



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

**PREVALENCIA DE AGENESIA Y DESARROLLO DE LOS TERCEROS
MOLARES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autores: González, Diego 20625537
Vera, Joykel 21213890

San Diego, abril 2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE AGENESIA Y DESARROLLO DE LOS TERCEROS
MOLARES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Odontólogo

Autores: González, Diego
Vera, Joykel

Tutor: Graciela Carvallo

Tutor: Rodrigo Pino



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES

Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Vera Guerrero	Joykel Jesus	21.213.890
Direccion: Tulipanes de San Diego - Carabobo		Teléfono: 0412-4804074

DATOS ACADÉMICOS

Escuela: Odontología	Indice Académico
----------------------	------------------

DATOS DEL PROYECTO DE GRADO

Autor

Nombre	Diego Orlando Gonzalez Ramirez Joykel Jesus Vera Guerrero	Teléfono: 0414-4455970 0412-4804074
---------------	--	---

Título Del Trabajo: PREVALENCIA DE AGÉNESIA Y DESARROLLO DE LOS TERCEROS MOLARES

Breve Explicación: : Evaluar la prevalencia de la Agenesia y desarrollo de los terceros molares en los pacientes atendidos en el área de cirugía de La Universidad José Antonio Páez. Como referente de la evolución de la estructura ósea del ser humano

Lugar Donde Se Desarrolló El Proyecto: "Univesidad Jose Antonio Paez"

Tiempo De Desarrollo: periodo abril-mayo del 2017

Tutor Académico Propuesto: Profesor Rodrigo Pino

APROBADO: **NO APROBADO:**

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Evy Weffer [Firma] 23/06/2017
NOMBRE FIRMA FECHA

NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA



T. Misay J. F.
29/6/17



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Dra. Graciela Carvallo portador de la cédula de identidad N° _____, en mi carácter de tutor acepto el trabajo de grado presentado por los ciudadanos González, Diego y Vera Joykel, portadores de las cédulas de identidad N° _____ y _____ respectivamente, el cual lleva por título **PREVALENCIA DE AGENESIA Y DESARROLLO DE LOS TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ** 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 6 días del mes de junio del año 2017.

Rodrigo Pino



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

**PREVALENCIA DE AGENESIA Y DESARROLLO DE LOS TERCEROS
MOLARES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autores: González, Diego
Vera, Joykel

Tutor:

Fecha: Junio, 2017

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en la Universidad José Antonio Páez, en el área de Cirugía, con la finalidad de hacer un estudio a profundidad que diera base para establecer la prevalencia de la agenesia y desarrollo de los terceros molares en pacientes de edades comprendidas de 18 a 25 años respectivamente que acuden a la institución. Se revisaron 150 historias clínicas durante el período 2017-1 seleccionando de ellas, los pacientes que presentaron agenesia. Se concluyó que la agenesia de los terceros molares fue más frecuente en el sexo femenino con 55.4%, principalmente en las edades de 21 y 23 años, siendo la oligodoncia, o ausencia de varios dientes, lo más frecuentes con 44% atribuidos en mayoría a causas congénitas familiares

Descriptor: Agenesia, oligodoncia, terceros molares

Contenido	p.p
Introducción	
CAPITULO I	9
Planteamiento del problema.....	9
Formulación de Hipótesis.....	11
Objetivo General.....	12
Objetivos específicos.....	12
Justificación.....	13
CAPITULO II	16
Marco Teórico.....	16
Antecedentes.....	16
Bases Teóricas.....	19
CAPITULO III	41
Marco Metodológico.....	41
Tipo de Investigación.....	41
Nivel de la Investigación.....	41
Población y Muestra.....	43
Técnicas e instrumentos.....	44
Validez y Confiabilidad.....	44
CAPITULO IV	45
Resultados.....	45
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	56
Referencias Bibliográficas	57

INTRODUCCIÓN

El tercer molar también llamado cordal, "muela del juicio" o de la sabiduría, en latín *molaris tertius* o *dens serotinus*, es un órgano dental que erupciona durante el inicio de la vida adulta. Éste se localiza en la parte posterior en el ángulo mandibular y en el maxilar superior está situado en la tuberosidad. Su formación y posición en la arcada es muy variable, frecuentemente causa patologías de erupción y se ha asociado con ciertas maloclusiones y patologías.

La especie humana moderna presenta una disminución en el tamaño de las arcadas dentales debido a diversos factores, entre los más relevantes está el hecho de comer alimentos más blandos y procesados. Existe una reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes; así el tercer molar presenta una erupción más retrasada cada vez, e incluso, puede estar ausente por falta de formación (agenesia). Esta ausencia aún no es relevante en la mayoría de los individuos, sin embargo, denota una progresiva evolución de la especie humana a pesar de las implicaciones odontológicas que esto presenta. Es por ello que mientras para unos es considerada una disminución de la potencia vital, para otros es un signo de hiperevolución.

El presente trabajo es una muestra de la incidencia de la agenesia en los pacientes que se atienden en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), con la finalidad de sentar bases en futuras investigaciones con respecto a este importante suceso en la humanidad.

El mismo está dividido en cuatro (4) capítulos, que se desarrollaron de la siguiente manera:

Capítulo I, que enmarca el planteamiento del problema visto en la UJAP en relación al tema de la agenesia en terceros molares; se realizó la formulación del problema y los

objetivos, general y específicos de la investigación. El segundo Capítulo copila la información necesaria para el Marco Teórico, haciendo referencia con los antecedentes a tomar en cuenta, y las bases que sustentan la investigación así como la definición de términos de la misma.

Para el Capítulo III se hace referencia al marco metodológico requerido, explicando el Tipo y Nivel de la investigación, junto a la población y muestra referida, además de los instrumentos que se utilizaron en el desarrollo de la misma. Por último el capítulo IV se hizo un análisis de los resultados así como las conclusiones de la investigación así como también las recomendaciones de la misma.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evolución de la especie humana, es una evidencia notable a través de las generaciones, basados en las referencias conocidas desde las prehistóricas hasta la actualidad. Las características de los antepasados, son totalmente diferentes a las que se presentan actualmente, se han cambiado costumbres y medios de vida, en los últimos cien años se han visto manifestaciones más notorias de los desarrollos de la humanidad, hay cambios notorios existentes en su crecimiento facial y craneal. Abarcando un campo más estricto y más interesante para nosotros, el hombre actual; en estos procesos no se escapan las dentaduras, cuya relevancia se centra en una función muy importante para el ser humano, que es masticar y triturar los alimentos. Estudiando la evolución humana, se ha podido notar que su dentadura ha manifestado significativos cambios a lo largo de la historia

A pesar de existir rasgos elementales que se han mantenido a lo largo de la existencia humana, existen algunos (tanto físicos como psíquicos) y cómo el desarrollo del sujeto varía a lo largo del tiempo, permitiendo potenciar o anular ciertos caracteres (maduración) ocurridos en el transcurso de las diversas fases de su existencia (crecimiento). Tanto la maduración como el crecimiento son procesos altamente relacionados a factores genéticos y ambientales. A pesar de la importancia y de la gran influencia que presentan los factores genéticos, también es sabido que existen lazos en el proceso de crecimiento, que pueden, y de hecho son modificados por caracteres del medio ambiente: nutrición, clima, geografía, status social lo que origina la propia individualidad y personalidad de cada ser humano.

De ahí, la complejidad de un estudio íntegro, que incluya todos los factores que incidan en el proceso evolutivo o adaptativo del ser humano. Sin embargo, el individuo en desarrollo experimenta cambios particulares y característicos, que permiten observar cómo el estudio del crecimiento y maduración constituye una evidente inquietud de distintos

investigadores a través del tiempo, llevados por un afán cada vez mayor de conocimiento y cautivados por esa delicadeza de acontecimientos que ocurren en el transcurso de la vida. Este proceso de crecimiento se manifiesta en todas y cada una de las estructuras, tejidos, sistemas, órganos y cavidades del niño, entre ellas la cavidad bucal y el complejo dentario.

Algunos autores destacados en la evolución humana se basan en la presunción de que los maxilares han ido disminuyendo su tamaño, en tanto que las dimensiones dentarias permanecen relativamente iguales que en los orígenes, probablemente como resultado de una reducción evolutiva en el tamaño corporal genéticamente determinado.

Los seres humanos de la prehistoria utilizaban los terceros molares para ayudarse a masticar las raíces, la carne cruda y otros alimentos duros. Pero con el paso del tiempo, nuestra dieta cambió y pasamos a ingerir comidas más blandas, es por ello que se presume que han ido desapareciendo estos de la cavidad dental de las nuevas generaciones

Es importante señalar también que la evolución de los hábitos alimenticios ha contribuido a modificar el tamaño de los maxilares, siendo marcado este cambio a nivel mandibular, según expresa García F. (2009) esto es un aspecto evolutivo del Homo Sapiens Sapiens que se confirma por la disminución progresiva del espacio retromolar entre el borde anterior de la rama y la cara distal del tercer molar.

Ante esta situación de manifestación de no erupción de estos molares, siempre ha existido polémica entre cirujanos maxilofaciales y ortodoncistas sobre si los terceros molares retenidos provocan apiñamiento o no, y también sobre la necesidad de tratamiento quirúrgico. Es por ello que la situación de los terceros molares y las complicaciones existentes antes y después de su odontectomía, muchas veces necesaria.

Al igual que otras estructuras como los dedos, las vértebras, las costillas; los dientes tienen una pronunciada tendencia de sufrir agenesia; de éstos se ha ido notando una tendencia a la desaparición o no erupción de los terceros molares, ya sea por alguna imputación, retención o inclusión. Los terceros molares son piezas que por su ubicación en la arcada dentaria, en especial los inferiores, es más, para algunos autores que han realizado investigación en odontología consideran los cordales como órganos vestigios.

La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18-25 años), por ese motivo se le denomina “muela del juicio”, “molar de la cordura” o “cordal”. Ese nombre es atribuido a Hieronimus Cardus, quien habló de “dens sensus et sapientia et intellectus” en clara referencia a la edad que suele erupcionar. La edad media de erupción de los terceros molares en los varones es de 19,9 años y de 20,4 años en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años.

Los terceros molares son los dientes que ocupan el octavo lugar a partir de la línea mediana dental de cada hemiarcada en la dentición permanente, y generalmente presentan alguna condición anómala como son: morfología radicular variable, problemas de erupción, ausencia congénita, entre otros. Dentro de estas condiciones, la agenesia es un fenómeno común y su prevalencia varía entre razas. Otras posibles causas pueden explicarse con base en su origen genético.

Específicamente, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez, los estudiantes de Odontología que realizan prácticas de clínica integral desde el sexto año de la carrera, con el objetivo de ir relacionando las teorías con la praxis odontológica, accediendo así, a un eficiente aprendizaje; esto permite conocer, en gran medida, diferentes casos que pueden presentarse en el área. Una de las prácticas más frecuentes son las cirugías de extracción de los terceros molares, debido a que en ocasiones pueden producir apiñamiento, e incluso molestias en los pacientes.

Cabe destacar que, antes de cualquier procedimiento quirúrgico es necesario una evaluación radiográfica para determinar la posición de éstos molares; es con esta herramienta diagnóstica, con la que se evalúa el procedimiento quirúrgico apropiado; no obstante, en ciertas ocasiones, aún y cuando la edad sugiere que dichas unidades dentales deberían estar presentes, los mismos están ausentes, lo que se asume como agenesia de terceros molares, mientras que en otras oportunidades, estos pueden visualizarse pero en un período tardío de desarrollo.

Partiendo de estas observaciones y conociendo la historia evolutiva del desarrollo de

los molares, la ausencia de los mismos, o la falta de desarrollo, presume un cambio significativo en los procesos de maduración de los seres humanos y por ende en el proceso evolutivo del ser humano actual; tomando en cuenta la presencia de esta agenesia e incluso un deficiente desarrollo de los terceros molares en los pacientes entre 13 y 25 años que se atienden en el área de cirugía de la UJAP período 2017-1, se plantean las siguientes incógnitas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué tan frecuentemente se presenta la agenesia, en los pacientes de cirugía de la facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez?

¿Cuál es el estadio de desarrollo en el cual se encuentran los terceros molares?

1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo de la Investigación

Determinar la prevalencia de agenesia y desarrollo de los terceros molares en pacientes entre 18 y 25 años, atendidos en el área de Cirugía de La Universidad José Antonio Páez período 2017-1.

1.3.2. Objetivos Específicos

.-Identificar la agenesia genética de los terceros molares en pacientes entre 18 y 25 años pacientes entre 18 y 25 años, atendidos en el área de Cirugía de La Universidad José Antonio Páez período 2017-1..

.-Clasificar el estadio de desarrollo de los terceros molares de los pacientes que asisten al área de Cirugía de la UJAP durante, 2017-1.

.- Establecer la frecuencia de la agenesia y estadios de desarrollo de los terceros en los pacientes según edad y sexo de Cirugía de La Universidad José Antonio Páez período 2017-1.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A lo largo de la historia se ha notado que los terceros molares causan una serie de molestias a las personas en su desarrollo dentro arco molar del ser humano; la formación de estos molares es el más lento de todas las piezas dentarias, siendo su eclosión la última evidenciarse, trayendo consigo incomodidades físicas, apiñamiento de los dientes, entre otros; generalmente estos factores hacen necesaria la extracción de los mismos; para lo cual se evalúa la posición y el estadio de posición del mismo; sin embargo, en el momento de hacer esta evaluación se observa, en algunos casos una anomalía en la misma, como lo es, la ausencia de uno o más de estos.

