



UNIVERSIDAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**TESIS DE GRADO**

Previo a la obtención del título de:

**ODONTÓLOGO**

TEMA:

POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y SU  
REPERCUSIÓN EN LAS COMPLICACIONES DENTO  
MAXILARES

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR:

YENCON NARANJO JORGE ALEXANER

DIRECTORA DE TESIS

DRA. JULIA CÁRDENAS SANCÁN. Dp. Gs.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR  
2012

## **CERTIFICACIÓN**

Dra. Julia Cárdenas Sancán, certifica que la tesis de investigación titulada **POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y SU REPERCUSIÓN EN LAS COMPLICACIONES DENTO MAXILARES** es trabajo original del Sr. JORGE ALEXANDER YENCON NARANJO, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....  
**Dra. Julia Cárdenas Sancán. Dp. Gs**  
**DIRECTORA DE TESIS**

## **DECLARATORIA.**

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo **“POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y SU REPERCUSIÓN EN LAS COMPLICACIONES DENTO MAXILARES”**, pertenece exclusivamente al autor:

**JORGE ALEXANER YENCON NARANJO.**



UNIVERSIDAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TESIS DE GRADO**

**TEMA:**

**POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y SU REPERCUSIÓN EN LAS  
COMPLICACIONES DENTO MAXILARES  
PROPUESTA ALTERNATIVA**

**Tesis de grado sometida a consideración del Tribunal examinador, como  
requisito previo a la obtención del título de odontólogo.**

---

**Dra. Ángela Murillo Almache, Mg. Sp.  
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**

---

**Dra. Julia Cárdenas Sancán. Dp. Sp  
DIRECTORA DE TESIS**

---

**Dr. Wilson Espinosa Estrella. Mg. Ge.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Dra. Alexandra Valarezo Chumo. Mg. Ge  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Dra. Lilian Bowen Mendoza  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Ab. Julia Morales Loor  
SECRETARIA ACADÉMICA**

## DEDICATORIA

El presente trabajo, resultado de mucho esfuerzo y constancia, lo dedico a **DIOS** ser supremo, creador del universo y dueño de mi vida. Por estar presente en todo momento, por darme la fuerza, sabiduría y persistencia que me permitió llegar a esta instancia en mi vida, todo se lo debo a El por cual mi amor es eterno.

A mi familia, en especial a mi madre **DRA. XIOMARA ALEXANDRA NARANJO ROJAS**, por enseñarme que todo es posible, que la palabra imposible no existe cuando tienes a una amiga a tu lado que se llama madre, por ser mi ángel en la tierra y cuidarme en todo momento, por enseñarme a ser un hombre de bien; a mi padre **DR. JORGE WASHINGTON YENCON INTRIAGO** quien supo escucharme, darme una palabra de aliento, donde la distancia no ha sido impedimento para demostrarme su amor y afecto, por enseñarme que el amor no tiene final, los amo.

A mi hermano **JORGE** porque el amor de hermano es sincero y siempre ha estado junto a mi, a **ROBERTO** por ser un amigo que es un pilar de enseñanza en mi vida, a mi tía **YESENIA** y madrina **NORMA** por darle alegrías a mi vida, sin olvidarme de **VICTORIA** por escucharme, ser mi confidente y creer en todo momento en mi, a todos uds mi amor total e incondicional.

**Alexaner**

## **AGRADECIMIENTO**

El camino de la vida es tan hermoso que nos demuestra que todo esfuerzo que sale con el corazón nos edifica y nos vuelve personas de éxito. Las adversidades, los fracasos, los éxitos y alegrías son complemento idóneo para crecer, para fijarnos que todo llega a su tiempo y que la vida siempre da oportunidades para ser feliz.

En todo momento quiero dejar mi total sentido de agradecimiento en primera instancia, a DIOS por darme todo, por ser ejemplo de vida y hacer posible la realización de esta meta.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo por haberme albergado en su campus durante mi época de estudiante en los cuales me llenaron de felicidad y grandes momentos, a mis docentes los cuales con mucho cariño me brindaron los conocimientos adquiridos que con mucha satisfacción y alegría pondré en práctica de ahora en adelante.

A mis amigos de curso por las lindas vivencias que compartí con ustedes, a mis compañeros de carrera los cuales hicieron posible esta investigación brindándome su tiempo, su paciencia y su colaboración por acompañarme y por estar prestos a ayudarme entendiendo que esta investigación se basaba en ellos a ustedes les quedo totalmente agradecido.

**Alexaner**

## **INTRODUCCIÓN**

La presente tesis es una investigación que tiene por objetivo determinar la incidencia de las complicaciones dento maxilares debido a la presencia de los terceros molares en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología.

Esta investigación tiene la finalidad determinar la repercusión de la posición de los terceros molares en las complicaciones dento maxilares en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología, determinar la impactación del tercer molar y su influencia en el aumento del dolor, investigar la presencia de pericoronitis para determinar procesos inflamatorios y a su vez diseñar una propuesta alterna que de solución al problema encontrado.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se presenta el planteamiento de la investigación y la formulación del problema.

En el capítulo II se justifica la realización de esta investigación, tanto en lo personal como en lo social.

En el capítulo III se formulan los objetivos, tanto el general como los específicos.

En el capítulo IV se formula la hipótesis, la misma que será resuelta mediante la investigación.

En el capítulo V se desarrolla el marco teórico, dentro del cual se encuentra el marco institucional y las dos variables a investigar: Posición de los terceros molares y complicaciones dento maxilares.

Los terceros molares son las últimas piezas en erupcionar en la cavidad bucal, a su vez son las más irregulares por su morfología y por su erupción, estas piezas erupcionan entre los 18 a los 25 años logrando no todas aparecer en la superficie bucal ocasionando complicaciones que repercuten en el día a día de las actividades de las personas que las presentan

Debido a ser las últimas piezas en erupcionar, en muchas ocasiones no encuentran el espacio necesario para poder salir a la superficie y se retiene o se logran impactar con la pieza siguiente, a su vez su retención también podría darse debido a un obstáculo mecánico que repercutirá en el futuro presentándose complicaciones dento maxilares de mayor grado como quistes.



La presencia de los terceros molares en gran cantidad de posición impactado en muchas ocasiones desencadenan alteraciones de tipo dental, periodontal, de dolor y de aseo personal. Entre las complicaciones más frecuentes esta la pericoronitis, la rizólisis de la pieza contigua, movilidad dentaria, halitosis, trismos, procesos infecciosos y en mayor gravedad quistes y tumores.

Por lo ya mencionado se considera de suma importancia estudiar las complicaciones dento maxilar debido a la presencia de los terceros molares a su vez su posición, su situación y sus efectos que ocasiona en la cavidad bucal, y observar si existe algún tipo de complicación para que el odontólogo realice un diagnostico acertado y su vez brindar un tratamiento adecuado.

Por lo general es siempre recomendable extraer toda pieza retenida ya que en ciertas ocasiones el epitelio que rodea estas piezas puede crecer de forma maligna ocasionando el quiste dentigero, el cual es el mas común y frecuente debido a presencia de terceros molares y en ocasiones mas graves la presencia de tumores a nivel del tercer molar y la rama ascendente.

En el capítulo VI se explica la metodología de la investigación, los métodos utilizados, las técnicas y recursos empleados y el detalle de la población y muestra escogida.

La muestra que se investigo fue 119 alumnos de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se realizo una ficha de observación y encuestas que nos demostraron la presencia o no del tercer molar, ayudándonos con el diagnostico radiográfico tomándose una radiografía por paciente debido a que si se realizaban 4 tomas radiográficas por paciente la cantidad de radiaciones a recibir era muy alta y nociva para el investigador; por lo cual, se hizo necesaria la selección de la pieza que presentaba mayor complicación.

En el capítulo VII se muestran los resultados de la investigación, mediante el análisis e interpretación de los resultados de la encuesta y de la ficha clínica realizada a los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología; así como también se exponen las conclusiones a las que se llega una vez terminada la investigación. Se observo que estos terceros molares ocasionan complicaciones dento maxilares, las cuales van a repercutir en el desenvolvimiento a diario ocasionando molestias y alteraciones en los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de la ciudad de Portoviejo en el 2012

## **ANTECEDENTES.**

El nombre de muela del juicio se lo atribuye a Hieronimus Cardus el cual en épocas antiguas denomina al tercer molar como la muela del juicio haciendo referencia a "dens sensus et sapientia et intellectus" cuya traducción es diente de la sabiduría y del intelecto, en mención a la edad que suele erupcionar. Describiendo que la edad media de erupción de los cordales en los varones es de 19 años y de 20 años en las mujeres.

Posteriormente a esto Fanning menciona que se puede considerar como normal que pueda existir un retraso en la erupción de los terceros molares de aproximadamente dos años. Archer mediante su estudio se basa que las piezas dentales con mayor frecuencia de inclusión eran los terceros molares, dando en orden de inclusión y en primero lugar al tercer molar superior, seguido por el tercer molar inferior y el canino inferior.

Berten y Cieszinky encuentran que el tercer molar inferior es el diente con mayor frecuencia de inclusión con un 35% coincidiendo con Saha y Cois los cuales realizaron un estudio mas actual diciendo que los terceros molares eran las ultimas piezas en erupcionar por lo cual existía mucha facilidad de

que queden impactados o sufran de desplazamiento si no hay el espacio suficiente en la arcada dentaria.

Para Bjork el 45% de los pacientes de una clínica odontológica presentan los cordales incluidos y de ellos el 75% presentan patologías que requieren tratamientos quirúrgicos, es por estos que es necesario realizarse la extracción de los cordales ya que su presencia puede desencadenar efectos negativos en la cavidad bucal.

En la actualidad las complicaciones dento maxilares debido a la presencia de los terceros molares se presentan generalmente en personas mayores de edad y es un mal que aqueja a la sociedad perturbando su desarrollo en sus actividades diarias, no logrando desarrollar una tranquilidad en sus vida, gracias al paso de l tiempo se conoce su origen, y se han desarrollado mejores tratamientos, en los que el individuo puede visitar a un especialista y se puede realizar la extracción del molar cordal.

Los estudiantes de odontología, a pesar de recibir educación de todas las ramas de la odontología, desconocen los efecto adversos que en muchas ocasiones pueden presentarse debido a la presencia de los terceros molar impactados, este tipo de complicaciones se presentan en los adolescentes que alcanzan su mayoría de edad ya sea en hombres y mujeres.

Por otro lado no existe en los registros de la Universidad San Gregorio, algún trabajo que demuestre la significancia de este estudio como afecta los terceros molares y su repercusión en las complicaciones dento maxilares en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio.

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	I
ANTECEDENTES	II
<b>CAPITULO I</b>	<b>1</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	3
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>4</b>
2. JUSTIFICACIÓN	4
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>7</b>
3. OBJETIVOS	7
3.1. Objetivo general.	7
3.2. Objetivos específicos.	7
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>8</b>
4. HIPÓTESIS	8
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>9</b>
5. MARCO TEÓRICO	9
5.1. Marco institucional.	9
5.2. TERCEROS MOLARES	10
5.2.1. Definición	10

5.2.2 ETIOLOGÍA.	14
5.2.3. Diagnóstico Radiográfico	17
5.2.4. POSICIÓN TERCEROS MOLARES	20
5.2.4.1. Clasificación	20
5.2.5. Cuadro clínico	24
5.2.6. Indicaciones	27
5.2.7. Contraindicaciones	31
5.2.8. Instrumental utilizado	31
5.2.9. Complicaciones	41
5.2.10. Extracción	46
5.2.11. Control Postquirúrgico	51
<b>5.3 COMPLICACIONES DENTO MAXILARES</b>	<b>53</b>
5.3.1. Pericoronitis	53
5.3.2. Apiñamiento	56
5.3.3. Dolor	57
5.3.4. Halitosis	59
5.3.5. Infección	61
5.3.6 Quistes	62

5.3.7. Tumores Maxilares	66
5.3.8. Trismus	69
5.3.9 Destrucción del segundo molar	71
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>72</b>
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	72
6.1. MÉTODO	72
6.1.1. Modalidades básicas de la investigación.	72
6.1.1.1 Bibliográfica	72
6.1.1.2 Investigación de campo	72
6.1.2. NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	73
6.1.2.1. Explorativo	73
6.1.2.2. Descriptivo	73
6.1.2.3. Analítico	73
6.1.2.4. Sintético	73
6.1.2.5. Propositivo	74
6.2. TÉCNICAS	74
6.2.1 OBSERVACIÓN.	74
6.2.2 ENCUESTA	74
6.3. Instrumentos.	74



6.4. Recursos.	75
6.4.1 Talento humano	75
6.4.2. Materiales	75
6.4.3Tecnológicos	75
6.4.5. Financiero	76
6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	76
6.5.1. POBLACIÓN	76
6.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA	76
6.5.3. TIPO DE LA MUESTRA	76
<b>CAPITULO VII</b>	<b>77</b>
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	77
7.1. Análisis e interpretación de la ficha de observacion	77
7.1.1 Análisis e interpretación	77
7.1.2. Análisis e interpretación de resultados de las encuestas	129
7.2 CONCLUSIONES	149
BIBLIOGRAFÍA	142
PROPUESTA	
ANEXOS	

## ÍNDICE DE GRAFICUADROS FICHA DE OBSERVACIÓN

GRAFICUADRO 1	77
EXAMEN EXTRAORAL CARA	
GRAFICUADRO 2	79
EXAMEN EXTRAORAL ATM	
GRAFICUADRO 3	81
EXAMEN EXTRAORAL CUELLO	
GRAFICUADRO 4	83
EXAMEN INTRAORAL LABIOS	
GRAFICUADRO 5	85
EXAMEN INTRAORAL CARRILLOS	
GRAFICUADRO 6	87
EXAMEN INTRAORAL PISO DE LA BOCA	
GRAFICUADRO 7	89
EXAMEN INTRAORAL LENGUA	
GRAFICUADRO 8.	91
AGENESIA	
GRAFICUADRO 9	93

PRESENCIA DEL TERCER MOLAR

GRAFICUADRO 10 95

POSICIÓN DEL TERCER MOLAR PIEZA 18

GRAFICUADRO 11 97

TIPO No18

GRAFICUADRO 12 99

CLASE No. 18

GRAFICUADRO 13 101

POSICIÓN DE LA PIEZA 28

GRAFICUADRO 14 103

TIPO No.28

GRAFICUADRO 15 105

CLASE No.28

GRAFICUADRO 16 107

POSICIÓN DEL LA PIEZA 38

GRAFICUADRO 17 109

TIPO No. 38

GRAFICUADRO 18	111
CLASE No. 38	
GRAFICUADRO 19	113
POSICION PIEZA 48	
GRAFICUADRO 20	115
TIPO No4. 48	
GRAFICUADRO 21	117
CLASE No. 48	
GRAFICUADOR 22	
PERICORONITIS	119
GRAFICUADRO 23	
ABCESOS	121
GRAFICUADRO 24	
INFLAMACIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL	123
GRAFICUADRO 25	125
AUSENCIA DEL TERCER MOLAR POR EXTRACCION	
GRAFICUADRO 26	127
TRATAMIENTO SUGERIDO	

## ÍNDICE DE GRAFICUADROS DE LA ENCUESTA

GRAFICUADRO 1	129
¿CONOCE UD. SI TIENE LA PRESENCIA DEL TERCER MOLAR?	
GRAFICUADRO 2	131
¿SE HA TOMADO ALGUNA RADIOGRAFÍA PARA COMPROBARLO?	
GRAFICUADRO 3	133
¿LE HA OCASIONADO ALGÚN TIPO DE DOLOR EL TERCER MOLAR?	
GRAFICUADRO 4	135
¿LE HA OCASIONADO ALGÚN TIPO DE MOVILIDAD DENTAL LA PRESENCIA DEL TERCER MOLAR?	
GRAFICUADRO 5	137
¿HA TOMADO ALGÚN TIPO DE FÁRMACO POR PRESENCIA DEL TERCER MOLAR	
GRAFICUADRO 6	139
¿DESDE CUÁNDO SIENTE ESTE TIPO DE MOLESTIA?	
GRAFICUADRO 7	141
¿HA PRESENTADO DIFICULTAD AL ABRIR O CERRAR LA BOCA?	
GRAFICUADRO 8	143
¿CUANDO SE PRESENTA EL DOLOR?	

GRAFICUADRO 9 145

¿HA SENTIDO LA PRESENCIA DE RUIDOS ARTICULARES:

GRAFICUADRO 10 147

¿LE DUELE LA CABEZA FRECUENTEMENTE?

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis es una investigación que tiene por objetivo determinar la incidencia de las complicaciones dento maxilares debido a la presencia de los terceros molares en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología.

Esta investigación tiene la finalidad determinar la repercusión de la posición de los terceros molares en las complicaciones dento maxilares en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología, determinar la impactación del tercer molar y su influencia en el aumento del dolor, investigar la presencia de pericoronitis para determinar procesos inflamatorios y a su vez diseñar una propuesta alterna que de solución al problema encontrado.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se presenta el planteamiento de la investigación y la formulación del problema.

En el capítulo II se justifica la realización de esta investigación, tanto en lo personal como en lo social.

En el capítulo III se formulan los objetivos, tanto el general como los específicos.

En el capítulo IV se formula la hipótesis, la misma que será resuelta mediante la investigación.

En el capítulo V se desarrolla el marco teórico, dentro del cual se encuentra el marco institucional y las dos variables a investigar: Posición de los terceros molares y complicaciones dento maxilares.

Los terceros molares son las últimas piezas en erupcionar en la cavidad bucal, a su vez son las más irregulares por su morfología y por su erupción, estas piezas erupcionan entre los 18 a los 25 años logrando no todas aparecer en la superficie bucal ocasionando complicaciones que repercuten en el día a día de las actividades de las personas que las presentan

Debido a ser las últimas piezas en erupcionar, en muchas ocasiones no encuentran el espacio necesario para poder salir a la superficie y se retiene o se logran impactar con la pieza siguiente, a su vez su retención también podría darse debido a un obstáculo mecánico que repercutirá en el futuro presentándose complicaciones dento maxilares de mayor grado como quistes.



La presencia de los terceros molares en gran cantidad de posición impactado en muchas ocasiones desencadenan alteraciones de tipo dental, periodontal, de dolor y de aseo personal. Entre las complicaciones más frecuentes esta la pericoronitis, la rizólisis de la pieza contigua, movilidad dentaria, halitosis, trismos, procesos infecciosos y en mayor gravedad quistes y tumores.

Por lo ya mencionado se considera de suma importancia estudiar las complicaciones dento maxilar debido a la presencia de los terceros molares a su vez su posición, su situación y sus efectos que ocasiona en la cavidad bucal, y observar si existe algún tipo de complicación para que el odontólogo realice un diagnostico acertado y su vez brindar un tratamiento adecuado.

Por lo general es siempre recomendable extraer toda pieza retenida ya que en ciertas ocasiones el epitelio que rodea estas piezas puede crecer de forma maligna ocasionando el quiste dentigero, el cual es el mas común y frecuente debido a presencia de terceros molares y en ocasiones mas graves la presencia de tumores a nivel del tercer molar y la rama ascendente.

En el capítulo VI se explica la metodología de la investigación, los métodos utilizados, las técnicas y recursos empleados y el detalle de la población y muestra escogida.

La muestra que se investigo fue 119 alumnos de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se realizo una ficha de observación y encuestas que nos demostraron la presencia o no del tercer molar, ayudándonos con el diagnostico radiográfico tomándose una radiografía por paciente debido a que si se realizaban 4 tomas radiográficas por paciente la cantidad de radiaciones a recibir era muy alta y nociva para el investigador; por lo cual, se hizo necesaria la selección de la pieza que presentaba mayor complicación.

En el capítulo VII se muestran los resultados de la investigación, mediante el análisis e interpretación de los resultados de la encuesta y de la ficha clínica realizada a los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología; así como también se exponen las conclusiones a las que se llega una vez terminada la investigación. Se observo que estos terceros molares ocasionan complicaciones dento maxilares, las cuales van a repercutir en el desenvolvimiento a diario ocasionando molestias y alteraciones en los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de la ciudad de Portoviejo en el 2012

## **ANTECEDENTES.**

El nombre de muela del juicio se lo atribuye a Hieronimus Cardus el cual en épocas antiguas denomina al tercer molar como la muela del juicio haciendo referencia a "dens sensus et sapientia et intellectus" cuya traducción es diente de la sabiduría y del intelecto, en mención a la edad que suele erupcionar. Describiendo que la edad media de erupción de los cordales en los varones es de 19 años y de 20 años en las mujeres.

Posteriormente a esto Fanning menciona que se puede considerar como normal que pueda existir un retraso en la erupción de los terceros molares de aproximadamente dos años. Archer mediante su estudio se basa que las piezas dentales con mayor frecuencia de inclusión eran los terceros molares, dando en orden de inclusión y en primero lugar al tercer molar superior, seguido por el tercer molar inferior y el canino inferior.

Berten y Cieszinky encuentran que el tercer molar inferior es el diente con mayor frecuencia de inclusión con un 35% coincidiendo con Saha y Cois los cuales realizaron un estudio mas actual diciendo que los terceros molares eran las ultimas piezas en erupcionar por lo cual existía mucha facilidad de que queden impactados o sufran de desplazamiento si no hay el espacio suficiente en la arcada dentaria.

Para Bjork el 45% de los pacientes de una clínica odontológica presentan los cordales incluidos y de ellos el 75% presentan patologías que requieren tratamientos quirúrgicos, es por estos que es necesario realizarse la extracción de los cordales ya que su presencia puede desencadenar efectos negativos en la cavidad bucal.

En la actualidad las complicaciones dento maxilares debido a la presencia de los terceros molares se presentan generalmente en personas mayores de edad y es un mal que aqueja a la sociedad perturbando su desarrollo en sus actividades diarias, no logrando desarrollar una tranquilidad en sus vida, gracias al paso de l tiempo se conoce su origen, y se han desarrollado mejores tratamientos, en los que el individuo puede visitar a un especialista y se puede realizar la extracción del molar cordal.

Los estudiantes de odontología, a pesar de recibir educación de todas las ramas de la odontología, desconocen los efecto adversos que en muchas ocasiones pueden presentarse debido a la presencia de los terceros molar impactados, este tipo de complicaciones se presentan en los adolescentes que alcanzan su mayoría de edad ya sea en hombres y mujeres.

Por otro lado no existe en los registros de la Universidad San Gregorio, algún trabajo que demuestre la significancia de este estudio como afecta los terceros molares y su repercusión en las complicaciones dento maxilares en

los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología  
de la Universidad San Gregorio.

# CAPÍTULO I

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia de los terceros molares, en su mayoría los inferiores, ocasiona gran molestia desde los tiempos antiguos, causando desde dolores agudos a crónicos, procesos infecciosos, pericoronitis dependiendo de la ubicación y variación de la posición de estas piezas dentales, buscando como solución la extracción de estas piezas.

Estudios realizados en la Universidad Federico Villareal en España comprobaron que en la mayoría de los casos el músculo temporal se encontraba insertado en la zona del tercer molar pero en pequeña proporción, lo cual no presenta ningún inconveniente al momento de la cirugía de esta pieza, de acuerdo con la teoría de la reducción terminal, los últimos dientes en erupción tienen menores posibilidades de alcanzar una dimensión adecuada en las generaciones futuras, demostrando que en la mayoría de los casos, había inclusión dentaria, es decir eran ligeramente visibles, y en otros casos se encontraba completamente retenido, ocasionando presión sobre su pieza siguiente, lo cual repercutía con dolor sobre la persona.

Mediante un estudio realizado en la Universidad Autónoma de México, se demostró en la mayoría de los casos referente a los terceros molares pericoronitis y dolor debido a la posición del tercer molar inferior. En porcentajes más bajos se encontraron cefaleas y trismus debido a la presión del tercer molar sobre el segundo molar, en cuanto su ubicación prevaleció la posición meso angulado del tercer molar.

La Universidad Central de Quito demostró que la presión ejercida sobre los segundos molares puede provocar dolores severos y descompensación en las fuerzas de la masticación ocasionando mal funcionamiento y dolor en la articulación temporo mandibular. Pudiendo ocurrir ocasionalmente alteraciones sensitivas y motoras por la compresión de nervios como el dentario inferior que recorre toda la mandíbula por debajo de las raíces de los dientes. El tercer molar inferior debilita el ángulo mandibular, lo que hace que las fracturas por traumas sean frecuentes a ese nivel ocasionando complicaciones traumatológicas. El tejido epitelial que rodea al molar es potencialmente oncológico, pudiendo provocar desde pequeños quistes hasta tumores malignos de maxilar.

En Portoviejo se ve gran cantidad de presencia de terceros molares ya sean superiores e inferiores, logrando causar los inferiores, la mayoría de complicaciones y afecciones a la población, causando desde una pequeña molestia a un intenso dolor y hasta en los casos crónicos puede ocasionar procesos infecciosos y desorden oclusal. Por lo tanto es necesario tomar

medidas preventivas y evitar este tipo de problemas evaluando el caso y realizarse la extracción en el momento indicado para una mejor salud y estado bucal.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son las complicaciones dento-maxilares causadas por los terceros molares en los estudiantes de Odontología de la Universidad San Gregorio?



## **CAPÍTULO II**

### **2. JUSTIFICACIÓN**

Las complicaciones dento maxilares causados por la presencia de los terceros molares es un mal que aqueja a la sociedad y en especial a los jóvenes mayores de 18 años y adultos a diario, sin importar sexo o raza, el dolor constante y persistente busca que la persona que tiene este problema pase tomando fármacos y termine realizando la extracción de dicha pieza para aliviar su dolor.

Es necesario darle importante realce a este estudio, ya que este problema una vez que se presenta es persistente y doloroso, las personas en muchas ocasiones se desesperan y no saben qué hacer; lo que obliga a buscar una solución a esta molestia, que complica la vida cotidiana de las personas. La intensidad del dolor varía según la posición, el estado de formación de la pieza y la presión que el tercer molar ejerce sobre el segundo molar.

Los principales beneficiarios de este estudio son los estudiantes de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, ya que mediante indagaciones y sondeos a un grupo determinado de personas, se recaudó la información necesaria y datos que permitió hacer factible la investigación para medir el nivel en que se presenta en las personas adultas y así poder establecer las posibles soluciones a este problema.

Este trabajo investigativo y científico involucra en especial a la Cirugía Bucal, ya que estudia y analiza la forma y el método necesario para poder realizar la extracción de la pieza, la Radiología Dental la cual se encarga mediante la toma radiográfica de mostrar la posición de la pieza dental, y su grado de formación y complejidad. Y a la Oclusión, ya que la presión del tercer molar sobre su pieza contigua altera la masticación, causando dolor y claramente afectará a la ATM.

El trabajo investigativo tiene como propósito fundamental identificar las complicaciones dentro de las maxilares causados por la presencia del tercer molar en los estudiantes de la universidad San Gregorio de Portoviejo y cómo alteran en su vida y desempeño diario, ya que este problema no solo los incluye a ellos sino que es una afección global que incluye a toda la sociedad mayor de edad, y que en muchos casos conlleva a tomar medicina sin saber sus efectos, extracciones equivocadas, etc.

Fue factible realizar esta investigación porque se conto con el apoyo de las autoridades y los estudiantes; a su vez se encuentra vasta bibliografía y se cuenta con la tecnología adecuado para poder realizar un estudio eficaz sobre el problema investigado.

## **CAPÍTULO III.**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general.**

Determinar la repercusión de la posición de los terceros molares en las complicaciones dento maxilares.

#### **3.2. Objetivos específicos.**

- Identificar la posición de los terceros molares para relacionarlos con la movilidad dental.
- Determinar la impactación del tercer molar y su influencia en el aumento del dolor.
- Investigar la presencia de pericoronitis para determinar procesos inflamatorios.
- Diseñar una propuesta alternativa que de solución al problema encontrado.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. HIPÓTESIS**

La posición de los terceros molares incide significativamente en la presencia de complicaciones dento maxilares de los estudiantes en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

## **CAPÍTULO V**

### **5. MARCO TEÓRICO**

#### **5.1. MARCO INSTITUCIONAL.**

La Universidad San Gregorio de Portoviejo fue creada el 21 de diciembre del 2000. En el transcurso de ese año se reunieron un grupo de profesionales de la institución, para discutir las aspiraciones de muchos bachilleres y la limitada cobertura dental a la población urbana, de esta manera se decidió abrir la Carrera de Odontología. La primera clínica odontológica fue inaugurada el día lunes 23 de septiembre del 2002 con la asistencia de autoridades de la Universidad San Gregorio y estudiantes, y comenzó a funcionar en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile.

