



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

TRABAJO DE TITULACION BREVIO AL TÍTULO DE
ODONTOLOGO

TEMA:

Análisis radiográfico de los terceros molares tratados en la Clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología periodo 2014-2015.

AUTORA

Carmen Lilibeth Pluas Suarez

TUTOR

Dr. Alex Polit Luna. MSc.

Guayaquil, Junio 2015

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor/es del Trabajo de Titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontólogo. Cuyo tema se refiere a:

Análisis radiográfico de los terceros molares tratados en la Clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología periodo 2014-2015.

Presentado por:

Carmen Lilibeth Pluas Suarez

C.I. 0925637415

Dr. Alex Polit Luna. MSc.

Tutor Académico y Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz Msc. Dr. Miguel Álvarez Avilés Msc.

Decano

Subdecano

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla Msc.

Directora Unidad de Titulación

Guayaquil, Junio del 2015

AUTORÍA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual
del odontólogo:

Carmen Lilibeth Pluas Suarez

C.I: 0930576491

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme guiado y darme la fortaleza que necesito por el camino de la felicidad, en segundo lugar a cada uno de los miembros de mi familia pero en especial a mi madre ya que ella está siempre pendiente de mí, a mi padre por su apoyo incondicional son mi mayor bendición mis hermanas y mis hermosos sobrinos que fueron mi mayor inspiración.

Agradezco también a los Doctores ellos fueron una gran fuente de aprendizaje en estos años de Universidad y ahora puedo decir que sus enseñanzas fueron las mejores para mi futura vida como profesional.

Carmen Lilibeth Pluas Suarez

DEDICATORIA

Dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Dedicado para mi querida Madre Inés Suarez Samy y a mi Padre Samuel Pluas Moyano por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi empeño, mi perseverancia y coraje para seguir mis sueños sin perder nunca la Fe. A mis Hermanas Johanna Pluas y Adamaris Pluas quienes son mi motor para seguir adelante.

Carmen Lilibeth Pluas Suarez

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Caratula	I
Certificación de tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice general	VI
Resumen	IX
Abstract	X
Introducción	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Descripción del problema	2
1.3 Formulación del problema	2
1.4 Delimitación del problema	2
1.5 Preguntas de investigación	3
1.6 Formulación de los objetivos	3
1.6.1 Objetivo general	3
1.6.2 Objetivos específicos	3
1.7 Justificación de la investigación	4
1.8 Valoración crítica de la investigación	4
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	5
2.2 Bases teóricas	7
2.2.1 Terminología	7
2.2.1.1 Retención	7
2.2.1.2 Impactación	7

ÍNDICE GENERAL

Contenido

2.2.1.3 Inclusión	
2.2.2 Diferencia de Retención, Impactación en Inclusión	8
2.2.3 Clasificación Conceptual de Retención	8
2.2.4 Teoría sobre la Etiología de la Retención Dentaria	9
2.2.4.1 Teoría Filogenética	9
2.2.4.2 Teorías Mendeliana	9
2.2.4.3 Teoría Ortodóncica	9
2.2.4.4 Teoría Evolucionista	10
2.2.5 Etiología de la Inclusión Dentaria	10
2.2.6 Frecuencia de la Inclusión de los Terceros Molares	11
2.2.7 Clasificación de los Terceros Molares según Pell y Gregory y Winter	11
2.2.8 Condiciones Embriológicas	12
2.2.9 Crecimiento y Desarrollo Craneofacial y de la Dentición	12
2.2.10 Accidentes Ocasionados por Dientes Retenidos	13
2.2.11 Tipos de Exámenes Radiográficos	14
2.2.12 Relación del Molar con la Interrelación Muscular	15
2.2.13 Clasificación según la Integridad del Hueso y la Mucosa	15
Adyacente	
2.2.14 Clasificación de los Terceros Molares Mandibulares	16
Retenidos	
2.2.15 Clasificación de Pell y Gregory	16
2.2.16 Breve Profundidad Relativa del Tercer Molar en el Hueso	16
2.2.17 Clasificación de Winter	17
2.2.18 Desviación	17
2.2.19 Factores que Condicionan la Erupción de los Terceros Molares	18
Molares	
2.2.20 Estudio de la Corona del Tercer Molar Mandibular	18

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
2.2.21 Estudio Radiográfico de la Raíces de los Terceros Molares	19
2.2.21.1 Región del Tercer Molar	20
2.2.21.2 Consideraciones Radiográficas	20
2.2.22 Tipos de Radiográficos	21
2.2.23 Prevalencia de los Terceros Molares	22
2.2.24 Tratamiento quirúrgico en la intervención del tercer molar	
2.3 Marco Conceptual	24
2.4 Marco Legal	25
2.5 Elaboración Hipótesis	26
2.6 Variable de Investigación	26
2.6.1 Variable Independiente	26
2.6.2 Variable Dependiente	26
2.7 Operaciones de la Variables	27
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Nivel de investigación	28
3.2 Diseño de la investigación	29
3.3 Instrumentos de recolección de información	30
3.4 Población y muestra	30
3.5 Fases metodológicas	30
3.5.1 Entre otros métodos	
4. Análisis de los resultados	33
5. Conclusiones	38
6. Recomendaciones	40
Bibliografía	41
Anexos	43

RESUMEN

El objetivo que me llevo a realizar este estudio fue sentar el análisis radiológico de los terceros molares que fueron tratados en la clínica bucal su predominio en la clínica bucal de la facultad de odontología en un estado de tiempo indicado. Facilitando y de primer orden la radiografía panorámica como instrumento de ayuda, la interpretación radiográfica de la posición de los terceros molares, sostener tesis de la clasificación de Pell y Gregory. Comprobar de qué índole y condición o posición según la teoría de Pell y Gregory los casos presentados en cada estudio radiográfico de 100 radiografías panorámicas en la facultad piloto de odontología de la Universidad de Guayaquil lugar su clínica bucal. El génesis de este estudio se realizó con 100 personas que se dispusieron a ser atendidos en la clínica bucal, un porcentaje de 44% son mujeres frente a un 56% de hombres de edades correspondientes a 18 a 35 años. Resultados: Obteniendo como resultado que la clase que más prevalece es la clase II en el sexo masculino con un 62%. La clase I en un 20% en el sexo femenino; La Clase III en un 18% entre el sexo masculino y femenino. La posición que más prevaleció fue la Posición B en pacientes de sexo masculino en un 70%, La posición A en un 26%, La posición C en un 4% ambas entre los dos sexo masculino y femenino. Conclusión: La clase y posición según Pell y Gregory que más prevalece es la clase II posición B en pacientes de sexo masculino en edades de 18 a 35 años. Con un porcentaje de 62% para la clase II posición B, 20% para la clase I posición A y un 18% clase III posición C.

Palabras clave: Tercer molar, clasificación de Pell y Gregory, Winter, posición.

ABSTRACT

The objective that led me to conduct this study was established the radiological analysis of third molars that were treated in the oral clinical predominance in the oral dental clinic school in a state indicated time. And providing first panoramic radiography class as an aid, radiographic interpretation of the position of third molars, thesis support the classification of Pell and Gregory. Check what kind and status or position on the theory of Pell and Gregory the cases presented in each radiographic study of 100 panoramic radiographs in the pilot dentistry faculty of the University of Guayaquil place your oral clinic. The genesis of this study involved 100 people who were ready to be served in the oral clinic, a percentage of 44% women vs. 56% of men of corresponding ages 18-35 years old. Results: Getting results in the class is the most prevalent class II in males with 62%. Class I 20% in females; Class III 18% between male and female. The position was more prevalent in the position B male patients 70% position to 26%, the C position by 4% between the two both male and female. Conclusion: The type and position according to Pell and Gregory is most prevalent class II position B in male patients aged 18-35 years old. With a percentage of 62% for class II position B, 20% for class I position A and 18% Class III position C.

keywords: third molar, pell classification and gregory, winter position

INTRODUCCIÓN

Para este estudio destacaremos en primera instancia el conocimiento del tercer molar con esto no está demás hacernos la pregunta **¿QUÉ ES UN TERCER MOLAR?** Los terceros molares son piezas dentarias ubicados en la arcada dentaria, en algunos casos no erupcióna correctamente en algunos casos se convierten en patologías para algunas personas.

Su retención y la mala posición de algunos terceros molares nos dan pie para realizar este estudio que induce a establecer su clasificación y determinar su diagnóstico y tratamiento a seguir de acuerdo a la cirugía bucal, que el profesional platee con la conclusión del estudio.

El diagnóstico es la clave y necesidad en una intervención quirúrgica, de la mano la radiografía que nos permite proyectar un correcto plan de tratamiento. “Depende su posición del diente no erupciona o erupción, puesto que es un tema controversial dejar o extraer los terceros molares”. (Ribeiro, 2009) Surgieron algunos sistemas de clasificación de los terceros molares retenidos que permiten la anticipación de posibles trastornos y posibilitan una pre-visualización de algunas modificaciones del acto operatorio. Las clasificaciones fueron hechas a partir de análisis radiográficos y en la gran mayoría de veces, se utilizan radiografías panorámicas, donde es posible visualizar correctamente el eje longitudinal del segundo molar, rama ascendente de la mandíbula y el nivel óseo que servirán como parámetros. En su investigación de la clasificación de los terceros molares, determina el grado de Impactación de los terceros molares inferiores, la profundidad entorno al plano oclusal del segundo molar inferior y la parte anterior de la mandíbula, clasificándolos en Clase I, II, III. El objetivo de este trabajo fue realizar un estudio radiográfico, utilizando radiografías panorámicas, para evaluar la posición de los terceros molares inferiores de pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía de la Facultad Piloto de Odontología de la universidad de Guayaquil. Empleamos la clasificación según (Pell-Gregory, 1933).

