



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**MOLARES NO ERUPCIONADOS Y TRASTORNOS
TEMPOROMANDIBULARES. UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

Autores:

Aura Vega. C.I: V-21.035.186

Ramy Abou. C.I: V-26.581.307

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**MOLARES NO ERUPCIONADOS Y TRASTORNOS
TEMPOROMANDIBULARES. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAÉZ**

Trabajo de Grado para optar al título de ODONTÓLOGO

Autor(es):

Aura Vega C.I. V-21.035.186

Ramy Abou C.I. V-26.581.307

Tutor(a): Od. Orlando Moreno

San Diego, abril 2021



ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del **Trabajo de Grado** titulado: MOLARES NO ERUPCIONADOS Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAÉZ.

Realizado por la **Br. Aura Cristina Vega Roja** C.I. N° **V-21.035.156** cursante de la carrera de **Odontología**, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de:

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

Tutor Académico (Coordinador)
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Fecha: / /



ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del **Trabajo de Grado** titulado: MOLARES NO ERUPCIONADOS Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAÉZ.

Realizado por la **Br. Ramy Alchuhf Abou Hassoun** C.I. N° V- **V-26.581.307** cursante de la carrera de **Odontología**, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de:

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

Tutor Académico (Coordinador)
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Fecha: / /



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, **Od. Orlando Moreno**, portador (a) de la Cédula de Identidad N° V-, 8.217.078 en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas **Aura Vega y Ramy Abou**, portadoras de la Cédula de Identidad N° V-21.035.186 y V-26.581.307, titulado **MOLARES NO ERUPCIONADO Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**. Presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los diecinueve (19) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno (2021).

Od. Orlando Moreno
C.I N° 8.217.078

DEDICATORIA

A mis padres Luis Alfonso vega y Eddy Maritza Rojas, mi más grande motivación y amor, gracias por su apoyo incondicional y constante en momentos difíciles, este triunfo es por y para ustedes.

A mi inspiración mi hermano Luis Alfonso Vega quien desde siempre con su ejemplo me motivo y enseñó a esforzarme por ser cada día mejor, a la alegría de mi hogar mi hermano Luis Carlos vega la persona más perseverante ,constante y disciplinada que conozco ,a Yericson García mi novio y mejor amigo, el mejor compañero ,gracias por tu amor y apoyo incondicional ,sin ustedes nada de esto sería posible.

A mis padres Alchuhf Zouhier y Abou Hassoun Nawraz, ellos mi enorme ejemplo, amor, apoyo y motivación, gracias por el increíble apoyo incondicional e inigualable forma de confrontar cada momento de adversidad, un logro dedicado a ustedes mi mayor y gran regalo de vida.

A mis hermanos Amir y Nataly, quien con su gran apoyo y constancia me ha guiado a ser mejor. A toda mi familia que desde muy lejos me ha apoyado durante toda mi carrera. Gracias por formar parte de la meta.

A nuestros compañeros de la promoción 29 por acompañarnos a lo largo de este camino, por estar presente en los momentos más felices y también en los que más los necesitábamos, que el éxito nos acompañe a todos.

A Dios, por guiar nuestro camino y permitirnos alcanzar este logro.

*“GRACIAS POR APOYARNOS Y CREER EN NOSOTROS, ESPERAMOS
HACERLOS SENTIR ORGULLOS”*

Alchuhf Abou H Ramy y Vega C. Aura.

RECONOCIMIENTOS

A nuestro tutor Od. Orlando Moreno, por su orientación, colaboración y apoyo en la realización de nuestro trabajo de grado, esperamos que se sienta orgulloso del resultado.

A nuestra asesora metodológica Od. Ervy Weffer quien, a pesar de las adversidades, en tan poco tiempo nos brindó todo su apoyo para el cumplimiento de esta meta.

A todos y cada uno de los profesores que nos guiaron a lo largo de nuestra formación profesional sin dejar a un lado su calidad humana. Gracias por sus exigencias y enseñanzas durante todo este camino.

Por último, estamos agradecidos de habernos tenido el honor de formarnos en la escuela de Odontología de nuestra Alma mater Universidad José Antonio Páez.

Ambos tenemos el honor de haber compartido este trabajo de grado como excelentes compañeros y próximos futuros colegas.

Alchuhf Abou H. Ramy Y Vega C. Aura

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
Lista de Gráficos		ix
Resumen Informativo		x
Abstract		xi
Introducción		1
Capítulo		
I	El Problema	3
	Planteamiento del Problema	3
	Objetivos	5
	Justificación	6
II	Marco Teórico	9
	Bases Teóricas	9
	Definición de Términos	24
III	Marco Metodológico	27
	Diseño de Investigación	27
	Tipo de Investigación	27
	Población y Muestra	28
	Técnica e instrumento de recolección de datos	29
IV	Presentación y análisis de Resultados	31
V	Conclusiones y Recomendaciones	38
	Conclusiones	38
	Recomendaciones	40
Referencias		41
Anexos		51

LISTA DE GRÁFICOS

CONTENIDO

Gráfico		pp.
1	Distribución de los artículos relacionados con el primer objetivo: determinar las complicaciones de los terceros molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares, registradas en las publicaciones de los últimos cinco años	31
2	Distribución de los artículos relacionados con el segundo objetivo: Valorar las medidas preventivas de los trastornos temporomandibulares asociados a terceros molares no erupcionados	32
3	Distribución de los artículos relacionados con el tercer objetivo: evaluar el plan de tratamiento en pacientes con trastornos temporomandibulares asociados a molares no erupcionados	33



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



MOLARES NO ERUPCIONADO Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ

Autora: Aura Vega

Autor: Ramy Abou

Tutor(a): Od. Orlando Moreno

Fecha: Abril 2021

RESUMEN

Los síntomas relacionados con la ATM son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación, lo que puede causar son trastornos de te la articulación temporomandibular que a su vez se relaciona con los terceros molares retenidos. El objetivo de dicha revisión consistió en realizar una revisión de literatura relacionada con molares no erupcionado y trastornos temporomandibulares. Para esto se utilizaron artículos e investigaciones recopiladas a través de plataformas como Google Académico y se seleccionaron las referencias que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Tras la realización de la revisión literaria de las referencias previamente seleccionadas, se estableció una muestra de 50 trabajos de investigación para así determinar los molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares, las afecciones bucales prevalentes en pacientes que presentan dicha patología, las medidas de prevención. El tipo de investigación fue documental. Este trabajo sigue las líneas de investigación Odontología clínica y correctiva. Resulto que existió una amplia evidencia científica de los terceros molares no erupcionado en diferentes pacientes con alteraciones temporomandibulares, que son producidas por factores psicológicos, emocionales. Se planteo que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de DTM, entre ellos ruidos de la ATM, dolor en los músculos masticatorios, dificultad para la movilidad de la mandíbula y ciertos movimientos irregulares de la misma.

Palabras claves: Cirugía, ATM, Trastornos Mandibulares



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY



NON-ERUPTIONED MOLARES AND TEMPORARY-MANDIBULAR DISORDERS AT JOSE ANTONIO PAEZ UNIVERSITY

Authors: Aura Vega

Authors: RamyAbou

Tutor: Od. Orlando Moreno

Date: April 2021

ABSTRACT

Symptoms related to TMJ are caused by effects of physical and emotional stress on the structures around the joint, which can cause temporomandibular disorders which in turn is related to retained third molars. The objective of this review was to conduct a literature review related to non-erupted molars and temporomandibular disorders. For this, articles and research collected through platforms such as Google Scholar were used and the references that met the inclusion and exclusion criteria were selected. After conducting the literary review of the previously selected references, a sample of 50 research papers was established in order to determine non-erupted molars and temporomandibular disorders, the prevalent oral conditions in patients with said pathology, and prevention measures. The type of investigation was documentary. This work follows the lines of research in Clinical and Corrective Dentistry. It turned out that there was ample scientific evidence of non-erupted third molars in different patients with temporomandibular alterations, which are produced by psychological and emotional factors. It has been suggested that non-erupted lower third molars can cause TMD signs and symptoms, including TMJ noises, pain in the chewing muscles, impaired mobility of the jaw, and certain irregular jaw movements.

Keywords: Surgery, TMJ, Mandibular Disorders

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es fundamental para gozar una buena salud general, crecimiento y desarrollo del hombre. Jugando un rol importante en la nutrición, lenguaje, desarrollo normal de la mandíbula, adecuada erupción dental, así como también influye en la apariencia y autoestima del mismo. Por tales motivos es importante el cuidado de la misma y la atención de las patologías que puedan presentarse, tales como lo son los terceros molares retenidos.

En relación con el tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, provocando diferentes complicaciones desde el punto de vista clínico como la pericoronaritis, la periodontitis, la caries, la reabsorción de las raíces de los segundos molares inferiores, la formación de quistes dentígenos, el desbalance oclusal y disfunciones en la articulación temporomandibular.

Al respecto de la articulación temporomandibular, se define como las conexiones entre los huesos temporales del cráneo y la mandíbula (inferior). Existen dos articulaciones temporomandibulares, una a cada lado de la cara, justo delante de las orejas. Los ligamentos, tendones y músculos que sostienen las articulaciones son los elementos que permiten el movimiento mandibular.

Estas articulaciones son las que se ven afectadas mayormente por los terceros molares retenidos. Por tal razón el objetivo de esta investigación, realizar una revisión de literatura relacionada con los terceros molares retenidos y trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez.

La presente investigación se basa en realizar una revisión bibliográfica sobre los terceros molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares de la Universidad José Antonio Páez y para ello se estructura la siguiente manera:

En el capítulo I, se plantea la problemática, se presenta el planteamiento del problema, la formulación del problema donde se explicará la relación que existe entre los terceros molares no erupcionado y los trastornos temporomandibulares, los objetivos del estudio con el fin de determinar los planes que se llevara a cabo en la investigación, la justificación de la investigación, que representa la necesidad de realizar dicho estudio y la delimitación y alcance que son necesarios para conocer cuáles son los pro y los contras de la investigación.

Capítulo II, se describe el marco teórico contiene, las bases teóricas, donde se fundamenta toda hipótesis, la definición de términos básicos de cada palabra necesaria para que el lector pueda tener mayor interrelación con la investigación.

Capítulo III, se define el marco metodológico: el tipo de investigación, el diseño y el nivel, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de los datos, y las técnicas de análisis de los datos. Siendo este el capítulo de gran importancia, ya que se representa la base de la investigación, de aquí parte todo el contenido o desarrollo del mismo

Capítulo IV presenta los documentos que se utilizaron en la búsqueda para el desarrollo de la investigación.

Capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La Articulación Temporomandibular (ATM), también llamada complejo articular craneomandibular, es la articulación sinovial tipo bicondílea que existe entre el hueso temporal y la mandíbula. Se definen como el centro del sistema estomatognático, es una de las más complejas del organismo, interviene en la masticación, deglución y fonación. Sus trastornos son frecuentes, poco diagnosticados; presentes en un 80% de la población mundial y pueden ser detectables en la atención primaria de salud¹.

Del mismo modo la ATM es la que hace posible la abertura y cierre de la boca. Se encuentra ubicada por delante del conducto auditivo externo, en la parte lateral de la cabeza. Puede ser palpada con los dedos y sus movimientos son percibirlos durante la abertura y cierre de la boca. Es una de las articulaciones más utilizadas del cuerpo; al hablar, tragar, bostezar o comer, estando haciendo uso de esta y ha sido considerada por algunos autores como única, debido a sus características morfofuncionales tan complejas.

En el mismo orden de ideas, la prevalencia de los trastornos temporomandibulares es elevada, el 80% de la población mundial presenta algún signo de alteración funcional del sistema, seguido de dolor facial, después del dolor dental que se observa con mayor frecuencia en mujeres entre los 15 y 40 años de edad. Estudios

epidemiológicos realizados en diversos países, demostraron que es un tema de creciente interés para la comunidad médica ¹.

La abreviación «ATM» se refiere literalmente a la articulación temporomandibular, aunque suele usarse para referirse a cualquier trastorno o síntoma que se presente en esta región. Tales problemas abarcan: sonidos y chasquidos en la mandíbula, incapacidad para abrir completamente la boca, dolor en la mandíbula, dolores de oído, dolores en los dientes y otros diversos tipos de dolor facial. Muchos de los síntomas relacionados con la ATM son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación. Estas estructuras abarcan los músculos de la mandíbula, la cara y el cuello, los dientes, el disco cartilaginoso en la articulación, los ligamentos, vasos sanguíneos y nervios cercanos ².

Diversos estudios señalan la importancia de las interferencias oclusales, las alteraciones emocionales y los trastornos generales músculo-esqueléticos en el origen del síndrome de disfunción temporomandibular. Empíricamente se plantea que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares, entre ellos ruidos en la ATM, dolor en los músculos masticatorios y en la ATM, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de ésta.

Los terceros molares retenidos son aquellos que no han erupcionado ya sea en forma total o parcial en la arcada dentaria en el tiempo esperado, bloqueado por un obstáculo mecánico (hueso, diente o tejidos blandos). El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, provocando

diferentes complicaciones desde el punto de vista clínico como la pericoronaritis, la periodontitis, la caries, la reabsorción de las raíces de los segundos molares inferiores, la formación de quistes dentígeros, el desbalance oclusal y disfunciones en la articulación temporomandibular (ATM) ³.

Tomando en consideración que la presencia de los terceros molares no erupcionados puede tener influencia en los trastornos de la articulación temporomandibular y la demanda de asistencia para estos trastornos en la actualidad, surge la necesidad de relacionarlos para conocer todas las consecuencias, así poder tratarlas y evitarlas.

Formulación del Problema

¿Cuál será la relación entre los terceros molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Realizar una revisión de literatura relacionada con molares no erupcionados y trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez.

Objetivos Específicos

- Determinar las complicaciones de los terceros molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares, registradas en las publicaciones de los últimos cinco años.
- Valorar las medidas preventivas de los trastornos temporomandibulares asociados a terceros molares no erupcionados.

- Evaluar el plan de tratamiento en pacientes con trastornos temporomandibulares asociados a molares no erupcionados.

Justificación de la Investigación

Los terceros molares son cuatro: Dos en el maxilar superior y dos en la mandíbula, una derecha y otra izquierda respectivamente, pertenecen a la segunda dentición de los adultos, ausentes en la primera dentición, y son los dientes que con mayor frecuencia se encuentran retenidos, impactados o incluidos dentro del hueso³.

La erupción del tercer molar se produce al inicio de la vida adulta (entre los 18-25 años de edad), siendo el tercer molar, por consiguiente, el último diente en erupcionar; por tal razón, es muy común que quede retenido dentro del hueso por distintas causas, como problemas en la erupción, por tener alguna obstrucción por un diente, entre otras.

El presente trabajo es importante desde el punto de vista teórico pues aporta información relacionada con el tercer molar que se impacta cuando hay falta de espacio en el arco dental y su crecimiento y erupción no ocurren debido a la presencia de tejido gingival, hueso u otro diente. La presencia de terceros molares en una posición anormal puede tener consecuencias severas en los dientes vecinos cuyo nombre corresponde a segundos molares, caries, resorción de raíces, generación de quistes y alteraciones en el ligamento periodontal del segundo molar, tejido fundamental para mantener el soporte en boca y las alteraciones en la articulación temporomandibular.

La articulación temporomandibular es la más usada del cuerpo y, por consiguiente, una de las más afectadas por ruidos, dolores crónicos de origen desconocido, desviación mandibular o dificultad para hablar. Alrededor del 70 % de la población general tiene al menos un signo clínico del trastorno de la articulación temporomandibular (ATM). Pero, además de su afección, los trastornos de la ATM merecen una especial atención por la gran variedad de signos y síntomas con que se pueden manifestar ⁴.