La segunda clínica odontológica se inauguró en la entrada del colegio 12 de Marzo completa y exclusiva para los estudiantes a partir del sexto semestre. El 15 de septiembre del 2006 se inauguraron las áreas para prácticas odontológicas ubicadas en el edificio N.1 del nuevo campus de la Universidad

San Gregorio ubicada en la avenida metropolitana, estas áreas constan de 3 clínicas, la clínica A y B con 15 sillones cada una y la clínica C con 14 sillones, en las clínicas A y B existen dos esterilizadores, uno en cada una; existe un área de revelado, una área administrativa en cada clínica y una sala de espera para comodidad de los pacientes.

El 14 de mayo del 2010 se inauguró un moderno quirófano totalmente equipado y la nueva área de radiología con tres equipos de radiología y zona de revelado. En la actualidad, la universidad consta con 620 estudiantes en la Carrera de Odontología donde en la mayoría encontraremos presencia de tercer molar, por lo cual mediante este estudio analizaremos las complicaciones dento maxilares que ellos sufren a causa de los terceros molares y su posición y cómo afecta en el día a día.

## **5.2. TERCEROS MOLARES**

### **5.2.1. DEFINICIÓN:**

Como menciona Navarro:

El sobrenombre de muela del juicio cordal o muela de la prudencia es debido a que la erupción del tercer molar coincide con el momento en que uno empieza a ser responsable de sus actos, siendo capaz de decidir y aceptar el resultado de sus acciones. El

termino muela del juicio se atribuye históricamente a Hieronimus Cardus, haciendo referencia al sentido común o justicia<sup>1</sup>

SEGÚN NAVARRO VILA<sup>2</sup>: La erupción del tercer molar suele ocurrir entre los 18 y 22 años, en general los dientes impactados con mayor frecuencia son los terceros molares inferiores, los terceros molares superiores y caninos maxilares. El diente no erupcionado es aquel que aún no ha perforado la mucosa bucal y por tanto no ha llegado a su posición normal en la arcada dentaria, incluye los dientes impactados y los dientes en proceso de erupción.

Diente impactado es aquel que no ha erupcionado total o parcialmente en la arcada en el tiempo esperado bloqueado por algún obstáculo mecánico, hueso, diente, tejidos blandos. El diente incluído es aquel que se encuentra retenido en el maxilar rodeado de lecho óseo. El cordal ectópico es aquel que esta incluído y alejado del segundo molar (rama ascendente, cóndilo o suelo de la órbita).

Los terceros molares son piezas dentales que en ocasiones erupcionan de manera normal y en otras no, quedando impactado o incluídos. Existen cuatro terceros molares en la dentadura humana: 2 terceros molares maxilares y 2 mandibulares, de los cuales uno es derecho y otro izquierdo. Son el grupo de piezas dentales que representan variaciones morfológicas, tanto coronal como radicularmente. Estas piezas erupcionan entre los 18 a los 25 años normalmente.

---

<sup>1</sup> Navarro V. (2008). Cirugía oral. Editorial Aran. España.

<sup>2</sup> Navarro V. (2008). Cirugía oral. Editorial Aran. España.



Como menciona García:

Presentan superficie oclusal, vestibular, mesial, distal, lingual en maxilar inferior y palatina en maxilares superiores. Es importante señalar que la muela del juicio o cordal, es un vestigio de la dentición de nuestros antepasados, los cuales tenían unos maxilares más prominentes y una dieta menos elaborada y cruda, con lo que necesitaban unos dientes más robustos<sup>3</sup>.

SEGÚN WHEELER<sup>4</sup>: Su presencia varía considerablemente en los individuos y presentan numerosas alteraciones, tanto de forma como de posición, complementa la función del segundo molar, y aunque rara vez está bien desarrollado, el tercer molar más habitual muestra un desarrollo irregular de la porción coronal, con raíces pequeñas más o menos malformadas. Los terceros molares mandibulares tienen más posibilidades de estar impactados en la arcada total o parcialmente debido principalmente a la pérdida del espacio que necesitan para su acomodación.

Como menciona Ash:

“Si el tercer molar está congénitamente en un lado del maxilar o de la mandíbula, lo más probable es que en el otro lado ocurra lo mismo, sin embargo no se ha encontrado una asociación significativa entre la agenesia del tercer molar maxilar y la del tercer molar mandibular”<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup>García F (2007) Dolor odonto estomatológico. Editorial Médica Ripano. España.

<sup>4</sup> Ash N. (2010) anatomía, fisiología y oclusión dental. Novena edición Editorial Elsevier. España

<sup>5</sup>Ash N. (2010). Anatomía, fisiología y oclusión dental. Novena Edición. Editorial Elsevier. España

Como menciona Moore:

“Los terceros molares no erupcionados suelen ocasionar problemas dentales comunes. En general no hay espacio suficiente para estos molares, que se impactan contra los segundos molares. Cuando se impactan los terceros molares se produce dolor y deben extraerse con cuidado para no lesionar los nervios alveolares”<sup>6</sup>.

Como menciona la página web dolor y analgésicos en odontología:

El fármaco más común que utilizan las personas para aliviar el dolor “tienden a ser los analgésicos, porque tienen buena eficacia y tiene buena penetración en los tejidos alargando el efecto terapéutico indicado en el dolor dental y estados inflamatorios post-operatorios, proporciona rápido alivio del dolor”<sup>7</sup>.

Como menciona Balboa en su página web:

“Las quejas de las personas son frecuentes y puede permanecer por tiempo prolongado hasta que no se realice la extracción de dicha pieza”<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup>MOORE, Keith L. Anne M. R. Agur, Marion E. 2008. Anatomía con orientación clínica. Quinta edición. Editorial médica panamericana. México

<sup>7</sup> Dolor y analgésicos en Odontología <http://es.scribd.com/doc/16328439/Dolor-y-analgesicos-en-odontologia>:

<sup>8</sup>Balboa Juan 2011. Me duele la muela del juicio. <http://www.juanbalboa.com/blog/me-duele-la-muela-del-juicio-porque-duelen-al-salir/>

## **5.2.2 ETIOLOGÍA.**

### **Etiopatogenia de la retención de los molares inferiores**

Entre un 5 y un 30% de los pacientes, según las series y razas, presentará agenesia de terceros molares, sin embargo por ahora, la patología derivada de estos dientes es muy alta.

### **Consideraciones anatómicas y embrionarias**

Por un lado, el germen del tercer molar, a diferencia del resto de la dentición que se desprende directamente de la lámina dental, nace del germen del segundo molar como si se tratase de un diente de remplazo del mismo. Posteriormente toman caminos diferentes. La formación del folículo del tercer molar comienza en la pared antero-medial de la rama mandibular, generalmente a los siete años de edad.

Como menciona Llorensi:

Esta ha sido la ubicación previa del primer molar antes del nacimiento, y del segundo molar entre el segundo y tercer año de edad. Entre los ocho años y medio y los nueve el folículo puede alcanzar el tamaño maduro, estando la cápsula y la corona formada a los diez años de edad, termina su calcificación en torno a los dieciséis años, mientras que la

calcificación de las raíces no concluye hasta los veinticinco años<sup>9</sup>.

SEGÚN LLORENSI<sup>10</sup>: De lo dicho se desprende que los terceros molares se originan de la misma zona anatómica que sus precursores los primeros y segundos molares. Estas áreas están sometidas a una intensa remodelación ósea que permite aumentar la cresta ósea tanto en el sentido anteroposterior como vertical a este nivel, originando fuerzas morfo genéticas que junto a la dirección oblicua del germen determinan el trayecto eruptivo, obligando en el caso del tercer molar inferior, a efectuar una trayectoria curvilínea de concavidad postero superior para alcanzar su posición idónea en la boca.

La gran inclinación del eje del germen del tercer molar inferior respecto del eje de los demás dientes viene determinada por la inclinación del borde anterior de la rama ascendente donde se origina. Pero en esta zona, durante el crecimiento del cuerpo mandibular, se va a producir una reabsorción del borde anterior de la rama junto a una aposición en el borde posterior de ésta. Este fenómeno aporta un aumento del espacio disponible y por lo tanto un enderezamiento o disminución en la inclinación del eje del cordal.

Pero la disminución en la inclinación no solo se produce a expensas de la ganancia en la longitud del arco en el sector posterior, sino que también

---

<sup>9</sup> Llorensi M (2007). Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semiretenidos. Página 4. Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandra Posadas. Argentina.

<sup>10</sup> Llorensi M (2007). Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semiretenidos. Página 4. Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandra Posadas. Argentina.

interviene la ganancia de espacio por la deriva de la dentición hacia mesial, tal y como demuestran los estudios de Tait y Richardson que revelan que la inclinación del eje del tercer molar es significativamente menos marcada en aquellos individuos que han sido sometidos a exodoncia temprana de segundos molares deciduos, provocando una deriva a mesial de la dentición y por lo tanto una ganancia de espacio en el sector posterior.

Sin embargo, esto no es siempre así, encontrándose un número determinado de casos donde el eje del tercer molar no solo no se corrige sino que aumenta de inclinación. Podríamos concluir que el papel protagonista en las retenciones de los terceros molares es la falta de espacio disponible, independientemente de que en algún caso puedan ocurrir alteraciones del germen dentario, obstáculos mecánicos y factores generales.

**Razones embriológicas.** La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal

**Obstáculos mecánicos.** Que pueden interponerse a la erupción normal.

**a) Falta material de espacio.** Se pueden considerar varias posibilidades: el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre la pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar.

**b) Hueso.** Con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis, osteítis condensante, osteoesclerosis), procesos óseos que originan una imagen lechosa o blanquecina.

**c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario;** dientes vecinos que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra raíces de los dientes vecinos.

**d) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria:** dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento de la erupción dentaria.

**Causas generales.** Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes.

### **5.2.3. Diagnóstico Radiográfico**

En cirugía oral, los estudios radiológicos, a pesar de no constituir un elemento de diagnóstico único, revisten una importancia fundamental para una adecuada evaluación de patología a tratar y para lograr un adecuado plan de tratamiento.

Como menciona Donado:

“La radiografía más comúnmente utilizada es la radiografía intraoral, que es especialmente apropiada para la evaluación de piezas dentarias y en general en lesiones no muy extensas que se desarrollan en proximidad de la cresta alveolar de las arcadas dentarias”<sup>11</sup>.

Las radiografías oclusales de la mandíbula pueden estar indicadas para evaluar la posición de la piezas dentarias incluidas de la que se quieran conocer la posición vestibular o lingual, para la evaluación de neo formaciones radiopacas de las corticales óseas linguales o vestibulares

SEGÚN LARA <sup>12</sup>.Conviene reconocer en los registros radiográficos la forma, tamaño, número y dirección de la porción radicular y la relación que entre si mantienen sus partes, cuando el diente es bi o plurirradicular, la imagen radiográfica ha de permitir complementar la observación clínica acerca del grado de retención del diente. Al respecto cabe añadir que se considera que el diente se haya retenido cuando ya ha completado su mineralización, y por alguna causa que impide o dificulta su erupción, su corona no se halla libre en la cavidad bucal y la encía se inserta en su habitual zona de implantación.

---

<sup>11</sup> Donado M. Cirugía bucal patología y técnica tercera edición. Editorial Masson. España. Tercera Edición.

<sup>12</sup>Lara I. (2008). Fundamentos de la radiología dental. Editorial Elseiver. España.

También se puede correctamente extenderse dicho concepto a aquellas piezas que sin haber completado su mineralización, han alcanzado una posición tal, que permite anticipar la imposibilidad de la continuidad de su movimiento eruptivo.

Como menciona Figún:

“En cuanto al grado de retención, la misma puede ser parcial o total. Total o intraósea es cuando el molar se encuentra rodeado por hueso. Parcial es cuando la corona, en mayor o menor medida, ha establecido una solución de continuidad en la celda ósea”<sup>13</sup>. En cuanto a la fibromucosa puede recubrir totalmente al diente o presentar perforaciones por donde puede asomar una sola cúspide, más de una o la totalidad de la cara oclusal.

En la práctica, no siempre es posible ubicar el receptor de imágenes dentro de la boca en las posiciones descritas en los libros de textos. Suele ser necesario modificar las técnicas radiografías descritas previamente. Las principales dificultades halladas son: Reflejo nauseoso en Terceros molares inferiores. La principal dificultad es la colocación del receptor de imágenes lo suficientemente atrás para registrar la totalidad del tercer molar inferior (especialmente en retenidos horizontales) y los tejidos circundantes, incluso el conducto dentario inferior. En sus posibles soluciones están el uso de porta-películas, para sostener y ubicar el receptor de imagen en la boca.

---

<sup>13</sup>Figún M. (2008). Anatomía Odontológica funcional y aplicada. Editorial El Ateneo. España.



Entre otra de las soluciones será tomar dos radiografías del tercer molar con dos angulaciones horizontales diferentes del cabezal, la una sería colocando el receptor de la imagen lo más atrás posible y el cabezal del tubo de rayos X se orienta con la angulación horizontal ideal de modo que el haz de rayos x pase entre el segundo y tercer molar en la cual no saldría enfocado el ápice del tercer molar, “la otra solución sería ubicando el receptor de imagen en la misma posición pero el cabezal aun más atrás y punta hacia delante para proyectar el ápice del tercer molar sobre la película”<sup>14</sup>.

## **5.2.4 POSICIÓN TERCEROS MOLARES**

### **5.2.4.1. Clasificación**

En cuanto a la clasificación que se formula tomando en cuenta la posición de los dientes retenidos, los mismos se ubican en los siguientes grupos.

#### **En el maxilar superior e inferior.**

SEGÚN NAVARRO VILA<sup>15</sup>: Posición Vertical: su eje longitudinal de implantación se coincide con el del diente mesial; la cara triturante ocupa un plano paralelo e inferior respecto del plano de oclusión del arco; puede

---

<sup>14</sup>Principios básicos de la Odontología 2008. Editorial Masson. España Pág. 198.

<sup>15</sup> Navarro V. (2008) Cirugía oral. Editorial Aran. España.

registrarse además desplazamiento hacia vestibular o hacia palatino así como el eje dentario rotado.

**Posición meso angular:** el eje de implantación se dirige hacia apical y distal del segundo molar, en tanto que las cúspides mesio oclusales se relacionan con el segundo molar.

**Posición disto angular:** inversa a la anterior, con los ápices orientados hacia el segundo molar y la corona dirigida hacia el surco amular o la rama en el maxilar inferior

**Posición horizontal:** con el eje corono radicular transversal y la cara oclusal dirigida hacia la pieza contigua.

En el maxilar inferior la clasificación de Winter describe que se trata de un sistema de clasificación muy importante desde el punto de vista clínico, ya que es la angulación de una pieza incluida la que determina el (trayecto de extracción), que puede ser anatómicamente más o menos favorable. Esta clasificación está dada por los terceros molares inferiores: meso inclinados, que son también los más frecuentes, presentan, por lo general menos dificultad; en el segundo lugar en cuanto a dificultad se encuentran los terceros molares en posición horizontal, seguidos por aquellos en posición vertical o normo inclinados y por los disto inclinados.

La dificultad del tratamiento de los terceros molares disto inclinados (que en su mayoría están afectados por pericoronitis, deriva principalmente por el hecho de que su trayecto extractivo los lleva a comprometer a la rama ascendente del maxilar inferior.

Por último, como hallazgo raro están los terceros molares invertidos, que lucen rotados 180° con respecto a la posición horizontal, con la corona distal y las raíces mesiales. Además de las diferentes inclinaciones sobre el plano sagital, los terceros molares inferiores pueden además presentar una inclinación en sentido lingual o en sentido vestibular.

## **SITUACIÓN**

La situación de un tercer molar incluído o impactado, la podemos definir en base a las siguientes clasificaciones, en el maxilar superior en base al seno maxilar y la clasificación del maxilar inferior en base a la posición del tercer molar respecto al margen anterior de la rama ascendente; tenemos la siguiente clasificación.

En el maxilar superior:

Como menciona Arteaga<sup>16</sup>:

Clase I: Cuando la parte más alta del tercer molar superior está retirado del seno maxilar. Sin ninguna aproximación sinusal.

Clase II: Cuando la parte más alta del tercer molar está cerca del seno maxilar, con aproximación sinusal

Clase III: Cuando la parte más alta del diente incluido está en relación directa con el seno maxilar

Y su clasificación en base de la impactación:

Clase A: La porción de la corona del tercer molar se encuentra a nivel del plano oclusal

Clase B: Conocida como subgingival; la porción inferior de la corona se encuentra entre el plano oclusal y la línea cervical.

Clase C: Intraósea, la corona se encuentra cubierta totalmente de hueso.

---

<sup>16</sup> Arteaga N. (2004) Cirugía bucal. Ediciones Rodin. Ecuador.

Y en el maxilar inferior como menciona Navarro:

**Clase I:** Toda la corona se encuentra anteriormente a la rama de la mandíbula.

**Clase II:** aproximadamente la mitad de la corona del tercer molar esta supuesta a la rama ascendente del maxilar inferior.

**Clase III:** La corona está totalmente superpuesta a la rama ascendente.

Los molares que pertenecen a la clase III presentan menor accesibilidad y, por lo tanto, el mayor grado de dificultad, ya que necesitan de una extracción más amplia de tejido óseo<sup>17</sup>.

A su vez el tercer molar presenta la clasificación de la profundidad de inclusión en base a la relación entre el plano oclusal del siete y del tercer molar

**Clase A:** Los planos oclusales del siete y del tercer molar se encuentran más o menos al mismo nivel: se trata, por lo tanto, de inclusión superficial, a menudo solo la mucosa.

**Clase B:** Los terceros molares presentan un plano oclusal comprendido entre el del siete y la línea de unión amelo cementaria de este último.

**Clase C:** El plano oclusal del tercer molar se encuentra totalmente por debajo de la línea amelo cementaria del siete. La clase C determina incluso en este caso una menor accesibilidad, que puede hacer necesaria una ostectomía más abundante y aumenta la dificultad.

### 5.2.5 Cuadro clínico

Los últimos molares bien colocados en la arcada dental no presentan mayor problema para ser extraídos con un fórceps o un elevador. No es así cuando se

---

<sup>17</sup> Navarro V. (2008) Cirugía oral. Editorial Aran. España.

trata de cordales total o parcialmente retenido en estos casos, la extracción tiene que ser efectuado un acto quirúrgico.

Como menciona Sanders:

“La eliminación de un molar totalmente retenido, se indica generalmente por razones protésicas, ortodóncicas o cuando se presenta rizólisis de dientes vecinos, cuando hay fenómenos neurálgicos o se presenta un quiste folicular e inclusive tumores”<sup>18</sup>.

Como menciona Rodríguez:

“Sin embargo conviene indicar tempranamente, como profilaxis, la extracción de todo diente retenido, cuando no existe la posibilidad de producirse una erupción normal o cuando ha pasado el periodo normal de erupción”<sup>19</sup>. En un cordal parcialmente retenida se puede presentar una pericoronitis crónica. El saco pericoronario parcialmente descubierto significa un reservorio de detritus alimenticios y bacterias que pueden ser punto de partida de infecciones agudas de las partes blandas vecinas, lo que no sucede con un diente totalmente incluido por no tener este contacto con el medio bucal. Especialmente a nivel de los molares inferiores, existe en estos casos, un peligro latente de una difusión

---

<sup>18</sup>Sandner O. (2007). Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Introducción básica a la enseñanza. Editorial Amolca. Colombia.

<sup>19</sup>Rodríguez O. (2009) Procesos Sépticos odontógenos y no odontógenos. Cuba <http://www.cpicmha.sld.cu/bvs/monografias/procesossepticos/procesos%20septicos.pdf>

al espacio pterigomandibular o para faríngeo, procesos infecciosos de mucha peligrosidad.

En este caso, si hay suficiente espacio en la arcada, para que ese diente se coloque normalmente en posición oclusal, si el diente ya está bien colocado y si no hay otra patología o una indicación de tipo ortodóntico, se puede intentar un tratamiento conservador, y al no haber una respuesta favorable, estará indicada la eliminación quirúrgica del saco pericoronario. En este caso se procede a eliminar, mediante el bisturí y una tijera fina, todo el excedente de tejido mucoso colocado por encima del sitio de inserción normal de rodete gingival.

Este tejido en estos casos, suele ser de mucosa laxa, no adherente, proveniente de la plica pterigoidea; por ello en la extirpaciones elimina una porción de más o menos 5 milímetros de ese tejido para evitar una recidiva, dejando en lo posible intacto periostio de la región, en espera de una curación por segunda intención.

Como menciona Sanders:

La extracción quirúrgica de un tercer molar incluido jamás se debe efectuar cuando existe un estado infeccioso, aunque sea de poca intensidad, ya que aparte del hecho se puede producir una difusión infecciosa, poco probable en casos de pericoronitis ligeras, el postoperatorio va a ser muy doloroso y complicado. Al existir una pericoronitis se procede previamente a tratar la infección hasta su curación clínica<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Sandner O. (2007) Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Introducción básica a la enseñanza. Editorial Amolca. Colombia.

### 5.2.6. Indicaciones

El hecho por si solo que un diente no erupcione en el momento acostumbrado no constituye una razón para su exodoncia. La necesidad de la cirugía debe decidirse en cada caso particular. En general hay que extraer únicamente los dientes retenidos con patología.

Las indicaciones de la exodoncia pueden ser:

Como menciona Gay:

Germenectomías: lo cual se define a la extracción de un diente incluido en una etapa de formación precoz, cuando la sola corona o como máximo el primer tercio de las raíces se han formado. En la ortodoncia la germenectomía del tercer molar inferior se indica cuando está previsto de un tratamiento ortodóntico que prevea la distalización del primer y del segundo molar para ganar espacio en la arcada. En otros casos la germenectomía está indicada para resolver anomalías de posición del segundo molar<sup>21</sup>

En la prevención de la disodontiasis del tercer molar, cuando en la arcada ya está presente apiñamiento, es poco probable que el tercer molar encuentre suficiente espacio para irrumpir adecuadamente.

La germenectomía permite en estos casos prevenir la aparición de todas las condiciones patológicas asociadas con la evolución de los terceros molares. A su vez en la interferencia del tercer molar con el proceso de erupción del siete, cuando la presencia del tercer molar obstaculiza la normal erupción del siete, este podrá producirse después de la remoción precoz del germen<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Gay C. (2008) Cirugía bucal: Cordales incluidos. Ergon. España.

<sup>22</sup> Navarro Vila. 2008. Cirugía oral. Editorial Aran. España.



Tenemos la pericoronitis, ya mencionada, que es cuando la muela del juicio no acaba de erupcionar, se puede producir una inflamación del tejido gingival, que la rodea porque se acumula placa bacteriana en un fondo de saco entre la muela y la encía, sin embargo más adelante se le dará más énfasis a este tema.

También encontramos inclusión y formación de quiste folicular: cuando el cordal queda retenido en la mandíbula y no llega a erupcionar a veces se forma un quiste alrededor de la corona, denominado quiste folicular, el cual se puede estacionar o ir evolucionando en tamaño. Dependiendo de este dato se valorara si se compensa o no extraer el molar.

La afectación del segundo molar en ocasiones también sería indicación de cirugía ya que debido a la presión que ejerce el tercer molar en busca de erupcionar con el tiempo se produce un proceso de destrucción de la raíz distal del segundo molar.

Como menciona Navarro:

Las piezas dentarias que se encuentran en la proximidad de un diente semiincluido están mayormente predispuestas a la enfermedad periodontal, ya que el espacio pericoronal representa un ambiente ideal para el desarrollo de la flora bacteriana anaeróbica, responsable de la periodontitis. En especial, se nota la asociación del tercer molar inferior incluido o semiincluido u horizontal<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Navarro V. (2008). Cirugía oral. Editorial Aran. España.

Las lesiones periodontales por cuenta del segundo molar inferior, junto con la pericoronitis, son las principales indicaciones para la extracción de los molares inferiores. También en la arcada superior, debido a su peculiar situación anatómica, la presencia de un tercer molar incluido representa un riesgo para la salud periodontal del siete, ya que es posible una precoz afección de la bifurcación distal de este último.

La incidencia de caries en dientes incluidos o semiincluidos varía del 3% a 15%. La caries puede afectar también a piezas aparentemente en inclusión mucosa total, pero evidentemente en comunicación con el resto de la cavidad oral a través del surco gingival de las piezas contiguas.

Como menciona Navarro:

A menudo la presencia de una pieza semiincluida obstaculiza las normales maniobras de higiene oral, exponiendo a los dientes adyacentes a un mayor riesgo de desarrollar una lesión cariogénica. Una vez que la lesión cariogénica se ha determinado, una restauración adecuada puede ser realizada solo después de la extracción de la pieza incluida<sup>24</sup>.

Algunos tumores como el ameloblastoma pueden originarse debido a piezas incluidas. En la actualidad los problemas ortodónticos, queda en tela de duda ya que no hay un concepto definido mediante los estudios que se han realizado sin embargo más adelante se expondrán sus controversias.

---

<sup>24</sup> NAVARRO Vila C. Cirugía oral.2008. Editorial Aran. España.

Como menciona Navarro:

“En paciente que deben enfrentar una rehabilitación protésica, de tipo fijo o removible, la piezas incluídas eventualmente presentes en la zona edéntula deberán ser removidas antes de la rehabilitación, exceptuando las piezas con inclusión profunda”<sup>25</sup>.

La mayoría de los pacientes que sienten dolor en la articulación temporomandibular (ATM), suponen que les duele el oído y deciden consultarlo con el médico. Al no ver nada en el oído le receta unas gotas, para que se aplique unos días, el paciente, vuelve al médico y éste, al no saber qué pasa, lo deriva al Otorrinolaringólogo. El otorrino, no descubre ninguna Otitis en el oído de un paciente, que dice que le duele y mucho”<sup>26</sup>. Muchas veces estas alteración son debido a la presencia de terceros molares y debe ser tratada por un Odontólogo especialista.

Como menciona Signares en su página web:

Los principales síntomas y disfunciones de los trastornos de la ATM se asocian a una alteración de la función del complejo cóndilo-disco. Los pacientes refieren a menudo artralgias, pero la disfunción es la manifestación más frecuente. Los síntomas de disfunción se asocian al movimiento condíleo y se describen como sensaciones de clic o de atrapamiento de la articulación. Estos suelen ser constantes, repetibles y a veces progresivos. La presencia de dolor no es un dato fiable<sup>27</sup>

Como menciona Lucas en su libro:

---

<sup>25</sup>Navarro V. (2008). Cirugía oral. Editorial Aran. España.

<sup>26</sup> Dolor de la articulación de la mandíbula ATM <http://www.juanbalboa.com/blog/dolor-de-la-articulacion-de-la-mandibula-atm/>:

<sup>27</sup>Signares Salvador. 2007. Trastornos de la ATM <http://www.salvadorinsignares.com/programaonline/programarehabilitacion/atm>

Las ulcera de cúbito, son mas frecuentes en las mejillas y provocados por un tercer molar superior enclavado, incluso puede evolucionar a un carcinoma de células escamosa. La presencia de una o de varias de estas afecciones hacen que este indicada la exodoncia del tercer molar retenido, teniendo en cuenta también que existen un serie de contraindicaciones<sup>28</sup>.

#### **5.2.7. CONTRAINDICACIONES.**

No se debe realizar la extracción de la pieza dental:

En caso que esté presente el proceso infeccioso, así sea agudo o crónico.

Cuando se corre riesgos de lesiones por cuenta de las estructuras anatómicas cercanas, cuando son intervenciones más invasivas.

#### **5.2.8. INSTRUMENTAL UTILIZADO.**

El concepto de materiales quirúrgicos comprende el conjunto de herramientas, sustancias, aparatos y dispositivos necesarios para el cirujano para poder realizar las técnicas operatorias. Se entiende por instrumental el conjunto de útiles manuales diseñados para ejecutar diferentes maniobras o gestos quirúrgicos. Siguiendo las ideas de Vega del Barrio, podríamos considerar los instrumentos como "prolongaciones de las manos y los dedos del operador" gracias a los cuales éste puede concentrar y dirigir su actividad motora de forma más eficaz y potente.