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este proyecto nos basaremos en un influyente estudio radiográfico de los terceros molares pues es común su mala posición, con esta herramienta (radiografía panorámica) nos permite determinar el grado de accesibilidad y el propósito de elegir la prioridad o el plan de tratamiento para un correcto diagnóstico y planeamiento quirúrgico con excelencia. Saber que al no tener conocimiento de cómo erupciona el tercer molar puede haber accidentes o patología. La radiografía nos deja ver la anatomía de la región maxilar del tercer molar a tratar su ligación con las piezas dentarias, huesos, músculos y nervios que lo rodea para así evitar mala práctica médica. En la actualidad conocemos de las radiografías digitales (Panorámicas).

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Para poder conocer los problemas y su grado de accesibilidad o dificultad realizaremos el análisis radiográfico por ende empezar a tratar de modo seguro en el tercer molar en la clínica de cirugía bucal facultad piloto de odontología.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de las mal posiciones de los terceros molares mediante el análisis radiográfico según Pell y Gregory y Winter de los pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la universidad estatal de Guayaquil en el año 2014-2015?

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: análisis radiográfico de los terceros molares tratados en la clínica de cirugía bucal en la facultad piloto de odontología.

Objetivo de estudio: situación en donde no erupciona normalmente el tercer molar que se encuentra parcial o totalmente retenido pudiendo ocasionar posición diferente de acuerdo a su clasificación.

Campo de acción: análisis radiográficos.

Lugar: facultad piloto de odontología

Área: pregrado

Periodo: 2014-2015

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los cambios anatómicos y fisiológicos que afectan la posición de los terceros molares?

¿Cuál es el tratamiento adecuado para un correcto abordaje quirúrgico?

¿Cuál es la clasificación según la posición de Winter?

¿Cuál es la posición correcta según la clasificación de Pell Gregory?

¿Qué cree usted sobre la teoría mendeliana?

¿Cuál es la complicación que se presenta por una mal posición de terceros molares?

1.6 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo general

Determinar el grado de accesibilidad para un correcto diagnóstico y plan de tratamiento de acuerdo a la posición de los terceros molares según sus distintas clasificaciones en el análisis radiográfico de terceros molares que fueron atendidos en la facultad piloto de odontología en la ciudad de Guayaquil en el 2014-2015.

1.6.2 Objetivos específicos

Revisar otras investigaciones acerca de la prevalencia de terceros molares según Pell y Gregory y Winter. Determinar la clase y posición de los terceros molares según Pell Gregory en los pacientes de la clínica. Resultados de investigación en una tesis, basada en las observaciones

radiográficas de los pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la facultad de odontología en el año 2014-2015.

1.7 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Conveniencia

Esta investigación permitirá al odontólogo brindar la información necesaria para poder conocer las distintas clasificaciones y posición de terceros molares.

Relevancia

Este análisis también permitirá que los pacientes tengan la seguridad de que el profesional odontólogo brindara un tratamiento oral oportuno menos traumático posible.

Viabilidad

Es válido realizar este análisis por el cual resulta que exista todos los recursos disponibles como: humanos, económicos, técnicos, laboratorios, radiográficos e información a través de libros y sitios de internet.

Utilidad metodológica

Serán analizadas 100 radiográficas tomadas de los pacientes que fueron atendidos en el periodo 2014-2015 en la clínica de cirugía. En las cuales observaremos al tercer molar su clase en relación con el segundo molar y posición relevante al hueso alveolar. Estableciendo cual es la que mayor frecuencia tiene.

1.8 VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

Delimitado: Realizamos un estudio estadísticos de una cantidad de pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la facultad piloto de odontología se realizó una investigación descriptiva explicativa en el que se constata mediante radiografías la posición del tercer molar más frecuente.

Evidente: porque mediante un estudio radiográfico del tercer molar podemos aplicar un tratamiento adecuado para el paciente.

Concreto: mediante las radiografías empleadas observaremos el hueso alveolar, y demás piezas dentarias vecinas.

Relevante: es relevante para la ciencia odontológica. Por qué a través de la radiografía podemos observar en casos que exista agenesia del tercer molar.

Contextual: al detallar las diferentes clasificaciones del tercer molar según varios autores además de argumentar en exactitud de que consta un estudio radiográfico y cuáles son los tipos de radiografías empleadas.

Factible: ya que contamos con la cooperación de tutores académicos como metodológicos más los datos estadísticos de pacientes atendidos para la extracción quirúrgica del tercer molar.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación realizada en la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana en la Ciudad de Lima un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el seleccionaron 582 con registros tomados de las historias clínicas con la finalidad de obtener las clasificaciones según Pell y Gregory- Winter. (anexo 1)

Resultados: De acuerdo a este análisis se observó que la posición más frecuente según la clasificación de Winter fueron vertical (42,3%) y mesioángulada con un (31,4%) ambas posiciones para ambos géneros y lados entre los 18 y 40. Según la clasificación de Pell Gregory la que prevalece es la clase I posición, se planteó conocer la frecuencia de la posición de los terceros molares según los factores de edad y sexo. (Palacios Colan, 2012). (anexo 2)

Se analizaron 430 radiografías panorámicas de pacientes atendidos entre 20 y 40 años en la clínica privada de radiología en Curitibia-PR, se determinó que el sexo femenino fue el más afectado en retención con una

clasificación de Pell y Gregory más prevalente bilateralmente fue la clase II posición A (Dias Ribiero, 2009).

En las 169 radiografías analizadas, pertenecientes al género femenino, fueron encontrados 413 dientes impactados y en las 110 radiografías, pertenecientes al género masculino, fueron encontrados 251 dientes impactados; lo que totalizó 664 dientes impactados (59,49%) y clasificados según Winter⁸ (1926), Pell y Gregory⁹ (1933) y Sandhu y Kaur¹¹ (2005) (Iwaki, 2014).

En su investigación determinó el grado de erupción y la retención de terceros molares en un grupo de jóvenes de 17 y 20 años en la ciudad de Antofagasta. Se estudiaron 100 radiografías panorámicas de las historias clínicas (donde 50 eran mujeres y 50 hombres) de la clínica de Ortodoncia Manquehue Antofagasta, Chile. Para dicho estudio tomaron en referencia a la clasificación de Winter se obtuvo un 49,1% a nivel intraoseo y un 25% de terceros molares clase III. La posición más prevalente fue la mesiongulada seguida de la vertical, distoangulada y horizontal. Donde presentaban porcentajes semejantes (García-Hernández, 2014). Se realizó un estudio descriptivo simple de 319 pacientes a los que se había efectuado la extracción quirúrgica de un tercer molar dependiendo su posición en mayor proporción (73,7%). Un 69,6% de los dientes estaban cubiertos únicamente por tejidos blandos. La clase II posición B de Pell y Gregory representó el 56% de los cordales inferiores, mientras que la posición vertical supuso un 42,1% de los casos (M^a Ángeles Fuster Torres, 2008).

La teoría de Darwin nos habla sobre la evolución de la creación a lo largo del tiempo, como el hombre forma parte de ésta también nos permite decir que el hombre ha experimentado un gran paso evolutivo. Su aspecto y estructura ósea han sobrellevado cambios tomando como ejemplo las vértebras, costillas y dedos tienden los dientes a padecer de agenesia. (Bramante, 1987) (anexo 3)

Basados en los estudios arqueológico encontrados con restos del hombre de hace millones de años y su estudio a los mismos los científicos, estudiosos, arqueólogos y entre otros llegan como conclusión que hombre en su anatomía maxilofacial ha obtenido una reducción notaria en la evolución de la humanidad hasta la actualidad. Siendo las dimensiones de las piezas dentarias en su presunción las de menos cambio pues permanecen casi iguales a sus orígenes. Quisiera destacar dos teorías un tanto polémicas: la primera es la teoría de Adloff, un poco futurista que destaca la desaparición de los terceros molares en el hombre por acción de poco movimiento masticatorio. La teoría en controversia a la teoría de Adloff es la de Wallace quien estudiando los fósiles de Australopithecus, PAR ANTHROPUS Y HOMO temprano, describe en su estudio erupciones retrasadas en un HOMO SAPIENS de dos millones de años de antigüedad.

2.2. BASES O FUNDAMENTACION TEÓRICA.

2.2.1 TERMINOLOGÍA

2.2.1.1 Retención

Se determina al diente como retenido cuando no se observa ninguna abertura en la mucosa del diente por ende el diente retenido por completo o incompleto en el hueso al máximo de su etapa de erupción normal. (Abu-El Naaj I, 2010)

2.2.1.2 Impactación

Suspensión total o interrumpida en el tiempo límite de la erupción de la pieza dentaria, que esta interferida o que bloquee por un agente involuntario en su trayecto normal los cuales pueden ser: Huesos que lo recubren con gran densidad, Fibrosis, Exceso de Tejido Blando y otros dientes. La presunción de una implantación se da cuando no se localiza en la boca, mientras que la pieza antagonista y contralateral ya haya

erupcionado, el saco pericoronario puede estar abierto en boca o no (anexo 12)

2.2.1.3 Inclusión

Se produce en el diente la detención en el hueso maxilar rodeado aun de su saco pericoronario intacto, por completo de la erupción en el tiempo aproximado de mayoría de edad del paciente por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción por factores físico o mecánico (Bareiro Federico, 2014).

2.2.2 DIFERENCIA ENTRE LA RETENCION, IMPACTACION E INCLUSION

La retención se da cuando un diente no completa su erupción dentro del rango de tiempo normal esperado con respecto a la edad del paciente. Clínicamente, el diente no ha perforado la mucosa y por lo consiguiente, no ha adoptado una posición adecuada en el arco dentario. Este concepto involucra tanto a dientes en proceso de erupción como los dientes impactados. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones con respecto a las retenciones: todo diente pasa por una etapa de retención fisiológica, luego pasan a un periodo de retraso de la erupción variable según el caso, se debe esperar el termino del tiempo estimado para la erupción, de lo contrario se corrobora la retención y finalmente, si la retención produce alguna manifestación clínica, se clasifica como retención patológica.

