

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



**LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES Y SU RELACIÓN EN
COMPLICACIONES ORTODÓNTICAS, INFECCIOSAS,
NEUROLÓGICAS Y TUMORALES**

T E S I S

Que para obtener el grado de

MAESTRO EN ODONTOLOGÍA

Presenta

JUAN ERNESTO GAILLARD RÍOS

Asesores

M. C. Carlos Alberto Guizar
M.O. Agustín A. Corona Zavala

Tepic, Nayarit, Agosto de 2001



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Tepic, Nayarit, 27 de agosto de 2001 .

C. Juan Ernesto Gaillard Rios
Candidato a Maestro en Odontología
Presente.

En virtud de que hemos recibido la notificación de los sinodales asignados por esta comisión de que su trabajo de tesis de maestría titulado: **LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES Y SU RELACIÓN EN COMPLICACIONES ORTODÓNTICAS, INFECCIOSAS, NEUROLÓGICAS Y TUMORALES.** bajo la tutoría de el C.M. Carlos Alberto Guizar y M.O. Agustín A. Corona Zavala, ha sido revisada y se han hecho las sugerencias y recomendaciones pertinentes, le extendemos la autorización de impresión, para que una vez concluidos los trámites administrativos necesarios le sea asignada la fecha y hora de la réplica oral.

ATENTAMENTE
"POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL"
La Comisión Asesora Interna de la División de Estudios
de Posgrado e Investigación.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

M.O. Narda Yadira Aguilar Orozco

M.O. Alma Rosa Rojas García

M.S.P. Saúl H. Aguilar Orozco

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN
M.O. Julio César Rodríguez Arámbula

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma de Nayarit
Facultad de Odontología

Directora: M.O. Narda Yadira Aguilar Orozco

A la Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología

Director M.C. Miguel Angel Cadena Alcantar

A MIS MAESTROS

Dra. Adriana Carolina Ojeda

M.C. Raymundo Reyes

Dr. Arturo Jiménez

A MIS ASESORES

M.C. Carlos Alberto Guizar

M.O. Agustín Antonio Corona Zavala

Quienes me apoyaron para hacer realidad este proyecto.

A MIS SINODALES

M.C. Carlos Alberto Guizar

M.O. Agustín Antonio Corona Zavala

M.C. Mario Herrera Sánchez

A MIS COMPAÑEROS

Con los cuales compartí alegrías.

AL MAESTRO

M. H. Rubén Gaillard Ríos

Quien estuvo siempre a mi lado, sobre todo, en mis momentos difíciles.

AL INGENIERO

Ing. Elizabeth Leyva Rodríguez

Quien fue un gran apoyo en este esfuerzo académico.

DEDICADO

A mi esposa

Natalia

A mis hijas

Ana Elsa

Jeannette

Mónica y su esposo Jesús

A mi nieta

Andrea

PORQUE SOMOS UNA FAMILIA UNIDA



**LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU
RELACIÓN EN COMPLICACIONES ORTODÓNTICAS, INFECCIOSAS,
NEUROLÓGICAS Y TUMORALES.**



ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo	Página
I. Resumen.....	1
II. Introducción.....	4
III. Materiales y Métodos.....	24
IV. Resultados.....	32
V. Discusión.....	36
VI. Conclusiones.....	39
VII. Referencias Bibliográficas.....	39
VIII. Anexos.....	42

ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo	Página
I. Resumen.....	1
II. Introducción.....	4
III. Materiales y Métodos.....	24
IV. Resultados.....	32
V. Discusión.....	36
VI. Conclusiones.....	39
VII. Referencias Bibliográficas.....	39
VIII. Anexos.....	42

Capítulo I.

Resumen

En el presente trabajo se expone básicamente una investigación sobre los terceros molares inferiores retenidos, cuyo inicio, a largo plazo, se ha venido realizando desde la tercera década del siglo XX, dado la importancia dentro de la salud pública y social, por algunas Universidades Norteamericanas que se han preocupado por el problema de los terceros molares inferiores retenidos. Siendo ese problema preocupación de algunos investigadores de la ciencia odontológica, quienes tuvieron la capacidad de observación, sobre cierta población (un segmento) que padecía molestias en su boca a partir del desarrollo de los gérmenes de los terceros molares inferiores. Desde entonces a nuestros días, se han intentado una serie de soluciones que se inician con la eliminación de los gérmenes dentarios en temprana edad, hasta el total desarrollo de las piezas dentales (terceros molares inferiores retenidos) y su posterior extracción.

Dicho lo anterior, se retoman los estudios, dentro de la Facultad de Odontología U.A.B.C. campus Tijuana. Debemos recordar, que nuestra institución se inicia como escuela y hoy en día tiene la categoría de facultad, por la evolución de su posgrado e investigaciones y entre otras, el asunto que sustenta este trabajo, cuando se han seleccionado, durante un año de actividades a ciento cuatro pacientes que fueron en busca de su alivio bucal, a los cuales se les extrajeron quirúrgicamente, ciento siete de los terceros molares inferiores retenidos por presentar

complicaciones (Ortodóncicas, Infecciosas, Neurológicas y Tumorales). De esta manera nuestra facultad entra al campo de la búsqueda de soluciones.

El trabajo de investigación está formado por ocho capítulos como parte de un proceso y a través de procedimientos, se llegó a conclusiones pertinentes.

De esta manera y haciendo énfasis para discriminar errores, que las universidades pioneras cometieron, hemos basado el estudio en hipótesis formuladas y que al término del trabajo de investigación, han sido plenamente comprobadas.

El paradigma de toda hipótesis es siempre de carácter propiamente científico cuando se ha llegado a su comprobación, como se expresa claramente en nuestras conclusiones.

Los objetivos que se trazaron originalmente, dan categoría de estudio serio a todo el trabajo realizado, paso a paso y con base en él diagnóstico original, nos llevó, a fines concluyentes, de acuerdo a los ciento cuatro pacientes tratados, porque así lo requirió, su condición de enfermos. Su salud odontológica fue solucionada porque su circunstancia dentro de la salud bucal así lo ameritaba.

Finalmente y para completar este resumen, se agrega que los terceros molares inferiores retenidos, de acuerdo a diagnósticos previos, nos dejan ver, entre otras soluciones, que la mejor etapa para ser extraídos están comprendidas entre los

dieciséis y dieciocho años; esto evitaría las complicaciones que en el curso de la investigación encontramos y además, las instituciones de salud pública deben preocuparse, haciendo conciencia desde la primera enseñanza, así como la segunda y tercera, para que el joven visite con más frecuencia a los especialistas en el área.

Capítulo II.

Introducción

En la práctica clínica se ha observado que la presencia de los terceros molares inferiores retenidos ocasionan una serie de problemas y éstos van desde estéticos, hasta aquellos tumorales, que pueden alterar la salud del paciente.

La mayoría de los autores de tratados odontológicos, coinciden en lo mismo: en que éstos deben ser extraídos por ciertas razones, previniendo complicaciones ortodóncicas, neurológicas, infecciosas y tumorales.