El proceso evolutivo del ser humano refiere una relevancia significativa para los odontólogos; tomando en cuenta los resultados importantes del estudio de Alistair Evans (2014) en el cual expresa que “vemos una diferencia entre los primeros homínidos, llamados australopitecos, y especies en nuestro propio género *Homo*” (v.Web). *Se* ha observado un cambio específico en los dientes cerca del origen de las especies *Homo*, que probablemente se relaciona con cambios en la dieta y elaboración de los alimentos. Los dientes dicen mucho sobre la vida de nuestros antepasados y su evolución en los últimos siete millones de años, lo que permite al especialista actual determinar las posiciones, las características y la formación de los dientes en los pacientes.

En el proceso evolutivo de la dentición se observa la escasa o nula utilidad de los terceros molares; hoy día, no solo su tardía erupción sino la casi necesaria extracción corrobora que su función en los antepasados de engullir las raíces y piezas crudas está anulada por los ya mencionados cambios alimenticios, haciendo así que estos sean más una molestia que una necesidad.

En la trayectoria de los especialistas existe una frecuente necesidad de extraer los terceros molares; a pesar de no ser muy frecuente que las personas acudan por presentar dolor específico, siempre hay síntomas que llevan a comprender que es la no eclosión de los mismos lo que genera molestias en los pacientes, e incluso al salir los mismos, generalmente producen apiñamiento de los dientes, por carecer de espacio suficiente.

Debido a que producen una molestia incesante en los pacientes, y sobre todo porque no son de necesidad para los seres humanos; conociéndose a través de la historia que ha perdido su función por haber cambiado los hábitos alimenticios.

Esta agenesia de los terceros molares puede significar una razón genética favorable para las nuevas generaciones. En función a ello, se ha ido presentando una situación, poco común pero relevante de pacientes que presentan inexistencia de uno o varios de los terceros molares; generando la necesidad de hacer un estudio a profundidad que verifique este hecho como una evolución considerable en la morfología dental del ser humano.

Como evidencia de la evolución constante del ser humano no solo a nivel psicológico y social sino también a nivel físico, se maneja así entonces la teoría ya expuesta por el investigador Alistair Evans cuya investigación confirma “que los molares, incluidas el tercero, proporcionan información que hace que se pueda predecir el tamaño de dichos dientes” el investigador denomina estos hallazgos una cascada inhibitoria –una regla que muestra cómo el tamaño de un diente afecta a las dimensiones del que le sigue.

Esto es importante porque indica que la evolución de estas piezas en la especie humana ha sido mucho más simple de lo que los científicos habían pensado previamente. La regla de la cascada inhibitoria nos muestra un patrón predeterminado de desarrollo que funciona para todos los homínidos, por lo que se puede saber mejor cómo han cambiado los tamaños de los dientes en la historia evolutiva, presentando evidencia en esta generación reciente de jóvenes entre 13 y 25 años, que están presentando una agenesia genética de estos molares.

La agenesia, a pesar de ser una anomalía, puede significar una evolución relevante en la formación dentaria de la humanidad, prestando evidencia en las generación actual de jóvenes entre 13 y 25 años; sin embargo, aún no se evidencia de forma concreta este hecho de formación dentaria, por lo cual se hace necesaria la profundización en este tema como aporte investigativo.

No solo con el fin de cumplir un requisito académico, sino también con el esmero de dar aportes significativos que evidencien la relevancia de los estudios exhaustivos

durante la carrera y futura práctica de Odontología, se promueve este estudio como un aporte en relación a las características presentes de la dentadura humana, con sus más recientes avances evolutivos, que aún no son totalmente consolidados, pero que resultan un descubrimiento interesante a la hora de hacer una evaluación odontológica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

La agenesia o anodoncia parcial es la ausencia congénita de uno o más dientes, asociada a síndromes, desórdenes genéticos únicos o aislados; presume una significativa evolución de la fisionomía humana, sin embargo, no hay evidencia concreta de ésta, precisamente por no estar presente en su totalidad en las actuales generaciones, observándose solo algunos casos con referencia a una condición genética específica; sin embargo en la intención de presentar evidencia más concreta se han realizado diversas investigaciones al respecto entre las que se tienen las siguientes

2.1 Antecedentes

El más reciente trabajo encontrado fue realizado por **Sánchez Diana en el año 2016. Con el título “Impactación y agenesia de terceros molares en Nuevo León y Chiapas, México”**. La investigación tuvo como objetivo comparar la impactación de los terceros molares en dos poblaciones distintas en el país, una población urbana del norte de México (Monterrey, Nuevo León) donde la población es en su mayoría de origen europeo y mestizo, y una población rural del sur del país (San Cristóbal de las Casas, Chiapas) predominantemente de origen Maya. En este estudio experimental, descriptivo y comparativo se analizaron un total de 180 estudiantes voluntarios e informados, 100 estudiantes de la Facultad de Odontología de la UANL y 80 de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en ambos casos 50% de hombres y 50% de mujeres, presentaban un rango de 18 y 23 años de edad.

Este estudio se demostró que no existen diferencias significativas en cuanto a la impactación de los terceros molares y agenesia de éstos entre ambas muestras. El mismo da la base a la presente investigación, debido a concretar que la agenesia genética, no va relacionada con la clase social ni la morfología física, ni en el estatus social del paciente; el género o fisionomía según la región no determina la agenesia de los terceros molares,

representando esto un reto para la investigación que proporcione un aporte a la significancia evolutiva de la ausencia de los mismos.

Herrera, José en el año 2013 presentó un estudio sobre **“Agnesia de Terceros Molares, Prevalencia, Distribución y Asociación con otras Anomalías Dentales”**. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y distribución de agnesia de terceros molares así como establecer su asociación con otras anomalías dentales en una población ortodóntica. La muestra incluyó 670 pacientes ortodónticos de 9 a 20 años de edad. Se excluyeron pacientes con tratamiento ortodóntico previo y condiciones sindrómicas.

Se calculó la prevalencia de agnesia de terceros molares y se comparó por sexo. El 41,95% de los pacientes del grupo de agnesia presentó anomalías asociadas, mientras que en el control fueron el 23,59%. Se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0,0001$). Al comparar individualmente la prevalencia de cada anomalía por grupo, se encontró que la agnesia ($p=0,0001$) y los dientes retenidos ($p=0,015$) estaban disminuidos significativamente en el grupo control. En conclusión se encontró una prevalencia del 25,97%, sin preferencia de sexo. Los pacientes con agnesia de terceros molares presentan mayor prevalencia de anomalías dentales asociadas, particularmente agnesia de otros dientes y dientes retenidos.

Las anomalías dentarias, unas más problemáticas que otras, pueden ser indicadores de agnesias y esto resulta también un estudio útil que complementa el diagnóstico de una agnesia de terceros molares en el presente trabajo. Este factor encontrado en la investigación refiere un importante aporte al trabajo presentado, comprobando que la agnesia de los terceros molares también puede traer complicaciones de otro índole en la evolución, presentando así la necesidad de un estudio exhaustivo de la frecuencia de la agnesia y estadios de desarrollo de los terceros en los pacientes según edad y sexo.

En ese mismo año, otro estudio resaltado para la investigación fue el de Lázaro Erika **“Prevalencia de agnesia y desarrollo del tercer molar en una población de pacientes de 9 a 12 años del posgrado de odontopediatría de la UANL”**. El objetivo general fue identificar la prevalencia de agnesia del tercer molar en niños que asisten a

consulta en el posgrado de Odontopediatría de la UANL. En la investigación, se estudiaron las anomalías de número en cuanto a defecto así como el grado y proceso de maduración del tercer molar. Los niños que acudieron al posgrado de Odontopediatría de la UANL, se les realizaron la correspondiente historia clínica consistente en la toma de datos personales de filiación y en una historia médica consultando los antecedentes personales y familiares así como el estado actual, posibles alergias, medicación, dieta y posteriormente se procedió a la exploración buco-dental. Se les realizaron las radiografías convencionales necesarias para la historia clínica, y se solicitaron la toma de RX panorámica.

Después de observar los resultados, se llegó a las siguientes conclusiones: -Existe mayor agenesia en el género femenino (28.22%-27.42%) sin diferencia estadística significativa al 95%. -Del total de agenesias 34.68% correspondían a maxilar, y 20.96% a la mandíbula. -27.42% fueron agenesias derechas con 34 casos y 28.22% agenesias izquierdas correspondientes a 35 casos. -El tercer molar superior izquierdo es el órgano dentario con mayor porcentaje de agenesia correspondiente al 17.74%.

Los antecedentes familiares, de pacientes con agenesias dentarias, no solo de los terceros molares, pueden ser también un factor coadyuvante a que la agenesia del tercer molar se dé, por eso esta relación será considerada para la investigación. Este trabajo verifica la alta probabilidad de que la agenesia de los terceros molares tiene su mayor base en la genética que presenta las generaciones más jóvenes; por ello la indagación genética de la historia clínica del paciente en la búsqueda de confirmar la evolución genética de la dentadura.

Otro estudio realizado sobre el tema es el de Botina C. quien en el 2012 realizó una investigación sobre “**Frecuencia de agenesias de terceros molares: relación con el tamaño mandibular**”. El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de agenesias de terceros molares y su relación con la longitud y el ancho mandibular. Se realizó un estudio descriptivo transversal; se revisaron 220 historias clínicas de pacientes entre 14 y 20 años que tuvieran radiografías panorámica y lateral.

Se registró la agenesia de los terceros molares; se tomó la longitud mandibular sobre

el calco cefalométrico de la radiografía de perfil y el ancho mandibular sobre los modelos de estudio. Los resultados muestran que la frecuencia de agenesia de terceros molares está dentro de los porcentajes reportados. No hay una relación estadística significativa entre el tamaño mandibular y la agenesia de terceros molares. Considerar el tamaño donde van a ocupar los terceros molares resulta útil en caso de que tengamos agenesia de tres o menos terceros molares, ya que con algún otro tratamiento no quirúrgico se puede lograr solucionar el problema, por eso en relación, se debe tomar en cuenta la agenesia desde una a todas las unidades dentarias para el presente estudio.

La relevancia de la investigación en función a la que se presenta por los estudiantes, se realiza en que el conocimiento de la agenesia en el paciente entre 18 y 25 años, que han evidenciado una variación en la formación de este molar, con base a su historia clínica y referente radiográfico facilita determinar futuros tratados odontológicos en la facultad de Odontología.

En el año 2014 un estudio realizado por Anderson Idrogo sobre “ **Prevalencia de agenesia de terceros molares en pacientes de 14 a 18 años de edad en un centro diagnóstico por imágenes, trujillo, Perú**”. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la agenesia de terceros molares en pacientes de 14 a 18 años de edad en un centro de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Trujillo en el año 2014. El estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, se desarrolló en el Centro Radiográfico y Tomográfico Imágenes Rx 3D e incluyó un total de 986 radiografías panorámicas. Para la recolección de datos, cada radiografía fue registrada con código de paciente, sexo, edad, agenesia del tercer molar y tercer molar presente. Se concluyó que existe prevalencia de un 17.75% de agenesia de terceros molares sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa al 5% según género, arcada y hemiarcada. Este estudio permite a los investigadores tener una base de datos cuantica que les de origen en cuanto a la ausencia de los terceros molares de manera individual y grupal asociadonlos por su cudrante en la cavidad bucal.

2.1.2. Bases Teóricas

Para poder realizar una investigación a profundidad, se hace referencia a los diferentes referentes teóricos que van a sustentar las misma, en primera instancia se debe definir la agenesia en función a los terceros molares.

Todos aquellos trastornos en el desarrollo y crecimiento del órgano dentario que traen como consecuencia modificaciones en el volumen, forma, posición, erupción y/o en la estructura de las piezas dentarias, tomando como término comparativo normal los valores estadísticamente más frecuentes en la especie. Pueden presentarse simples o aisladas, o en grupos dentarios, o pueden asociarse a anomalías de los maxilares, o integrar síndromes como enfermedades óseas complejas congénitas y/o adquiridas.

Éstas pueden ser fácilmente vinculadas a diferentes etiologías, tales como avitaminosis, procesos infecciosos, administración de medicamentos, factores locales y/o generales. De igual manera, pueden ser utilizadas como variables de herencia cruzada. Existe una franja de individuos que a causa de noxas de orden genético, congénito, infeccioso, traumático o de otro origen, que pueden actuar durante el período prenatal, perinatal o posnatal, sufren distintos daños en la conformación de sus organismos, que determinan alteraciones entre las que se pueden explicar cómo más reconocidas:

Hipoplasias Adamantinas (HA): Anomalía de estructura caracterizada por un déficit cuanti y cualitativo adamantino, generalmente acompañada de un desarrollo anormal de la dentina y frecuentes cambios, tanto en la morfología como en el volumen y color de los elementos dentarios. Son más frecuentes en la serie permanente.

Dado que es el resultado de una alteración en la producción y/o maduración de la matriz del esmalte, no es difícil establecer relaciones causales entre distintos factores sistémicos, tales como deficiencias nutricionales, estados febriles y una gran cantidad de otros agentes. La lesión hipoplásica es producida durante la formación coronaria y aparece en el momento mismo en que el desarrollo se ve alterado por el evento distrófico. Ya que

las piezas dentarias maduran durante la infancia siguiendo un patrón conocido, puede estimarse fácilmente la edad a la cual aparecen las bandas hipoplásicas. En muchos casos, formas específicas caracterizan a causa local (Diente de Turner posterior a infección interradicular del elemento temporario) o a síndromes tales como Sífilis Congénitas (Diente de Hutchinson).