---

<sup>28</sup> Lucas B. (2007) Editorial Instituto Lacer de Salud Buco Dental.

Existen múltiples y numerosas variedades de instrumental utilizado en Cirugía Bucal con el fin de esquematizar, los dividiremos en:

- Instrumentos simples: son los instrumentos manuales que el odontólogo acciona por sí solo (fórceps, porta agujas, entre otros).
- Instrumentos complejos: son de elevado nivel tecnológico (material rotatorio, bisturí eléctrico, láser, entre otros).

### **INSTRUMENTOS SIMPLES.**

En este apartado se podrían incluir muchas variedades de instrumental que pueden estar formados de un solo componente, de dos y de más de dos. Los instrumentos de un solo componente constan de las siguientes partes:

#### **PARTE PASIVA, MANGO O EMPUÑADURA.**

Es la zona por donde se coge el instrumento. Suele ser circular o poligonal y con estrías e irregularidades. La forma del mango es muy variable según el diseño de cada instrumento. Si el instrumento es activo por ambos lados se llama doble. Si sólo es activo por uno de sus extremos, se denomina de mango.

#### **ZONA INTERMEDIA, CUELLO O TALLO.**

Es la zona que une la parte activa con el mango. Puede ser recta o presentar diferentes acodaduras o angulaciones con el fin de dar acceso a las partes activas a las zonas difíciles.

### **PARTE ACTIVA.**

Tiene formas muy variables dependiendo de su función y es lo que da el nombre al instrumento. Ejemplos característicos de instrumentos de un solo componente son: bisturí, escoplo, cureta o cucharillas, entre otros.

Esta sistematización es válida sólo en parte dentro de la Cirugía Bucal ya que la creatividad y el diseño ha dado lugar a una gran variedad de instrumentos quirúrgicos, cuya diversidad de formas es tan amplia que los describiremos separadamente.

Se denominan instrumentos de dos componentes, aquéllos cuya parte activa y pasiva entran en unión o relación mediante un tornillo o cualquier artificio que sirva de eje de giro. Por ejemplo: pinzas, tijeras, fórceps, entre otros. Los instrumentos de más de dos componentes no pueden describirse de forma sistematizada y los comentaremos separadamente: jeringas de anestesia, piezas de mano, entre otros.

## **INSTRUMENTOS COMPLEJOS.**

Son aquellos que aunque manejados por el odontólogo o el cirujano bucal son de una complejidad tecnológica importante, como por ejemplo el bisturí eléctrico, la radiación láser, entre otros.

Los instrumentos necesarios para el odontólogo general en procedimientos quirúrgicos bucales varían grandemente dependiendo del número y el carácter de las intervenciones que realice. Hay muchas variantes de todos los instrumentos; nosotros expondremos las más clásicas y que son de uso generalizado por gran número de especialistas. De todos ellos debemos conocer el trabajo para el cual están destinados y las indicaciones para su uso, evitando así los movimientos inútiles y la desorganización.

Describiremos brevemente a continuación aquellos instrumentos, dispositivos y materiales más usados en Cirugía Bucal, al igual que sus aplicaciones generales, sin intención de sistematizarlos, ya que tanto por su forma, origen, componentes, entre otros, como por el tipo de intervención quirúrgica en la que se usan, esto sería poco práctico, difícil de hacer y de dudoso interés didáctico.

## **INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA.**

### **JERINGAS.**

En Cirugía Bucal la Jeringa metálica tipo Carpule, son las jeringas de elección, para la aplicación de la anestesia, actualmente por sus múltiples ventajas:

- Permiten la aspiración mediante la tracción hacia atrás del émbolo de goma.
- Se cambian las agujas para cada paciente.
- Su limpieza y su esterilización son fáciles.
- La infiltración es bajo presión manual a través del émbolo, y puede por tanto, controlarse.
- Se cambian los viales de solución anestésica en cada paciente.

Los distintos fabricantes han colocado en el mercado diferentes tipos de jeringas metálicas tipo Carpule, por ejemplo de carga lateral o posterior del vial, con un sistema de prensión digital del extremo distal del pistón en forma de T o de anillo, roscado de las agujas en un resalte o cono axial o sujeción de éstas en un sistema de mordaza, etc.

Cada profesional escogerá según sus preferencias el modelo de esta jeringa a utilizar, pero recomendamos además tener a mano distintos tipos de jeringas de cristal o de plástico desechables de diferentes tamaños (tipo insulina, entre otros) en previsión de cualquier eventualidad como la administración de



fármacos por vía parenteral, irrigación del campo operatorio con suero fisiológico estéril, entre otros.

## **AGUJAS**

La aguja dirige la solución anestésica desde la jeringa hacia el interior de los tejidos, de las agujas hay que tener en cuenta su calibre y longitud. El calibre se refiere al diámetro interno del lumen de la aguja; a menor número, mayor es el diámetro interno; así por ejemplo una aguja de calibre 35 tiene un diámetro interno menor que una de 30. Se supone que las agujas de pequeño calibre son menos traumáticas, aunque las de mayor calibre impiden su flexión al atravesar los tejidos, existe menos probabilidad de rotura y la aspiración es más fácil y fiable. En cuanto a la longitud, las agujas pueden ser cortas o largas, entre 25 y 40 mm. En el mercado podemos encontrar fundamentalmente 2 tipos de agujas:

- Agujas desechables para jeringas tipo Carpule. Son las más recomendables por numerosos motivos:

- Punción poco molesta por su fino calibre. Sin embargo, esto exige una técnica delicada con el fin de evitar movimientos bruscos que puedan fracturar la aguja. Esta no debe doblarse nunca.

- Las agujas se enroscan en la jeringa por un acoplamiento de plástico o metálico que llevan incorporadas. La extremidad anterior o elemento activo se introducirá en los planos anatómicos deseados.

La extremidad posterior está destinada a perforar el diafragma de goma del tubo o vía Carpule.

- Todas las agujas son desechables y se proporcionan estériles dentro de envoltorios o capuchones especiales.

Como menciona Gay en su libro:

La mayor consistencia de estas agujas las hace más resistentes a la fractura. No deben doblarse ni someterse a recalentamientos repetidos ya que esto favorece su rotura. La longitud suele ser de 10 a 37 mm; el diámetro varía de acuerdo con el calibre. El bisel de una aguja puede ser corto o largo. Costich y White recomiendan las agujas de bisel corto<sup>29</sup>.

## **ELEVADORES.**

Este instrumento es usado para luxar el diente del hueso adyacente, además facilita la remoción de raíces fracturadas es de gran ayuda en los procesos quirúrgicos, los tres tipos básicos de elevadores son el tipo recto, el triangular o forma de bandera y el angulado o apical.

---

<sup>29</sup> Gay C, 2009. Tratado de cirugía bucal tomo I. Editorial Elsevier. España.

El elevador recto es el de mayor uso en la luxación de dientes, el segundo elevador de mayor uso es el triangular o de bandera, estos elevadores vienen en pares, uno derecho y uno izquierdo, este es un instrumento delicado usado para tomar pequeños restos radiculares de sus alveolos, y por último se encuentra el elevador angulado, usado básicamente para remover raíces y el elevador apical, este es un instrumento delicado usado para tomar pequeños restos radiculares de sus alveolos.

### **BISTURÍES.**

Es el instrumento para realizar las incisiones en cualquier tipo de cirugía, consta de un mango metálico esterilizable y la hoja que es cambiable y de un solo uso. Las hojas vienen estériles precintadas en sobres. Las hojas más usadas en cirugía oral son las del número 15,11, y 12.

### **PINZAS.**

Las pinzas son instrumentos que se usan para separar colgajos, para aproximar bordes y sobre todo para suturar, la pinza más usada es la de mosquito la cual es una pinza hemostática que tiene cierre de cremallera y por ello es de presión continua

## **TIJERAS.**

Son los instrumentos de corte, pueden ser grandes y pequeñas, rectas o curvas y con mangos largos para las zonas más profundas de la boca. Las tijeras que usemos para cortar tejidos no deben emplearse para cortar otras cosas.

## **PERIOSTÓTOMOS.**

Son instrumentos romos que tras la incisión de los tejidos sirven para despegar la mucosa vestibular y palatina o lingual del periostio del hueso, y así poder hacer un colgajo que nos permita intervenir de forma cómoda. También se los conocen como despegadores, o sindesmotomos.

## **CURETAS.**

Sirven para eliminar tejidos enfermos de los maxilares, quistes, granulomas y en extracciones en las que vemos focos periapicales en las radiografías y no han salido con la pieza dentaria, dicho de otra manera sirven para legar el hueso enfermo.

## **PINZAS GUBIAS.**

Son pinzas cortantes, que sirven para eliminar tejidos duros, tienen bordes cóncavos afilados así como la punta, se usan para cortar puntas óseas de

tablas alveolares que han quedado agudas, por tanto sirven para regularizar superficies óseas irregulares.

### **LIMAS DE HUESO.**

Son instrumentos cuya parte activa es una lima que se usa para regularizar bordes de crestas que no hayan quedado uniformes después de las exodoncias.

### **INSTRUMENTAL ROTATORIO.**

Se usan frecuentemente micro motores quirúrgicos que montan la pieza de mano y a su vez las fresas quirúrgicas, las piezas de manos suelen ser rectas, aunque podemos usar contra ángulos, y las fresas que podemos usar son de carburo de tungsteno o de acero. Las hay de diferentes formas y tamaños, las más utilizadas son las redondas para la extirpación de hueso de preferencia vestibular. Las fresas de Stoddart y de diamantes de punta de lápiz se las utiliza para realizar la técnica de Odontosección.

### **FORCEPS.**

Son instrumentos que en forma de pinza y actuando como una palanca de 2º grados, coge a la pieza dentaria mediante diferentes movimientos que rompen el ligamento alveolo dentario, expulsando la pieza del alveolo. Consta de un

mango, de un cuello y de su parte activa. Tenemos fórceps específicos para el maxilar superior con una angulación de 30 ° y 45° grados y para el maxilar inferior con 90°. Para extraer restos radiculares se usa el fórceps de bayoneta el cual presenta bocados más finos por lo cual facilita la aprensión del resto radicular y así poderlo retirar del alveolo.

### **5.2.9 COMPLICACIONES**

Las complicaciones son accidentes, fenómenos adversos que sobrevienen durante un acto operatorio o después de él. En la exodoncia de los terceros molares retenidos, pueden ocurrir las mismas complicaciones que en cualquier exodoncia, pero el hecho de que se trate de un acto quirúrgico con características propias y que tenga lugar en una zona de encrucijada anatómica, hace que las complicaciones sean especialmente frecuentes y adquieran características propias. Por las características anatómicas, por la amplia inervación de la región y sus implicaciones patogénicas, la mayor parte de los terceros molares acaban por presentar una patología.

La diferencia entre la cirugía del cordal inferior y el superior son evidentes por la implicación anatómica y quirúrgica de cada uno de ellos. En el inferior, el dolor y la tumefacción postquirúrgicos son casi constantes, mientras que en superior suele ser menos doloroso y la inflamación inferior.

El tiempo quirúrgico está condicionado por la destreza del cirujano y por la dificultad de la intervención, pero está sobradamente demostrado que cuanto más se prolongue la cirugía, también se incrementa el riesgo de dolor e inflamación postquirúrgicos. También puede aparecer una mialgia no inflamatoria por un esfuerzo prolongado de la apertura bucal, que se va a manifestar por dolor y limitación en la apertura bucal.

El riesgo de la alveolitis está siempre presente y es difícil de prevenir, ya que su etiopatogenia esta mediada por un proceso multifactorial donde se incluye la fibrinólisis y la infección. El dolor es de aparición tardía y se irradia hacia el pabellón auricular y zonas vecinas. Existen varios factores que se creen que influyen en la incidencia de complicaciones después de la extracción, como puede ser la edad, el sexo, el uso de anticonceptivos orales, la presencia de pericoronitis, una higiene oral deficiente, consumo de tabaco, el tiempo de reacción que tenga el molar y la relación que tenga el tercer molar con el nervio dentario inferior.

SEGÚN LAGOS<sup>30</sup>: Como complicaciones acompañadas de dolor en la cirugía de cordal incluido cabe señalar, también la fractura de la mandíbula intraoperatorio o tardía, o la formación y resolución de hematomas con posible necrosis de la mucosa. La contractura muscular o trismus, puede ser debido en general a una contractura refleja por el dolor en la zona o por infiltración

---

<sup>30</sup>Lago

Lucia

(2007)

[http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%](http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%20)

inflamatoria de los músculos maseteros o pterigoideo, difusa en forma de celulitis o concreta formando un absceso, también puede ocurrir durante la infiltración anestésica.

A su vez se pueden presentar varios tipos de fracturas dentarias donde puede ocurrir que se fracture una parte del tercer molar, normalmente una de sus raíces o un fragmento de estas, como suele suceder con frecuencia en caso de fracturas curvas. Obviamente, ante tal eventualidad, lo que precede es intentar extraer el fragmento roto y sólo en el caso en el que su exodoncia conlleve un riesgo de complicaciones mayor que dejarlo retenido, procederemos a dejarlo allí, informando al paciente y realizando controles periódicos radiográficos.

Luxación o fractura distal del segundo molar, necrosis pulpar del segundo molar. Desplazamiento del cordal a espacios anatómicos adyacentes, esto es posible si la luxación del tercer molar se realiza de forma brusca o poco cuidadosa. Este puede ser desplazado hacia el piso de boca, al conducto dentario inferior, al espacio submaxilar o al espacio parafaríngeo.

Como menciona Espinoza:

Cuando se presenta una complicación de este tipo, "el cirujano debe valorar si tiene suficiente pericia y si es factible recuperarlo en el mismo acto quirúrgico, lo cual es siempre lo deseable. Hay autores que han sugerido la posibilidad de dejar el molar sin recuperarlo y hay algunos casos publicados que han permanecido asintomáticos



durante años. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que hay que retirarlo<sup>31</sup>.

La alveolitis u osteítis alveolar es una infección reversible y localizada de forma superficial; es de aparición tardía (de 2 a 4 días después de la extracción). Schwartz la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo.

El coágulo, al no organizarse se desintegra, la frecuencia varía entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales y puede llegar del 20 al 30 % en terceros molares mandibulares. Es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría de los casos se observan entre la tercera y cuarta décadas de la vida.

Se describe como la complicación más frecuente de la extracción dental y la causa más común de dolor en el posoperatorio tardío de las consultas de urgencias. Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cuál es la etiología del proceso, se considera como una afección multifactorial. Definirla es difícil, pero se consideran algunos factores que aumentan su frecuencia como: aporte vascular disminuido del hueso, pacientes, con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala

---

<sup>31</sup> Espinoza M. (2007). La anatomía orientada en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones locales en cirugía bucal. Universidad Central de Venezuela.

higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, de quistes y granulomas.

El uso de anestésicos locales y vasoconstrictores compromete la irrigación del alvéolo de extracción. La isquemia ha sido referida como una de las causas fundamentales de alveolitis, aunque se han reportado casos en pacientes a los que se les ha realizado exodoncia bajo anestesia general.

Como menciona Encinas en su libro:

Existen varios factores que se creen que influyen en la incidencia de complicaciones después de la extracción, como puede ser la edad, el sexo, el uso de anticonceptivos orales, la presencia de pericoronitis, una higiene oral deficiente, consumo de tabaco, el tiempo de retención que tenga el molar y la relación que tenga el tercer molar con el nervio dentario inferior<sup>32</sup>.

Los anticonceptivos orales son otra posible causa de aparición de las alveolitis, ya que estas hormonas predisponen a la trombosis intravascular, también durante la menstruación, debido a que durante este período existe un pico hormonal.

Un último factor sospechado recientemente es la posible disminución de la capacidad defensiva y regenerativa, por una causa endógena. Se puede hablar

---

<sup>32</sup>ENCINAS Miguel Ambrosio, 2012 Monografías científicas en cirugía Implantología y Periodoncia. Pág. 197-198. Editorial Visión Libros. España.

en tal caso de un déficit inmunitario o más genéricamente de la llamada disreactividad hística.

### **Clasificación y clínica**

La clasificación de las alveolitis se agrupa generalmente en:

Alveolitis seca: alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exagera con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente, especialmente el sueño.

Alveolitis húmeda o supurada: inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado

#### **5.2.10. Extracción**

SEGÚN ESPINOZA<sup>33</sup>: La exodoncia es aquella parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa de extraer los dientes, mediante unas técnicas e

---

<sup>33</sup> ESPINOZA Martha. 2007. La anatomía orientada en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones locales en cirugía bucal. Venezuela. Universidad Central de Venezuela.

instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga. Los terceros molares retenidos son las piezas dentales con mayor frecuencia para la extracción dental, previo a la realizar la extracción dental se debe hacer un estudio minucioso para poder proceder a realizar este acto quirúrgico.

Cuando un paciente entra en el consultorio ya nos estamos fijando en la presencia que tiene, le estamos realizando una primera exploración extraoral. Una vez que ya hemos escuchado a nuestro paciente debemos pasar a su exploración minuciosa observando la cara, el cuello y la atm. Comenzaremos desde el exterior de la cavidad oral para luego ir analizando su interior con todas sus estructuras<sup>34</sup>.

Según Palma en su libro menciona<sup>35</sup>:

Observación de la cara para conocer su asimetría o asimetría facial. Ante un proceso infeccioso, puede aparecer un aumento de tamaño del lado afectado, en cuyo caso se procederá a la palpación comparando el lado enfermo con el lado sano.

Estudio de la ATM mediante la palpación lateral de ambas articulaciones: situando ambas manos en dicha región se le pide al paciente que abra y cierre la boca, en busca del ruido o dolor articular. Para la palpación de la porción posterior de la articulación se introduce el meñique en el conducto

---

<sup>34</sup> Exploración extraoral <http://www.cs.urjc.es/biblioteca>

<sup>35</sup> Palma A. (2007) Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Paraninfo España.

auditivo externo, tanto en reposo como en movimiento. Se inspeccionarán los movimientos mandibulares y la oclusión

Examen del cuello, mediante una exploración ordenada, realizando una palpación de los ganglios cervicales, así como de los ganglios submentonianos y submandibulares.

Es necesario que en el examen se examinen los siguientes elementos:

**Labios:** Se observará y explorará el color, forma y consistencia. Las alteraciones más frecuentes son: fisuras, boqueras, herpes y úlceras.

**Mejillas:** Desarrollo muscular normal y coloración normal. Se debe realizar una exploración de dentro afuera con la boca abierta. Si se considera oportuno se hará exploración bimanual. En las mejillas pueden existir: leucoplasia, liquen plano y candidiasis.

**Lengua:** Se observará el tamaño (normal, macroglosia y microglosia), la base de la lengua, los bordes y el dorso; igualmente debe de comprobarse la movilidad. La lengua es asiento frecuente de úlceras, leucoplasia y otras alteraciones como la lengua negra o escrotal.

**Suelo de la boca:** Se explora levantando la lengua y con las dos manos<sup>36</sup>.

Cualquier diente puede sufrir la interrupción de su proceso eruptivo, provocando su retención parcial o total dentro de los procesos maxilares. Los terceros molares son los dientes que con más frecuencia sufren el fracaso de su erupción ya sea por causas mecánicas, embriológicas o generales.

---

<sup>36</sup>Examen intra oral <http://www.ugr.es/~pbaca/p1historiaclinicaenop/02e60099f41016303/pr1.pdf> cita lo siguiente:

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos infecciosos (pericoronitis), ulceraciones en mucosa, adenoflemones, entre otros.

Planificación de la exodoncia:

1. Historia clínica
2. Exploración del paciente
3. Diagnóstico
4. Elección del plan de tratamiento
5. Valoración del grado de dificultad
6. Asepsia y esterilización
7. Cirugía propiamente dicha
8. Limpieza del campo: tratamiento de la cavidad ósea
9. Reposición del colgajo y sutura

Los movimientos de luxación deben ser hechos principalmente en forma lateral, produciéndose ésta generalmente hacia lingual. Si las raíces tienen una forma cónica, se pueden efectuar adicionalmente ligeros movimientos rotatorios. Al producirse la luxación del diente, antes de sacarlo de su alveolo es importante cerciorarse de que el reborde gingival distal esté bien separado, para evitar desgarramiento al extraer el molar.

Bajo ningún aspecto se debe aplicar una fuerza de palanca, ya que se puede producir fácilmente una fractura de la mandíbula. Este procedimiento sólo se

puede usar si los demás dientes de la hemiarcada correspondiente están presentes. La falta de un primer molar o de un segundo premolar del mismo lado puede producir luxación hacia adelante del segundo molar.

Cuando la pieza se encuentra retenida el proceso de extracción es más complejo, ya que se procede a realizar la ostectomía necesaria en los rebordes y en el hueso para realizar la cirugía más sencilla y tener mayor acceso a la pieza dentaria. Posteriormente realizar la odontosección de la pieza impactada para seccionarla y a su vez poder retirar la pieza por partes sin dejar ningún resto dentro del alveolo. Las complicaciones son accidentes, fenómenos adversos que sobrevienen durante un acto operatorio o después de él.

En la exodoncia de los terceros molares retenidos, pueden ocurrir las mismas complicaciones que en cualquier exodoncia, pero el hecho de que se trate de un acto quirúrgico con características propias y que tenga lugar en una zona de encrucijada anatómica, hace que las complicaciones sean especialmente frecuentes y adquieran características propias.

Como menciona Espinoza:

Muchas veces el hueso alveolar que cubre a la estructura dentaria se fractura en las extracciones difíciles, el cual puede quedar adherido al diente extraído o permanente dentro de la herida. Este problema se presenta a veces al extraer el tercer molar inferior retenido o en el momento de eliminar un torus mandibular, lesionándose la tabla lingual<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Espinoza M. (2007). La anatomía orientada en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones locales en cirugía bucal. Venezuela. Universidad Central de Venezuela.

### **5.2.11. Control Postquirúrgico**

Intentar reducir al máximo los síntomas secundarios a cualquier intervención quirúrgica bucal, sin interferir el proceso fisiológico de la inflamación que sigue al trauma quirúrgico, debe ser un objetivo primordial para cualquier cirujano.

Tras cualquier acto de cirugía bucal, se pone en marcha el proceso inflamatorio que tiene como síntomas fundamentales un cuadro doloroso de la zona intervenida, la tumefacción de partes blandas con la consiguiente deformidad facial, y a veces un cierto grado de trismo asociado.

Estos síntomas son terriblemente molestos para el paciente, dependiendo su intensidad de múltiples factores como la complejidad del acto quirúrgico, la duración del mismo, la pericia del cirujano, la existencia o no de iatrogenias, la idiosincrasia del paciente, entre otros.

La minimización de tales manifestaciones incide directamente en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes, en el grado de satisfacción por el tratamiento y en la reducción del miedo a este tipo de intervenciones.

Para conseguir el objetivo marcado, disponemos de un enorme arsenal farmacológico y de numerosas medidas terapéuticas, si bien echamos en falta la existencia de protocolos consensuados que nos ayuden a unificar criterios y



que sirvan de guía para tratar a nuestros pacientes desde una perspectiva racional basada en la evidencia científica, y en la experiencia clínica.

Como menciona Tripathi:

“Una de las razones para esta situación puede ser la enorme cantidad de estudios y publicaciones, muchos de ellos contradictorios, que generan enorme controversia y por tanto confusión al profesional, donde cada cirujano disponga de su propia pauta de control de los síntomas postquirúrgicos”<sup>38</sup>.

Los conceptos sobre el control de los síntomas postoperatorios han sufrido importantes modificaciones a lo largo de los últimos años, conforme ha avanzado el conocimiento de las bases fisiopatológicas del dolor y la inflamación así como el mecanismo de acción y la farmacodinamia de los analgésicos y anti inflamatorios utilizados en su tratamiento.

SEGÚN TRIPATHI<sup>39</sup>: Actualmente se hace cada vez más hincapié en la importancia de la prevención del dolor y la inflamación como estrategia, mediante la administración preoperatoria de fármacos que, junto con la medicación postoperatoria clásica permite combatir de manera más eficaz los síntomas postquirúrgicos. Sin embargo, y a pesar de existir suficiente evidencia en la literatura, el uso de la analgesia preoperatoria aún no está extendido de manera que sigue siendo práctica habitual en muchos profesional ésta pauta de

---

<sup>38</sup> Tripathi K. 2008. Libro farmacología en odontología: Fundamentos. Editorial Médica Panamericana. ARGENTINA.

<sup>39</sup> Tripathi K. 2008. Libro farmacología en odontología: Fundamentos. Editorial Médica Panamericana. ARGENTINA.

prescribir tras la intervención algún fármaco analgésico para ser ingerido por el paciente a demanda en caso de sentir molestias.

En la actualidad se acepta que los síntomas postoperatorios dependen no sólo del trauma quirúrgico en sí, sino que en su aparición e intensidad influyen otros factores, muchos de los cuales pueden ser controlados tanto antes como durante la intervención del control de los mismos, así como de un manejo racional de los fármacos disponibles dependerá en gran medida la minimización de los síntomas y por tanto la existencia de un buen postoperatorio<sup>40</sup>.

## **8.4.2 COMPLICACIONES DENTO MAXILARES.**

### **8.4.2.1 Pericoronitis**

Es la inflamación de los tejidos blandos que rodean la corona del diente erupcionado parcialmente, esta entidad es más común en sujetos con edades entre los 17 y 25 años debido a la presencia o proceso de erupción del tercer molar a la superficie de la cavidad bucal.

SEGÚN FERRO<sup>41</sup>.: Cuando la muela del juicio no acaba de erupcionar, se puede producir una inflamación del tejido gingival que la rodea porque se acumula placa bacteriana en un fondo de saco entre la muela y la encía. Esto es muy doloroso y puede observarse adenopatía en lado afecto que denota la infección de los tejidos blandos pericoronarios. El paciente no se cepilla en la

---

<sup>40</sup> Romero -R (2007) Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional [http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205\\_215.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205_215.pdf)

<sup>41</sup> FERRO Camargo María Beatriz. 2007. Periodoncia fundamentos de la Odontología. Segunda Edición. Pág. 184 - 263 Pontificia Universidad Javeriana. Colombia

zona porque es doloroso y ello hace que se acumule más restos de comida y más infección. Al momento que la encía se encuentra inflamada es lastimada por el diente adyacente, esta lastima ocasionando dolor al momento de cerrar la boca, lo que agrava la inflamación

Como menciona Ferro:

Casi siempre corresponde a un área de difícil acceso, y por lo tanto interfiere con los procedimientos de higiene oral, generándose inicialmente un aumento de su volumen, por ello fácilmente puede ser traumatizado al ocluir, por el molar antagonista o durante la función masticatoria. El traumatismo ocasionado por lo dientes antagonistas podría generar ulceraciones en la zona inflamada<sup>42</sup>.

El tratamiento será con antibióticos y analgésicos – antiinflamatorios, unido a tratamiento local con gel y colutorios de clorhexidina. En la mayoría de los casos es suficiente un cepillado vigoroso de la zona, con el gel de clorhexidina, pero los pacientes no suelen cumplir este requisito debido al dolor que provoca.

Como menciona García:

“Una vez resuelta la fase aguda, se remite al odontólogo o maxilofacial, para valorar la resolución del problema de forma definitiva practicando una gingivectomía o recesión del capuchón gingival para liberar la corona de la muela o bien realizando la exodoncia del cordal si procede”<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> FERRO Camargo María Beatriz. 2007. Periodoncia fundamentos de la Odontología. Segunda Edición. Pág. 184 - 263 Pontificia Universidad Javeriana. Colombia

<sup>43</sup> GARCÍA-Fajardo Palacios Carlos.2007. Dolor odonto estomatológico. Editorial Médica Ripano. España.

Entre los tipos de pericoronitis tenemos las siguientes:

- Pericoronitis aguda supurada; el paciente presenta un dolor más intenso que en la forma serosa irradiándose éste hacia la amígdala y oído. Aparece disfagia, odinofagia y trismus poco intenso. La presión de la mucosa del trígono deja escapar un exudado purulento, existiendo a veces halitosis. En esta forma clínica hay afectación ganglionar submaxilar. A la exploración, la encía aparece eritematosa pero recubierta de resto saburral, alimentos o incluso exudado purulento. Su evolución puede ser hacia la curación o bien cursar de forma rápida pudiendo afectar al tejido celular subcutáneo (flemones), al hueso (osteítis) o a ganglios satélites (adenoflemones).
- Pericoronitis crónica; puede cursar subclínicamente o bien con poca sintomatología, presentando una molestia ligera pero constante, trismus leve, halitosis y ligeras molestias en zonas vecinas tales como faringitis a repetición, amigdalitis o gingivitis crónica. La exploración nos muestra una mucosa eritematosa y exudado seropurulento, con restos de alimentos o huellas de traumatismo dentario. La historia clínica del paciente nos puede indicar episodios de pericoronitis agudas previos y mal sabor de boca.