2.2.3 CLASIFICACIÓN CONCEPTUAL DE RETENCION

Se denomina diente retenido aquella pieza dentaria que habiendo alcanzado el periodo normal de erupción, no ha conseguido hacerlo por algún motivo clínicamente no ha perforado la mucosa y, por lo consiguiente no ha adoptado una posición adecuada en el arco dentario. Todo diente pasa por una etapa de retención fisiológica, luego pasan a un período de retraso de la erupción variable según el caso, se debe esperar

el término del tiempo estimado, si la retención produce alguna manifestación clínica, se clasifica como retención patológica.

Diente Retenido: Se clasifican en.

Retención Primaria: Erupción retenida sin que haya una barrera física o posición anómala

Retención Secundaria: Igual que la primera, pero una vez aparecido el diente en la cavidad oral.

Diente Incluido: Aquel que permanece dentro del hueso una vez pasada su fecha de erupción.

Retención Interósea: Cuando se presenta completamente rodeado por tejido óseo

Retención Gingival: Cuando se encuentra cubierto por encía o mucosa gingival.

2.2.4 TEORÍAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA

2.2.4.1 Teoría Filogenética

Según la evolución humana, los maxilares han reducido su tamaño, pero las piezas dentarias en su original tamaño. Debido que los alimentos han cambiado, antes los eran más sólidos y necesitaban mayor fuerza masticatoria, por lo tanto el hombre ha evolucionado adoptando una dieta más blanda y el sistema masticatorio ha reducido la fuerza y el número de piezas dentarias (López, 2001).

2.2.4.2 Teoría Mendeliana

La herencia juega un importante papel. Durante la genética, el individuo puede heredar el maxilar de su padre con las piezas dentales grandes a su madre o viceversa.

2.2.4.3 Teoría Ortodóntica

Existe el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de las piezas dentarias es en dirección anterior. Cualquier interferencia que no

vaya con el crecimiento anterior causa retenciones en las respectivas piezas dentales. (anexo 6)

2.2.4.4 Teoría Evolucionista

Al pasar de los tiempos la especie humana ha evolucionado con las características de la cerebración de la caja craneal, a expensas de la disminución del desarrollo macizo facial. Esto como resultado del cambio de hábitos. El hombre prehistórico tenía una alimentación con más fuerza que aguantaba desgarrar los tejidos de animales y alimento duro pudiendo haber dolor en la masticación o ruido en el ATM (Escorcía, 2009), ahora en la actualidad el hombre moderno conserva una alimentación más equilibrada acompañada de una alimentación blanda.

2.2.5 ETIOPATOLOGIA DE LA INCLUSIÓN DENTAL

Causas Locales

Existiendo un aumento de la densidad del hueso circundante, acompañado del poco espacio en la arcada dentaria para la erupción de las piezas dentales al presentar maxilares pequeños y dientes con forma y tamaños anormales, ocasionando alteración en la posición y presión del diente vecino a la vez una inflamación subyacente de la mucosa oral de revestimiento.

Causas Sistémicas

Ocasionando un trastorno en el crecimiento y se debe de sospechar cuando no han erupcionado las piezas dentarias que ya debieron de erupcionar.

Causas Prenatales Congénitas

Pueden presentarse en la etapa del embarazo infecciones, trastornos del metabolismo, traumatismo etc.

Causas Prenatales Genéticas

Trastorno hereditario o familiar, trastorno en el desarrollo de los dientes, trastorno en el desarrollo de cráneo, maxilares y dientes.

Causas Postnatales

Son todas las patologías que afectan al desarrollo del recién nacido mala nutrición, infecciones, síndromes, etc.

Causa Genético-Evolutiva

Sigue siendo un tema muy controversial para muchos profesionales. En ella hacen referencia sobre la posición bípeda que adoptó el hombre con una posición más anterior y caudal de la mandíbula. Esto dio lugar a la reducción de la mandíbula pero los dientes siguieron con su tamaño original.

2.2.6 FRECUENCIA DE LA INCLUSIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES

Los terceros molares son los dientes que con mayor índice de frecuencia sufren el fracaso en su erupción, de esta manera hay autores que afirman que el 61% de las pacientes mujeres y 39% mujeres de una clínica presentan terceros molares retenidos.

2.2.7 CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SEGÚN PELL Y GREGORY Y WINTER

Debido a la falta de espacio, los terceros molares tridimensionalmente pueden tomar diferentes ubicaciones y posiciones, por ello se planteó esta clasificación de Pell y Gregory (1933) y Winter(1926); además de ser las más utilizadas hasta la actualidad, han sido y continúan siendo una herramienta eficiente para realizar diversos estudios con respecto a la posición de estas piezas dentarias. Tomando en cuenta la posición del tercer molar del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente y pueden ser de Clase I, II, III Y Winter adopta la posición en relación con

el eje axial del segundo molar (sentido coronorradicular) (Lalama K, 2004)
En un estudio radiográfico utilizamos radiografía periapicales, oclusales y panorámicas.

2.2.8 CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS

Es muy común que los terceros molares se desarrollan con malformaciones, mal posiciones y hasta agenesia. Los terceros molares son las únicas piezas dentales que se desarrollan totalmente después del nacimiento. El desarrollo de la cordales comienza hasta que la lámina dental del ectodermo, que se desplaza distalmente, interactúa con el mesénquima mandibular, derivada de la cresta neural craneana del embrión. Aproximadamente a los 5 años de edad si estos tejidos interactúan hay crecimiento significativo de la mandíbula. Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, la calcificación comienza a los

8 -10 años, y su corona termina de calcificarse a los 15-16 años, sus raíces se calcifican hasta los 25 años de edad. Cuando el hueso está creciendo tiende a crecer hacia atrás llevando en esa dirección a las raíces de los terceros molares no calcificados.

Solo el 20% las cordales alcanzan una posición normal en la arcada dentaria. Aproximadamente un tercer molar alcanza su enderezamiento del diente culmina a los 18 años, pero en la mayoría de los casos estos obstáculos suelen originar impactaciones y anomalías de posición en la arcada dentaria.

2.2.9 CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRÁNEO-FACIAL Y DE LA DENTICIÓN

El completo desarrollo del cráneo representa la suma de sus partes por separado, en el cual el crecimiento es altamente diferenciado y ocurre en diferentes rangos y direcciones. El desarrollo dental normal y el de las anomalías serán influenciados por los tejidos circundantes, y por tanto de

los cambios del crecimiento y la función que ocurren en estos tejidos u órganos. (Bastidas, 2011)

Crecimiento: Aumento de las dimensiones de la masa corporal (tamaño, talla y peso) Es el resultado de la división celular y el producto de la actividad biológica; es manifestación de las funciones de hiperplasia e hipertrofia de los tejidos del organismo. Y al haber un apiñamiento anteroinferior es una maloclusión de etiología multifactorial pueden producir una fuerza (Gutiérrez, 2009).

Desarrollo: Es el cambio en las proporciones físicas. Procesos de cambios cuantitativos y cualitativos que tienen lugar en el organismo humano y que traen aparejado aumento en la complejidad de la organización e interacción de todos los sistemas. (Gentleman, 2005)

Maduración: Cambios ocurridos con la edad de la pubertad como período de maduración rápida y de crecimiento acelerado, un órgano madura cuando éste alcanza el mayor grado de perfeccionamiento.

2.2.10 ACCIDENTES OCASIONADOS POR DIENTES RETENIDOS

Obstáculos: Producidos por interposición dentaria

Infeciosos: Pericoronaritis (anexo 7)

Nerviosos: Neuritis por compresión o inflamación

Tumorales: Quistes asociados a la erupción

Quirúrgicos durante los procedimientos de la extracción. (anexo 11)

Existe la posibilidad de la tumoración, aunque es muy infrecuente

Como apuntábamos con anterioridad, se trata de procesos altamente infrecuentes, que se instauran a consecuencia de una evolución patológica de los terceros molares. Entre ellos debemos destacar los granulomas, quistes dentígeros e inclusive también se han descrito ocasionales omeloblastomas.

El tratamiento de los terceros molares retenidos varía en función del caso del paciente en particular, enumeremos los tratamientos:

El objetivo del tratamiento médico es evitar o resolver los casos que anteriormente comentábamos, normalmente se utiliza la cirugía, que se basa en extraer los terceros molares cuando éstos no afecten a la salud del paciente, como se ha comentado con anterioridad.

Existen complicaciones que pueden definirse como un acontecimiento que ocurre durante el marco de la intervención o después de esta, si el tratamiento es incorrecto puede acarrear serias consecuencias o secuelas al paciente, como serían desplazamientos de dientes, lesiones nerviosas e inclusive hernias de la bola de Bichat o dilaceración del nervio dentario inferior, provocando también fractura de la mandíbula. (anexo 13)

La precaución cuando nos encontremos en edad de erupción de los terceros molares, de esta manera, evitaremos complicaciones que puedan surgir en el transcurso de la salida de estos dientes. Si seguimos toda esta serie de consejos y sobre todo, tomamos en cuenta las indicaciones que nuestro dentista nos indique a lo largo de los chequeos, podremos mantener una salud dental óptima, sin miedo a que puedan ocurrir complicaciones que deriven en casos de gravedad.

2.2.11 TIPOS DE EXAMENES RADIOGRAFICOS

Los exámenes son los más comunes en la exploración intrabucal las periapicales para matizar la morfología, la posición y la relación de piezas vecinas, las oclusales para deslindar una situación vestibular y lingual con relación del segundo molar y la panorámica una visión en general de las múltiples situaciones ectópicas, o un trismo proceso que el paciente presenta al no poder abrir la boca y la tomografía computarizada para tener una mejor relación con el nervio dentario inferior. (Quiros, 2005)

2.2.12 RELACION DEL MOLAR CON LAS INTERRELACIONES MUSCULARES

Los terceros molares impactados pueden afectar a los demás dientes sufriendo anomalías periodontales, por lo tanto una mal posición dental juega un patrón de crecimiento y remodelación mandibular.

