



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES  
INFERIORES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER Y PELL Y  
GREGORY EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.  
PERIODO 2008 – 2016.**

Autor(es):  
Romario Mendes  
C.I. 25.073.290

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 PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES  
INFERIORES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER Y PELL Y  
GREGORY EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

**PERIODO 2008 – 2016.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de  
Odontólogo.

Autor:

Romario Mendes

C.I. 25.073.290

Tutor(a): Rodrigo Pino

San Diego, Junio 2017





### ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Rodrigo Pino, portador (a) de la Cédula de Identidad N° 17.399.344, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Romario Mendes, portador(a) de la Cédula de Identidad N° 25.073.290, titulado **"PREVALENCIA DE POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER Y PELL Y GREGORY EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. PERIODO 2008 - 2016"**,

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 \_\_\_ días del mes de \_\_\_ del año dos mil diecisiete.

(Firma autógrafa)

Od. Rodrigo Pino

C.I.17.399.344



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

**PREVALENCIA DE POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES  
INFERIORES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER Y PELL Y GREGORY  
EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ.**

**PERIODO 2008 – 2016.**

**ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

**1.25.073.290**

Tutor Propuesto: **Rodrigo Pino**

Cédula de Identidad N° 17.399.344

Nombres y apellidos

**Romario Mendes Maita**

Firma: \_\_\_\_\_

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma



Fecha  
**23/06/2017**



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar a Dios, por ser mi guía y permitirme cumplir mis metas.

Agradezco a la profesora Ervy Weffer por ser pieza fundamental para la realización de este trabajo, además, por siempre demostrar apoyo con el mismo.

A mi tutor, el profesor y odontólogo Rodrigo Pino, por su ayuda.

Gracias a mis padres, por su apoyo incondicional y motivación. A mis hermanas, por su ejemplo de profesionalismo y por su apoyo constante a la distancia.

Agradezco a mis familiares y amigos más cercanos que me acompañaron en este proceso, sin su ayuda nada de esto hubiese sido posible.

Agradezco, a todos los profesores que me acompañaron a lo largo de toda mi carrera, me brindaron todos sus conocimientos y experiencias en esta etapa de mi formación profesional.

Gracias a todos.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	iii
ACTA DE APROBACIÓN.....	iv
PLANILLA DE SOLICITUD DE APROBACIÓN.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS TABLAS Y GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	10
<b>CAPÍTULOS</b>	
<b>I EL PROBLEMA.....</b>	<b>12</b>
Planteamiento del Problema.....	12
Objetivos de la Investigación.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Justificación de la Investigación.....	15
<b>II MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
Antecedentes de la Investigación.....	17
Bases Teóricas.....	20
Maxilar Inferior o Mandíbula, Forma y Orígen.....	20
Crecimiento Mandibular.....	20
Arquitectura Mandibular.....	21
Tercer Molar Inferior.....	22
Cronología de formación y erupción del tercer molar inferior.....	23
Espacio para la erupción.....	24
Condiciones embriológicas.....	25
Condiciones anatómicas.....	25
Estudio radiográfico del tercer molar inferior.....	26
Clasificación de Winter.....	26
Clasificación de Pell y Gregory.....	27
<b>III MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
Tipo y Diseño de la Investigación.....	29

Población y Muestra.....	29
Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	30
Validez y Confiabilidad.....	30
<b>IV RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>V</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	

### ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. No. 1: Clasificación de Winter.....	26
Fig, No 2. Clasificación de terceros molares inferiores de Pell y Gregory.....	27

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.....</b>	<b>32</b>
<b>TABLA 2.....</b>	<b>34</b>
<b>TABLA 3.....</b>	<b>36</b>
<b>TABLA 4.....</b>	<b>38</b>
<b>TABLA 5.....</b>	<b>40</b>
<b>TABLA 6.....</b>	<b>42</b>

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1.....</b>	<b>32</b>
<b>GRÁFICO 2.....</b>	<b>34</b>
<b>GRÁFICO 3.....</b>	<b>36</b>
<b>GRÁFICO 4.....</b>	<b>38</b>
<b>GRÁFICO 5.....</b>	<b>40</b>
<b>GRÁFICO 6.....</b>	<b>42</b>



## **PREVALENCIA DE POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER Y PELL Y GREGORY EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. PERIODO 2008 – 2016.**

**Autor:** Romario Mendes

**Tutor:** Od.Rodrigo Pino

Junio 2017

### **RESUMEN**

El presente trabajo determina la prevalencia de posición de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter y Pell y Gregory en los pacientes del área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2008- 2016. Se enmarca en una investigación de tipo descriptiva con un diseño no experimental transeccional o transversal. Para realizar la presente investigación se utilizó la observación estructurada mediante la implementación de una guía de observación en la cual se registrarán los datos referentes a las variables y dimensiones descritas, obtenidas de datos secundarios de las historias clínicas y radiografías de los pacientes que asistieron al área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez para evaluación y tratamiento de los terceros molares inferiores. Por consiguiente, este análisis preciso permite determinar la prevalencia de posición de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter y Pell y Gregory en los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016, así como una guía para el profesional al momento de definir bien el diagnóstico, planificar un buen tratamiento, observar y analizar la dificultad del abordaje quirúrgico para la extracción de dicha pieza. A través de los resultados obtenidos se concluye que en ambas clasificaciones la prevalencia según el rango de edad, el sexo y la ubicación se encontró entre los 18 a 25 años de edad del sexo femenino en el lado derecho; en donde de acuerdo a la clasificación de Winter prevalece la posición Vertical y de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory la clase II posición A.

**Palabras claves:** Tercer molar – prevalencia – clasificación de Winter – clasificación de Pell y Gregory

## INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar, embriológicamente se forman a partir de los 36 meses, comienzan su periodo de calcificación a los 9 años, completando su periodo de erupción y calcificación a los 18,25 años respectivamente.

Los terceros molares son piezas que por su ubicación en la arcada dentaria, en especial los inferiores, y por la evolución del ser humano, están desapareciendo o no erupcionan correctamente dentro de la arcada dentaria ya sea por alguna impactación, retención o inclusión, y son considerados como órganos vestigios. El tercer molar inferior tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías.

En una extensa cantidad de casos la dimensión y tamaño del hueso mandibular y la sumatoria total de las dimensiones de los dientes presenta discrepancia, lo suficiente como para no poder albergar completamente todos los dientes en dicha arcada, razón por la cual encontramos una extensa variedad en posiciones de terceros molares, un 60% de los casos aproximadamente no hace oclusión, y más de la mitad de las veces no hace erupción fuera de la encía, a este caso se le nombra molares impactados. Al variar su trayecto de erupción quedan mal posicionados contra el segundo molar o adoptan diversas posiciones que en algunos casos generan problemas como pericoronaritis, bolsas periodontales, caries dental, rizalisis, quistes, etc.

Los terceros molares adoptan distintas posiciones en el proceso de erupción, siendo una complicación para el odontólogo y cirujano bucal al momento de la exodoncia, por esta razón, se implementaron distintas clasificaciones para facilitar el diagnóstico, tratamiento y abordaje de dichos dientes, lo cual no solo beneficia al Odontólogo sino también al paciente, ya que con un buen manejo de cada caso, se conocen las posibles complicaciones previniendo las mismas obteniendo un buen

postoperatorio. las mas utilizadas y conocidas son la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory.

En el presente trabajo de investigación, se determinó la prevalencia de posición de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes del área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, periodo 2008-2016.

Esta investigación se presenta estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: planteamiento del problema, los objetivos general y específicos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: los antecedentes más relevantes y las bases teóricas.

CAPÍTULO III: metodología de la investigación, en donde se describe el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos y la validez del mismo.

CAPÍTULO IV: los resultados expresados en cuadros y gráficos con sus respectivos análisis.

CAPÍTULO V: conclusiones a las que se llegó con esta investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

El hombre ha experimentado un proceso de evolución a lo largo del tiempo. Al igual que otras estructuras como los dedos, las vértebras, las costillas, los dientes tienen una pronunciada tendencia de sufrir agenesia (Stafne E, Gibilisco J; 1975). Algunos autores se basan en la presunción de que los maxilares han ido disminuyendo su tamaño durante la evolución humana, mientras que las dimensiones dentarias permanecen relativamente iguales que en los orígenes, probablemente como resultado de una reducción evolutiva en el tamaño corporal genéticamente determinado, concepto que justifica sobre todo la gran incidencia de agenesia de los terceros molares inferiores (Cuairán V, Gaitán L, Hernández A; 1996) (Anderson B, Thompson G, Popovich F; 1975)

También debemos de considerar que la evolución de los hábitos alimenticios ha contribuido a modificar el tamaño de los maxilares, siendo marcado este cambio a nivel mandibular, aspecto evolutivo del Homo Sapiens Sapiens que se confirma por la disminución progresiva del espacionretromolar entre el borde anterior de la rama y la cara distal del tercer molar (García, F., Araneda, P; 2009).

