral y general del paciente.

BIBLIOGRAFIA.

- APRILE, Humberto. Anatomía Odontológica Orocervicofacial. El Ateneo. 1967.
- ASH, Major M. Anatomía, fisiología y Oclusión dental. Interamericana Mc Graw Hill. 1994.
- ENLOW, Donald H. Crecimiento Maxilofacial. Interamericana Mc Graw Hill. 1992.
- FEHRENBACH HERRING. Anatomía Ilustrada de cabeza y cuello. Mc Graw Hill Interamericana. 1997.
- KRUGER, Gustavo. Cirugía Bucomaxilofacial. Médica Panamericana. 1998.
- LASKIN, Daniel M. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Médica Panamericana. 1987
- O'RAHILLY, Ronan. Anatomía de Gardner. Interamericana Mc Graw Hill. 1989.
- RASPALL, Guillermo. Cirugía Maxilofacial. Médica Panamericana. 1997.
- RIES CENTENO, Guillermo A. Cirugía Bucal. El Ateneo. 1979.
- TORREGROZA, Z. Exámenes de Laboratorio en la práctica corriente. Laboratorio Lutecia de Colombia.

INSTRUMENTO 1

INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

HISTORIA CLINICA SI ____ NO ____

No. _____

HISTORIA QUIRURGICA SI ____ NO ____

No. _____

GÉNERO

Masculino ____

Femenino ____

EDAD

Menores de 14 años ____

15 – 19 años ____

20 – 24 años ____

25 – 29 años ____

30 – 34 años ____

35 – 39 años ____

Mayores de 40 años ____

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

SI ____ NO ____

Maxilar Superior ____ Cuantos ____

Maxilar Inferior ____ Cuantos ____

POSICION DE TERCEROS MOLARES

SI ____ NO ____

Vertical ____ Horizontal ____

Mesoangulado ____ Distoangulado ____

Vestibuloangulado ____ Linguoangulado ____

Invertido ____ Inusual ____

EXAMENES RADIOGRAFICOS

SI ____ NO ____

Rx Periapical ____ Rx Panorámica ____

EXAMENES DE LABORATORIO

SI ____ NO ____

TP ____ TPT ____

CH ____

Otros _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

SI ____ NO ____

Cual _____

PERIODO DE TRATAMIENTO

I. Período de 2000 ____

II. Período de 2000 ____