Pigmentaciones endógenas generalizadas (PEG): Convenientemente identificadas, la Eritroblastosis fetal (pigmentación parda o verde azulada en elementos temporarios), la Porfiria (pigmentación café y fluorescencia roja), las medicaciones con Tetraciclinas (grisáceo verdoso), pueden ser establecidas como indicadoras de historial médico. Estos agentes intrínsecos y extrínsecos afectarían la formación adamantina, confiriéndole estas características a la generalidad de los elementos dentarios.

Pigmentaciones endógenas localizadas (PEL): Piezas individualmente pigmentadas indicarían un probable historial traumático en relación a desvitalizaciones o necrosis pulpares, reabsorciones dentinarias, metamorfosis calcificantes, extravasaciones hemorrágicas.

Fluorosis o Veteado (FL): Sabiendo que existen lugares en Argentina donde la cantidad natural de flúor en el agua es muy alta y, por lo tanto, dañina para la salud (Rancú –La Pampa- hasta 2,58 ppm de flúor en agua potable; Pehuajó –Buenos Aires, centro de Chaco, sur de Córdoba, etc.) Es innegable el aporte del reconocimiento de esta anomalía de estructura en lo relativo a procedencia.

Infracciones (INF): Complejo de fisuras usualmente acompañadas de intensas atriciones y pérdida de lóbulos incisivos y cuspídeos. Caracterizan a traumatismos crónicos de tipo del bruxismo nocturno, o a excesivo desgaste en elementos dentarios anteriores por falta de elementos posteriores.

Caries (CRS): La presencia de procesos cariosos de gran avance o en gran número puede ser considerado claro indicador de perfil social, de abandono en la persona, de hábitos (consumo excesivo de azúcares refinados) o de estados fisiológicos o patológicos predisponentes (embarazo, cuadros clínicos de xerostomía, diabetes).

Fracturas (FRC): Indudable manifestación de trauma agudo. Deberá verificarse la presencia de signos guiones, tales como lesiones en tejidos blandos (cicatrices, hematomas), o reconstrucciones operatorias/protéticas en elementos vecinos indicadores de trauma reciente o remoto

Pigmentaciones exógenas como determinantes identificatorios de hábitos y costumbres (PEX): Diversos componentes dietarios pueden producir pigmentaciones dentarias más frecuentes de observar a nivel cervical (café, té, mate); también sustancias antisépticas como la clorhexidina (en enjuagues prolongados), produciendo manchas de color pardo. También algunas sustancias derivadas de bacterias cromógenas de la placa bacteriana (color negruzco). El tabaco también produce una mancha cafésosa o negruzca en la superficie dentaria.

Abrasiones (ABR): De diferentes etiologías (fisiológicas, psicossomáticas, traumáticas), suelen ser un claro indicador de hábitos (bruxismo, alimenticias, ocupacionales, costumbres culturales –mascar tabaco, fumar pipa, destapar botellas con los dientes, preparar materiales o sostener objetos mientras se pesca, caza o trabaja). De igual manera, las clásicas abrasiones en cuña a nivel cervical –cepillado excesivo- suele ser más marcada en el lado opuesto a la lateralidad.

Erosiones y Abrasiones Físico Químicas (Er/FQ): Producidas por hábitos, como el consumo excesivo de cítricos, bebidas cola, consumo de cocaína –por colocación gingival- e incluso la persistencia de vómitos crónicos en trastornos alimenticios (bulimia y anorexia)

Restauraciones Operatorias (RO), Protéticas (RP), Modificaciones Ortodónticas (ORT), Cosméticas (CMT): Extremadamente útiles en cotejos pre y post mortem, son claras evidencias de posición social, rasgos culturales, pasar económico, etc. A la vez que podrían ser, igualmente, indicador cronológico, regional o geográfico.

Otras alteraciones del desarrollo dental son:

Alteraciones en el Desarrollo Dental.

El ciclo vital del diente ha sido delimitado en etapas para su mejor comprensión, en

cada una de esas etapas pudieran ocurrir diversas alteraciones que traerían como consecuencias cambios en el número, forma, apariencia, etc., en los dientes. Alteraciones en la Etapa de Iniciación (Alteraciones de Número) Son alteraciones que ocurren durante la formación de la lámina dental, la cual da origen al germen dental.

-Anodoncia (Aplasia Dentaria): Es la ausencia total congénita de todos los dientes. Afecta ambas denticiones, es una anomalía rara y cuando se produce, suele estar asociada con un trastorno más generalizado, como es la displasia ectodérmica hereditaria. Existen dos tipos:

Anodoncia Verdadera: donde están ausentes todos los dientes.

Anodoncia Falsa: ausencia clínica de todos los dientes como resultado de su extracción.

-Oligodoncia: Conocida también como: *Agnesia Dentaria*. Es la disminución en el número de dientes. Cuando son hasta cinco dientes los ausentes se denomina hipodoncia. Puede afectar ambas denticiones, encontrándose con mayor frecuencia en los dientes permanentes. Cuando están afectados los dientes primarios esta anomalía se presenta con mayor frecuencia en los incisivos laterales superiores e inferiores y caninos inferiores, y cuando esto ocurre estos dientes permanentes también están ausentes. Cuando son los dientes permanentes que están afectados son los incisivos laterales superiores, segundos premolares superiores e inferiores y terceros molares los que con mayor frecuencia no aparecen en boca.

Dientes Supernumerarios. Son aquellos dientes que exceden el número normal de dientes en boca: más de 20 dientes en la dentición primaria y más de 32 dientes en la dentición permanente. Son más comunes en la dentición primaria que en la permanente. Se encuentra con mayor frecuencia en el maxilar superior que en el inferior; y más en los varones que en las hembras.

Dientes Pretemporales: Son considerados dientes supernumerarios. Como su nombre lo indica, son dientes que erupcionan antes de los dientes primarios. Son estructuras epiteliales cornificadas, sin raíces, de color blanco que se queratinizan.

Dientes Post-Permanentes: Son dientes que raramente erupcionan después de la pérdida total de un diente permanente. En la mayoría de los casos son dientes retenidos que erupcionan después de colocar una prótesis; en muy pocos casos se consideran una tercera dentición, aunque sería mejor clasificarlos como dientes supernumerarios múltiple sin erupcionar.

Alteraciones de cúspides y raíces: Pueden diferenciarse nuevas partes (cúspides ó raíces supernumerarias) o producirse ausencia de ciertas partes (pérdida de cúspide o raíces. Entre estas anomalías se encuentra la llamada cúspide espolonada, es una cúspide en forma de garra que se proyecta hacia lingual desde el área del cingulo de los incisivos permanentes superiores, se compone de esmalte y dentina normal y contiene cierta cantidad de tejido pulpar. También pueden encontrarse cúspides accesorias en la cara palatina de los primeros molares permanentes llamadas Cúspides de Caravelli.

Existen raíces supernumerarias que pueden afectar a cualquier diente, principalmente a los dientes que poseen una sola raíz. Encontrándose con mayor frecuencia en los terceros molares superiores, Caninos y primeros y segundos premolares inferiores.

Dientes de hutchinson: La forma de los incisivos centrales superiores se ve alterada en los niños con sífilis congénita; estos tienen forma de destornillador, con dos puntas en las porciones mesial y distal del borde incisal, presentando una escotadura en el centro. Además de los incisivos superiores pueden estar afectados los dientes centrales y laterales inferiores. La alteración en la forma de los dientes es debido a los cambios que sufre el germen dentario en la etapa de morfodiferenciación. Se cree que el Treponema Paladium penetra en el feto de una madre portadora del mismo entre las semanas 16 y 18 de vida intrauterina que es el tiempo en que termina la morfodiferenciación de los dientes temporales. Los dientes de Hutchinson como los molares moriformes son patognomónicos de la sífilis congénita, pero se han encontrado pacientes con dientes de Hutchinson sin antecedentes de sífilis congénita, por lo que odontólogo no debe apresurarse a dar un diagnostico de sífilis en especial si no existen otras manifestaciones de la Triada de Hutchinson,

Molar Mori Forme. Se encuentran en la mayoría de los pacientes con sífilis congénita. La corona de los primeros molares permanentes son irregulares, tienen forma de mora, las superficies de oclusión son mucho más estrechas y dan a la corona un aspecto comprimido. Los molares moriformes presentan hipoplasia del esmalte; cuando no presentan hipoplasia del esmalte se denominan Molares de Pfluger. Tratamiento: En caso de presentar hipoplasia se confeccionarán coronas.

Dientes Cónicos. Tienen forma de cuña debido a que las superficies, distal y mesial en vez de ser paralelas o divergentes, convergen hacia incisal. La raíz de estos dientes tiende a ser más corta de lo normal. Los dientes que con mayor frecuencia presentan esta alteración son los laterales.

Microdoncia. Son dientes de tamaño más pequeño de lo normal. Se conocen tres tipos de microdoncia. -Microdoncia Generalizada Verdadera: Todos los dientes son más pequeños de lo normal, están bien formados pero son de tamaño más pequeño.

Microdoncia Generalizada Relativa: Existen dientes de tamaño normal o relativamente más pequeños que lo normal, en maxilares relativamente mayores de lo normal, con lo cual se produce la ilusión de una microdoncia verdadera

Microdoncia Unidental: Se observa solo un diente de tamaño menor de lo normal. Es bastante común, los dientes que con mayor frecuencia se ven afectados son los incisivos laterales superiores y los terceros molares superiores. Los dientes supernumerarios también son más pequeños.

Microrrizosis: Es cuando la altura de la raíz de un diente es menor que la altura de la corona. Puede encontrarse generalizada o localizada, como resultado de un traumatismo, afección pulpar o irradiación durante la formación de la raíz. Puede ser Localizada ó generalizada.

Macrodoncia: Es lo opuesto a la microdoncia, son dientes que son de tamaño más grande de lo normal. Existen tres tipos:

Macrodoncia Generalizada Verdadera: es bastante rara y es cuando todos los dientes son de tamaño más grande de lo normal.

-Macrodontia Generalizada Relativa: Es bastante común y es el resultado de dientes de tamaño normal o algo mayores ubicados en maxilares pequeños; puede ser un factor hereditario.

-Macrodontia Unidental: Es raro encontrarlo y de etiología desconocida. Existe un diente que es normal en todos sus sentidos menos en el tamaño; se debe diferenciar de la fusión dental.

Dens In Dente. Es una marcada invaginación del esmalte al interior de la papila dental, da el aspecto de un diente dentro del otro, por lo cual también se denominan Dientes Invaginados. Es la formación de un canal o luz en el diente rodeado de esmalte en el centro y dentina alrededor; el esmalte suele ser defectuoso y la dentina de mala calidad o incluso faltar. Puede afectar varios dientes y tener varias localizaciones. Afecta a ambas denticiones y los dientes que con mayor frecuencia se ven afectados son los incisivos laterales superiores.

Geminación: Se produce cuando el germen dentario se divide en dos o intenta hacerlo para formar dos coronas parcialmente o completamente separadas; es una estructura dental única, con dos coronas que tiene una sola raíz y un solo conducto radicular. Se presenta con mayor incidencia en ambas denticiones en los dientes anteriores tanto superiores como inferiores, siendo acompañada de aplasia del diente sucesor y retraso de la erupción del diente permanente. Es de igual incidencia en ambos sexos y existe una tendencia hereditaria.

Fusión. Es la unión de dos gérmenes dentales continuos. La unión puede ser completa (el diente se encuentra unido en su totalidad) o incompleta (los dientes están unidos solo por la corona o por la raíz). Si la unión se da antes de la calcificación de los gérmenes dentales, implica todos los componentes (esmalte, dentina cemento y pulpa). La corona única puede tener dos raíces o una raíz acanalada, pero por lo general con dos conductos radiculares.

Dilaceración. Se refiere a una angulación o curvatura pronunciada en la raíz o corona de un diente formado. La curvatura puede producirse en cualquier punto a lo largo

del diente. Etiología: Se cree que la curvatura se origina por un traumatismo durante el periodo de formación del diente. Por formación continuada de la raíz a lo largo de una vía de erupción curvada. Ideopática.

Taurodontismo. Las cámaras pulpares de estos dientes son extremadamente grandes y se extienden al interior de la zona radicular. Carecen de constricción cervical a nivel del límite amelodentinario. La bifurcación se encuentra a poco mm. del ápice, siendo las raíces excesivamente cortas. Aparece en ambas denticiones, siendo más común en la dentición permanente, especialmente en los molares. Las características clínicas son normales y el diagnóstico se realiza únicamente con las radiografías. Tratamiento: Esta alteración no requiere tratamiento y presenta dificultad para la realización de tratamientos de ortodoncia y endodoncia.

Alteraciones en la Etapa de Aposición. (Alteraciones estructurales del esmalte y la dentina)

-Alteraciones de la Estructura del Esmalte: Estas alteraciones ocurren en la etapa de formación del esmalte, la cual si recordamos ocurre en dos etapas: en la primera se forma la matriz del esmalte y en la segunda se calcifica. Los factores que intervienen en la formación de la matriz del esmalte causan defectos de irregularidad en la superficie del esmalte llamados hipoplasia; y cuando intervienen en la calcificación producen un estado llamado hipocalcificación.

Hipoplasia Del Esmalte: Es un defecto cuantitativo de la formación de esmalte. Se refiere a una disminución de la cantidad de esmalte formado y no a la calidad de la calcificación. Puede ser:

Leve: se observa como picaduras de la superficie del esmalte.