Los terceros molares son piezas que por su ubicación en la arcada dentaria, en especial los inferiores, y por la evolución del ser humano, están desapareciendo o no erupcionan correctamente dentro de la arcada dentaria ya sea por alguna impactación, retención o inclusión, y son considerados como órganos vestigios.

En una extensa cantidad de casos la dimensión y tamaño del hueso mandibular y la sumatoria total de las dimensiones de los dientes presenta discrepancia, lo suficiente como para no poder albergar completamente todos los dientes en dicha arcada.

Ahora bien, tomando en consideración que los terceros molares son las últimas piezas dentarias permanentes en erupcionar, lo cual ocurre alrededor de los 17 años en adelante, y la terminación del ápice de los 25 en adelante; es común encontrarlo con gran distorsión de su figura, tanto en la corona como en la raíz; lo más notorio es la inconsistencia en su posición, que en un 60% de los casos aproximadamente no hace oclusión, y más de la mitad de las veces no hace erupción fuera de la encía, a este caso se le nombra molares impactados. Al variar su trayecto de erupción quedan mal posicionados contra el segundo molar o adoptan diversas posiciones que en algunos casos generan problemas como pericoronaritis, bolsas periodontales, caries dental, rizalisis, quistes, etc. (Medieros P; 2006)

En la mayoría de los casos se recomienda que los terceros molares impactados se extraigan. Dependiendo de la posición del molar, será el grado de dificultad del procedimiento. Es un tema controversial el hecho de dejar en boca los terceros molares o extraerlos. Algunos autores alegan que los terceros molares son perjudiciales para la salud del sistema estomatognático, mientras otros dicen que mientras el tercer molar no presente ninguna molestia puede permanecer en boca o dentro del hueso por años sin producir ninguna alteración. En todo caso, debemos guiarnos por una serie de parámetros que nos permite decidir cuando está indicada la extracción de estos y cuando no. (Medieros P; 2006) (Donado M; 2005)

Entonces surgen una serie de clasificaciones para poder determinar la posición de los terceros molares en las arcadas dentales; una de estas es la clasificación de Winter que permite establecer la posición de estos con respecto al eje longitudinal del segundo molar y otra es la clasificación de Pell y Gregory, la cual determina la posición de estos en relación con la rama ascendente mandibular, con la profundidad

relativa del tercer molar y en relación al eje axial del segundo molar. (Raspall G; 2006)

Por consiguiente, este análisis preciso y precoz permite al profesional definir bien el diagnóstico, planificar un buen tratamiento, observar y analizar la dificultad del abordaje quirúrgico para la extracción de dicha pieza

Al respecto, diversos estudios como los de Aguiar y cols (2005) y Vasconcellos y cols (2002) han analizado estas piezas dentarias para determinar la frecuencia de posición de las mismas según varios criterios; por ejemplo, en relación al género, el femenino tuvo mayor prevalencia en relación al género masculino, con una representatividad de 54% de la muestra total, lo que también han demostrado la mayoría de autores en la literatura.

Con respecto a la edad, Marzola, Comparin, Toledo-Filho (2006) demostraron que el tercer molar retenido se encuentra con mayor prevalencia en el grupo etáreo entre 15-30 años, seguido del grupo etáreo entre 21-25 años. García et al. (2000) citan el grupo etáreo entre 15 a los 25 años.

Por su parte, Hattab, Rawashdeh, Fahmy (1995) analizaron solamente el nivel de erupción de los terceros molares inferiores en relación a la superficie oclusal del segundo molar y encontraron la posición A como la de mayor prevalencia, seguida de la posición C. En cuanto a Sandhu, Kaur (2005) encontraron la posición A como la de mayor prevalencia, seguida de la posición B,

Es por esto que se plantea la necesidad de realizar el estudio sobre la posición de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter y Pell y Gregory en los pacientes que acuden al área de cirugía bucal de la Universidad José Antonio Páez y así poder responder a la siguiente interrogante:

### **1.1.1 Formulación del Problema**

¿Cuál será la posición más frecuente en que se encuentran los terceros molares inferiores según la Clasificación de Winter y la de Pell y Gregory?

## **1.2 Objetivos de la Investigación**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de posición de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter y Pell y Gregory en los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.
- Especificar la ubicación del tercer molar inferior en los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.
- Determinar la posición de los terceros molares inferiores según clasificación de Winter y Pell y Gregory en los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.
- Clasificar la posición de los terceros molares inferiores según edad, sexo y lado en los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.

## **1.3 Justificación de la Investigación**

El realizar estudios en donde se determine la clasificación de la posición de terceros molares en una población en particular nos permitirá conocer cuál es la posición y/o clasificación con mayor frecuencia en una área geográfica, para que de

esta manera se aporte un dato estadístico y punto de referencia para futuras investigaciones realizadas en el área de estudio.

Estos datos aportarían información epidemiológica importante para conocer y analizar según el sexo y la edad con qué frecuencia se presentan estos molares retenidos en dicha población y así analizar posteriormente desde un punto de vista social a que se debe dicha prevalencia; es decir analizar según el sexo y rangos de edad si la prevalencia se debe a una mayor preocupación por su salud bucal y las repercusiones que pueden ocasionar estos molares retenidos, y así, por ende buscan atención odontológica.

Así mismo, se ampliarían conocimientos sobre la clasificación de Winter, Pell y Gregory que representa información importante para el Odontólogo y Cirujano Maxilofacial en el diagnóstico y planificación del tratamiento de los terceros molares; lo cual no solo beneficia al Odontólogo sino también al paciente, ya que con un buen manejo de cada caso y la técnica correcta a utilizar según la posición del molar, conocer las posibles complicaciones y así prevenir las mismas obteniendo un buen postoperatorio.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

A continuación se realiza un recuento de los trabajos de investigación realizados sobre el tema. Se presentan en orden comenzando por los más recientes.

Para comenzar Tirado Delgado (2015) presenta su trabajo titulado “**Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el hospital central fap**”; este es realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El objetivo de este estudio fue determinar cuál es la posición más frecuente de las terceras molares mandibulares según el factor género de los pacientes que acuden al Departamento de Estomatología del Hospital Central FAP, en los que se determinó en 130 radiografías panorámicas en pacientes de 18 a 30 años de edad la prevalencia de la Clase II posición B en ambos géneros.

Es relevante para esta investigación por tratarse de la misma temática referente a la posición de los terceros molares en relación a la clasificación del Pell y Gregory, aportando información de interés para la teoría y base para futura discusión.

Siguiendo con esta revisión, Palacios Colán (2014) en Lima Perú realiza el trabajo: “**Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012**”. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el cual se seleccionaron 582 radiografías panorámicas de las historias clínicas de los pacientes

de la clínica docente que se encontraban en el rango de edad requerido y en el periodo establecido.

Sus conclusiones revelan que de acuerdo a la clasificación de Winter, las posiciones más prevalentes fueron la vertical y la mesioangulada y, según la clasificación de Pell y Gregory fue la IA. Además, en ambas clasificaciones se determinó que dichas posiciones fueron las más frecuentes en ambos géneros y lados, entre los 18 y 35 años. Estos datos sirven como sustento estadístico y base para discusión una vez obtenidos los resultados de la presente investigación.

Continuando con el estudio **“Clasificación de los terceros molares retenidos”** por Reyes Velázquez Joel Omar. (2012). En este se expone que los terceros molares sólo se encuentran en la segunda dentición. Existen dos superiores y dos inferiores y en los cráneos de nuestros antepasados se encontraban erupcionados en su totalidad. Hoy en día es difícil que lleguen a erupcionar por completo, de manera que o están parcialmente erupcionados o están retenidos. A este respecto hay varias teorías que intentan explicar por qué ya no erupcionan por completo. O bien se trata de que los huesos son más pequeños o se debe a que nuestra alimentación es a base de comida blanda. La realidad es que si no erupcionan de forma adecuada ocasionan en el paciente otros problemas como: a) reabsorción del diente adyacente, b) reabsorción ósea, c) formación de quistes, d) neuropatías del dentario inferior, e) infecciones que pueden ir desde la pericoronitis hasta una infección odontogénica más grave

De este modo, este es relevante por aportar bases teóricas sobre los terceros molares y la clasificación de los mismos en referencia a su posición.