### 5.3.2. Apiñamiento

SEGÚN LAGO<sup>44</sup> : La posibilidad de que los terceros molares inferiores causen apiñamiento dentario inferior es bastante discutida, sin que exista un consenso en la literatura, para algunos autores, el tercer molar mandibular constituye un factor determinante en el desarrollo del apiñamiento incisivo concluyendo que la extracción de los mismos resulta beneficioso en caso de apiñamiento inicial severo. Siendo así, varios ortodoncistas indican la remoción de estos dientes al inicio, o al término del tratamiento ortodóncico, temiendo la pérdida del resultado oclusal obtenido.

Como menciona Medeiro:

Se debe resaltar la importancia en que se indique también la remoción de los terceros molares superiores por todos los aspectos ya discutidos. Postergar esa exodoncia intensifica el grado de dificultad de la extracción debido, “principalmente, a la erupción de ese diente y a la incidencia de fuerzas masticatorias sobre el mismo, lo que aumenta su fijación al hueso alveolar. La remoción de los terceros molares debe realizarse antes de la remoción del aparato ortodóncico, a fin de evitar que el resultado de la corrección acabe perdiéndose<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup>Lago

Lucia

(2007)

<http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%>

<sup>45</sup> Medeiros. P. (2008) . Cirugía de Dientes Incluidos - Extracción del Tercer Molar. Livraria Santos Editora Ltda. Sao Paulo, Brasil.

Como menciona Uribe:

“La conferencia del *National Institute of Health* en 1979 produjo, como consenso general, que hay poca o ninguna justificación para extraer los terceros molares solamente con el fin de minimizar o evitar el apiñamiento futuro de los dientes anteriores inferiores”<sup>46</sup>.

Ades al evaluar registros post retención no encontraron diferencias en individuos con los terceros molares impactados, en posición o función, en ausencias congénitas o que fueron extraídos por lo menos diez años antes. *Sampson* no encontró diferencias en cuanto al apiñamiento entre individuos cuyos molares habían hecho erupción parcial o completa, habían quedado impactados o estaban ausentes

### **5.3.3. Dolor**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional generalmente desagradable, que pueden experimentar todos los seres vivos que disponen de un sistema nervioso, en la cavidad bucal, la lesión puede adoptar la forma de traumatismo causado por procedimiento quirúrgico, como extracción dental, inyección de anestésico local o accidente

---

<sup>46</sup> Uribe G. (2010). Fundamentos de Odontología teoría y clínica. Segunda Edición. Corporaciones para Investigaciones Biológicas.

Como menciona Velayos:

Muchos pacientes refieren dolor debido a los terceros molares que pueden se manifiestan ocasionando inflamación en la encía, infecciones crónicas del hueso, provocando la destrucción de éste a nivel del tercer molar. La presión ejercida sobre los segundos molares ocasiona dolores severos locales y a nivel de la articulación temporo mandibular, y a su vez otros pacientes presentan cefaleas intensas debido a la presión que ejercen los terceros molares al querer erupcionar sin lograr su cometido<sup>47</sup>.

Como menciona García:

“El dolor originado después de una cirugía, está condicionado por la acción traumática sobre las partes duras y blandas en la cavidad oral que desencadenan la cascada bioquímica de los mediadores de la inflamación y alteración de la microcirculación sanguínea”<sup>48</sup>.

En odontoestomatología, el dolor postquirúrgico se reduce fundamentalmente con las siguientes maniobras terapéuticas:

- Técnica anestésica
- Cirugía del cordal incluido
- Exodoncias simples
- Implantología.

---

<sup>47</sup> Velayos S. (2009) Editorial Panamericana Madrid España.

<sup>48</sup> García C. (2007). Dolor Odonto estomatológico. Editorial Ripano. España.

#### 5.3.4. Halitosis

Como menciona Enrile:

La halitosis, también llamada mal aliento, se define como el conjunto de olores desagradables u ofensivos que emanan de la cavidad bucal. Como consecuencia, los individuos que la padecen pueden sufrir situaciones de incomodidad y de malestar psicosocial. Prácticamente todos los individuos han experimentado alguna vez episodios transitorios de mal aliento<sup>49</sup>.

La halitosis es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor en la boca. En su versión crónica está provocada por algunas bacterias que afectan al 25% de la población. Tiene una gran prevalencia en la población general. Se estima que más del 50% de las personas la padecen en algún momento de su vida.

Como menciona Laserna:

“Es muy frecuente presentar halitosis al despertar por la mañana, después de varias horas de sueño, cuando las estructuras de la boca han estado en reposo y la producción de saliva ha sido muy escasa. Es más frecuente en personas que superan los 50 años de edad”<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> Enrile de Rojas F. (2009). Fuenmayor Fernández Vicente. Editorial Médica Panamericana. Manual De Higiene Bucal Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración

<sup>50</sup> Laserna S. 2008. Higiene Dental Personal Diaria. Canadá. Editorial Trafford.



Las causas de la halitosis pueden ser múltiples, desde escasa higiene bucal, hasta enfermedades tan graves como el cáncer de pulmón, pasando por la gastritis crónica, aunque la gran mayoría tiene su origen en la propia boca. El mal olor de la boca se produce por descomposición bacteriana de restos de alimentos entre los dientes, de saliva, de células de la mucosa oral o de sangre, que producen sustancias volátiles como ácidos grasos simples como el ácido butírico, ácido propiónico, ácido valérico y componentes de sulfurados derivados de las proteínas como la putrescina y cadaverina. Debido a esta producción de sustancias, más del 85-90% de las halitosis tienen su origen en la cavidad oral y cuando no existe patología, suele ser por higiene bucal escasa.

El tratamiento correspondiente alivia o cura este síntoma. El tratamiento de la halitosis no resultante de otras patologías anteriormente mencionadas tiene distintas fases consecutivas como: Acudir a un odontólogo que explore la cavidad oral, todas las piezas dentarias y las encías. Es posible que aconseje una tartrectomía para eliminar el sarro y la placa bacteriana y trate las piezas dentales con caries o extraiga las piezas en muy mal estado. Es indispensable el uso de seda dental para eliminar los restos de comida incrustados entre los dientes. Debe realizar después de las comidas y antes del cepillado dental.

Cepillado dental, como mínimo tres veces al día o después de cada comida principal y sobre todo nunca olvidar antes de ir a dormir por la noche. El cepillado de los dientes debe realizarse en todas sus caras y también debe

incluir el dorso de la lengua. Se recomienda un cepillo dental suave si sangran las encías y una pasta de dientes que contenga flúor.

### **5.3.5. Infección**

Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunología y daño estructural de un huésped, causada por un organismo patógeno los cuales pueden ser virus, bacterias, hongos y otros tipos de microorganismos. Los tipos de infección pueden ser de tipo local o sistémico.

Las infecciones odontógenas son aquellas que tienen su origen en el propio diente o en los tejidos que lo rodean íntimamente, progresa a lo largo del periodonto hasta el ápice, afectando el hueso periapical y desde esta zona se disemina a través del hueso y del periostio hacia estructuras vecinas o más lejanas.

Como menciona Cecotti<sup>51</sup>:

Las infecciones del tercer molar se debe a la falta de espacio para que el cepillo dental penetre y limpie, aun con el enjuague es inevitable el dejar alimentos y a su vez el dolor se presenta en todo momento dependiendo la gravedad y la extensión de la infección, el tercer molar o muela del juicio tiene una erupción

---

<sup>51</sup>Ceccotti S et al. (2007). El diagnostico en la clínica estomatológica pág. 395 Editorial Médica Panamericana. Argentina.

muy difícil por la densidad del hueso y encía que es formada por nuestra dieta, juntando en ocasiones la falta de espacio por genética, eso nos lleva a un foco de posible infección que puede desencadenar desde una infección, celulitis o incluso en mayor gravedad la fractura de la mandíbula.

La angina de Ludwig es una celulitis difusa grave con un comienzo agudo y una rápida extensión, que afecta a los espacios submaxilar, sublingual y submentoniano, de manera bilateral. Suele ser de origen dentario, tras una infección del segundo y tercer molar inferior, las raíces de estos dientes se extienden a menudo debajo de la cresta del musculo milohiideo produciendo una infección periapical que llega al espacio submaxilar y de aquí al espacio submental y sublingual bilateralmente

### **5.3.6 Quistes**

El Quiste dentífero es el segundo quiste odontogénico más común y se inserta en el cuello usualmente se lo relaciona con los terceros molares inferiores y caninos superiores.

Como menciona Cecotti:

El quiste dentífero es el originado del esmalte de un diente que aun no ha hecho erupción, también se denomina quiste folicular. Se observa preferentemente entre la segunda y tercera década de vida, y constituye el más documentado quistes de los niños. Muestra

preferencia por el sexo masculino. Se relaciona especialmente con los dientes proclives a permanecer retenidos<sup>52</sup>.

Por lo regular no hay síntomas, per la erupción tardía casi siempre indica posible formación de quiste dentígero. Este quiste particular es capaz de alcanzar dimensiones significativas, a menudo como resultado de la expansión del hueso cortical. Las lesiones raras veces alcanzan un tamaño que predisponga a fractura patológica. Frecuentemente los quistes dentígeros se presentan de forma solitaria, pero existen reportes en la literatura de casos de quistes múltiples, en conjunto con un sinnúmero de síndromes, tales como displasia cleidocranial y síndrome de Maroteraux-Lamy.

La escogencia del tratamiento más idóneo de los quistes dentígeros es determinada principalmente por el tamaño de la lesión: lesiones pequeñas pueden ser tratadas por medio de enucleación y quistes de mayor diámetro son tratados de forma más segura por medio de marsupialización o descompresión, logrando por medio de estos tratamientos, reducir el tamaño de la lesión y realizando posteriormente en los casos que sea necesario, la remoción quirúrgica por medio de la enucleación secundaria.

Algunas complicaciones pueden ocurrir por causa de los quistes dentígeros, entre ellas encontramos: deformación permanente del hueso debido a la

---

<sup>52</sup>Ceccotti S et al. (2007). El diagnóstico en la clínica estomatológica pág. 395 Editorial Médica Panamericana. Argentina.

expansión cortical, pérdida de dientes permanentes, desarrollo de carcinomas epidermoides o ameloblastomas a partir del epitelio quístico.

### **Etiopatogenia**

Según LAGOS<sup>53</sup>: Existen hasta la actualidad varias teorías que tratan de explicar el origen de los quistes odontogénicos, aunque no se logre una comprensión completa y uniforme en cuanto a su mecanismo de producción. Aún cuando estas teorías no fueron propuestas recientemente, en la actualidad mantienen su vigencia y son consideradas las de mayor importancia. La teoría más conocida según Malassez entre 1885-1887, plantea que el quiste dentífero se origina después que la corona del diente se ha formado por completo, mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona del diente subyacente ya formado.

Mientras que Gillette y Weihmann en 1958 y Bloch-Jorgensen en 1928, hablaron sobre el origen extra folicular del quiste dentífero, el cual sugiere que se origina de quistes periapicales en dientes primarios que van creciendo y englobando al germen del diente permanente. Aún cuando estas sugerencias son posibilidades teóricas, no existe suficiente evidencia para soportarlas. Una tercera teoría propuesta en 1941 por Thomas sugiere que algunos quiste

---

<sup>53</sup>Lago

Lucia

(2007)

<http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%>

dentígero pueden comenzar su formación por degeneración del retículo estrellado durante la aposición del esmalte.

Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva. Mientras que si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existiendo el riesgo de producir fractura patológica del maxilar comprometido. También es importante destacar que los quistes odontogénicos tienen que ser considerados una posible fuente de enfermedades metastásicas.

Las lesiones uniloculares pequeñas se eliminan a través de la osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión. En las lesiones grandes puede ser necesaria una cirugía extensa donde incluso puede haber resección de la mandíbula (Shafer y cols., 1986). Hay dos procedimientos quirúrgicos que se emplean para eliminar estos quistes, marsupialización y enucleación.

La marsupialización es un procedimiento indicado en aquellos casos donde se presentan QD de gran tamaño, que involucran una seria pérdida ósea y que adelgazan peligrosamente el hueso; es muy utilizado sobretodo en niños, en los casos que se pueda guiar la erupción del diente impactado hasta llevarlo a una posición normal teoría según Laskin.

Con relación a la enucleación, siempre que sea posible se prefiere este procedimiento, porque pueden existir transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a la pared del QD, lo cual hace necesario enuclear el quiste y someterlo a un estudio histopatológico, de esta manera se hace una escisión total del tejido patológico, disminuyendo posibilidades de recurrencia y de transformaciones desfavorables.

La enucleación es el tratamiento de elección, con el cual se consigue eliminar la totalidad del contenido patológico, evaluar la presencia de una endodencia correcta en los dientes en relación o próximos al quiste.

La quistectomía no ha de considerarse nunca como la técnica de elección, encuentra su indicación en los casos de quistes maxilares en los que la enucleación conlleva alguno de los siguientes supuestos:

- Lesiones quísticas de gran tamaño, cuya enucleación comprenda el riesgo de una fractura patológica.
- Cuando sea previsible una imposibilidad de eliminación total de la cápsula quística, por acceso inadecuado u otras dificultades técnicas.
- Quistes en pacientes con compromiso médico.

### **5.3.7. Tumores Maxilares**

Los tumores son alteraciones de los tejidos que produzca un aumento de volumen, es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece,

por tanto hinchada o distendida. Cuando el tumor es maligno, tiene capacidad de invasión o infiltración y de metástasis a lugares distantes del tumor primario siendo un cáncer metastásico. El tumor junto con el rubor, el dolor y el calor forman la tétada clásica de los síntomas y signos de la inflamación

SEGÚN LAGO<sup>54</sup>: El queratoquiste es un tumor uní o multilocular de origen odontogénico, revestido por un epitelio estratificado paraqueratinizado característico, con un comportamiento biológico agresivo similar al de una neoplasia benigna, motivo por el cual el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su última revisión acerca de los tumores odontogénicos ha recomendado el término Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ), debido a que refleja mejor su característica neoplásica.

Puede aparecer teóricamente en cualquier localización de los maxilares, aunque 2/3 de los casos se dan en mandíbula, principalmente en la parte posterior del cuerpo y en la rama ascendente, desarrollándose de forma ocasional alrededor de la corona del tercer molar no erupcionado, del mismo modo que un verdadero quiste dentígero, de forma que se ha postulado que el queratoquiste cuando aparece de esta forma ha sufrido una fusión con un quiste dentígero preexistente. El tercer molar puede estar implicado en la aparición de ameloblastomas y tumores malignos, en la mayoría de los casos a expensas de quistes foliculares y queratoquistes.

---

<sup>54</sup>Lago Lucia (2007)  
[http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%](http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%20)



El ameloblastoma es el tumor odontogénico más frecuente. Es una neoplasia benigna, pero localmente invasiva derivada del epitelio odontogénico. Puede formarse en la membrana de un quiste dentífero pero lo más frecuente es que aparezca independientemente del diente impactado. La lesión unilocular es indistinguible de un quiste odontogénico por lo que es obligatorio someter el tejido extirpado a examen histopatológico con fines diagnósticos y para descartar neoplasias. Han sido descritos también casos en los que el quiste odontogénico puede progresar también a lesiones de mayor importancia, como el carcinoma de células escamosas.

Osteítis hiperplásica Por último, hay que señalar la rara osteítis hiperplásica del ángulo de la mandíbula. La infección ósea crónica, particularmente en el joven, puede provocar un cuadro tumoral localizado en el ángulo, recubierto por mucosa hiperplásica y fungosa, ligeramente dolorosa y acompañándose de movilidad del segundo molar y, a veces, de una anestesia mentoniana. La radiografía descubre un tercer molar incluido en el seno de una masa ósea desdibujada, irregular y mal limitada. La biopsia es de una interpretación a veces delicada y sólo la extracción del diente, conduciendo a la curación de las lesiones, permite establecer un diagnóstico de certeza. Su forma radiológica evoca un sarcoma

### **5.3.8. Trismus**

En sentido estricto, el trismo es el espasmo de los músculos masticadores producido por alguna lesión irritativa del sistema nervioso central. Sin embargo el término suele usarse para denominar la contractura de origen inflamatorio o reflejo de los músculos de la masticación a consecuencia de procesos patológicos de los dientes y tejidos vecinos.

En rigor de verdad, siendo el trismus un signo y un síntoma corresponde su aparición a diversos procesos patológicos que condicionan no sólo sus características sino su tratamiento. Encontraremos entonces que los factores etiológicos pueden ser de índole: infecciosa, traumática, tumoral y general. Los músculos masticadores son infiltrados por los microorganismos condicionando una reacción algida que establece la respuesta neuromuscular. Las celulitis y abscesos de origen dentario que invaden región de triángulo retromolar, fosa cigomática y espacio pterigo-mandibular.

Edema doloroso y generalizado de la región, dolor agudo en región distal del tercer molar, ligamento pterigomaxilar, borde anterior de músculo masetero y pared parafaríngea, imposibilidad de apertura de boca que puede ser parcial o total. Disfagia, dificultad en la fonación, infiltración y disminución de la motilidad del hemivejo del paladar correspondiente.

Procesos odontológicos que pueden provocar trismos. Pericoronitis, Angina de Ludwig, procesos agudos de molares superiores a marcha ascendente, osteomielitis. Procesos infecciosos de tejidos vecinos que pueden provocar trismos. Infecciones de la parótida, infecciones de la celda parotídea, infecciones de la celda submaxilar abscesos latero-faríngeos, miositis.

Las fracturas de los maxilares pueden en ciertas ocasiones provocar trismos que puede darse por la reacción espasmódica de los músculos ante el trauma por ejemplo en las fracturas del ángulo mandibular o de la rama; o bien ser de índole mecánica por ejemplo fracturas del arco cigomático con depresión del mismo que impide el desplazamiento de la apófisis coronoides.

Se observan diferentes grados de trismo después de extraer terceros molares inferiores, especialmente cuando estos están retenidos, y son producto del edema y el traumatismo de las técnicas operatorias.

Como menciona Cecotti:

Trismos post-anestésico; generalmente es mediato y parcial siendo desencadenado por el dolor post-anestésico. Utilización de agujas en malas condiciones así como técnicas defectuosas que lesionan el periostio pueden producir pequeños hematomas que pueden actuar como irritantes produciendo reacciones espasmódicas<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup>Ceccotti S. et al. (2007). El diagnóstico en la clínica estomatológica pág. 395 Editorial Médica Panamericana. Argentina.

### 5.3.9 Destrucción del segundo molar.

Como menciona James:

En ocasiones un diente retenido origina suficiente presión en la raíz del diente adyacente, como para provocar una reabsorción radicular. Aunque el proceso por el cual ocurre la reabsorción radicular no está definido, parece ser similar al proceso de reabsorción que sufren los dientes temporales durante la erupción de los dientes permanentes<sup>56</sup>.

Como menciona Carranza:

“Estudios clínicos han reportado que la extracción de terceros molares retenidos suele crear defectos verticales por distal de los segundos molares. Este efecto iatrogénico no está relacionado con el diseño del colgajo y parece ocurrir con más frecuencia cuando se extraen los terceros molares en individuos mayores de edad”<sup>57</sup>.

Como menciona Ash:

Otros factores que parece que juegan un papel en el desarrollo de lesiones en la superficie distal de los segundos molares, sobre todo en los sujetos mayores de 25 años de edad, incluyen la presencia de un folículo patológicamente agrandado, la inclinación del tercer molar y la proximidad del tercer molar con el segundo molar<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> James H. (2010) Cirugía oral y maxilofacial contemporánea Editorial Elsevier España Pag. 156

<sup>57</sup> Carranza et al. 2009. Periodontología. Décima edición. Mac Graw Hill. México.

<sup>58</sup> Ash Nelson.2010. *Anatomía, fisiología y oclusión dental*. Novena edición. Elsevier. España.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **6.1. MÉTODO**

##### **6.1.1. Modalidades básicas de la investigación.**

###### **6.1.1.1 Bibliográfica:**

Es una investigación bibliográfica porque se basó en conocimientos científicos sustentados en libros, revistas, datos de internet, los cuales se han explorado en la comunidad científica.

###### **6.1.1.2 Investigación de campo:**

Es una investigación de campo porque se basó en informaciones obtenidas directamente de la realidad, permitiendo de esta manera, cerciorarse de las condiciones reales en que se han conseguido los datos.

## **6.1.2. NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **6.1.2.1 Explorativo:**

Porque se exploró acerca de la relación que tiene la posición del tercer molar y su incidencia en las complicaciones dento maxilares.

### **6.1.2.2 Descriptivo:**

Se describió las diferentes causas que provocaron los trastornos dento maxilares a causa de los terceros molares.

### **6.1.2.3 Analítico:**

Fue analítico porque se consideraron todos los hechos concernientes a las complicaciones dento maxilares en los pacientes que tuvieron presencia de terceros molares.

### **6.1.2.4 Sintético:**

Porque se hizo una síntesis de la información que tuvieron que ver con complicaciones dento maxilares y sus consecuencias y de esta manera relacionarla con la posición de los terceros molares.

#### **6.1.2.5 Propositivo:**

Porque al final de la investigación se proporcionó una potencial solución a través de una propuesta, para solucionar el problema que se identificó.

### **6.2. TÉCNICAS.**

#### **6.2.1 OBSERVACIÓN.**

Porque se observó el estado bucal que presentan los estudiantes de quinto a séptimo semestre.

#### **6.2.2 ENCUESTA**

Dirigida a los alumnos de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio del quinto al séptimo semestre.

### **6.3. Instrumentos.**

Ficha de Observación.

Formulario de encuesta

Rayos x

#### **6.4. Recursos.**

##### **Talento humano:**

Investigador

Tutor

Estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la U.S.G. P

##### **Materiales:**

Formulario de encuesta.

Ficha de Observación.

Instrumentos de exploración odontológica (guantes, mascarillas, espejos, radiografías)

Materiales de oficina

##### **Tecnológicos:**

Computadora.

Impresora.

Cámara.

Internet.



**Financiero:**

La realización de esta investigación tuvo un costo de \$2154.9

**6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA****6.5.1. POBLACIÓN**

La población la constituye 620 de estudiantes de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

**6.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

119 estudiantes de quinto a séptimo semestre de Odontología.

**6.5.3. TIPO DE LA MUESTRA**

Según el problema y los objetivos formados, el estudio es de tipo: Muestreo estratificado.

## CAPÍTULO VII

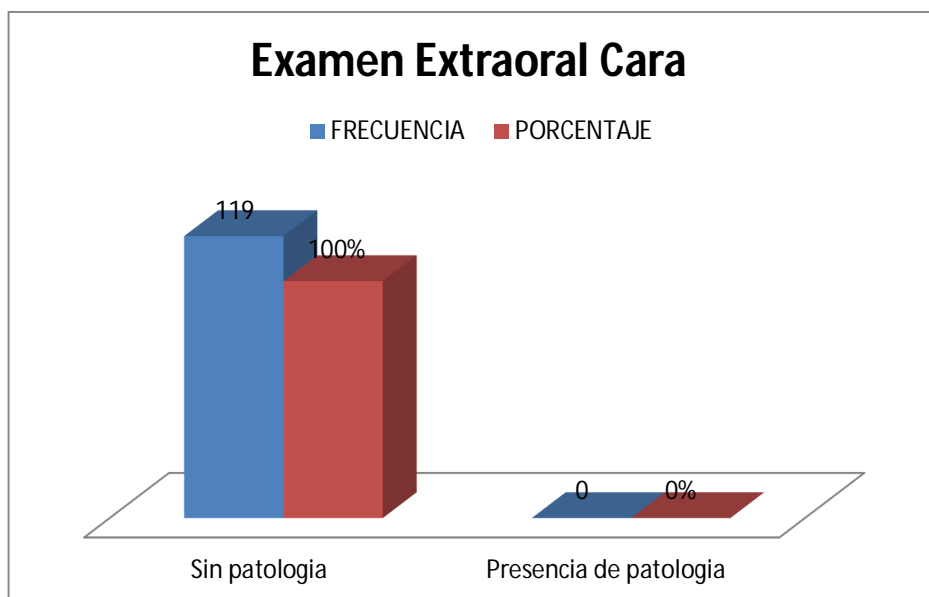
### 7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS INVESTIGADOS

7.1. Fichas clínicas realizadas a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología.

#### GRAFICUADRO 1

##### 1. EXAMEN EXTRAORAL CARA

EXAMEN EXTRAORAL:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>CARA</b>		
Sin patología	119	100%
Presencia de patología	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% de los estudiantes presentan en el examen extraoral la cara normal.

Según Palma en su libro Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica:

Observación de la cara para conocer su asimetría o asimetría facial. Ante un proceso infeccioso, puede aparecer un aumento de tamaño del lado afectado, en cuyo caso se procederá a la palpación comparando el lado enfermo con el lado sano.<sup>35</sup> Pág. 47

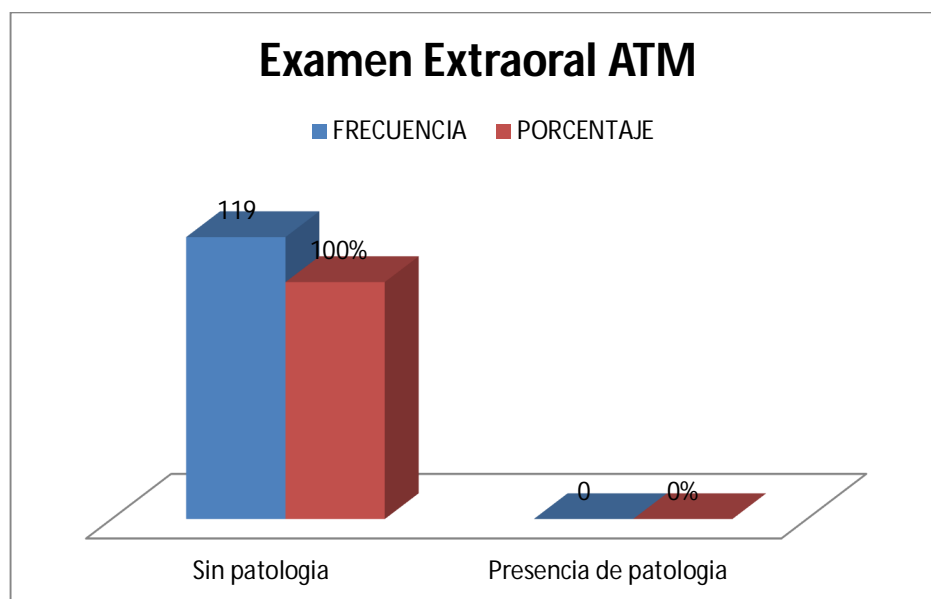
.

Es importante realizar el examen extraoral de la cara para notar si existe algún tipo de anormalidad, inflamación o algún problema que nos conduzca a detectar un diagnóstico acertado sobre posibles problemas relacionados con los terceros molares.

## GRAFICUADRO 2

### 2. EXAMEN EXTRAORAL ATM

EXAMEN EXTRAORAL:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>ATM</b>		
Sin patología	119	100%
Presencia de patología	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% de los estudiantes presentan normalidad en el examen extraoral de la ATM.