-Acentuado: cuando desarrolla una línea horizontal que atraviesa el esmalte de la corona. Los factores que originan la Hipoplasia del Esmalte son: -Factores Locales - Factores Sistémicos -Factores Hereditarios Hipoplasia Local del Esmalte: Se sospecha de un factor local cuando la hipoplasia afecta a un solo diente o tiene distribución asimétrica.

. **Dentinogénesis Imperfecta** Llamada también *Dentina Opalescente Hereditaria*.

Es una alteración hereditaria de la dentina que involucra un defecto en la pre dentina dando origen a una dentina amorfa, desorganizada y atubular. Afecta a ambas denticiones. Shiels describe tres tipos: -Tipo I: Se encuentra siempre en familias con osteogénesis imperfecta, aunque puede existir osteogénesis sin dentinogénesis. Afecta con mayor frecuencia a la dentición temporal.

Displasia Dentinaria Defecto hereditario de la formación de la dentina, la dentina coronal y el color del diente es normal pero la dentina de la raíz es anormal con patrón nudoso y raíces cortas. Es una alteración rara que se caracteriza por presentar un esmalte normal, con dentina atípica y morfología pulpar normal. Etiología: Se considera como una enfermedad hereditaria. Según Shiels y Cols. Se dividen en dos tipos: -Tipo I (Radicular) - Tipo II (Coronal)

Tipo I (Radicular): Características Clínicas: -Afecta ambas denticiones y a todos los dientes

Tipo II (Coronal): Características Clínicas: -Afecta ambas denticiones -En la dentición primaria dientes de color amarillo, pardo o gris azulado -En la dentición permanente la apariencia es normal

Dientes En Cáscara Es un trastorno de la dentina donde el esmalte es normal pero la dentina muy delgada, las cámaras pulpares son enormes y las raíces sumamente cortas. Algunos autores clasifican a los dientes en cáscara como dentinogénesis imperfecta otros afirman que son una anomalía independiente. La diferencia de estos dientes con la dentinogénesis imperfecta reside en el tamaño anormal de las cámaras pulpares en los dientes en cáscara y el carácter hereditario de la dentinogénesis imperfecta. Características Clínicas: Su color, aspecto y forma son normales. Características Radiográficas: Aparecen como conchas de esmalte y dentina que rodean las cámaras pulpares amplias

Odontodisplasia: También llamada *Displasia Odontógena*, Odontogénesis Imperfecta o Dientes Fantasma. Es una anomalía rara, por lo general los dientes no erupcionan y presentan coronas muy pequeñas, distorsionadas y descoloridas; se produce porque la aposición de dentina es anormal y se detiene en un estadio muy precoz, dando

como resultado dientes en concha prácticamente sin raíz y con cámaras pulpares gigantes. Afecta uno o varios dientes de una determinada área y más frecuente en el maxilar superior.

Pigmentaciones del Esmalte y la Dentina Estas pigmentaciones son causadas por colorantes que penetran en el diente durante su formación y después de la erupción. Existen otras causas que pueden causar las pigmentaciones y decoloraciones en los dientes, como lo son: -Cambios en la estructura de los tejidos duros -Cambios de color debido a la edad -Obliteración de la cámara pulpar -Reabsorciones internas -Caries incisal (manchas blancas) El Periodo Crítico que puede afectar ambas denticiones es desde el desarrollo en la etapa intrauterina hasta los 8 años, pues es el período de formación de las coronas de ambas denticiones.

Alteraciones en la Etapa de Calcificación Hipocalcificación del Esmalte Es un defecto cualitativo del esmalte producido en la etapa de calcificación del mismo. Se encuentra alterada la calcificación del esmalte sin estar alterada la cantidad del mismo. Puede deberse a causas: -Locales -Sistémicas -Hereditarias

Hipocalcificación Local: Afecta solo parte de un diente, y se debe a factores locales como: traumatismos e infecciones periapicales. Clínicamente se observa como una zona blanco-opaca en la corona.

Hipocalcificación Sistémica: Se debe a trastornos generales como: raquitismo, deficiencia parotídea o ingesta excesiva de flúor.

Hipocalcificación Hereditaria: Afecta a la corona entera de todos los dientes. Es de carácter hereditario. El esmalte es tan suave que puede eliminarse con un instrumento de profilaxis. Tratamiento: Reconstrucción con resinas y colocación de coronas.

Dentina Interglobular Es una alteración donde la dentina normal se calcifica por depósitos de sales de calcio formando glóbulos, los cuales aumentan con el tiempo. Etiología: -Traumatismos físicos o bacterianos -Deficiencias parotídeas -Raquitismo -Fiebre Exantémicas

Alteraciones en la Etapa de Erupción Prematura: En los recién nacidos se pueden observar dientes primarios erupcionados los cuales se denominan: Dientes natales,

Dientes Con-natales o Dientes Prenatales, a diferencia de los dientes neonatales que erupcionan los primeros treinta días de nacido. El 85% de los casos son los incisivos inferiores los que erupcionan en este momento.

Erupción Tardía La erupción demora tanto en la dentición primaria como en la permanente y puede deberse a factores causales locales y generales. Factores Locales: - Falta de espacio -Quistes dentígeros -Fibromatosis gingival -Secuela de traumatismo - Restos radiculares persistentes -Anquilosis del predecesor -Dientes supernumerarios - Pérdida precoz del diente temporal Factores Generales: -Trastornos endocrinos - Avitaminosis -Síndrome de Down -Cretinismo -Disostosis cleidocraneal y cleidofacial - Osteopetrosis -Amelogénesis imperfecta Debe tomarse en cuenta que el tiempo de erupción puede variar, y que la diferencia de seis meses en la dentición primaria y de un año en la dentición permanente están entre los límites normales. Tratamiento: Al tratar la causa se soluciona el problema

Maloclusión Esta alteración se refiere a las relaciones anormales entre los dientes con los dientes vecinos y los maxilares. Puede deberse a factores: locales, ambientales ó hereditarios. Tratamiento: Movimiento menor del diente u ortodoncia.

Dientes retenidos o incluidos Según Shafer: -Dientes Incluidos: Son aquellos que no erupcionan por falta de fuerza eruptiva, o por la presencia de una barrera física. -Dientes Retenidos: Termino que se utiliza para aquellos dientes primarios que no se exfolian en el tiempo de recambio normal. Tratamiento: Depende del caso, por lo general se realiza la exodoncia quirúrgica. Caninos retenidos se realiza cirugía para la colocación de bracket y se realiza tracción por métodos ortodóncicos.

Dientes Anquilosados Son aquellos cuya erupción se detiene una vez aflorados a la cavidad bucal. Los dientes temporales anteriores no se anquilosan a menos que haya ocurrido un traumatismo. La anquilosis de los dientes temporales posteriores se cree se deba a diversas causas: -Tendencia familiar -Ausencia congénita del premolar sucesor - Traumatismos, infecciones o metabolismo local alterado Tratamiento: Tratamiento eventual cirugía. Si no existe la presencia de caries ni pérdida de la longitud del arco no se extrae ya

que por lo general las raíces de los dientes anquilosados se reabsorben normalmente y además preservan el espacio del diente sucesor.

Supraerupción: Se produce cuando se pierde el antagonista de un diente, este pudiera sobrepasar el plano de oclusión al erupcionar. Tratamiento: Confección de coronas realizando endodoncia si es necesario. Preparaciones Onlay.

Concrescencia Se produce cuando los dientes erupcionados independientemente se fusionan. Las raíces de uno o más dientes se unen por el cemento solo después de la formación de la corona. Se origina por lesiones traumáticas o apiñamientos.

Y como relevante de la investigación presentada, en la cual se basa el estudio se tiene:

La **agenesia** según Sarmiento, P (2004) “La agenesia es la ausencia congénita de uno o más elementos dentarios y puede ser parcial o total”. Se puede considerar que agenesia total es rara y cuando se presenta está estrechamente ligada a la displasia ectodérmica. Entre los dientes con mayor frecuencia presentan agenesia parcial son los terceros molares. La agenesia de terceros molares varía considerablemente dependiendo del tipo de población estudiada. La herencia desempeña un papel decisivo con un carácter La agenesia dental es una de las anomalías craneofaciales más comunes en el desarrollo humano. Se define como un desorden heterogéneo determinado genéticamente que se manifiesta como la ausencia congénita de uno o más dientes. Es considerada una condición de origen multifactorial influenciada por factores genéticos, ambientales, patológicos y evolutivos involucrados en los mecanismos normales de la odontogénesis.

Es un proceso complejo de interacciones recíprocas y secuenciales entre células epiteliales y mesenquimáticas que dan origen a la formación dental, la agenesia se expresa como un rasgo aislado de forma esporádica o familiar, o como parte de más de 49 síndromes.

A la fecha se sabe que existen aproximadamente 250 genes involucrados en el desarrollo del diente, entre los que destacan algunos homeobox, específicamente el MSX1, MSX24 y PAX9. Un estudio hecho por Vastardis (2009) determinó en diversos miembros

de una misma familia la presencia de una alteración autosómica dominante (agenesia de 2° y 3° molar), detectando una mutación en el gen MSX1 en todos los miembros de la familia afectada.

Los genes que participan en el desarrollo dental tienen importantes funciones en el desarrollo de otros órganos: esto explica la presencia de agenesia dental en por lo menos 45 síndromes, siendo los más comunes las displasias ectodérmicas; otro factor es la tendencia a la evolución. Proffit (2001) consideró que las tendencias evolutivas han influido en la dentición actual, expresándose con una disminución en el tamaño y número de dientes y en el tamaño de los maxilares. Así, el hombre moderno se ubica en una fórmula dental entre la ancestral (3 Incisivos, 1 Canino, 4 Premolares, 4 Molares) y la futura (1 Incisivo, 1 Canino, 1 Premolar, 2 Molares)

Para diagnosticar la ausencia de uno o varios dientes se debe realizar un examen dental detallado y una ortopantomografía. Es indispensable considerar la edad del paciente, ya que esto nos permite establecer el diagnóstico, y ofrecer el tratamiento adecuado a las condiciones del caso (número de unidades involucradas, alteraciones de la oclusión y la asociación con otras entidades), y acorde al tipo de agenesia.

La agenesia se clasifica en tres:

Hipodoncia: 1 a 6 dientes perdidos. (Excluyendo terceros molares).

Oligodoncia: más de seis dientes perdidos. (Excluyendo terceros molares).

Anodoncia: ausencia completa de dientes.

En 1940 Wheeler y en 1947 Dewel, describen la importancia de la eminencia canina para la estética facial y que el movimiento del canino afecta adversamente la estética facial. La ausencia de incisivos laterales crea una falta de balance en la longitud de los arcos superior e inferior en la dentición permanente. La prevalencia de agenesia es variable según el tipo de población y dentición. La agenesia en la primera dentición no tiene relevancia en la distribución por sexo, pero en la dentición permanente las mujeres son afectadas más que los hombres en proporción de 3:2.

Cuando se presenta agenesia ocurre más comúnmente en la región incisiva,

incluyendo al incisivo lateral superior y al central o lateral inferior. En los deciduos los dientes más afectados son: laterales superiores e inferiores. La ausencia de un deciduo incrementa la prevalencia de un sucesor ausente en el 100 % de los casos. En estudios de sujetos caucásicos el segundo premolar inferior y el incisivo lateral superior son los más frecuentemente ausentes. En estudios del Reino Unido el segundo premolar inferior es el más afectado y en poblaciones asiáticas el incisivo inferior. El menos común es el canino superior permanente. La frecuencia de dientes faltantes, en su orden son: segundo premolar inferior, lateral superior, segundo premolar superior.

Quintero en el 2002, estudio la agenesia dental y su mecanismo de herencia en siete grupos familiares en Colombia encontrando que la agenesia dental predominó en el sexo femenino en forma bilateral, siendo los incisivos laterales superiores los dientes más frecuentemente afectados (46,1 %), seguidos por los terceros molares inferiores (38,4 %) y finalmente los segundos premolares inferiores (7,6 %). El análisis genealógico indicó un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia incompleta y expresividad variable, donde predominó la presentación bilateral y sólo en dientes permanentes (94 %).

Sarmiento en el 2004 estudió las agenesias de terceros molares entre la población estudiantil de la Universidad del Valle y encontró una prevalencia del 21 %. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de agenesia dental en dentición permanente en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, de enero a julio del 2008.

Para completar la información teórica es importante determinar que son los Terceros Molares, según Díaz, R (2008), también llamado cordal, "muela del juicio" o de la sabiduría, en latín "*molaris tertius* o *dens serotinus*" es un órgano dental que erupciona durante el inicio de la vida adulta. En inferior, se localiza en la parte posterior en el ángulo mandibular y en el maxilar superior está situado en la tuberosidad. Su formación y posición en la arcada es muy variable, frecuentemente causa patologías de erupción y se ha asociado con ciertas maloclusiones y patologías. La especie humana moderna presenta una disminución en el tamaño de las arcadas dentales debido a diversos factores. Existe una

reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes; así el tercer molar presenta una erupción más retrasada cada vez, e incluso, puede estar ausente por falta de formación (agenesia)

Formación, desarrollo y erupción del tercer Molar (Martínez y Lucas 2003).