En mayo 2012, Morales y cols, presentaron una investigación **“Clase, tipo y posición de 9148 terceros molares en 3206 pacientes: un estudio retrospectivo”**,

la cual tuvo como objetivo investigar la clase, tipo, posición, diagnóstico y procedimientos quirúrgicos más frecuentemente utilizados para la extracción de terceros molares en 3206 pacientes mexicanos atendidos en la Facultad de odontología de la Universidad de Salle Bajío durante el periodo 1993-2008. El rango de edad fue de 11 a 59 años, se les tomó una radiografía panorámica y, luego, fueron analizadas y se clasificaron las terceras molares según la clasificación de Pell y Gregory y según la de Winter. Se llegó a la conclusión de que la extracción de la tercera molar es más frecuente en mujeres que en hombres, por general las extracciones se realizaron por motivos profilácticos, seguido de las infecciones. Con respecto a la posición, se encontró que en las terceras molares superiores hubo una prevalencia del tipo A y la clase I, mientras que en las terceras molares inferiores también se presentó con mayor prevalencia el tipo A y la clase I, con una posición mesioangulada.

El determinar el tipo y la posición de la tercera molar permite evaluar la dificultad de la extracción; además de planificar un mejor tratamiento y determinar un buen manejo por parte del profesional o del especialista según el caso.

Ahora bien, Dias Ribeiro y cols (2009) estudian **“Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory”** Fue realizado un estudio documental, retrospectivo, con datos complementarios mediante el análisis de radiografías panorámicas. Del total de 3,660 radiografías de pacientes atendidos en la Clínica All Doc Radiología Odontológica Ltda., Curitiba, Paraná, Brasil, en el periodo de marzo hasta junio de 2005, fueron seleccionadas 430 radiografías que se encuadraban en los siguientes criterios de inclusión: pacientes con edad entre 20 y 40 años, de ambos géneros, y que presentaban por lo menos un tercer molar retenido y segundo molar adyacente. Los resultados encontrados mostraron que pacientes de género femenino, con edad entre 20- 25 años, fueron los más afectados por la retención del tercer molar. Según la

clasificación utilizada, existía un predominio de la posición A, Clase II en ambos lados (derecho e izquierdo).

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Maxilar Inferior o Mandíbula, Forma y Origen**

El maxilar inferior o mandíbula es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentarias inferiores, formando con el hueso hioides el esqueleto del piso de la boca. Su forma es comparada a una herradura horizontal abierta hacia atrás, de cuyos extremos libres emergen dos prolongaciones o ramas ascendentes. Deriva del esqueleto visceral (primer arco); su osificación es conjuntiva y se realiza a lo largo del cartílago de Meckel, el cual desaparece. (Figun; 2003)

### **2.2.2 Crecimiento Mandibular**

Los modos, mecanismos y sitios de crecimiento mandibular son complicados y muy discutidos en la literatura. Tiene un mecanismo de crecimiento endocondral en cada extremo y crecimiento intramembranoso entre ellos. La mandíbula es el segundo hueso del organismo en comenzar su osificación; lo hace después de la clavícula; los cambios de crecimiento y forma de las zonas de inserción muscular e inserción dentaria son controlados más por la función muscular y erupción de los dientes que por factores cartilagosos u osteógenos intrínsecos. (Figun; 2003)

La mandíbula tiene también un crecimiento post nacimiento; la mandíbula del recién nacido para Cadenat, luego del nacimiento se desarrolla a partir de 3 centros de crecimiento: los cartílagos condíleos, y el periostio de conjugación sinfisiario. Este finaliza su actividad al realizarse la sinostosis, a los dos años de edad. Luego, el cóndilo y el borde posterior de la rama montante son los principales centros de crecimiento de la mandíbula.

El crecimiento post natal de la mandíbula se da por el desarrollo del hueso maxilar superior por intermedio de la interdigitación dentaria en la articulación normal; en esta etapa de desarrollo se considera dos porciones: el cuerpo y la rama montante. El cuerpo; se debe estudiar en los planos horizontal, frontal y sagital. El plano horizontal establece el desarrollo hacia afuera, el plano frontal el crecimiento de arriba abajo, y el sagital el anteroposterior. En el crecimiento de la rama montante consideraremos un desplazamiento hacia atrás y uno hacia arriba y atrás. Este proceso se da por reabsorción de la zona anterior y aposición de la zona posterior. (Raspall, G; 2006) (López J, García; 1991)

### **2.2.3 Arquitectura mandibular**

Es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentarias inferiores. La mandíbula se puede seccionar en:

Cuerpo: forma rectangular, más alto que ancho, tiene dos porciones: inferior o basilar y superior o apófisis alveolar. En el cuerpo se estudian dos caras y dos bordes; la cara antero externa, se visualiza la sínfisis del mentón, tubérculos mentonianos, la fosita mentoniana (músculo borla de la barba), el agujero mentoniano, la línea oblicua externa. Entre esta línea y la cresta alveolar se insinúa una depresión o fosa retro molar, para el músculo buccinador. Cara posterointerna; se identifica las apófisis geni (músculos genioglosos y genihoidideos) y a continuación la línea oblicua interna o milohioidea, fosa submaxilar. Reborde alveolar, en total ocho cavidades bilaterales. Borde inferior; romo y superficial, presenta, la fosita digástrica, para la inserción del vientre anterior del digástrico. (Abraham A; 1999)

Ramas ascendentes: son más altas que anchas, de forma rectangular, con una oblicuidad hacia atrás y afuera más evidente que la del cuerpo del maxilar. Se le consideran dos caras y cuatro bordes. La cara externa; es plana con ciertas rugosidades para la fijación del músculo masetero. La cara interna; próximo a su

centro, con algunas variantes, se identifica el orificio dentario inferior, cubierto en su margen anterior por la espina de Spix y limitado hacia abajo por el canal milohiideo. Dicho orificio es la puerta de entrada del conducto dentario, recorrido por el VAN de las piezas antero inferiores. Cerca del borde anterior de la apófisis coronoides aparece la cresta temporal, donde se inserta el haz profundo del músculo temporal; por debajo termina bifurcándose en los labios, interno y externo, que circunscriben, con la superficie distal del alvéolo del tercer molar, un pequeño espacio triangular o triángulo retromolar. Bordes.

a) anterior, desciende de la apófisis coronoides para continuarse con la línea oblicua externa.

b) posterior, romo y espeso en forma de S, se relaciona con la glándula parótida;

c) inferior, limita con el borde parotídeo el ángulo mandibular o gonión, obtuso en los niños y ancianos, acercándose al ángulo recto en los adultos y

d) superior, con la apófisis coronoides, la escotadura sigmoidea y el cóndilo. (Abraham A; 1999)

#### **2.2.4 Tercer molar inferior**

El tercer molar inferior tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías. Se sabe además que presenta mayor porcentaje de inclusión, siendo la causa más común de no erupción la carencia del espacio necesario. Muchas veces no hay suficiente lugar entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente y, por consecuencia, queda impactado con el segundo molar en su trayecto de erupción; sino queda impactado puede tomar diversas posiciones que podrían traer como complicaciones la formación de quistes dentígeros

(denominados quistes de erupción) entre otras patologías. Es por ello la necesidad de diagnosticar correctamente el espacio disponible del tercer molar. (Abraham A; 1984)

La corona: Presenta una variedad de forma, tamaño y estado que será menester conocer. La corona puede ser normal, pequeño o grande; puede presentar de tres a más cúspides y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales.

Las raíces: Ningún molar tiene características parecidas al tercer molar inferior en lo que refiere a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces. En su conjunto, las raíces del tercer molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario. Por lo general es biradicular. La raíz mesial que puede ser bífida, es aplastada en sentido mesiodistal, y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. Son frecuentes los molares de tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular. (Grandini, S; Verry, R; Stivanin, D; 1996)

### **2.2.5 Cronología de formación y erupción del tercer molar inferior**

Variados son los momentos de la formación de la pieza dentaria, de su traslación y, finalmente, de su instalación definitiva en el arco dentario, que caracterizan la cronología de la dentición. Son los siguientes:

A. Aparición de la lámina dentaria. Ocurre durante la sexta semana de vida intrauterina.

B. Diferenciación de órgano del esmalte. De la lámina se desprende el listón dentario, uno para cada diente, en el cual ha de diferenciarse el abultamiento epitelial que originará el órgano del esmalte. Esto ocurre para el tercer molar inferior en el 36<sup>a</sup> mes de después del nacimiento.