Según Palma en su libro Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica:

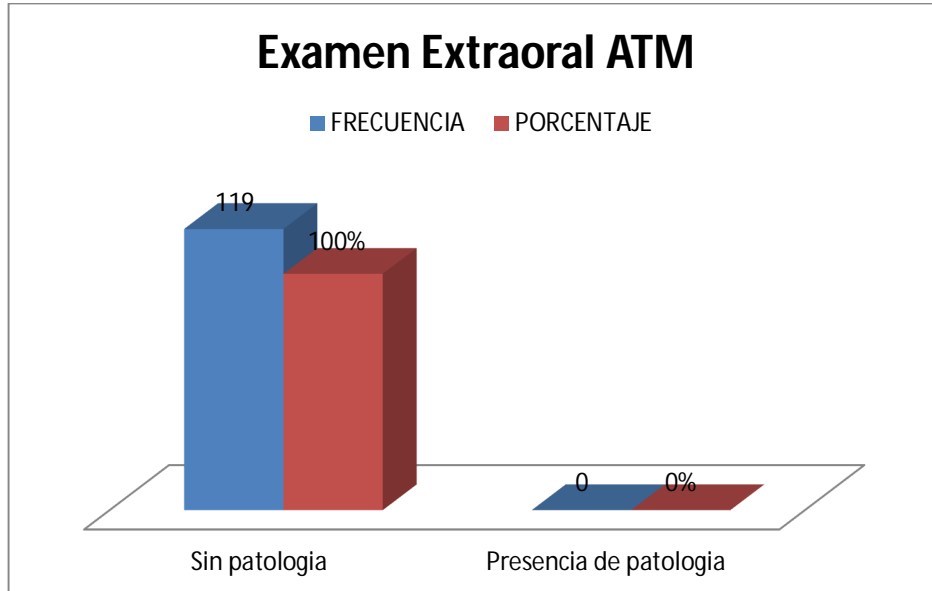
Estudio de la ATM mediante la palpación lateral de ambas articulaciones: situando ambas manos en dicha región se le pide al paciente que abra y cierre la boca, en busca del ruido o dolor articular. Para la palpación de la porción posterior de la articulación se introduce el meñique en el conducto auditivo externo, tanto en reposo como en movimiento. Se inspeccionarán los movimientos mandibulares y la oclusión. <sup>35</sup> Pág. 47-48

Es importante realizar el examen extraoral de la ATM para notar si existe algún tipo de dolor o molestia al momento de abrir o cerrar la boca.

### GRAFICUADRO 3

#### 3. EXAMEN EXTRAORAL CUELLO

EXAMEN EXTRAORAL: CUELLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin patología	119	100%
Presencia de patología	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% de los estudiantes presentan normalidad en el examen extraoral del cuello.

Según Palma en su libro Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica:

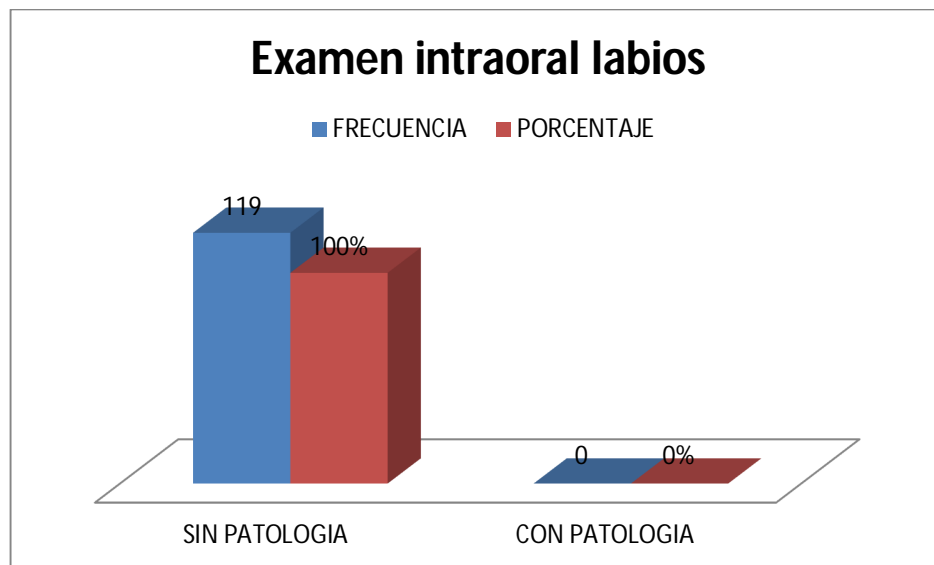
Examen del cuello, mediante una exploración ordenada, realizando una palpación de los ganglios cervicales, así como de los ganglios submentonianos y submandibulares.<sup>36</sup> Pág. 48

Es importante realizar el examen extraoral del cuello para notar si existe algún tipo de inflamación a nivel de los ganglios.

## GRAFICUADRO 4

### 4. EXAMEN INTRAORAL LABIOS

EXAMEN INTRAORAL: LABIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin patologías	119	100%
Presencia de patologías	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% de los estudiantes a nivel intraoral en labios no presentan alteración alguna.

A continuación se indican aquellas regiones más importantes haciendo algunas connotaciones de interés en cada una de ellas:

En la página web

<http://www.ugr.es/~pbaca/p1historiaclinicaenop/02e60099f41016303/pr1.pdf>

m cita lo siguiente:

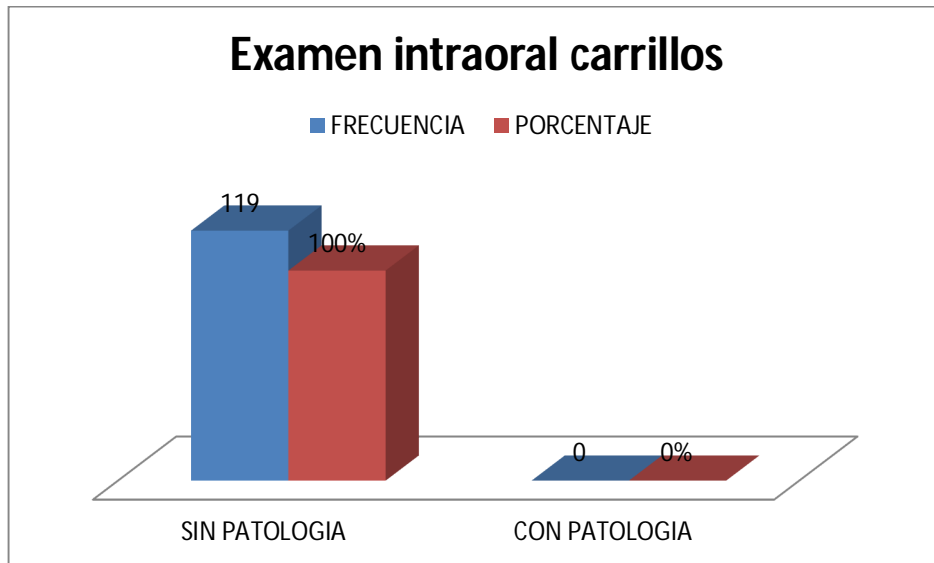
Labios: Se observará y explorará el color, forma y consistencia. Las alteraciones más frecuentes son: fisuras, boqueras, herpes y úlceras.<sup>36</sup>. Ver Pág. 48

El examen intraoral en los labios realizado a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo presentó normalidad en color forma y consistencia sin observarse algún tipo de alteración.

## GRAFICUADRO 5

### 5. EXAMEN INTRAORAL CARRILLOS

EXAMEN INTRAORAL: CARRILLOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin patologías	119	100%
Presencia de patologías	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% de los estudiantes a nivel intraoral en las mejillas no presentan alteración alguna.

A continuación se indican aquellas regiones más importantes haciendo algunas connotaciones de interés en cada una de ellas:

En la página web

<http://www.ugr.es/~pbaca/p1historiaclinicaenop/02e60099f41016303/pr1.pdf>

m cita lo siguiente:

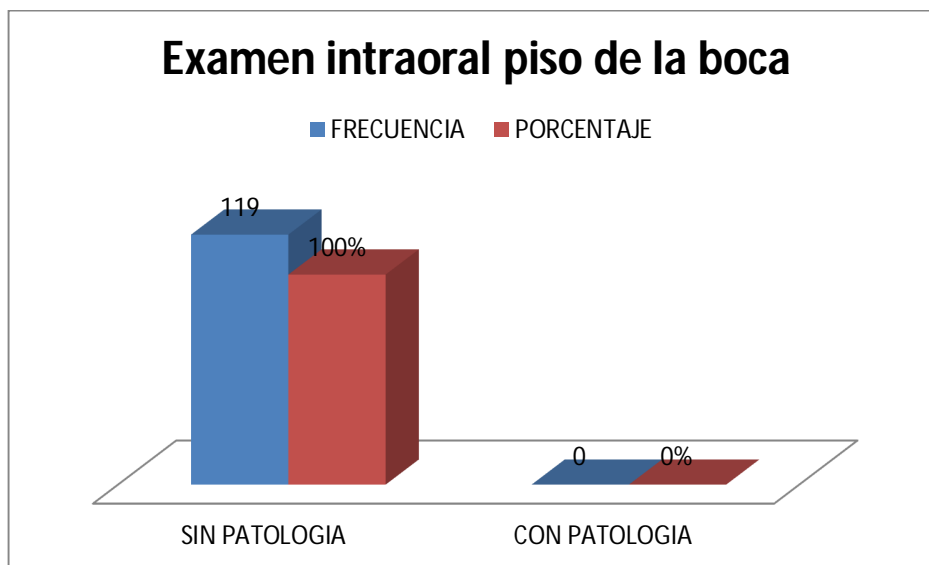
Mejillas: Desarrollo muscular normal y coloración normal. Se debe realizar una exploración de dentro afuera con la boca abierta. Si se considera oportuno se hará exploración bimanual. En las mejillas pueden existir: leucoplasia, liquen plano y candidiasis. <sup>36</sup>. Ver Pág. 48

El examen intraoral en las mejillas o carrillos realizado a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo presentó normalidad y no existió ninguna presencia de patología

## GRAFICUADRO 6

### 6. EXAMEN INTRAORAL PISO DE LA BOCA

EXAMEN INTRAORAL: PISO DE LA BOCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin patologías	119	100%
Presencia de patologías	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología

Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% de los estudiantes a nivel intraoral en el piso de la boca no presentan alteración alguna.

La pagina web:

<http://www.ugr.es/~pbaca/p1historiaclinicaenop/02e60099f41016303/pr1.pdf.co>

m cita lo siguiente:

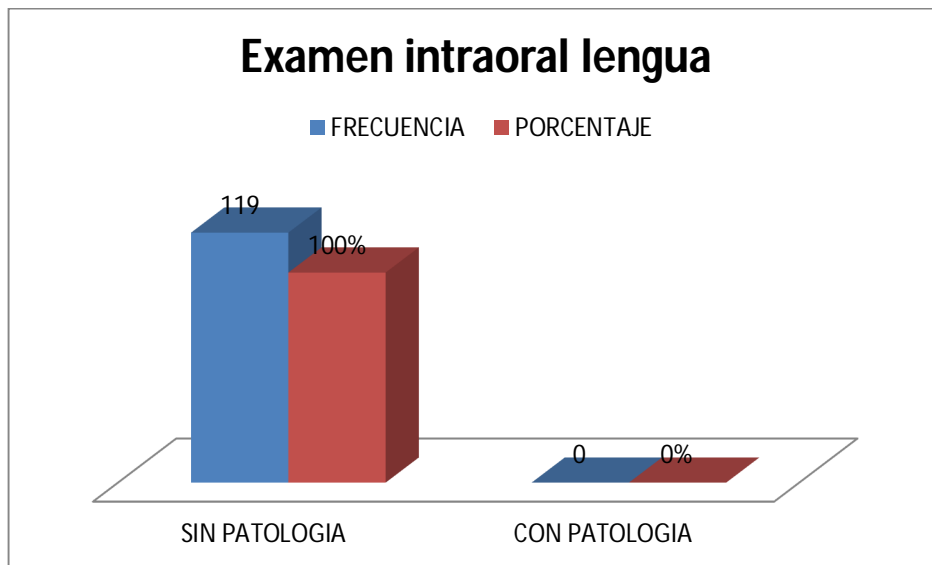
Suelo de la boca: Se explora levantando la lengua y con las dos manos.<sup>36</sup> Ver Pág. 48

El examen intraoral del suelo o piso de la boca realizado a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo presentó normalidad y no existió ninguna presencia de patología

## GRAFICUADRO 7

### 7. EXAMEN INTRAORAL LENGUA

EXAMEN INTRAORAL: LENGUA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin patologías	119	100%
Presencia de patologías	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología

Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% de los estudiantes a nivel intraoral en la lengua no presentan alteración alguna.

La pagina web:

<http://www.ugr.es/~pbaca/p1historiaclinicaenop/02e60099f41016303/pr1.pdf.co>

m cita lo siguiente:

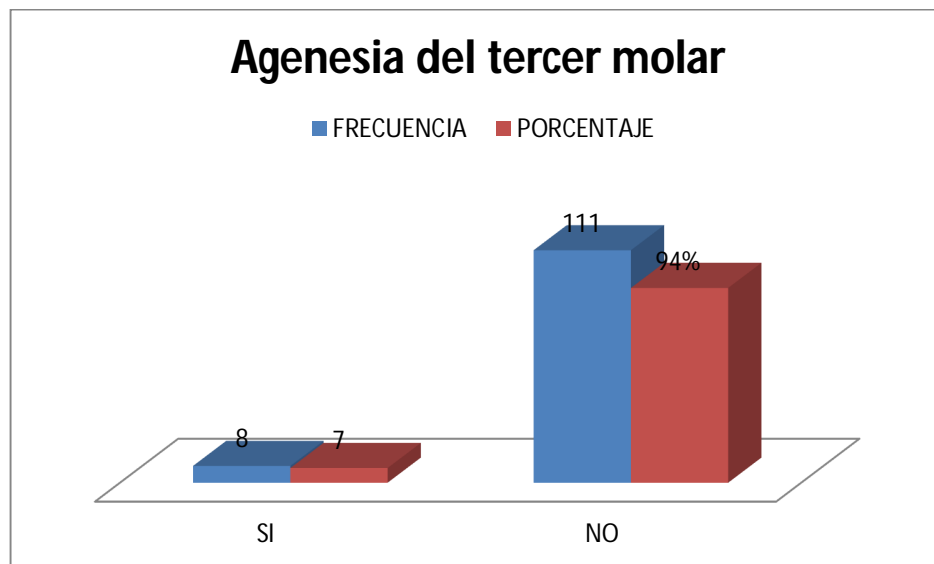
Lengua: Se observará el tamaño (normal, macroglosia y microglosia), la base de la lengua, los bordes y el dorso; igualmente debe de comprobarse la movilidad. La lengua es asiento frecuente de úlceras, leucoplasia y otras alteraciones como la lengua negra o escrotal.<sup>36</sup> Ver pág. 48

El examen intraoral de la lengua realizado a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo presentó normalidad sin presencia de úlceras ni patologías.

## GRAFICUADRO 8

### 8. AGENESIA DEL TERCER MOLAR

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	6%
No	111	94%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 6% de los estudiantes presentaron agenesia del tercer molar. Y el 94% no presentaron agenesia del tercer molar.

Según Ash en su libro Anatomía, fisiología y oclusión dental:

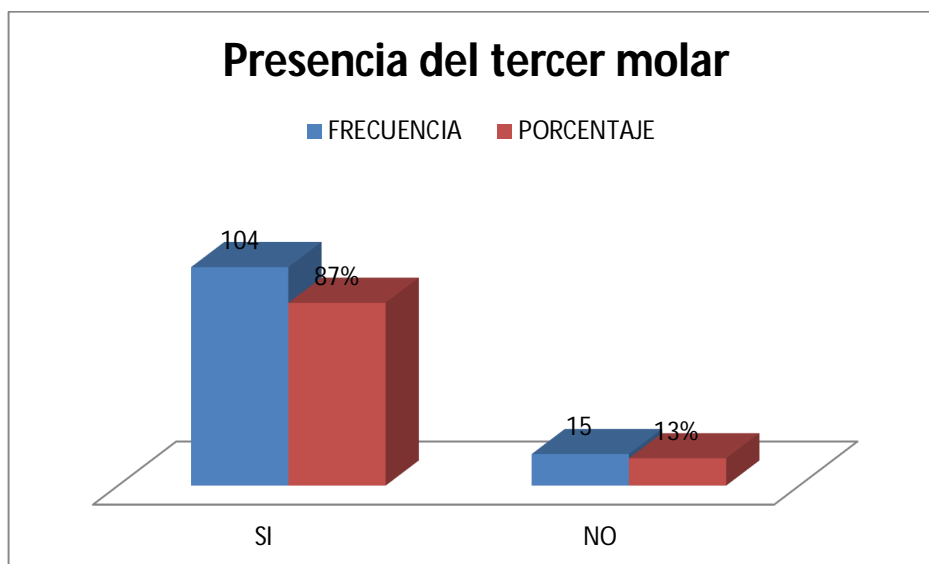
Si el tercer molar está congénitamente en un lado del maxilar o de la mandíbula, lo más probable es que en el otro lado ocurra lo mismo, sin embargo no se ha encontrado una asociación significativa entre la agenesia del tercer molar maxilar y la del tercer molar mandibular.<sup>5</sup>. Ver pág. 12

La agenesia del tercer molar se pudo constatar a través de las tomas radiográficas realizadas a los estudiantes, las cuales reflejaron la ausencia del tercer molar en la cavidad bucal

## GRAFICUADRO 9

### 9. PRESENCIA DEL TERCER MOLAR

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	104	87%
No	15	13%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

En el 87% que corresponden a 104 estudiantes se pudo comprobar la presencia del tercer molar. Y el 13% que corresponden a 15 estudiantes no presentan terceros molares ya que presentan agenesia y se han realizado las extracciones de los terceros molares.

Según NAVARRO Vila en su libro Cirugía oral:

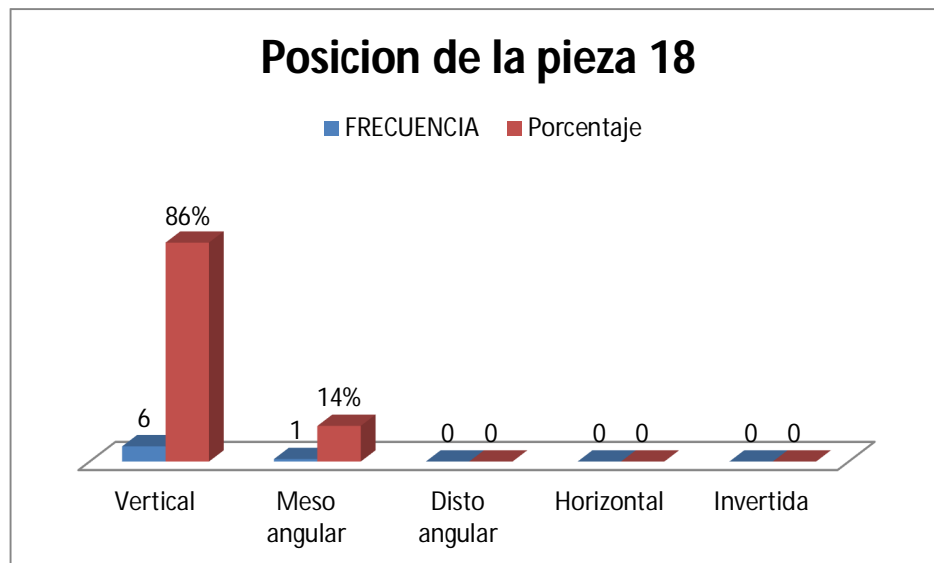
La erupción del tercer molar suele ocurrir entre los 18 y 22 años, en general los dientes impactados con mayor frecuencia son los terceros molares inferiores, los terceros molares superiores y caninos maxilares.<sup>2</sup> .Ver pág. 11

Los terceros molares son piezas dentales que aparecen de los 18 a 25 años de edad, sin importar sexo o raza, la gran mayoría de las personas los presentan ya sean erupcionados o impactados.

## GRAFICUADRO 10

### 10. POSICION DEL TERCER MOLAR PIEZA 18

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vertical	6	86%
Meso angular	1	14%
Disto angular	0	0%
Horizontal	0	0%
Invertida	0	0%
Total.	7	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 86% que corresponde a 6 estudiantes en la pieza 18 la posición vertical predominó y con el 14% correspondiente a 1 persona se encontró la posición meso angular.

SEGÚN NAVARRO VILA en su libro de Cirugía Oral:

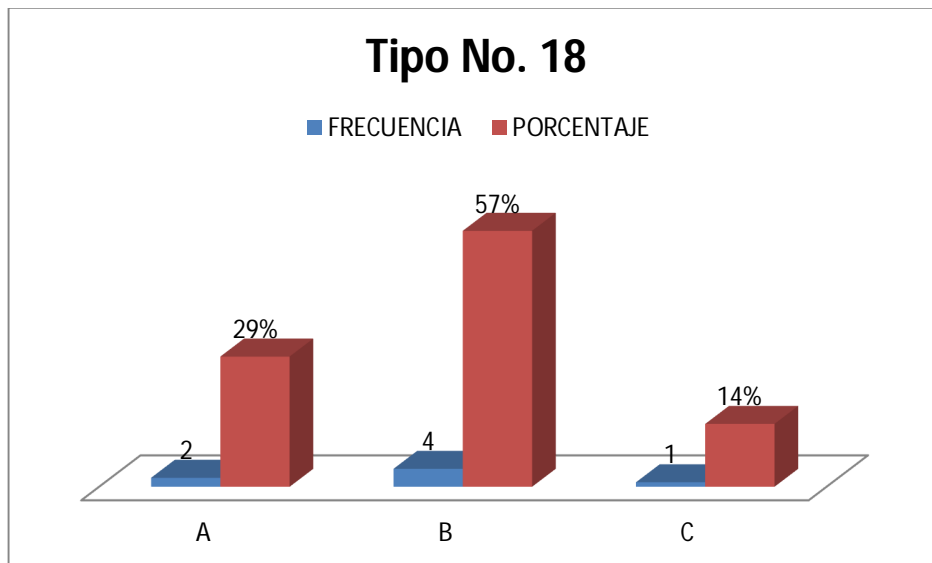
Posición Vertical: su eje longitudinal de implantación se coincide con el del diente mesial; la cara triturante ocupa un plano paralelo e inferior respecto del plano de oclusión del arco; puede registrarse además desplazamiento hacia vestibular o hacia lingual así como el eje dentario rotado.<sup>15</sup> .Ver Pág. 20

La posición vertical es la más frecuente en la pieza 18 la cual se determinó por su presencia en cavidad bucal y por tomas radiográficas y con un mínima presencia la posición de meso angular.

## GRAFICUADRO 11

### 11. Tipo No. 18

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	2	29%
B	4	57%
C	1	14%
Total	7	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 18 con un 57% correspondiente a 4 estudiantes pertenecen al tipo B,

Como menciona Arteaga en su libro Cirugía bucal:

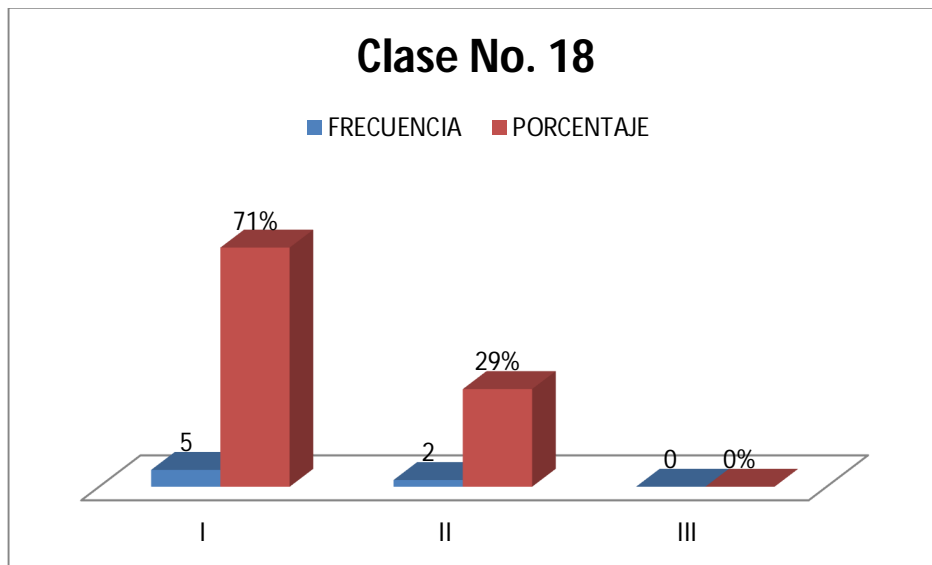
Clase B: Conocida como subgingival; la porción inferior de la corona se encuentra entre el plano oclusal y la línea cervical.<sup>16</sup>.Ver Pág. 23

La clase b fue la situación de la pieza 18 que se encontró en mayor proporción lo cual lo comprobamos mediante la toma radiográfica.

## GRAFICUADRO 12

### 12. Clase No. 18

CLASE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	5	71%
II	2	29%
III	0	0%
Total	7	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 18 con un 71% correspondiente a 5 estudiantes, pertenecen a la clase II

Como menciona Arteaga en su libro Cirugía bucal:

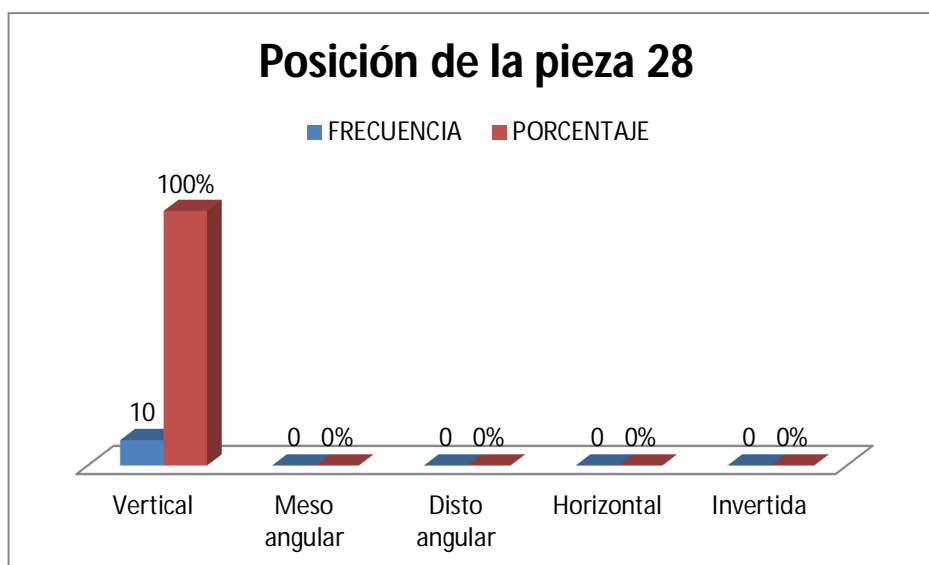
Clase II: Cuando la parte más alta del tercer molar está cerca del seno maxilar, con aproximación sinusal.<sup>16</sup> Ver Pág. 23

La clase II fue la más frecuente en la pieza 18 la cual se determino por tomas radiográficas.

### GRAFICUADRO 13.

#### 13. POSICION DEL TERCER MOLAR PIEZA 28

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vertical	10	100%
Meso angular	0	0%
Disto angular	0	0%
Horizontal	0	0%
Invertida	0	0%
Total.	<b>10</b>	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencion Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 100% que corresponde a 10 estudiantes en la pieza 28 la posición vertical predominó.

Según Navarro en su libro Cirugía Oral:

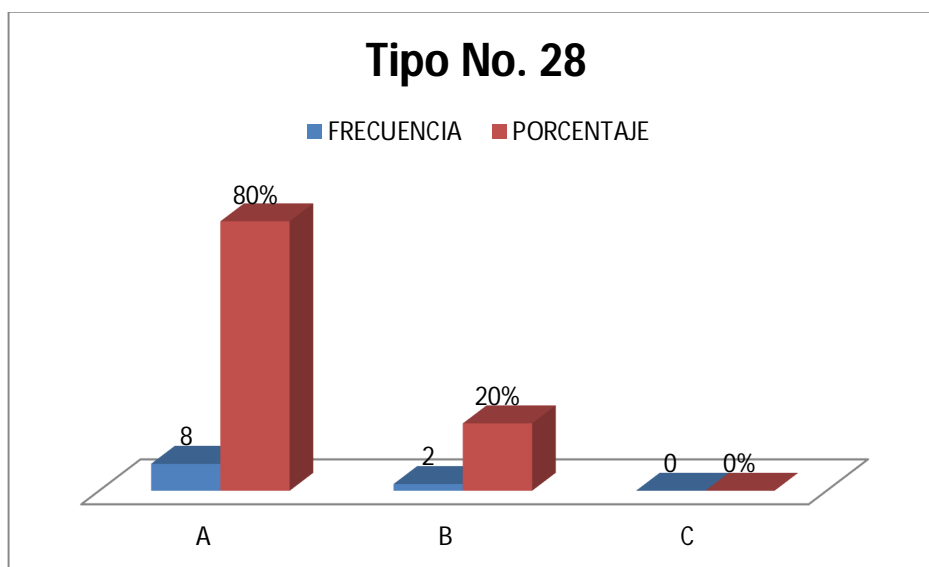
Posición meso angular, el eje de implantación se dirige hacia apical y distal del segundo molar, en tanto que las cúspides mesio oclusales se relacionan con el segundo molar.<sup>15</sup>. Pág. 21

En la pieza 28 la posición que tuvo predominó la posición vertical y no se encontraron otra posición diferente.