La inserción muscular del tercer molar hacia fuera se encuentra el musculo buccinador y hacia dentro el musculo pterigoideo interno limitando las inserciones del musculo hialino entre las regiones sublingual y submaxilar

Su localización de la lámina dentaria en la región fértil del ángulo de la mandíbula se obliga a enderezarse en una curva para alojarse en la arcada dental. Ubicándose entre el espacio limitado del segundo molar, la rama, la cortical interna, la externa y la mucosa laxa subyacente relaciones con el paquete dentario inferior, el nervio lingual, los músculos maseteros, temporal, pterigoideo interno, buccinador y amilohideo. (anexo 8)

2.2.13 CLASIFICACIÓN SEGÚN LA INTEGRIDAD DEL HUESO Y LA MUCOSA ADYACENTE

Clasificación de Menéndez y García Perla. Consiste en el examen clínico radiológico en la relación del tercer molar con la integridad del hueso y la mucosa subyacente diferenciando se 6 grados: (anexo 10)

Grado I: el molar no está cubierto por su cara oclusal ni por hueso ni por mucosa.

Grado II: molar recubierto parcialmente por mucosa.

Grado III: molar totalmente cubierto por mucosa pero no por hueso.

Grado IV: molar totalmente cubierto por mucosa y pero no por hueso.

Grado V: molar cubierto por mucosa y parcialmente por hueso.

Grado VI: molar cubierto totalmente por mucosa y por hueso.

2.2.14 CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES RETENIDOS

La posición del tercer molar con relación al segundo molar características del espacio retro molar, ángulo del eje longitudinal del diente presenta una cantidad de tejido óseo, o mucoso que cubre el diente retenido. Específico para terceros molares inferiores (Wikipedia, 2015).

2.2.15 CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY

Se basa en la relación del cordal con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y la relativa profundidad del tercer molar con relación al hueso.

Clase I: Presenta suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II: Existe el espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III: Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula. (anexo 4)

2.2.16 BREVE PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

Posición A: Donde el punto más alto del diente está a nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B: El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

Posición C: El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar.

2.2.17 CLASIFICACION DE WINTER

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación el eje longitudinal del segundo molar (sentido coronorradicular).

Vertical

Horizontal

Mesioangular

Distoangular

Bucoangular

Linguoangular

Invertido

Vertical: Cuando los dos ejes son paralelos.

Horizontal: Cuando ambos ejes son perpendiculares.

Mesioangular: Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°.

Distoangular: Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°.

Invertido: Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°. (anexo 5)

2.2.18 DESVIACIÓN:

El tercer molar puede presentar 4 tipos de desviaciones en relación con la arcada:

a) Sin desviación.- El tercer molar está en posición normal sigue la forma oval de la arcada.

b) Desviación bucal.- El tercer molar está dirigido hacia bucal de la arcada dentaria.

c) Desviación lingual.- El tercer molar en este tipo de desviación se encuentre dirigido hacia lingual de la arcada.

d) Desviación bucolingual.- El tercer molar esta desviado de bucal a lingual o viceversa, es decir el molar hacia lado bucal y la cara oclusal hacia lingual en la arcada dentaria.

2.2.19 FACTORES QUE CONDICIONAN LA ERUPCION DE LOS TERCEROS MOLARES

Entre el 9% y el 20% de las personas tienen ausencia congénita del tercer molar, esta es más frecuente en hombres que en mujeres (Naucalpan, 2008). Al final de la adolescencia entre los 18 y 35 años, los maxilares han alcanzado su tamaño adulto, pero algunas veces no es lo suficiente grande para dar cabida a los terceros molares, cuando esto no sucede estas piezas quedan atrapadas en el hueso y crecen de la manera que ellas puedan (Gegauff, 2009)

2.2.20 ESTUDIO DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR.

La corona del tercer molar inferior retenido puede presentar varias formas y tamaño. La corona del molar inferior puede ser tri, tetra o multi cuspidea y posee lóbulos, tubérculos. También la resistencia de la corona puede estar disminuida por procesos patológicos. (anexo 9)

Es muy importante la forma de la corona y de las cúspides cuando la vía de extracción del tercer molar esta obstruida por el segundo molar, ahí se observara radiográficamente las cúspides del molar superpuestas a la superficie distal del segundo mola, por ello si aplicamos fuerza sobre la cara mesial del molar, puede ocasionar lesiones de las estructuras de soporte del segundo molar. Cuando existe torsión del tercer molar, presenta una cámara pulpar más pequeña u obliterada y el esmalte perderá su contorno nítido en comparación con las del otro molar que se encuentra en posición normal. Tamaño de la corona: puede variar,

existen molares con coronas grandes y molares con coronas muy pequeñas

Estado de la corona: puede estar comprometido con caries de gran tamaño que podría fracturarse durante el acto quirúrgico o por procesos patológico que pueden variar su resistencia y solidez del órgano dentario.

2.2.21 ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE RAICES DE LOS TERCEROS MOLARES

Es muy importante el estudio de las raíces del tercer molar ya que varía en número, forma, tamaño, dirección y relación.

TIPOS DE RAÍCES:

se pueden presentar varios tipos de raíces casi siempre es birradicular, la raíz mesial puede ser bífida algo más ancha en posición vestibular que lingual, y la raíz distal tiene características parecidas así que su dimensión mesiodistal es menor a la raíz mesial.

Raíces grandes o pequeñas

Ambas raíces dilaceradas hacia mesial o distal

Raíces ancha

Raíces atravesadas por el conducto dentario

Ambas raíces dirigidas distalmente.

La raíz mesial está dirigida hacia distal y la raíz distal está dirigida hacia mesial, la forma y dimensiones del septum interradicular son también variables. Existen raíces rectas en forma de cono, el tamaño de las raíces pueden variar.

EL INTERSEPTUM: también tiene distintas formas, según la disposición radicular. También es frecuente que se presente ambas raíces supernumerarias.

2.2.21.1 REGIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los terceros molares inferiores son piezas dentarias correspondientes a la dentición permanente y se encuentran ubicados por detrás de los segundos molares. Embriológicamente comienza a calcificar entre los 7 u 8 años de edad, terminando su formación a los 25 años, por lo que es considerado como el diente con gran periodo de erupción activa. El tercer molar inferior para poder erupcionar correctamente debe seguir una trayectoria inclinada dirigida hacia adelante y hacia arriba.

En este intento de erupcionar no encuentra espacio suficiente, puesto que le toca erupcionar en una posición anómala y como resultado tendríamos a un tercer molar que alteraría la posición de las demás piezas dentarias. La región que comprende el tercer molar mandibular está dada por la unión de las ramas ascendente con el cuerpo de la mandíbula.

Por delante:

El hueso mesial y el segundo molar son muy importantes ya que sirven de punto de apoyo en la colocación del elevador recto.

Por detrás:

Se encuentra se encuentra hueso distal que está relacionado con la cara distal del tercer molar y la rama ascendente

Por fuera:

Se encuentra el hueso bucal engrosado por la línea oblicua externa

Por dentro:

Esta el hueso lingual que separa al molar de la cavidad bucal y del piso de la lengua es delgado y se puede fracturar durante el acto quirúrgico comprometiendo al hueso lingual.

Por arriba:

Se encuentra el hueso oclusal en caso de que el molar no haya erupcionado.

2.2.21.2 CONSIDERACIONES RADIOGRÁFICAS

En el estudio radiográfico se observan imágenes distintas, en relación con la posición de la película, la dirección de los rayos y la posición del molar. Suponiendo si los tres molares inferiores se encuentran verticales, sin

ninguna desviación, la imagen radiográfica mostrara con los puntos de contacto correspondientes. Si el tercer molar se encuentra desviado hacia bucal, la imagen radiográfica mostrara la superposición lo cual indica la desviación del tercer molar. Estos y otros detalles se obtienen cuando las radiografías están correctamente realizada con cono largo, si se emplea el cono común será necesario corregir la radiografía valiéndose de examen clínico y un estudio comparativo para establecer el tipo de desviación y posición del tercer molar. Para una identificación exacta de la relación del nervio dentario inferior y del tercer molar, se puede utilizar la tomografía computarizada. Sin embargo con un aparato convencional podemos emplear una técnica de paralelización aplicada al conducto dentario, esta técnica consiste en realizar dos radiografías intraorales en posición de +10 grado y -10 grado en relación perpendicular de la mandíbula. Para tener mejores resultados en la toma de las radiografías debemos usar cono largo de Rx. De esta manera pueden darse tres situaciones: 6 Que el conducto este lingual, al hacer la radiografía a -10 grado, el conducto desciende con respecto al molar, en comparación con la radiografía. Que el conducto este por vestibular, al hacer tomada la radiografía a -10 grado, el conducto asciende con respecto al molar, en comparación con la radiografía tomada a +10 grado. Relación entre ambas estructuras, si en ambas proyecciones la superposición no varía, la relación es intima.