C. Diferenciación del bulbo dentario. La diferenciación del mesodermo contenido por el órgano del esmalte; esto ocurre al 6to año después del nacimiento.

D. Diferenciación del saco dentario. Ocurre a los 7 años de edad.

E. Oclusión del saco dentario. Este momento señala la liberación del folículo de la lámina dentaria. Ocurre los 8 años de edad.

F. Calcificación.

G. Erupción. Ocurre en promedio a los 20 años de edad, pudiendo ser modificada por diversos factores como raza, tipo de dieta, enfermedades, procesos infecciosos, etc. La erupción termina cuando los dientes llegan a la posición de oclusión definitiva con sus antagonistas. En el mecanismo de la erupción pueden considerarse los periodos: Preeruptivo, Eruptivo y post-eruptivo antes mencionados; y también influyen los movimientos dentarios en sí. (Raspall, G;1994) (Abraham; 1999)

#### **2.2.6 Espacio para la erupción (espacio retromolar):**

Es el espacio disponible para la erupción, corresponde a la medición de la distancia entre el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula hasta la cara distal del 2<sup>a</sup> molar. Entre los factores que intervienen en la formación del espacio figuran:

- La aposición del hueso sobre la cara externa de la mandíbula y del maxilar.
- La resorción del borde anterior de la rama montante de la mandíbula que aumenta la longitud del arco dentario mandibular.
- A pesar de este aumento es común que los terceros molares no tengan espacio para erupcionar; como los molares permanentes se desarrollan en un sitio más distal que el que deben ocupar en el arco, es frecuente que sus raíces muestren signos de desplazamiento, por la curvatura hacia distal de sus raíces.

El espacio disponible resulta de la división entre la distancia del borde anterior de la rama ascendente a la cara distal del 2do molar y el ancho de la corona.

### **2.2.7 Condiciones embriológicas**

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si un diente de reemplazo se tratara. La calcificación de este diente comienza a los 8 – 10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15 – 16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años, y va a realizarse en un espacio muy limitado.

El hueso, en su crecimiento, tiene tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar. (Gómez De Ferraris; 2002)

El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria. Esta región del ángulo mandibular va a modificarse durante la formación del molar, por alargamiento óseo de la misma hacia atrás, arrastrando con él las partes del diente que aún no se ha calcificado. La evolución de esta pieza se efectúa en un espacio muy limitado, por lo que se desvía hacia la cortical interna, con lo que termina implantándose en lingual, si es que lo logra. El enderezamiento termina a los 18 años, sin embargo, estos 30 obstáculos suelen ser origen de impactaciones y anomalías de posición en la arcada dentaria. (Gómez De Ferraris; 2002)

### **2.2.8 Condiciones anatómicas**

La falta de espacio como factor etiológico de la inclusión de los terceros molares inferiores es incontestable; la distancia Xi – segundo molar es mayor en individuos con dentición completa que en aquellos que tienen el cordal incluido. La dentición y la cantidad de crecimiento mandibular son determinantes de primer orden en la impactación o erupción del tercer molar. La inclusión de los cordales parece ser

más frecuente en pacientes con crecimiento condilar en dirección vertical, con poco crecimiento alveolar, rama ascendente mandibular larga, longitud mandibular corta y una mayor inclinación mesial. (Gallas M., García A; 1994)

### **2.2.9 Estudio radiográfico del tercer molar inferior**

El estudio radiográfico del tercer molar, o con más precisión de la zona de dicho diente, debe proveernos los detalles útiles para la aplicación exitosa de su tratamiento. Se debe tener en cuenta la profundidad del diente impactado, inclinación del diente con el eje axial de la pieza adyacente, su relación con la rama mandibular, número de raíces, longitud, forma, dirección, espacio del ligamento periodontal, espacio de la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama y comparando este espacio con el ancho mesio distal del tercer molar. (Ricketts R; 1976)

### **2.2.10 Clasificación de Winter**

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

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

Horizontal. Cuando ambos ejes son perpendiculares.

Vertical. Cuando los dos ejes son paralelos.

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

Invertido. Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°.

Según el plano coronal se clasifican en vestibuloversión si la corona se desvía hacia el vestíbulo y en linguoversión si se desvía hacia lingual (Gay Escoda; 2004).

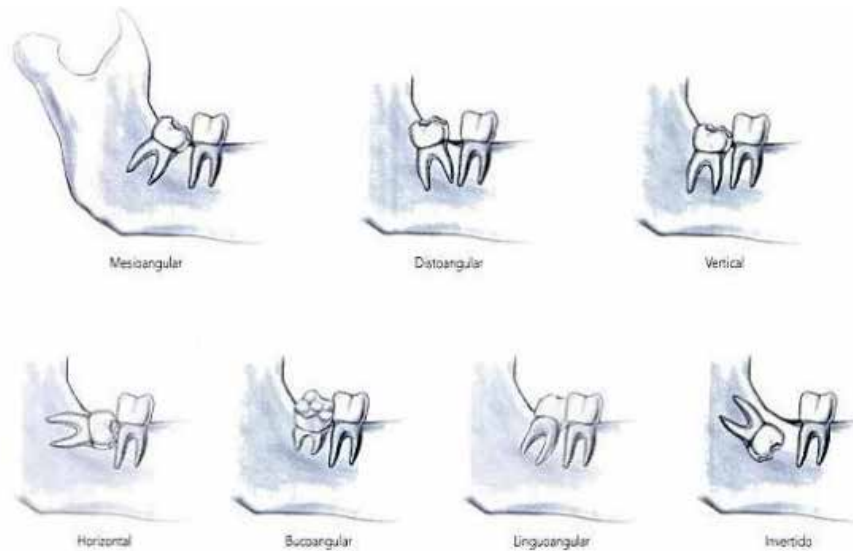


Fig. No. 1: Clasificación de Winter. Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología. Editorial panamericana. Año 2006; capítulo 5: pág. 103

### 2.2.11 Clasificación de Pell y Gregory

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

#### **Relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar:**

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. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

Posición A. El punto más alto del diente está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.

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

Posición C. El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar (Gay Escoda; 2004).

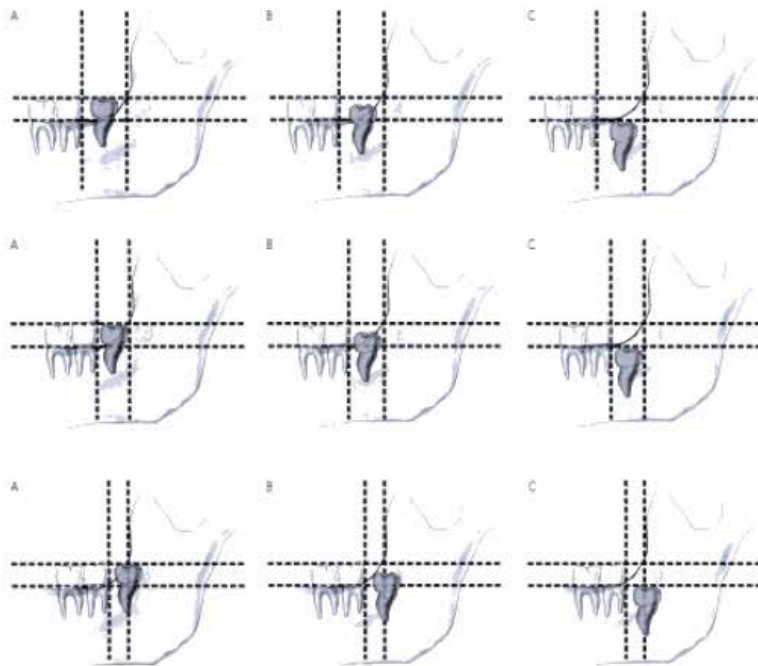


Fig. No. 2: Clasificación de terceros molares inferiores de Pell y Gregory  
Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología. Editorial Médica Panamericana.  
Año 2006; capítulo 5: pág. 104

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo y Diseño de la Investigación**

La presente se trató de una investigación de tipo descriptiva con un diseño no experimental transeccional o transversal. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Así mismo se observaron fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos; en éste se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. (Sampieri, Collado y Baptista. 2010)

#### **3.2 Población y Muestra**

##### **3.2.1 Población**

Arias (2006) describe a la población como “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (p. 81). De esta forma la población estuvo conformada por los pacientes que asistieron al área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2008 – 2016.