Estudios acerca de la remoción quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos sugieren cierta edad para realizarla, dando indicaciones que fundamentan ésta actitud clínica.

Estudios serios acerca de éste tópico han determinado que la mayor complicación ocasionada por la retención del tercer molar inferior retenido, es la ortodóncica.

Existen reportes que la raza influye en cierta manera para que este tipo de complicación ocurra, como por ejemplo, en la raza negra. En ella existe un espacio óseo mayor para alojar sin ningún problema al tercer molar inferior.

Winter , fue el primer cirujano que estableció la primera clasificación de los terceros molares inferiores retenidos y describió la primer técnica para el diseño quirúrgico para eliminarlos.

Winter también diseño entre otras cosas, instrumental quirúrgico, diversos métodos para cirugía, diseño de colgajo para exodoncia y cirugía.

Una de las primeras clasificaciones serias es la de Winter, en 1926.

Dentro de la cirugía maxilofacial, encontramos otra clasificación de los terceros molares inferiores retenidos, la clasificación de Pell y Gregory en el año de 1933 .

Marco Teórico Conceptual

Se definen como terceros molares inferiores, las piezas dentales, que una vez llegado el momento de su erupción, quedan atrapadas por los maxilares y la mandíbula; conservando éstas su folículo. (Centeno, 1985)

En cuanto a estos terceros molares, de acuerdo a estudios realizados por Universidades Norteamericanas, nos hablan de un cuarenta y cinco por ciento de retención.

Es importante destacar que durante el desarrollo del tercer molar, que empieza entre el cuarto o quinto año de la vida del individuo y concluye a los dieciocho años; En el proceso de crecimiento, se van presentando complicaciones y éstas se manifiestan a medida que el sujeto va creciendo y varían según los climas, razas. (Braham, 1984)

Los estudios se han hecho en Europa Occidental y en Norte América. Algunos antropólogos físicos y representantes de la medicina norteamericana, nos indican con sus investigaciones, que la caja craneana crece a expensas de los maxilares.

Resulta ahora, por los cambios en el sistema alimenticio y "refinamiento" de la civilización occidental, las dietas que consumimos tienen menos contenido de fibra, lo que produce menos esfuerzo al ser masticados. De aquí que el aparato masticatorio, sea menos poderoso; actualmente un mayor número de personas

retienen sus terceros molares inferiores y a la postre, tendrán que perderlos por necesidad. (Kruger, 1988)

Con base en lo afirmado, el primer obstáculo encontrado por el tercer molar inferior es la falta de espacio: Este se encuentra entre la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar.

Dentro de las *complicaciones Ortodóncicas*, los terceros molares inferiores retenidos, en su intento de hacer erupción, hacen presión desalojando los dientes anteriores del reborde alveolar (Centeno, 1985). (Figura No.1)

En la actualidad la literatura reporta las *complicaciones infecciosas* y estas ocurren cuando una de las cúspides de un tercer molar inferior, rompe su folículo y hace contacto con el medio bucal, hay por lo tanto infiltración de microorganismos. Además, debido a la dificultad que presenta el aseo bucal y la retención de partículas alimenticias, se presenta una pericoronitis reconociéndose por una inflamación, trismus, temperatura, dolor, absceso y fistula (Centeno, 1985). (Figura No.2)

Las *complicaciones neurológicas* ocurren cuando la presión que ejerce el tercer molar inferior retenido, sobre el paquete dentario, trae por consecuencia una serie de molestias, entre otras, neuralgias. (Centeno, 1985) (Figura No.3)

Pero en ocasiones, algunos problemas neurológicos se alivian, al extraerse éstas piezas dentales. Por ello, muchos neurólogos, envían a sus pacientes con un cirujano maxilofacial, como primer paso, dentro del proceso de su curación.

Con frecuencia, el tercer molar inferior se queda completamente retenido, conservando su folículo y durante la vida en el adulto, el folículo empieza a degenerarse, lo que puede resultar muchas veces en un quiste dentigero que se comprueba radiográficamente. (Centeno, 1985) (Figura No 4)

Este a su vez puede complicarse en ameloblastoma o en carcinoma mucoepidermoide, siendo, posteriormente una *complicación patológica*. (Centeno, 1985)(Figura No.5)



Marco Teórico Referencial

En el año de 1895 un físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen descubrió los rayos X. Este descubrimiento se volvió operativo y ha ayudado tanto a la ciencia médica como a la odontológica.

Desde 1926, el norteamericano George B. Winter cirujano maxilofacial, con en el apoyo de los rayos X, presenta la primera clasificación de los terceros molares inferiores retenidos.

Winter creó la primera técnica quirúrgica para eliminarlos, logrando además, con un estudio posterior, una magnífica clasificación de los terceros molares retenidos.

Winter consideró que los terceros molares permanentes retenidos deberían agruparse de acuerdo a: (Centeno, 1985)

- La forma de la corona
- La posición en los arcos dentarios
- Por su forma radicular
- Por las estructuras óseas que rodean al diente retenido tomando en cuenta la posición del segundo molar.

En la tabla I se presenta la clasificación del Dr. Winter sobre las diferentes posiciones del tercer molar inferior.

Clasificación y posición del tercer molar inferior:

- ◆ Vertical
- ◆ Horizontal
- ◆ Invertida
- ◆ Mesio-Angular
- ◆ Disto-Angular
- ◆ Buco-Lingual
- ◆ Linguo-Bucal

(Tabla No.1)

Por el año de 1933, otro cirujano maxilofacial Pell y Gregory presentó una segunda clasificación sobre los terceros molares inferiores

En su clasificación relaciona el molar con la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar. Tabla II y III clasificación de Pell y Gregory.

CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY:

Clase I – Cuando hay suficiente espacio entre la rama ascendente y la cara distal de la segundo molar.

Clase II – Cuando el espacio entre la rama ascendente y el segundo molar es menos y queda dentro de la rama tres cuartas partes del tercer molar.

Clase III – Cuando todo el tercer molar queda completamente dentro de la rama ascendente de la mandíbula.

(Tabla No.2)

CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY

- ▶ **Posición A** – Cuando la corona del tercer molar está por arriba de la cara oclusal del segundo molar.
- ▶ **Posición B** – Cuando la corona del tercer molar esta por debajo de la cara oclusal del segundo molar.
- ▶ **Posición C** – Cuando la corona del tercer molar está por debajo del cuello cervical del segundo molar.

(Tabla No.3)

El Dr. Boudler Henry, hacia el año de 1929 en Inglaterra, realizó su primer estudio sobre los terceros molares inferiores retenidos y buscó la manera de prevenir complicaciones.

Hizo experimentos con trescientos niños de ocho y nueve años de edad; tuvo como escenario el Royal General Hospital de Londres. Este médico creía que si destruía el germen del tercer molar se remediaría definitivamente el problema.

Su técnica consistió en abrir una ventana en el ángulo mandibular y mediante una fresa quirúrgica destruir el germen, pero con esta práctica comprobó Boundler, dejaba residuos del germen. El pudo comprobarlo diez años mas tarde.