## GRAFICUADRO 14

### 14. Tipo No. 28

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	8	80%
B	2	20%
C	0	0%
Total	10	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 28 con un 80% que son 8 estudiantes corresponde al tipo A.

Como menciona Arteaga en su libro Cirugía bucal:

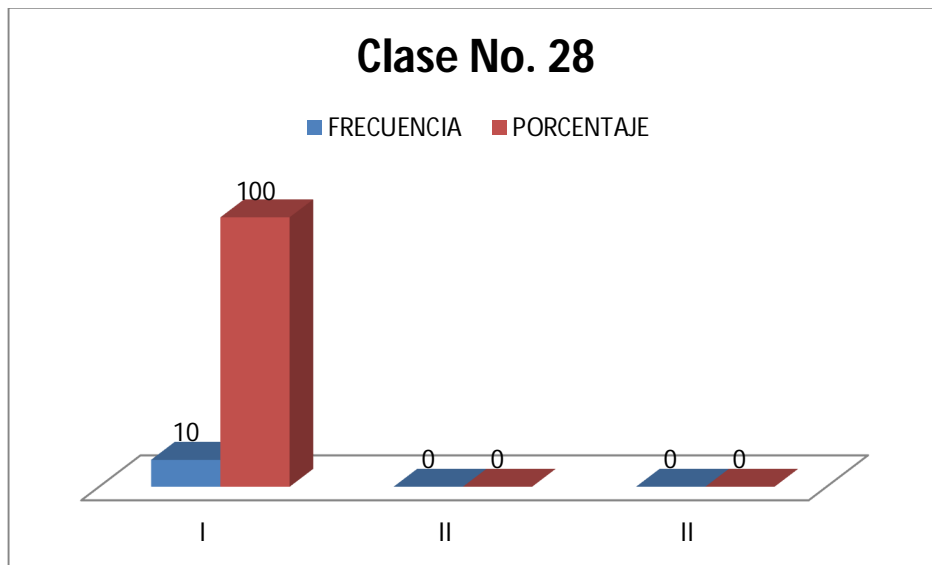
Clase A: La porción de la corona del tercer molar se encuentra a nivel del plano oclusal.<sup>16</sup>. Ver Pág. 23

La clase a fue la situación de la pieza 18 que se encontró en mayor proporción lo cual lo comprobamos mediante la toma radiográfica.

## GRAFICUADRO 15

### 15. Clase No. 28

CLASE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	10	100%
II	0	0%
III	0	0%
Total	10	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 28 con un 100% que son 10 estudiantes corresponde a la clase I

Como menciona Arteaga en su libro Cirugía bucal:

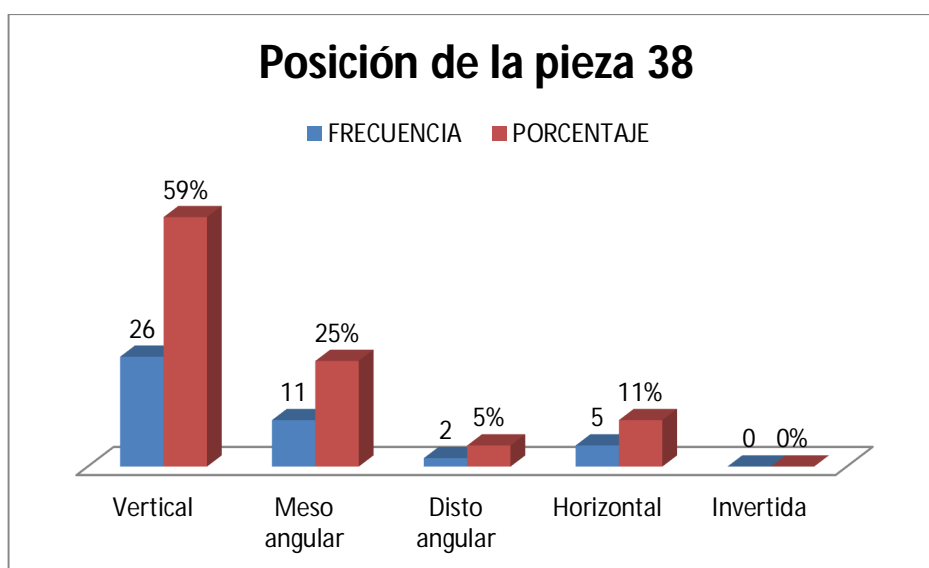
Clase I: Cuando la parte más alta del tercer molar superior está retirado del seno maxilar. Sin ninguna aproximación sinusal.<sup>16</sup> Ver Pág. 23

La clase I fue la mas frecuente en la pieza 28 la cual se determino por tomas radiográficas.

## GRAFICUADRO 16.

### 16. POSICION DEL TERCER MOLAR PIEZA 38

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vertical	26	59%
Meso angular	11	25%
Disto angular	2	5%
Horizontal	5	11%
Invertida	0	0%
Total.	<b>44</b>	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 59% que corresponde a 26 estudiantes en la pieza 38 presentaron la posición vertical, seguida con un 25% correspondiente a 11 estudiantes presentaron la posición meso angular, con el 11% que corresponde a 5 estudiantes presentaron la posición horizontal y con el 5% correspondiente a 2 estudiantes presentaron la posición disto angular.

Según Navarro en su libro Cirugía Oral:

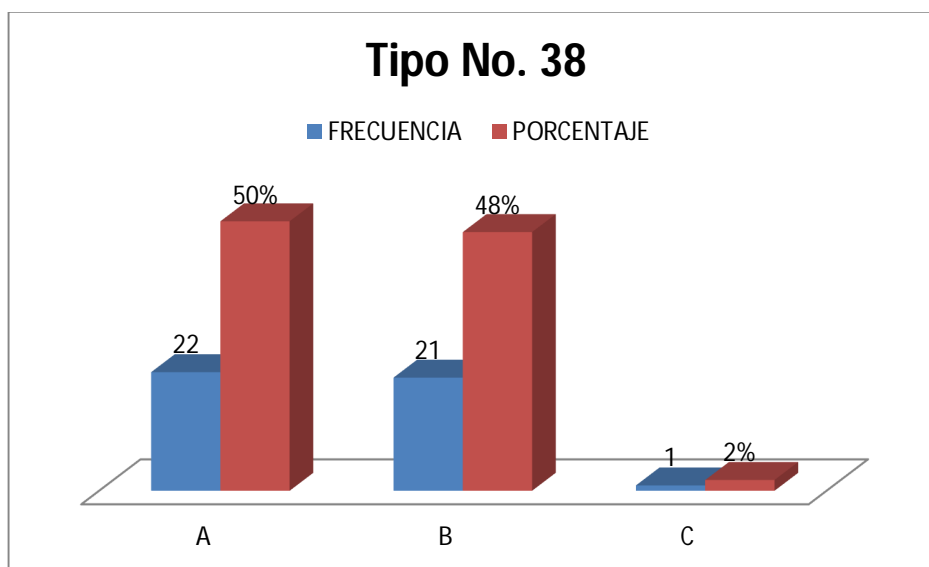
Posición disto angular es inversa a la meso angular, con los ápices orientados hacia el segundo molar y la corona dirigida hacia el surco amular o hacia la rama del maxilar.<sup>15</sup>. Pág. 21.

Mediante la muestra tomada queda comprobado que en la mandíbula el tercer molar tiene un mayor grado de impactación y de variabilidad de posición.

## GRAFICUADRO 17

### 17. TIPO No. 38

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	22	50%
B	21	48%
C	1	2%
Total	44	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 38 con un 50% que son 22 estudiantes corresponde al tipo A muy seguida por la del tipo B

Según Navarro en su libro de cirugía bucal:

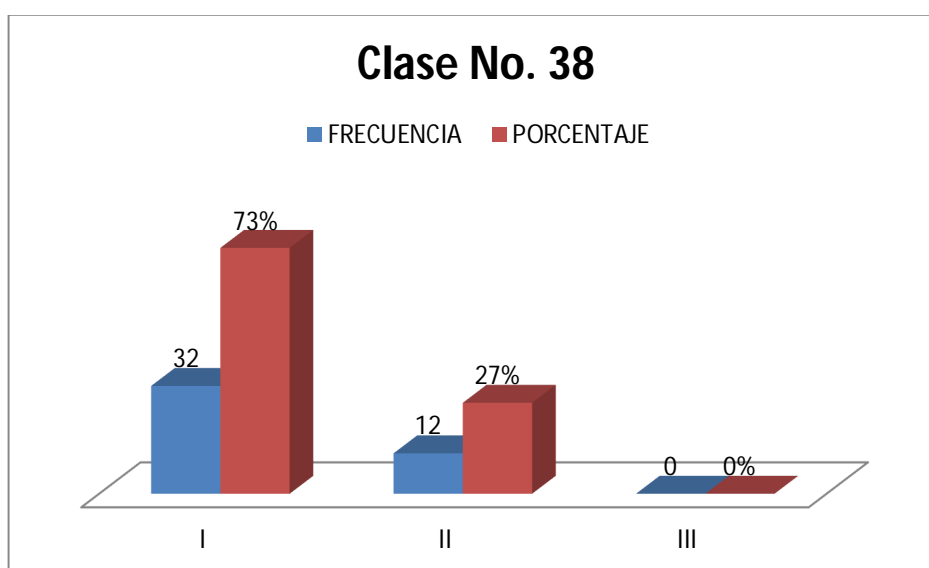
Clase B: Los terceros molares presentan un plano oclusal comprendido entre el del siete y la línea de unión amelo cementaria de este último.<sup>17</sup> Ver Pág. 24

La clase A fue la situación de la pieza 38 que se encontró en mayor proporción lo cual lo comprobamos mediante la toma radiográfica

## GRAFICUADRO 18

### 18. CLASE No. 38

CLASE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	32	73%
II	12	27%
III	0	0%
Total	44	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 38 con un 73% que son 32 estudiantes corresponde a la clase I

Según Navarro en su libro de cirugía bucal:

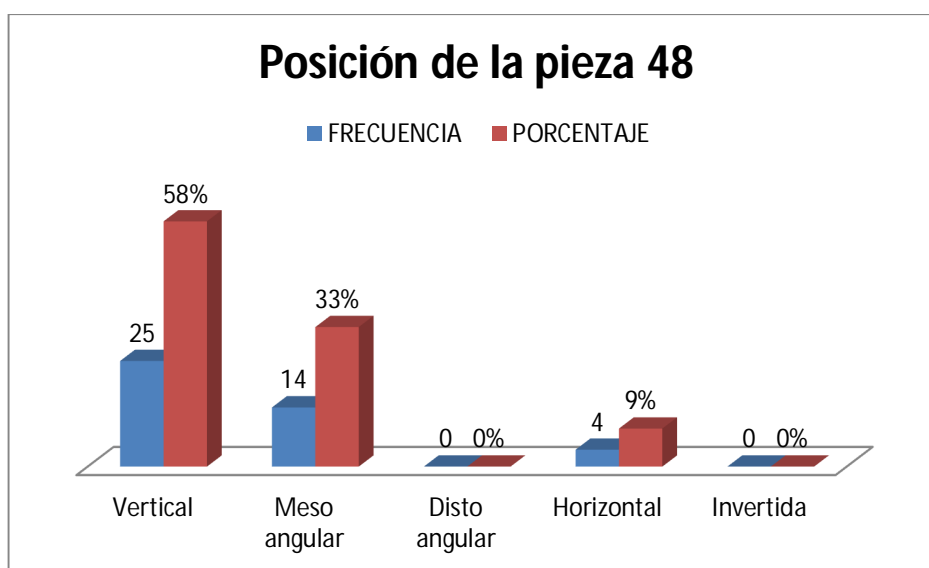
Clase I: Toda la corona se encuentra anteriormente a la rama de la mandíbula.<sup>17</sup>. Ver pág. 24

La clase I fue la más frecuente en la pieza 38 la cual se determino mediante tomas radiográficas.

## GRAFICUADRO 19.

### 19. POSICION DEL TERCER MOLAR PIEZA 48

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vertical	25	58%
Meso angular	14	33%
Disto angular	0	0%
Horizontal	4	9%
Invertida	0	0%
Total.	43	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 58% que corresponde a 25 estudiantes en la pieza 48 presentaron la posición vertical, seguida con un 33% correspondiente a 14 estudiantes presentaron la posición meso angular, con el 9% que corresponde a 4 estudiantes presentaron la posición horizontal.

Según Navarro en su libro Cirugía Oral.

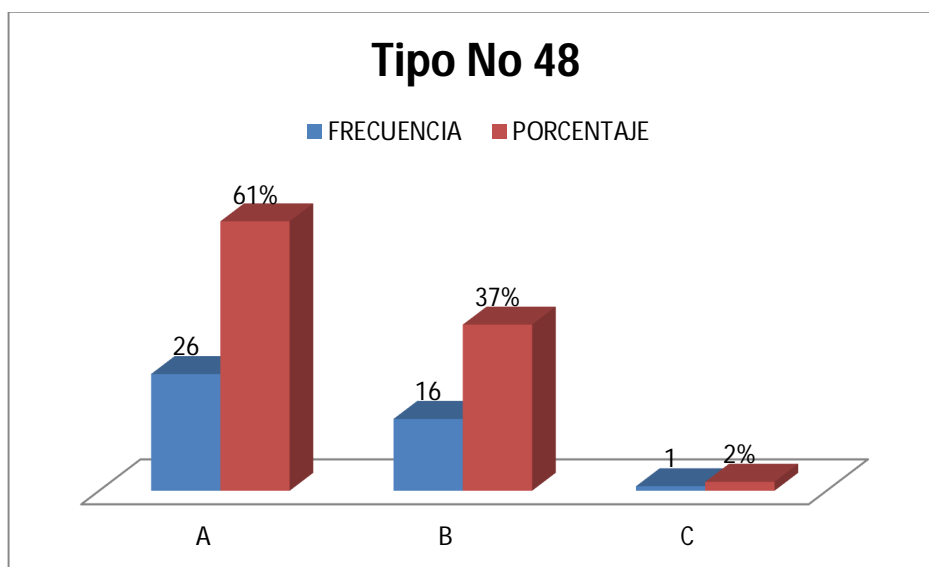
Posición horizontal: con el eje corono radicular transversal y la cara oclusal dirigida hacia la pieza contigua.<sup>15</sup>. Ver Pág. 21.

Mediante el estudio y la toma radiográfica tomada a los estudiantes se comprueba que el maxilar inferior tiene mayor incidencia de impactación y retención de la pieza cordal.

## GRAFICUADRO 20

### 20. TIPO No. 48

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	26	61%
B	16	37%
C	1	2%
Total	43	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 48 con un 61% que son 26 estudiantes corresponde al tipo A.

Según Navarro en su libro de cirugía oral:

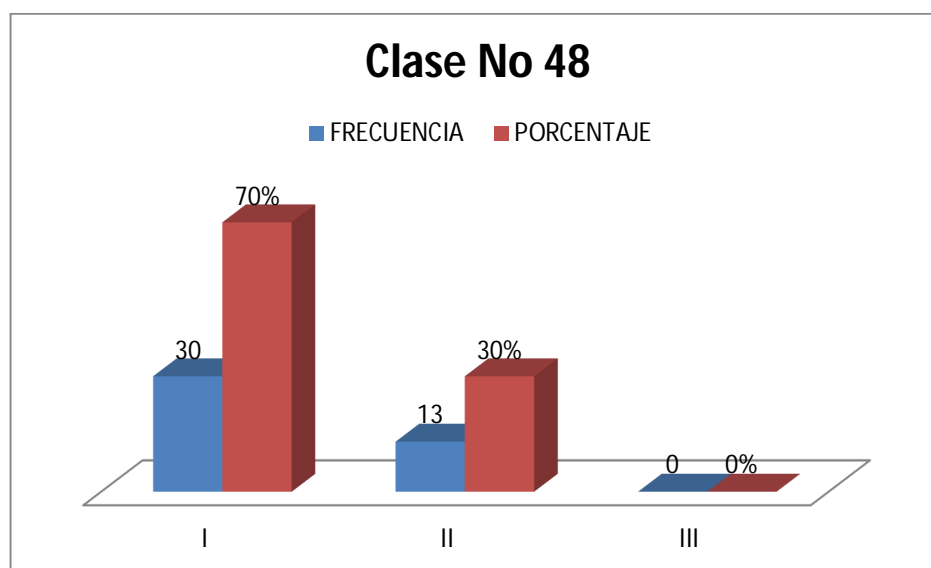
Clase A: Los planos oclusales del siete y del tercer molar se encuentran más o menos al mismo nivel: se trata, por lo tanto, de inclusión superficial, a menudo solo la mucosa.<sup>17</sup>. Ver Pág. 24

La clase A fue la situación de la pieza 48 que se encontró en mayor proporción lo cual lo comprobamos mediante la toma radiográfica

## GRAFICUADRO 21

### 21. CLASE No. 48

CLASE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	30	70%
II	13	30%
III	0	0%
Total	43	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Del total de piezas incluidas de la pieza 48 con un 70% que son 30 estudiantes corresponde a la clase I

Según NAVARRO VILA en su libro en su libro de cirugía oral:

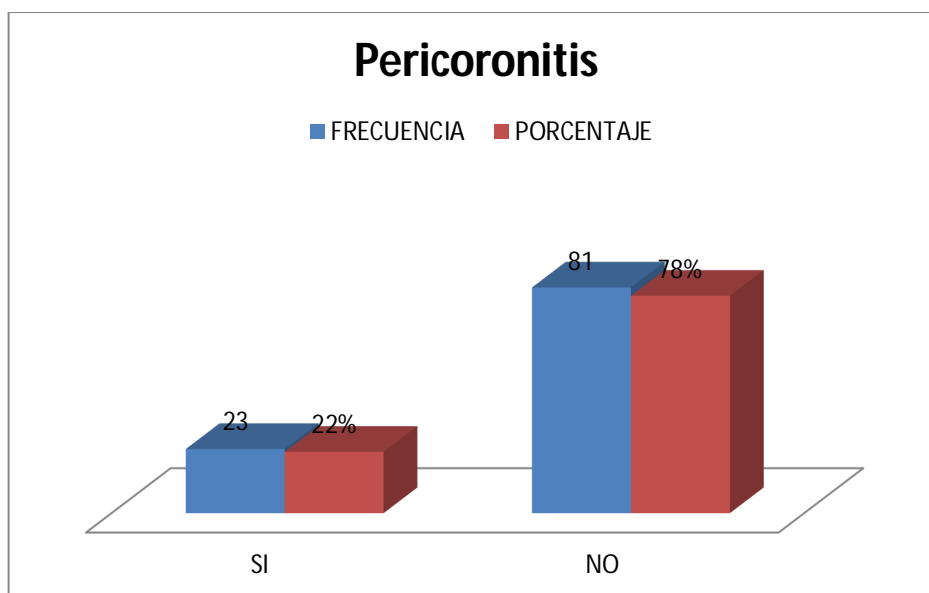
Clase II: aproximadamente la mitad de la corona del tercer molar esta supuesta la rama ascendente del maxilar inferior.<sup>17</sup>. Ver Pág. 24

La clase I fue la más frecuente en la pieza 48 la cual se determino por tomas radiográficas.

## GRAFICUADRO 22

### 22. PERICORONITIS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	23	19%
No	96	81%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 19% de los estudiantes presentan pericoronitis. Y el 81% no presentan pericoronitis.

Según Ferro en su libro periodontología clínica cita:

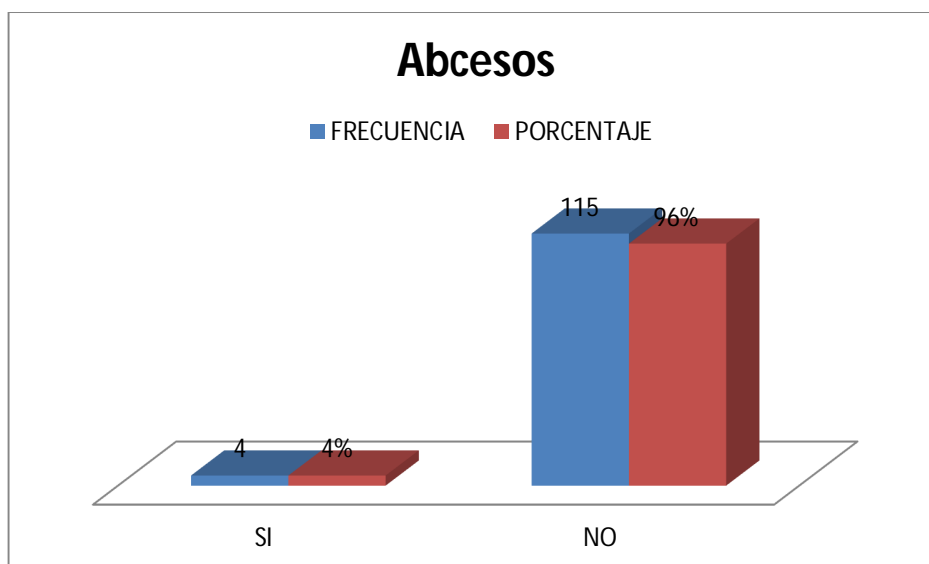
Cuando la muela del juicio no acaba de erupcionar, se puede producir una inflamación del tejido gingival que la rodea porque se acumula placa bacteriana en un fondo de saco entre la muela y la encía.<sup>41</sup>. Ver pág. 53

La pericoronitis se presenta debido a que el tercer molar no ha culminado su proceso eruptivo, pudiendo acumularse restos alimenticios.

## GRAFICUADRO 23

### 23. ABCESOS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	3%
No	115	97%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 3% de los estudiantes correspondientes a 4 presenta abscesos. El 96% de los estudiantes correspondientes a 115 que no presentan abscesos.

Según Ceccotti en su libro cita lo siguiente:

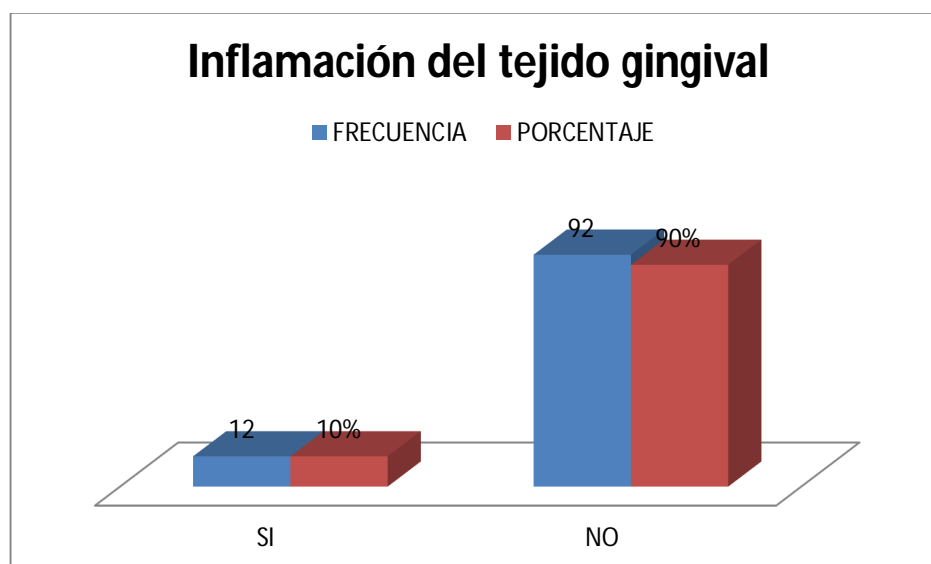
Si el tercer molar o muela del juicio tiene una erupción muy difícil por la densidad del hueso y encía que es formada por nuestra dieta, juntando en ocasiones la falta de espacio por genética, eso nos lleva a un foco de posible infección que puede desencadenar desde una infección, celulitis o incluso en mayor gravedad la fractura de la mandíbula.<sup>51</sup>. Ver pág. 61-62

Es bajo el proceso de infección debido a la presencia de terceros molares, por cuanto los investigados tienen conocimientos odontológicos, debido al perfil profesional que siguen.

## GRAFICUADRO 24

### 24. INFLAMACIÓN TEJIDO GINGIVAL

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	10%
No	107	90%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología

Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 10% correspondiente a 12 estudiantes presenta inflamación tejido gingival. El 90% correspondiente a 92 estudiantes no presenta inflamación tejido gingival.

Según Ferro en su libro Periodontología Clínica:

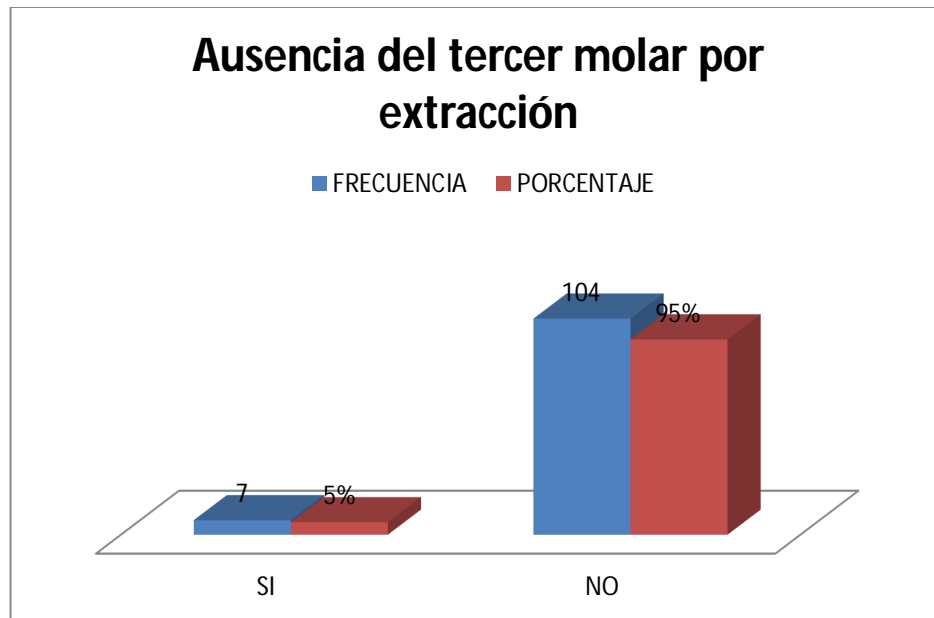
Al momento que la encía se encuentra inflamada es lastimada por el diente adyacente, esta lastima ocasionando dolor al momento de cerrar la boca, lo que agrava la inflamación.<sup>41</sup>. Ver pág. 54

Debido a la presencia del tercer molar existe inflamación del tejido gingival en un 12%.

## GRAFICUADRO 25

### 25. AUSENCIA DEL TERCER MOLAR POR EXTRACCIÓN

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	5%
No	112	95%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranió

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Siete estudiantes correspondientes al 5% presentaron extracción del tercer molar. Mientras que 112 que corresponden al 95% no se habían realizado la extracción del tercer molar.