### **3.2.3 Muestra**

La muestra representa un subconjunto representativo y finito de la población a estudiar, esta se obtendrá de tipo no probabilística, en donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. (Arias; 2006). En este sentido la muestra quedó representada por los pacientes que asistieron al área clínica de la Universidad José Antonio Páez a los cuales se les solicitó radiografías panorámicas para evaluación y tratamiento de los terceros molares inferiores.

### **3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

Arias (2006) define la técnica como “el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p. 67); así mismo, define un instrumento de recolección de datos como “cualquier recurso, dispositivo o formato en papel o digital, que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p. 69).

En éste orden de ideas, para realizar la presente investigación se utilizó la observación estructurada mediante la implementación de una guía de observación en la cual se registraron los datos referentes a las variables y dimensiones descritas, obtenidas de datos secundarios de las historias clínicas y radiografías de los pacientes que asistieron al área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez para evaluación y tratamiento de los terceros molares inferiores.

### **3.4 Validez y Confiabilidad**

En este caso no se requirió validar instrumento ya que los datos serán obtenidos de datos secundarios, a través de una historia clínica, la cual representa un documento médico legal que ya se encuentra previamente validado. De igual forma

no se requiere realizar confiabilidad por tratarse el instrumento de una guía de observación.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Una vez recolectados los datos de las historias clínicas de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez se precedió a realizar el procesamiento de los mismos mediante la estadística descriptiva, técnica en la cual los datos son clasificados y distribuidos de acuerdo a los objetivos y variables de estudio para luego describirlos a través de la interpretación y el análisis.

Entonces, es importante mencionar que se tomaron un total de 363 historias clínicas de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez del periodo 2008 al 2016, que contaban con los datos necesarios y las radiografías panorámicas para poder establecer así la posición de los terceros molares de acuerdo a la clasificación de Winter y la de Pell y Gregory según la edad y el sexo de los mismos; se destaca el hecho de que en estos 363 pacientes se encontraron casos en donde solo presentaban un tercer molar inferior y otros que presentaban ambos (derecho e izquierdo), por esta razón al clasificar según la ubicación se consideró el total o cantidad de terceros molares inferiores presentes en esos pacientes.

Estos resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia y gráficos de columnas o barras para su posterior análisis y los datos fueron expresados tomando en cuenta su valor absoluto o cantidad numérica y su valor relativo expresado en porcentaje.

#### 4.1 Presentación de los Resultados

**TABLA 1**

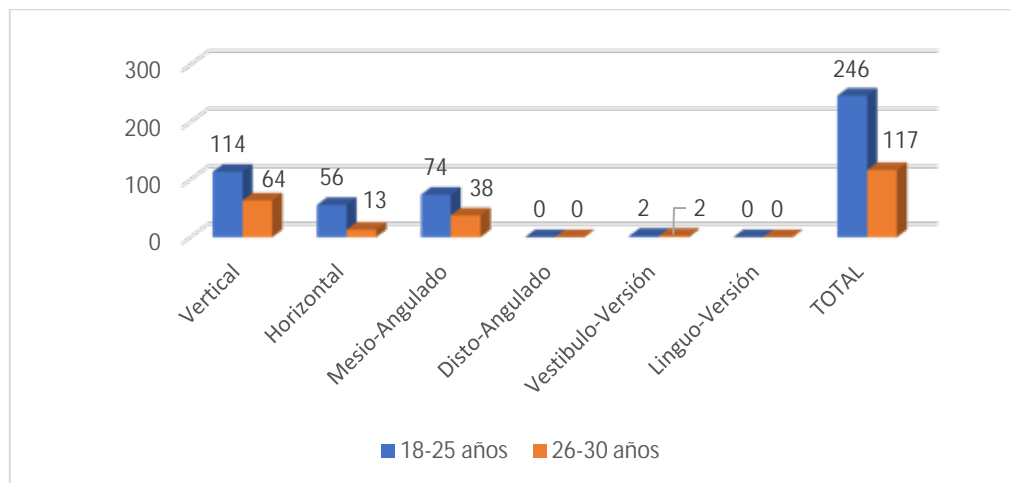
**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Winter por edad. Periodo 2008 – 2016.**

Clasificación de Winter	N	EDAD 18-25 años		EDAD 26-30 años	
		n	%	n	%
Vertical	178	114	64.04%	64	35.96%
Horizontal	69	56	81.16%	13	18.84%
Mesio-Angulado	112	74	66.07%	38	33.93%
Disto-Angulado	0	0	0%	0	0%
Vestibulo-Versión	4	2	50%	2	50%
Linguo-Versión	0	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>246</b>	<b>67.77%</b>	<b>117</b>	<b>32.23%</b>

Fuente: Mendes (2017).

**GRÁFICO 1**

**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Winter por edad. Periodo 2008 – 2016.**



**Fuente: Mendes (2017).**

### **Análisis e Interpretación TABLA 1:**

A través de la tabla 1, según el rango de edad, se puede ver como de un total de 363 pacientes existe una prevalencia en las edades comprendidas entre 18 a 25 años con un 67.77% respecto al rango de 26 a 30 años que representa un 32.23%.

Entonces, al establecer la prevalencia de estos pacientes según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Winter por edad, se evidencia que:

Se evidencia prevalencia de la posición vertical sobre las demás con 178 casos distribuidos 114 en el rango de 18 a 25 años y 64 en el rango de 26 a 30 años.

En la posición vertical, horizontal y mesio-angulado, prevalece el rango comprendido entre los 18 a 25 años, donde la posición vertical de 178 casos se presentó en este grupo con un 64.04%, la posición horizontal de 69 casos se manifestó en éste en un 81.16% y la posición mesio-angulado de 112 casos representó un 66.07% en este grupo etario.

Por su parte, la vestibulo-versión se presentó en 4 pacientes, 2 (50%) en el rango de 18 a 25 años y 2 (50%) en el grupo de 26 a 30 años.

No se reportaron casos disto-angulados ni en linguo-versión.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en el estudio de Ribeiro y cols (2009), en donde al establecer la prevalencia según el rango de edad determinan que el grupo entre 20- 25 años, fueron los que se encontraron con mas frecuencia.

**TABLA 2**

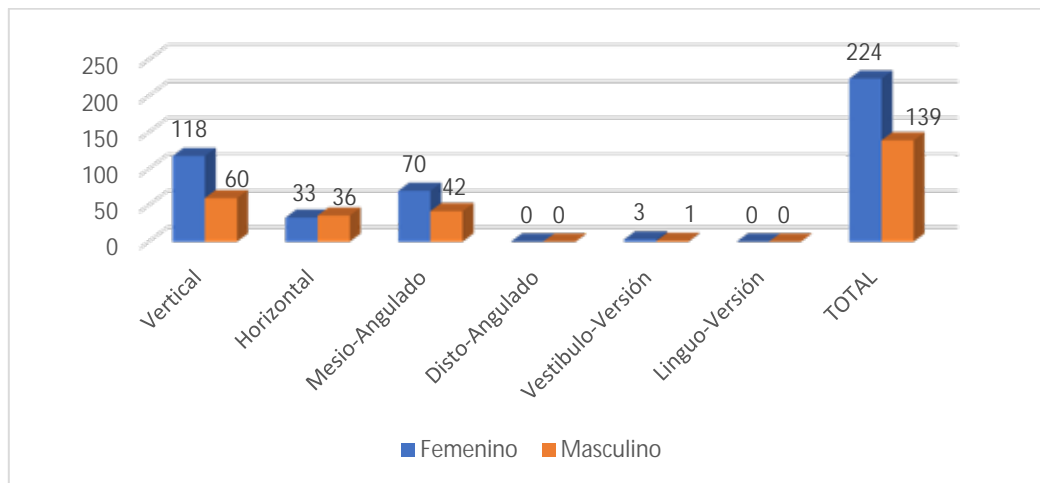
**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Winter por sexo. Periodo 2008 – 2016.**

Clasificación de Winter	N	SEXO Femenino		SEXO Masculino	
		n	%	n	%
<b>Vertical</b>	<b>178</b>	118	66.30%	60	33.70%
<b>Horizontal</b>	<b>69</b>	33	47.83%	36	52.17%
<b>Mesio-Angulado</b>	<b>112</b>	70	62.5%	42	37.5%
<b>Disto-Angulado</b>	<b>0</b>	0	0%	0	0%
<b>Vestibulo-Versión</b>	<b>4</b>	3	75%	1	25%
<b>Linguo-Versión</b>	<b>0</b>	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>224</b>	<b>61.71%</b>	<b>139</b>	<b>38.29%</b>

Fuente: Mendes (2017).