Casi todos los que fueron objeto de aquella experiencia, tuvieron que ser intervenidos quirúrgicamente, para extirparles quistes residuales.

Un cirujano más, el Dr. Ricketts, modificó un poco la técnica anterior haciendo el experimento en doscientos niños entre los diez y doce años. Debido a que el germen estaba formado y era más fácil extraerlo, sin dejar residuos, pero comprobó años después, que tanto en los casos anteriores, como en los que él había tratado, el crecimiento mandibular no se había completado satisfactoriamente. (Ricketts, 1983)

Por esas razones, la odontología moderna prefiere que se conserven los terceros molares inferiores, porque son indispensables para el crecimiento de la mandíbula.

En la actualidad, en los Estados Unidos, existe hoy una tendencia, para determinar la mejor edad para extraer un tercer molar inferior, y ésta debe ser entre los dieciséis y dieciocho años. (Ricketts, 1983)

Se considera que ésta edad, es la etapa más adecuado del desarrollo mandibular para la extracción del tercer molar inferior retenido y así prevenir las complicaciones a futuro.

Hoy en día, en la facultad de Odontología Campus Tijuana, se están llevando a cabo estudios serios, para ir creando una cultura odontológica que tanta falta hace para nuestra comunidad.

A partir del año 2000, (durante los dos semestres) se llevó una clasificación estadística para comprender las causas por las cuales fueron extraídos los terceros molares inferiores, durante los dos semestres se trataron ciento cuatro pacientes, con un total de ciento siete extracciones.

Marco Teórico Contextual

El estado de Baja California, donde se localiza la U.A.B.C., está situado al extremo noroeste del país y se extiende hacia el sur de la península del mismo nombre. Hacia el norte, tiene frontera con los Estados Unidos de Norte América; por el este, limita con Sonora y el Mar de Cortés; hacia el sur, con Baja California Sur, y por el poniente con el Océano Pacífico.

La península tiene una superficie territorial de 143,790 Km², el estado de Baja California tiene 70,000 Km² de superficie y 1455 Km de litoral.

Existen cinco garitas internacionales terrestres: Tijuana, Otay, Tecate, Mexicali y Algodones.

El territorio norte de Baja California fue declarado estado, en 1952.

Clima: Baja California cuenta con un clima muy variado, desde la nieve de invierno en la sierra, hasta el caluroso y húmedo verano, en las playas y el seco del desierto.

En nuestro estado podemos admirar una gran variedad de especies en que destacan, los cactus, únicos en el mundo que crecen en el desierto y son simbólicas el "cirio", "cardón", y la "cachanilla". En la sierra de San Pedro Martir y en la sierra de Juárez hay enormes bosques de coníferas y el hombre ha creado los grandes viñedos y olivares del valle de Guadalupe y de Santo Tomás, que son típicos de la región mediterránea.

En las costas del Océano Pacífico, puede observarse el paso de la ballena gris, uno de los mamíferos que hace el viaje de migración más largo que se conoce, y viene desde Alaska para tener sus críos en Baja California.

En la zona de la rumorosa y en la región de Cataviña, se han encontrado trazos de figuras y símbolos geométricos sobre rocas, que se conocen como pinturas rupestres, realizados por los primeros pobladores, y cuyo origen y antigüedad no se ha podido determinar, se cree que tienen miles de años.

La isla "Rasa" es zona de reserva y refugio de aves migratorias, donde se anida el 95% de la población mundial de la gaviota parda.

Ensenada es el municipio mas grande de México. Baja California cuenta con uno de los mejores sitios del mundo, para el estudio de la astronomía, en el observatorio de San Pedro Martir.

Ciudades de Baja California

Mexicali: Fundada en 1903. Su nombre es combinación de las palabras México y California. Capital de nuestro estado y llamada la ciudad que capturó al sol, en el verano se llegan a temperaturas de 35° a 45° centígrados.

Su población es de 1,500,000 habitantes. Atractivos: Teatro del estado, Plaza de toros Calafia, Museo de Historia Nacional, Casa de la Cultura.

San Felipe: fue llamada san Felipe de Jesús en 1721 por el padre Fernando de Consag, participante de la primera expedición. Por su desarrollo desde 1925 a la fecha, es considerado como el segundo puerto turístico mas importante de nuestro estado. Tiene una población de 20,000 habitantes.

Ensenada: La bahía fue descubierta y bautizada por Sebastián Vizcaino en 1602, como Ensenada de los todos Santos, por haber llegado a sus playas el día 2 de noviembre del año citado. Su población es de 300,000 habitantes.

Tijuana: fundada en 1889, se dice que su nombre es una derivación de vocablo indígena "Ticuan" que significa cerrado al agua, otros dicen que es una derivación del nombre "Tía Juana" debido a un rancho que se fundo en la zona con dicho nombre. Llamada la ciudad mas visitada del mundo, debido a su localización como punto de entrada a nuestro país, y su colindancia con las áreas mas pobladas del estado de California. (E.E.U.A.) Tijuana, es una ciudad moderna de interés turístico, cultural, comercial e industrial.

Su población es de 2,000,000 de habitantes.

Planteamiento del Problema

El ejercicio de la práctica odontológica, durante mas de cuatro décadas, nos orienta a indagar acerca de aquellas dificultades que se presentan con el abordaje terapéutico de los terceros molares inferiores retenidos.

Las complicaciones que traen consigo estos molares permanentes que no hacen erupción, en nuestra comunidad son:

- a) Ortodóncicas
- b) Neurológicas
- c) TumORAles

El problema se generaliza en el medio social de Tijuana, porque falta implementar una cultura de salud bucal.

Por otro lado, el servicio médico dental especializado en nuestro país y muy en especial en Tijuana, es costoso.

Esta situación que prevalece en nuestra comunidad, obliga al paciente a convivir y soportar su problema bucodental: el tercer molar inferior retenido.

El paciente acude a centros de atención especializados, solamente cuando su dolencia es grave y resulta casi imposible convivir con ella.

La permanencia de este diente en los arcos dentarios, sin hacer erupción, provoca una serie de problemas estéticos, articulares, nerviosos, neurológicos, patológicos, de oclusión y tumorales.

Es importante que el clínico indague las causas de su retención, a la vez dar solución al problema con que el paciente se presenta.

De aquí que resulta imperativa necesidad dar atención a los pacientes con este tipo de problemas, ya que a futuro las complicaciones son serias y pueden atentar en ocasiones con su vida.

Justificación

Todo trabajo científico debe hacer ciertas aportaciones al conocimiento y servir de base para nuevos estudios. El presente trabajo de investigación pretende profundizar sobre los problemas que trae consigo la retención del tercer molar inferior permanente.

En la actualidad encontramos una gran variedad de instrumentos de trabajo, para extraer terceros molares inferiores retenidos.

Esta nueva tendencia permite al clínico actuar y apreciar curvaturas, posiciones y orientaciones del tercer molar retenido.