La erupción del tercer molar, ha sido una preocupación constante para los odontólogos, ya que es causal de numerosas patologías y desordenes oclusales. El tercer molar se localiza en la parte más distal de los maxilares, histológicamente tienen su origen en el cordón del segundo molar permanente; aproximadamente a los 3 años, comienza la formación del órgano del esmalte y a los 6 años hacen su aparición la papila y la pared folicular, en tanto, el cierre del folículo y la ruptura del cordón ocurren a continuación.

El proceso de formación y brote de los terceros molares es el más variable de la dentición humana. Tanto la maduración como el brote dentario son más precoces en individuos del sexo femenino, sobre todo en edades muy cercanas al nacimiento donde la influencia de los factores del medio interno tiene mayor importancia. Al presente no está claramente establecida la edad en que comienza la calcificación del germen, algunos estudios demostraron que comienza a los 8 años por sus cúspides, produciéndose a los 9 años la calcificación su cara triturante, a los 10 años la mitad de la corona y a los 12 años toda la corona. Otros estudios han demostrado, que la calcificación coronal se inicia, entre los 7 y 9 años, para los terceros molares superiores y entre los 8 y 10 años para los inferiores, completando su formación entre los 12 y 16 años.

Numerosos factores pueden ejercer influencia en el proceso de maduración, entre estos, los de caracteres genéticos ligados al sexo, como es el adelanto en la maduración que experimentan las niñas con relación a los niños, y que se manifiesta por ejemplo en el caso de la edad dentaria, por un adelanto en la dentición permanente. En el caso de los terceros molares, aparece un adelanto en los varones, es decir que después de la adolescencia hay una inversión. Los dientes permanentes solo inician el acto de los movimientos eruptivos tras haber completado la formación de su corona; lográndose así en los dientes posteriores

el alcance de la cresta alveolar en un período no mayor de dos a cinco años.

Posterior a la formación de dicha corona, la consecución de la llegada al plano de oclusión se logra doce a veinte meses después del alcance de la cresta alveolar, sumándose a esto el cierre apical de la raíz unos meses después. Numerosos autores concuerdan que entre el 9% y 20% de las personas tienen ausencia congénita del tercer molar, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Esta pieza presenta el mayor porcentaje de impactación y retención. Olmos y Beltrán, sostienen que se observa con mayor frecuencia en los terceros molares mandibulares, asociados con un crecimiento insuficiente de la mandíbula y con la provisión del espacio para el posicionamiento correcto de los mismos. Cuando sufren retención, deben ser eliminados ya que, a veces, pueden causar el apiñamiento tardío de los incisivos inferiores.

Si perduran hasta que se presenta la pericoronitis, no solo el paciente puede sufrir inconvenientes, sino que puede haber pérdida ósea permanente y formación de bolsa en la parte distal del segundo molar. El momento preciso para eliminar al tercer molar, es cuando se forman dos tercios de su raíz. Si se hace después hay peligro de dilaceración radicular, que complica la extracción por la cercanía al conducto dentario inferior y el riesgo de daño al nervio es mayor.

Aplicando la técnica radiográfica, es posible evaluar los estadios de mineralización de una pieza dentaria, teniendo en cuenta también que al igual que los huesos, estos siguen un patrón de formación, cuyo curso seguirán indefectiblemente, pudiéndose de esta manera establecer la edad dentaria de esa pieza que nos permitirá conocer los estadios de mineralización por los que ha de pasar un diente. Carmen Nolla describe que durante la gestación, y luego del nacimiento, van apareciendo en distintos momentos y en distintos lugares, centros de calcificación de las diferentes piezas dentarias, cuyo desarrollo, conduce a la maduración total de los dientes.

Estos, tienen varias áreas de calcificación. La primera muestra, radiográficamente reconocida, es el esmalte de la corona en formación. Al seguir la calcificación, la corona, toma forma y es posible ver dentina y esmalte. Luego, con la formación de las raíces, se

puede seguir radiográficamente ese desarrollo. A veces, se puede decidir con fines ortodóncicos, la extracción de los segundos molares, según Houston no se debe realizar antes de confirmar la presencia de los terceros molares. Ricketts, afirma que es posible predecir la erupción en posición adecuada del tercer molar a partir de los 8 a 9 años de edad con 90% de exactitud, de importancia clínica a fin de tomar las medidas preventivas oportunas evitando futuras desarmonías oclusales.

Osificación del Maxilar Chiego, (2014)

Se toma este punto como referencia para comprender el proceso de formación ósea de las personas, con el fin de aportar de manera más concreta para la investigación.

La osificación del maxilar empezará a partir de la sexta semana a partir de los puntos de osificación premaxilar y postmaxilar. La zona anterior estará delimitada por el conducto palatino anterior hacia atrás y por dos líneas que inician en este punto y terminan a nivel de los incisivos laterales. El centro de osificación premaxilar dará la formación de trabéculas con tres direcciones específicas: hacia arriba formando la parte anterior de la apófisis ascendente, hacia adelante con dirección a la espina nasal anterior y hacia las apófisis alveolares incisivas.

Explica que el centro postmaxilar direccionará en 4 rutas diferentes: hacia arriba formando la parte posterior de la apófisis ascendente, en dirección al piso de la órbita, hacia la apófisis malar y hacia la porción alveolar posterior. Estas trabéculas formarán la parte ósea externa del maxilar.

Siguiendo con el punto, confirma Gómez que la osificación interna se iniciará posteriormente con las trabéculas avanzando dentro de las crestas palatinas. El paladar duro se formará alrededor de la sexta semana por la fusión de los procesos palatinos laterales y con el tabique nasal hacia arriba. La forma de este hueso se realizará por medio de un mecanismo de osificación intramembranosa. Los senos maxilares y frontales, así como las suturas intraóseas determinará el crecimiento de este hueso.

En éste sentido confirma que en el crecimiento sutural podemos evidenciar un crecimiento sagital que se describe como el crecimiento de la sutura frontonasal hacia

adelante sagitalmente. El maxilar crecerá en los tres sentidos debido a las suturas frontomalar, frontomaxilar y palatina. El aumento de tamaño de la masa encefálica arrastrará consigo al maxilar superior. De igual manera, durante el periodo fetal la superficie externa de este hueso será de aposición para permitir el aumento de la longitud del arco cigomático en conjunto con el desarrollo de cada germen dentario.

Osificación de la Mandíbula (Gómez, 2012)

El mecanismo por el cual se dará la osificación del maxilar inferior se denomina yuxtaparacondral, en el cual el cartílago de Meckel servirá como el guía de la osificación. Esta osificación sucederá de manera paralela ubicada a un lado de este cartílago. A la sexta o séptima semana se dará inicio a la formación de tejido óseo y comenzará tomando en cuenta además el nervio dentario inferior. Se formará un anillo alrededor del nervio mentoniano con un extensión posterior en relación al cartílago de Meckel.

Para Gómez, la osificación intramembranosa de la mandíbula estará determinada por la parte ventral del cartílago de Meckel. El hueso embrionario mandibular tendrá una forma de canal abierto donde encontraremos el paquete vasculo - nervioso y también los gérmenes dentarios que posteriormente se transformarán en piezas dentarias. El cuerpo mandibular terminará de desarrollar donde existe el desvío del paquete vasculo - nervioso.

La osificación endocondral estará determinada además por otros centros de cartílago independientes al cartílago de Meckel. El mismo Gómez afirma, así es que se denominará mixta a la osificación de la mandíbula debido a la intervención de cartílagos secundarios, siendo estos el coronoideo, incisivo y condíleo. Este último corresponderá al de mayor tamaño y será vital para el crecimiento de la rama; su lámina será delgada hasta los 20 años de edad.

Los cartílagos secundarios se ubicarán en el sitio donde posteriormente se insertarán los músculos masticatorios. Así se describe además que el hueso tomará forma dependiendo de la actividad muscular que se presente en el sitio. El cartílago de Meckel junto con la lámina dental regulará la osificación del cuerpo mandibular. Los gérmenes dentarios en cambio van a estimular el desarrollo de las apófisis alveolares.

El cartílago incisivo es el único que se mantendrá hasta los dos años de edad a diferencia del coronoideo y angular. La sincrondrosis que representa una sínfisis fibro cartilaginosa será reemplazada por hueso. El cartílago condilar será el encargado de direccionar el crecimiento de la mandíbula hacia abajo y adelante debido a la aposición de rebordes alveolares. La aposición de hueso en el borde posterior de la rama indicará en crecimiento en sentido antero posterior. La reabsorción en la cara lingual del 16 maxilar se comenzará a reabsorber después de las 16 semanas, contribuyendo también el crecimiento hacia adelante.

La osificación de la mandíbula así como del maxilar tendrá un período de aproximadamente 13 semanas. A los 7 meses comenzará el proceso de remodelación ósea. La actividad masticatoria será la encargada de acelerar el proceso de crecimiento de los maxilares y podremos evidenciar una armonía en las proporciones alrededor de los 7 años de edad. El desarrollo de la mandíbula irá de la mano con el desarrollo del maxilar e intervendrán tres regiones específicas: los cartílagos condíleos, ramas y el periostio.

La mandíbula podrá realizar hasta 5 cambios en sus componentes orgánicos minerales en el transcurso de toda la vida. Este metabolismo activo será característica importante de la mandíbula. La mandíbula evidenciará un cambio en su estructura desde la niñez hasta la adolescencia, pasando de ser un hueso muy vascularizado a un hueso maduro con menor irrigación. Estos cambios también influenciarán alteraciones en su arquitectura con el fin de adaptarse de manera funcional a los requerimientos de este hueso.

Etiopatogenia de la Inclusión Dental Navarro (2009)

Causas Locales Corresponde la causa más frecuente e importante en la etiopatogenia de los terceros molares incluidos. Podemos mencionar como causas locales las siguientes: - Alteración en la posición. - Aumento de la densidad del hueso que rodea al diente, hueso circundante. - Maxilares hipodesarrollados, alteraciones en el tamaño y forma del diente. - Inflamación crónica de la mucosa de revestimiento del diente

Causas Sistémicas Trastornos que afecten al crecimiento, en la mayoría de las ocasiones estas afectan a más de una pieza dental.

Causas Prenatales Corresponden a diferentes causas como: - Congénitas: afecciones que se presenten durante el embarazo, trastornos metabólicos y traumatismos. - Genéticas: - Trastornos en el desarrollo de los dientes - Trastornos en el desarrollo del cráneo.

Causas Postnatales Diferentes patologías que puedan afectar el desarrollo del recién nacido (infecciones, alteraciones metabólicas, desvalances nutritivos)

Causas Genético - Evolutivas Corresponde a una teoría en la cual indica cambios en la mandíbula por el aumento de la capacidad craneal. Esta estructura pasó a ocupar una posición más anterior, produciendo además una reducción en el tamaño mandibular. Lo mencionado acompaña la teoría filogenética, la cual menciona además una atrofia producida en los maxilares y a su vez una reducción dental.

Según. (Martínez y Lucas 2003). Los Estadios molares se pueden clasificar de la siguiente manera:

0. Ausencia de Cripta:

Sin calcificación. No hay imagen radiográfica puede observarse, un espesamiento tenue.

1. Presencia de Cripta:

Radiográficamente, se observa solo una línea circular radiopaca, encerrando una zona radiolúcida.

2. Calcificación inicial:

Radiográficamente, se observa dentro de la cripta, una imagen radiopaca de forma circular o media luna, en la zona superior o inferior de la cripta, según el maxilar. Comienza la mineralización de cúspides (separadas en premolares y molares)

3. Un tercio de corona completa:

Imagen radiopaca de mayor tamaño. Continúa la mineralización de las cúspides. Fusión de las Cúspides.

4. Dos tercios de corona completa:

Imagen radiopaca de mayor tamaño que el estadio 3. Se observa el comienzo de los depósitos de dentina.

5. Corona casi completa:

Imagen radiopaca que supera en tamaño a la mitad de la corona. Se insinúa la forma coronal, con ligera constricción a nivel de lo que se va esbozando como zona cervical.

6. Corona completa:

Radiográficamente se observa la corona totalmente calcificada, hasta la unión del cemento y el esmalte se observa la forma de la corona definitiva.

7. Un tercio de raíz completado:

Se observa corona totalmente calcificada y el inicio de la prolongación radicular (1/3).

La longitud de la raíz es menor que la altura de la corona.

8. Dos tercios de raíz completada:

Se observa corona totalmente calcificada y mayor longitud de la raíz. La longitud de la raíz es igual o mayor a la altura de la corona. Paredes del conducto divergentes y amplio ápice.

9. Raíz casi completa, ápice abierto:

Se observa corona totalmente calcificada y raíz desarrollada casi totalmente. Longitud de la raíz mayor a la altura de la corona. Paredes del canal radicular, paralelas y al ápice, aun parcialmente abierto.

10. Ápice cerrado: Se observa radiográficamente corona y raíces totalmente calcificadas con el ápice cerrado (Constricción definitiva). Se identificaron, las zonas de ausencia de gérmenes, así como también, las diferencias entre niños y niñas

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO.

Para Tamayo (2006) El marco metodológico es “Un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento”, dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados. (p.37) por tal motivo, la investigación presenta un estudio exhaustivo de las historias de los pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez, con el fin de conocer la frecuencia con la que se presenta la agenesia, en los pacientes atendidos entre 18 y 25 años

Para ello es importante resaltar cuál es el estadio de desarrollo en el cual se encuentran los terceros molares; este análisis va a permitir dar respuesta al objetivo de la investigación que es:

Determinar la prevalencia de agenesia y desarrollo de los terceros molares en pacientes entre 18 y 25 años, atendidos en el área de Cirugía de La Universidad José Antonio Páez.