**GRÁFICO 2**

**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Winter por sexo. Periodo 2008 – 2016.**



Fuente: Mendes (2017).

## **Análisis e Interpretación TABLA 2.**

En relación al sexo, de 363 pacientes se evidencia una prevalencia del sexo femenino con 224 casos (61.71%), mientras que el sexo masculino constituye 139 casos (38.29%).

De igual forma, al establecer la prevalencia por sexo de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Winter se evidencia que:

En los casos con posición vertical, prevalece el sexo femenino con 118 pacientes que constituyen un 66.30%, mientras que el sexo masculino se presenta en 60 casos que constituyen 33.70%.

En los casos con posición horizontal, prevalece el sexo masculino con 36 pacientes que constituyen un 52.17%, mientras que el sexo femenino se presenta en 33 casos que constituyen 47.83%.

En los casos con posición mesio-angulado, prevalece el sexo femenino con 70 pacientes que constituyen un 62.5%, mientras que el sexo masculino se presenta en 42 casos que constituyen 37.5%.

Por su parte, los casos con vestíbulo-versión, prevalece el sexo femenino con 3 casos que constituyen 75%, mientras que en el sexo masculino se presenta 1 caso que constituye un 25%.

No se reportaron casos disto-angulados ni en linguo-versión.

Estos resultados concuerdan con los presentados en el estudio de Moran y cols (2012) y Ribeiro y cols (2009) en donde en ambos casos establecen prevalencia del sexo femenino en su muestra de estudio.

**TABLA 3**

**Prevalencia de terceros molares inferiores de acuerdo a clasificación de Winter según el lado de ubicación de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad**

**José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.**

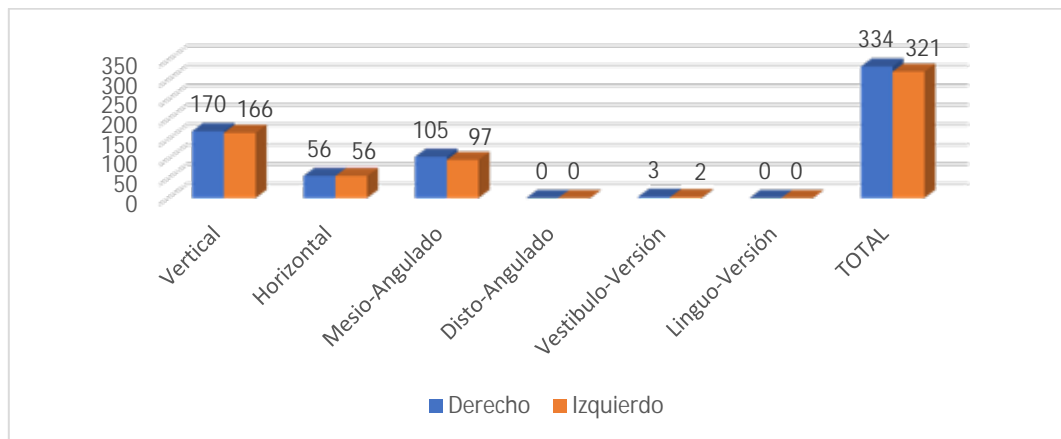
Clasificación de Winter	N	UBICACIÓN Derecho		UBICACIÓN Izquierdo	
		n	%	n	%
<b>Vertical</b>	<b>336</b>	170	50.60%	166	49.40%
<b>Horizontal</b>	<b>112</b>	56	50%	56	50%
<b>Mesio-Angulado</b>	<b>202</b>	105	51.98%	97	48.02%
<b>Disto-Angulado</b>	<b>0</b>	0	0%	0	0%
<b>Vestibulo-Versión</b>	<b>5</b>	3	60%	2	40%
<b>Linguo-Versión</b>	<b>0</b>	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>655</b>	<b>334</b>	<b>50.99%</b>	<b>321</b>	<b>49.01%</b>

**Fuente: Mendes (2017).**

**GRÁFICO 3**

**Posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a clasificación de Winter según el lado de ubicación de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad**

**José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.**



**Fuente: Mendes (2017).**

### **Análisis e Interpretación TABLA 3**

Al establecer la prevalencia de posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a clasificación de Winter según el lado de ubicación no se toman como referencia o base la cantidad de pacientes o historias clínicas evaluadas, sino la cantidad de terceros molares inferiores presentes en estos: esto debido a casos en los que un paciente presentó no uno sino dos terceros molares inferiores, el derecho y el izquierdo.

En este sentido se tiene un total de 655 terceros molares inferiores, de los cuales se registra una mayor prevalencia de la posición vertical con 336 casos de los cuales 170 (50.60%) se encontraron en el lado derecho y 166 (49.40%) del lado izquierdo.

Seguidamente, la posición mesio-angulada con 202 terceros molares inferiores de los cuales 105 (51.98%) se encontraron en el lado derecho y 97 (48.02%) del lado izquierdo.

Luego, en la posición horizontal se encontraron 112 terceros molares inferiores, los cuales se encontraron en igual prevalencia en ambos lados con 56 (50%) respectivamente en el derecho e izquierdo.

Por último, se reportan 5 terceros molares inferiores en vestibulo-versión en donde 3 (60%) se encontraba en el lado derecho y 2 (40%) en el izquierdo.

No se reportaron casos disto-angulados ni en linguo-versión.

En relación a estos datos, Palacios Colán (2014) establece que la posición según Winter mas prevalente en ambos lados es la vertical y la mesio-angulada. Mientras que, Morales y cols (2012), establecen prevalencia de la posición mesio-angulada sobre las demás.

**TABLA 4**

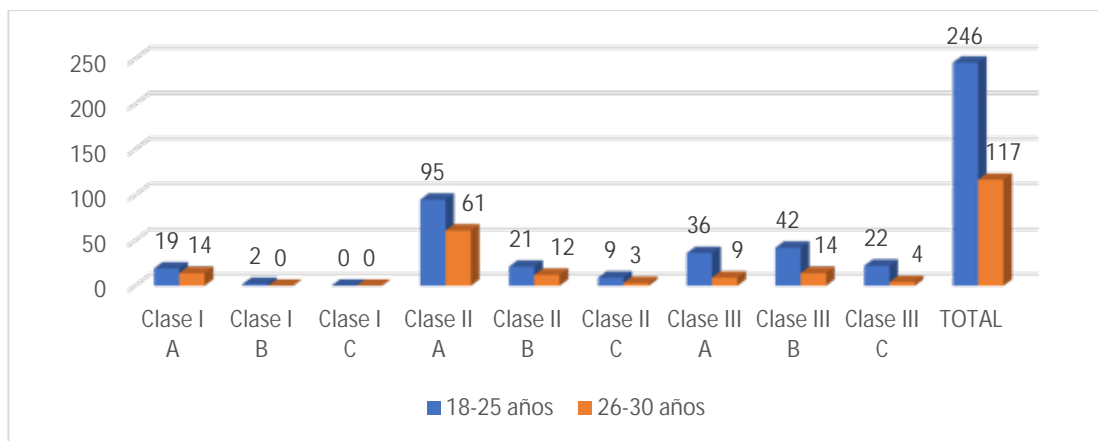
**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory por edad. Periodo 2008 – 2016.**

Clasificación de Pell y Gregory	N	EDAD 18-25 años		EDAD 26-30 años		
		n	%	n	%	
Clase I	A	33	19	57.58%	14	42.42%
	B	2	2	100%	0	0%
	C	0	0	0%	0	0%
Clase II	A	156	95	60.90%	61	39.10%
	B	33	21	63.64%	12	36.36%
	C	12	9	75%	3	25%
Clase III	A	45	36	80%	9	20%
	B	56	42	75%	14	25%
	C	26	22	84.62%	4	15.38%
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>246</b>	<b>67.77%</b>	<b>117</b>	<b>32.23%</b>	

Fuente: Mendes (2017).