El clínico debe profundizar en su apreciación acerca de los problemas que trae consigo la retención del tercer molar inferior permanente, por mencionar tan solo un diente de la cavidad oral.

La mayoría de las veces es aplicado el término *nuevo* o *revolucionario*, al material o técnica propuesta por un determinado autor, que con frecuencia, dista mucho de acercarse a los parámetros que, científica y clínicamente, han sido establecidos por autores a través de publicaciones serias.

Los efectos colaterales que lleva consigo la retención del tercer molar inferior son entre otros:

- ◆ Dolorosos
- ◆ Estéticos
- ◆ Neurológicos
- TumORAles
- ◆ De oclusión

La extirpación quirúrgica de los terceros molares inferiores permanentes retenidos está justificada, si el clínico indaga los efectos colaterales presentes en el paciente, previene tales efectos, en caso de no presentarse y protege la salud del paciente.

La mayoría de los pacientes que acuden a la extirpación quirúrgica de los terceros molares inferiores, casi siempre llegan a consulta con el problema de retención y efectos colaterales antes enunciados.

Años atrás, en Inglaterra, se recomendaba la extracción como medida profiláctica, de los terceros molares inferiores y se hacía de manera empírica.

Inicialmente se recomendaba extraerlos después de los ocho años, pero observaron restos del órgano dental y a futuro se formaron, después de diez años, quistes residuales, por no haber hecho la remoción completa del germen.

Otra modalidad fue, extraerlos a los diez años, pero observaron que el crecimiento mandibular estaba disminuido en relación con el maxilar.

Años mas tarde, ya con las bases científicas, se recomendó su remoción quirúrgica después de los dieciséis y dieciocho años de edad.

Esta edad sugerida, previa indicación sustentada en la historia clínico – médica del paciente, respalda la actitud clínica de remover quirúrgicamente el tercer molar.

La investigación consta, para su comprensión de los siguientes elementos (hipótesis de investigación) las variables independiente y dependiente, más la hipótesis.

Hipótesis

La retención de los terceros molares inferiores causan complicaciones ortodóncicas, infecciosas, neurológicas y tumorales.

Variable Independiente (causa)

Los terceros molares inferiores retenidos provocan alteraciones en la cavidad bucal.

Variable dependiente (efecto)

Desaparecen las complicaciones al extraerse los terceros molares retenidos.

Objetivo general

Demostrar que la retención de los terceros molares inferiores causan complicaciones ortodóncicas, infecciosas, neurológicas y tumorales.

Objetivos particulares

- Identificar radiográficamente las posiciones de los terceros molares inferiores retenidos.
- Identificar que complicación está causando el tercer molar inferior retenido.
- Determinar los factores de las complicaciones que producen los terceros molares inferiores retenidos.

Capítulo III .

Materiales y métodos

Metodología

Diseño del estudio

El presente estudio es de carácter descriptivo, prospectivo y transversal.

Definición del universo

En éste estudio la población está compuesta por ciento cuatro pacientes, que fueron atendidos en la clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología Tijuana, bajo las siguientes características:

- a) Sexo masculino y femenino**
- b) Dieciocho a cuarenta y cinco años**
- c) Pacientes con estado de salud general aceptable**
- d) Pacientes con terceros molares inferiores retenidos**

Todos los pacientes involucrados en el estudio fueron atendidos en la clínica "H" de la Facultad de Odontología Tijuana de la Universidad Autónoma de Baja California.

Unidades de Observación

Criterios de inclusión

- Pacientes voluntarios con complicaciones causadas por los terceros molares inferiores retenidos.
- Sexo masculino y femenino.
- De edad aproximada entre dieciocho y cuarenta y cinco años.
- Pacientes con complicaciones ortodóncicas, infecciosas, neurológicas y tumorales.

Criterios de exclusión

- Pacientes con problemas cardiovasculares.
- Pacientes hemofílicos.
- Pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con imposibilidad de abrir la boca.
- Pacientes con cáncer bucal.

Sujetos de estudio

Ciento cuatro pacientes a quienes se les extrajo el tercer molar inferior por complicaciones ortodóncicas, neurológicas, infecciosas y tumorales.

Variables

Variables de interés primario

- Tipo de complicación
- Sexo
- Edad

Variables de interés secundario

- Ⓒ Dolor
- Ⓒ Grado de complicación
- Ⓒ Diagnóstico clínico y radiográfico

Materiales

- 1) Historia clínica médica y dental. (ciento cuatro historias medicodentales)
- 2) Radiografías periapicales kodak, ultraspeed sencillas, No. 2 (120 periapicales)
- 3) Radiografías oclusales y panorámicas (40 oclusales y 15 panorámicas)
- 4) Anestesia lidocaína en cartucho con y sin epinefrina al 1:100 000, cook waite (5 botes)
- 5) Gel tópico de anestesia. (1 frasco de gel)
- 6) Jeringas carpule. (5 jeringas)
- 7) Aguja No.27 larga, monoject. (2 cajas)
- 8) Pieza de mano de alta velocidad. (2 piezas de mano)
- 9) Fresas quirúrgicas de fisura # 522 y 756. (40 #522 y 20 #756)
- 10) Fresas quirúrgicas de bola #4, #6 y #8. (30 de cada una)
- 11) Pinzas de curación sin seguro. (6 pinzas)
- 12) Espejo de refracción frontal #5. (1 espejo)
- 13) Explorador #5. (10 exploradores)

- 14) Mango de bisturí bard parker. (6 mango)
- 15) Hojas de bisturí #11, #12 y #15. (40 #11, 50 #12 y 70#15)
- 16) Legra Molt #9. (6 legra Molt)
- 17) Pinzas hemostáticas halstead rectas y curvas. (10 de cada uno)
- 18) Pinzas de Allis (6 pinzas)
- 19) Botadores rectos, angulados y de bandera. (varios)
- 20) Retractor de Minessota y de Austin. (2 de cada uno)
- 21) Gasas estériles 4x4. (20 paquetes)
- 22) Curetas para hueso tipo Lucas. (6 curetas)
- 23) Limas para Hueso Miller. (6 limas)
- 24) Aspirador quirúrgico de Ferguson 8,9 y 10. (uno de cada uno)
- 25) Suturas seda tres, cuatro y cinco ceros. (120 suturas)
- 26) Pinza portaagujas. (6 pinzas)
- 27) Tijeras para tejido. (6 tijeras)
- 28) Tijeras para sutura. (6 tijeras)
- 29) Cámara fotográfica reflex Cannon AE1 program. (1 cámara)
- 30) Paquete estadístico SPSS y STATS. (1 paquete)
- 31) Paquete de cómputo Microsoft 2000. (1 paquete)

Formas de registro de control clínico

Para el registro y control de los pacientes atendidos en la clínica "H", se diseñaron cuatro registros de control, para que de esta manera fuera más fácil su captura y procesamiento.

Forma 1

COMPLICACIONES ORTODÓNCICAS		
a) Dientes retenidos	Si ()	No ()
b) Mal posición dentaria	Si ()	No ()
c) Alteraciones de oclusión	Si ()	No ()

Forma 2

COMPLICACIONES INFECCIOSAS		
a) Pericoronitis	Si ()	No ()
b) Trismus	Si ()	No ()
c) Inflamación	Si ()	No ()
d) Dolor	Si ()	No ()
e) Abscesos en espacios aponeuróticos	Si ()	No ()

Forma 3

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS		
a) Neuralgias	Si ()	No ()
b) Parestesias	Si ()	No ()
c) Anestesia	Si ()	No ()
d) Espasmos	Si ()	No ()

Forma 4

COMPLICACIONES TUMORALES		
a) Quistes dentigeros	Si ()	No ()
b) Ameloblastomas	Si ()	No ()
c) Carcinomas mucoepidermoides	Si ()	No ()
d) Celulitis	Si ()	No ()

Metodología

- Se elaboró la historia clínica médico-dental correspondiente al tipo de complicación que presentó el paciente. Se registraron las notas de evolución para cada paciente.
- Se procedió a la intervención quirúrgica correspondiente, agrupándolas en las cuatro complicaciones del estudio, previamente establecidas.
- Se indicó terapia farmacológica postoperatoria, basada en la respuesta específica de cada paciente.
- Se manejó un control postoperatorio de cada paciente, para valorar la presencia o ausencia de dolor.
- Todos los pacientes se citaron a retiro de suturas, dentro de los siete a diez días. Se evaluó el sitio de la herida en cada paciente.
- Cada paciente fue citado a los quince días después de su intervención quirúrgica, para evaluar las condiciones de los tejidos y dar su alta médica.

Capítulo IV .

Resultados

Al tratar a los ciento cuatro pacientes y el haber obtenido ciento siete extracciones de terceros molares inferiores retenidos se comprobó, por la práctica quirúrgica, que estos obtuvieron la salud buscada. De aquí se desprende que la hipótesis de trabajo es correcta porque al darle solución al paciente, mediante las extracción recobraron su salud bucal.

Los resultados obtenidos de los procedimientos quirúrgicos se agruparon en:

- Edad
- Complicación

Tabla I. Agrupación de datos y complicación por edad

EDAD	ORTODÓNICO	INFECCIOSO	PATOLÓGICO	NEUROLÓGICO	TOTAL
18 a 30	50	21	1	1	73
31 a 45	2	29	1	2	34
Totales	52	50	2	3	107

Grafica No.1

Grafica No.2

Tabla II. Ciento siete extracciones por complicación en ciento cuatro pacientes

EDAD	ORTODÓNCICO	INFECCIOSO	NEUROLÓGICO	PATOLÓGICO	Totales
18 a 30	50	21	1	1	73
31 a 45	2	29	1	2	34
totales	52	50	2	3	107

Por sugerencia y facilitarse el resultado estadístico, se junto la complicación Neurológica con la Patológica.

Tabla III. Estadístico bajo X^2

EDAD	ORTODÓNCICO	INFECCIOSO	NEUROLÓGICO- PATOLÓGICO	TOTAL
18 a 30	50	21	2	73
31 a 45	2	29	3	34
TOTALES	52	50	5	107

Agrupación de datos y complicación después de haberse juntado la complicación Neurológica y Patológica de 18 a 30 años

Grafica No.3

Agrupación de datos y complicación después de haberse juntado la complicación Neurológica y Patológica de 31 a 45 años

Grafica No.4

Estadística

Tabla IV. Valores observados y valores esperados para la prueba de hipótesis.

EDAD	ORTODONCICO	INFECCIOSO	NEUROLÓGICO-PATOLÓGICO	TOTALES
18-30	50 (34.48)	21 (34.11)	2 (3.41)	73
31-45	2 (16.52)	29 (15.89)	3 (1.59)	34
TOTALES	52	50	5	107

En paréntesis se registran los valores esperados.

$$X^2=36.41; X^2_0=6.64 (\alpha=0.01; gl=2)$$

DECISIÓN: Se rechaza H_0 al 95% ($\alpha=0.05$) esto indica que las complicaciones que causan los terceros molares inferiores tienen relación con la edad del paciente.

De la prueba de hipótesis se desprende la conclusión de que las complicaciones que causan los terceros molares inferiores retenidos tienen relación con la edad del paciente. ($\alpha=0.01$)

Capítulo V .

Discusión

De acuerdo a los autores ya mencionados en el marco teórico referencial, el Dr. George B. Winter y Pell y Gregory, fueron los primeros en presentar una clasificación y posición de los terceros molares inferiores retenidos. Los tratados de Cirugía Bucal y Maxilofacial señalan las complicaciones que acarrearán los terceros molares inferiores retenidos, las cuales son ortodóncicas, infecciosas, neurológicas y tumorales.

Estudios previos habían experimentado en forma empírica, en niños de ocho a diez años, la extracción de los gérmenes dentales y más tarde comprobaron que se presentaban complicaciones como quistes residuales y falta de crecimiento de la mandíbula.

Durante el trabajo de investigación en ciento cuatro pacientes, dentro del trabajo experimental, se logró establecer una clasificación interesante, porque, de alguna manera, los logros obtenidos apoyarán a estudios posteriores.

En ese trabajo, se representan en cuadros, que reflejan el manejo de éstos por grupos, de acuerdo a edades que van de los dieciocho a los cuarenta y cinco años.

En este espacio de tiempo se *extrajeron ciento siete terceros molares* permanentes retenidos, quedando determinados los motivos por los cuales, se buscó atención a sus problemas:

- a. Ortodóncicos
- b. Infecciosos
- c. Neurológicos
- d. Tumorales

De los ciento cuatro pacientes, setenta y cuatro fueron mujeres y treinta hombres.

Es importante señalar, que en esta ocasión, se trataron más mujeres que hombres. Esto no se debe a que los primeros tengan más cuidado en su salud e higiene bucal, en detrimento de los últimos, sino que en los dos semestres del año dos mil, fueron quienes mas solicitaron éste servicio dental. Abundando en lo anterior, no existe diferencia entre sexos en términos de los terceros molares inferiores retenidos, por lo tanto, se descarta el sexo como factor de retención.

Capítulo VI.

Conclusiones

- El fin último para una extracción, (tercer molar inferior retenido) es que el paciente encuentre su salud bucal.
- Además, los pacientes que no tienen la suerte de que se les extraigan estas piezas dentales, pueden presentarse en algunos casos, complicaciones ortodóncicas infecciosas neurológicas y tumorales.
- Las prácticas sobre los ciento cuatro pacientes que fueron tratados en el periodo de tiempo comprendido durante los dos semestres del año dos mil, demostró que las teorías que nos hablan de lo dientes retenidos son ciertas y que la extracción de las mismas siguen siendo una solución drástica, que traen como ventaja el poder de encontrar el alivio.
- Por otro lado en la sección de resultados del trabajo se encuentran los datos estadísticos, según edades y complicaciones.
- Siendo un trabajo de investigación, demuestra que la Facultad de Odontología esta en condiciones de elevar el nivel de conocimientos de los futuros profesionistas, al tener ellos información fidedigna y que además, tiene bases científicas.

Capítulo VII.

Referencias Bibliografías

Archer Harry W. Cirugía Bucodental. Quinta Edición. Editorial Mundi. 1985, pag. 121, 122, 123, 124, 125, 126.

Braham Raymond L. Odontología Pediátrica. Primera Edición, 1984. Editorial Panamericana. Pag. 57, 58, 59.

Centeno Riez Guillermo Cirugía Bucal. Décima Edición 1985. Editorial El Ateneo. Pag. 299, 300, 302, 303, 304, 305, 353, 354, 355, 356, 358, 359, 360.

Cpes O. Jeffrey. Journal of Maxilofacial Surgery. El tercer molar y los quistes dentigeros. Vol. 10, 1999. Pag. 15, 16.

Carson R. A. Cirugía y Patología Odontológica. Tercera Edición 1978. Editorial El Manual Moderno S.A. Pag. 243, 244.

Dunn Martin. Cirugía Bucal. Segunda Edición 1977. Editorial El Manual Moderno. Pag. 201, 202, 203.

D. H. Robets. Analgesia en Odontología. Segunda Edición 1979. El Manual Moderno. Pag. 201, 202, 203.

Elizondo López Arturo. ECAFSA Metodología de la Investigación. Pag. 333

Gooris Christell. American Journal. Erupción de los terceros molares inferiores. Vol. 98. 1990. Pag. 161, 162, 163, 164, 165, 166.

Howe Geoffrey L. Cirugía Bucal Menor. Tercera Edición 1987. Editorial El Manual Moderno. Pag. 128, 129, 130.

Kruger Gustav. O. Cirugía Bucal Maxilofacial. Séptima Edición 1988. Editorial Panamericana. Pag. 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87.

Llarna del Rosario Maria Elena. Revista A.D.M. Etapas y formación del tercer molar inferior. Vol. XLVII. 1990. Pag. 112, 113, 114, 114, 115, 116, 117, 118.

Moguel. Molina José Luis. Práctica Odontológica. Vol. 12. 1991. Pag. 11.

Moyers Rober. Manual de Ortodoncia. Cuarta Edición 1992. Editorial Panamericana. Pag. 387, 388, 389.

Ortega Juan José. Dentista y Paciente. Complicaciones de los terceros molares. Vol. 7. Pag. 10, 11.

Ricketts Bench. Técnica bioprogresiva de Ricketts. Quinta Edición 1983. Editorial Panamericana. Pag. 365, 367.

Shafer William G. Patología Bucal. Cuarta Edición 1986. Editorial Panamericana. Pág. 66, 67, 68, 69.

Vazquez Carranza Jorge. Práctica Odontológica. Quiste folicular. Vol. 9. 1990. Pág. 40.

White E. Daniel. Tratado de Cirugía Bucal. Segunda Edición. 1984. Editorial Panamericana. Pág. 105, 106, 107, 108, 109.

White Raymond y Costich Emmet. Cirugía Bucal. Primera Edición 1999. Editorial Interamericana. Pág 89, 90, 91.

Capítulo VIII.

Anexos

Anexo No.1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DE ENERO DEL 2000 A JUNIO DEL 2001

JUAN ERNESTO GAILLARD RIOS

ACTIVIDADES	De Enero a Diciembre del 2000												De Enero a Junio del 2001						
	Ene	Feb	Mzo	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
lección de tema	X																		
revisión bibliográfica del tema		X																	
planteamiento del problema y su definición			X																
formulación de objetivos su justificación			X																
formulación de hipótesis					X														
metodología					X														
laboración del proyecto						X													
elección de pacientes (sujetos)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
procedimiento del trabajo						X													
análisis de resultados						X	X	X	X	X	X								
discusión											X								
conclusión												X							
bibliografía																X			
Anexos																	X		
tesis terminada																			X

Anexo No.2

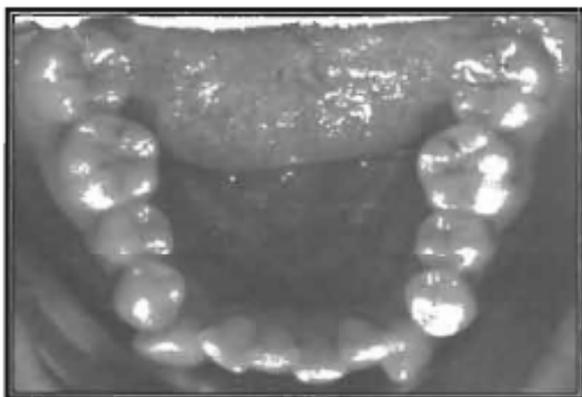
Figura No.1

Complicaciones Ortodónica

A



B



Anexo No.3

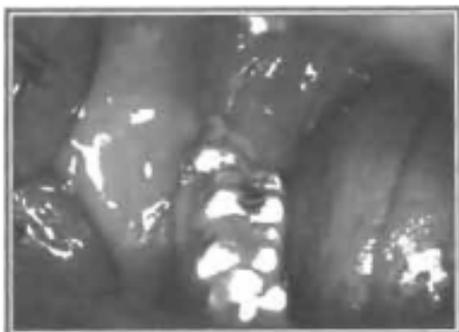
Complicación Infecciosa

Figura No.2

A



B



C



D

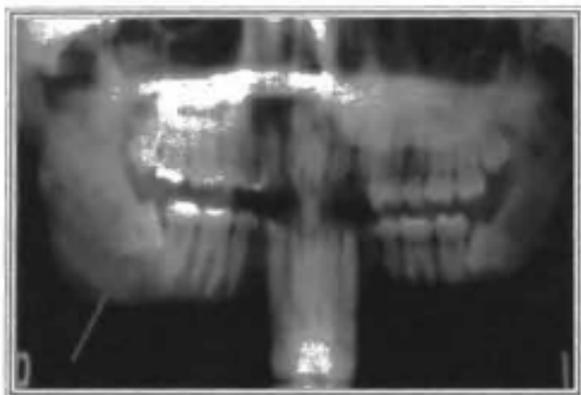


Anexo No.4

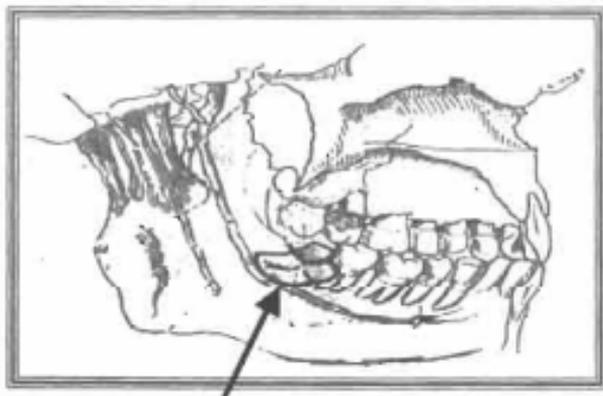
Complicación Neurológica

Figura No.3

A



B

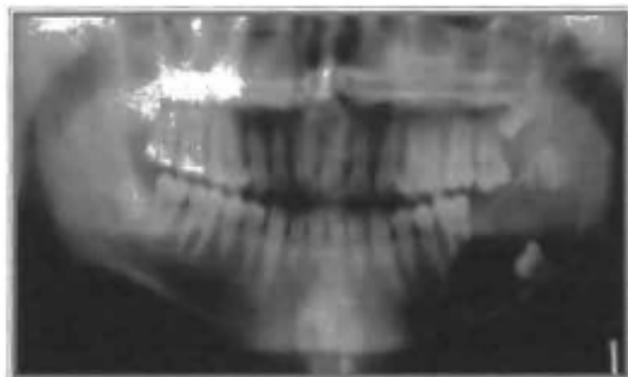


Anexo No.5

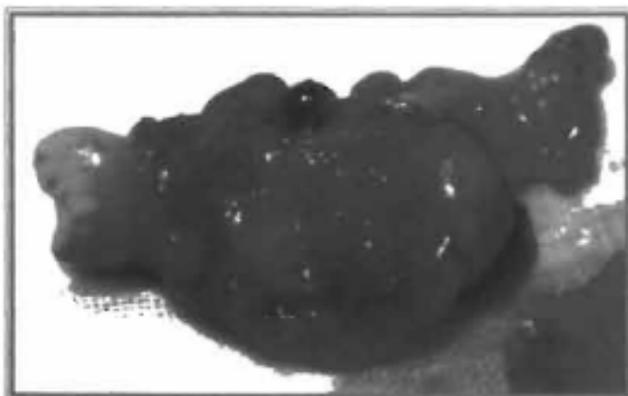
Complicaciones Tumorales (Quiste Dentígero)

Figura No.4

A



B



Anexo No.6

Complicación Tumorales (Ameloblastoma)

Figura No.5

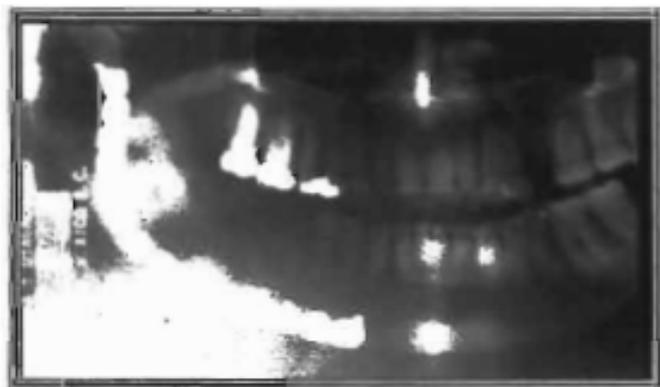
A



B



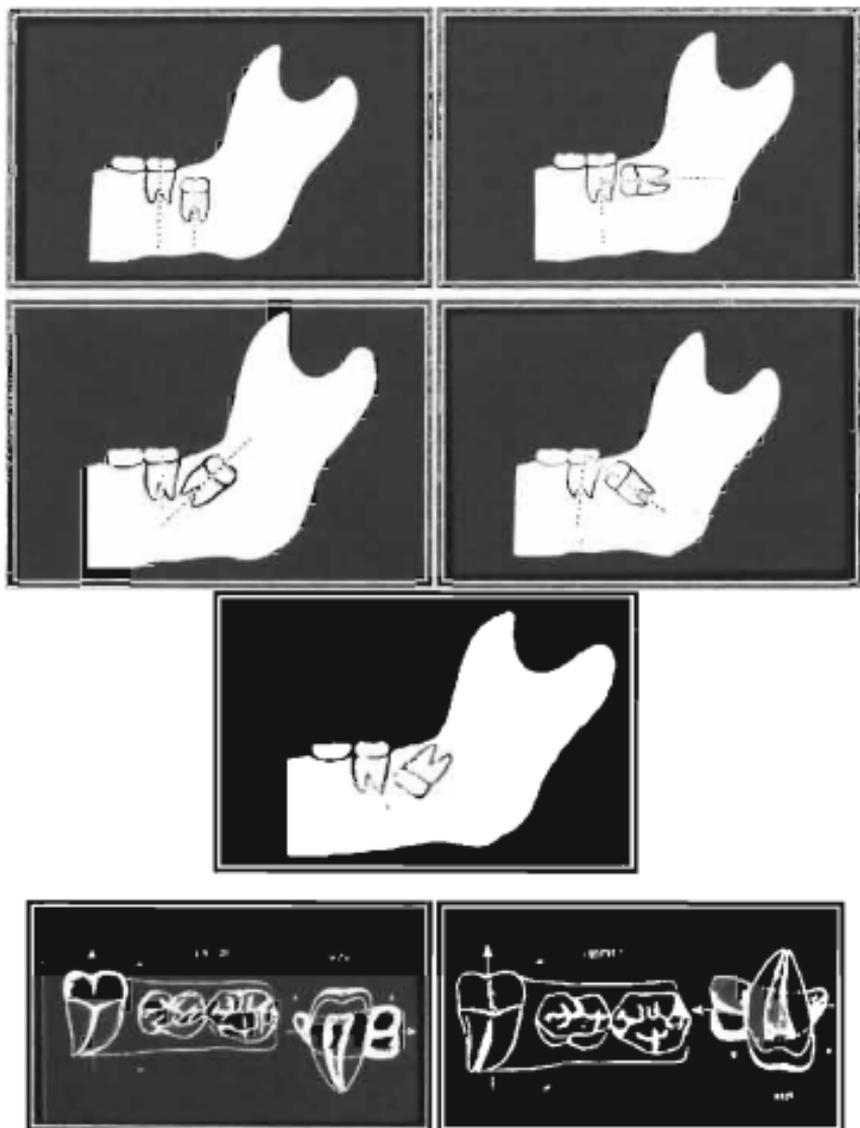
C



Anexo No.7

Clasificación WINTER

Tabla No.1

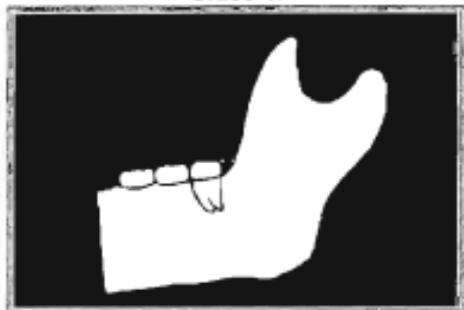


Anexo No.8

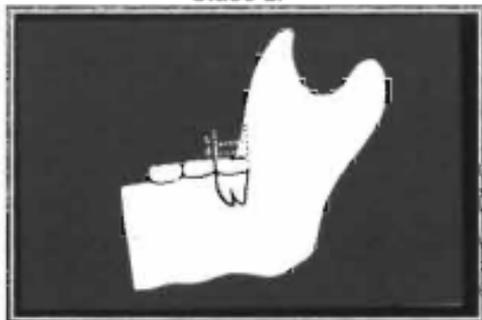
Clasificación de Pell Y Gregory

Tabla No.2

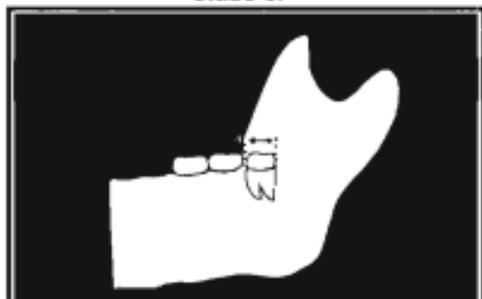
Clase 1.



Clase 2.



Clase 3.

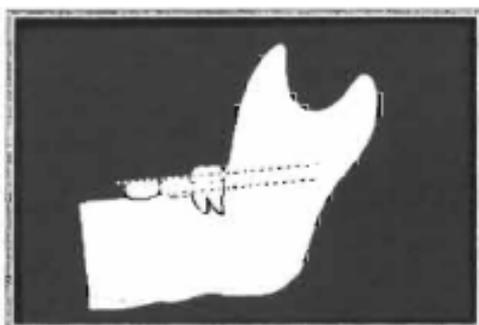


Anexo No.9

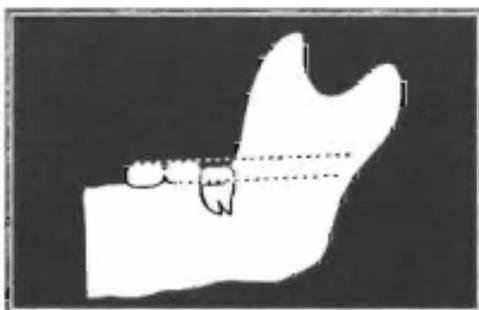
Clasificación de Pell Y Gregory

Tabla No.3

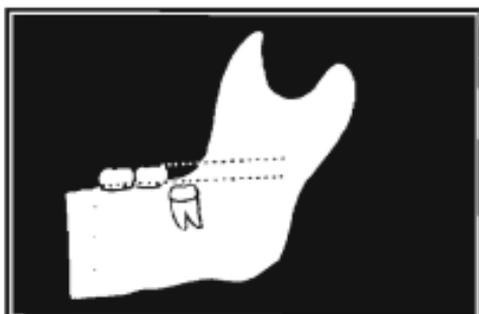
Posición A.



Posición B.



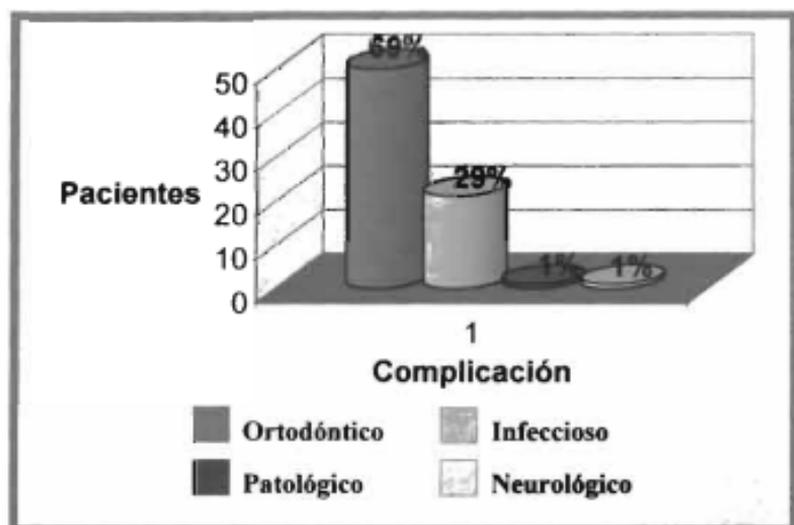
Posición C.



Anexo No.10

Agrupación de datos y complicación por edad de 18 a 30 años

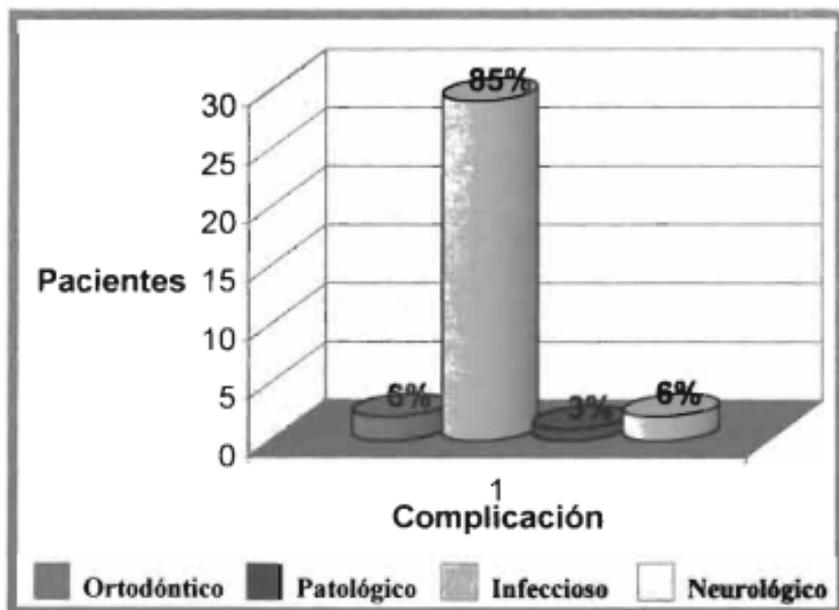
Gráfica No.1



Anexo No.11

Agrupación de datos y complicación por edad de 31 a 45 años

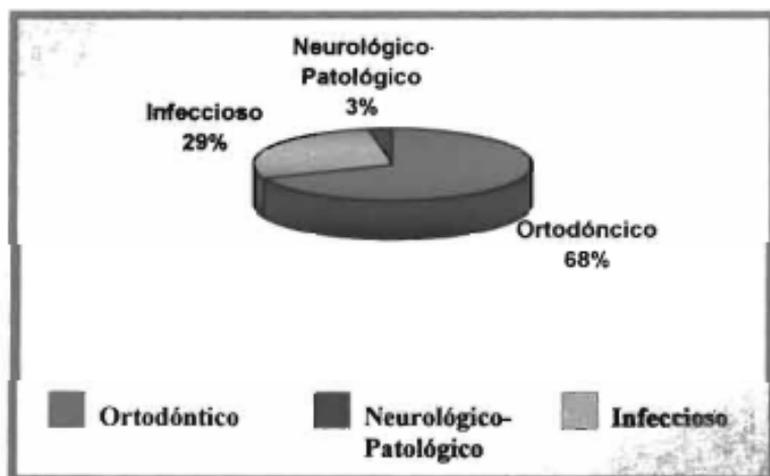
Gráfica No.2



Anexo No.12

Agrupación de datos y complicación después de haberse juntado la complicación Neurológica y Patológica de 18 a 30 años

Gráfica No.3



Anexo No.13

Agrupación de datos y complicación después de haberse juntado la complicación Neurológica y Patológica de 31 a 45 años

Gráfica No.4