2.2.22 TIPOS DE RADIOGRAFÍAS

a) Radiografía Periapical: La película periapical que se coloca paralelamente al eje vertical de los molares, es impregnada por los rayos x, los cuales en su camino encuentran el hueso y los elementos dentarios, según la dirección de los rayos x. (Torabinejad, 2009)

b) Radiografía oclusal: Con este tipo de radiografía sirven para conocer la relación del tercer molar no erupcionado con la cortical externa e interna y la cantidad de hueso entre las caras bucales y linguales con la

cara externa e interna del maxilar. También este tipo de radiografías pueden ser usadas para las desviaciones del molar retenido, especialmente en el sentido bucal, lingual o bucolingual o viceversa.

c) Radiografía panorámica: Los exámenes radiográficos extrabucales tienen el propósito de evaluar áreas grandes del cráneo, dientes impactados y patrones de erupción, crecimiento y desarrollo; examinar la extensión de lesiones grandes, traumatismos, articulación temporomandibular y detectar enfermedades, lesiones y trastornos de los maxilares (Green, 2009).

d) Radiografía panorámica digital: La radiografía digital debido a sus múltiples ventajas está tomando cada día mayor auge en el diagnóstico odontológico sin embargo ha de diferenciarse entre lo que es una radiografía digital y una radiografía digitalizada. La calidad de imagen entre ellas puede variar sensiblemente, son realmente muchas las ventajas que involucran el éxito de la radiografía digital, sin embargo la comunidad odontológica toma sus precauciones respecto a su utilización como prueba clínica en la investigación experimental y su utilización como documento legal. El uso de la radiografía digital ha aumentado considerablemente desde su introducción al mercado por Trophy en 1987 su uso debido a que produce imágenes instantáneas. Esta tecnología posee un dispositivo de carga dentro de un sensor intraoral que produce una imagen digital inmediata en el monitor, existe una gran cantidad de aplicaciones digitales en el área médica siendo la radiología una de las más utilizadas.

2.2.23 PREVALENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES

Diferentes estudios han demostrado a la conclusión que los terceros molares, son los que frecuentemente se quedan a nivel intraóseo por la falta de espacio. Por ello al no completar su erupción se asocian a un grupo importante de patologías orales, en el cual su presencia podría generar una serie de complicaciones y, por ende, muchas veces se da la

indicación de ser extraídas. Por lo general, las piezas más afectadas son las inferiores que puedan estar asociadas a condiciones embriológicas y anatómicas que se explicaran a continuación. Las condiciones embriológicas explican que el tercer molar nace a partir de un cordón epitelial, pasa por un proceso de calcificación y de formación radicular. Al mismo tiempo, el crecimiento óseo tiende a direccionar las raíces no calcificadas del diente hacia atrás, de manera que dure el proceso eruptivo hace que la pieza se tope con la cara distal del segundo molar bloqueando su erupción.

Las condiciones anatómicas explican que durante el desarrollo mandibular ha ido disminuyendo progresivamente el espacio retromolar para albergar al tercer molar y no completa su erupción. Por lo tanto el germen del tercer molar nace al final de la lámina dental a nivel del ángulo de la mandíbula. Creciendo en un sentido posterior y genera una curva pudiendo ubicar así a la pieza dentaria con un enderezamiento cóncavo dirigiéndose hacia atrás y arriba para poder posicionarse en la arcada.

2.2.24 TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA INTERVENSION DEL TERCER MOLAR

Es utilizar la radiografía panorámica para ver su ubicación, una estricta antibioterapia AINES y corticoides, Anestesia idealmente troncular. Diéresis: elección del colgajo espesor mucoperiostio Osteotomía en los casos que lo requiera, Exposición del tercer molar. Odontosección si fuese necesario. Exodoncia propiamente tal. Acondicionamiento alveolar, la eliminación del saco pericoronario, Síntesis, Controles post operatorio.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Tercer molar.- Son las últimas muelas en erupcionar (salir y ocupar su posición en la boca). Son cuatro, dos en el hueso maxilar superior una del lado derecho y otra del lado izquierdo y dos en la mandíbula, una derecha y otra izquierda.

Embriología.- Es la rama de la biología que se encarga de estudiar la morfogénesis, el desarrollo embrionario y nervioso desde la gametogénesis hasta el momento del nacimiento de los seres vivos.

Retención.- Corresponde al diente que llega su edad normal de erupción. Se encuentra retenido parcial o totalmente permaneciendo en el hueso sin erupcionar. El diente no ha perforado la mucosa y no ha adquirido su posición normal.

Impactación.- Detención total o parcial de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente, interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza debido a la presencia de un obstáculo físico o barrera mecánica.

Inclusión.- Detención total de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza dentaria debido a la presencia de un obstáculo físico o mecánico.

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, “...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados”.

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional. Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes. Posibilidad de identificar este tipo de problemas.

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas. Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema. Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos.

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema. Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado; Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5 ELABORACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Si se realiza un correcto análisis radiográfico se obtendrá un diagnóstico presuntivo que ayudará a una mejor planificación del tratamiento de los terceros molares mandibulares.

2.6 VARIABLES DE INVESTIGACION

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Utilizar la radiografía como herramienta primordial para así estudiarla minuciosamente nos permitirá conocer la anatomía y posición del tercer molar según Pell y Gregory en el momento de la intervención quirúrgica así prever posibles complicaciones tomando como ejemplo inflamaciones, una hemorragia o alveolitis.

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Con mayor precisión obtendremos y facilitaremos la presunción de la situación del diagnóstico en el tercer molar mandibular ya que observaremos la clase y posición según Pell y Gregory; para el profesional tomara la decisión técnica quirúrgica a seguir.

2.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
VARIABLE DEPENDIENTE Determinar la frecuencia de posición de los terceros molares según sus clasificaciones.	Los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar y lo hacen entre los 18y 35 años de vida	Esta clasificación en la relación del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en su hueso alveolar.	Clase I	Existe espacio Suficiente entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar en todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
VARIABLE INDEPENDIENTE Conocer la posición que presentan los terceros molares para la intervención de un correcto tratamiento.			Clase II	El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
			Clase III	No hay espacio y el molar está dentro de la rama de la mandíbula.
Radiografías	Las radiografías Son de gran ayuda para el diagnóstico que no solo se puede observar la posición dentaria si no patologías y el resto esquelético.	Los exámenes Radiográficos extrabucales tienen el propósito de evaluar áreas grandes del cráneo, dientes impactados y patrones de erupción, crecimiento y desarrollo.	Panorámicas Periapicales. Cefalométricas oclusales y digitales	La radiografías periapical es la que nos mostrara la dimensión del tercer molar mientras que la panorámica nos ayuda a una mejor visibilidad en la observación de la clase y posición.

Signos y síntomas del tercer molar	En algunos son asintomáticos y participar en las funciones normales del sistema estomatognático.	Pueden erupcionar, impactarse cuando están impactados producen molestias como dolores de cabeza y cuello.	complicaciones	Problemas de inflamación infecciones, mecánicos, neuromusculares, quísticos y tumorales
---	--	---	----------------	---

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y p procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, Sellitz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de Dankhe (1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

Esta clasificación es muy importante, debido a que según el tipo de estudio de que se trate varía la estrategia de investigación. El diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos en estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. En la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro clases de investigación.

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se abordo un objeto de estudio y el campo de acción. Se trata de una

investigación exploratoria, descriptiva y explicativa. Los estudios descriptivos realizados en esta revisión literaria miden de forma independiente las variables.

Investigación descriptiva: Los distintos estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente.

Tamayo (1991) precisa que: “La investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos”.

Investigación Correlacional: Establece el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Investigación Explicativa: Se busca el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos. (Dankhe, 1976)

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es teórico-experimental se optó por la utilización de una variedad de citas bibliográficas de una serie de libros y artículos de revistas de autores, que se realiza en las clínicas de la Facultad. También se tomarán en cuenta opiniones de especialistas sobre el estudio de 100 radiografías obtenidas de los pacientes atendidos en la facultad piloto de odontología clínica de cirugía.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La ayuda de 100 radiografías panorámicas de diagnóstico tomadas de los pacientes atendidos en la clínica de Cirugía, componentes bibliográficos y consultas en páginas web documentos investigaciones de autores Artículos de revistas, biblioteca de facultad de odontología de la universidad de Guayaquil, computadora, internet, impresiones, fotocopias, anillados, empastado.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Esta investigación muestra el estudio radiográfico de 100 radiografías panorámicas seleccionadas de los pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la facultad .con la finalidad de evidenciar cual es la clase y posición de los terceros molares mandibulares que prevalece más según Pell y Gregory.

3.5 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

Fase experimental

Fase Conceptual de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado. Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

Fase Metodológica es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: ¿Qué diseño se adapta mejor al objeto del estudio? ¿Queremos describir la realidad o queremos ponerla a prueba? ¿Qué metodología nos permitirá encontrar unos resultados más ricos y que se ajusten más a nuestro tema de investigación?

Definición de los sujetos del estudio: ¿Quién es nuestra población de estudio? ¿Cómo debo muestrearla? ¿Quiénes deben resultar excluidos de la investigación?

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?
Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: ¿Desde

qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o "hacer un grupo de discusión", si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además cómo vamos a analizar los datos que recojamos en nuestro estudio.

Fase Empírica es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Fase Experimental

La investigación se busca fundamentalmente el determinar la adecuación o no de ciertas hipótesis a la realidad mediante observación, experimentación, etc. Por experimentación se entiende la aplicación de un conjunto de manipulaciones, procedimientos y operaciones de control, de tal forma que proporcionan información no ambigua sobre el fenómeno que se trata de estudiar.

3.5.1 TENEMOS ENTRE OTROS MÉTODOS:

Método Cualitativo:

En esta investigación se analizaron la localización de los terceros molares con respecto al segundo molar inferior permanente y con la rama ascendente del maxilar.

Método Cuantitativo:

Los datos obtenidos en la investigación se analizaron estadísticamente, con la finalidad de encontrar cual clase y posición según Pell y Gregory prevalece más.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Hemos tomado 100 radiografías de diagnóstico de los pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía de la Facultad Piloto de Odontología perteneciente a la Universidad de Guayaquil; en el periodo lectivo 2014-2015. Con el objetivo de conocer cual Clase y posición de Pell y Gregory que más prevalece de los 100 pacientes atendidos fueron el 44% de sexo femenino y el otro 56% de sexo masculino en edades comprendidas de 18 a 35 años edad.

Los clasificamos según la Clase y el sexo:

Clase I

Clase II

Clase III

Obteniendo como resultado que la clase que más prevalece es la clase II en el sexo masculino con un 62%. La clase I en un 20% en el sexo femenino la clase III en un 18% entre el sexo masculino y femenino Ahora clasificamos por posición entre piezas mandibulares #48 y #38 Obteniendo como resultado:

La posición que más prevaleció fue la Posición B en pacientes de sexo masculino en un 70%

La posición A en un 26%

La posición c en un 4% ambas entre los dos sexo masculino y femenino.

Según la clase y posición en pacientes de sexo femenino

La clase i posición a encontramos 16 pacientes en el sexo masculino clase i posición a:

Encontramos 13 pacientes clase y posición a de sexo femenino.

Clase II posición a: encontramos 18 pacientes de sexo femenino con esta clasificación.

Clase II posición a: encontramos 13 pacientes de sexo masculino con esta clasificación.

Clase III posición A: encontramos 2 paciente de sexo femenino y 2 pacientes de sexo masculino.

Para la clase I posición B:

Encontramos: 1 pacientes Clase I posición B de sexo masculino. Mientras que en el sexo femenino no hubo ninguna denominación para esta clase.

Clase II posición B:

En el sexo femenino encontramos 11 pacientes con Clase II posición B En el sexo masculino encontramos 23 pacientes con Clase II posición B

Clase III posición B:

En el Sexo femenino encontramos 3 pacientes con Clase III B
En el sexo masculino no hubo ninguna denominación para esta clase.

Para la clase I posición C:

No encontramos ninguna denominación para esta clase.

Clase II posición C:

Encontramos 5 pacientes de sexo femenino con clase II posición C.

En el sexo masculino encontramos 10 pacientes con esta clase.

Clase III posición C:

En el sexo femenino: 5 pacientes atendidos con esta clase En el sexo masculino: 3 pacientes Clase III posición C.

En edades 18 a 20 años:

Clase I posición A: 5 pacientes

Clase II posición A: 6 pacientes

Clase III posición A: 1 paciente.

Clase II posición B: 14 pacientes

Clase II posición C: 2 pacientes

Clase III posición C: 3 pacientes.

En Edades de 21 a 25 años:

Clase I posición A: 13 pacientes

Clase II posición A: 12 pacientes

Clase III posición A: 1 paciente

Clase II posición B: 12 pacientes

Clase III posición B: 2 pacientes

Clase II posición C: 1 paciente

Clase III posición C: 4 pacientes.

En edades de 26 a 30 años

Clase I posición A: 6 pacientes

Clase II posición A: 10 pacientes

Clase III posición A: 2 pacientes

Clase I posición B: 2 pacientes

Clase II posición B: 8 pacientes

Clase III posición B: 1 pacientes

Clase II posición C: 10 pacientes

Clase III posición C: 2 pacientes

En edades de 31 a 35 años

Clase I posición A: 4 pacientes

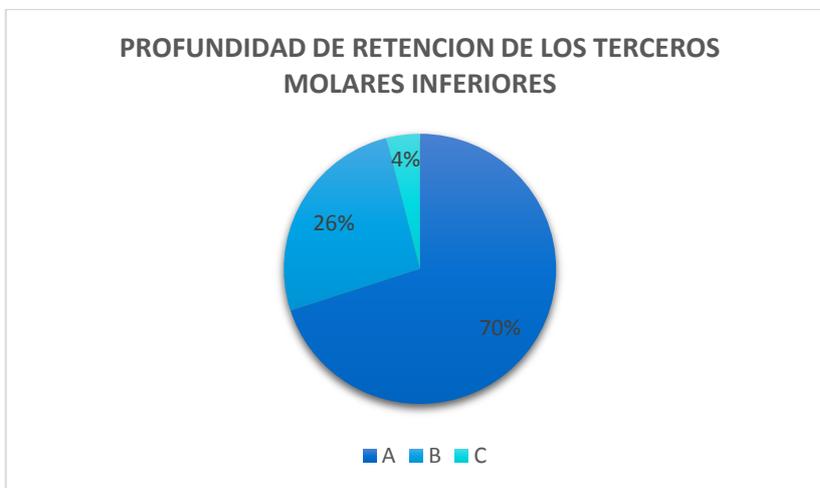
Clase II posición A: 3 pacientes

Clase II posición B: 2 pacientes

Clase II posición C: 2 pacientes

ANALISIS DE GRÁFICOS

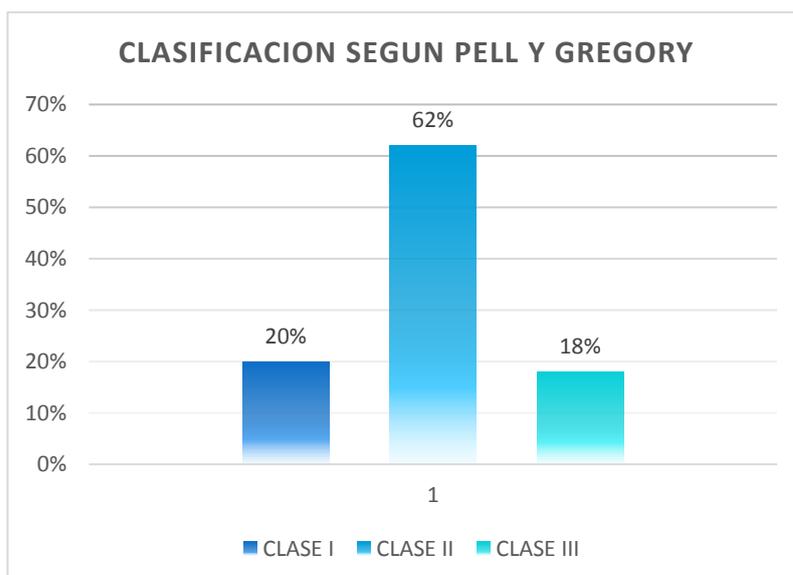
GRAFICO: #1



AUTORA: Carmen Pluas

Resultados: La clase y posición según Pell y Gregory que más prevalece es la clase II posición B en pacientes de sexo masculino con un 62% la clase I en un 20% en el sexo femenino La Clase III en un 18% entre el sexo masculino y femenino en edades de 21 a 30 años.

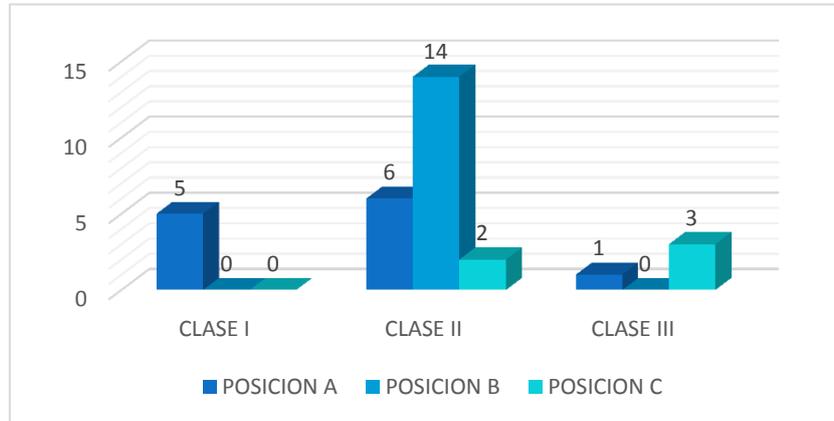
GRAFICO: #2



AUTORA: Carmen Pluas

GRAFICO #3

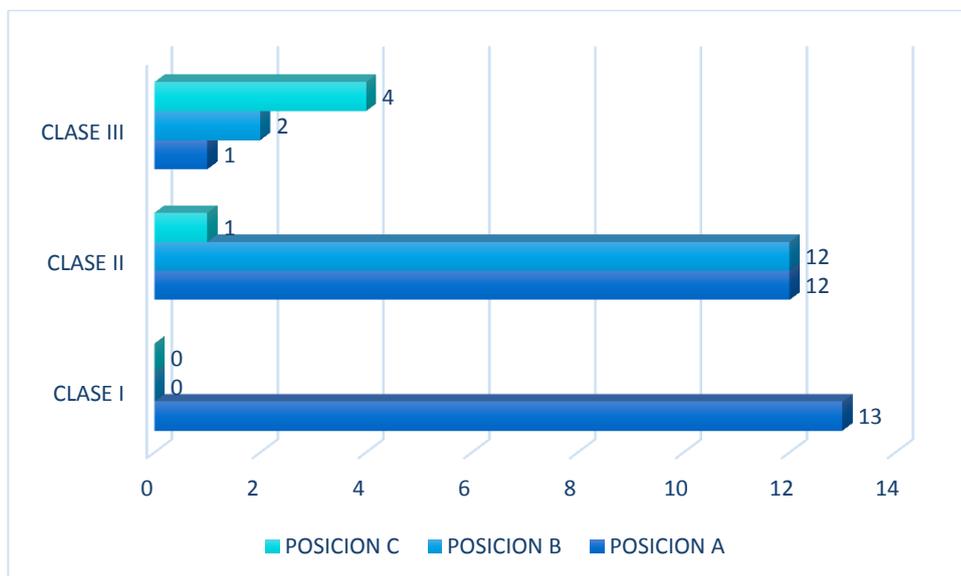
CLASE Y POSICION SEGÚN PELL Y GREGORY PACIENTES DE 18 A 20 AÑOS



AUTORA: Carmen Pluas

GRAFICO #4

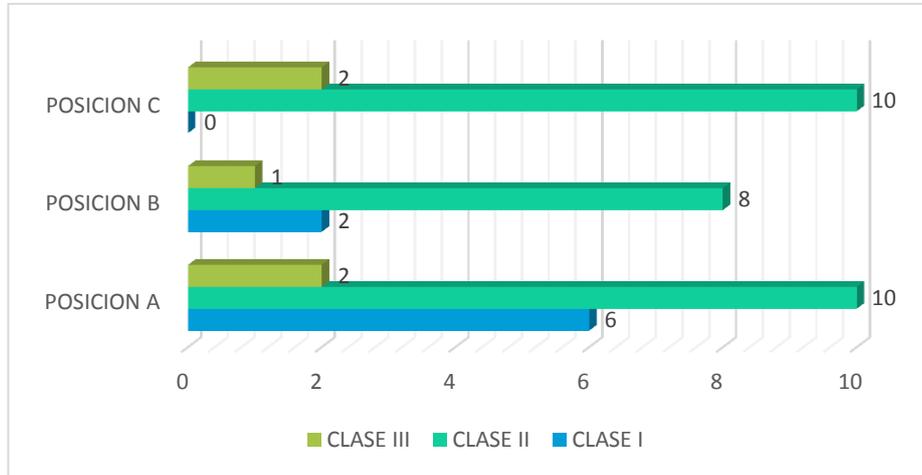
CLASE Y POSICION SEGÚN PELL Y GREGORY PACIENTES ENTRE 21 A 25



AUTORA: Carmen Pluas

GRAFICO #5

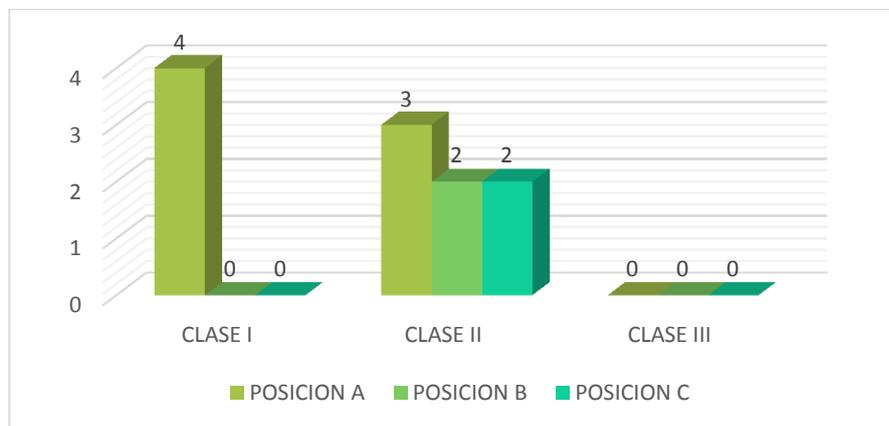
CLASE Y POSICION SEGÚN PELL Y GREGORY PACIENTES ENTRE 26 A 30



AUTORA: Carmen Pluas

GRAFICO #6

CLASE Y POSICION SEGÚN PELL Y GREGORY PACIENTES ENTRE 31 A 35



AUTORA: Carmen Pluas

5. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados se determina:

- ✓ Todo diente con lesión periapical, granuloma, relacionan un determinado tipo de lesión con el proceso general. Otras alteraciones pueden intervenir: dientes incluidos, impactados o retenidos. Tratándose de la mal posición dentaria.
- ✓ Es utilizar la radiografía panorámica para ver su ubicación, una estricta antibioterapia AINES y corticoides, Anestesia idealmente troncular. Diéresis: elección del colgajo espesor mucoperiostio Osteotomía en los casos que lo requiera, Exposición del tercer molar. Odontosección si fuese necesario. Exodoncia propiamente tal. Acondicionamiento alveolar, la eliminación del saco pericoronario, Síntesis, Controles post operatorio.
- ✓ Winter propuso Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°. Horizontal. Cuando ambos ejes son perpendiculares. Vertical. Cuando los dos ejes son paralelos. Distoangular. Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°. Invertido. Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°.
- ✓ Esta clasificación se basa en la relación del cordal con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso la posición correcta es la técnica adecuada que se emplea sin lesionar nervio o fracturar el hueso.
- ✓ Es importante saber sobre la genética del individuo porque allí podremos analizar sobre si existe una maxilar pequeño a quien pertenece o similitud de los dientes con quien está relacionado.
- ✓ Que al ver una posición inadecuada, y con reducido espacio su complicación es lesionar el nervio dentario, o fractura mandibular son las más frecuentes en este caso.

6. RECOMENDACIONES

- ✓ Identificar los tipos de lesiones que se presentan en la cavidad bucal y la saber la posición que adopta el tercer molar en boca, presentando un diagnostico confiable no haya errores en la cirugía.
- ✓ Realizar al paciente radiografías panorámicas u oclusal para saber la posición de la pieza dentaria tener conocimiento sobre la acción de los fármacos que se emplea para la cirugía previa con sus procedimientos adecuados.
- ✓ Brindar conocimiento sobre la posición de Winter proponiendo su clasificación para conocer la ubicación del tercer molar de tal forma nos indique si esta horizontal, vertical, Distoangular, anteroinferior e invertida.
- ✓ Reconocer sobre la teoría Mendeliana nos ayudara para ver si existe anomalías en la arca dentaria, haciéndole una buena historia clínica al paciente acentuándonos más sobre los antecedentes familiares para así poder diagnosticar.
- ✓ Informar sobre la técnica que se debe utilizar para que no exista equivocación ni iatrogenia por eso se necesita de la radiografía previa a la cirugía para que no exista complicaciones como fractura mandibular, la luxación del nervio dentario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abu-El Naaj I, B. R. (2010). Surgical approach to impacted mandibular third molars—operative classification. *J Oral Maxillofac Surg*, 628-33.
2. Bareiro Federico, D. L. (2014). Posición más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior . *Del Nacional*, 1-6.
3. Bastidas, N. (2011). Técnica quirúrgica aplicada en la extracción de los terceros molares. *Universidad de Guayaquil*.
4. Bramante, C. B. (1987). A methodology Forevaluation of root canal instrumental . *J Endodon*, 243-245.
5. Dankhe, G. L. (1976). Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe. "*Lacomunicación humana: ciencia social*".
6. Dias Ribiero, C. (2009). Prevalencia de la Posicion de los terceros molares segun Pell y Gregory . *Ciencias de la Salud Odontologica*.
7. Escorcía, M. (2009). Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con transtornos en la articulacion temporomandibular. *Avances en Odontoestomatología*, 1-40.
8. Garcia-Hernandez, C. (2014). Prevalencia de Posicion de terceros molares inferiores . *Universidad Peruana de Ciencia Aplicadas*, 2-40.
9. Gegauff, V. (2009). Root canal morphology of the maxillary first premolar. *JADA*, 194-197.
10. Gentleman, B. S. (2005). Removal of canal obstructions winth the endo extractor . *J Endod* , 608-611.
11. Green, D. (2009). Double Canals in single root. *oral surg*, 689-696.
12. Gutiérrez, D. (2009). Asociación de apiñamiento anteroinferior con la presencia de terceros molares. *Revista Mexicana de Odontología Clínica*, 2-10.
13. Iwaki, C. d.-V. (2014). ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE LA PREVALENCIA DE IMPACTACIONES DENTARIAS DE TERCEROS MOLARES Y SUS RESPECTIVAS POSICIONES. *Acta Odontologica Venezolana*, 2-52.
14. Lalama K. (2004). CIRUGIA BUCAL PRIMERA EDICION. 1-50.

15. López, D. E. (2001). PERICORONARITIS. CRITERIOS ACTUALES. *Rev Cubana Estomatol*, 192-204.
16. M^a Ángeles Fuster Torres, J. G. (2008). Evaluación de la indicación de la extracción quirúrgica de los terceros molares según el cirujano bucal y el odontólogo de atención primaria. *Dialnet*, 299-305.
17. Naucalpan. (2008). Prevalencia de terceros molares segun su posicion.
18. Palacios Colan, M. B. (2012). Prevalencia de la posicion de terceros molares mandibulares segun winter y pell gregory. *Universidad Aplicada a Ciencias de la Salud en Odontologia*, 1-36.
19. Quiros, O. (2005). Radiologia digital Ventajas , desventajas, aplicaciones eticas. *revista latinoamericana de Ortodoncia y Ortopediatria*.
20. Ribeiro, E. D. (2009). Prevalencia de la Posicion de los Terceros Molares Inferiores Retenidos con relacion a la clasificacion del Pell y Gregory. *Revista Odontologica Mexicana*, 229-233.
21. Torabinejad, M. &. (2009). Clinical applications of mineral trioxide aggregate. *J endodon*, 197-205.
22. Wikipedia. (1 de Junio de 2015). *wikipedia* . Obtenido de WIKIPEDIA : wikipedia: http://es.wikipedia.org/wiki/Diente_premolar