**GRÁFICO 4**

**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory por edad. Periodo 2008 – 2016.**



**Fuente: Mendes (2017).**

**Análisis e Interpretación TABLA 4:**

De acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory se observa mayor prevalencia de casos clase II posición A con 156, de los cuales 95 (60.90%) pertenecían al grupo de 18 a 25 años y 61 (39.10%) al grupo de 26 a 30 años.

Continuando por la clase III posición B con 56 casos, de los cuales 42 (75%) se encontraron en el grupo de 18 a 25 años y 14 (25%) en el grupo de 26 a 30 años. La clase III posición A con 45 casos, 36 (80%) de 18 a 25 años y 9 (20%) de 26 a 30 años.

La clase I posición A y clase II posición B con 33 casos respectivamente y prevalencia del grupo de 18 a 25 años en ambos casos.

Seguidos por la clase III posición C con 26 casos, clase II posición C con 12 casos, clase I B con 2 casos en donde la prevalencia de igual forma se evidencia en el grupo de 18 a 25 años de edad.

No se registraron casos clase I posición C.

Referente a estos resultados, se presentan los encontrados por Tirado Delgado (2015) en los que se determinó en 130 radiografías panorámicas en pacientes de 18 a 30 años de edad la prevalencia de la Clase II posición B. Por su parte, Palacios Colán (2014) establecen que entre los 18 y 35 años de edad la clase I posición A es la más prevalente; datos que difieren a los encontrados en esta investigación donde la clase II posición C fue la más prevalente.

**TABLA 5**

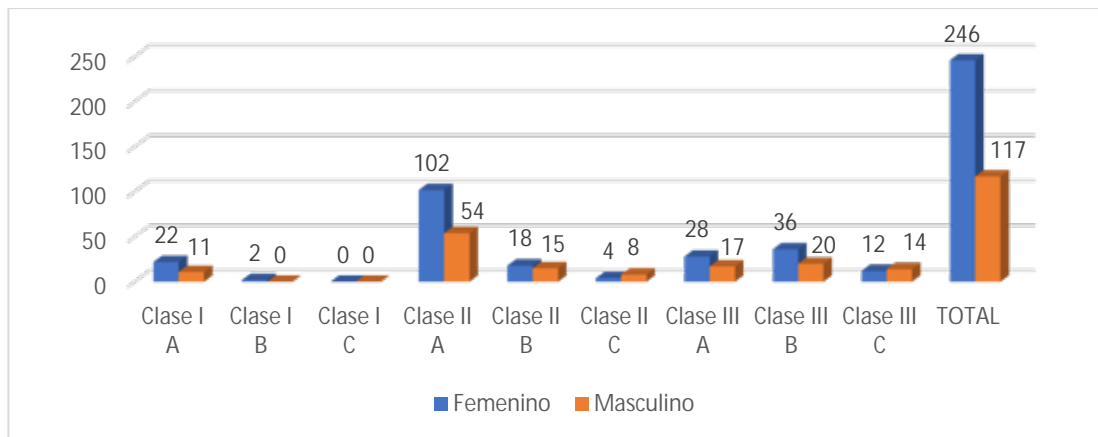
**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory por sexo. Periodo 2008 – 2016.**

Clasificación de Pell y Gregory	N	SEXO Femenino		SEXO Masculino		
		n	%	n	%	
Clase I	A	33	22	66.66%	11	33.33%
	B	2	2	100%	0	0%
	C	0	0	0%	0	0%
Clase II	A	156	102	55.38%	54	34.62%
	B	33	18	54.55%	15	45.45%
	C	12	4	33.33%	8	66.66%
Clase III	A	45	28	62.22%	17	37.78%
	B	56	36	54.29%	20	35.71%
	C	26	12	46.15%	14	53.85%
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>246</b>	<b>67.77%</b>	<b>117</b>	<b>32.23%</b>	

Fuente: Mendes (2017).

**GRÁFICO 5**

**Prevalencia de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez según la posición de los terceros molares inferiores de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory por sexo. Periodo 2008 – 2016.**



**Fuente: Mendes (2017).**

**Análisis e Interpretación TABLA 5:**

En relación al sexo, se observa prevalencia del sexo femenino sobre el masculino, en donde la clase II posición A se registra en el sexo femenino con 102 (55.38%) casos y en el sexo masculino 54 (34.62%) casos.

Continuando por la clase III posición B con 56 casos, de los cuales 36 (54.29%) fueron femeninos y 20 (35.71%) masculinos. La clase III posición A con 45 casos, 28 (62.22%) femeninos y 17 (37.78%) masculinos.

La clase I posición A y clase II posición B con 33 casos respectivamente y prevalencia del sexo femenino en ambos casos.

Seguidos por la clase III posición C con 26 casos y clase II posición C con 12 casos, en donde la prevalencia se evidenció en el sexo masculino.

La clase I B con 2 casos en donde la prevalencia se evidencia en el grupo del sexo femenino.

No se registraron casos clase I posición C.

Entonces, Tirado Delgado (2015) en los que se determinó en 130 radiografías panorámica en pacientes de 18 a 30 años de edad la prevalencia de la Clase II posición B en ambos géneros. Por su parte, Palacios Colán (2014) establecen que entre los 18 y 35 años de edad la clase I posición A es la más prevalente; datos que difieren a los encontrados en esta investigación donde la clase II posición C fue la más prevalente en ambos géneros. Datos que difieren a los encontrados en este estudio.

Ahora bien, en los estudios de Ribeiro y cols (2009) y Morales y cols (2012) establecen en su muestra de estudio prevalencia del sexo femenino sobre el masculino.

**TABLA 6**

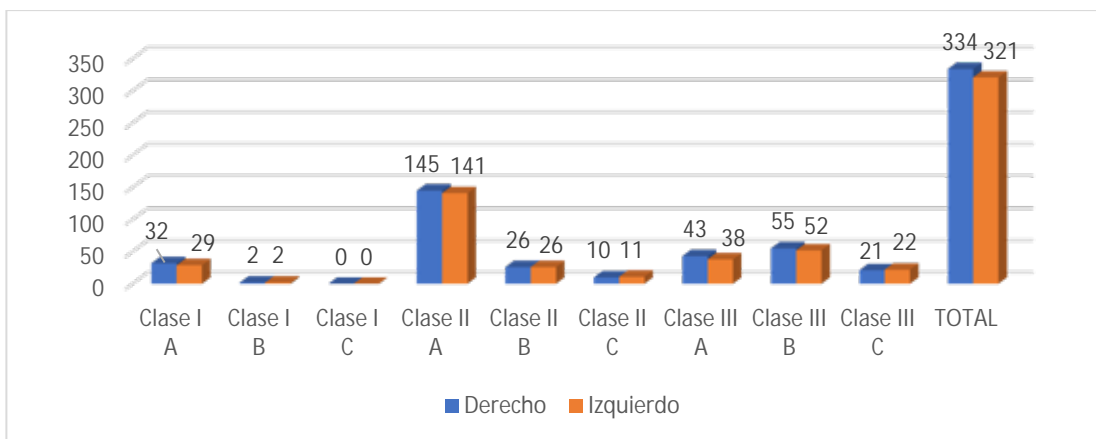
**Prevalencia de terceros molares inferiores de acuerdo a clasificación de Pell y Gregory según el lado de ubicación de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.**

Clasificación de Pell y Gregory	N	UBICACIÓN Derecho		UBICACIÓN Izquierdo		
		n	%	n	%	
Clase I	A	61	32	64.46%	29	47.54%
	B	4	2	50%	2	50%
	C	0	0	0%	0	0%
Clase II	A	286	145	50.70%	141	49.30%
	B	52	26	50%	26	50%
	C	21	10	47.62%	11	52.38%
Clase III	A	81	43	53.09%	38	46.91%
	B	107	55	51.40%	52	48.60%
	C	43	21	48.84%	22	51.16%
<b>TOTAL</b>	<b>655</b>	<b>334</b>	<b>50.99%</b>	<b>321</b>	<b>49.01%</b>	

Fuente: Mendes (2017).

**GRÁFICO 6**

**Prevalencia de terceros molares inferiores de acuerdo a clasificación de Pell y Gregory según el lado de ubicación de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.**



**Fuente: Mendes (2017).**

**Análisis e Interpretación TABLA 6:**

Se debe destacar en este análisis que, al igual que en la clasificación de Winter según el lado de ubicación del tercer molar inferior, al establecer la prevalencia de posición de acuerdo a clasificación de Pell y Gregory según el lado de ubicación no se toman como referencia o base la cantidad de pacientes o historias clínicas evaluadas, sino la cantidad de terceros molares inferiores presentes en estos: esto debido a casos en los que un paciente presentó no uno sino dos terceros molares inferiores, el derecho y el izquierdo.

En este sentido se tiene un total de 655 terceros molares inferiores, de los cuales se registra una mayor prevalencia del lado derecho con 334 en relación a 321 casos del lado izquierdo.

En este orden de ideas, se presenta mayor prevalencia de la Clase II posición A con 285 caso, de los cuales 145 se encontraron en el lado derecho y 141 en el izquierdo. Seguido por la clase III posición B con 107 casos de los cuales 55 se encontraron en el lado derecho y 52 en el izquierdo.

Es así como estos datos concuerdan con los encontrados por Ribeiro y cols (2009), en dónde según la clasificación utilizada de Pell y Gregory, existía un predominio de la posición A, Clase II en ambos lados (derecho e izquierdo).

Sin embargo, palacios Colán (2014) establece prevalencia de la clase I A para ambos lados.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

A través de los resultados obtenidos mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2008-2016 se llega a la siguiente conclusión:

- En ambas clasificaciones la prevalencia según el rango de edad, el sexo y la ubicación se encontró entre los 18 a 25 años de edad del sexo femenino en el lado derecho; en donde de acuerdo a la clasificación de Winter prevalece la posición Vertical y de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory la clase II posición A.

Se deben de valorar todos los aspectos del paciente y de la pieza a extraer antes de realizar la extracción.

En este sentido, nunca se debe de realizar la extracción de ninguna pieza sin haber tomado una radiografía panorámica y exámenes del paciente, ya que esta radiografía nos muestra la posición exacta del tercer molar, la relación que este diente tiene con sus estructuras anatómicas adyacentes, la presencia de un proceso infeccioso, entre otros. Así mismo, se recomienda crear un patrón de proyección de crecimiento de los terceros molares para determinar si la pieza erupcionará correctamente o no y si es necesaria su extracción o no. Es por esto que, se hace indispensable realizar previa a la extracción de los terceros molares inferiores un correcto diagnóstico, tomando en cuenta estas clasificaciones; ya que ellas guiarán y proporcionarán la información necesaria sobre la posición de los mismos evitando o previniendo complicaciones en el acto quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham Abramovich. (1999). *Histología y Embriología Dentaria*. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana.
- Abraham Abramovich. (1984). *Embriología de la Región MaxiloFacial*. Editorial Mundi Argentina.
- Aguiar ASW, Oliveira ACX, Martins PC, Freire ROM. (2005) Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*; 5(3): 57-64.
- Anderson B, Thompson G, Popovich F. (1975). Evolutionary dental changes. *Am J PhysAnthropol*; 43: 95-102.
- Arias F. (2006). *El proyecto de Investigación*. Introducción a la Metodología Científica. Episteme. Quinta Edición.
- Cuairán V, Gaitán L, Hernández A. (1996). Agenesia dental en una muestra de pacientes ortodónticos del Hospital Infantil de México. *Rev ADM*; 53: 211-215.
- Dias Ribeiro y cols (2009) estudian “Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory” 3 *Revista Odontológica Mexicana*. Vol. 13, Núm. 4, pp 229-233.
- Donado M. (2005). *Cirugía bucal. Patología y técnica* 3era edición. Editorial Elsevier España; Capítulo 20: pag. 385.
- Figun. (2003). *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*. 2ª Edición. Librería “ElAteneo” Editorial Buenos Aires.
- Gallas M., García A. (1994). Retenciones Dentarias y sus Manifestaciones Clínicas. Análisis de 251 pacientes. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilo Facial* Vol. 16 Nª 1. p: 208 – 16.
- García-Hernández, F., Araneda Rodríguez, P. (2009). Agenesia del tercer molar en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Antofagasta, Chile. *Int. J. Morphol.*, 27(2): 393-402.
- Garcia RR, Paza AO, Moreira RWF, Moraes M, Passeri LA. (2000) Avaliação radiográfica da posição de terceiros molares inferiores segundo as

- classificações de Pell & Gregory e Winter. Rev Fac Odont Passo Fundo; 5(2): 31-6.
- Gay Escoda, Cosme. (2004). Tratado de cirugía bucal tomo 1. Editorial Ergon; capítulo 12: pág. 356 – 385
- Gómez De Ferraris María. (2002). Histología y Embriología Buco Dental. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana.
- Grandini, S; Verry, R; Stivanin, D. (1996). “Estudo da incidencia dos dentes inclusos”. Revista Associacao Paulista de cirugioes Dentistas. Vol 20 Nª 3.
- Hattab FN, Rawashdeh MA, Fahmy MS. (1995) Impaction status of third molars in Jordanian students. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod; 79(1): 24-9.
- López J. García. (1991) Cirugía Oral. 1ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México D.F.
- Marzola C, Comparin E, Toledo-Filho JL. (2006) Third molars classifications prevalence in the cities of Cunha Porã, Maravilha and Palmitos in the northwest of Santa Catarina state in Brazil. Rev Odonto Ciência; 21(51): 55-66
- Medeiros, P. (2006). Cirugía de dientes incluidos. Extracción del tercer molar. Editorial Amolca; capítulo 4: pág. 32
- Morales B, Rocha M, Acosta A, Juárez A. (2012). Clase, tipo y posición de 9148 quitan terceros molares en 3206 pacientes: un estudio retrospectivo. Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 17 (3): 447- 51.
- Palacios Colán (2014). Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012. Tesis. Escuela de Odontología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Raspall, G. (1994). Cirugía Oral. Editorial Panamericana.
- Raspall, G. (2006). Cirugía oral e implantología. Editorial panamericana; capítulo 5: pág. 103
- Reyes Velázquez Joel Omar. (2012). Clasificación de los terceros molares retenidos. Odont Moder; 8(90):8

- Ricketts R. (1976). Third molar enucleation diagnosis and techniques. Journal California Dental Association; 44: 52-57.
- Sampieri, Collado y Baptista. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. Quinta Edición.
- Sandhu S, Kaur T. (2005) Radiographic Evaluation of the status of third molars in the Asian-Indian students. J Oral Maxillofac Surg; 63(5): 640-5.
- Stafne E, Gibilisco J. (1975). Oral roentgenographic diagnosis. 4<sup>a</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Company; p. 28-31.
- Tirado Delgado (2015). Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de pell y gregory con relación al factor género en el hospital central fap. Tesis. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vasconcellos RJH, Oliveira DM, Moreira MD, Fulco MHM. (2002) Incidência dos terceiros molares retidos em relação à classificação de Winter. Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Fac; 2(1): 43-7.

## **ANEXOS**

### Sistema de Operacionalización de Variables

Objetivo General	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Items
Determinar la prevalencia de posición de los terceros molares inferiores según la clasificación de Winter y Pell y Gregory en los pacientes del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Periodo 2008 – 2016.	Características epidemiológicas	Son rasgos, cualidades, propiedades de la persona, que por tener alguna relación con una enfermedad, tienen interés epidemiológico ya que individuos con ciertas características pueden tener mayor o menor probabilidad de padecer una condición o enfermedad.	Edad  Sexo	18 – 25 años 26 – 30 años  Femenino – Masculino	1  2
	Ubicación del tercer molar	División vertical en partes iguales de la mandíbula observada en la radiografía panorámica	Lado de la arcada dental	Derecho  Izquierdo	3
	Posición de los terceros molares inferiores	Ubicación del tercer molar inferior con respecto al hueso mandibular (rama de la mandíbula) y segundo molar inferior.	Winter	Vertical Mesio-angulado Disto-angulado Horizontal Vestíbulo versión Linguo versión	4
			Pell y Gregory	Clase I Clase II Clase III Posición a Posición b Posición c	5



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.  
 MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.  
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.  
 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**PREVALENCIA DE POSICIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER Y PELL Y GREGORY EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.**

**PERIODO 2008 – 2016.**

Br. Mendes Romario

**Guía de Observación**

Paciente N°	Edad		Sexo		Ubicación del Tercer Molar		Posición según Winter						Posición según Pell y Gregory					
	18-25	26-30	femenino	Masculino	Derecho	Izquierdo	Vertical	Horizontal	Mesio-angulado	Disto-angulado	Vestibulo-versión	Linguo-versión	Clase I	Clase II	Clase III	Posición a	Posición b	Posición c