Las molestias al comer, la dificultad para abrir o cerrar la boca o los ruidos al abrir o cerrar la mandíbula son los signos y síntomas más frecuentemente asociados a trastornos de la articulación temporomandibular y dolor buco facial, pero hay otros síntomas que pueden aparecer en estos casos por causa de los terceros molares no erupcionados.

Por esta razón, es de suma importancia conocer la relación de los terceros molares retenidos con los trastornos temporomandibulares, con el fin de diagnosticarlos y poder erradicar estos síntomas que son frecuentes en afectar a los pacientes. Por último, destaca el aporte metodológico del estudio debido a que se adscribe a la línea de investigación Odontología clínica y Correctiva, tema Cirugía Bucal, por lo que servirá como antecedente para investigaciones futuras.

Delimitación y Alcance

Esta investigación está dirigida al mejoramiento profesional de los estudiantes del área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, y a elevar la calidad de la atención odontológica de pacientes con terceros molares no erupcionados y que a su

vez presentan trastornos temporomandibulares. El estudio se realizará en el periodo 2020-3CR con la consulta a través de documentos adquiridos durante la investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Una investigación bien sustentada requiere establecer un punto de gran importancia que afirme y desarrolle las directrices sobre las cuales se realizará el estudio y además establezca un soporte al planteamiento del problema previamente expuesto, un sustento teórico o referencial es “un compendio escrito de artículos, libros, y otros documentos que describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio. Es una ayuda que documenta la investigación agregando valor a la literatura existente la cual establece la base de soporte para el desarrollo de todo el trabajo”.

Bases Teóricas

Generalidades de la Articulación Temporo-Mandibular

La articulación Temporomandibular (ATM) como ya conocemos es una de las más complejas del organismo, es una articulación bicondilea. Por lo tanto, funcionalmente es la única articulación bilateral. Trabaja de manera sincronizada con el lado opuesto. La ATM está prácticamente relacionada con la oclusión dentaria y el sistema neuromuscular.

Hay que recordar superficialmente que la ATM está compuesta por los siguientes elementos anatómicos:

- **Cóndilo Mandibular:** el cóndilo se articula bilateralmente con la base del cráneo. Es de forma convexo.

- Disco articular: es un disco movable que se sitúa en medio de los dos huesos que forman la ATM (cóndilo y cavidad glenoidea). Sirve como amortiguador y permite el movimiento armónico y fluido para ser indoloro, evitando el roce de los dos huesos.
- Membrana Sinovial: reviste por completo la capsula articular, produce líquido sinovial, el líquido sinovial es un líquido que nutre y defiende los tejidos articulares. Contiene células fagocíticas y productoras de Ácido Hialurónico.
- Cavidad Glenoidea: es la parte anatómica del hueso temporal por lo tanto es la parte correspondiente a la base del cráneo siendo así la superficie articular de este.
- Capsula Articular: es una estructura fibrosa que cubre y protege al ATM. Retiene al líquido sinovial y no deja que salga de la articulación. Evita los movimientos bruscos del cóndilo⁹.

Funciones de la ATM

La ATM está formada por el cóndilo de la mandíbula, con la cavidad glenoidea y el cóndilo del hueso temporal. Entre ellos existe una almohadilla fibrosa: Disco articular.

Por encima y por debajo de este disco existen pequeños compartimentos en forma de saco denominados cavidades sinoviales. Toda la ATM está rodeada de una cápsula articular fibrosa. La cara lateral de esta cápsula es más gruesa y se llama ligamento temporomandibular, evitando que el cóndilo se desplace demasiado hacia abajo y hacia atrás, además de proporcionar resistencia al movimiento lateral. Los cóndilos temporal y mandibular son los únicos elementos activos participantes en la dinámica

articular por lo que se considera a esta articulación una Diartrosis bicondílea. La ATM permite a la mandíbula ejecutar variados movimientos: movimientos de descenso y elevación (apertura y cierre), movimientos de proyección hacia delante y hacia atrás (protrusión y retrusión) y movimientos de lateralidad ¹².

Trastornos Temporo-mandibulares

Es la disfunción del aparato masticatorio que incluye cualquier alteración en las relaciones de los dientes con sus estructuras, tales como los maxilares, la articulación temporomandibular, los músculos principales del sistema estomatológico, así como la inervación y vascularización de los tejidos. En el equilibrio del sistema estomatológico existe variables y características de suma importancia para mantener tal equilibrio tales como los músculos masticatorios y la ATM. Ya que se destacan como centro de primordial importancia en la comprensión de las funciones del Sistema.

Toda actividad funcional de la ATM, conlleva un complejo control nervioso, el cual depende de la información propioceptiva del ligamento periodontal, la mucosa bucal y oclusión dental o prostodóntica. Así mismo, la forma en como los dientes entran en contacto con los dientes adyacentes lleva a un estímulo el cual es recogido por los propios receptores de la membrana periodontal, por lo tanto se considera que la oclusión dental es un factor determinante del movimiento mandibular ¹³.

Factores de Riesgo

Se ha establecido que el efecto del estrés emocional en el dolor, el sufrimiento y la conducta de dolor es significativo y debe tenerse en cuenta cuando se evalúa o se trata

cualquier trastorno doloroso. El cual, pacientes que sufren del estado emocional en gran medida, dicho estado depende del estrés psicológico que experimente el paciente, y el momento en que se inicia el dolor puede influir enormemente en la experiencia dolorosa.

“Existe abundante evidencia que demuestre que los factores psicosociales contribuyen de manera importante a potenciar la experiencia dolorosa”. Se ha demostrado incremento en las mediciones de estrés psicológico, estrés emocional, catastrofismo, entre otras ¹⁴.

Estas variables psicológicas son asociadas con una menor regulación de la experiencia dolorosa en pacientes con dolor crónico. El cual podemos evidenciar que distintos tipos de estrés psicológicos puede lograr relacionarse con los trastornos temporomandibular en alteraciones como el bruxismo, trismo, contracciones musculares e hipertonicidad muscular conllevando a la Disfunción de la ATM.

Estudio de los Trastornos-temporomandibulares

Anamnesis

Debemos indagar por medio de preguntas concretas para conocer si el paciente presenta un trastorno Temporomandibular activo, tomando en cuenta específicamente los signos y síntomas que muestra el paciente y teniendo en cuenta los posibles factores ⁹.

Exploración física de la ATM

Comprende, por este orden, inspección, palpación de músculos y articulaciones, auscultación y manipulación mandibular ⁹.

- Inspección: Observar al paciente de pie y si existen deformidades faciales y/o asimetrías de maxilares y de las arcadas. Evaluar signos de desgaste oclusal excesivo. Mandar al paciente que abra y cierre la boca. La apertura debe ser en línea recta.
- Palpación: Se palpan los músculos y la atm tales como el Temporal, Masetero, Esternocleidomastoideo, Trapecio, la palpación debe ser indolora.
- Auscultación: Con un fonendoscopio en la zona pre auricular se invita al paciente a que abra y cierre la boca para detectar ruidos o clics articulares. Lo normal es no percibir ruido alguno ⁹.

Diagnóstico por imagen

El diagnóstico de la patología de la ATM es clínico, basado en la anamnesis y exploración, pero en ocasiones es necesario recurrir a otras pruebas complementarias para observar tanto los tejidos duros como blandos. Sólo se solicitarán si no hemos llegado al diagnóstico y el paciente sigue presentando clínica importante ya que lo único que hacen es confirmar los datos de exploración. Las técnicas habituales son:

- Ortopantomografía (es una prueba de cribado): Visualiza tejidos duros.
- Tomografía computarizada: Permite un estudio más detallado de los tejidos duros pero no del disco articular.
- Resonancia magnética: Permite visualizar estructuras blandas. Es la técnica ideal ya que además permite estudiar los trastornos del disco articular⁹

Signos y Síntomas

Los síntomas asociados con los trastornos de la articulación temporomandibular pueden ser: Dificultad o molestia al morder o masticar, chasquido o crepitación al

abrir o cerrar la boca, dolor facial sordo en la cara, dolor de oído, dolor de cabeza, bloqueo de la mandíbula (Trismus), dificultad para abrir o cerrar la boca.

Síntomas o Signos que indican patología grave:

- Dolor intenso o persistente que no cede tras el tratamiento conservador.
- Presencia de chasquidos o ruidos articulares en fase avanzada de la apertura bucal y que son progresivos o acompañados de dolor.
- Historia de bloqueos articulares repetidos con o sin ruidos.
- Desviación importante a la apertura bucal acompañada de dolor y/o bloqueos.
- Presencia de importantes facetas de desgaste en piezas dentarias ⁹.

Relación de los terceros molares retenidos y Articulación temporomandibular

Moncada Escorcía, mediante su estudio nos demuestra la influencia de los terceros molares en los pacientes con trastornos temporomandibulares. Nos indica que: “Muchos síntomas relacionados con la ATM son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación. Estas estructuras abarcan los músculos de la mandíbula, la cara y el cuello, los dientes, el disco cartilaginoso en la articulación, los ligamentos, vasos sanguíneos y nervios cercanos. Los estudios de Costeny Crithensen en Alemania a finales del siglo XIX, y antes de la primera guerra mundial ya sugerían, que el estado oclusal podía influir en la función de los músculos masticatorios y que la falta de armonía oclusal podía generar trastornos dolorosos de tales músculos. Entre los años 1960 y 1970 la mal oclusión y la sobrecarga emocional (estrés) se aceptaron como los principales factores etiológicos de las disfunciones de las ATM. En la década siguiente la complejidad de

sus trastornos identificados con la sigla TTM, incluyeron las alteraciones intracapsulares. Hoy se acepta el carácter multifactorial de los TTM que constituyen un problema importante de la población general. Diversas publicaciones señalan la importancia de las interferencias oclusales, las alteraciones emocionales y los trastornos generales músculo-esqueléticos en el origen del síndrome de disfunción temporomandibular (DTM). Empíricamente se plantea que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de DTM, entre ellos ruidos en la ATM, dolor en los músculos masticatorios y en la ATM, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de ésta².

Terceros Molares No Erupcionados

Los terceros molares no erupcionados constituyen uno de los temas más importantes de la patología odontológica, por la frecuencia de presentación, por la variedad de posiciones en las que se puede situar, por la patología que ocasionan y los accidentes que se derivan de la inclusión. El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia se encuentra incluido, en primer lugar el mandibular, siguiendo el tercer molar maxilar, debido a que es el último en erupción y posiblemente ya no quede espacio en la arcada para su ubicación. Hay que distinguir entre tres conceptos que se refieren a alternativas eruptivas, pero no son sinónimos, y son los siguientes:

Impactación: Es la detención de la erupción de un diente producida por una barrera física en el recorrido de su erupción, o por una anomalía en la posición de dicho diente, todo ello identificable clínica y radiográficamente.

Retención: Es la interrupción de su erupción sin que exista evidencia de una barrera o anomalía de posición o desarrollo del germen, y sin llegar a aparecer en la arcada.

Inclusión: Engloba los términos de Impactación y retención, y se refiere al diente que permanece dentro de hueso. La inclusión de un diente puede ser. Inclusión ectópica; cuando el diente que se halla incluido está en una posición anormal pero cerca de su lugar habitual.

Inclusión heterópica; cuando el diente incluido en posición anormal se encuentra alejado de su localización habitual de erupción ¹⁶.

Etiología del Tercer Molar no erupcionado

En estos momentos, la teoría más aceptada de la causa de retención dentaria es la que plantea que, debido a que la dieta moderna no requiere un gran esfuerzo en la masticación, los maxilares se vuelven demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo a esa teoría se observa la ausencia congénita de terceros molares o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar. Otros dientes presentan ausencia congénita o malformaciones, pero no tan frecuentemente como los terceros molares. Además de lo planteado anteriormente, se observan otras causas que pueden ser locales o generales ¹⁸.

Causas Locales De Retención:

- Densidad del hueso de recubrimiento
- Membrana mucosa muy densa
- Indebida retención de los dientes temporales
- Pérdida prematura de la dentición temporal

-Infección en el hueso o en la mucosa³³

Causas Sistémicas O Generales De Retención:

Las retenciones se encuentran, a veces, donde no hay condiciones locales presentes.

En estos casos existen:

-Causas prenatales: herencia, mezcla de razas.

-Causas postnatales: raquitismo, anemia, sífilis congénita, tuberculosis, desnutrición, enfermedades endocrinas (cretinismo,etc.).

-Condiciones raras: disostosis cleidocraneal, oxicefalia, progeria, acondroplastia, labio y paladar fisurados¹⁹.

Clasificación de los Terceros Molares Retenidos

Referencias anatómicas del tercer molar mandibular:

Por delante: El hueso mesial y el segundo molar son muy importante ya que sirven como punto de apoyo para el elevador recto.

Por detrás: Se encuentra el hueso distal que está relacionado con la cara distal del tercer molar y la rama ascendente de la mandíbula.

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 el nervio lingual.

Por abajo: Se encuentra el conducto dentario que tiene relaciones con las raíces del tercer molar mandibular. El conducto puede estar situado a distancia o en íntima

relación con las raíces del tercer molar mandibular, incluso puede atravesar entre sus raíces.

Por arriba: Esta el hueso oclusal en caso de que el tercer molar mandibular no haya erupcionado ²¹.

En este mismo sentido, Silvestri & Sing se refieren al poco valor funcional que se otorga al tercer molar y que, asociado a una alta tasa de dolor y malestar que producen durante el período eruptivo ha estimulado los procedimientos quirúrgicos, con alto costo por tiempo laboral perdido, radiografías, medicación, anestesia o costos hospitalarios, pérdida de ingresos por licencias, etc. Friedman reitera que el procedimiento quirúrgico no está exento de riesgos, tales como parestesia, daños iatrogénicos como fractura mandibular, compromiso de ATM, seno maxilar, tuberosidad del maxilar, dientes vecinos y hasta la muerte por causa de la anestesia general. Además, no debe olvidarse que los 3Ms pueden ser muy importantes con fines protésicos, cuando se han perdido otros dientes ²²

Relación de los terceros molares con respecto a la Rama Ascendente de la Mandíbula y el segundo molar “Pell y Gregory”.

- Clase I. Existe 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. 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. En el maxilar superior se valora la relación del cordal respecto a la tuberosidad maxilar y el segundo molar ¹⁷.

Profundidad Relativa del Tercer Molar en el hueso

Posición A: Erupcionado o a nivel de la cara oclusal del segundo molar inferior

Posición B: Semi-erupcionado o a nivel del tercio cervical o medio del segundo molar inferior

Posición C: Retenido o a nivel del tercio radicular o apical, por debajo de la línea cervical del segundo molar inferior (17). Ver Anexo N°3

Clasificación de Winter

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- Mesioangular.
- Horizontal.
- Vertical.
- Disto angular.
- Invertido.

Para autores como Lidholm, Cois, y Krutsson, los cordales en posición mesioangular tienen de 22 a 34 veces más posibilidades de provocar patología que un tercer molar erupcionado o en inclusión interósea completa. La posición disto angular tiene un riesgo de 5 a 12 veces mayor de dar patología. Es también interesante conocer la relación del cordal con las corticales externas e interna del hueso mandibular, ya que

dicho diente puede estar en vestibuloversión o en linguoversión. Asimismo es importante determinar si la inclusión es interósea (parcial o completa) o submucosa.

Indicaciones y Contraindicaciones en la Extracción del tercer molar retenido

Indicaciones:

Con frecuencia, los terceros molares retenidos no evolucionan a la posición adecuada en la arcada, provocando, en ocasiones, anomalías de localización y dirección que pueden obligar al cirujano bucal a plantearse una actitud intervencionista realizando la exodoncia quirúrgica. En la mayoría de los casos la cirugía de los terceros molares es por profilaxis, en caso de ortodoncia cuando hay apiñamiento de piezas dentarias, y también por casos infecciosos.