3.1 Tipo de Investigación

Tomando en cuenta que el estudio se realizó en el área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez, estudiando aquellas que se relacionan a los pacientes entre 18 y 25 años de edad, se puede afirmar que el estudio presentó un diseño *modalidad de campo*, el cual Arias (1997) define como la investigación aquella que “consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos sin manipular o controlar variable alguna”. (p.50)

3.2. Nivel de la investigación

El tipo de investigación de este trabajo se enmarca dentro de la investigación descriptiva, la cual Arias (1999) señala como:

“Consiste en las características de un hecho, fenómeno o suceso con establecer su estructura o comportamientos. Los estudios descriptivos miden de forma independiente las variables, y aun cuando no se formulen hipótesis, las primeras aparecerán anunciadas en los objetivos de investigación”. (pág. 20)

Según lo antes expuesto la investigación sobre la agenesia de los terceros molares responderá al orden descriptivo, ya que presenta una lectura directa de las historias clínicas registradas, y se describen las conclusiones obtenidas por el observador y se tabuló los resultados con base a la frecuencia de la agenesia congénita de los terceros molares en pacientes atendidos entre 18 y 25 años.

3.3. Población y Muestra

Dependiendo del objetivo y características e intereses de la investigación, el investigador procedió a seleccionar en su totalidad la población accesible que es objeto de estudio, o sino una muestra representativa de ésta, sí el caso lo amerita, sin embargo, para la investigación de la agenesia de los molares considerando como población a todos los pacientes que se han registrado con historias clínicas en la Universidad José Antonio Páez, tomando de ellos como referencia, las relacionadas con pacientes entre 18 y 25 años de edad, por ser los que representan la edad de evolución y eclosión de los terceros molares.

3.3.1. Población

Arias, 2006 Se entiende por población

“El conjunto finito o infinito de elementos con características comunes, para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda limitada por el problema y por los objetivos del estudio" Es decir, se utilizará un conjunto de personas con características comunes que serán objeto de estudio. (pág. 81)

Historias registradas en el Área de Cirugía de la UJAP	Cantidad de historias
Área de Cirugía de la UJAP. Enero- diciembre 2016	150 historia correspondiente a la misma cantidad de pacientes

González y Vera, (2017)

3.3.2. Muestra

Arias. (1994) en su libro cita de Morlés, la definición de muestra como “La muestra es un "subconjunto representativo de un universo o población."(pág. 54). La muestra no está referida específicamente por requerir una revisión de las historias relacionadas a los pacientes entre 18 y 25 años de edad del área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez; sin embargo esta muestra fue seleccionada de manera intencional, que según Sabino 2012 “escoge sus unidades no en forma fortuita sino completamente arbitraria designando a cada unidad según características que para el investigador resulten de relevancia”, característica relevante por necesitar específicamente el período evolutivo de los terceros molares en esta etapa de evolución de la dentadura, de las 150 historias estudiadas, se tomaron como muestra 44 de ellas que responden a la agenesia en alguno de los estadios.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos.

Arias (2006) asegura que las técnicas de recolección de datos son: “Procedimientos o forma particular de obtener datos o información" (p. 67). Y el instrumento "es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información. (p. 69). Para la investigación presente, se consideró cada una de las historias ya registradas en el área de cirugía, como técnica de recolección de datos relevantes, cuyo instrumento a utilizar será un cuadro analítico que tabule la frecuencia con la que se presenta la agenesia congénita de los terceros molares.

3.4.1. Técnicas

Las técnicas de recolección de información son las directrices que van permitiendo obtener informaciones, datos u opiniones sobre el tema que se está investigando. Entre las técnicas que se utilizará está la historia clínica ya reseñada que es una *la técnica socio métrica*. La cual expone los detalles relacionados con la referencia genética del paciente, entre otros.

3.4.2. Instrumentos

Son los recursos que permitirán la obtención de la información requerida para llevar a cabo la investigación y tiene como requisitos que sea coherente con los indicadores pertinentes a la investigación establecida.

En el presente trabajo de investigación, el instrumento será la historia clínica de los pacientes tendidos en cirugía en los últimos tres (3) períodos académicos, con aspectos importantes relacionados con la presencia la agenesia genética de los terceros molares en pacientes entre 18 y 25 años; la clasificar el estadio de desarrollo de los terceros molares de los pacientes que asisten al área de Cirugía. Por último que permita evaluar la frecuencia de la agenesia y estadios de desarrollo de los terceros en los pacientes según edad y sexo.

Validez y Confiabilidad

Dado que el instrumento de recolección de información fue la historia clínica, esta no requirió, por estar estandarizada, ni de validez ni de confiabilidad.

CAPÍTULO IV

En etapa del proceso de investigación se muestran los resultados de todas las etapas que se desarrollaron durante la misma, según Fernández y otros (2010) “resume los datos recolectas y análisis efectuados” con el fin de organizar la misma para permitir así conseguir la propuesta idónea a la problemática presentada

Discusión

Para la elaboración de esta etapa se revisaron las historias clínicas del área cirugía de los últimos tres (3) períodos académicos, en el año 2016-2017; tomando en cuenta los pacientes con edades comprendidas entre los 18-25 años de edad, tanto de sexo femenino como masculino; de estas historias se tomaron en treinta y seis (36) historias de paciente que presentaban agenesia de los terceros molares, de los mismos se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

- .-Edades de los pacientes
- .-Antecedentes familiares
- .-Tipo de agenesia
- .-Estadio del desarrollo

A continuación se presentan las gráficas que representa el análisis de las diferentes historias trabajadas, en función al objetivo de la investigación de Determinar la prevalencia de agenesia y desarrollo de los terceros molares en pacientes entre 18 y 25 años, atendidos en el área de Cirugía de La Universidad José Antonio Páez.

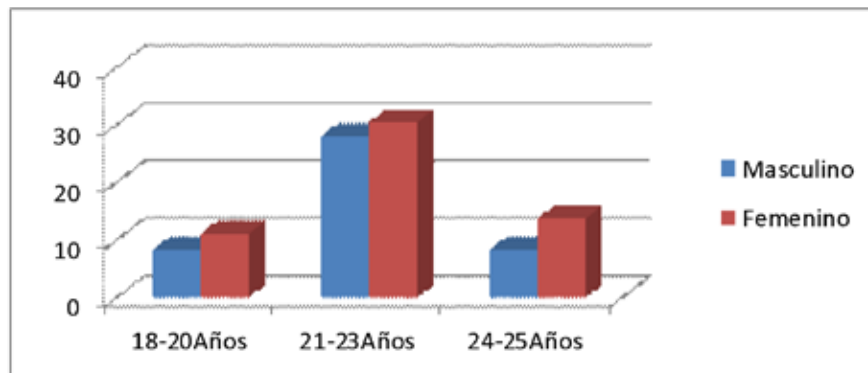
Ítem 1: ¿Cuál es la frecuencia de agenesia del tercer molar según el sexo de los pacientes atendidos con edades comprendidas entre 18 a 25 años?

Cuadro 4: Frecuencia de Agenesia según sexo del paciente.

E D A D E	Sexo del Paciente			
	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
18-20	3	8.3%	4	11.1%
21-23	10	28%	11	30.5%
24-25	3	8.3%	5	13.8%

Fuente: González y Vera (2017)

Grafica 1: Frecuencia de Agenesia según sexo del paciente



Análisis 1: Para la gráfica relacionada con el sexo del paciente y las edades de los mismos, se obtuvo que la menor frecuencia fue entre los jóvenes de 18-20 años y de 24-25 años con sexo masculino, representando cada uno el 8.3% de las historias. Siendo mas frecuente en el sexo masculino los pacientes atendidos de 21-23 años, con un 28% de historias. En relación al Sexo femenino la mayor frecuencia se dio entre las edades de 21-23 años con 30.5% , seguido de 13.8% de pacientes entre 24-25 años y 11.1% entre 18-20 años. Concluyendo así, que la mayor frecuencia de pacientes revisados según sus historias se presenta en el sexo femenino entre 21-23 años. Esta tendencia coincide con los datos aportados por (Lázaro Erika) Quien después de observar los resultados, se llegó a las siguientes conclusiones: -Existe mayor agenesia en el género femenino (28.22%-27.42%) sin diferencia estadística significativa al 95%. -Del total de agenesias 34.68% correspondían a maxilar, y 20.96% a la mandíbula. -27.42% fueron agenesias derechas con 34 casos y 28.22%

agenesias izquierdas correspondientes a 35 casos. -El tercer molar superior izquierdo es el órgano dentario con mayor porcentaje de agenesia correspondiente al 17.74%.

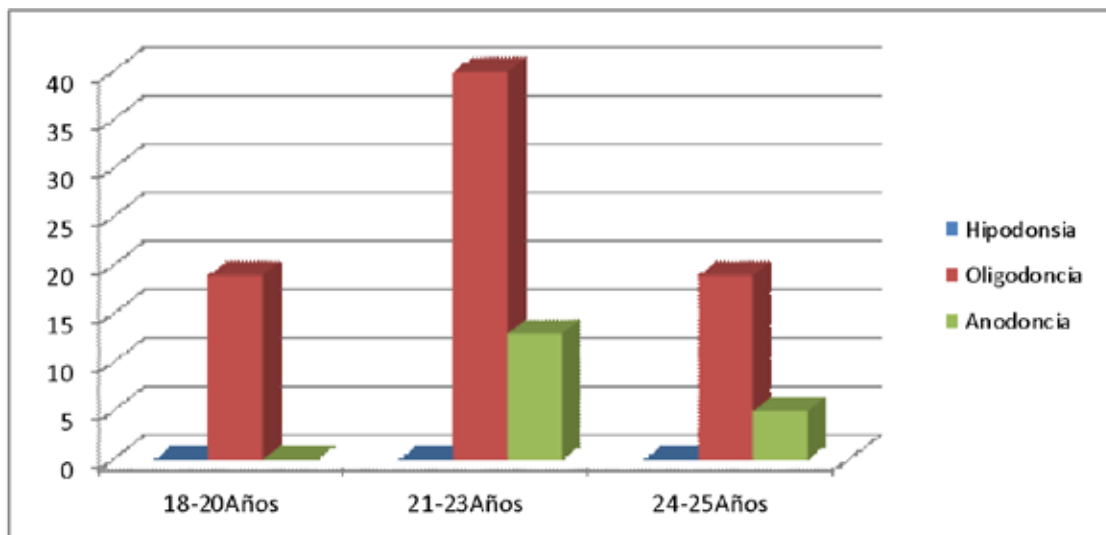
Item 2: ¿Qué tipo de agenesia se presenta con más frecuencia según la edad del paciente?

Cuadro 5: Tipo de Agenesia según Edades.

E DA D E	TIPO DE AGENESIA					
	HIPODONCIA		OLIGODONCIA		ANODONCIA	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
18-20	0	0%	7	19%	0	0%
21-23	0	0%	16	44%	5	13%
24-25	0	0%	7	19%	1	5%

Fuente: González y Vera (2017)

Grafico 2: Tipo de Agenesia según Edades



Análisis 2: En el grafico presentado, se puede observar que la agenesia Hipodontia, no se manifiesta en ningunas de las edades de los pacientes tratados en el área de Cirugía según las historias revisadas, siendo la oligodontia la más frecuente con un 44% en los pacientes con edades comprendidas entre 21 y 23 años; seguidos con un

19% entre los pacientes de 18 a 20 años, y los de 24 y 25 años, por último se observa que la Anodoncia se presentó entre los pacientes de 21-23 años con una frecuencia de 13% y en los referidos a 24-25 años con un 5%.. Esta tendencia coincide con los datos aportados por (Idrogo) Con este estudio se logró determinar un 17.75% de agenesia de terceros molares en pacientes de 14 a 18 años de edad en un centro de diagnóstico por imágenes.

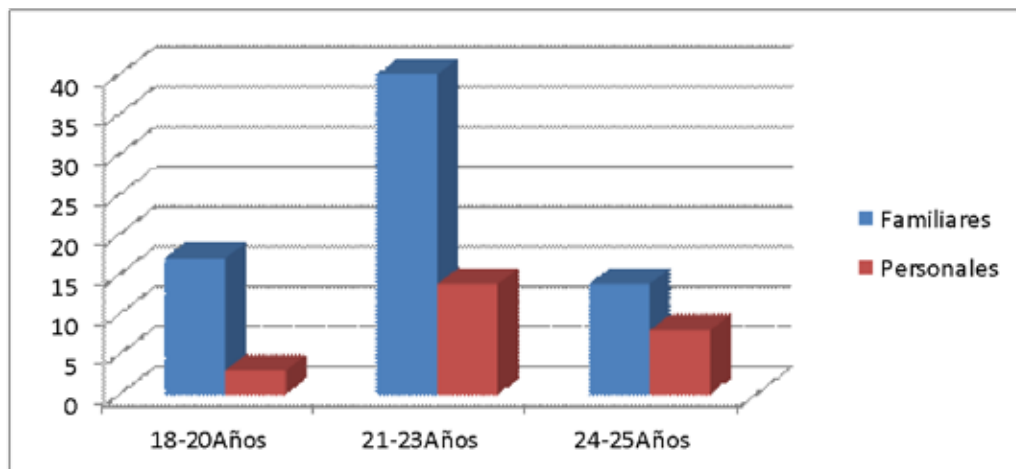
Item 3: ¿Determinar el antecedente de la agenesia del tercer molar en las historias revisadas?