ANEXOS

ANEXO # 1

Radiografía Panorámica



Nombre: Aldrin Morocho Edad: 18 años

Clase I, Posición A Pieza #48 y Clase I Posición A Pieza # 38

Fuente: Clínica de Cirugía de La facultad Piloto de Odontología

ANEXO #2



Nombre: Alejandra Orozco Edad: 23 años

Clase I, Posición A Pieza #48 y Clase I Posición A Pieza # 38

Fuente: Clínica de Cirugía de La facultad Piloto de Odontología

ANEXO # 3

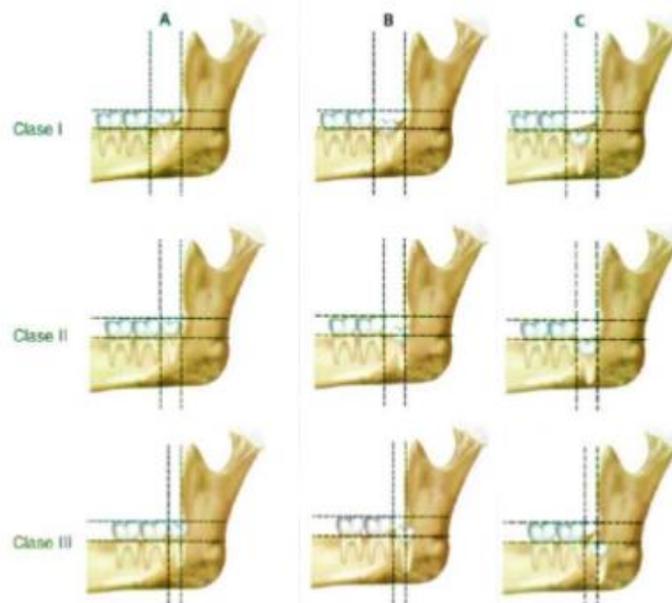
Homo Sapiens



FUENTE: <https://filosofiaencolmenarejo.files.wordpress.com>

ANEXO #4

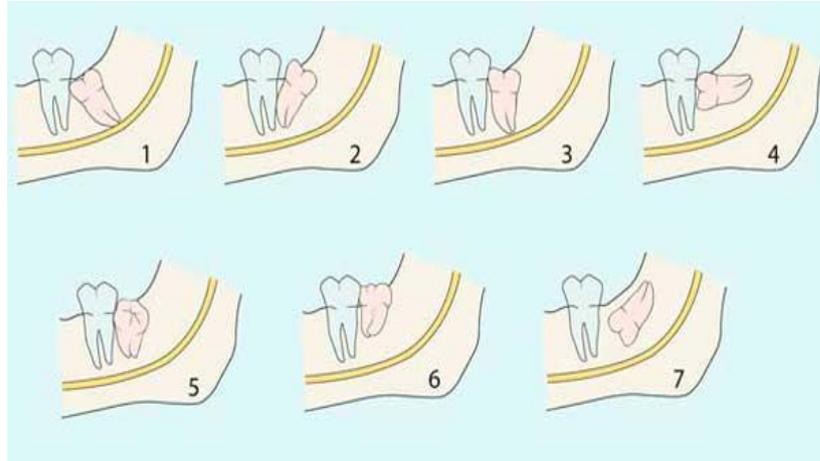
Pell y Gregory



FUENTE: <https://www.google.com.ec>

ANEXO #5

Posición de Winter



FUENTE: www.maxilofacialesimplantes.com

ANEXO #6

Teoría ortodóntica



FUENTE: www.youtube.com

ANEXO #7

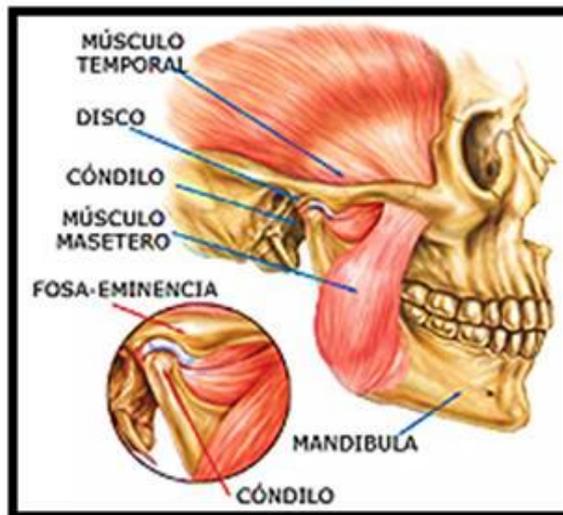
Pericoronitis



FUENTE: www.dentistagetafe.com

ANEXO #8

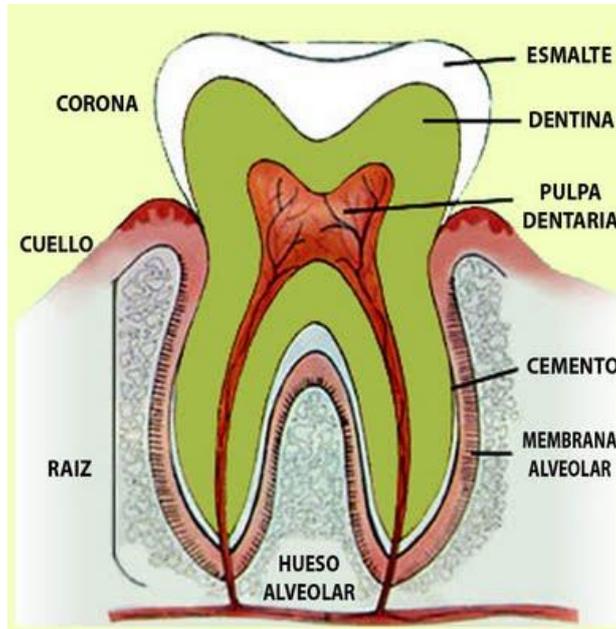
Relación muscular



FUENTE: www.lauramanonelles.com

ANEXO # 9

Estudio del diente



FUENTE: www.deltadent.es

ANEXO #10

Región del tercer molar



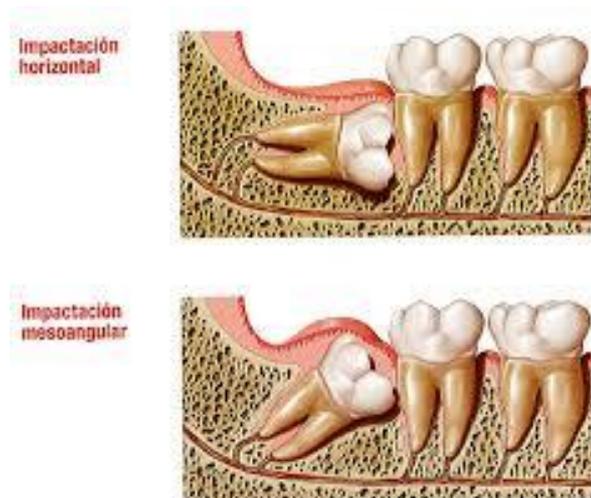
FUENTE: www.virtual.unal.edu.co

ANEXO #11
INFECCION DENTAL



FUENTE: www.digidentcr.com

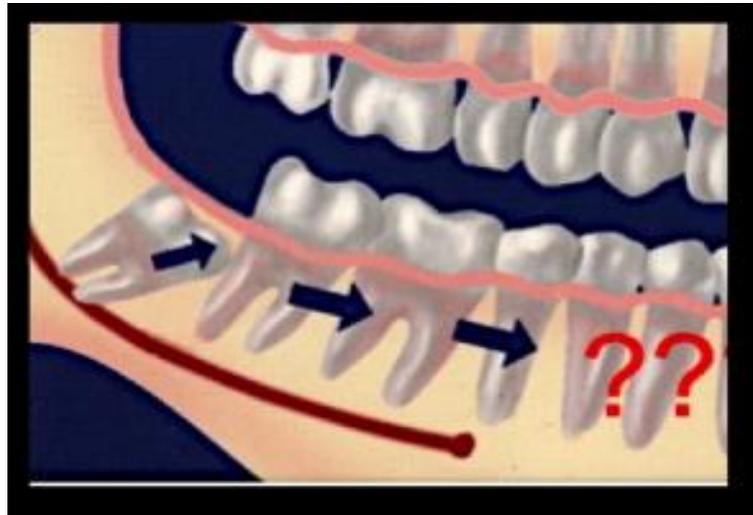
ANEXO #12
Tercer molar impactado



FUENTE: www.araujodental.com

ANEXO # 13

Obstrucción del dentario inferior



FUENTE: www.todopuebla.com

ANEXO #14

Tratamiento del tercer molar



FUENTE: www.personal.globered.com



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIALIDAD VIGORADA - NIVEL POSGRADO

Guayaquil, 09 de Octubre del 2014

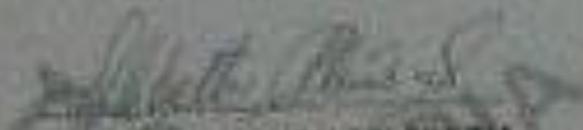
Doctor
Washington Escobedo Ortiz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
Ciudad:

De mis consideraciones:

Yo, **PLUAS SUÁREZ CARMEN LILIBETH** con C. I. N°0930576491, alumna de quinto año paralelo 2 del periodo lectivo 2014-2013, solicito a usted muy respetuosamente por su digna laborar, a quien corresponde se me asigne el nombre del **TUTOR** para mi **TRABAJO DE GRADUACION** en la materia **CIRUGIA BUCAL** como requisito previo a mi incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, queda de usted muy agradecido.

Es Justicia,


SUÁREZ CARMEN LILIBETH
C. I. N°0930576491

Se le ha asignado al Dr. (a) ALEX VENTURA para que establezca con trabajo de graduación.


Dr. Washington Escobedo Ortiz
DECANO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 05 de Enero del 2015

Dra.

Fátima Mazzini de Ubilla, MSc.

Directora del Departamento de Titulación, de la Facultad Piloto de Odontología
Ciudad.

De mi consideración:

Yo, **CARMEN LILIBETH PLUAS SUAREZ** con C.I. 093057649-1 estudiante de **QUINTO** año paralelo N°2 periodo lectivo 2014-2015, presento para su consideración el tema para el trabajo de titulación:

Tema: Análisis radiográfico de los terceros molares tratados en la Clínica de Cirugía Bucal Facultad Piloto de Odontología Periodo 2014-2015.

Propósito: Diagnosticar de manera correcta mediante el análisis radiográfico las diferentes clasificaciones del Pell Gregory

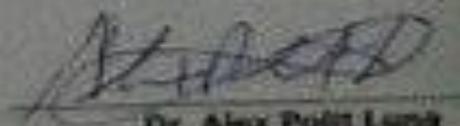
Problema: ¿De qué manera se podrá diagnosticar las posiciones de los terceros molares?

Justificación: El presente trabajo de investigación es de importante relevancia para docentes y estudiantes de la carrera de Odontología ya que permitirá ofrecer pesitas que se deben tener en cuenta al momento de diagnosticar a pacientes.

Viabilidad: Este trabajo es viable ya que cuenta con el recurso humano, técnicas e infraestructura de la Biblioteca de la Facultad Piloto de Odontología que brinda libros de consulta, internet, artículos científicos, entre otros. Así mismo se cuenta con el apoyo de las autoridades para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Agradezco de antemano la atención a la solicitud.


CARMEN LILIBETH PLUAS SUAREZ
C.I.093057649-1


Dr. Alex Politt Luna
TUTOR ACADÉMICO


TEMA ACEPTADO
Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.
Directora del Departamento de Titulación