Según Espinoza en su libro:

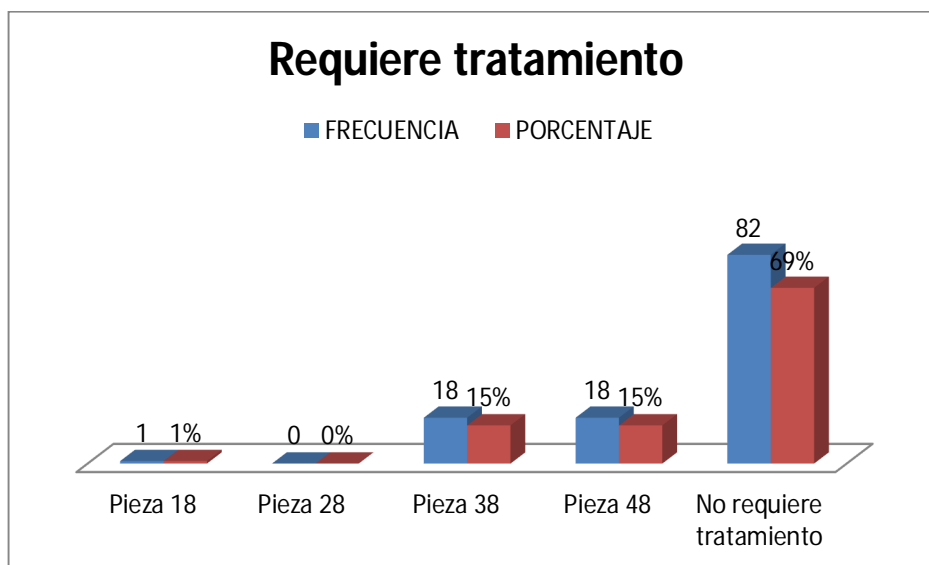
Los terceros molares retenidos son las piezas dentales con mayor frecuencia para la extracción dental, previo a la realizar la extracción dental se debe hacer un estudio minucioso para poder proceder a realizar este acto quirúrgico.<sup>33</sup>. Ver pág. 47

La extracción se debió a que los estudiantes sentían molestias cuando empezaban a erupcionar los terceros morales.

## GRAFICUADRO 26.

### 26. TRATAMIENTO SUGERIDOS

REQUIERE EXTRACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pieza 18	1	1%
Pieza 28	0	0%
Pieza 38	18	15%
Pieza 48	18	15%
No requiere tratamiento	82	69%
Total	119	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 1% que equivalen a 1 molar 18 requiere extracción, a su vez el 2% que equivale a un molar 28 requiere extracción. El 48% que equivale a 21 molares 38 requieren extracción y el 57% que equivale a 25 molares 48 requieren extracción.

Según Rodríguez en su página web:

Sin embargo conviene indicar tempranamente, como profilaxis, la extracción de todo diente retenido, cuando no existe la posibilidad de producirse una erupción normal o cuando ha pasado el periodo normal de erupción.<sup>19</sup>. Ver pág. 25

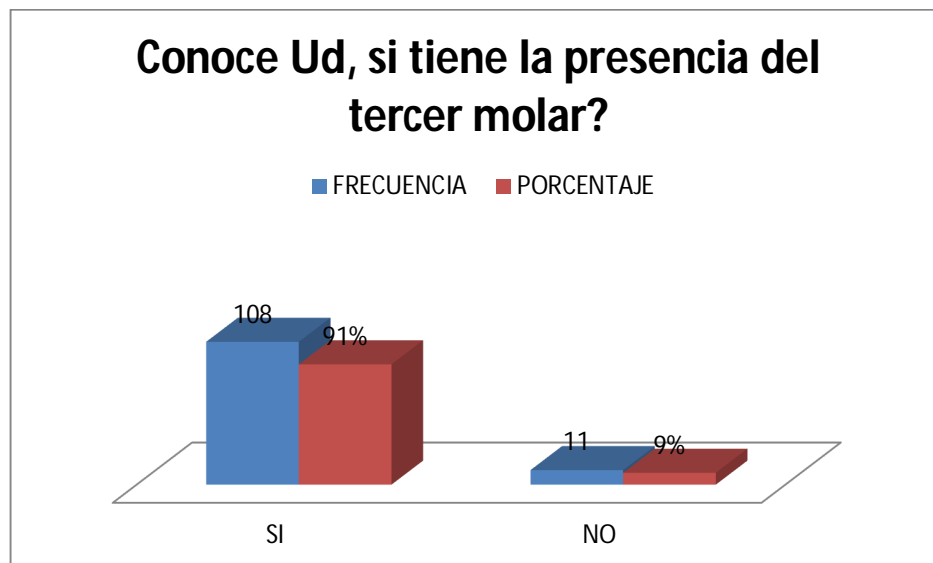
La extracción dental es el método quirúrgico por el cual extraemos el tercer molar cuando esta completamente formado, y erupcionado, en el caso contrario que se encuentre en una posición anormal requiere una cirugía más compleja.

**7.1.2. Análisis de las encuestas realizadas a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología.**

**GRAFICUADRO 1**

**1. ¿CONOCE UD. SI TIENE LA PRESENCIA DEL TERCER MOLAR?**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	108	91
NO	11	9
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 91% que corresponde a 108 de los estudiantes tienen conocimiento de la presencia del tercer molar. El 9% que corresponde a 11 estudiantes no tiene conocimiento de la presencia del tercer molar.

Según Donado en su libro Cirugía Bucal Patología y Técnica:

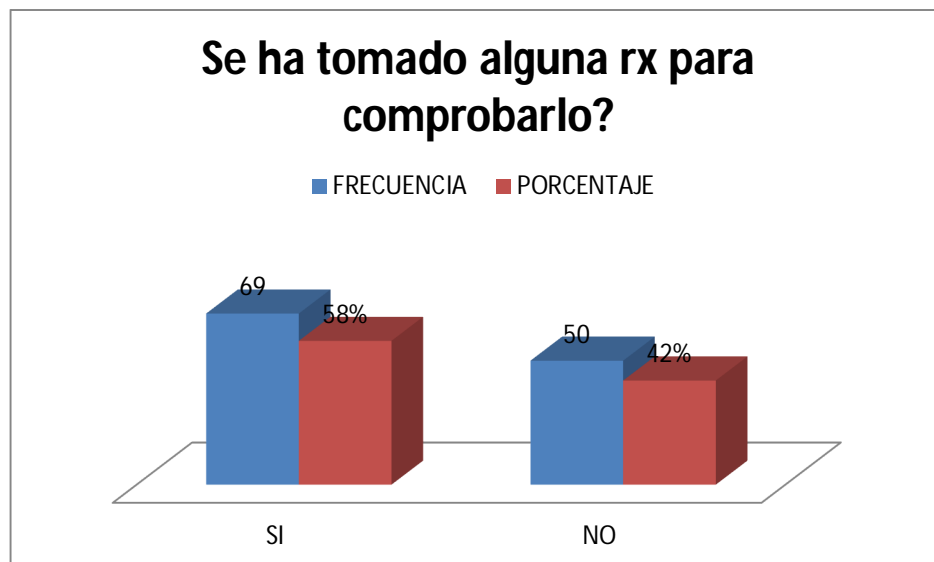
En cirugía oral, los estudios radiológicos, a pesar de no constituir un elemento de diagnóstico único, revisten una importancia fundamental para una adecuada evaluación de patología a tratar y para lograr un adecuado plan de tratamiento. La radiografía más comúnmente utilizada es la radiografía intraoral, que es especialmente apropiada para la evaluación de piezas dentarias y en general en lesiones no muy extensas que se desarrollan en proximidad de la cresta alveolar de las arcadas dentarias.<sup>11</sup>. Ver pág. 17- 18

Las radiografías fueron un recurso indispensable para determinar la posición de los terceros molares, y así poder observar si existe algún tipo de patología o alteración a nivel de las estructuras internas de hueso y alrededor de la pieza dental. Con esto podemos determinar un tratamiento específico o requerido.

## GRAFICUADRO 2

### 2. ¿SE HA TOMADO ALGUNA RADIOGRAFÍA PARA COMPROBARLO?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	69	58
NO	50	42
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología

Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 58% de los estudiantes se han tomado alguna radiografía para comprobarlo.

El 42% no se han tomado alguna radiografía para comprobarlo.

Según Lara en su libro Cirugía Bucal Patología y Técnica:

Conviene reconocer en los registros radiográficos la forma, tamaño, número y dirección de la porción radicular y la relación que entre si mantienen sus partes, cuando el diente es bi o plurirradicular, la imagen radiográfica ha de permitir complementar la observación clínica acerca del grado de retención del diente.

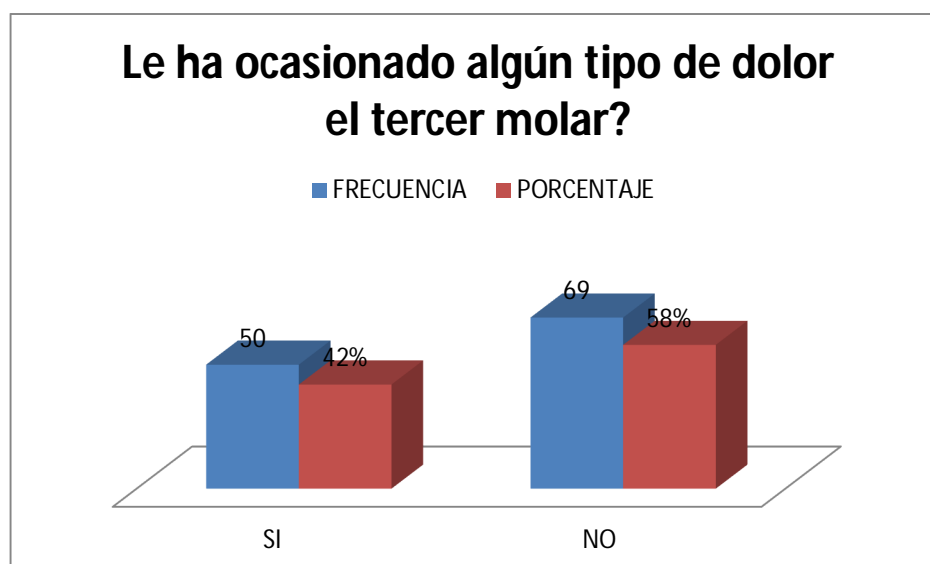
.<sup>12</sup>. Ver pág. 18

Se hace necesario que los estudiantes hagan uso del cuarto radiográfico con que cuenta las clínicas de odontologías de la universidad, y así poder despejar sus dudas acerca de la presencia de los terceros molares y así evitar complicaciones a futuro.

### GRAFICUADRO 3

#### 3. ¿LE HA OCASIONADO ALGÚN TIPO DE DOLOR EL TERCER MOLAR?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	50	42%
NO	69	58%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Al 42% de los estudiantes le ha ocasionado algún tipo de dolor el tercer molar.

Mientras que al 58% no le ha ocasionado algún tipo de dolor el tercer molar.

Según Velayos en su libro Anatomía de la cabeza:

Muchos pacientes refieren dolor debido a los terceros molares que pueden se manifiestan ocasionando inflamación en la encía, infecciones crónicas del hueso, provocando la destrucción de éste a nivel del tercer molar.<sup>47</sup>. Ver pág.

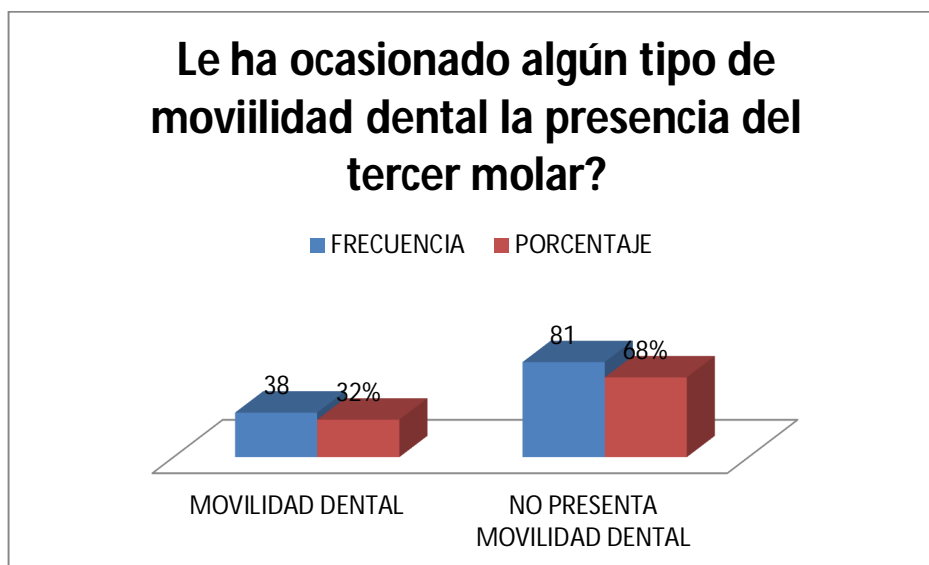
58

La posición del tercer molar es un factor determinante para que se presenten dolores en la cavidad bucal, en la apertura de la boca, entre otros lugares.

#### GRAFICUADRO 4

#### 4. ¿ LE HA OCASIONADO ALGUN TIPO DE MOVILIDAD DENTAL LA PRESENCIA DEL TERCER MOLAR?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Movilidad dental	38	32%
No presenta movilidad dental	81	68%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Al 32% de los estudiantes el tercer molar le ha ocasionado algún tipo de alteración dental, referente a movilidad. Al 68% no le ha ocasionado algún tipo de movilidad.

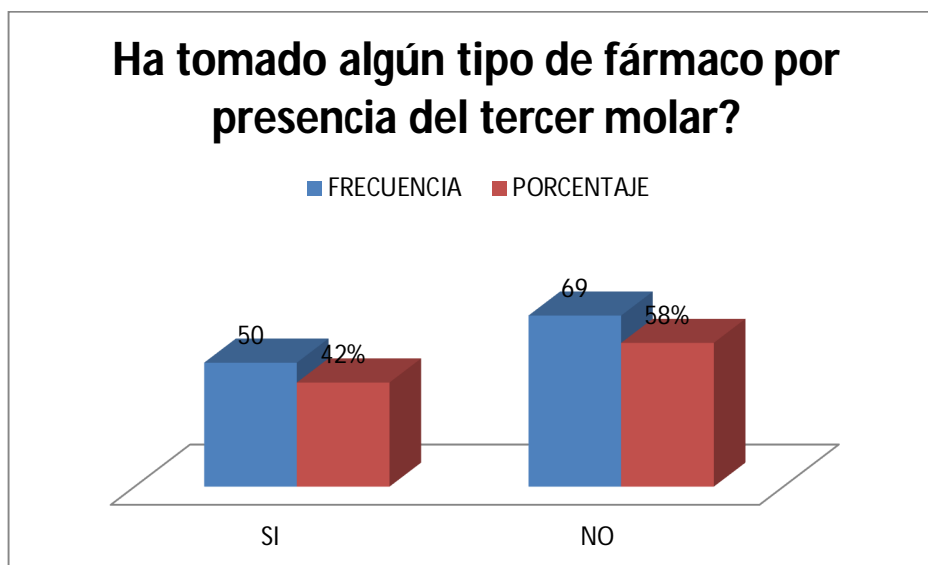
Según Lago en su página web: el tercer molar mandibular constituye un factor determinante en el desarrollo del apiñamiento incisivo concluyendo que la extracción de los mismos resulta beneficioso en caso de apiñamiento inicial severo.<sup>44</sup>. Ver pág. 56.

Los estudiantes investigados que mencionaban presentar alteración de tipo bucal, lo relacionaban con el apiñamiento, las giroversiones y pericoronitis.

## GRAFICUADRO 5

### 5. ¿HA TOMADO ALGÚN TIPO DE FÁRMACO POR PRESENCIA DEL TERCER MOLAR?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	50	42%
NO	69	58%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 42% de los estudiantes ha tomado algún tipo de fármaco por presencia del tercer molar. Mientras que el 58 % no ha tomado algún tipo de fármaco por presencia del tercer molar.

Según la página web <http://es.scribd.com/doc/16328439/Dolor-y-analgesicos-en-odontologia>:

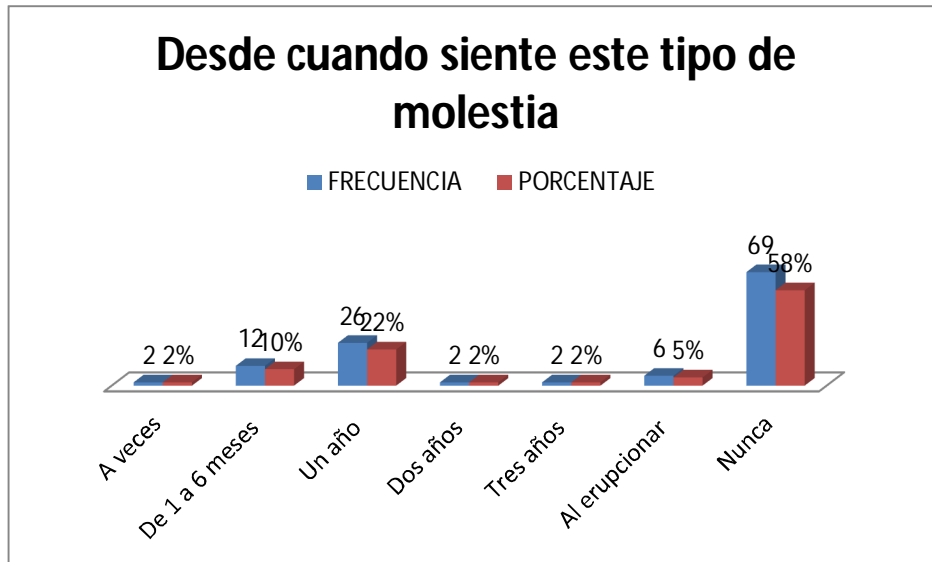
Analgésico tiene buena eficacia y tiene buena penetración en los tejidos alargando la penetración en los tejidos alargando el efecto terapéutico indicado en el dolor dental y estados inflamatorios post-operatorios, proporciona rápido alivio del dolor.<sup>7</sup>. Ver pág. 13

El dolor producido por la presencia del tercer molar, en ocasiones obliga al estudiante a tomar medicina para aliviar el dolor que lo aqueja.

## GRAFICUADRO 6

### 6. ¿DESDE CUÁNDO SIENTE ESTE TIPO DE MOLESTIA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A veces	2	2%
De 1 a 6 meses	12	10%
Un año	26	22%
Dos años	2	2%
Tres años	2	2%
Al erupcionar	6	5%
Nunca	69	58%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
 Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 2% de los estudiantes que corresponden a 2 sienten este tipo de molestias a veces. El 10% que corresponden a 12 sienten este tipo de molestias de 1 a 6 meses. El 22% que corresponden a 26 sienten este tipo de molestias desde hace un año. El 2% que corresponden a 2 sienten este tipo de molestias desde hace tres años. El 2% que corresponden a 2 sienten este tipo de molestias desde hace 3 años. El 5% que corresponden a 6 sienten este tipo de molestias al erupcionar el tercer molar. El 58% que corresponden a 69 sienten este tipo de molestias de nunca.

Según Balboa en su página web <http://www.juanbalboa.com/blog/me-duele-la-muela-del-juicio-porque-duelen-al-salir/>:

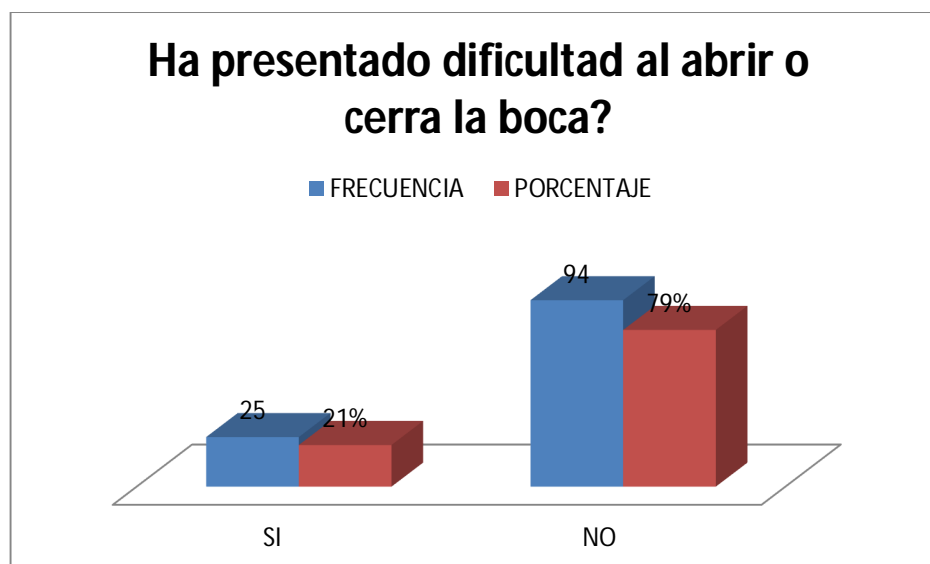
Las quejas de las personas son frecuentes y puede permanecer por tiempo prolongado hasta que no se realice la extracción de dicha pieza.<sup>8</sup>. Ver pág. 13

Las molestias cuando está presente el tercer molar es algo que motiva al estudiante a tomar medicinas, ya que su presencia no permite desarrollar sus actividades con total normalidad.

## GRAFICUADRO 7

7 ¿HA PRESENTADO DIFICULTAD AL ABRIR O CERRAR LA BOCA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	21%
NO	94	79%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 21% de los estudiantes ha presentado dificultad al abrir o cerrar la boca. El 79% no ha presentado dificultad al abrir o cerrar la boca.

Según la página web <http://www.juanbalboa.com/blog/dolor-de-la-articulacion-de-la-mandibula-atm/>:

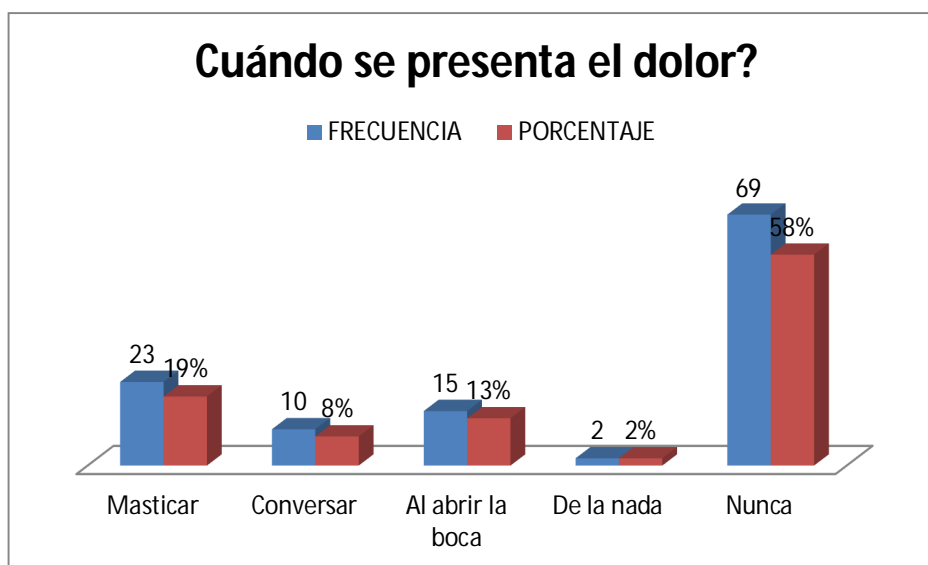
La mayoría de los pacientes que sienten dolor en la articulación temporomandibular (ATM), suponen que les duele el oído y deciden consultarlo con el médico. Al no ver nada en el oído le receta unas gotas, para que se aplique unos días, el paciente, vuelve al médico y éste, al no saber qué pasa, lo deriva al Otorrinolaringólogo. El otorrino, no descubre ninguna Otitis en el oído de un paciente, que dice que le duele y mucho. Muchas veces estas alteración son debido a la presencia de terceros molares y debe ser tratada por un Odontólogo especialista.<sup>26</sup>. Ver pág. 30

La aparición del tercer molar en muchas ocasiones altera la oclusión, por consecuencia afectando el cóndilo mandibular y la cavidad glenoidea.

## GRAFICUADRO 8

### 8. ¿CUÁNDO SE PRESENTA EL DOLOR?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Al Masticar	23	19%
Al Conversar	10	8%
Al abrir la boca	15	13%
De la nada	2	2%
Nunca	69	58%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
 Elaboración: Alexaner Yencion Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

Al 19% de los estudiantes que corresponden a 23 contestaron que el dolor se presenta al masticar. El 10% que corresponden a 8 contestaron que el dolor se presenta al conversar. El 13% que corresponden a 15 contestaron que el dolor se presenta al abrir la boca. El 2% que corresponden a 2 contestaron que el dolor se presenta de la nada, y el 58% que corresponden a 69 contestaron que no existe dolor.

Según Ferro en su libro Periodoncia fundamentos de la Odontología cita:

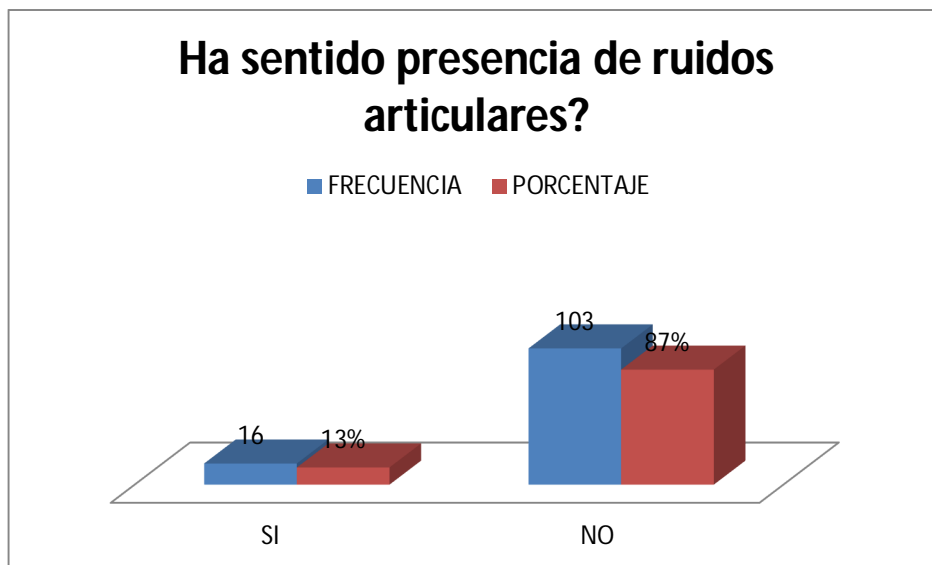
Esto es muy doloroso y puede observarse adenopatía en lado afecto que denota la infección de los tejidos blandos pericoronarios. El paciente no se cepilla en la zona porque es doloroso y ello hace que se acumule más restos de comida y más infección.<sup>41</sup>. Ver Pág. 53 - 54.

La presencia de los terceros molares, causan dolor al realizar determinadas acciones los estudiantes, las mismas que están relacionadas con actividades de la cavidad bucal.

## GRAFICUADRO 9

### 9. ¿HA SENTIDO LA PRESENCIA DE RUIDOS ARTICULARES:

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	13%
NO	103	87%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencon Naranjo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**

El 13% de los estudiantes ha sentido la presencia de ruidos articulares. El 87% no ha sentido la presencia de ruidos articulares.

Según Signares en su página web:

[http://www.salvadorinsignares.com/programaonline/programarehabilitacion/atm/TRASTORNOS\\_ATM.htm](http://www.salvadorinsignares.com/programaonline/programarehabilitacion/atm/TRASTORNOS_ATM.htm):

Los principales síntomas y disfunciones de los trastornos de la ATM se asocian a una alteración de la función del complejo cóndilo-disco. Los pacientes refieren a menudo artralgiás, pero la disfunción es la manifestación más frecuente. Los síntomas de disfunción se asocian al movimiento condíleo y se describen como sensaciones de clic o de atrapamiento de la articulación. Suelen ser constantes, repetibles y a veces progresivos. La presencia de dolor no es un dato fiable.<sup>27</sup>.

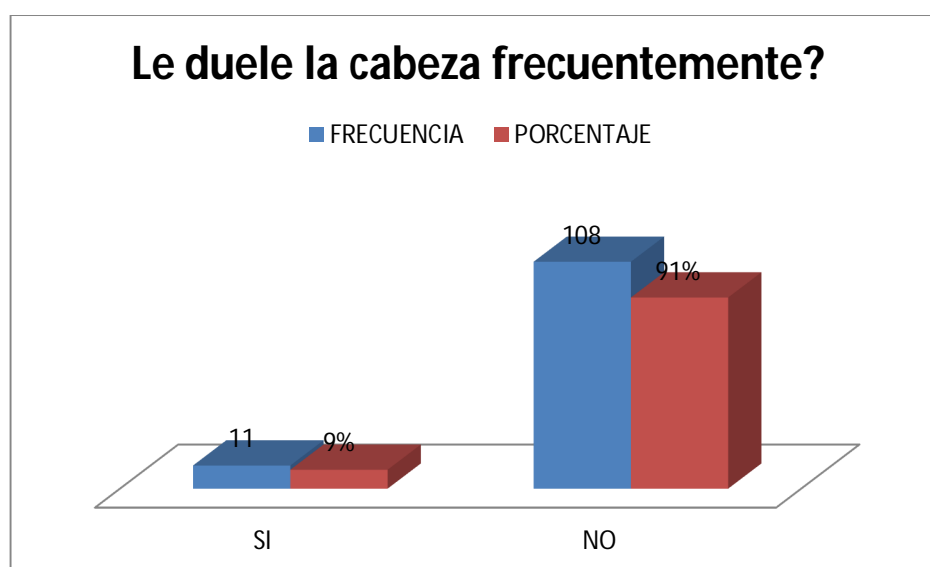
Ver pág. 30

No todos los estudiantes sintieron la presencia de ruidos articulares, los que sintieron esta molestia, no necesariamente la asocian con la presencia de los terceros molares.

## GRAFICUADRO 10

### 10. ¿LE DUELE LA CABEZA FRECUENTEMENTE?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	6%
NO	108	94%
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes observados de quinto a séptimo semestre de la carrera de Odontología  
Elaboración: Alexaner Yencón Naranjo



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN-**

El 6% de los estudiantes que corresponden a 11 encuestados le duele la cabeza frecuentemente. Al 94% que corresponden a 108 no le duele la cabeza frecuentemente.

Según Velayos en su libro anatomía de la cabeza:

La presión ejercida sobre los segundos molares ocasiona dolores severos locales y a nivel de la articulación temporo mandibular, y a su vez otros pacientes presentan cefaleas intensas debido a la presión que ejercen los terceros molares al querer erupcionar sin lograr su cometido.<sup>47</sup>. Ver pág. 58

El dolor de cabeza suele presentarse esporádicamente en los estudiantes producidos por la presencia de los terceros molares tal como lo demuestran los resultados de la ficha de observación y las tomas radiográficas que se obtuvieron en la investigación de campo.

## 7.2. Conclusiones

Después de realizado el análisis e interpretación de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

Se determinó que los terceros molares en un 42% han ocasionado dolor, en un 32% ha presentado movilidad dental, en un 22% presentaron pericoronitis y dificultad al abrir la boca en un 21%, lo cual determina la repercusión en las complicaciones dento maxilares.

Se identificó que la posición del tercer molar en los estudiantes investigados es: En la pieza 18 el 86% en posición vertical y el 14% en posición meso angular; según su tipo el B predominó con un 57%, el A con un 29% y el C con un 14%; según su clase la I se presentó en un 71% y la clase II en un 29%. En la pieza 28 la posición vertical en el 100%. Según su tipo el A predominó con un 80% seguido por el B en el 20%. Según su clase la I tuvo el 100%. En la pieza 38 la posición vertical en un 59%, la posición meso angular con un 25%, la posición disto angular en un 5% y con un 11% la posición horizontal, según su tipo el A tuvo un 50%, el B con un 48% y el C con un 2%. Según su clase la I presento un 73% y la II un 27%. En la pieza 48 la posición vertical presentó un 58% con un 33% la posición meso angular y finalmente con un 9% la posición horizontal. Según su tipo el A con un 61%, el B con un 37% y el C con un 2%. Según su clase la I con el 70% y la clase II el 30%.

Mediante la encuesta realizada a los estudiantes del quinto al séptimo semestre se reflejo movilidad dental en un 32%, contribuyendo al apiñamiento dentario debido a la posición del tercer molar.

De acuerdo al estudio realizado se determina que del 100%, el 42% de los estudiantes encuestados tienen el tercer molar impactado en posición meso angular y horizontal, lo cual se reflejo que el 42% presento aumento de dolor.

Los estudiantes del quinto al séptimo semestre del 100%, el 22% presenta pericoronitis, lo que determinó la presencia de procesos inflamatorios en un 12%.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Ash N. (2010). Anatomía, fisiología y oclusión dental. Novena Edición. Elsevier Saunders. España
2. Carranza et al. (2009) Periodontología. Decima edición. Mac Graw Hill. México.
3. Ceccotti S. et al (2007). El diagnostico en la clínica estomatológica Editorial Médica Panamericana. Argentina. Pág. 395
4. Donado Rodríguez Manuel. (2005) Cirugía bucal patología y técnica tercera edición. Editorial Masson. España. Tercera Edición. Pág. 47.
5. Eco Umberto. (2007) Como se hace una tesis. Italia.
6. Velayos J. (2009) Anatomía de la cabeza para odontólogos. Editorial Panamericana Madrid España. Cuarta edición. Pág. 305
7. Encina Miguel Ambrosio. (2012). Monografías científicas en cirugía Implantología y Periodoncia Pág. 197-198. Editorial Visión Libros. España.

8. Enriles de Rojas F. (2009). Manual De Higiene Bucal Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Editorial Médica Panamericana México.
9. Espinoza M. (2007). La anatomía orientada en el diagnostico y tratamiento de las complicaciones locales en cirugía bucal. Venezuela. Universidad Central de Venezuela.
10. Ferro C. (2007). Periodoncia fundamentos de la Odontología. Segunda Edición. Pág. 184 263 Pontificia Universidad Javeriana. Colombia
11. Figún M. (2008). Anatomía Odontológica funcional y aplicada. Editorial El Ateneo. España. Pág. 462.
12. García C. Dolor Odonto estomatológico. (2007). Editorial Ripano. España
13. Gay C. (2008). Tratado de cirugía bucal tomo I. Editorial Elsevier. España.
14. Laserna S. (2008). Higiene Dental Personal Diaria. Canadá. Editorial Trafford. Pág. 97

15. Llorensi M. (2007). Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semiretenidos. Página 4. Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandra Posadas. Argentina.
  
16. Aníño L (2007). Cirugía Oral Editorial Instituto Lacer de Salud Bucodental España. Pág. 54.
  
17. Higashida B. (2008). Ciencia de la salud odontología preventiva. Mac Graw Hill. Argentina. Pág. 112.
  
18. Medeiros P. (2008) Cirugía de Dientes Incluidos - Extracción del Tercer Molar. Livraria Santos Editora Ltda. Sao Paulo, Brasil. 2008
  
19. Moore K. (2008). Anatomía con orientación clínica. Quinta edición. Editorial médica panamericana. México 2008.
  
20. Navarro V. (2008) Cirugía oral. Editorial Aran. España.
  
21. R Hupp Jame. (2010) Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea, Editorial Elsevier. España. Pág. 156.

- 22.SANDNER Montilla Olaf. 2007. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Introducción básica a la enseñanza. Editorial Amolca. Colombia. Pág. 108-109
- 23.Tripathi D. 2008. Libro farmacología en odontología Farmacología en Odontología: Fundamentos. Editorial Médica Panamericana. ARGENTINA.
- 24.Uribe A. (2010) Fundamentos de Ortodoncia teoría y clínica. Segunda Edición. Corporaciones para Investigaciones Biológicas. Pág. 18
25. Lara I. (2008) Fundamentos de la radiología dental. Editorial Elseiver. España. Pág. 83.
- 26.Principios básicos de la Odontología. (2008). Editorial Masson España. Pág. 198
- 27.Gay C. (2008). Cirugía bucal: Cordales incluidos. Editorial Ergón. España. Pág. 38
- 28.Palma Ascensión (2007) Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Paraninfo España. Pág. 85-86
- 29.Arteaga A. (2004). Cirugía bucal. Primera Edición (2004) Ediciones Rodin. Ecuador. Pág. 118 - 119

30. Balboa Juan. (2008) Dolor de la articulación de la mandíbula ATM  
<http://www.juanbalboa.com/blog/dolor-de-la-articulacion-de-la-mandibula-atm>.
31. Balboa Juan (2008). Me duele la muela del juicio porque duelen al salir  
<http://www.juanbalboa.com/blog/me-duele-la-muela-del-juicio-porque-duelen-al-salir>.
32. Lavado Luis. (2007). Dolor y analgésicos en Odontología  
<http://www.es.scribd.com/doc/16328439/Dolor-y-analgesicos-en-odontologia>.
33. Baca García. (2009). Examen intra oral.  
<http://www.ugr.es/~pbaca/p1historiaclinicaenop/02e60099f41016303/pr1.pdf>
34. Universidad R. Juan Pablo. (2009) Exploración extraoral  
<http://www.cs.urjc.es/biblioteca>.
35. Signares Salvador. (2008).  
[http://www.salvadorinsignares.com/programaonline/programarehabilitacion/atm/TRASTORNOS\\_ATM.htm](http://www.salvadorinsignares.com/programaonline/programarehabilitacion/atm/TRASTORNOS_ATM.htm)



- 36.ROMERO-Ruiz. (2007). Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. [http://www.scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205\\_215.pdf](http://www.scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/205_215.pdf).
- 37.Lago Lucia (2007) Exodoncia del tercer molar inferior. [http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpq=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%C3%91O&source=bl&ots=7qyke0M0Ox&sig=3pr7gGL\\_zYSnRg8LqZik7nw9ZAw&hl=es&sa=X&ei=UyURUPyHBbLr0QG1uoHwCA&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=LUCIA%20LAGO%20A%C3%91O&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=YrhmjO3LXSkC&pg=PP1&lpq=PP1&dq=LUCIA+LAGO+A%C3%91O&source=bl&ots=7qyke0M0Ox&sig=3pr7gGL_zYSnRg8LqZik7nw9ZAw&hl=es&sa=X&ei=UyURUPyHBbLr0QG1uoHwCA&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=LUCIA%20LAGO%20A%C3%91O&f=false)
- 38.Rodríguez Orlando (2009) Procesos sépticos odontogenos y no odontogenos. Cuba. <http://www.cpicmha.sld.cu/bvs/monografias/procesossepticos/procesos%20septicos.pdf>.

## **PROPUESTA**

### **1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO**

**DISMINUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DENTO MAXILARES DEBIDO A LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES MEDIANTE CHARLAS EDUCATIVAS A LOS ESTUDIANTES DE QUINTO A SEPTIMO SEMESTRE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA.**

### **ENTIDAD EJECUTORA**

Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

### **CLASIFICACIÓN**

Tipo social de orden educativo

### **LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA**

La Carrera de Odontología se encuentra localizada dentro de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la misma que está ubicada en la ciudad de Portoviejo, en la Av. Metropolitana #2005 y Av. Olímpica.

**Norte:** Avenida Olímpica

**Sur:** Avenida Metropolitana

**Este:** Avenida Olímpica

**Oeste:** S

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Se pudo obtener a través de las fichas de observación y tomas radiográficas a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la USGP, constatando las diferentes posiciones de los terceros molares y a su vez, las complicaciones y alteraciones que suelen ocasionar.

Habiendo situaciones de pequeña a mayor complejidad, como pericoronitis, dolor, abscesos, destrucción de la pieza dental contigua, entre otras, se podría prevenir mediante conocimientos temprano de la posición de los terceros molares.

Ante esto, se proponen acciones que impliquen al estudiante la búsqueda y el uso de los quirófanos de Odontología para evitar complicaciones a futuro, donde se brindan tratamientos de menor a mayor dificultad.

## **3. MARCO INSTITUCIONAL**

La Universidad San Gregorio de Portoviejo fue creada el 21 de diciembre del 2000. En el transcurso de ese año se reunieron un grupo de profesionales de la institución, para discutir las aspiraciones de muchos bachilleres y la limitada cobertura dental a la población urbana, de esta manera se decidió abrir la carrera de odontología. La primera clínica odontológica fue inaugurada el día lunes 23 de septiembre del 2002 con la asistencia de autoridades de la Universidad San

Gregorio y estudiantes, y comenzó a funcionar en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile.

La segunda clínica odontológica se inauguró en la entrada del colegio 12 de Marzo completa y exclusiva para los estudiantes a partir del sexto semestre. El 15 de septiembre del 2006 se inauguraron las áreas para prácticas odontológicas ubicadas en el edificio N.1 del nuevo campus de la Universidad San Gregorio ubicada en la avenida metropolitana, estas áreas constan de 3 clínicas, la clínica A y B con 15 sillones cada una y la clínica C con 14 sillones, en las clínicas A y B existen dos esterilizadores, uno en cada una; existe un área de revelado, una área administrativa en cada clínica y una sala de espera para comodidad de los pacientes.

El 14 de mayo del 2010 se inauguró un moderno quirófano totalmente equipado y la nueva área de radiología con tres equipos de radiología y zona de revelado. En la actualidad, la universidad consta con 620 estudiantes en la Carrera de Odontología donde en la mayoría encontraremos presencia de terceros molares, por lo cual mediante este estudio analizaremos las complicaciones dento maxilares que ellos sufren a causa de los terceros molares y su posición y cómo afecta en el día a día.

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo General.**

- Disminuir el índice de complicaciones dento maxilares debido a la presencia del tercer molar en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio Portoviejo

### **Objetivos específicos**

- Motivar a los estudiantes de quinto a séptimo semestre de la Carrera de Odontología a tomar las medidas preventivas para evitar complicaciones por presencia de los terceros molares.
- Fortalecer los conocimientos en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología sobre las complicaciones dento maxilares.
- Informar a los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la carrera de Odontología sobre los tratamientos que se realizan en los quirófanos de las clínicas odontológicas relacionado a los terceros molares.

## 5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología presentan en gran porcentaje los terceros molares, de los cuales muchos desconocían la presencia y posición de estas piezas pero presentaban complicaciones y dolores relacionados a las mismas, ya sean erupcionadas o impactadas, las cuales ameritaban Cirugías en la mayoría de los casos, que se encontraban completamente formados o sólo la parte coronaria y su tercio apical en el caso de germenectomía.

Se realizó charlas educativas dirigidas a los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología sobre la posición de los terceros molares, sus complicaciones, tratamientos y cuidados post quirúrgicos; los cuales fueron respaldados por material visual y entrega de trípticos.

También se hizo la entrega a la coordinadora de Carrera de Odontología Dra. Ángela Murillo Almache un banner educativo el cual fue ubicado en la clínica como material ilustrativo para los estudiantes, docentes y pacientes que son atendidos diariamente.

## 6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios vienen a ser:

Directos. Los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Indirectos. Los padres de los estudiantes investigados, los estudiantes de la carrera de odontología y la comunidad.

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta contará con dos etapas:

### **Primera etapa.-**

Socialización de la propuesta ante las autoridades de la Carrera de Odontología para buscar posibles soluciones al problema investigado.

## **Segunda etapa.-**

Elaboración de trípticos para dar charlas educativas a los estudiantes investigados.

- ❖ Elaboración de una gigantografía para replicar conocimientos a los demás estudiantes de la carrera de odontología
- ❖ Charlas educativas a los estudiantes investigados a través de los trípticos y la entrega de los mismos.
- ❖ Charlas educativas a los estudiantes de la carrera de odontología y entrega del banner a la coordinadora de carrera.



## 8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

CRONOGRAMA	Julio			
	1	2	3	4
Socialización de la propuesta a la coordinadora de la carrera de odontología	X			
Elaboración de trípticos para dar charlas educativas a los estudiantes investigados		X		
Elaboración de una gigantografía para replicar conocimientos a los demás estudiantes de la carrera de odontología		X		
Charlas educativas a los estudiantes investigados a través de los trípticos y la entrega de los mismos			X	
Charlas educativas a los estudiantes de la carrera de odontología y entrega del banner a la coordinadora de carrera				X

## 9. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO AUTOGESTIÓN
Trípticos	1	Unidad	\$5.00	\$5.00	Autogestión
Copias de los trípticos	119	Unidad	\$0,15	\$17,85	Autogestión
Banner	1	Unidad	\$15.00	\$15.00	Autogestión
Viáticos	5	Unidad	\$5.00	\$25.00	Autogestión
<b>Sub total</b>				<b>\$62.85</b>	<b>Autogestión</b>
Imprevisto				\$20.00	Autogestión
<b>Total</b>	<b>129</b>			<b>\$82.85</b>	<b>Autogestión</b>

## 10.SOSTENIBILIDAD

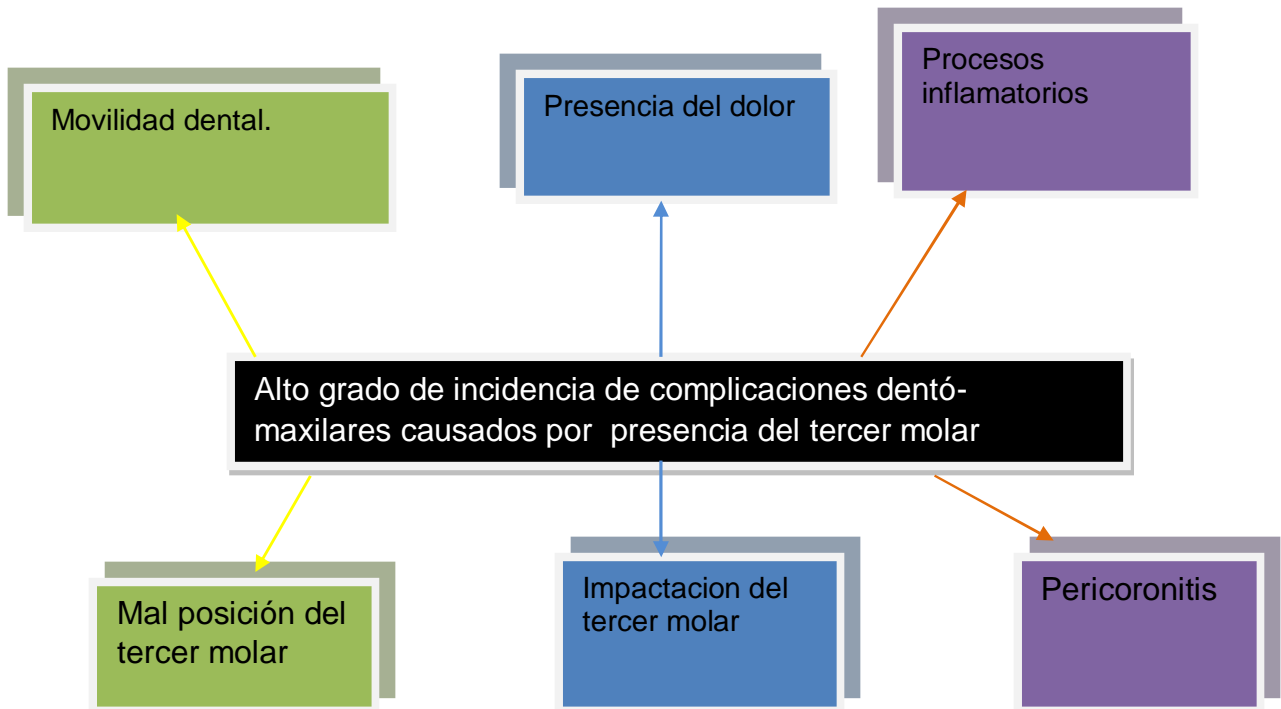
La propuesta es sostenible por el apoyo de las autoridades de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y por el interés demostrado por los estudiantes. Además se entregó un banner informativo, destinado a promocionar los tratamientos quirúrgicos realizados en clínicas.

## 11.FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La propuesta se financió totalmente por el autor de la presente investigación

# ANEXO 1

## ARBOL DEL PROBLEMA



## PRESUPUESTO

### Gastos

N	RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNIT	PRECIO TOTAL
1	guantes	2	\$6.5	\$13
2	radiografias	3	\$35	\$105
3	materiales de oficina	15	\$200	\$200
4	viaticos		\$80	\$80
5	empastado	5	\$5	\$25
6	anillado	3	\$2	\$6
7	internet	1	\$30	\$30
8	impresora	1	\$250	\$250
9	Laptop	1	\$1250	\$1250
			subtotal	\$1959
			10%	\$195.9
			total	\$2154.9

# **ANEXO 2**



I- Datos personales:

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_

#### EXAMEN EXTRAORAL

	Normal	Anormal	Inflamación	Generalidades
CARA				
ATM				
CUELLO				

#### EXAMEN INTRAORAL

	Normal	Anormal	Generalidades
LABIOS			
CARRILLOS			
PALADAR			
PISO DE LA BOCA			
LENGUA			
DIENTES			

### TERCEROS MOLARES

	SI	NO	PIEZA N°
Agenesia del tercer molar			
Presencia del tercer molar			
PERICORONITIS			
ABCESOS			
INFLAMACION			

### DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Posición del 3 molar
Tratamiento sugerido

### ODONTOGRAMA







Encuesta dirigida a los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología

Elaborada: Jorge Alexaner Yencon Naranjo

¿Conoce Ud. si tiene la presencia del tercer molar?

SI                      NO                      NO SABE

¿Se ha tomado alguna radiografía para comprobarlo?

SI                      NO

¿Le ha ocasionado algún tipo de dolor el tercer molar?

SI                      NO

¿ Le ha ocasionado algún tipo de movilidad dental la presencia del tercer molar?

SI                      NO

¿Ha tomado algún tipo de fármaco por presencia del tercer molar?

SI                      NO

¿Desde cuándo siente este tipo de molestia?

#### **ATM**

¿Ha presentado dificultad al abrir o cerrar la boca?

¿Cuándo se presenta el dolor?

- A) Masticar
- B) Conversar
- C) Al abrir la boca
- D) De la nada

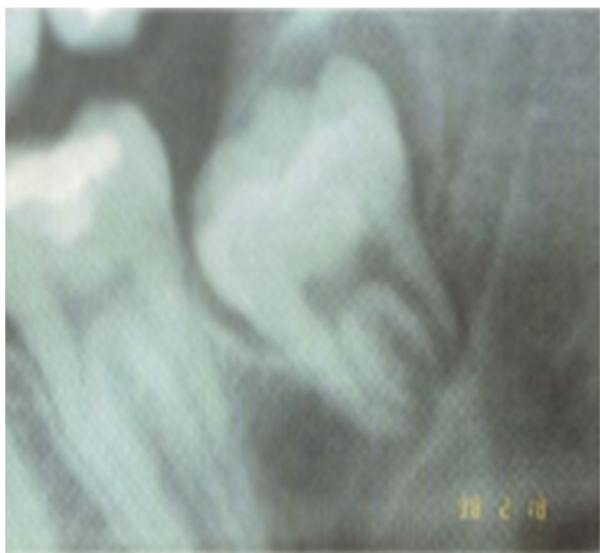
¿A sentido la presencia de Ruidos Articulares:

¿Le duele la cabeza frecuentemente?

# **ANEXO 3**

# TERCER MOLAR

## PRESENCIA DEL TERCER MOLAR



REVISAR MARCO TEORICO PAG. 66



REVISAR MARCO TEORICO PAG. 66



REVISAR MARCO TEORICO PAG. 61



REVISAR MARCO TEORICO PAG. 53

ATLAS DE CIRUGIA ORAL  
LUCAS BERMUDO PAG. 24

PRESENCIA DEL TERCER MOLAR  
RETENCION DEL TERCER MOLAR



REVISAR MARCO TEÓRICO PAG. 56



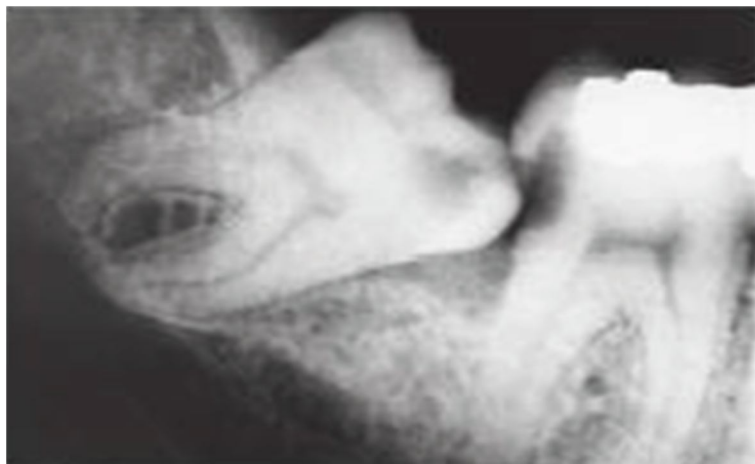
CIRUGIA BUCAL PATOLOGIA Y TECNICA 3 EDICION

M. DONADO.

COMPLICACIONES DENTO MAXILARES  
PERICORONITIS, DESTRUCCION PIEZA CONTIGUA.



REVISAR MARCO TEORICO PAG. 61



REVISAR MARCO TEORICO PAG. 71

CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.

JAMES R. HUPP.

# **ANEXO 4.**

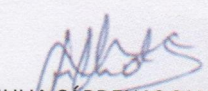



## ACTA DE COMPROMISO

En la Ciudad de Portoviejo siendo las 8:30 del día 20 de julio del 2012 en las instalaciones de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se reúne por un lado, Jorge Alexaner Yencon Naranjo, egresado de la Carrera de Odontología y por otro lado la Dra. Julia Cárdenas Sancán docente de cirugía de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para suscribir un acta de compromiso en el que se llega a los siguientes acuerdos:

- a) El egresado Jorge Alexaner Yencon Naranjo se compromete a realizar un ciclo de conferencias sobre "POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y SU REPERCUSION EN LAS COMPLICACIONES DENTO MAXILARES", dirigida a los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo haciendo la entrega del material educativo.
- b) La docente de cirugía de la Carrera de Odontología Dra. Julia Cárdenas Sancán, se compromete a fomentar la importancia de las repercusión de las complicaciones dentó maxilares debido a la presencia de los terceros molares a los estudiantes que cursan dicha carrera.

Por medio de la presente acta quienes suscriben se comprometen a cumplir con lo establecido.

  
DRA. JULIA CÁRDENAS SANCÁN  
DOCENTE DE CIRUGIA

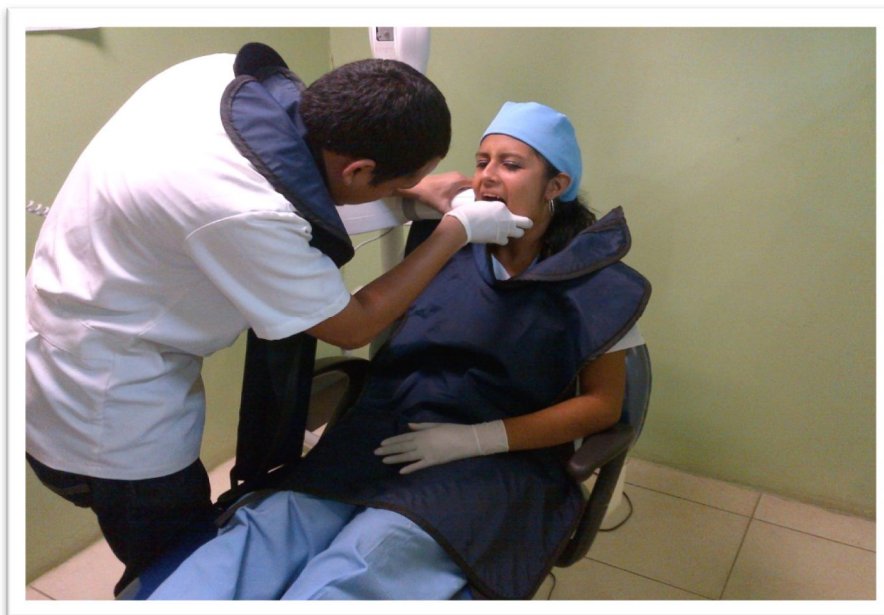
  
JORGE ALEXANER YENCON NARANJO  
EGRESADO CARRERA DE ODONTOLOGÍA



# **ANEXO 5.**



Realizando la toma radiográfica a los alumnos del quinto semestre de la Carrera de Odontología



Ubicación de la película radiográfica.



Realizando fichas de observación.



Trabajando en las clínica c.





Realizando fichas de observación



Trabajando el los alumnos del séptimo semestre



Realizando las charlas educativas a los estudiantes a través de material visual



Entrega de trípticos a los alumnos del quinto semestre.





Charla educativa de los terceros molares y sus complicaciones a los estudiantes



Entrega de trípticos en clínica a los estudiantes del séptimo semestre.



Entrega de trípticos a los docentes.



Realizando la ubicación del banner educativo.





Banner ubicado



Entrega del banner