Cuadro 6: Antecedentes de la agenesia de los terceros molares

EDADE S	Antecedente			
	Familiars		Particulares	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
18-20	6	17%	1	3%
21-23	16	44.4%	5	13.8%
24-25	5	13.8%	3	8.%

Fuente: González y Vera (2017)

Grafico 3: Antecedentes de la agenesia de los terceros molares



Análisis 3: En la revisión de los antecedentes de la agenesia presente en las historias revisadas se obtuvieron los siguientes resultados, los antecedentes familiares presentaron menor frecuencia en las edades comprendidas entre 24-25 años, con un

13.8%, seguidos del 17% entre 18-20 años, con una mayor frecuencia entre los pacientes de 21-23 años con un 44.4%. En función a los antecedentes personales, el 3% de los atendidos entre 18-20 años presento esta característica, seguido de las edades 24-25 años con 8% y la mayor frecuencia en los antecedentes personales se dio en las historias revisadas de 21-23 años con un 13.8%.%. Esta tendencia coincide con los datos aportados por (Diaz r.) Determinando así que la frecuencia más común es en pacientes de 21-23 años por causas familiares. Como conclusiones de este estudio determinamos que el antecedente familiar de agenesia y la línea familiar con agenesia se asocian significativamente a la agenesia dental.

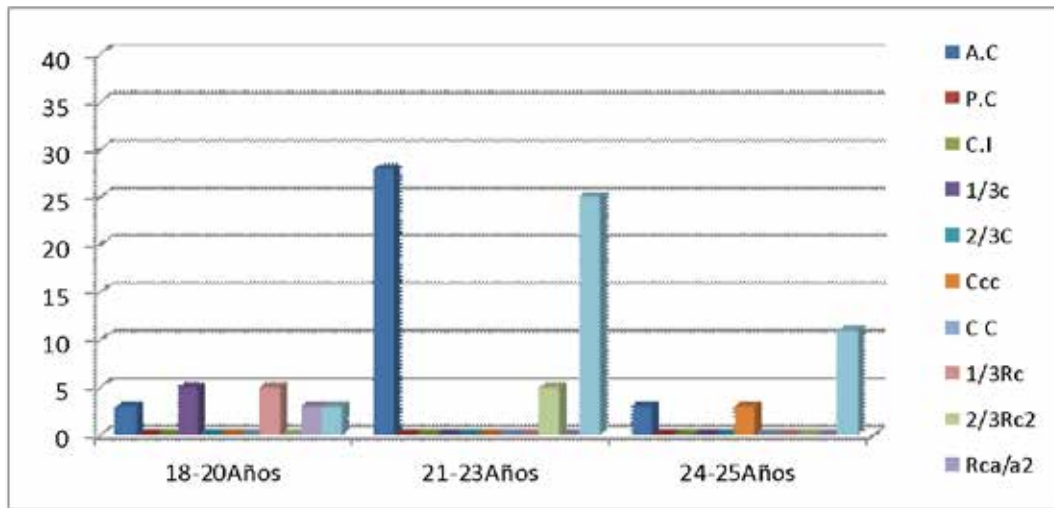
Item 4: ¿En qué estadios del desarrollo molar del superior derecho se presenta la agenesia?

Cuadro 7: Estadio del desarrollo del tercer molar superior izquierdo

EDAD	Estadio del desarrollo del tercer molar superior Derecho																					
	A.C		P.C		C.I		1/3C		2/3 C		C c.c		C.C		1/3R c		2/3R c		R.C/A. A		Ap C	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
18-20	1	3%	0	0	0	0	2	5%	0	0	0	0	0	0	2	5%	0	0	1	3%	1	3
21-23	10	28%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5%	0	0	9	25%	
24-25	1	3%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3%	0	0	0	1	3%	1	3%	4	11%	

Fuente: González y Vera (2017)

Gráfica 4: Estadio del desarrollo del tercer molar superior derecho



Análisis 4: Tomando en cuenta las edades de las historias revisadas y el estadio del desarrollo del tercer molar superior derecho se presenta mayor tendencia en la ausencia de cripta en los pacientes de 21-23 años, con un 28% , en los de 18-20 años presenta 3% al igual que los de 24-25 años. El estadio de un tercio (1/3) de corona se presenta en los jóvenes de 18-20 años con un 5%, y con cero (0) presencia en las edades de 21-23 años y 24-25 años. En los estadios de Presencia de Cripta, Calcificación inicial, dos tercios (2/3) corona casi completa y corona completa no se hay referencia en las historias revisadas. También se presenta en el estado de un tercio (1/3) de raíz un 5% en los pacientes de 18-20 años, con 0% en las edades de 21-23 años y 24-25 años. En el estadio de dos tercios (2/3) de raíz no hay referencia en los pacientes de 18-20 años, teniendo un porcentaje de 5% los de 21-23 años y los de 24-25 años presentes en este estadio es del 3%. Se presenta también el estadio de la raíz casi completa con ápice abierto con 3% en pacientes de 18-20 años, con 0 presencias de 21-23 años y 3% en los de 24-25 años. El último estadio que representa al ápice cerrado presenta un 3% en las edades de 18-20 años, 25% entre 21-23 años y 11% en los pacientes de 24-25 años. Concluyendo que la ausencia de Cripta de pacientes entre 21-23 años, Esta tendencia coincide con los datos aportados por (Martínez y Lucas) quien concluye que el tercer molar superior izquierdo y ambos terceros molares inferiores presentaban un grado de desarrollo similar, siendo el tercer molar superior derecho el más retrasado.

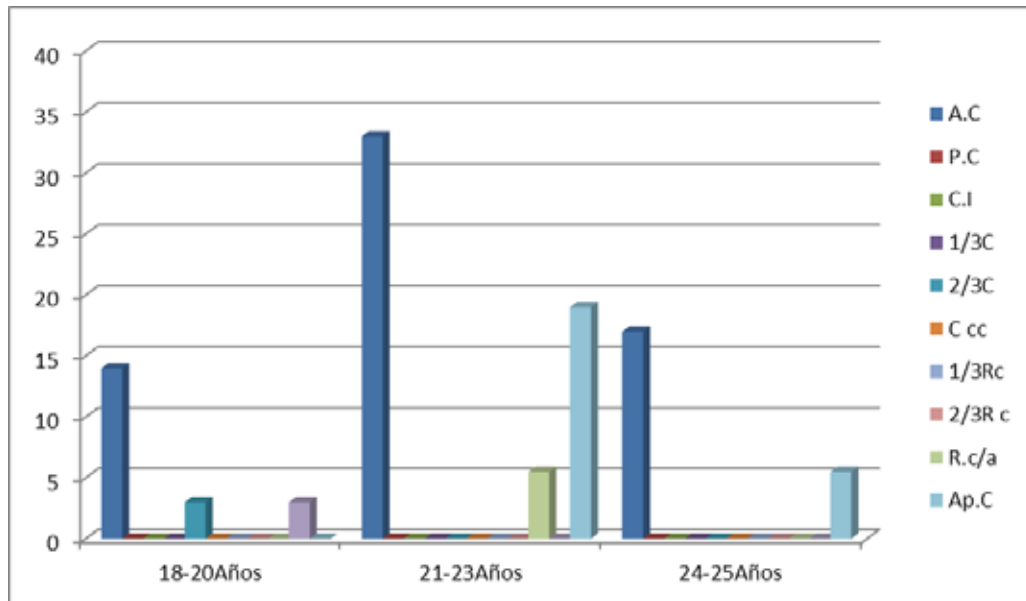
Item 5 ¿En qué estadios del desarrollo molar del superior izquierdo se presenta la agenesia?

Cuadro 8: Estadio del desarrollo del tercer molar superior izquierdo

EDAD	Estadio del desarrollo del tercer molar superior Izquierdo																					
	A.C		P.C		C.I		1/3C		2/3 C		C c.c		C.C		1/3R c		2/3R c		R.C/A .A		Ap C	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
18-20	5	14	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
21-23	12	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.5	0	0	7	19
24-25	6	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.5

Fuente: González y Vera (2017)

Grafica 5: Estadio del desarrollo del tercer molar superior izquierdo



Análisis 5: Tomando en cuenta las edades de las historias revisadas y el estadio del desarrollo del tercer molar superior izquierdo se presenta mayor tendencia en la ausencia de cripta en los pacientes de 21-23 años, con un 33% , en los de 18-20 años presenta 14% y por ultimo de esta etapa los de 24-25 años presentan un 17% de los pacientes. En los estadios: El estadio Presencia de Cripta, Calcificación inicial, dos tercios (2/3) corona casi completa y corona completa y un tercio (1/3) de raíz completado, no se hay referencia en las historias revisadas. de un tercio (1/3) de corona se presenta en los jóvenes de 18-20 años con un 5%, y con cero (0) presencia en las edades de 21-23 años y 24-25 años. En los estadios de También se presenta en el estado de un tercio (1/3) de raíz un 5% en los pacientes de 18-20 años, con 0% en las edades de 21-23 años y 24-25 años. En el estadio de dos tercios (2/3) de raíz no hay referencia en los pacientes de 18-20 años, ni en las edades de 24-25 años, teniendo un porcentaje de 5.5% los en los de 21-23 años. Se presenta también el estadio de la raíz casi completa con ápice abierto con 3% en pacientes de 18-20 años, con 0 presencias de 21-23 años y 0% en los de 24-25 años. El último estadio que representa al ápice cerrado presenta un 0% en las edades de 18-20 años, 19% entre 21-23 años y 5.5% en los pacientes de 24-25 años. Concluyendo que la ausencia de Cripta en los pacientes entre 21-23 años es el referente con mayor frecuencia en la agenesia de los terceros molares superior izquierdo. En comparación con el estudio realizado por la investigadora Lazaro Erika en un estudio en el que se investiga la agenesia y nivel del desarrollo del tercermolar en una población de 124 pacientes de edades comprendidas entre 9 a 12 años de edad concluyó que la agenesia presentada en este cuadrante fue de un 17,74% tomando en consideración todos los casos y edades que difiere con los resultados encontrados por los investigadores de este trabajo en el cual los hallazgos representaron una agenesia del 0,62% de la población estudiada parq esta unidad dentaria en particular.

Ítem 6: ¿En qué estadios del desarrollo molar del inferior izquierdo se presenta la

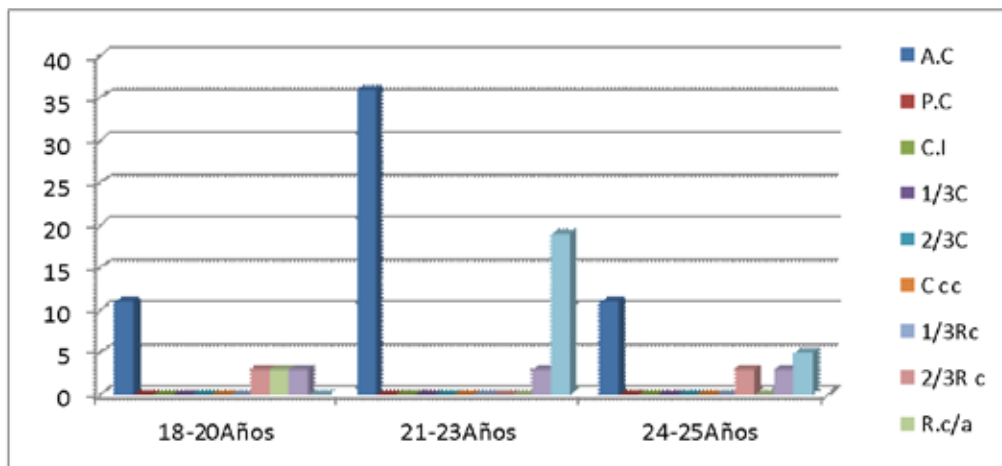
agenesia?

Cuadro 9: Estadio del desarrollo del tercer molar inferior izquierdo

EDAD	Estadio del desarrollo del tercer molar inferior Izquierdo																						
	A.C		P.C		C.I		1/3C		2/3 C		C c.c		C.C		1/3R c		2/3R c		R.C/A .A		Ap C		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
18-20	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3	1	3	0	0
21-23	13	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	7	19	
24-25	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3	2	5	

Fuente: González y Vera (2017)

Grafica 6: Estadio del desarrollo del tercer molar inferior izquierdo



Análisis 6 En la representación gráfica del desarrollo del tercer molar inferior izquierdo se presenta en el estadio de desarrollo de ausencia de cripta un 11% en las

edades de 18-20 años, 36% en los pacientes de 21-23 años, además del 11% en pacientes entre 24-25 años. En los estadios, presencia de cripta, calificación inicial, un tercio de corona completo, dos tercios de corona completa, y corona completa no hubo referencia de pacientes, un tercio (1/3) raíz completa presentó un 3% en las edades de 18-20 años y 24-25 años y 0% en 21-23 años. En el estadio de dos tercios (2/3) de raíz completa se presentó un 3% en los jóvenes de 18-20 años, sin haber frecuencia en 21-23 años y 24-25 años. En el Estadio Raíz casi completa con ápice abierto se observó el 3% en las edades de 18-20 años, al igual que 21-23 años y 24-25 años respectivamente. Y para el estadio relacionado al ápice cerrado se presentó el 19% en edades de 21-23 años, 0% de 18-20 años y 5% en los pacientes de 24-25 años. Nuevamente tomando en cuenta el estudio realizado en Trujillo, en Perú en el Centro de diagnóstico por imágenes en el que su autor Idrogo refiere un porcentaje de agenesia de 1.42% que representan 14 casos de los 986 estudiados, generalizando los resultados de agenesia del tercer molar inferior izquierdo donde tenemos el resultado de 0,52% de agenesia entre los datos obtenidos que equivalen a 21 registros, apreciamos una discrepancia entre ambos estudios.