Pericoronitis: El espacio peri-coronal es un receso donde se acumulan restos alimentarios y proliferan bacterias con el consiguiente desarrollo de un proceso inflamatorio que se puede ser agudo o crónico. El desarrollo de pericoronaritis, especialmente si hay episodios de repetición y no existe la posibilidad de completar la erupción, es una frecuente indicación para la exodoncia del tercer molar.

Dolor: El dolor asociado a los terceros molares mandibulares impactados suelen deberse a pericoronitis, caries o presión sobre dientes adyacentes o Quistes foliculares y tumores asociados a los dientes incluidos como son los ameloblastomas y odontomas.

Edad: La edad ideal para decidir la conservación o exodoncia de los terceros molares suelen ser entre los 18 a 21 años. A esta edad ya podremos definir con bastante exactitud si los molares van a estar erupcionados, impactados o semi-erupcionados.

Motivos prostodónticos y restaurativos. Cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para efectuar una correcta obturación o colocar una prótesis.

Contraindicaciones:

Nunca estará indicada la extracción de un cordal cuando se tiene la posibilidad de que éste erupcione correctamente y sea funcional. La contraindicación local más destacable será cuando el riesgo de lesionar estructuras vecinas (el paquete vasculo-nervioso dentario inferior, el nervio lingual o el seno maxilar) es muy elevado. Una contraindicación temporal es cuando existe un proceso infeccioso activo asociado con el tercer molar. Como contraindicación general podemos nombrar el estado físico o psíquico del paciente cuando supone un alto riesgo quirúrgico. Así, en pacientes cuyo estado de salud general es muy precario, este tipo de intervención quirúrgica no sería conveniente; igualmente en pacientes cuya edad es muy avanzada y en presencia de un tercer molar totalmente asintomático, posiblemente este procedimiento resultaría no aconsejable o incluso innecesario. Es importante descartar la extracción de los cordales asintomáticos si hay riesgos locales o generales destacables intraoperatorios o postoperatorios. En estas ocasiones sería inaceptable indicar la intervención quirúrgica. El tercer molar incluido podrá ser conservado si se prevé que, con posterioridad y dada la mutilación dentaria existente en el paciente, puede ser utilizado como pilar de puente (prótesis fija) o como soporte de una prótesis removible ¹⁷.

Complicaciones Operatorias

El riesgo de complicaciones tras la extracción de los terceros molares, disminuye considerablemente si se planifica la intervención con radiografías previas, si se realiza cuidadosamente protegiendo tejidos y estructuras nobles y, si reducimos en la medida de lo posible, el tiempo operatorio. En la exodoncia del tercer molar pueden surgir las siguientes complicaciones: Lesión del molar vecino o fractura del propio cordal durante la luxación. Desgarro de partes blandas, hemorragia, prolapso de la bola adiposa de Bichat en los cordales superiores, enfisema (poco frecuente).

- Lesión del nervio dentario inferior, cuya frecuencia oscila entre el 1-5% en las extracciones de cordales en adultos, en caso de germenectomia se reduce el riesgo de lesión considerablemente, al no estar completa la formación radicular.
- Lesión del nervio lingual, ocurre con más frecuencia si no se hace una buena protección de la tabla interna durante la intervención.
- Fractura de la tuberosidad del maxilar o incluso de la mandíbula.
- Luxación de la ATM.
- Comunicaciones buco-sinusales tras la extracción del cordal superior, o un prolapso del mismo hacia el interior del seno.
- Fractura del instrumental quirúrgico empleado (fresa, etc.)
- Problemas periodontales en el segundo molar.
- Reacciones adversas a los fármacos (16).

Complicaciones Postoperatorias

Incluimos aquí todas las complicaciones que se pueden producir posteriormente a la extracción dentaria, ya sea a los pocos minutos, al cabo de horas, o de días. Estas complicaciones pueden llegar a ser muy importantes y en algunos casos fatales, sobre todo en el caso de infecciones graves, por lo que deberemos tratarlas a su debido tiempo ¹⁷.

Parestesia Del Nervio Dentario Inferior: El nervio alveolar o dentario inferior está contenido en el conducto mandibular o dentario inferior, es susceptible de ser lesionado a nivel del tercer molar inferior, con el cual a menudo tiene relaciones anatómicas muy estrechas. La relación es variable dependiendo de distintos factores: posición del cordal, longitud de las raíces, altura y espesor del cuerpo mandibular. También puede aparecer este tipo de complicaciones tras extracciones de primeros y segundos molares inferiores ²⁵

Luxación De La Mandíbula: La luxación puede definirse como una pérdida de la relación entre los componentes de una articulación, no auto reducible. Así pues, la dislocación completa o luxación de la articulación temporo mandibular se refiere al desplazamiento, que no puede auto reducirse, del cóndilo mandibular respecto a la fosa glenoidea. La luxación puede ser unilateral o bilateral ²⁸.

Alveolitis: Uno de los mayores y más frecuentes problemas post extracción son las alveolitis, aunque las estadísticas al respecto son poco concordantes. Suele ser la principal causa de dolor entre el segundo y quinto día después de la exodoncia. Su característica principal es el dolor tan agudo e intenso que produce. La alveolitis suele ser la consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida alveolar,

tras la extracción dentaria. Se la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares, ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo. El coágulo, al no organizarse, se desintegra¹⁷.

Sintomatología de la alveolitis: Dentro de la sintomatología se observa enrojecimiento de la zona, dolor, tumefacción, y aumento de la temperatura local, esta afección casi nunca se acompaña de procesos febriles. El estudio radiográfico muestra una imagen radio lúcida, debido al proceso osteolítico del hueso. Martínez Gonzales, “la alveolitis en su forma aguda presenta fenómenos supurativos, produce un estado de tumefacción acompañado de dolor, ligera elevación térmica³⁰.”

Definición de términos

Alveolitis: Es una complicación de la extracción dental que se produce cuando se ha desprendido el coágulo sanguíneo antes de que el tejido de granulación haya crecido hacia el interior del alveolo de la extracción dental y lo haya estabilizado³¹.

Articulación Temporomandibular: La articulación temporomandibular es la articulación que existe entre el hueso temporal y la mandíbula. En realidad se trata dos articulaciones, una a cada lado de la cabeza, que funcionan sincronizadamente³¹.

Complicaciones postoperatorias: Incluimos aquí todas las complicaciones que se pueden producir posteriormente a la extracción dentaria, ya sea a los pocos minutos, al cabo de horas, o de días⁷.

Edema: se puede presentar por el trauma quirúrgico luego de la cirugía, es un edema localizado. En el postoperatorio se puede presentar cierta que tiende a desaparecer a las 24 o 48 horas, luego empieza a desaparecer ³¹.

Equimosis: Es una variedad del hematoma, en que la colección hemática infiltra en los tejidos blandos situándose por debajo de los planos cutáneos o mucosos. Clínicamente domina la coloración sobre la tumefacción. No requiere tratamiento ³¹.

Impactación: Es la detención de la erupción de un diente producida por una barrera física en el recorrido de su erupción, o por una anomalía en la posición de dicho diente, todo ello identificable clínicamente y radiográficamente ³¹.

Retención: Es la interrupción de su erupción sin que exista evidencia de una barrera o anomalía de posición o desarrollo del germen, y sin llegar a aparecer en la arcada.

Inclusión: Engloba los términos de Impactación y retención, y se refiere al diente que permanece dentro de hueso. La inclusión de un diente puede ser. Inclusión ectópica; cuando el diente que se halla incluido está en una posición anormal pero cerca de su lugar habitual. Inclusión heterópica; cuando el diente incluido en posición anormal se encuentra alejado de su localización habitual de erupción ³¹.

Retención: Es la interrupción de su erupción sin que exista evidencia de una barrera o anomalía de posición o desarrollo del germen, y sin llegar a aparecer en la arcada ³¹.

Tercer molar: Los Terceros Molares, son los últimos dientes en erupción, lo hacen entre los 17 y los 25 años de vida. Popularmente se los conoce como “Muelas del Juicio”, porque aparecen en boca a esta edad cuando el paciente ya tiene “Juicio” (o criterio formado) ³¹.

Trastorno Temporomandibular: Los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) son un grupo de afecciones que causan dolor en la articulación de la mandíbula, alrededor de esta y en los músculos circundantes.

Tercer molar: Los Terceros Molares, son los últimos dientes en erupción, lo hacen entre los 17 y los 25 años de vida. Popularmente se los conoce como “Muelas del Juicio”, porque aparecen en boca a esta edad cuando el paciente ya tiene “Juicio” (o criterio formado) ³¹.

Operacionalización de variables

Al descomponer las variables en estudio en dimensiones e indicadores concretos, se logra hacer medible dicha variable y con ello se pueda realizar el proceso investigativo de forma más efectiva, de tal manera que se logre utilizar los recursos con los cuales se cuenta de una mejor forma, lo cual conducirá a un mejor planteamiento del estudio. Cuadro 1.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el "cómo" se realizará el estudio para responder al problema planteado³².

Diseño de investigación

La presente se desarrolló como una investigación documental, la misma se define como un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios; es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos³³.

Tipo de investigación

El presente estudio se corresponde con una revisión de la literatura, es el proceso de buscar, seleccionar y consultar la bibliografía que pueda ser útil para el estudio. De ésta se seleccionó la información relevante y necesaria relacionada con el problema de investigación. Sin embargo, la enorme cantidad de información científica existente y la continua aparición y difusión de nuevas publicaciones, dificultan en gran medida identificar la más relevante las rutinas y las situaciones problemáticas³⁴.

Población y muestra

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones³⁵. En el presente estudio, para realizar una revisión de literatura relacionada con molares no erupcionados y trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez la población estará conformada por 80 artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica.

Respecto a la muestra, es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población. El investigador pretende que los resultados encontrados en la muestra logren generalizarse o extrapolarse a la población (en el sentido de la validez externa que se comentó al hablar de experimentos). El interés es que la muestra sea estadísticamente representativa³⁵. La muestra estará conformada por 50 artículos que cumplen los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Los artículos de investigación o de revisión publicados en las bases de datos preestablecidas por la coordinación.
- Que presenten un resumen; criterio que identifica los trabajos científicos de los que no lo son.
- Que contengan datos del tema base.
- Haber sido publicados en el período 2014-2020.

Criterios de exclusión:

- No estar en el rango de publicación 2014-2020.
- Artículos de opinión y no de revistas científicas.
- Investigaciones duplicadas

Técnica e instrumentos de recolección

Las técnicas de recolección son aquellas formas de obtener los datos para luego ser procesados, respecto a los instrumentos estas herramientas se utilizan para la recolección, almacenamiento y procesamiento de la información³⁶. Para el presente estudio se empleó como técnica la revisión de literatura, análisis documental y revisión bibliográfica, a través del instrumento ficha bibliográfica (ver anexo A).

Procesamiento y análisis de datos

Para llevar a cabo la recopilación de información se realizó una revisión sistemática de la literatura que consistió en una serie de etapas. Primeramente, se inició la 50 revisión literaria con una etapa preparatoria y de recolección de información, en la cual se efectuó una búsqueda de información a través de Google Académico, mediante el uso de los bloques de búsqueda correspondientes a los indicadores de la investigación. A partir de lo anteriormente expuesto, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos para la selección de una serie de artículos para su revisión.

Una vez seleccionados los artículos para su revisión, se procedió a una segunda etapa, donde se realizó una inspección minuciosa de los resúmenes y los datos estadísticos correspondientes a los terceros molares y la relación con los trastornos temporomandibular, una vez finalizada esta revisión, se seleccionó la muestra correspondiente a 50 artículos científicos para su posterior fichaje. La tercera etapa realizada en la revisión literaria correspondió a la realización de fichas electrónicas, permitiendo sintetizar la información obtenida en un cuadro, donde se organizó cada trabajo de investigación con sus respectivos datos: autor, año de publicación, título, muestra y una síntesis de los resultados. Por último, se procedió a la realización del análisis de dichos resultados para luego ser discutidos de manera individual y en conjunto; de esta manera se tomaron en cuenta las características de los estudios estableciendo semejanzas, coincidencias, diferencias y contradicciones entre ellos. Posteriormente se procedió al establecimiento de las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADO

En capítulo presente se desarrolla el análisis y presentación de los resultados obtenidos luego de la revisión bibliográfica realizada a 50 artículos que resultaron de los criterios de inclusión y exclusión que se aplicó, con el propósito de realizar una revisión de literatura relacionada con molares no erupcionados y trastornos temporomandibulares en la Universidad José Antonio Páez., en donde se obtuvo como resultado:

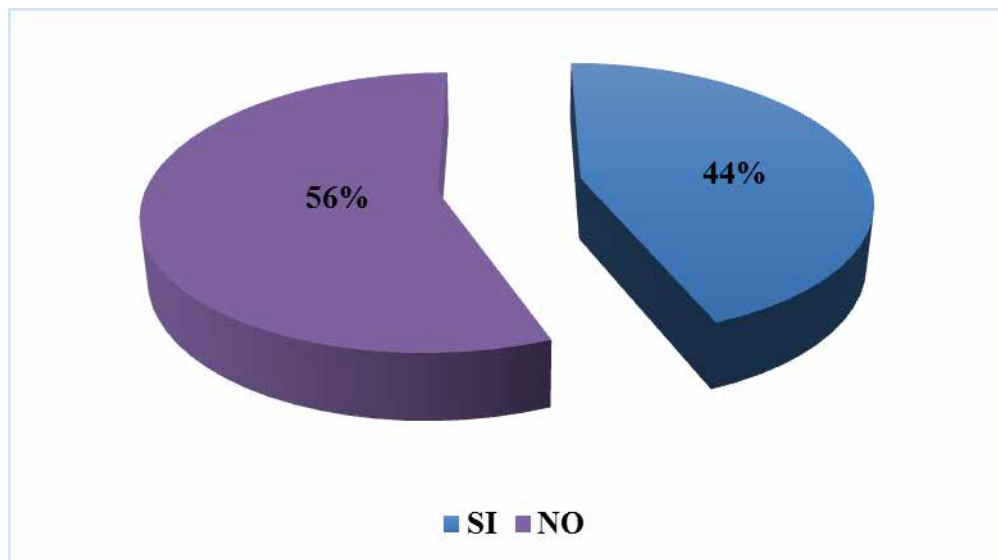


Gráfico 1. Distribución de los artículos relacionados con el primer objetivo: determinar las complicaciones de los terceros molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares, registradas en las publicaciones de los últimos cinco años.

Para el primer objetivo sobre determinar las complicaciones de los terceros molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares, registradas en las

publicaciones de los últimos cinco años se obtuvo tal como se muestra en la gráfica N° 1 de la revisión bibliográfica que 56% de los artículos recopilados están relacionados; siendo el artículo más resaltante el de Minchala, titulado “Complicaciones causadas por terceros molares en el proceso de erupción”.

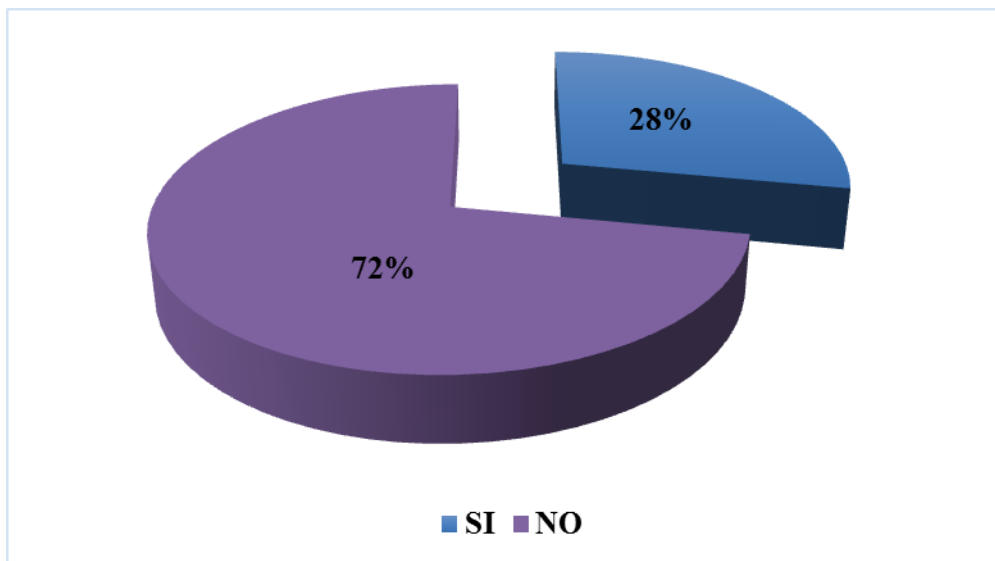


Gráfico 2. Distribución de los artículos relacionados con el segundo objetivo: Valorar las medidas preventivas de los trastornos temporomandibulares asociados a terceros molares no erupcionados.

En la gráfica N°2 se muestra que para el segundo objetivo se obtuvo 28% de artículos relacionados con valorar las medidas preventivas de los trastornos temporomandibulares asociados a terceros molares no erupcionados, siendo la investigación de González, titulada “Factores predictivos para la valoración de dificultad en la extracción de terceros molares inferiores retenidos usando la escala de Romero Ruiz”. La más resaltante.

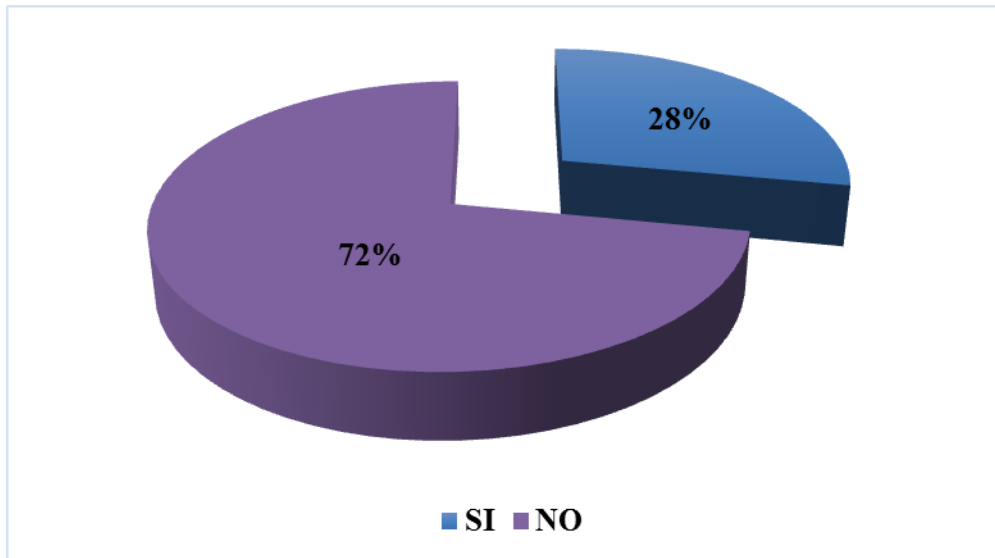


Gráfico 3. Distribución de los artículos relacionados con el tercer objetivo: evaluar el plan de tratamiento en pacientes con trastornos temporomandibulares asociados a molares no erupcionados.

Respecto al tercer objetivo, en la gráfica N°3 se muestra que se obtuvo 28% de los artículos relacionado con evaluar el plan de tratamiento en pacientes con trastornos temporomandibulares asociados a molares no erupcionados. Resultando el estudio de Carrillo es el más relevante, dado a que realizó una investigación del tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular con el uso de los criterios de diagnóstico internacionales y la electromiografía como guía terapéutica. Cirugía Oral y Maxilofacial adscrito al Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”.

Discusión

Al determinar las complicaciones de los terceros molares no erupcionados y los trastornos temporomandibulares, registradas en las publicaciones de los últimos cinco años, se obtuvo que las complicaciones postquirúrgicas en los terceros molares es un tema que debe ser estudiado integralmente, a nivel anatómico, en relación con las

zonas que lindera, a nivel clínico, quirúrgico y radiográfico⁴⁰. Se obtuvo que la erupción de los terceros molares es a partir de los 18 años, pero hay investigaciones donde los terceros molares erupcionan hasta los 25 años o quedan retenidos dentro del hueso e impactados contra el segundo molar por falta de espacio. En la medida que aumentó la edad aumentó también la severidad de la disfunción temporomandibular con diferencias significativas, también se evidenció que las mujeres suelen ser las más afectadas. Siendo el factor asociado más relevante para los trastornos temporomandibulares fue el estrés^{38,56,57,58,59,73}.

Se puede señalar que la etiología de los trastorno temporo –mandibulares más frecuentes en adolescentes son dolores que pueden afectar la mandíbula y las articulaciones de la mandíbula así como los músculos de la cara, cabeza y cuello, los síntomas más comunes incluyen dolores articulares, problemas para abrir completamente la boca y mandíbula trabada. Además pueden ocasionar alteraciones intraarticulares del discal anterior, luxación con reducción, luxación sin reducción, incompatibilidades articulares estructurales, subluxaciones, sinovitis, capsulitis, retrodiscitis complejo cóndilo-disco, desplazamiento^{47,49,53,79,83}.

En otra parte, los adultos mayores con TTM, denotan una menor calidad de vida relacionada con la salud bucal, específicamente, en las dimensiones de limitación funcional, inhabilidad física, psicológica y dolor, son afectados por trastornos temporomandibulares, con un predominio de afectación bilateral de la articulación temporomandibular, siendo la pérdida dentaria el factor desencadenante y predisponente de mayor frecuencia de aparición y el chasquido articular constituyó el

signo y síntoma de mayor prevalencia, un examen clínico permitió caracterizar las variables de la oclusión dentaria en relación a los trastornos temporomandibulares^{60,61,72,74,86}.

Otro artículo señala que las complicaciones postoperatorias son más frecuentes que las intra operatorias, siendo algunas de las complicaciones postoperatorias son alveolitis⁷⁵. Ahora bien, una de las causas de extracciones de terceros molares son los procesos patológicos, caries profundas, tratamientos ortodóncicos, presencia de quiste o tumores y por mal posición de la pieza dental que produce malestar al paciente, que al ser tratados sin una planificación adecuada, como al no tomar las consideraciones sistémicas o patológicas del paciente podemos llegar a o producirse una complicación que puede ser de bajo o de alto riesgo que podrían causar problemas o trastornos letales al paciente^{76,77}.

De esta manera, la intervención preventiva y terapéutica de los TTM debe involucrar varias disciplinas, los profesionales deben estar en capacidad de buscar y correlacionar hallazgos clínicos y de esta manera facilitar la solución a las necesidades de los adolescentes y jóvenes más afectados⁶².

Por tal motivo, al valorar las medidas preventivas de los trastornos temporomandibulares asociados a terceros molares no erupcionados, se obtuvo que se debe considerar diversos factores que ayudaran a prevenir complicaciones para el paciente generándole mayor comodidad, mejorando su calidad de vida al erradicar la sintomatología referida, además el uso de una escala de dificultad ayuda mucho en la

planificación de un tratamiento de extracción de terceros molares inferiores retenidos y por lo tanto una disminución de tiempos quirúrgicos, ^{50,57,63}.

Por otra parte, la fisioterapia parece ser una herramienta útil en el tratamiento de los TTM, sola o en conjunto con otras modalidades terapéuticas, pero no existe un consenso en cuanto a las técnicas ni en cuanto a la duración y frecuencia de las sesiones, así mismo la modalidad de tratamiento que combina la terapia convencional con el ozono es más efectiva que la aplicación de la terapia convencional sola en los pacientes con trastornos temporomandibulares^{68,69,70}.

Aunado a esto, no existe un tratamiento estándar para los quistes dentígeros, normalmente a través de una cuidadosa enucleación con extracción del diente asociado, sin embargo, la marsupialización es indicada en lesiones de grandes dimensiones⁴⁹. Es de saber que la extracción del tercer molar provoca complicaciones tales como: la actividad muscular anómala, limitación de los movimientos mandibulares; condicionando no sólo características funcionales de la masticación sino también de la fonación y equilibrio del sistema neuromuscular, siendo los más afectados luego de la intervención quirúrgica los fascículos superficiales y profundos del masetero y pterigoideos lateral y medial, los cuales participan directamente en la función de la masticación^{81,83,85}.

Por ultimo al evaluar el plan de tratamiento en pacientes con trastornos temporomandibulares asociados a molares no erupcionados, se obtuvo de la recopilación de artículos que la Terapia Neural y Odontología Neurofocal es efectiva en el tratamiento de la disfunción Temporomandibular^{43,48,51}.

Una de las principales complicaciones post operatorias en la extracción de los terceros molares es el dolor debido al trauma quirúrgico que se genera durante el procedimiento. Por esta razón, es de real importancia establecer un manejo farmacológico eficaz para controlar el dolor. Así mismo el paciente se beneficia del procedimiento ya que es posible evitar que el segundo molar adyacente presente lesiones corales o radiculares causadas por la impactación de la corona del tercer molar, siendo el único tratamiento conocido hasta la fecha es la Exodoncia quirúrgica y esta debe ser a elección del cirujano, a no ser q dicha pieza pueda ser conservada y reposicionada en boca con alguna técnica ortodóncicas^{44,45,46,52,78}.

Finalmente, es importante diagnosticar las patológicas temprano para que el tratamiento pueda comenzar en el momento óptimo. Se cree que la edad es el factor clave en el pronóstico, dado que la presencia de ápices cerrados va a hacer que disminuyan considerablemente las probabilidades de una revascularización espontánea, además las férulas dentales establecen un estado oclusal óptimo que reorganiza la actividad refleja neuromuscular, reduce la actividad muscular anormal, a la vez que protege las estructuras dentarias y de sostén de fuerzas anormales que pueden desgastarse y/o alterarse^{54,55,71,79}.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La existencia de una amplia evidencia científica de los terceros molares retenidos en diferentes pacientes con alteración de la articulación temporomandibular con diferentes tratamientos. Sin embargo, se establecieron los distintos tipos de etiologías que conforman las alteraciones producidas por factores psicológico emocionales, estrés, y sobre todo los terceros molares retenidos.

Se establece que el principal problema que afecta a la población estudiada, es el Dolor en movimientos de apertura y cierre de la mandíbula, asociados a las articulaciones Temporomandibular, siendo este problema uno de los factores etimológicos más importantes para la alteración de la ATM.

Se determinó que los trastornos temporomandibulares son alteraciones de etiología multifactorial, las cuales guardan relación con alteración oclusal y trastorno articular, dicho esto, es necesario e imprescindible la exploración del paciente y un correcto análisis oclusal para determinar un correcto y exitoso diagnóstico con relación a los trastornos articulares

Se establece después de un estudio comparativo de la población estudiada, donde 76 estudiantes han sido cuestionados, que la incidencia de los trastornos temporomandibulares provocados Posturalmente es mayor en el género femenino, obteniendo 25% en el género masculino es decir 19 estudiantes y en el género femenino el 75% es decir 57 estudiantes.

Además, se determinó una incidencia de los trastornos temporomandibulares provocados por los malos hábitos, estos son un patrón de comportamiento negativo que generan costumbres a movimientos negativos o malintencionados a nivel bucal, el cual conllevan a ser estímulos causantes de algunas alteraciones bucales y de la Articulación temporomandibulares. Dicho esto, se estableció que el género masculino el 71% es decir 53 estudiantes, y en el género femenino el 28% es decir 21 estudiantes, quiere decir que la mayor prevalencia es el género masculino el cual presentan mayor incidencia provocados por malos hábitos.

Uno de los hábitos para funcionales como el Bruxismo, es determinado como uno de los hábitos mayormente influyentes en los terceros molares retenidos ,estableciendo que el bruxismo afecta a los músculos de la articulación temporomandibulares y sus respectivos movimientos, sin embargo, también a nivel oclusal dental afectando los dientes con esfuerzos de tensión y compresión,, el cual al ser progresivo afecta los principales nervios dentales y musculares.

Diversa evidencia científica señalan la importancia de las interferencias oclusales, las alteraciones emocionales y los trastornos generales músculo-esqueléticos en el origen del síndrome de Disfunción temporomandibular. Se plantea que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de DTM, entre ellos ruidos de la ATM, dolor en los músculos masticatorios, dificultad para la movilidad de la mandíbula y ciertos movimientos irregulares de la misma.

Recomendaciones

Se sugiere llevar a cabo la realización de nuevos estudios científicos experimentales donde se evalúen un número más amplio de tratamientos de los terceros molares retenidos en casos de hábitos para funcionales y trastornos musculares.

Se aconseja efectuar investigaciones científicas experimentales en donde se tomen en cuenta otras variables, además de los trastornos temporomandibulares y su influencia en los terceros molares retenidos, tales como principios operatorios en terceros molares retenidos y técnicas quirúrgicas, para la obtención de resultados más completos.

Se recomienda a todo estudiante de odontología o profesional odontológico, conocer y ampliar su conocimiento basado en artículos nuevos y literatura, para la mayor obtención de conocimiento sobre la anatomía y fisiología de los trastornos temporomandibulares y terceros molares retenidos.

Se recomienda realizar nuevos estudios de revisión literaria acerca de los terceros molares retenidos en pacientes con disfunción o alteración de la articulación temporomandibular, cuya metodología incluya un metaanálisis, para una mayor precisión en la obtención de los resultados.

También se aconseja realizar nuevos métodos de estudio y nueva metodología, aplicando un manual o guía digitales, para facilitar al personal y estudiantes de la universidad José Antonio Páez la obtención de nuevos procedimientos y protocolos de los tratamientos quirúrgicos, además de facilitar información consiste acerca de los terceros molares retenidos y los trastornos de la Articulación Temporomandibular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés L, Rodríguez E.(2012). Caracterización morfofuncional de la articulación temporomandibular. Trastornos temporomandibulares. Disponible: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/248/rb1.html> 07 Junio del 2020.
2. Moncada Escorcía RA, Martínez González JM, Merchán Morales S, Barona Dorado C, Fernández Cáliz F. (2015). bInfluencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid. Scielo, 2015; vol. 25, no. 1. Madrid enero/febrero. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213128520090001005 07 Junio del 2020.
3. Puerto Horta M, Casas Insua L, Cañete Villafranca R. (2014).Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura”. Scielo 2014; vol. 36 supl 1. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008 07 Junio del 2020.
4. Cevallos Chávez M. (2014). Los molares retenidos y su influencia en trastornos en la articulación temporomandibular en pacientes que acuden al dispensario médico municipal anexo al Iess de Santo Domingo de los Tsáchilas en el periodo enero – diciembre del 2013. Tesis de grado, Educador. Universidad Nacional del Chimborazo. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/740/1/UNACH-EC-ODONT-2014-0044.pdf> 07 Junio del 2020.
5. González Barboza S, Simoncas Pereira Y. (2020). Clasificación de Winter y Pell Gregory predictoras del trismo post exodoncias de terceros molares inferiores incluidos. Revista Venezolana de investigación Odontológica. Vol. 8, Núm. 1 Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio> 07 Junio del 2020.
6. Molina A.(2020). La acupuntura vs ibuprofeno como técnica analgésica para el tratamiento de dolor post- operatorio en la cirugía del tercer molar inferior retenido. Vol. 8 Núm. 1.Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio> 07 Junio del 2020.
7. Navarro G. (2017). Complicaciones postquirúrgicas que se presentan después de la extracción de los terceros molares retenidos. (Tesis de grado). Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21697/1/NAVARROgabriela.pdf>
07 Junio del 2020.

8. Veléz, E. (2016). Etiología de los trastornos temporomandibulares en estudiantes del cuarto semestre de la facultad piloto de odontología. (Tesis de grado). Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19311/1/VELEZeric k.pdf> 07 Junio del 2020.

9. Montenegro, J. (2015). Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos en la articulación temporomandibular. (Tesis de grado). Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17558/1/MONTENEGROjoselyn.pdf> 07 Junio del 2020.

10. Academia de médicos internos y residentes (2020). Elaboración de manuales digitales. [Documento en línea consultado en Febrero 2020]. Disponible en: <https://academiamir.com/recursos/manuales-digitales/> 07 Junio del 2020.

11. Trachana, A. (2020). Manual o digital. Fundamentos antropológicos del dibujar y construir modelos arquitectónicos. [Documento en línea consultado en Febrero 2020]. Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/EGA/artic le/view/1381> 07 Junio del 2020.

12. Clínica Fivasa, Blog médico del Instituto Valencia del Corazon. Valencia, España; 2018. [https://www.clinica-fivasa.com/articulacion-temporomandibular-atm/#:~:text=Es%20la%20articulaci%C3%B3n%20entre%20el%20hueso%20temporal%20y%20la%20mand%C3%ADbula.&text=La%20ATM%20permite%20a%20la,retusi%C3%B3n\)%20y%20movimientos%20de%20lateralidad](https://www.clinica-fivasa.com/articulacion-temporomandibular-atm/#:~:text=Es%20la%20articulaci%C3%B3n%20entre%20el%20hueso%20temporal%20y%20la%20mand%C3%ADbula.&text=La%20ATM%20permite%20a%20la,retusi%C3%B3n)%20y%20movimientos%20de%20lateralidad) .

13. Villalón, RL. (2008). Trastornos de la articulación temporomandibular. Scielo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana “Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón”. Departamento de Estomatología; Estado Bolívar, Venezuela Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script =scbi_arttext&pid=S1729-519X2013000400012

14. Cabo, R, Grau, I, Sosa, M. (2009). Frecuencia de trastornos temporomandibulares en el área del policlínico Rampa, Plaza de la revolución. Revista Scielo, Vol. 8. Núm. 4. Ciudad de la Habana oct-nov; 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400011

15. Martínez I, Prendes A, Carvajal T, Delgado A, Morales J. (2009). Factores de riesgo en pacientes con disfunción temporomandibular. Rev. Scielo, Vol. 31. Núm. 4. Jul-Ago 2009; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000400004
16. Ariño, L. (2010). Atlas de cirugía oral. Instituto Lácer de Salud Buco – Dental; 2010. 07 Junio del 2020.
17. Cosme Gay E. (1993). Dientes incluidos. Causas de la inclusión dentaria. Posibilidades terapéuticas ante una inclusión dentaria. Edición Capítulo N° 12 Cordales incluidas. 07 Junio del 2020.
18. Fernández, R. (2009). Tercer molar ectópico impactado en zona retromolar, reporte de caso. Rev. Scielo. Vol. 27. Núm. 1. Disponible en: https://scielo.o.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000100006
19. García, V. (2009). Diente retenido – invertido. Presentación de un caso. Rev. Scielo. Vol. 7. Núm. 6. Nov-dic Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600010 07 Junio del 2020.
20. Castro, L. (2009). Complicaciones causadas por terceros molares en procesos de erupción en pacientes de 18 a 25 años de edad del área de cirugía de la facultad de odontología de la Universidad de el Salvador. Ciudad Universitaria. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/3172/> 07 Junio del 2020.
21. Guambi, J. (2012). Estudio Radiográfico de los terceros molares mandibulares retenidos. Guayaquil, Ecuador; Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/re_dug/21697/1/NAVARROgabriela.pdf
22. Hernández, F. (2009). Erupción y retención del tercer molar en jóvenes entre 17 y 20 años. Rev. Scielo, Vol. 27. Núm. 3. Disponible en: https://scielo.o.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000300016 07 Junio del 2020
23. Lescas O. (2012). Trastornos temporomandibulares. Rev. Medigraphic, Vol. 55 (1), 4-11. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un2012/un121b.pdf
24. Sarmiento, P. (2014). Etiología de la Microdoncia de terceros Molares y su relación o no con la oclusión. Ecuador. Repositorio De Qué Unuiversidad.

25. Barba, M. (2012). Complicaciones post quirúrgicas en el tratamiento de los terceros molares retenidos; Ecuador, Guayaquil. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3722> 07 Junio del 2020
26. González KL (2004).. Libro de cirugía bucal INTERPRIN.
27. Donado, M. (2001). Cirugía Bucal: Patología y técnica. Barcelona España. Masson.
28. Sharp, M. Manual Merck de información médica para el hogar. España. Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_08/seccion_8_097.html07 Junio del 2020.
29. Vila, C. (2004).Cirugía Oral. España: Aran Ediciones S. A.
30. Pérez, MV. Prevalencia de complicaciones post exodoncias complejas de terceros molares más frecuentes en el servicio de maxilofacial; 2011. Lima Perú. Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_08/seccion_8_097.html 07 Junio del 2020.
31. Real Academia Española. Disponible: <https://www.rae.es/>
32. Arias (2012). Modelo para elaborar capítulo III. Disponible: [https://metinvest.jimdofree.com/cap%C3%ADtulo-iii/#:~:text=Asi mismo%2C%20Tamayo%20y%20Tamayo%20\(2014,aplicar%20el%20conocimiento%20\(80%9D%20\(p.&te xt=En%20%20tras%20palabras%2C%20dicho%20conocimiento,con%20las%20variables%20en%20estudio.](https://metinvest.jimdofree.com/cap%C3%ADtulo-iii/#:~:text=Asi mismo%2C%20Tamayo%20y%20Tamayo%20(2014,aplicar%20el%20conocimiento%20(80%9D%20(p.&te xt=En%20%20tras%20palabras%2C%20dicho%20conocimiento,con%20las%20variables%20en%20estudio.)
33. Fidas, A. (2021). Investigación Documental Disponible: <https://investigacioncientific a.org/investigacion-documental-segun-autores/>
34. Sampieri, (2015) Tesis de Investigación. Disponible: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/04/en-que-consiste-la-revision-de-la.html#:~:text=La%20revisi%C3%B3n%20de%20la%20literatura,en%20distintos%20tipos%20de%20documentos>
35. Universidad Pedagógica (2016). Experimental Libertados (UPEL). Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales; 2016 [Documento en línea consultado Febrero 2020] Disponible en: <https://es.slideshare.net/mirnalitaguirrez/manual-upel-2016-1pdf>

36. Hernández, R, Fernández, C. y Baptista P. (2014). Metodología de la Investigación; 2014. [Libro digital en línea consultado en Diciembre 2019]: Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed>
37. Montenegro Joselyn (2015) “Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos en la articulación Temporomandibular” Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17558/1/MONTENEGROjoselyn.pdf>
Disponible: <http://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3608/1893>
38. Antepara, Nestor (2020) “Exodoncia de terceros molares retenidos en posición transversal” Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48584>
38. Navarro, Gabriela (2017) “Complicaciones postquirúrgicas que se presentan después de la extracción de terceros molares retenidos” Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21697/1/NAVARROgabriela.pdf>
39. Minchala, Estefanía (2015) “Complicaciones causadas por terceros molares en el proceso de erupción” Disponible: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17534/1/MINCHA_LAtania.pdf Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19311/1/VELEZERick.pdf>
41. LADINO María y Peña Laura. (2016). “Relación de trastornos de la articulación temporomandibular y sintomatología ótica en paciente adulto del hospital santa Matilde de Madrid Cundinamarca en el periodo de enero de 2014 a junio de 2015”. Repositorio institucional Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Colombia, 2016. <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/473/1/TTM%20Y%20SINTOMATOLOGIA%20OTICA.pdf>
42. Quinatoa, C. (2015). Accidentes y complicaciones transquirúrgicos de terceros molares en el hospital Dermatológico Gonzalo González durante el período 2014. Tesis de grado. Universidad Central del Ecuador, Ecuador. Disponible en línea: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3915/1/T-UCE-0015-138.pdf>
43. Gómez, Jorge y Sánchez, Gisela (2016) Tratamiento de las disfunciones de la Articulación Temporomandibular con terapia neural y odontología nuerofocal. Disponible: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/871>

44. Dinatale, E. y Guercio E. (2014). Hipomovilidad mandibular crónica sintomática asociada a proceso inflamatorio relacionado con inclusión de terceros molares. *Revista Acta Odontológica Venezolana*, Caracas, Venezuela. Vol.42, Núm.2. Disponible en línea: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0001-63652004000200009&script=sci_arttext&tlng=
45. Llivichuzca Favián (2019). Extracción del tercer molar inferior retenido en posición mesioangular Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redu g/40420/1/LLIVICHUZAjhoni.pdf>
46. Varas Esther (2019) Tercer molar inferior izquierdo retenido verticalmente tratado quirúrgicamente Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redu g/21723/1/VARASkarla.pdf>
47. Raposo C. y otros.(2018). Revisión de los factores de riesgo predisponentes en los trastornos temporomandibulares. *Revista europea de odontoestomatología*, Europa, 2018, Vol.1. Disponible en línea: <http://www.redoe.com/ve r.php?id=275&highlight=>
48. Calahorro M. (2018). Efectividad de la terapia manual en el manejo del dolor en el trastorno temporomandibular. Tesis de grado. Universidad de Jaén, España, Disponible en línea: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/ 1470/1/TFG_C alahorroUrena%2cManuelCarlos.pdf
49. Sotomayor, Elisabet (2016). Quiste odontogénico folicular en terceros molares retenidos. Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/ 19097/1/SOTOMAY ORbetia.pdf>
50. Zamora, María (2019) “Presencia de un tercer molar retenido asociado con fractura de ángulo de la mandíbula: Estudio de casos y controles de pacientes de 19 a 49 años atendidos en el hospital general de accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social "Ceibal" zona 7 de la ciudad de Guatemala en el período 2015-2016. Disponible: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/12482/>
51. Chele, Joselyn (2019). Tratamiento quirúrgico de tercer molar inferior incluido” Disponible: <http://repositorio.ug.edu. ec/bitstream/redug/44294/1/CH ELEjoselyn.pdf>

52. Loayza Antezana y Merida Marisol (2015). Tercer Molar inferior retenido en paciente de 28 años” Disponible: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/6393/1/TESIS.pdf>
53. González, Andrea y Montserrat William (2018). Factores predictivos para la valoración de dificultad en la extracción de terceros molares inferiores retenidos usando la escala de Romero Ruiz Disponible: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/14408>.
54. González J. (2016). Valoración de la efectividad del tratamiento en los trastornos temporomandibulares. Tesis de grado. Universidad de Salamanca. Disponible en línea: <https://gredos.usal.es/handle/10366/138101>
55. Castañeda Mario y Jimenez Ruth (2016). Uso de férulas oclusales en pacientes con trastornos temporomandibulares. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192016000400014
56. Ivet Cobos Castro, Mildred Gutiérrez Segura, Eduardo Montero Sera, Noemí Zamora Guevara (2017). Trastornos temporomandibulares en pacientes bruxópatas, trabajadores de estomatología de Mayarí. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300011
57. Caballero, M. (2019). Manejo terapéutico en pacientes adolescentes con trastornos temporomandibulares (TTM). Tesis de grado. Universidad de Zaragoza, España. Disponible en línea: <https://core.ac.uk/download/pdf/290003158.pdf>
58. Tipán, G. y Cevallos, E. (2014). Los terceros molares retenidos y su influencia en trastornos en la articulación temporomandibular en pacientes que acuden al dispensario médico municipal anexo al IESS de santo domingo de los Tsáchilas en el período enero- diciembre del 2013. Repositorio institucional Repositorio Digital UNACH, Ecuador, 2014. Disponible en línea: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/740/1/UNACH-EC-ODONT-2014-0044.pdf>
59. Lanas, G. y Sangoquiza, V. (2015). Lesión del nervio alveolar inferior y lingual tras la extracción de terceros molares inferiores en el hospital Carlos Andrade Marín: estudio retrospectivo. Revista Gac Méd Espirit, Cuba, ago 2015. Vol.17, Núm.2. Disponible en línea: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1401860>.

60. Marly Vásconez, Wilson Bravo, Ebingen Villavicencio (2017) “Factores asociados a los trastornos temporomandibulares en adultos de Cuenca, Ecuador” Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552017000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
61. Espinosa de Santillana, Irene Aurora, Álvarez Rodríguez, Jocelyn, Romero Ogawa, Teresita (2019) Calidad de vida en adultos mayores con trastornos temporomandibulares Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7154369>
62. Edwin Meneses, Annie Vivares, Libia Isabel Martínez (2015) Temporomandibulares y Factores asociados en adolescentes y jóvenes de la ciudad de Medellín. Disponible: <http://acfo.edu.co/ojs/index.php/rcio/article/view/215>
63. LINO, S. (2018). Uso de férulas oclusales en un paciente con trastornos temporomandibulares atendido en la Facultad Piloto de Odontología período 2018 – 2019. Tesis de grado. Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2019. Disponible en línea: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40403/1/LINOsteven.pdf>
64. Bismar Hernández Reyes, Silvia María Díaz Gómez, Grettel María Marín Fontela, Yetisleidys Márquez Ventura, Sonia Rodríguez Ramos, Rómell Lazo Nodarse (2018). Caracterización de la oclusión dentaria en pacientes con trastornos temporomandibulares. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000500708
65. Ricardo Altamirano, Carmen Collante, Juan José Christiani (2018) Estudio descriptivo de trastornos temporomandibulares en estudiantes universitarios Disponible: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/3861>
66. Machaca Castro, Yaneth Maribel (2019) Relación del bruxismo con los trastornos temporomandibulares en adolescentes de la Institución Educativa Independencia Nacional-Puno, 2019 Disponible: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/12286>
67. Luis Alberto Navarro-Leyva, Luis Carlos Manzano-Suárez, Jesús Antonio Pichs-Romero, Neyva De La Caridad Nápoles-Rodríguez (2019) “Relación de

trastornos temporomandibulares con la ansiedad y hábitos parafuncionales
Disponible: <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1581>

68. Sofia Prado, Iria Da Cuña, Yoana Gonzalez, Alejandra Alonso (2020)
“Fisioterapia en trastornos temporomandibulares: Una Revisión Sistémica
Disponible: [file:///D:/Downloads/Dialnet-FisioterapiaEnTrastornos Temporomandibular res -7248980%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/Dialnet-FisioterapiaEnTrastornos%20Temporomandibular%20res-7248980%20(1).pdf)

69. Días Perez, Carlos y otros. Características de los terceros molares inferiores retenidos. 2017 Revista san Gregorio N° 39. Portoviejo , ISSN: 2528-7907.

70. González RCR, González SL, Carballido PDR, Borges FR, Nieto MR (2018)
“Efectividad de la ozonoterapia para disminuir el dolor en los pacientes con trastornos temporomandibulares.” Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78577>

71. Martínez, Farfán y Hikaro Bolívar. (2020). Trastornos de la Articulación Temporomandibular Maxilares – Patología Dolor Orofacial. Guayaquil 2020.

72. Xiomara González García, Juan Cardentey García, Osmar Porras Mitjans, Juan Carlos Corbillón Correa (2016) “Afecciones de la articulación temporomandibular en un servicio de urgencias estomatológicas” Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300006

73. Núñez, D. (2016). Comparación entre el efecto de la dexametasona como terapia prequirúrgica y postquirúrgica sobre las complicaciones posteriores a la cirugía de tercer molar inferior no erupcionados. Disponible en línea: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4984>

74. Cedeño, M. (2020). Complicaciones quirúrgicas de terceros molares Retenidos” Disponible en línea: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/49723/1/3415CEDE%c3%91Omicelle.pdf>

75. Benítez González (2020). Flavia Rachel. Complicaciones más frecuentes que se presentan durante y después de la cirugía de terceros molares. Disponible: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/799>

76. Grada, Jessica (2016). Complicaciones post-quirúrgicas de los terceros molares inferiores en pacientes tratados en la clínica de cirugía de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad. Disponible: <http://repositorio.uq.edu.ec/bitstream/redu g/19010/1/GRANDAjessica.pdf>
77. Teixeira Poças, María Amelia, Bettiol, María Laura, Roca, Juan Manuel, Lazo, Sergio Daniel, Di Franco, Paola, Celis, Zulema (2020) Tercer molar inferior retenido con complicación quística. Disponible: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/110194>
78. Carrillo, J. (2019). Tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular con el uso de los criterios de diagnóstico internacionales y la electromiografía como guía terapéutica. Cirugía Oral y Maxilofacial adscrito al Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” Disponible: https://www.researchgate.net/profile/Carrillo_Rivera/publication/333852062_Tratamiento_de_los_trastornos_temporomandibulares_usando_los_criterios_de_diagnostico_internacionales_y_la_EMG_como_guia_terapeutica/links/5d08dddafa6fdcc35c1560e7e/Tratamiento-de-los-trastornos-temporomandibulares-usando-los-criterios-de-diagnostico-internacionales-y-la-EMG-como-guia-terapeutica.pdf
79. Lanegra, W. (2018). Terapia física en las disfunciones temporomandibulares en niños”. Tesis de grado. Universidad UIGV, Perú. Disponible en línea: http://168.121.45.184/bitstream/handle/20.500.11818/3985/TRAB.SUF.PROF_LANEGRA%20ASCARATE%2c%20Wendy%20Yajaira.pdf?sequence=2&isAllowed=y
80. Guerra, K. (2018). Células madre como tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular. Universidad de Ciencias Médicas Las Tunas 2018. Disponible: <file:///C:/Users/wasim/Downloads/628-2804-3-PB.pdf>
81. Fuentes, (2015). Caracterización de los Componentes Óseos de la Articulación Temporomandibular. Una Revisión de la Literatura. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000400062
82. Alegría Valencia, Dr. Santiago Ciro. (2017). Rehabilitación con tratamiento multidisciplinario en paciente con disfunción oclusal severa. 2017. Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7405/Alegria_vs.pdf?sequence=1&isAllowed=y

83. Cevallos, E. (2016). Los terceros molares retenidos y su influencia en trastornos en la articulación temporomandibular en pacientes que acuden al dispensario médico municipal anexo al iess de Santo Domingo de los tsáchilas en el período enero-diciembre del 2013”. Repositorio institucional Universidad Nacional Del Chimborazo, Ecuador 2016. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/740/1/UNACH-EC-ODONT-2014-0044.pdf>
84. Jordán Z.aidé y Ramírez A. (2017). Efectividad de la aplicación de la técnica de liberación miofascial de deslizamiento transverso en pacientes postquirúrgicos de terceros molares con dolor en atm. Repositorio institucional Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador, 2017. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14214/EFFECTIVIDAD%20DE%20LA%20APLICACION%20DE%20LA%20TECNICA%20DE%20LIBERACION%20MIOFASCIAL%20DE%20DESLIZAMIENTO%20TRANSVERSO%20E.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
85. Villacís, Fanny. “Abordaje fisioterapéutico de la disfunción temporomandibular post-quirúrgica del tercer molar en pacientes de 20-25 año”. Repositorio institucional Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, 2014. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8366/1/Villac%C3%ADs%20Fons%20Patricia.pdf>
86. Masache M. (2014). Trastornos de la articulación temporomandibular y su relación con la pérdida dentaria en los y las estudiantes de la universidad nacional de Loja, modalidad de estudios presencial durante el periodo mayo-julio 2014. Universidad de Loja 2014. Disponible en línea: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14752/1/TESIS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20ATM%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20LA%20PERDIDA%20DENTAL%20BIBLIO.pdf>

ANEXOS

ANEXO A
CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ANEXO B
FICHA BIBLIOGRÁFICA

MOLARES NO ERUPCIONADOS Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ

REFERENCIA	RESULTADO	CONCLUSIONES
<p>1 37. MONTENEGRO, Joselyn. “Influencia de los Terceros molares retenidos en pacientes con trastornos temporomandibulares”, repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2015.</p>	<p>El de dolor de cabeza y cuello con el 20-24% ambos sexos, luego el ruido articular que reflejo el valor de 24-28% en ambos sexos, el bruxismo prevaleció más en la mujer con un 12% mientras que en el hombre con 5%</p>	<p>Las disfunciones del ATM son trastornos que se presentan en la articulación o en elementos que la rodean.</p>
<p>2 38. ANTEPARA, Néstor. “Exodoncia de terceros molares retenidos en posición transversal”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2020.</p>	<p>Con un buen análisis previo y una planificación antes del procedimiento quirúrgico se puede disminuir notablemente cualquier tipo de complicaciones que puedan presentarse dentro del acto.</p>	<p>Se identificó que la erupción de los terceros molares es a partir de los 18 años, pero hay investigaciones donde los terceros molares erupcionan hasta los 25 años o quedan retenidos dentro del hueso e impactados contra el segundo molar por falta de espacio.</p>
<p>3 39. NAVARRO, Gabriela. “Complicaciones postquirúrgicas que se presentan después de la extracción de terceros molares retenidos”. , Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2017.</p>	<p>Entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes después de extraer un tercer molar tenemos a la alveolitis que se instaura días después de la cirugía y que esto se debe a la condición sistémica del paciente que no permite que coagulo de sangre no se forme de manera correcta dentro del alveolo dental.</p>	<p>La exodoncia quirúrgica es importante, siempre y cuando se haya realizado un correcto diagnóstico y plan de tratamiento, estableciendo la técnica a desarrollar y los posibles riesgos.</p>

<p>4 40. MINCHALA, Estefanía. “Complicaciones causadas por terceros molares en el proceso de erupción, Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador 2015.</p>	<p>La mayoría de pacientes presentaron los cuatro terceros molares retenidos; la posición más frecuente fue la mesioangulada, ya que del 100% de pacientes, el 54% presentó dicha posición.</p>	<p>Las complicaciones postquirúrgicas en los terceros molares es un tema indudable importante en el campo de la cirugía bucal y debe ser estudiado integralmente, a nivel anatómico, en relación con las zonas que lindera, a nivel clínico, quirúrgico y radiográfico</p>
<p>5 41. LADINO María y Peña Laura. “Relación de trastornos de la articulación temporomandibular y sintomatología ótica en paciente adulto del hospital santa Matilde de Madrid Cundinamarca en el periodo de enero de 2014 a junio de 2015”. Repositorio institucional Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Colombia, 2016.</p>	<p>El diagnostico principal fue trastorno de la articulación temporomandibular. Los síntomas que más se presentaron fueron otalgia, tinnitus, vértigo, hipoacusia y plenitud aural; los hallazgos al examen físico más comunes fueron click de apertura y cierre, disfunción izquierda y dolor a la palpación. Finalmente la relación de TTM y cada síntoma ótico se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado con un grado de libertad, obteniéndose para otalgia una asociación estadísticamente significativa, mostrándose como predictor de TTM con una prevalencia 8 veces mayor.</p>	<p>Es importante que el abordaje inicial por medicina general y complementaria por servicios especializados debe ser completo y se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales de otalgia. El manejo de la TTM es integral y multidisciplinario. No toda otalgia en el adulto es una infección.</p>

6	42. QUINATO, Carol. "Accidentes y complicaciones transquirúrgicos de terceros molares en el hospital Dermatológico Gonzalo González durante el período 2014". Repositorio institucional Universidad Central del Ecuador, Ecuador, 2015.	Los resultados obtenidos fueron: quemaduras por fricción en labio 37%, fractura radicular 27%, hemorragias primarias 18% y fallo en la técnica de anestesia 18%	Considerando que estos accidentes y complicaciones se presentaron por falta de colaboración por parte de los pacientes, falta de apertura bucal y un umbral del dolor excesivamente bajo.
7	43. GOMEZ, Jorge y Sánchez, Gisela. "Tratamiento de las disfunciones de la Articulación Temporomandibular con terapia neural y odontología neurofocal". Revista Congreso Internacional de Estomatología Cuba, 2015, Vol. 1.	Los signos y síntomas que más se presentaron fueron el dolor y restricción de los movimientos articulares. Los diferentes campos o focos de interferencia bucales fueron: las restauraciones de amalgama y los dientes retenidos (terceros molares).	Se pudo constatar que la Terapia Neural y Odontología Neurofocal es efectiva en el tratamiento de la disfunción Temporomandibular. Descriptores DeCS: Disfunción temporomandibular, terapia neural y odontología neurofocal
8	44. DINATALE, E. y Guercio E. "Hipomovilidad mandibular crónica sintomática asociada a proceso inflamatorio relacionado con inclusión de terceros molares. Revista Acta Odontológica Venezolana, Caracas, Venezuela 2014. Vol.42, Núm.2	No es fácil establecer el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de hipomovilidad mandibular. Igualmente resulta dificultoso el conocimiento de la patogénesis de las verdaderas anquilosis (intrarticulares) y las falsas anquilosis (extrarticulares), especialmente en aquellos casos en donde el traumatismo no ha sido claramente referido en la anamnesis. La	En este caso el diagnóstico fue dudoso debido al contrastante aspecto radiológico que documentaba una fractura previa subcondilar derecha; sin embargo, no se evidenciaron cambios como la desaparición de la interlínea de la ATM y signos de esclerosis de la cavidad glenoidea, (lo cual es típico de una anquilosis ósea)

		radiología permite en algunos casos esclarecer la situación ósea local, sin embargo, deja gran cantidad de dudas durante su interpretación.	permitiendo descartar inicialmente la presencia de una anquilosis ósea verdadera.
9	45. LLIVICHUZCA Favián. “Extracción del tercer molar inferior retenido en posición mesioangular”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2019.	El dolor que aquejaba, desapareció inmediatamente después de haber realizado la cirugía	El paciente se benefició del procedimiento ya que fue posible evitar que el segundo molar adyacente presente lesiones coronales o radiculares causadas por la impactación de la corona del tercer molar
10	46. VARAS Esther. “Tercer molar inferior izquierdo retenido verticalmente tratado quirúrgicamente”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2019.	Las piezas dentales pueden quedar retenidas por diversas causas ya mencionadas. el conocimiento y diferenciación de las distintas circunstancias de las retenciones dentales nos llevan a la elección de la mejor técnica quirúrgica y por ende el éxito	La mayor incidencia de retención dentaria está dada en los terceros molares ya sea por su posición, estructura ósea, tejidos adyacentes y tamaño ya q esto se da sin elección, tanto en mujeres como en hombres. El único tratamiento 68 conocido hasta la fecha es la Exodoncia quirúrgica y esta debe ser a elección del cirujano, a no ser q dicha pieza pueda ser conservada y reposicionada en boca con alguna técnica ortodóncicas

11	47. RAPOSO Correa y otros. “Revisión de los factores de riesgo predisponentes en los trastornos temporomandibulares”. Revista europea de odontoestomatología, Europa, 2018, Vol.1.	Entre los factores de riesgo encontrados esta: estrés, depresión, síntomas somáticos, tratamiento de ortodoncia, disfunción oclusal o masticatoria, extracción de terceros molares, trauma facial, artritis degenerativa, edad, sexo	Pueden ocasionar alteraciones intraarticulares del discal anterior, luxación con reducción, luxación sin reducción, incompatibilidades articulares estructurales, subluxaciones, sinovitis, capsulitis, retrodiscitis complejo cóndilo-disco, desplazamiento
12	48. CALAHORRO Manuel. “Efectividad de la terapia manual en el manejo del dolor en el trastorno temporomandibular”. Repositorio institucional Universidad de Jaén, España, 2018.	Se han reunido un total de 10 estudios tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. En ellos se estudia la efectividad de la terapia manual frente a otras terapias o frente a un placebo para el tratamiento de síntomas como el dolor	Se ha demostrado la eficacia de la terapia manual en el tratamiento del dolor en el TTM en, al menos, 9 estudios
13	49. SOTOMAYOR, Elisabet. “Quiste odontogénico folicular en terceros molares retenidos”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2016.	Los quistes dentígeros son los quistes odontogénicos de desarrollo más frecuentes, que afectan principalmente a los terceros molares. Puede afectar a los pacientes en todos los grupos de edad, con preferencia en el sexo masculino. Se presenta como lesiones de crecimiento lento, la mayoría de las veces asintomática	Radiográficamente, se caracteriza como una lesión radiolúcida, normalmente unilocular y con bordes escleróticos bien definidos. No existe un tratamiento estándar para los quistes dentígeros, normalmente a través de una cuidadosa enucleación con extracción del diente asociado, sin embargo, la

			marsupialización es indicada en lesiones de grandes dimensiones
14	50. ZAMORA, María. “Presencia de un tercer molar retenido asociado con fractura de ángulo de la mandíbula: Estudio de casos y controles de pacientes de 19 a 49 años atendidos en el hospital general de accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social “Ceibal” zona 7 de la ciudad de Guatemala en el período 2015-2016”. Repositorio institucional USAC.edu, Guatemala, 2019.	Entre los pacientes del grupo A, el 68.18% tuvo presencia de tercer molar retenido, mientras que en los pacientes del grupo B fue del 29.41%, obteniendo en la prueba de hipótesis chi cuadrado el valor 18.32, tomando como referencia el valor crítico 3.841 (grado de libertad 1) y el 95% de confianza	En el grupo A el 68.18% tuvieron presencia de tercer molar retenido, mientras que en los pacientes del grupo B fue del 29.41%. La clasificación, según el trazo de fractura, más frecuente a nivel del ángulo mandibular en el grupo A, es de tipo lineal contando con un 79.55%, seguido de la multifragmentaria con un 20.45%
15	51. CHELE, Joselyn. “Tratamiento quirúrgico de tercer molar inferior incluido”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, 2019.	Fue considerada la evaluación de presencia de complicaciones postoperatorias, donde se obtuvo como resultado que las complicaciones con más incidencia fueron el sangrado en la zona y la dificultad para masticar	Se establece que el tratamiento quirúrgico de tercer molar inferior incluido fue eficaz en la paciente atendida en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil ya que manifestó alivio total de la zona y ya no presenta molestias durante la masticación
16	52. LOAYZA Carla y otros. “Tercer Molar inferior retenido en paciente de 28 años”. Repositorio institucional Universidad Mayor de	Es necesario e imprescindible conocer la clasificación y características clínicas de los terceros molares retenidos para saber el	En un alto porcentaje de situaciones no erupcionan normalmente la tercera molar; es decir que se encuentra total

	San Simón, Bolivia, 2015.	grado de lesión que se pueda presentar durante el tratamiento quirúrgico, así como para poder tener una destreza al diagnóstico	o parcialmente retenida en el hueso mandibular, ocasionando patologías, como formaciones de quistes o neoplasias, apiñamientos dentarios, infecciones agudas pericoronaritis y úlceras capuchones, complicaciones del nervio dentario inferior, parestesias, neuritis, entre otras.
17	53. GONZÁLEZ, Andrea y Montserrat William. “Factores predictivos para la valoración de dificultad en la extracción de terceros molares inferiores retenidos usando la escala de Romero Ruiz”. Repositorio institucional Universidad Central del Ecuador, Quito, 2018.	Las siguientes variables estadísticamente significantes: tiempo quirúrgico- edad (p=0.002), presencia de complicaciones- localización del tercer molar (p=0.015), presencia de complicaciones tamaño del folículo (p=0.022), escala de dificultad sexo (p=0.011), escala de dificultad edad (0.068)	Se demostró que el uso de una escala de dificultad ayuda mucho en la planificación de un tratamiento de extracción de terceros molares inferiores retenidos y por lo tanto una disminución de tiempos quirúrgicos
18	54. GONZÁLEZ Javier. “Valoración de la efectividad del tratamiento en los trastornos temporomandibulares”. Repositorio institucional Universidad de Salamandra, 2018.	En los 18 estudios revisados, se analizaron tratamientos con terapia manual, ejercicio físico, punción seca, kinesio taping, terapia láser y electroestimulación nerviosa transcutánea. Entre las medidas de resultados más utilizadas se encuentran la intensidad de dolor en escala visual analógica,	No se manifiesta de forma patente la evidencia sobre un protocolo o técnica específica, no obstante se puede confirmar la efectividad de las técnicas estudiadas como intervenciones útiles para la disminución del dolor y la mejora de la

		la apertura máxima de la boca sin dolor, el umbral del dolor por presión y la actividad electromiográfica	funcionalidad en ésta patología
19	55. CASTAÑEDA Mario y Jiménez Ruth. "Uso de férulas oclusales en pacientes con trastornos temporomandibulares". Revista MEDISAN, Cuba, 2016, Vol.20, Núm.4.	Las férulas oclusales reducen las manifestaciones clínicas en los pacientes con TTM, pues mejoran la posición condílea al aumentar la dimensión vertical de este y proporcionan temporalmente una situación oclusal, lo cual permite que las articulaciones adopten una posición más estable ortopédicamente	Las férulas dentales establecen un estado oclusal óptimo que reorganiza la actividad refleja neuromuscular, reduce la actividad muscular anormal, a la vez que protege las estructuras dentarias y de sostén de fuerzas anormales que pueden desgastarse y/o alterarse
20	56. COBOS, Ivet y otros. "Trastornos temporomandibulares en pacientes bruxópatas, trabajadores de estomatología de Mayarí". Revista Correo Científico Médico, Cuba, jul-sep 2017. Vol.21, Núm.3.	El bruxismo es un cofactor en la etiología de los TTM. En su estudio reportan una alta frecuencia de hábitos para funcionales en pacientes con TTM (74,4%) y de ellos el más frecuente el bruxismo. el hábito para funcional más frecuentemente asociado a la disfunción de la ATM. Encuentran mediante artroscopia diagnóstica la existencia de asociación significativa entre el bruxismo y la osteoartritis	
21	57. CABALLERO, Marta. "Manejo	La mayoría de los pacientes son tratados	Entre todas las técnicas terapéuticas

	<p>terapéutico en pacientes adolescentes con trastornos temporomandibulares (TTM)". Universidad de Zaragoza, España, 2019.</p>	<p>con técnicas no invasivas, no quirúrgicas, y reversibles, pudiendo utilizarse solas o combinadas según la causa identificada. Con este tipo de manejo terapéutico no invasivo han sido tratadas ambas pacientes del estudio</p>	<p>expuestas, se ha optado por un tratamiento conservador basado en un abordaje tipo cognitivo-conductual, punción seca y férula de reposicionamiento anterior tal y como se recomienda por los autores.</p>
<p>22 58. TIPÁN Greco y Cevallos Eliana. "Los terceros molares retenidos y su influencia en trastornos en la articulación temporomandibular en pacientes que acuden al dispensario médico municipal anexo al IESS de santo domingo de los Tsáchilas en el período enero- diciembre del 2013". Repositorio institucional Repositorio Digital UNACH, Ecuador, 2014.</p>	<p>De la población estudiada se determinó que 43 pacientes presentaron trastornos en la Articulación Temporomandibular. En cuanto a tratamiento se refiere 10 pacientes se les recomendó tratamiento quirúrgico, 15 pacientes se les envió tratamiento físico y 18 pacientes tratamiento farmacológico. En cuanto a número de terceras molares retenidas se determinó que con un tercer molar retenido se encontraron 18 casos, referente a 2 terceras molares retenidos se encontraron 10 casos, en cuanto a terceros molares retenidos se encontraron 10 casos y cuatro terceros molares retenidos 5 casos.</p>	<p>La retención de terceros molares es un problema muy frecuente en la cavidad oral, se determinó la influencia de los Terceros Molares Retenidos en Pacientes con Trastornos en la Articulación Temporomandibular (ATM). Personal Municipal. Muchas veces los pacientes no se dan cuenta que presentan terceros molares retenidos, hasta que el dolor aparece debido a una infección o a la presión de las piezas dentales adyacente.</p>	
<p>23 59. LANAS Guillermo y Sangoquiza, Valeria.</p>	<p>Del total de historias clínicas revisadas, el 2,46% presentaron</p>	<p>La extracción de los terceros molares inferiores izquierdo</p>	

<p>“Lesión del nervio alveolar inferior y lingual tras la extracción de terceros molares inferiores en el hospital Carlos Andrade Marín: estudio retrospectivo”. Revista Gac Méd Espirit, Cuba, ago 2015. Vol.17, Núm.2.</p>	<p>lesiones de nervio, correspondiendo el 1,64% al nervio alveolar y el 0,82% al nervio lingual como consecuencia de la extracción del tercer molar, perteneciendo el 86,7% al género femenino y el 13,3% al masculino, con edades comprendidas entre los 31 y 50 años (53,30%). Identificando que las lesiones de nervio alveolar inferior izquierdo estaban asociada con la clase III (20%), tipo B (46,7%) ($p < 0,05$). La pieza 38 y 48 presentaron una posición vertical (40%), se relacionó la lesión de nervio lingual derecha con mesioangular y distoangular ($p < 0,05$), la mayoría exhibió la interrupción de la línea del canal mandibular (60%) y el 88% de los pacientes manifestó alteraciones de parestesia.</p>	<p>aumenta la frecuencia de lesiones del nervio alveolar inferior izquierdo. La posición clase III y profundidad tipo C afectó significativamente al nervio alveolar y la posición mesioangular y distoangular, clase I, tipo A del tercer molar derecho se encuentra relacionada con lesiones de nervio lingual. No se determinó relación entre el género, edad, alteraciones sensitivas, canal mandibular con las lesiones del nervio alveolar inferior y lingual asociado con la extracción de terceros molares.</p>
<p>24 60. VASCONEZ Marly y otros “Factores asociados a los trastornos temporomandibulares en adultos de Cuenca, Ecuador”. Rev. Estomatol. Herediana vol.27 no.1</p>	<p>La asociación entre el factor edad con los trastornos temporomandibulares demostró no ser estadísticamente significativa. La relación entre el sexo y los trastornos</p>	<p>El factor asociado más relevante para los trastornos temporomandibulares fue el estrés. La prevalencia de los trastornos temporomandibulares en los pacientes de la</p>

Lima ene. 2017.

temporomandibulares no
fue estadísticamente
significativa

Facultad de
Odontología de la
Universidad de Cuenca
fue elevada, con el
65,8%

- 25** 61. ESPINOSA, Irene y otros. Calidad de vida en adultos mayores con trastornos temporomandibulares. Revista de Información Científica, ISSN-e 1028-9933, Vol. 98, N°. 3 (mayo-junio), 2019, págs. 319-331
- Se evaluaron 192 adultos mayores; 131 (68,2 %) con TTM; 84 % mujeres. Los pacientes con TTM, presentaron medianas superiores en la mayoría de las dimensiones del instrumento OHIP 49 Mx: limitación funcional Md=16 vs. 13, p=0,06; dolor Md=8,0 vs. 4,0 p=0.02; incomodidad psicológica Md=3 vs. 3, p=0,31; inhabilidad física Md=11 vs. 3,

27	63. LINO, Steven. “Uso de férulas oclusales en un paciente con trastornos temporomandibulares atendido en la Facultad Piloto de Odontología período 2018 – 2019”. Repositorio institucional Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2019.	Se notó una gran mejora en el paciente, mostrando alivio en sus dolores de cabeza, dolores y molestias en la articulación temporomandibulares y otros cambios positivos para el paciente	Las férulas oclusales disminuyen los signos y síntomas clínicos en pacientes con Trastornos Temporomandibulares (TTM), pues al afectar el estado oclusal del paciente corrigen la posición de los cóndilos y mejora la oclusión del paciente, lo que permite que las articulaciones tomen una posición de mayor estabilidad desde el punto de vista ortopédico; del mismo modo, crean un estado oclusal óptimo que restaura la acción refleja neuromuscular, disminuye el movimiento muscular anormal, protegiendo al mismo tiempo tanto las estructuras dentarias como las de sostén de fuerzas anormales que suelen desgastarse o bien afectarse
28	64. HERNANDEZ, Bismar y otros. Caracterización de la oclusión dentaria en pacientes con trastornos temporomandibulares. AMC vol.22 no.5 Camag	Predominó el resalte, el sobrepase aumentado y la mordida cruzada anterior, la relación de molares más frecuente fue la neutroclusión de molares, sobresalieron	El examen clínico permitió caracterizar las variables de la oclusión dentaria en relación a los trastornos temporomandibulares

	<p>las interferencias oclusales en el lado de trabajo durante el movimiento de lateralidad y se apreció como función lateral la función canina</p>	
<p>29 65. ALTAMIRANO, Ricardo Estudio descriptivo de trastornos temporomandibulares en estudiantes universitarios, Revista de la Facultad de Odontología, Argentina, Vol. 11, Núm. 1, 2018.</p>	<p>Del total de pacientes examinados, el trastorno temporomandibular más frecuente fue el ruido articular (67,5%) seguido de dolor (18%), desviación mandibular (9%), deflexión y restricción mandibular (5%)</p>	<p>En este trabajo se detectó un importante número de trastornos temporomandibulares en pacientes jóvenes, con predominio de sexo femenino. A pesar de tener presentes todas las piezas dentarias, la gama de manifestaciones clínicas observadas puede verse influenciada posiblemente por la presencia de factores psicoso-ciales como son el stress y la ansiedad</p>
<p>30 66. MACHACA, Yaneth, “Relación del bruxismo con los trastornos temporomandibulares en adolescentes de la Institución Educativa Independencia Nacional-Puno, 2019”. Perú (2019)</p>	<p>La mayor prevalencia de bruxismo según edad se presentó con el 23.96% (16 años) y según sexo se presentó en la población femenina con el 29.17%; la mayor prevalencia de trastorno temporomandibular según edad se presentó con el 21.88% de trastorno temporomandibular leve (16 años)</p>	<p>Existe relación significativa entre el bruxismo y los trastornos temporomandibulares ya que, los que presentaron bruxismo evidenciaron mayor grado de TTM respecto a los que no (p=0.0001)</p>
<p>31 67. NAVARRO, luis y</p>	<p>Los hábitos</p>	<p>Se identificó la</p>

	<p>otros. “Relación de trastornos temporomandibulares con la ansiedad y hábitos parafuncionales”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaureta, Volumen 44, Número 1, 2019.</p>	<p>parafuncionales más significativamente asociados fueron el apretamiento y el rechinamiento dental con $P=0,00000000$, $OR=11,36$ y $P=0,0002247$, $OR=5,78$, respectivamente; seguidos de la masticación unilateral ($P=0,0045859$, $OR=2,49$)</p>	<p>relación de los trastornos temporomandibulares con la ansiedad y hábitos parafuncionales en los pacientes estudiados</p>
<p>32 68. PRADO, Sonia y otros. “Fisioterapia en trastornos temporomandibulares: Una Revisión Sistémica”. Medicina Naturista, 2020; Vol. 14 • N° 1.</p>	<p>Hay un grupo de investigaciones donde no se especifica (1,6,9,10,18). Además, hay un hilo de estudios dedicados exclusivamente al sexo femenino (2,11,13,14), lo que podría deberse a la mayor prevalencia de los TTM</p>	<p>La fisioterapia parece ser una herramienta útil en el tratamiento de los TTM, sola o en conjunto con otras modalidades terapéuticas, pero no existe un consenso en cuanto a las técnicas ni en cuanto a la duración y frecuencia de las sesiones.</p>	
<p>33 69. DÍAS PEREZ, Carlos y otros. Características de los terceros molares inferiores retenidos. 2017 Revista san Gregorio N° 39. Portoviejo , ISSN: 2528-7907.</p>	<p>Un estudio descriptivo transversal que incluyó las variables: Edad, Sexo, criterios de referencia para la extracción quirúrgica, clasificación radiológica de winter, Pell y Gregory, y los criterios modificados de la escala de Parant para medir la dificultad operatoria. Donde se obtuvo de 134 pacientes, 62% fueron del sexto femenino, en 70,2% tenía una edad</p>	<p>La caracterización clínica-radiológica de los terceros molares inferiores retenidos se corresponde con estudio internacionales , aún que se observó que la indicación profiláctica de la extracción quirúrgica en personas menores de 20 años fue baja, lo cual indica la necesidad de un cambio de los</p>	

		comprendida entre los 20 y 30 años. Se realizó la extracción quirúrgica de 228 molares, la pericoronaritis 41,0% fue el principal criterio de referencia para la extracción, la anulación medio angular 46,15% y la profundidad de inclusión, posición B 69,35% fueron las más frecuentes.	criterios sobre las indicaciones y momentos de la extracción
34	70. GONZÁLEZ RCR, “Efectividad de la ozonoterapia para disminuir el dolor en los pacientes con trastornos temporomandibulares”. Revista del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" Acta Med Cent 2018; 12	Predominaron las edades entre 50 y 59 años y el sexo femenino; antes del tratamiento predominó la intensidad del dolor moderada y los indicadores empleados para valorar la evolución clínica mostraron resultados porcentualmente superiores en el grupo experimental	La modalidad de tratamiento que combina la terapia convencional con el ozono es más efectiva que la aplicación de la terapia convencional sola en los pacientes con trastornos temporomandibulares
35	71. MARTÍNEZ, Farfán y Hikaro Bolívar. “Trastornos de la Articulación Temporomandibular Maxilares – Patología Dolor Orofacial”, Guayaquil 2020.	Los procedimientos de elección para disfunciones de la ATM, son tratamientos conservadores simples con progresión a tratamientos complejos; considerando el diagnóstico de otros especialistas ligados a la articulación temporomandibular para obtener un mejor pronóstico	Se concluyó que el género que prevaleció en la ATM, es el femenino en una proporción de 3/1 en relación a los hombres; sus causas son de origen multifactorial; su primera sintomatología se manifiesta con dolor muscular y chasquido articular
36	72. GONZALEZ, Xiomara y otros.	Predominó el sexo femenino y el grupo de	Las afecciones de la articulación

<p>Afecciones de la articulación temporomandibular en un servicio de urgencias estomatológicas. Rev Ciencias Médicas vol.20 no.3 Pinar del Río may.-jun. 2016</p>	<p>edades de 31 a 41 años de edad con 80 % y 46 % respectivamente. El tiempo de padecimiento anterior fue entre 1 a 6 meses con 32 %, estando presente la ansiedad estuvo presente como causa principal con el 54 %, predominando el dolor a la palpación de los músculos en el 89 %.</p>	<p>temporomandibular son frecuentes a partir de la tercera década de vida, predominando las féminas como las más afectadas, donde el estrés juega un papel primordial</p>
<p>37 73. NÚÑEZ, Daniella. Comparación entre el efecto de la dexametazona como terapia prequirúrgica y postquirúrgica sobre las complicaciones posteriores a la cirugía de tercer molar inferior no erupcionado. Lima 2016</p>	<p>Los resultados demostraron que el efecto de la dexametazona como terapia prequirúrgica no es significativamente mayor que el de la dexametazona como terapia postquirúrgica sobre las complicaciones posteriores a la cirugía de tercer molar inferior no erupcionada</p>	<p>La dexametazona es un procedimiento que presenta mayor importancia después de un procedimiento quirúrgico ya que antes del procedimiento no se observaron grandes cambios</p>
<p>38 74. CEDEÑO, Michelle. Octubre, Complicaciones quirúrgicas de terceros molares Retenidos. Ecuador 2020</p>	<p>El consentimiento informado debe ser personalizado, debido a que es un proceso comunicacional y participativo, en el cual se debe respetar la autonomía del paciente en la toma de la decisión posterior a la explicación detallada, de manera clara acerca de la situación clínica, el grado de dificultad de la técnica quirúrgica en el caso de los terceros molares retenidos, así</p>	<p>Lo fundamental antes de realizar cualquier intervención quirúrgica dentomaxilar, es informar al paciente acerca de los aspectos imagenológicos que observamos, y la relación con las estructuras anatómicas, de los maxilares, que se pudieran comprometer durante el tratamiento. También es</p>

		como las complicaciones que se pueden presentar durante, o en el postoperatorio	importante explicar en qué consiste el procedimiento quirúrgico a realizar, así como las posibles consecuencias que pudieran presentarse, durante o después del acto quirúrgico.
39	75. BENÍTEZ, Flavia. “Complicaciones más frecuentes que se presentan durante y después de la cirugía de terceros molares”. Repositorio institucional Universidad nacional Pedro Henríquez Ureña, 2015.	Se buscó determinar las complicaciones más frecuentes que se presentaron durante y después de la cirugía de terceros molares, en donde se atendieron pacientes de 16 a 60 años de edad, con previo diagnóstico clínico y radiográfico, se operacionalizaron las siguientes variables, la edad, género, técnica quirúrgica, tipo de anestesia, tipo de incisión, posición del molar, disposición de las raíces, retención del molar y tiempo quirúrgico. Donde se obtuvo 85 casos, 24% como licaciones intra y post quirúrgica y 76% sin complicaciones. En el cual las complicaciones Ana a frecuentes fueron fractura de tuberosidad en un 6%, dolor y secuestro óseo un 5%, como licaciones postoperatorias en un 13% de los casos evaluados.	Las complicas postoperatorias fueron más frecuentes que las intra operatorias, y que los estudiantes necesitan más seguridad y mejor manejo del instrumental y técnicas quirúrgicas al momento de realizar las cirugías de terceros molares, algunas de las complicaciones postoperatorias son alveolitistrismo
40	76. GRADA, Jessica. Mayo. Complicaciones	Al terminar este trabajo se consideró que las	Una de las causas de extracciones de

<p>post-quirúrgicas de los terceros molares inferiores en pacientes tratados en la clínica de cirugía de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Ecuador 2016</p>	<p>complicaciones post-quirúrgicas de los terceros molares inferiores es un tema indudablemente importante en el campo de la cirugía bucal y maxilofacial, que debe de ser estudiado integralmente, a nivel anatómico, en relación con las zonas que lindera, a nivel clínico, quirúrgico y radiográfico</p>	<p>terceros molares son los procesos patológicos, caries profundas, tratamientos ortodóncicos, presencia de quiste o tumores y por mal posición de la pieza dental que produce malestar al paciente, que al ser tratados sin una planificación adecuada, como al no tomar las consideraciones sistémicas o patológicas del paciente podemos llegar a o producirse una complicación que puede ser de bajo o de alto riesgo que podrían causar problemas o trastornos letales al paciente.</p>
<p>41 77. TEIXEIRA Maria, Bettiol Maria. Julio. Tercer molar inferior retenido con complicación quística. Argentina 2020</p>	<p>Se realiza un diagnóstico clínico y por imágenes (Radiografía panorámica y Tomografía Axial Computada), se observa expansión de la tabla lingual en la zona de maxilar inferior sector de molares del lado izquierdo, con imagen de lesión osteolítica compatible con quiste dentífero.</p>	<p>El caso resulto ser una lesión benigna, sin embargo, es un hecho resaltante la necesidad de concientizar a la población acerca de someterse a controles odontológicos con cierta periodicidad</p>
<p>42 78. CARRILLO, Jorge. Tratamiento de los</p>	<p>La clínica para los trastornos de la</p>	<p>Durante dos años se ha llevado a cabo la guía</p>

<p>trastornos de la articulación temporomandibular con el uso de los criterios de diagnóstico internacionales y la electromiografía como guía terapéutica. Cirugía Oral y Maxilofacial adscrito al Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” México 2019</p>	<p>articulación temporomandibular tiene un protocolo de historia clínica, toma de electromiografía y clasificación del paciente. La Guía práctica para el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular divide el tratamiento en fases de acuerdo a la necesidad propia del paciente. Se realiza una exploración física, que tiene cinco fases, y una exploración intraoral para localizar dolor</p>	<p>práctica para los trastornos de la articulación temporomandibular basado en los criterios de diagnóstico y el consenso internacional para el dolor orofacial en los pacientes atendidos con excelentes resultados, del total de pacientes atendidos el 95 % han mejorado con el tratamiento conservador (fase I y II) y sólo el 5 % han ameritado tratamiento quirúrgico.</p>
<p>43 79. LANEGRA Wendy. “Terapia física en las disfunciones temporomandibulares en niños”. Repositorio institucional UIGV, Perú, 2018.</p>	<p>Es frecuente que las DTM en los pacientes pediátricos pasen inadvertidos o no son diagnosticados; esto ocurre principalmente porque entre algunos profesionales de la salud, médicos y odontólogos, pacientes y padres de familia creen que los ruidos articulares, los chasquidos y las crepitaciones causados por disfunciones intracapsulares y otros signos, son considerados "normales" en los niños, o bien, que desaparecen espontáneamente con el paso del tiempo, por lo que no necesitan ser</p>	<p>El especialista debe contar con los conocimientos básicos sobre las DTM, para poder establecer un diagnóstico preciso y determinar la posible etiología, causas, con el objetivo de que él mismo realice el tratamiento fisioterapéutico, ya que permitirá iniciar la rehabilitación anticipándose a un pronóstico favorable en los niños</p>

atendidos		
<p>44 80. GUERRA Keiler , María del Carmen García Cubillas. Células madre como tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular. Universidad de Ciencias Médicas Las Tunas (2018)</p>	<p>Los trastornos temporomandibulares se manifiestan con dolor, rigidez y limitación de la movilidad. Los nuevos enfoques terapéuticos de la medicina regenerativa actual, permiten restaurar morfológico funcionalmente las estructuras del cuerpo dañadas. Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar información actualizada sobre la implantación de células madre como tratamiento de los trastornos temporomandibulares. Fueron analizadas 25 bibliografías que abordan esta temática. La implantación de células madre como tratamiento de los trastornos temporomandibulares es posible y ha sido demostrado clínicamente en varias partes del mundo que constituyen pioneros de esta terapia, mientras que en otras partes solo se considere como una posibilidad, pues aún se encuentran en estudios de laboratorio.</p>	<p>Los trastornos temporomandibulares son una entidad que afecta o lesiona todas las estructuras de la ATM, que incide tanto en la población joven como en el adulto mayor, causando graves molestias que interfieren en la calidad de vida de cada individuo. Las células madre constituyen un tratamiento efectivo y probado por sus características de autorrenovación, diferenciación y proliferación.</p>
<p>45 81. FUENTES.</p>	<p>La articulación</p>	<p>La descripción</p>

“Caracterización de los Componentes Óseos de la Articulación Temporomandibular. Una Revisión de la Literatura”. Revista conicyt scielo, Colombia, 2015.

temporomandibular (ATM) es una articulación sinovial bilateral de tipo gínglimo-artroïdal que anatómicamente está conformada por el cóndilo mandibular, fosa mandibular y tubérculo articular. La descripción anatómica de las estructuras óseas presente en la literatura científica, y que componen la ATM, no es del todo exacta, con diversas diferencias sobre la delimitación del cóndilo mandibular, las fisuras presentes en la fosa mandibular y las superficies articulares de la fosa mandibular y tubérculo articular, así como una amplia variabilidad de términos para referirse a cada estructura anatómica. Se realizó una revisión sistemática de textos y artículos científicos sobre la descripción anatómica de los componentes óseos de la ATM y los términos para referirse a ellos, comparándolos con los términos establecidos por la Terminología Anatómica Internacional. La estrategia de

anatómica presente en la literatura de las estructuras óseas que componen la ATM es poco exacta; existen importantes diferencias sobre la delimitación del cóndilo mandibular, de las fisuras presentes en la fosa mandibular y de las superficies articulares de la fosa mandibular y tubérculo articular, así como una amplia variabilidad de términos para referirse a una estructura anatómica. Esto dificulta la comunicación entre la comunidad científica y el aprendizaje de los estudiantes de pregrado

búsqueda en las bases de datos, encontró 838 artículos referentes al tema, pero solo cuatro cumplieron los criterios de selección. Se incluyó un artículo más luego de la búsqueda manual.

- 46** 82. ALEGRÍA Valencia, y Santiago Ciro. “Rehabilitación con tratamiento multidisciplinario en paciente con disfunción oclusal severa”. Repositorio institucional UNMSM, Perú, 2017.
- En el siguiente caso la muestra fue un paciente con diagnóstico definitivo de disfunción oclusal severa, desarmonía oclusal severa, y Síndrome de colapso de mordida posterior. Donde se implantó un plan de tratamiento además de las fases preliminares, como educación del paciente y motivación del mismo. Se estableció Atrición dental en 12 unidades dentarias, 4 Unidades dentarias con necrosis pulpar, Extrusión dentoalveolar en la zona posterior, 5 piezas cariadas. Se obtuvo un plan de tratamiento que comprende de la extracción de 2 unidades dentarias, realización de tratamientos de conductos a 4 unidades dentarias, y la confección y colocación de provisionales del tipo overlay en maxilar
- Para diagnosticar, elaborar un adecuado plan de tratamiento y rehabilitar a un paciente con disfunción oclusal es importante y fundamental conocer el funcionamiento del Sistema Estomatognático, es de esta manera se realizó una revisión bibliográfica actual de la fisiología de los componentes del sistema, solo así nos encontraremos en la capacidad de diagnosticar, planificar y rehabilitar casos complejos. Al formar un equipo multidisciplinario, nos encontramos en la posibilidad de plantear y planificar un adecuado plan de tratamiento, el cual este integrado por todos los colegas de las diversas

	<p>superior e inferior. Además de la rehabilitación y restauración general bucal del paciente, donde finalmente se obtuvo una completa rehabilitación oral y del funcionamiento fisiológico y estético del mismo.</p>	<p>especialidades. El éxito del tratamiento rehabilitador radica en la obtención de un diagnóstico preciso, el cual tiene su base en el conocimiento de la fisiopatología del sistema estomatognático, en el uso de un protocolo ordenado y sistematizado de confección de historia clínica, conformación de un equipo de trabajo multi e interdisciplinario, para analizar y planificar un caso clínico, solo así podremos pronosticar y predecir el éxito de nuestro plan de tratamiento.</p>	
47	<p>83. CEVALLOS ELIANA. “los terceros molares retenidos y su influencia en trastornos en la articulación temporomandibular en pacientes que acuden al dispensario médico municipal anexo al iess de Santo Domingo de los tsáchilas en el período enero-diciembre del 2013”. Repositorio institucional Universidad Nacional Del Chimborazo,</p>	<p>Los resultados que se obtuvieron fueron que la mayoría de pacientes presentaron complicaciones locales y/o regionales asociadas a la retención de los terceros molares mandibulares predominando las Alteraciones de articulación temporomandibular (ATM) con el 33%; la presencia de ruidos en la articulación temporomandibular</p>	<p>En cuanto a sintomatología se refiere se pudo ver que el principal problema que afecta a la población estudiada es el dolor a la apertura y cierre bucal con un total de 23 pacientes, presencia de trismus 10 pacientes y chasquidos en la articulación temporomandibular (ATM) 10 pacientes. De la población</p>

Ecuador 2016.	(ATM) de los pacientes con disfunción temporomandibular, prevaleció, ruido severo en articulación temporomandibular (ATM) con el 38%; además la frecuencia de pacientes atendidos fue de sexo femenino sobre los del sexo masculino.	estudiada se determinó que 43 pacientes presentaron trastornos en la Articulación Temporomandibular. En cuanto a tratamiento se refiere 10 pacientes se les recomendó tratamiento quirúrgico, 15 pacientes se les envió tratamiento físico y 18 pacientes tratamiento farmacológico. En cuanto a posición s
48 84. JORDÁN Zaidé y Ramírez Amalia. “Efectividad de la aplicación de la técnica de liberación miofascial de deslizamiento transverso en pacientes postquirúrgicos de terceros molares con dolor en atm”. Repositorio institucional Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador, 2017.	El análisis estadístico mostro resultados que sugieren que tanto el tratamiento convencional (TC) como una única sesión de la técnica de liberación miofascial combinada con el TC, producen similar recuperación de dicha variable desde la cirugía hasta el octavo día. En cuanto a la medida de la apertura bucal entre los grupos el que recibió una intervención adicional (TLM) se observa un ligero pero significativo incremento de la apertura (Diferencia de medias= 0.19cm; p<0.001).	Este estudio demuestra que la técnica de liberación miofascial de deslizamiento transverso en los principales músculos de la apertura bucal favorece la recuperación en cuanto a apertura bucal de los pacientes intervenidos.
49 85. VILLACÍS, Fanny.	En los abordados	La extracción del

<p>“Abordaje fisioterapéutico de la disfunción temporomandibular post-quirúrgica del tercer molar en pacientes de 20-25 año”. Repositorio institucional Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, 2014.</p>	<p>fisioterapéuticamente se empleó combinadamente: agentes físicos (frío y calor) TENS, ultrasonido, masaje de Cyriax, láser, ejercicios activos asistidos, isométricos e isotónicos, restaurando la función de las estructuras que rodean la articulación temporomandibular (en 6 sesiones). En la propuesta se plantea un protocolo estandarizado del manejo fisioterapéutico</p>	<p>tercer molar provoca complicaciones tales como: la actividad muscular anómala, limitación de los movimientos mandibulares; condicionando no sólo características funcionales de la masticación sino también de la fonación y equilibrio del sistema neuromuscular, siendo los más afectados luego de la intervención quirúrgica los fascículos superficiales y profundos del masetero y pterigoideos lateral y medial, los cuales participan directamente en la función de la masticación.</p>
<p>50 86. MASACHE Marcia. “trastornos de la articulación temporomandibular y su relación con la pérdida dentaria en los y las estudiantes de la universidad nacional de Loja, modalidad de estudios presencial durante el periodo mayo-julio 2014”.</p>	<p>Se obtuvo que 375 estudiantes presentaron disfunción clínica de la ATM; de ellos el 48,8% tiene pérdida de piezas dentarias., también se presenta con mayor frecuencia en el género femenino en una relación 2: 1 respecto a la población masculina. El principal signo de</p>	<p>Concluyendo de esta manera que la pérdida dental tiene relación directa con la presencia de Trastornos en la ATM, produciendo desplazamiento de los dientes presentes en boca lo cual provoca contactos prematuros, modificando el</p>

Repositorio
institucional
Universidad de Loja
2014.

disfunción clínica de la
ATM se representa con
el clic articular el cual
puede estar acompañado
o no de dolor

trayecto de recorrido
del cóndilo articular
hacia la fosa



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO



ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

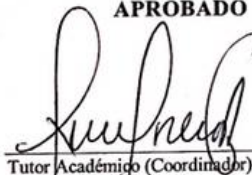
TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **MOLARES NO ERUPCIONADOS Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES. UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

Realizado por **ALCHUHF ABOU HASSOUN, RAMY** C.I. N° V- 26.581.307 cursante de la carrera de **Odontología**, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de: **20 puntos**.

APROBADO

NO APROBADO

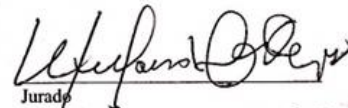


Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Dr. Orlando Moreno

C.I.: 8.217.078

El Jurado



Jurado

Nombre: Od. Esp Mirlanda Ortega

C.I.: 5.381.848

Jurado



Nombre: Od. Annalith González

C.I.: 16.596.281



Fecha: 20 de abril de 2021