Item 7: ¿En qué estadios del desarrollo molar del inferior derecho se presenta la agenesia?

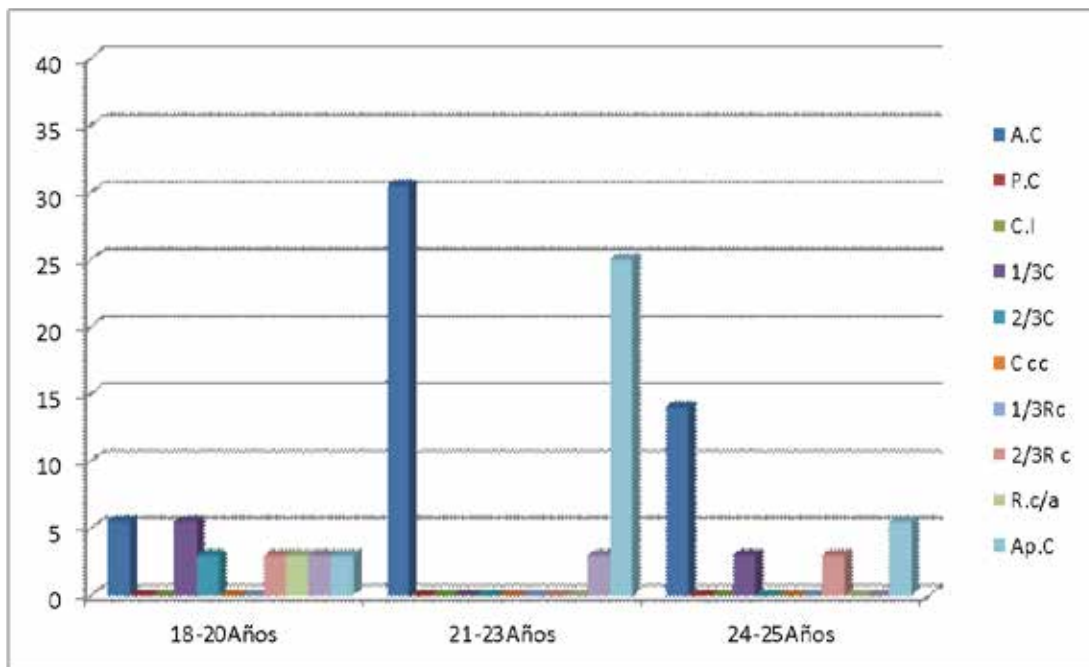
Cuadro 8: Estadio del desarrollo del tercer molar inferior derecho

EDAD	Estadio del desarrollo del tercer molar inferior derecho																						
	A.C		P.C		C.I		1/3C		2/3C		C c.c		C.C		1/3R c		2/3R c		R.C/A.A		Ap C		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
18-20	2	5.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.5	1	3	1	3	1	3

21-23	11	30.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	9	25
24-25	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	2	5.5	

Fuente: González y Vera (2017)

Grafica 6: Estadio del desarrollo del tercer molar inferior derecho



Análisis 7 En el análisis del estadio referido al tercer molar inferior derecho, se describe que el 5.5% de los pacientes con edad comprendida de 18-20 años, presentan agenesia en el estadio ausencia de cripta, 30.5% se presenta en las historias de 21-23 años, 14% en 24-25 años. En los estadios Presencia de Cripta, Calcificación inicial, dos tercios (2/3) corona casi completa y corona completa, no hay referencia en las historias revisadas. Para el estadio de un tercio 1/3 de raíz completado en las edades de 18-20 años hay un 5.5% de historias que presentan la agenesia en este, junto a un 3% en las edades de 21-23 años y 0% en 24-25 años. Para el estadio de ápice cerrado se diagnosticaron un 3% en los pacientes 18-20 años, un 25% en pacientes de 21-23

años y por último 5.5% en los pacientes de 24-25 años. Esta tendencia coincide con los datos aportados por (Cristian J.Botina) El cuadrante con mayor frecuencia de agenesia fue el cuadrante inferior derecho (iv cuadrante) con 14,1% (figura 2). Del total de la muestra, 10,9% presentaron agenesia de un tercer molar, 6,40% de dos, 2,3% de tres y 4,5% de los cuatro molares.

CONCLUSIONES

Una vez registradas, revisadas y tabuladas las historias se consiguió concretar las siguientes conclusiones:

- Hubo mayor incidencia de mujeres que presentaban agenesia de los terceros molares, con 55.4% de las historias, sin embargo no fue mucha la diferencia con respecto al sexo masculino que presentó un 44.6% de historias referidas.
- La mayor presencia de agenesia en todos los ítems analizados fue en los pacientes de edades comprendidas entre 21-23 años
- La oligodoncia, o ausencia de varios dientes, fue la más presentada en las historias, con una frecuencia de 44% historias, siendo predominante las edades de 21-23 años
- Las causas familiares congénitas tuvieron mayor frecuencia que las causas particular.
- En los terceros molares superiores derechos. Hubo mayor frecuencia en el estadio Ausencia de cripta con 28 % y en otro estadio eciente fue el de ápice cerrado con 25% repitiéndose esta frecuencia en jóvenes de 21-23 años.
- En Superior izquierdo hubo 33% en Ausencia de Cripta.
- En el inferior izquierdo hubo la misma incidencia pero con 36%.
- Para el Inferior derecho hubo frecuencia de ausencia de Cripta en 30.5%.
- En los estadios Presencia de Cripta, Calcificación inicial, dos tercios (2/3) corona casi completa y corona completa, no hay referencia en las historias

revisadas.

- Lo que lleva a concretar que el estadio referido a la Ausencia de Cripta, señala que los jóvenes entre 21 y 23 años son los que están presentando, de manera congénita, la agenesia de los terceros molares.
- Es importante aceptar que según las teorías evolutivas del ser humano se puede considerar que los terceros molares están presentando una considerable variación y agenesia progresiva en las generaciones más jóvenes, lo que permite pensar en su desaparición en futuras generaciones; esto implica un desarrollo y evolución considerable en la estructura ósea del ser humano.

RECOMENDACIONES

- Es importante resaltar la relevancia de los estudios que permiten observar la evolución del ser humano, por ende se propone continuar los análisis a profundidad de estas modificaciones de la estructura
- Mantener la actualización académica permite dar mejor aporte a los pacientes atendidos por los diferentes especialistas, es por ello que investigar, indagar y conocer las estrategias de praxis odontológica debe ser una tarea reiterada que no se debe descartar
- A la Universidad José Antonio Paéz, sus especialistas y encargados del desarrollo integral de los estudiantes, se les recomienda abrir los espacios a nuevas experiencias científicas, permitir expandir los horizontes a través de la experiencia vivida por los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias, F. (2012). **El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica.** (6ª ed.). Caracas: Episteme C. A.

Anderson Castel Idrogo López. **Prevalencia de la agenesia de terceros molares en pacientes de 14 a 18 años de edad en un centro de diagnóstico de imágenes, Trujillo – 2014.** Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo Perú 2015.

Alistair Evans, **the change from fertilised egg to full-sized adult. This field of evolutionary developmental biology, or “evo-devo”, has the potential to allow us to predict certain aspects of how animals will change through evolution over time. The focus of Al’s research is the evolution, development and function of the teeth of mammals over their 200 million year history, including fossil and modern species. – 2014.** University of Helsinki

Anderson Idrogo. **Prevalencia de agenesia de terceros molares en pacientes de 14 a 18 años de edad en un centro diagnóstico por imágenes, Trujillo, Perú – 2014.** Universidad Privada Antenor Orrego

Ceperuelo, María. **Anatomía de los Conductos Radiculares de los molares a**

través de los Restos Fósiles de la Cueva del Mirador. Universidad de Barcelona (2015)

Cristian Julián Botina. **Frecuencia de agenesias de terceros molares: relación con el tamaño mandibular – 2012.** Revista Nacional de Odontología Volumen 8, Número 15.

Diana Sánchez García. ***Impactación y agenesia de terceros molares en Nuevo León y Chiapas, México* – 2016.** Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Del Puerto, M. **Terceros Molares Retenidos, Su Comportamiento En Cuba. Revisión De La Literatura.**

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008

Daniel j. Chiego. **Principios de Histología y Embriología Bucal con Orientación Clínica. – 2014.** Universidad de Barcelona

Erika Patricia Lázaro Martínez, **Prevalencia de agenesia y desarrollo del tercer molar en una población de pacientes de 9 a 12 años del postgrado de odontopediatria de la UANL – 2013.** Universidad Autónoma De Nuevo León.

Fidias G. Arias. **El Proyecto De Investigación Guía Para Su Elaboración. – 1999.** Caracas – Venezuela.

García, Abel y otros. **Exodoncia del Tercer Molar Inferior, Factores Anatómicos; quirúrgicos y ansiedad Dental del Postoperatorio.** Universidad de Compstele.

García, L. y otros **Normas Para La Elaboración Y Presentación De Los Anteproyectos, Proyectos Y Trabajos De Grado.** UJAP

Hernandez Lisa, Rosario Alexander. **Diseño de una Guía Práctica para el manejo de urgencias Médicas en la Clínica Odontológica de la Universidad Jose Antonio Páez.** Universidad José Antonio Páez, Valencia-Venezuela. (2017)

José Rubén Herrera Atoche. **Agnesia de Terceros Molares, Prevalencia, Distribución y Asociación con otras Anomalías Dentales – 2013.** Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, México.

Kuffel Valery. **Clasificación De La Posición De Los Terceros Molares Y Su Mayor Incidencia.** Universidad Católica d Santiago de Guayaquil. Ecuador 2011

Martínez Sandra E. y Lucas Gabriela. **Estudio del grado de desarrollo de los terceros molares en niños que concurren a la cátedra de Odontopediatría. – 2003.** Universidad Nacional Del Nordeste.

María Elsa Gómez de Ferraris. **Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. – 2012.** Universidad de Granada.

Mario Tamayo. **El Proceso De La Investigacion Científica. – 2006.** Limusa México.

Proffit W. **Ortodoncia Contemporánea Teoría y Práctica. – 2001.** España: Mosby. 3ª edición.

Quintero Cuello. **La agnesia dental y su mecanismo de herencia en siete**

grupos familiares colombianos – 2002. Universitas Odontológica.

Raúl Díaz Pérez. **Agenesia en dentición permanente – 2009.** Universidad Nacional Autónoma de México

Sarmiento, Pedro. **Agenesia de terceros molares en estudiantes de odontología de la Universidad del Valle entre 16 y 25 años Colombia Médica – 2004.** Universidad del Valle.

Vastardis H. **The genetics of human tooth agenesis: new discoveries for understanding dental anomalies.** – 2000. Orthod Dentofacial Orthop

Wheeler y Dewel. **Anatomía, Fisiología y oclusión dental.** – 1947. University of Nevada.

ANEXOS

Tabla de Operacionalización de Variables.

Objetivo general: Determinar la prevalencia de agenesia y desarrollo de los terceros molares en pacientes entre 18 y 25 años, atendidos en el área de Cirugía de La Universidad José Antonio Páez.

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Agenesia dentaria	Es la disminución en el número de unidades dentarias	Antecedentes familiares de tipo genético y/o Congénito Antecedentes particulares Tipos Ubicación	Existencia de casos Hipodoncia Oligodoncia Anodoncia Unidad dentaria involucrada
Desarrollo dental	Ciclo vital del diente	Estadio de desarrollo según Clasificación de Nola:	*Clasificación de Nola: Ausencia de cripta Presencia de cripta Calcificación inicial Un tercio de corona completa Dos tercios de corona completa Corona casi completa Corona completa

González y Vera, (2017)



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAÉZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 ASIGNATURA: CIRUGÍA

HISTORIA DE CIRUGÍA BUCAL

Historia Nº _____ Fecha ____/____/____

Alumno responsable _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Datos personales

Nombres		Apellidos	
Lugar y fecha de nacimiento			
C.I.:	Edad:	Sexo:	F
Color de la piel:	Profesión:	Estado civil:	
Nombre del conyugue:			
Procedencia:			
Dirección de habitación:			
			E-mail:
Dirección de trabajo:			
			E-mail:
Teléfonos: hab:	Trab:	Cel:	
Referido por:			
Odontólogo anterior:			
Teléfonos:			
Nombre del representante legal:			
En caso de emergencia avisar a:			Teléfono:

Aparato Genitourinario

Incontinencia urinaria, dolor lumbar, hematuria, poliuria

Sistema Endocrino

Poliuria, polifagia, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o calor

Sistema Nervioso

Convulsiones, cefaleas, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor

Sistema Músculo Esquelético

Deformidad articular, dolor articular, limitación de movimientos.

Peso (kg.)	Talla (M)	IMC
------------	-----------	-----

Signos Vitales:

Frecuencia cardíaca:	Normal 60 a 90 bpm
Tensión arterial:	Normal ≤ 80 mmHg / 120 mmHg
Frecuencia respiratoria:	Normal 15 a 20 mov/min
Temperatura:	Normal 36.8 + 0.2 °C

Exámenes de laboratorio:

Declaro que todos los datos suministrados por mi son verdaderos y me comprometo a informar cualquier alteración en relación a mi salud actual

Valencia, ____ de ____ 20__

Firma del Paciente o Representante Legal:
