

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**PREVALENCIA DE LA PERICORONITIS RELACIONADA A LOS
TERCEROS MOLARES INFERIORES SEMESTRE B, UCSG 2015**

AUTORA:

JENNIFFER JOMAIRA FERRÍN PÁRRAGA

TUTOR ACADEMICO

DR. HÉCTOR ALFREDO LEMA GUTIERREZ

**GUAYAQUIL – ECUADOR
2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad **por Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontólogo**.

TUTOR

DR. HÉCTOR ALFREDO LEMA GUTIERREZ

REVISORES

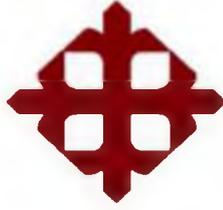
Dr (a).

Dr (a).

DIRECTORA DE LA CARRERA

DRA. GEOCONDALUZARDO JURADO

Guayaquil, a los diez y seis días del mes de Marzo del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares inferiores Semestre B, UCSG 2015**”. Previa a la obtención del Título de Odontólogo, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los diez y seis días del mes de Marzo del año 2016

LA AUTORA

Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **(Prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares inferiores Semestre B, UCSG 2015)**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los diez y seis días del mes de Marzo del año 2016

LA AUTORA:

Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga

AGRADECIMIENTO

Doy gracias principalmente a mi Dios por haberme iluminado todos los días de mi vida, por ser mi guía a largo de mi carrera.

A mi madre por apoyarme siempre, por los valores que me ha inculcado y por brindarme la oportunidad de tener una excelente educación a lo largo de mi camino.

Agradezco a mis profesores, por su dedicación y apoyo que me han brindado, en especial a mi tutor Dr. Héctor Lema por su excelente disposición en la realización de mi tesis.

A mi querido esposo Washington por ser parte muy importante, que a pesar de la distancia estuvo apoyándome para no rendirme y seguir adelante en todo momento, planteando mi futuro profesional y de vida junto a él.

Pero todo mi esfuerzo y dedicación se aumentó a mil, cuando en mi ser venía mi hijo Austin, pensar que al final de mis proyectos todo se complicaría, con ello, las responsabilidades se acelerarían, pero ha sido la mayor bendición y el mejor sentido de mis días. Mis logros y gozo de ahora en adelante se los dedico, solo a esa sonrisa que me levanta cada mañana. Y junto a él, las ansias de mi segundo bebe en camino de gestación, hacen que mi impuso a querer cada día más esta profesión, deseo dejarles un legado de perseverancia, de que nada es un obstáculo, y debes superarte.

A todos mis hermanos: Johanna, Margarita, Jazmany y Marjorie ellos son parte de mi felicidad. A todos quienes me han acompañado, solo les digo gracias.

Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a cuatro personas muy importantes en mi vida, a Dios que ha sido mi fortaleza de cada día, a mi madre por guiar mis pasos, a mi esposo por estar siempre alentándome y a mi hijo Austin que es el motivo de mi vida.

Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

CALIFICACIÓN

DR. HECTOR ALFREDO LEMA GUTIERREZ
GUÍA O TUTOR

Dr(a). PROFESOR DELEGADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

CALIFICACIÓN

DR. HECTOR ALFREDO LEMA GUTIERREZ

TUTOR

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Portada	I
Certificación	II
Declaración de responsabilidad	III
Autorización	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Calificación	VII
Índice General	XI
Índice de Cuadros	XII
Índice de Gráficos	XIII
Índice de Anexos	XIV
Resumen	XV
Abstract	XVI
Introducción	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1	Planteamiento del problema	3
1.1.1	Preguntas de investigación	3
1.2	Justificación	4
1.3	Objetivos	5
1.3.1	Objetivo general	5
1.3.2	Objetivos específicos	5
1.4	Hipótesis	6
1.4.1	Hipótesis	6
1.4.2	Variables	6

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1	Marco conceptual	7
2.1.1	Pericoronitis	7
2.1.1.1	Concepto de pericoronitis	7
2.1.1.2	Etiología de pericoronitis	10
2.1.1.3	Epidemiología de pericoronitis	11
2.1.1.4	Cuadro clínico de pericoronitis	14
2.1.1.5	Diagnóstico de pericoronitis.	15
2.1.1.6	Tratamiento de pericoronitis	18
2.1.1.7	Prevención de pericoronitis	21
2.2	MARCO legal	22
2.2.1	Constitución de la República	22
2.2.2	Ley Orgánica de Salud Pública	23
2.3	Variables generales y operacionalización	23

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	Diseño de investigación	26
3.1.1	Diseño de la Investigación	26
3.2	Métodos	26
3.2.1	Métodos teóricos	26
3.2.1.1	Tipo de estudio	26
3.2.1.2	Tipos de Investigación	27
3.2.2	Métodos empíricos	27
3.2.2.1	Observación Directa	27
3.2.2.2	Ficha de Observación: Historia Clínica	27
3.3	Materiales	28
3.3.1	Lugar de la Investigación	28
3.3.2	Período de la Investigación	28
3.3.3	Recursos Humanos	28

3.3.4	Recursos físicos	28
3.4	Población y muestra	29
3.4.1	Criterios de inclusión	29
3.4.1.1	Criterios de inclusión de la muestra:	29
3.4.1.2	Criterios de exclusión de la muestra.	29
3.5	Cronograma	30
3.6	Resultados del análisis de las historias clínicas de pacientes con pericoronitis	30
	Conclusiones	42
	Recomendaciones	43
	Bibliografía	44
	Referencias Bibliográficas	49
	Anexos	51

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Detalle	Pág.
1	Operacionalización de Variables	24
2	Población	29
3	Cronograma de ejecución de la investigación	30
4	Edad	31
5	Género	32
6	Higiene oral después de cada comida	33
7	Uso de enjuague bucal	34
8	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda	35
9	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda supurada	36
10	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda crónica	37
11	Evidencias radiográficas de osteítis	38
12	Tratamiento terapéutico	39
13	Técnica quirúrgica	40
14	Prevalencia de pericoronaritis	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

No.	Detalle	Pág.
1	Ejemplo de la Pericoronitis	9
2	Condición sintomática de Pericoronitis	10
3	Edad	31
4	Género	32
5	Higiene oral después de cada comida	33
6	Uso de enjuague bucal	34
7	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda	35
8	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda supurada	36
9	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda crónica	37
10	Evidencias radiopacas de osteítis	38
11	Tratamiento terapéutico	39
12	Técnica quirúrgica	40
13	Prevalencia de Pericoronaritis	41

ÍNDICE DE ANEXOS

No.	Detalle	Pág.
1	Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación odontológica	52
2	Hoja de registro de datos	54
3	Tabla consolidada	57
4	Evidencias radiográficas	58

RESUMEN

La pericoronitis es una infección molar que según la literatura científica puede ser prevenida, por ello se planteó como objetivo: determinar la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares en los pacientes atendidos en la clínica UCSG 2015. Para el efecto, se aplicó un estudio cuantitativo, descriptivo, de campo, transversal, aplicando la observación directa a través de los registros de las historias clínicas de 80 pacientes que formaron parte de la muestra, cuyos hallazgos evidenciaron que los pacientes con pericoronitis experimentaron como historia clínica: algias (100%), dolor a la masticación (60), dolor a la palpación (68%), trismus (58%), disfagia y pus a la palpación (48%); 38% tuvo sangrados y dolor a las amígdalas, 30% adenopatías y halitosis, 23% dolor al suelo de la boca y faringitis unilateral; el 90% de los pacientes no presentaron evidencias radiográficas de osteítis; el tratamiento terapéutico usado más frecuente (78%) en los pacientes fue la Amoxicilina + ac. Clavulánico, ibuprofeno, exodoncia; las técnicas quirúrgicas de mayor utilización fueron la anestesia, la incisión, el colgajo, la extracción molar, la ostectomía, la limpieza y sutura de la herida; el grupo etáreo de mayor prevalencia fue el mayor de 21 años del género femenino (68%), comprobándose la hipótesis, en conclusión existe mayor prevalencia de pericoronitis relacionada a los terceros molares inferiores con el 95% de casos, recomendándose la extracción del molar como una solución óptima a esta problemática de salud bucal, además de la aconsejar la higiene bucal después de cada comida y el enjuague bucal correspondiente.

Palabras Claves: (Prevalencia, pacientes, pericoronitis, terceros, molares, inferiores)

ABSTRACT

Pericoronitis is a molar infection according to the scientific literature can be prevented, so it was proposed as objective: to determine the prevalence of pericoronitis related to third molars in patients treated in UCSG clinical in 2015. To this end, it's applied a quantitative, descriptive, field, cross, using direct observation through the records of the medical records of 80 patients who were part of the sample, whose findings showed that patients with pericoronitis experienced as clinical history: algias (100%), pain on chewing (60), tenderness (68%), trismus (58%), dysphagia and pus on palpation (48%); 38% had bleeding and pain tonsils, lymph nodes and halitosis 30%, 23% pain on the floor of the mouth and throat unilateral; 90% of patients had no radiographic evidence of osteitis; therapeutic treatment used most frequently (78%) patients was Amoxicillin + ac. Clavulanate, ibuprofen, extraction; surgical techniques were increased use of anesthesia, the incision, the flap, the molar extraction, ostectomía, cleaning and wound closure; The most prevalent age group was over 21 years of female (68%), proving the hypothesis, in conclusion there is a greater prevalence of pericoronitis related to the lower third molars with 95% of cases, recommending molar extraction as an optimal solution to this problem of oral health in addition to advising oral hygiene after each meal and the corresponding mouthwash.

Keywords: (Prevalence, patients, pericoronitis, third molars, lower)

INTRODUCCION

El objetivo del trabajo de investigación es verificar la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares para evitar consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

“La pericoronitis hace referencia a una inflamación ubicada de la encía en el entorno de la corona dental, afectando con mayor frecuencia a los terceros molares por el escaso espacio que tienen al nacer, cuyo síntoma principal es el dolor, además que puede llegar hasta la mandíbula y ganglios”. (1)

“La elevada prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes a nivel mundial por los terceros molares retenidos o semi erupcionados, tengan un alto riesgo de padecer pericoronitis, por lo que hacen que se le preste mucha atención al diagnóstico durante su erupción para evitar complicaciones por medio del tratamiento oportuno”. (4)

“La erupción de los terceros molares en nuestra población se produce en la edad entre 18 a 25 años por este motivo se la denomina como la muela del juicio, cordal o molar de la cordura, en referencia a la edad que suele erupcionar, la edad media en los varones es de 19,5 años y en las mujeres a los 20,5 años”.

“Las complicaciones infecciosas que se pueden provocar por la erupción del tercer molar como la pericoronitis que es una infección aguda, que se genera por los restos de comida y microorganismos en el interior de la encía de los dientes parcialmente erupcionados, donde los molares inferiores son los afectados con mayor frecuencia”. (3)

La etiología de la pericoronitis es de origen infeccioso producida por el crecimiento bacteriano activo en los espacios de tejido blando, que cubre la corona del molar y por accidente mecánico ante la irritación de la mucosa del molar inferior. “Ésta se caracteriza clínicamente por la presencia de dolor

punzante, el cual es el síntoma clínico más frecuente, inflamación en los tejidos adyacentes con el tejido pericoroniano enrojecido, edematoso y puede haber la presencia de pus, trismo, disfagia, dificultad a la masticación, halitosis, escalofríos, fiebre y linfadenopatías cervicales". (3)

El presente trabajo investigativo es descriptivo y bibliográfico por lo cual es factible y asegura un desarrollo para determinar la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares y determinar el tratamiento correspondiente evitando secuelas y complicaciones para restablecer la salud del paciente en la UCSG 2015.

Mediante la realización de un estudio transversal, prospectivo, observacional y descriptivo de 100 pacientes entre 15 y 82 años de edad, que acudieron a la clínica de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán – México (FOUADY), con terceros molares retenidos semi-erupcionados, con el consentimiento informado y con la realización de una historia clínica completa, datos específicos se realizó la exploración de la cavidad oral, buscando mediante métodos de inspección signos como: úlceras, abscesos, inflamación y otras lesiones, corroborando la presencia de trismus, adenomegalias e infecciones sub-mandibulares, faciales y artropatías temporo-mandibulares. Valorando la existencia de síntomas como dolor y su intensidad. Dando así como resultado de los 100 pacientes estudiados con terceros molares retenidos un 67% presentan la pericoronitis, realizando así una estimación de la proporción de la población, con un 95% de confiabilidad, dando como resultado entre el 57% y el 76% de la población entre 16 y 82 años de edad con dientes semi erupcionados, pueden padecer de pericoronitis. (2)

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pericoronitis, es una de las complicaciones pre-quirúrgicas, que se presentan con más frecuencia en la atención clínica relacionada con los terceros molares, la inflamación que es de origen bacteriana puede tener compromiso de estructuras relacionadas con el área quirúrgica de (tejidos duros y blandos) y tienen manifestaciones sub agudas, agudas y crónicas que cuando son de larga evolución van dejando evidencias relacionadas con los tejidos óseos, y que se diagnostican como osteítis. Nuestra intención es determinar la prevalencia de la pericoronitis relacionada con los pacientes atendidos en la clínica de cirugía bucal de la UCSG y realizar diagnóstico clínico y tratamiento pre y postquirúrgico encaminado a observar su evolución y resultados del tratamiento.

De lo expuesto anteriormente tenemos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de la pericoronitis relacionada a la erupción de terceros molares en los pacientes de la UCSG 2015?

1.1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- ¿Cuál son las características clínicas relacionada con la pericoronitis?
- ¿Cuál son las características radiográficas de la pericoronitis?
- ¿Cuál es el tratamiento terapéutico usado más frecuente en los pacientes con pericoronitis de la clínica UCSG?
- ¿Qué técnica quirúrgica se utiliza para la pericoronitis?
- ¿A qué edad y genero se presenta la pericoronitis con más frecuencia?

1.2. JUSTIFICACION

Este trabajo de Investigación se realiza con la finalidad de conocer la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares mandibulares, cuáles son las causas y efectos de esta patología, para de esta manera dar a conocer a la comunidad odontológica sobre el desarrollo de la pericoronitis y conocer que si esta patología no es tratada a tiempo puede llegar a causar complicaciones que pueden llegar a comprometer la salud del paciente y problemas legales para el profesional que realiza el tratamiento.

El resultado de esta investigación permitirá tomar acciones efectivas con el fin de evitar la pericoronitis y de esta manera establecer el tratamiento necesario, ya sea quirúrgico, tratamiento que sea favorable para los pacientes. Este trabajo de investigación es conveniente para la comunidad odontológica de Guayaquil, porque los resultados ayudarán a tomar mejores medidas para el tratamiento de esta patología y ayudará a llevar un control adecuado de los pacientes.

El presente trabajo de investigación contará con el apoyo de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Guayaquil que promueve la investigación de los diferentes síntomas que se puedan presentar en los pacientes, y además se cuenta con las suficientes bases teóricas y prácticas para poder llevar a cabo el trabajo de campo que permite la verificación de la hipótesis planteada en esta investigación.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares en los pacientes atendidos en la clínica UCSG 2015.

1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICOS

- Determinar las características clínicas relacionada con la pericoronitis.
- Contextualizar las características radiográficas de la pericoronitis.
- Identificar el tratamiento terapéutico usado más frecuente en los pacientes con pericoronitis de la clínica UCSG.
- Determinar que técnica quirúrgica se utiliza para la pericoronitis.
- Definir a qué edad y genero se presenta la pericoronitis con más frecuencia.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. HIPÓTESIS

- Es muy frecuente la pericoronitis en los pacientes tratados quirúrgicamente de terceros molares.

1.4.2. VARIABLES

Variable dependiente Pericoronitis

Variable Independiente Características clínica de la pericoronitis,
Características radiográficas, tratamiento de la pericoronitis, técnica quirúrgica.

Variable Interviniente Edad, Género, Salud bucal

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. PERICORONITIS

La fisiología dental es muy compleja, en la adolescencia todas las personas pueden apreciar en el tercer molar que nace en las extremidades de su dentadura, la cual es denominada con el nombre de “muela del juicio, la cual aparece alrededor de los 15 a los 18 años, como un criterio técnico aceptado por la OMS y de acuerdo a la ciencia de la Odontología, como lo señala la página de la Terra Networks Chile S. A.”¹.

La muela del juicio es la última en aparecer en la dentadura de los seres humanos, sin embargo, la salud bucal dependerá en gran medida de la revisión de los mismos por los profesionales en Odontología, debido a que en algunos casos, la posición de los dientes y las muelas, puede ser un factor detonante para que al aparecer aquella denominada del juicio, genere problemas para las personas.

2.1.1.1. Concepto de pericoronitis

Como se manifestó en los párrafos anteriores, las muelas del juicio pueden tener problemas en su crecimiento, producto del poco espacio que tienen para acomodarse en la dentadura, lo que a su vez puede incrementar el riesgo de infecciones bucales, porque los alimentos se pueden quedar estacionados en los pequeños orificios que se forman entre las muelas, ocasionando problemas en la salud de las personas, que pueden dar lugar a la pericoronitis.

El término pericoronitis, que también se denomina Pericoronaritis “se trata de una infección aguda que se caracteriza por una inflamación que ocurre en el tejido blando alrededor del diente que se encuentra retenido”. (2)

Otra conceptualización de la pericoronitis, indica que “es una infección que se sitúa por lo general en la cavidad pericoronaria (de allí su nombre) de la muela del juicio y sus alrededores, que según la OMS tiene el 82% de incidencia en los procesos mucosos bucales”. (3)

Los alimentos que son masticados por los humanos, producto de la deglución de los mismos, suelen quedarse en el tejido blando que se encuentra en las paredes laterales del segundo y tercer molar, donde se puede formar una cavidad producto de la aparición de la muela del juicio, donde se acumulan los residuos de la alimentación y pueden acumularse las bacterias patógenas que ocasionan la infección.

Al realizar la revisión bibliográfica acerca de la pericoronitis, se pudo apreciar que en efecto, “las edades de mayor incidencia de esta infección molar, hacen referencia a la segunda y la tercera década de vida del ser humano, pero la aparición de la muela del juicio puede tener lugar durante la primera y segunda década”. (4)

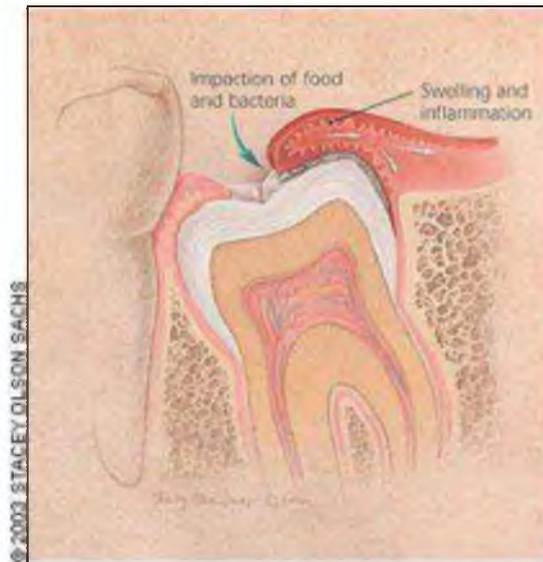
Es fácil la identificación de la pericoronitis, inclusive para los propios usuarios de los consultorios y clínicas dentales, pueden estimar que una inflamación purulenta a la altura del tejido blando que se encuentra alrededor de la muela del juicio, puede suponer este tipo de infección, lo que puede contribuir también a su cuidado.

Continuando con los criterios acerca de la pericoronaritis se pudo conocer, que se trata de “una patología caracterizada por inflamación del tejido blando que se encuentra alrededor de la corona del diente erupcionado, cuyo síntoma principal es el dolor”. (5)

Las características principales de la pericoronitis son: la inflamación, el dolor y el aspecto purulento del tejido blando, precisamente la manifestación del paciente tiene lugar por causa de la acción de los microorganismos patógenos en la cavidad que se forma por la aparición del tercer molar.

Científicamente, la etiología de la infección en referencia es “producto de la cavidad conformada por el “capuchón pericoronario” externo que recubre a la muela afectada, el cual retiene alimentos y se hace profundo, incrementando el riesgo de evolución del aspecto infecto-inflamatorio recurrente, ocasionado por microorganismos polimicrobianos anaerobios”. (6)

Gráfico No. 1
Ejemplo de la Pericoronitis



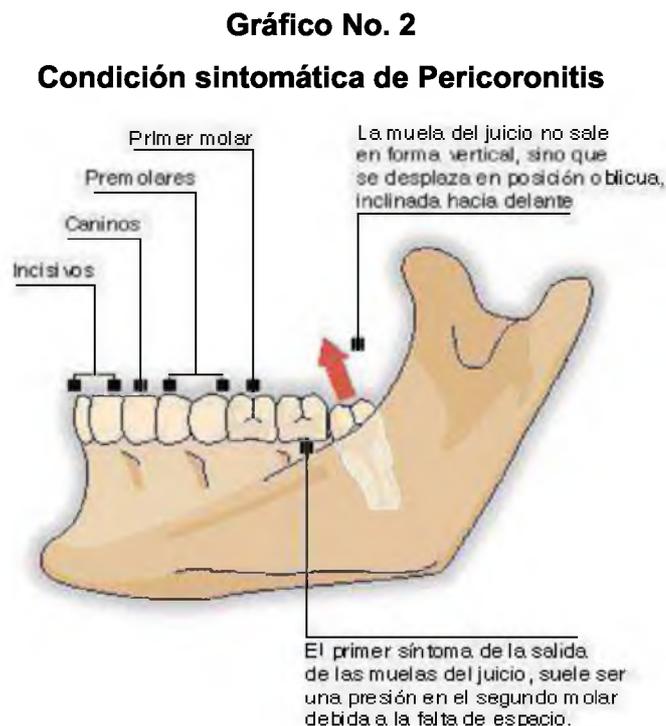
El crecimiento de la muela del juicio no siempre es simétrico, porque la contextura geométrica de la dentadura, en algunos casos, puede no permitir la formación excelente de este molar, causando los estragos en la salud bucal de las personas afectadas.

Las infecciones relacionadas con el tercer molar son las más frecuentes en los pacientes que acuden a las clínicas dentales, de acuerdo a la revisión literaria realizada en los textos, acerca de la epidemiología de esta patología, que será descrita en el numeral 2.1.1.3, por esta razón se justifica el desarrollo de la presente investigación.

2.1.1.2. Etiología de pericoronitis

Sintetizando lo mencionado en los párrafos de la conceptualización de la patología de la pericoronitis, se pudo apreciar que la causa o el origen de esta afección se debe al crecimiento de los microorganismos patógenos en el espacio que se forma entre el tejido blando y la corona de la muela denominada del juicio.

Otro criterio manifiesta que esta patología también puede ser causada “por la irritación de la mucosa que tiene como función recubrir al molar inferior, por sobre las cúspides del superior”, donde los microorganismos invaden el tejido blando, ocasionándose la erupción de la tercera muela de la parte superior, “que quiere ingresar en articulación, produciendo un traumatismo en la parte inferior del tercer molar, como consecuencia de los movimientos mandibulares”. (7).



Loughlin P. M., establece que también se registran otros casos de pericoronaritis posendodóntica, pero esto data de una etiología poco usual”, como lo afirman algunos textos. (8)

En efecto, por debajo de la mucosa peridentaria pueden formarse algunos espacios donde puede penetrar fácilmente la humedad, los alimentos y la oscuridad, que es un ambiente propicio para que tenga lugar el crecimiento de las bacterias.

Etiológicamente, la pericoronitis entonces es una infección que puede ocurrir a cualquier persona, siempre y cuando no exista la prevención sanitaria de la higiene bucal, que bien puede evitarse con un tratamiento que permita la minimización de la cavidad que se forma cuando aparece la muela del juicio, para bienestar de los pacientes.

2.1.1.3. Epidemiología de pericoronitis

Epidemiológicamente, la pericoronaritis o pericoronitis, es una infección que puede atacar tanto a hombres como a mujeres, en edades superiores a los 15 años, que no hayan tomado las precauciones necesarias y suficientes para la prevención sanitaria de esta patología, que por lo general tiene lugar en el tercer molar.

Los estudios epidemiológicos manifiesta que “reportan una mayor frecuencia e incidencia de pericoronitis en usuarios del género femenino, manifestándose una diferencia que es significativa en el ámbito estadístico con relación al masculino”. (6).

Este reporte no significa que solo las mujeres pueden tener problemas con este tipo de infección, que puede atacar de igual manera a hombres y a mujeres, sin embargo, si es válido para las estadísticas, reconocer que por la estructura bucal, las muelas del juicio han causado mayores estragos en la población femenina.

Gelesko expresa que los síntomas de la infección de la pericoronitis, están asociados con frecuencia a los terceros molares mandibulares (9). Por lo general, “en la adolescencia desde los 12 a los 20 años” y “en el 60% de los casos, se hallan incluidos en posición vertical”. (10).

En términos generales, los terceros molares son los de mayor incidencia en la infección de la pericoronitis, la cual a su vez está asociada a la aparición del molar del juicio, como se manifestó en los párrafos anteriores de este sub – numeral.

Muñoz Smitmans. C., llevó a cabo una investigación considerando las fichas médicas diarias durante algunos periodos mensuales, en el área de Emergencias Dentales del Hospital de Especialidades “Barros Luco Trudeau” de Buenos Aires, analizándose para el efecto 76 fichas médicas de pacientes en 123 días, los meses de enero, julio, abril y octubre del 2010, obteniéndose 5% de diagnósticos de pericoronaritis de un total de 9.531 pacientes atendidos en el centro hospitalario. (11).

Yamalík manifestó que varios de los hallazgos más importantes evidenciaron que en el caso del análisis realizado en el área de Emergencias Dentales del Hospital de Especialidades “Barros Luco Trudeau” de Buenos Aires, el género masculino fue el de mayor prevalencia con el 65%. (6)

Otro de los hallazgos significativos indicó que fue el tercer molar mandibular, especialmente el que se encuentra en la parte superior, la pieza dental de mayor afectación para los pacientes que presentaron la patología de pericoronaritis, situación que coincide con lo expresado hasta el momento, porque la teoría acerca de esta afección bucal es clara en expresar que el tercer molar es el de mayor prevalencia en esta enfermedad, que puede atacar con la misma incidencia a hombres o a mujeres, dependiendo de los casos analizados.

Beklen, Laine, Ventä, & Hyrkäs, sugirió que es necesario realizar algunos estudios acerca de la interacción entre los patógenos del sistema inmunológico

y el biofilm de los pacientes que padecen de esta patología, lo que será de gran utilidad para propiciar la solución de esta problemática de salud dental y minimizar el efecto inflamatoria durante un tiempo muy apreciable. (12).

El mismo autor señala que otra de las soluciones para evitar este tipo de patologías que afectan con gran incidencia la salud dental de la población, es la extracción del tercer molar que también se lo conoce con el nombre de muela del juicio, de esta manera se puede evitar la acumulación de alimentos y la acción bacteriana en esta área de la dentadura de las personas que ya tienen la muela del juicio.

Otro experimento realizado en el Hospital Metropolitano en Colombia, indicó en cambio que la mayor prevalencia de esta afección la presenta el género femenino con un promedio etáreo de 24 años aproximadamente, de acuerdo a los resultados de las fichas clínicas. (13).

El autor referenciado en el párrafo anterior, manifiesta que la pericoronaritis afecta con gran énfasis a la población mayor de 20 años, porque a esta edad ya se ha formado completamente la muela del juicio, por ello es recomendable para la población, el sometimiento a una terapia mecánico local y sistémico, para prevenir este tipo de afecciones.

En conclusión, la epidemiología correspondiente a la pericoronaritis o pericoronitis, puede atacar con la misma incidencia a la población femenina o masculino, cuyas edades fluctuaron entre los 20 a 30 años de edad, afectando principalmente al tercer molar (o muela del juicio), según los estudios analizados en dos países latinoamericanos diferentes, como es el caso de Argentina y Colombia, así como en la teoría correspondiente al área de la Odontología.

2.1.1.4. Cuadro clínico de pericoronitis

La patología de la pericoronitis puede ser reconocida por sus síntomas, que son propios de aquellos provenientes de las infecciones, especialmente en un órgano tan sensible como es el caso de los dientes, las encías y todo lo que encierra la salud bucal.

Al respecto, algunos expertos consideran que “los síntomas de la pericoronitis crónica, pueden ser el dolor y la inflamación durante algunos días, que pueden durar hasta semanas sin tratamiento alguno, inclusive se pueden extender hasta a un año”. (9) Pero no todo termina allí, sino que “la falta de tratamiento y la continuidad de la afección es el punto de partida para que tengan lugar los procesos infecciosos complejos, inclusive en espacios profundas”. (14)

La infección de la pericoronitis se puede hacer muy profunda cuando no existe la prevención ni el tratamiento oportuno, lo que puede generar que los microorganismos bacterianos sean huéspedes de la cavidad molar e invadan las zonas del tejido blando, desde donde puede emanar una sustancia purulenta, en los casos críticos.

La Guía Clínica AUGE, hace referencia a varios síntomas de la pericoronitis (15), los cuales se presentan a continuación:

- “La pericoronaritis marcada puede ser la causa de la inflamación sub-maxilar facial.
- Inflamación de la encía pericoronal, del tejido medio alveolar, borde anterior de la mandíbula, pared lateral de faringe, parte inferior de la boca.
- Disfagia
- Linfadenopatía cervical.
- Temperatura de 39°C y alto grado de dolor”. Excellence. (16)

Como se puede apreciar, los síntomas de la pericoronitis no sólo se pueden apreciar en el tercer molar, sino también en otras zonas, como es el caso de la

enciá, la cara, la mandíbula, debido a la conexión que tiene el tejido blando con estas áreas de la faz del paciente, que puede ser la causa del dolor y de la fiebre.

De la misma manera, Güel R. expresa que la pericoronaritis presenta algunas manifestaciones clínicas similares “pero a su vez independientes de su cuadro clínico”, las cuales son las siguientes:

- Se aprecia con mayor prevalencia en los grupos etéreos de 20 a 30 años, en el área de los terceros molares inferiores. (17)
- Alta intensidad del dolor.
- Tejido de la zona pericoronaria, de color edematoso y rojizo.
- La inflamación prosigue a los tejidos blandos de la zona adyacente.
- Amigdalitis.
- Zona purulenta.
- Presencia de trismo o limitación a la apertura bucal. Camilla Tulloch J. F. (18).
- Disfagia y halitosis.
- Fiebre y escalofrío.
- Linfadenopatía cervical. Dhanrajani P. J. (19).

Se puede apreciar que los síntomas de la periconoritis son múltiples y dependen en gran medida de las circunstancias en que aparezca el tercer molar denominado con el apelativo de “muela del juicio”, en gran medida por el espacio y el cuidado que tenga el propio paciente de este proceso infeccioso, en caso ocurra.

2.1.1.5. Diagnóstico de pericoronitis.

La pericoronaritis como cualquier infección, debe ser diagnosticada dependiendo de la fase en que se encuentre la infección y de los síntomas que haya experimentado el paciente, en este caso puede inclusive llegar a efectuarse cultivos y antibiogramas, así como también la aplicación de la radiografía.

Según el criterio de Hattab, se puede efectuar el diagnóstico de la pericoronitis bajo los siguientes métodos:

- Registro de historia clínica.
- Exploración física de los síntomas.
- Examen clínico.
- Antibiogramas y cultivos.
- Imagenológico (rayos X). (20).

El registro de la historia clínica es uno de los métodos más frecuentes para determinar la evolución de la patología, dependiendo de ciertos factores físicos y biológicos, además de ello la exploración física de la sintomatología y signos de la enfermedad, para lo cual el profesional Odontólogo procede a revisar la zona potencialmente afectada del paciente.

Segura J. J. destaca que “la radiografía, a pesar de no ser un método de alta especificidad en la pericoronaritis, porque no se observan los tejidos blandos que se encuentran inflamados, pero sí facilitan la visualización de la posición de la muela, de su corona y raíces, así como la relación anatómica entre ellas, que será indispensable para iniciar el tratamiento”. (21)

Esto significa que los rayos X son una alternativa eficaz para minimizar el impacto de esta problemática de salud dental, a través de la visualización del área del tercer molar, que a pesar de no ser profundo, es muy valiosa para la toma de decisiones acerca del tratamiento que se debe seguir con los pacientes.

La radiografía dental “ha permitido identificar que la pericoronaritis tiene mayor prevalencia en los terceros molares, especialmente en posición vertical con cierta inclinación distal, por lo general en el plano de oclusión y con caries en la zona de la cara mesial del mismo”. (22).

Cabe destacar que para el diagnóstico de pericoronaritis se debe establecer un pronóstico adecuado para la evolución de la patología y de su posterior tratamiento.

Para el efecto, es necesario valorar la potencialidad de “erupción de la arcada, riesgos de complicaciones, estado de premolares y molares, desplazamientos y niveles de armonía dentomaxilar, estado de mucosa que recubre al tercer molar e inclusive los antecedentes de la patología con su evolución”. (23).

Además, en la historia clínica de los pacientes que padecen la patología en referencia, es necesario identificar las condiciones de higiene bucal, así como el valor que tienen las defensas locales de las personas afectadas por esta enfermedad bucodental.

Es preferible que dentro de los métodos de diagnóstico se apliquen también los siguientes pasos:

- Gingivoestomatitis.
- Gingivoestomatitis herpética y úlcero-necrotizante
- Absceso.
- Erupción.
- Hiperplasia gingival.
- Granuloma reparativo.
- Fibroma periférico.Hattab²⁰

En definitiva, las condiciones del diagnóstico dependen en gran medida de ciertas condiciones del paciente, que inclusive pueden hacer referencia a factores genéticos o hereditarios y también a la higiene de salud bucodental que mantengan quienes pueda haber adquirida la infección de la pericoronaritis.

2.1.1.6. Tratamiento de pericoronitis

La pericoronaritis desde los tiempos antiguos recibió un tratamiento odontológico, aun de manera tribal porque en aquellas épocas no existía la tecnología que existe en la actualidad, sin embargo, estos procedimientos han evolucionado en gran magnitud en los últimos años.

En la antigüedad, “el tratamiento contra la pericoronaritis fue con base en el uso de piedras, lancetas de madera, entre otros materiales rudimentarios; algunos de los cuales se utilizaron con gran frecuencia para su drenaje, pero con técnicas que han mejorado”. (7)

En efecto, el dolor intenso y la infección ocasionada por la pericoronaritis fueron las causas principales para que se lleven a cabo los procedimientos de tratamiento de esta patología, debido a que si no lo hacían, los microorganismos bacterianos podían avanzar hasta niveles insospechados que podían atentar gravemente contra la salud de los pacientes.

“Recién en el siglo XX, con el avance de la tecnología relacionada con el área de la Odontología, se estableció de manera definitiva la relación causal de la pericoronaritis, no obstante las infecciones dentales representan uno de los grandes problemas en materia odontológica”. (24).

El tratamiento de la pericoronaritis está asociado directamente al estado de salud de los pacientes, quienes revisten mayor gravedad son aquellos que no aguantan el dolor, porque este no permite comer ni dormir bien a las personas, causando molestias durante todo el tiempo, de allí que la persona siente la necesidad de buscar ayuda profesional.

Varios de los pilares que se deben tomar en cuenta en el tratamiento de la pericoronaritis son las siguientes:

- “Utilización de antimicrobianos.
- Tratamiento quirúrgico”. Brickley M. (25).

Con relación a los objetivos que se deben lograr con el tratamiento bucodental, este se refiere a los siguientes:

- “Restablecerla estabilidad y salud dental del paciente.
- Minimizar las complicaciones”. Worrall S. F. (26).

Es necesario destacar que el tratamiento odontológico, además de restablecer la salud de los pacientes que padecen la infección de la pericoronaritis del tercer molar, también puede prevenir complicaciones en el corto, mediano y largo plazo.

Otro de los aspectos que se debe destacar con relación al tratamiento “es que no solo se deben administrar medicamentos para atenuar y minimizar la acción de los microorganismos bacterianos, porque si estos huéspedes tienen algún tiempo de haberse establecido, se requiere además seguir algunos consejos y procedimientos para que el tratamiento sea eficiente y eficaz”. (6).

La pericoronaritis requiere el uso de medicamentos, sin embargo, no solo estos representan la cura de la enfermedad, sino que como refieren los expertos, es necesario el aporte de los profesionales de Odontología con los procedimientos y los consejos que deben seguir los pacientes para minimizar el impacto de esta patología.

Con relación a esta aseveración Berge T.I. manifiesta que “los expertos coinciden que los antibióticos pueden paliar los síntomas de la enfermedad en el corto plazo, sin embargo, no tiene la misma eficacia cuando se trata del largo plazo, lo que debe ser considerado en el tratamiento”. (4)

En efecto, es necesario que los pacientes sigan al pie de la letra las recomendaciones médicas con relación a la prevención de las infecciones molares, para minimizar el riesgo de complicaciones que pueden tener secuelas muy nefastas para las personas que hayan padecido este tipo de patología.

Tratamiento Medicamentoso:

Con relación al tratamiento medicamentoso contra la pericoronaritis, se anotan los siguientes pasos:

- Uso de antimicrobianos.
- Analgésicos.
- Antisépticos.
- Antiinflamatorios.
- Lavado profuso con solución salina.
- Colutorios con antisépticos débil (clorhexidina al 0,02 %), peróxido de hidrógeno al 3 % o perborato de sodio.
- Aplicación de anestésico que permite la exploración y el desplazamiento del tejido blando subyacente.
- Enjuagatorios tibios con emolientes y revulsivos.
- Uso de medicamentos locales con rojo asepsil o mercurio cromo.
- Aplicación de sustancias cáusticas en el espacio creado en el denso saco pericoronario (opérculo) y la superficie del diente (actualmente este método es cuestionable debido a los daños que puede ocasionar la sustancia cáustica en los tejidos).
- Anestesia de los abscesos superficiales periodontales y pericoronales que permite la exploración del tejido blando subyacente.
- Higiene bucal adecuada.

Tratamiento Quirúrgico

Con relación al tratamiento quirúrgico contra la pericoronaritis, se anotan los siguientes pasos a saber:

- Incisión con drenaje incluido.
- Eliminación del opérculo con electrocirugía o en su debido caso con bisturí.
- Exéresis de pieza dentaria.

2.1.1.7. Prevención de pericoronitis

La prevención de la pericoronitis es uno de los métodos de mayor eficacia para evitar que la infección se haga crónica o inclusive minimizar el riesgo de complicaciones en el paciente, que pueden ser de gran importancia para la odontología y para la comunidad.

Debido a que la causa de la inflamación puede tener su causa en una mala higiene oral del área del tercer molar, “hay que considerar que la higiene bucal es importante para la prevención de la pericoronaritis, para lo cual es necesario utilizar cepillos especiales e hilo dental para el aseo de las zonas interproximales en los cuales no ingresan las cerdas de los cepillos”. (27)

El mismo autor destacar que es necesario que como parte de la higiene bucal, se pueda enjuagar la cavidad bucal con elixir, que en caso de inflamación pueda tener la facultad de aliviar el dolor, aunque también se puede utilizar agua templada para evitar que la encía se caliente, minimizando la probabilidad de hinchazón y dolor.

2.2. MARCO LEGAL

La salud dental es muy importante para el ser humano, debido a que las infecciones que tienen lugar en los dientes, pueden afectar a la garganta, aparato digestivo, huesos, entre otras partes del cuerpo humano, por ello los artículos de la Constitución de la República y de las leyes en materia de salud, refieren que esta área se encuentra asociada al buen vivir de la ciudadanía en general.

Por esta razón, la problemática de la pericoronitis, dada su alta frecuencia a nivel nacional, especialmente en la Clínica Dental de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, se aborda también desde el punto de vista jurídico, debido a que la salud es un derecho constitucional que también forma parte de los instrumentos internacionales de derechos humanos.

2.2.1. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA

En el año 2008 se publicó el texto constitucional que se encuentra vigente hasta los actuales momentos, en el cual se puso de manifiesto la importancia del respeto del derecho de la salud, motivo por el cual el Estado asignó una mayor cantidad de dinero para el presupuesto en esta materia, para beneficio de la sociedad en general.

El artículo 32 de la Carta Magna señala la importancia que tiene el respeto al derecho de la salud para los pacientes, en este caso que han sido diagnosticados con la patología de la pericoronitis en la Clínica Dental de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, donde se delimita la presente investigación.

La Carta Fundamental es la ley máxima, cuyo precepto 32 está asociado directamente al desarrollo de la presente investigación, justificando el estudio teórico y empírico.

2.2.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD PÚBLICA

Los artículos de 1 al 3 de la Ley Orgánica de Salud Pública, señalan la importancia de cumplir con el precepto constitucional del artículo 32, debido a que la salud es un derecho, siendo la higiene bucal y su mantenimiento, un área muy importante para el cumplimiento de este derecho, lo cual debe ser de atención eficiente por parte de los profesionales odontólogos.

La presente investigación pretende identificar la frecuencia con que se produce la patología de la pericoronitis en el tercer molar, para recomendar consejos que pueden minimizar el riesgo de contraer esta patología, con base en el soporte científico e investigativo que se obtenga de los hallazgos de las historias clínicas que se analizarán en la siguiente unidad.

2.3. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

En el siguiente cuadro se presenta la Operacionalización de las variables de la investigación.

Cuadro. No. 1
Operacionalización de Variables

DENOMINACIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES
Variable Dependiente Pericoronitis	La pericoronitis es un proceso infeccioso agudo de origen bacteriano, relacionado con los tejidos blandos que rodean la corona de un diente retenido submucoso.		
Variable Independiente			
Características clínicas de la pericoronitis	Pericoronaritis aguda Pericoronaritis aguda supurada Pericoronaritis crónica	Dolor a la masticación Sangrado Dolor a la palpación Adenopatías Dolor a las amígdalas Oídos Dolor suelo de la boca Trismus Disfagia Pus a la palpación Adenopatías Algias Trismus Faringitis unilateral Halitosis	Registro de datos SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO
Características Radiográficas prequirúrgicas	Es una técnica de rayos X que permite tener una imagen del interior, y se relaciona con el engrosamiento del espacio pericoronario	Cuando es mayor a 2 mm sin evidencias radiopacas de osteítis Cuando es mayor a 2mm y muestra evidencias de osteítis	Clasificación de Winter Radiografía y Registro de datos SI NO SI NO

Tratamiento	Tratamiento que se emplea para curar la enfermedad y se relaciona con el tipo de infección.	Amoxicilina + Ac. Clavulánico Ibuprofeno Exodoncia Clindamicina Keterolaco Exodoncia	SI SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO NO
Técnica quirúrgica	Acto quirúrgico a realizarse Colgajo tipo Winter Colgajo tipo Magnus	Anestesia Incisión Colgajo Ostectomía Odontosección Extracción del molar Limpieza Sutura de la herida	SI SI SI SI SI SI SI SI	NO NO NO NO NO NO NO NO
Variable Interviniente				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	18 años 20 años 25 años 30 años	Registro de datos	
Genero	Características somáticas de acuerdo al genero	Masculino Femenino	Registro de datos	
Salud bucal	La higiene dental y bucal que posee el paciente	Higiene oral después de cada comida Uso de enjuague bucal	SI SI	NO NO

CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Diseño de la Investigación

La investigación tiene diseño no experimental, porque en ningún momento se manipularon las variables, observando el problema de la pericoronitis, tal como se encuentra en la actualidad, a través de la historia clínica de los pacientes que adquirieron esta patología.

3.2. MÉTODOS

Se aplicaron los métodos deductivo e inductivo en la realización de la presente investigación, donde se detalló la información proveniente de las fuentes secundarias de manera general, así como también aquellas relacionadas con la síntesis en la conclusión de los hallazgos, una vez realizada el estudio de campo.

3.2.1. Métodos teóricos

3.2.1.1. Tipo de estudio

El enfoque del estudio fue cuantitativo, porque se tomó las variables y se las analizó a través de la historia clínica de los pacientes con pericoronitis que acudieron a la Clínica Dental donde se delimita la investigación, para identificar cada una de las dimensiones e indicadores que se desean analizar y medir porcentualmente.

3.2.1.2. Tipos de Investigación

La investigación es transversal, porque se lleva a cabo en un solo eje, sin que se realice ninguna evaluación de sus variables, lo que contribuirá a determinar la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares.

La investigación tiene un diseño descriptivo porque se examina el problema de la pericoronitis en los pacientes afectados, a través de la observación de las historias clínicas, para identificar causas y consecuencias de la misma, con el objeto de verificar el cumplimiento de la hipótesis establecida en el primer capítulo.

3.2.2. Métodos empíricos

3.2.2.1. Observación Directa

Se utilizó la observación directa a través de la visita de la autora a la Clínica Dental de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y la autorización de la alta dirección de este departamento del establecimiento de educación superior, mediante la cual se seleccionó una muestra de estos registros para su posterior tabulación, procesamiento, análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

3.2.2.2. Ficha de Observación: Historia Clínica

El instrumento utilizado es la historia clínica de los pacientes diagnosticados con la patología de la pericoronitis atendidos en la Clínica Dental de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil durante el periodo en estudio, cuyos datos se registraron de manera adecuada para contar con una base de datos que sustente la investigación de campo y facilite la obtención de los hallazgos.

3.3. MATERIALES

Los materiales que se utilizarán para esta investigación son los siguientes:

- Revistas Odontológicas.
- Hojas de Registros.
- Radiografías.
- Fotos.
- Suministros de oficina (plumas, hojas, carpetas, sobres).

3.3.1. Lugar de la Investigación

El lugar donde se llevará a cabo la investigación es en la clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

3.3.2. Período de la Investigación

El periodo en que se llevará este trabajo de investigación es desde octubre del 2015 hasta diciembre del 2015.

3.3.3. Recursos Humanos

- Tutor Académico: Dr. Héctor Lema Gutiérrez
- Investigadora: Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga.
- Tutora metodológica: Dra. María Angélica Terreros.

3.3.4. Recursos físicos

La clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil donde se llevará a cabo el presente trabajo de Investigación para saber la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: El universo total con el que trabajará en la clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil es de 80 pacientes, los cuáles acuden todos los días sábados a sus respectivas revisiones.

Cuadro. No. 2
Población

Involucrados	Población	Muestra
Pacientes Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil	80	80

Fuente: Historia clínica de pacientes con pericoronitis.
Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín Párraga.

Muestra; En el presente trabajo de Investigación se realizó la investigación a 80 pacientes pertenecientes al universo, través de la revisión de las historias clínicas que serán realizadas los días sábados en que los pacientes acuden a la clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

3.4.1. Criterios de inclusión

3.4.1.1. Criterios de inclusión de la muestra:

- Que sean pacientes que constantemente se realicen chequeos en clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.
- Pacientes que permitan voluntariamente ser investigados.

3.4.1.2. Criterios de exclusión de la muestra.

- Pacientes que no asisten de una forma periódica a la en clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.
- Odontólogos.
- Estudiantes de otra universidad.

3.5. Cronograma

En el siguiente cuadro se presenta el cronograma de la investigación de campo.

Cuadro. No. 3
Cronograma de ejecución de la investigación

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Revisión bibliográfica	X					
Actividad de prueba piloto		X				
Examen clínico		X				
Registro y tabulación de datos			X			
Resultados			X			
Entrega de trabajo			X			

Fuente: Propia.

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

3.6. Resultados del análisis de las historias clínicas de pacientes con pericoronitis

A continuación se ha elaborado el análisis e interpretación de las historias clínicas de los pacientes con pericoronitis, a través de cuadros y gráficos estadísticos.

1. Edad

Cuadro. No. 4

Edad

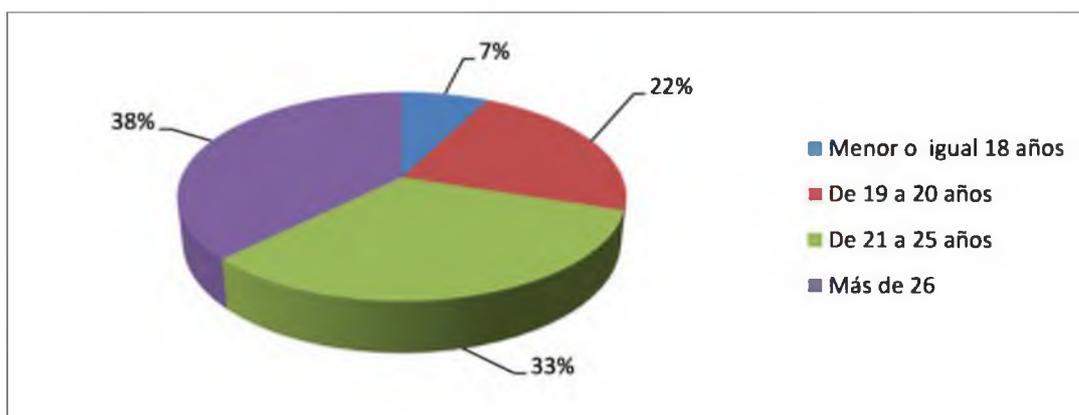
Descripción	Frecuencia	%
Menor o igual 18 años	6	7%
De 19 a 20 años	18	22%
De 21 a 25 años	26	33%
Más de 26	30	38%
TOTAL	80	100%

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 3

Edad



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Elaborado por: Jennifer Jomaira Ferrín.

Se consideró la edad de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, tomado de las historias clínicas que presentó los siguientes rangos de edad; el 38% tiene más de 26 años, el 33% se encuentra entre los 21 a 25 años de edad, el 22% entre los 19 a 20 años y el 7% son menores de 18 años. De acuerdo a los resultados obtenidos de las historias clínicas se puede evidenciar que los pacientes que han acudido por presentar pericoronitis son mayores de 17 años hasta los 40 años, en esta edad se presenta la erupción de los terceros molares denominada como la

muela del juicio o molar de la cordura, la edad media en los varones de 19 años y en las mujeres a los 20 años.

2. Género

Cuadro. No. 5

Género

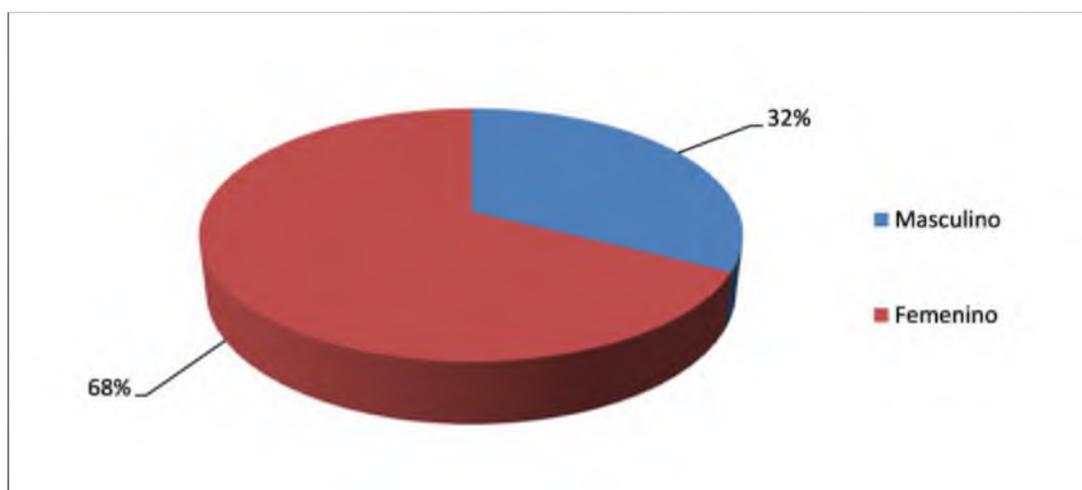
Descripción	Frecuencia	%
Masculino	26	32%
Femenino	54	68%
TOTAL	80	100%

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 4

Género



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Se consultó el género de los pacientes con pericoronitis obteniendo que el 68% pertenecen al género femenino y el 32% representan al género masculino. Los resultados obtenidos evidencian que los pacientes con pericoronitis en su mayoría pertenecen al género femenino, debido a una infección que se produce una vez que la encía recubre al molar, esta se hace retentiva y profunda que alojaran restos alimenticios que favorecerán la instalación y desarrollo de un proceso infecto – inflamatorio polimicrobiana con especial participación de bacterias anaerobias estrictas, esta afección prevalece en

pacientes de género femenino, afectando molares mandibulares y con un promedio de 22 años.

3. Higiene oral después de cada comida

Cuadro. No. 6

Higiene oral después de cada comida

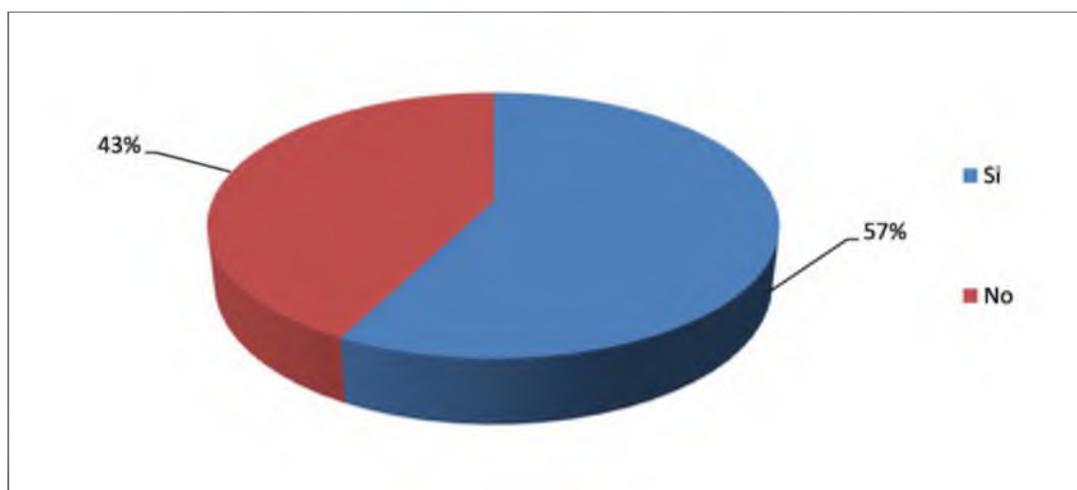
Descripción	Frecuencia	%
Si	46	57%
No	34	43%
TOTAL	80	100%

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 5

Higiene oral después de cada comida



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Respecto a la higiene oral después de cada comida las historias clínicas permitieron conocer que el 57% siempre realiza la higiene oral posterior a su alimentación y el 43% no acostumbra esta práctica de higiene. Los resultados evidencian que los pacientes que han presentado pericoronitis realizan la higiene oral después de cada comida con frecuencia, cuando se presenta la infección oral que ocurre en el momento en que las partículas de comidas y las bacterias se terminan por introducir en el interior de las encías, esta patología

se presenta con mayor frecuencia cuando están erupcionando los terceros molares.

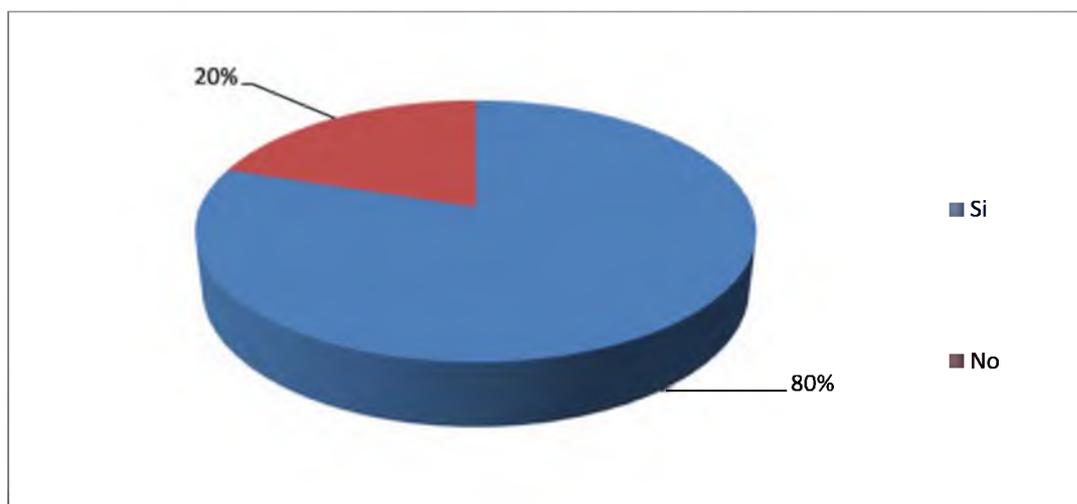
4. Uso de enjuague bucal

Cuadro. No. 7
Uso de enjuague bucal

Descripción	Frecuencia	%
Si	64	80%
No	16	20%
Total	80	100%

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 6
Uso de enjuague bucal



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Con relación a la utilización del enjuague bucal de los pacientes con pericoronitis se obtiene que el 80% utilizan enjuague bucal y el 20% no lo utilizan. De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que los pacientes tienen por costumbre realizar el enjuague bucal, este procedimiento se realiza posteriormente al cepillado para mantener una buena salud bucal, sin embargo no es suficiente por lo que es necesario añadir un enjuague bucal diario y adoptar una nueva rutina que ayude a eliminar las bacterias nocivas, porque no

han cepillos que lleguen a todos las piezas dentales, mientras que con los enjuagues se logra eliminar hasta el 97% de las bacterias siendo necesario en los casos de pericoronitis.

5. Características clínicas de la Pericoronaritis aguda

Cuadro. No. 8

Características clínicas de la Pericoronaritis aguda

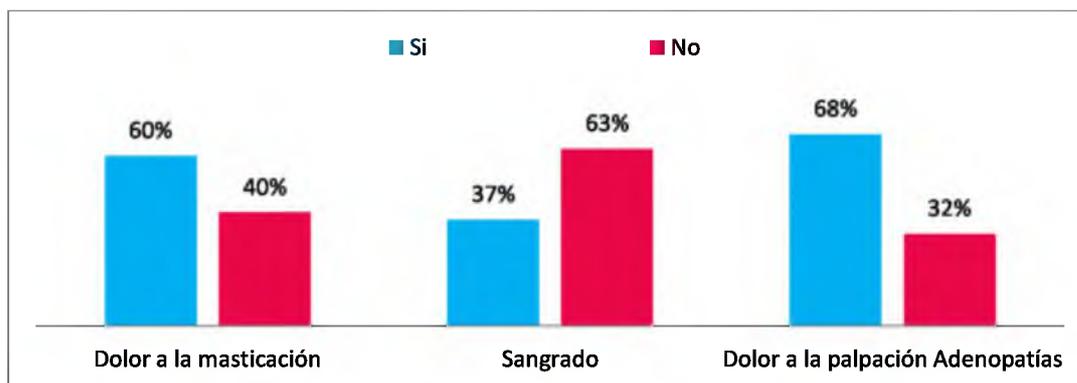
Descripción	Si	%	No	%	TOTAL
Dolor a la masticación	48	60%	32	40%	80
Sangrado	30	37%	50	63%	80
Dolor a la palpación Adenopatías	54	68%	26	32%	80

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 7

Características clínicas de la Pericoronaritis aguda



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Referente a los síntomas que los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil se obtiene que el 60% han presentado dolor al masticar, el 37% presentó sangrado y el 68% dolor a la palpación adenopatías. Los resultados obtenidos evidencian que en la pericoronitis se presentan varios síntomas como el dolor al momento de la masticación, sangrado y dolor a la palpación adenopatías, cuando se presenta la inflamación en alguno de las células que forman parte de los tejidos blandos que se encuentran relacionados con la corona del molar que haya hecho erupción, producto de un tercer molar mandibular, la temperatura y la humedad

de la zona facilitan su infección, además se puede presentar pus y la inflamación de los ganglios, por lo que es pertinente el cuidado adecuado y el tratamiento para evitar la infección.

6. Características clínicas de la Pericoronaritis aguda supurada

Cuadro. No. 9

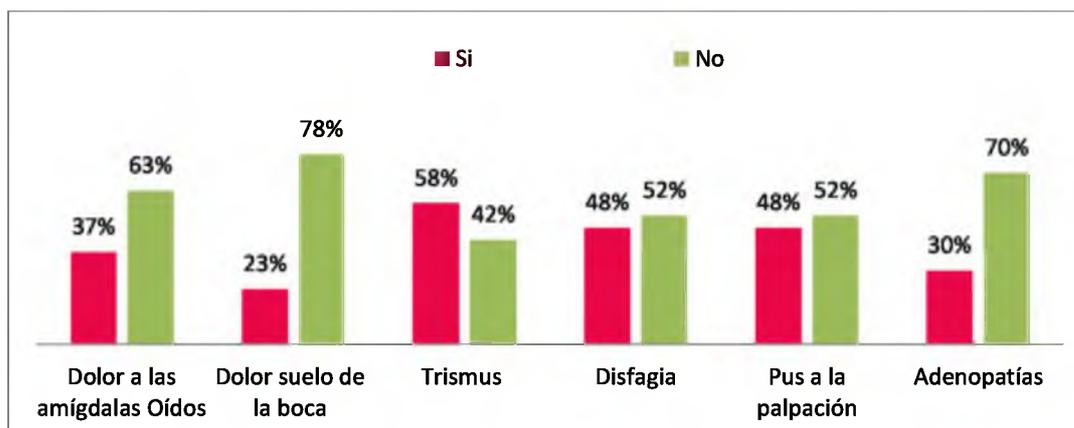
Características clínicas de la Pericoronaritis aguda supurada

Descripción	Si	%	No	%	Total
Dolor a las amígdalas Oídos	30	37%	50	63%	80
Dolor suelo de la boca	18	23%	62	78%	80
Trismus	46	58%	34	42%	80
Disfagia	38	48%	42	52%	80
Pus a la palpación	38	48%	42	52%	80
Adenopatías	24	30%	56	70%	80

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 8

Características clínicas de la Pericoronaritis aguda supurada



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Referente a los síntomas que se presentan en la Pericoronaritis aguda supurada, se obtiene que el 63% no presentó dolor a las amígdalas – oídos, el 78% no demostró dolor del suelo de la boca, el 58% presentó trismus, el 48% de pacientes tuvo diagnóstico de disfagia, el 48% pus a la palpación, mientras que el 30% tuvo diagnóstico de adenopatías. De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que la pericoronaritis aguda supurada se presenta de varias formas principalmente con el dolor a las amígdalas, dolor del suelo de la

boca, trismus, disfagia, pus a la palpación y adenopatías, el surgimiento de esta infección suele presentarse por una higiene bucodental deficiente y la falta de un tratamiento oportuno que evite la inflamación y el dolor persistente.

7. Características clínicas de la Pericoronaritis aguda crónica

Cuadro. No. 10

Características clínicas de la Pericoronaritis aguda crónica

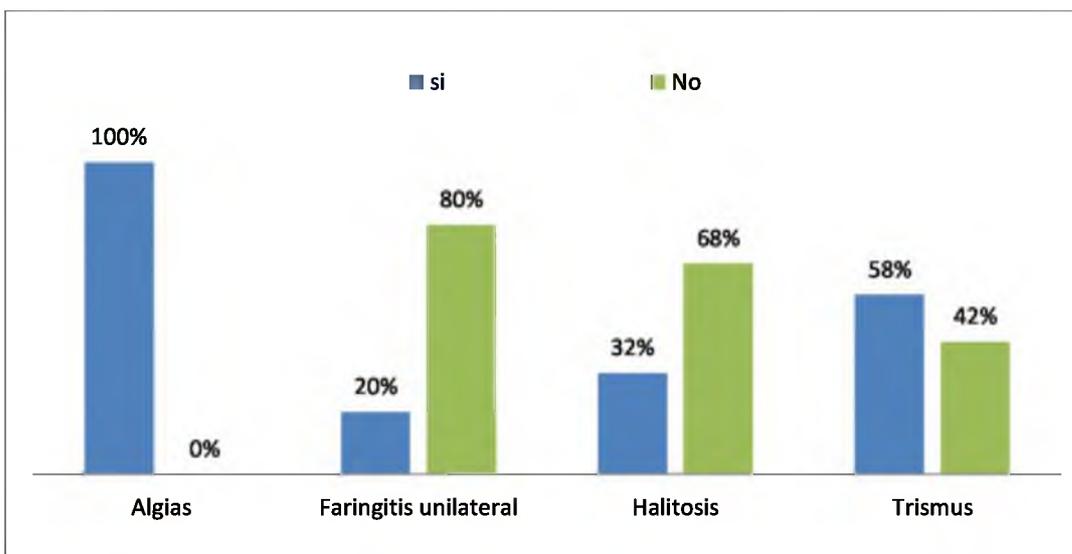
Descripción	Si	%	No	%	TOTAL
Algias	80	100%	0	0%	80
Faringitis unilateral	16	20%	64	80%	80
Halitosis	26	32%	54	68%	80
Trismus	46	58%	34	42%	80

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 9

Características clínicas de la Pericoronaritis aguda crónica



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Respecto a la Pericoronaritis crónica se obtiene que todos los pacientes han presentado algias, el 20% fueron diagnosticados con faringitis unilateral, el 33% presentó halitosis y el 58% trismus. Los pacientes que presentaron pericoronitis crónica han presentado algias intermitencias, a veces temporal, o asintomática,

o también con faringitis, halitosis, gingivitis, además de los síntomas comunes como dolor al masticar, inflamación, sangrado de las encías.

8. Evidencias radiográficas de osteítis

Cuadro. No. 11

Evidencias radiográficas de osteítis

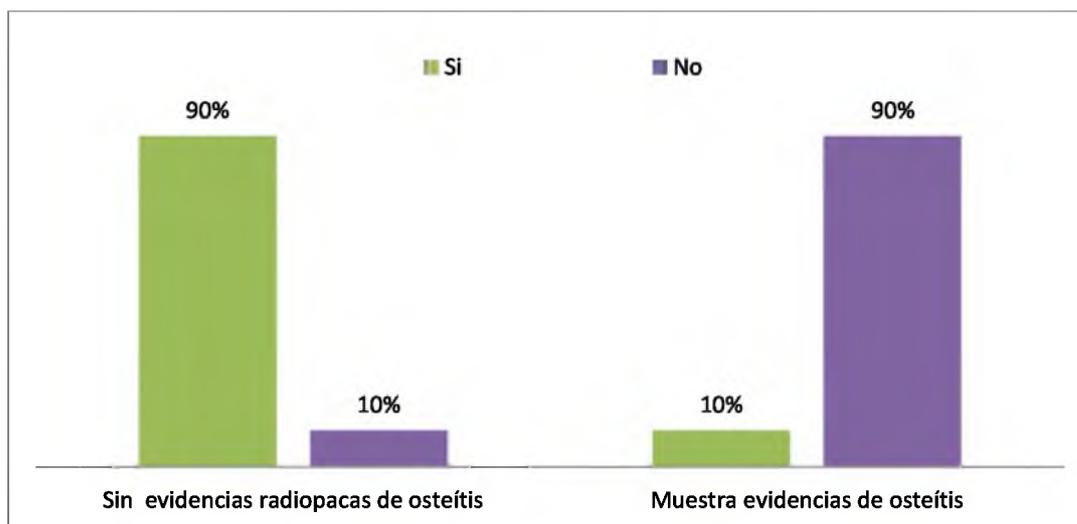
Descripción	Si	%	No	%	TOTAL
Sin evidencias radiopacas de osteítis	72	90%	8	10%	80
Muestra evidencias de osteítis	8	10%	72	90%	80

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No.10

Evidencias radiopacas de osteítis



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

El 90% de los pacientes presentó evidencias de radiopacas de osteítis y el 10% se diagnosticó con muestra evidencias de osteítis. Los pacientes que han presentado pericoronitis presentaron evidencia de osteítis a través de la radiografía, este método no permite conocer con alta precisión las especificaciones en la pericoronaritis, porque no permiten observar los tejidos blandos que se encuentran inflamados, sin embargo facilitan la visualización de

la posición de la muela, la corona y raíces dentales, estas lesiones involucran a los tejidos periradiculares se producen por salidas de sustancias irritantes o bacterias desde el interior del sistema de conductos radiculares.

9. Tratamiento terapéutico

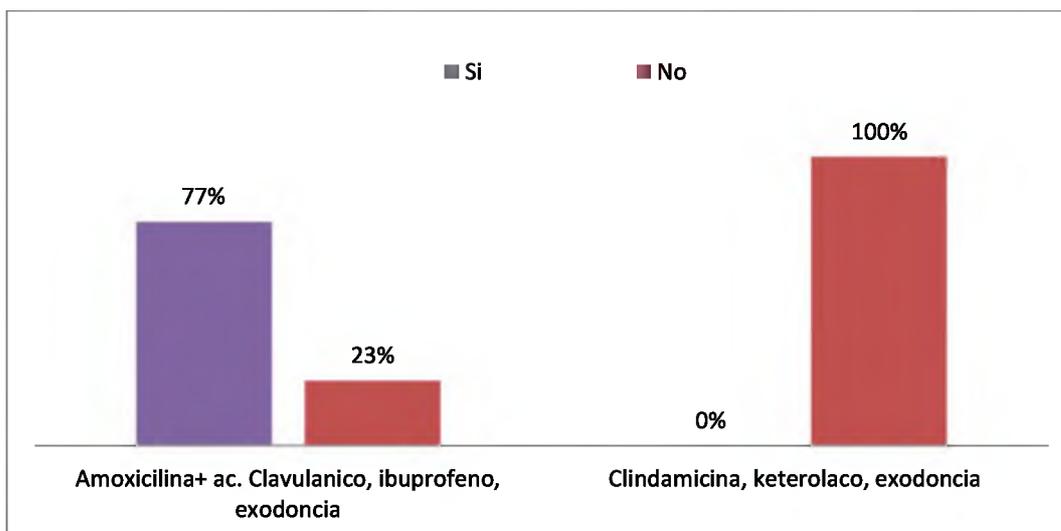
Cuadro. No. 12
Tratamiento terapéutico

Descripción	Si	%	No	%	TOTAL
Amoxicilina+ ac. Clavulanico, ibuprofeno, exodoncia	62	77%	18	23%	80
Clindamicina, keterolaco, exodoncia	0	0%	80	100%	80

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 11
Tratamiento terapéutico



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Se analizó las historias clínicas considerando que el 77% fue recetado con Amoxicilina+ Ac. Clavulánico, ibuprofeno, exodoncia, mientras que Clindamicina, keterolaco, exodoncia no se han prescrito para ningún caso. De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que los pacientes fueron recetados con Amoxicilina+ Ac. Clavulánico, ibuprofeno, exodoncia,

analgésicos que sirven para disminuir el dolor, la inflamación y malestar propio de la pericoronitis, que se recetan posterior a la radiografía para desinflamar la encía y poder extraer el molar mediante la visualización de la posición de la muela.

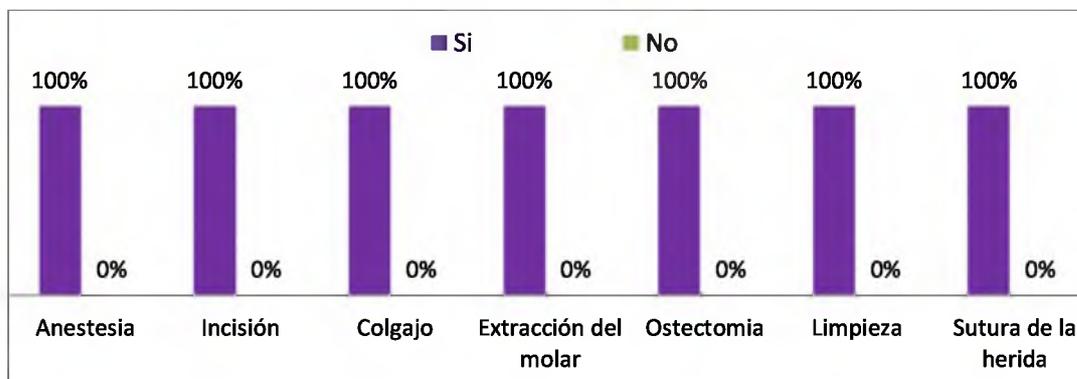
10. Técnica quirúrgica

Cuadro. No. 13
Técnica quirúrgica

Descripción	Si	%	No	%	TOTAL
Anestesia	80	100%	0	0%	80
Incisión	80	100%	0	0%	80
Colgajo	80	100%	0	0%	80
Extracción del molar	80	100%	0	0%	80
Ostectomía	80	100%	0	0%	80
Limpieza	80	100%	0	0%	80
Sutura de la herida	80	100%	0	0%	80

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico No. 12
Técnica quirúrgica



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que en todos los pacientes atendidos se realizó técnicas quirúrgicas ,entre las que se mencionan la anestesia, incisión, colgajo, extracción del molar, Ostectomía, limpieza y sutura de la herida, este tratamiento para la extracción de la muela se aplica en general para todos los pacientes, este se encuentra dirigido a todos los

pacientes puesto que la pericoronitis se presenta con fuerte dolor, molestias al comer, no permiten el descanso, ocasiona varias molestias para que el paciente busque un tratamiento quirúrgico que busca restablecer la salud bucal y la estabilidad minimizando el dolor y las complicaciones.

11. Prevalencia de pericoronitis

Para determinar la prevalencia de pericoronitis relacionada con los terceros molares, se tomó una muestra de 80 pacientes con esta patología, en los cuales se observó el molar que fue infestado, obteniéndose los siguientes resultados:

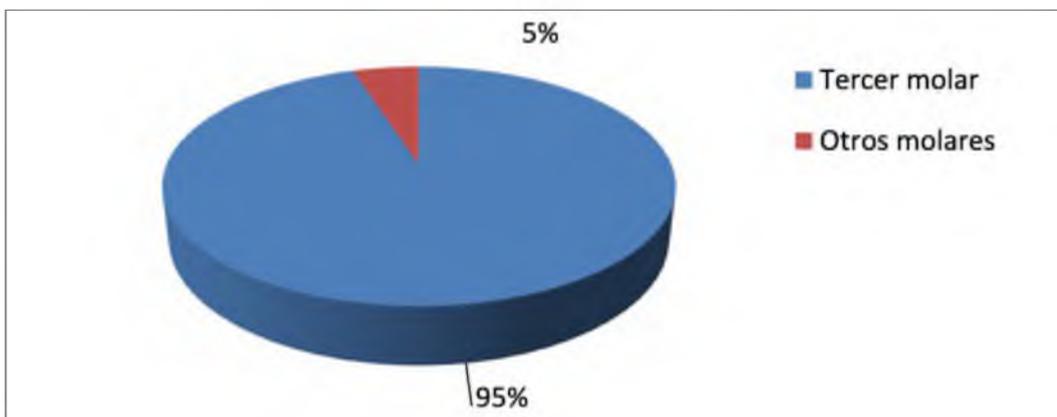
Cuadro. No. 14
Prevalencia de pericoronaritis

Descripción	Frecuencia	%
Tercer molar	76	95%
Otros molares	4	5%
Total	80	100%

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

Gráfico. No. 13
Prevalencia de pericoronaritis



Fuente: Historias clínicas de los pacientes con pericoronitis Clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Elaborado por: Jenniffer Jomaira Ferrín.

La prevalencia de pericoronitis en el tercer molar de los pacientes atendidos en la Clínica Dental de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil fue igual al

95%, lo que comprueba la hipótesis de que es muy frecuente la pericoronitis en los pacientes tratados quirúrgicamente de terceros molares

CONCLUSIONES

Se determinó con relación a las características clínicas de los pacientes con pericoronitis, que el 100% presentó algias, 60% presentó dolor a la masticación, el 68% percibió dolor a la palpación, el 58% padeció trismus, mientras que 48% presentó disfagia y pus a la palpación; también se identificó que solo el 38% tuvo sangrados y dolor a las amígdalas, el 30% adenopatías, halitosis y 23% dolor al suelo de la boca y faringitis unilateral, esto significa que el dolor a la masticación, a la palpación, las algias y el trismus, fueron los principales signos y síntomas de la patología analizada en los pacientes en estudio.

Se contextualizaron las características radiográficas de la pericoronitis, identificándose que el 90% de los pacientes con la patología en estudio, no presentaron evidencias radiográficas de osteítis, tan solo el 10% mostró este tipo de evidencias, significando ello que este no fue un factor de gran relevancia en el estudio.

Con relación al tratamiento terapéutico usado más frecuente en los pacientes con pericoronitis de la clínica UCSG, se identificó que este fue la Amoxicilina+ Ac. Clavulánico, ibuprofeno, exodoncia, empleada en el 78% de los casos en análisis.

Las técnicas quirúrgicas de mayor utilización para los pacientes con pericoronitis, fueron la anestesia, la incisión, el colgajo, la extracción molar, la ostectomía, la limpieza y sutura de la herida.

El grupo etáreo con pericoronitis de mayor prevalencia fue el comprendido entre los mayores de 21 años, del género femenino (68%), de los cuales el 57% afirmó haber cumplido con la higiene bucal después de cada comida y el 80% manifestó haber utilizado el enjuague bucal correspondiente.

Se determinó la hipótesis de que fue mayor la prevalencia de pericoronitis relacionada a los terceros molares, en los pacientes atendidos en la clínica UCSG, durante el año 2015, opción que obtuvo el 95% de participación según los hallazgos obtenidos.

RECOMENDACIONES

Es necesaria la orientación de los pacientes que presentan características clínicas relacionadas con pericoronitis, para que puedan reconocer los principales síntomas de la enfermedad, asistiendo a las consultas dentales periódicamente.

Con relación a las características radiográficas de la pericoronitis, no siempre constituyen una evidencia clínica relevante, aunque según la literatura teórica es uno de los métodos para el diagnóstico de la patología.

El tratamiento con Amoxicilina+ Ac. Clavulánico, ibuprofeno, exodoncia, es el de uso más frecuente en los pacientes con pericoronitis, no obstante, la profilaxis preventiva que indique el odontólogo a través de la educación en higiene y en la cultura de asistencia a la consulta profesional, constituye el mejor método para minimizar el riesgo de complicaciones.

En los casos de los pacientes que presentaron problemas con la muela del juicio, se les recomienda que la extracción es la solución más óptima en los casos graves.

Se recomienda a la comunidad beneficiaria, que aplique la higiene bucal después de cada comida y el enjuague bucal correspondiente, para minimizar el riesgo de infección en el tercer molar.

En definitiva, la recomendación es que cuando salga el tercer molar en las edades mayores de 16 años, los usuarios visiten con mayor frecuencia la clínica UCSG, para revisar sus molares de manera preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

Ballinger P., Mosby. Atlas de las posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Octava Edición. St Louis: Mosby k; 2011.

Baskar S.; Edgar. Patología bucal. Buenos Aires: El Ateneo; 2011.

Berge T., Iván. La incidencia de infecciones que requieren hospitalización asociada con terceros molares parcialmente entró en erupción. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina: Acta Odontol Scand; 2010.

Brickley M., Edward. El análisis de decisión para la cirugía del tercer molar inferior. Primera Edición. Barcelona, España: Med diciembre de marcado; 2010.

Colina M., Partrick. Blanco D., Luis. Offenbacher S., Robert & Phillips C., Paul. La comparación de la enfermedad inflamatoria periodontal en adultos jóvenes con y sin periocoronitis que participan terceros molares inferiores. Segunda Edición. Estados Unidos: J. Maxillofac oral. Surg. 2010.

Cooper-Newland DL. Gestión de los terceros molares. Segunda Edición. Colombia: J Dent Gt Houst Soc; 2011.

Dhanrajani P., Jeremy. Maligna presentación linfoma como pericoronaritis. Presentación de un caso. Primera Edición. Honduras: Int J Oral Surg maxilofacial; 2010.

Donado M., Albert. Cirugía bucal. Patología técnica. Primera Edición. Madrid, España: Los Llanos; 2010.

Excelencia. Orientación sobre la eliminación de las muelas del juicio. Londres, Instituto Nacional para la Excelencia Clínica. Boston: (NICE) GRAMO; 2010.

Gelesko S., Benjamin. La comparación de la enfermedad inflamatoria periodontal en adultos jóvenes con y sin pericoronitis que participan terceros molares inferiores. J. Primera Edición Londres: Ora; 2012.

Güel R., Sergio. El niño y el adolescente diabéticos. Situaciones de Emergencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

Guía Clínica AUGE. Urgencias odontológicas Ambulatorias, Serie Guías Clínicas. Primera Edición. Venezuela: Editorial MINSAL; 2011.

Hattab F., Nestor. Cambios de posición y erupción de los terceros molares retenidos en los adultos jóvenes. Un estudio de seguimiento de 4 años radiográfica. Tercera Edición Canadá Oral Surg. Med Oral. Pathol oral. Radiol oral. Endod; 2011.

<http://vidavestiloec.terra.com.ec/salud/interna/0..OI960392-EI5416.html>

Kay, L. Walter. Las investigaciones sobre la naturaleza de la pericoronaritis. . Br. J. Surg Oral. 2012.http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2010000300006&script=sci_arttext

Kostopoulou O., Beto. La percepción del riesgo de la patología futuro asociado con los terceros molares sin patología: Primera Edición. Canadá: 2010.

Kruger G., Ignacio. Cirugía maxilo facial y oral. Primera Edición. Madrid: Panamericana; 2011.

LaineA., Belén., VentaM., Igor & Hyrkäs, Thomas. Papel del TNFa y sus receptores en pericoronitis. Primera Edición. Bogotá, Colombia: J. Dent. Res; 2010.

Loughlin P., Marcos. Pericoronitis post-endodoncia. Segunda Edición. España: Dent actualización; 2009.

McNutt M., Partrick. Shugars M., Darío. PhillipsA., Carlos. Impacto de periocoronitis sintomáticas sobre la calidad relacionada con la salud de la vida. J... Maxillofac oral. Primera Edición. Canadá: Surg; 2009.

Muñoz S., Cristhian. Epidemiología y Tratamiento de Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago Chile: Revista Internacional de Odontología; 2010.

Peltroche H., Thomas.Llacsahuanga R., Edison. Schmitt W., Kleber. & Lütticken R., Victor. La investigación de los organismos infecciosos que causan pericoronaritis de la tercera mola mandibular. Primera Edición. Boston: J. Maxillofac oral; 2010.

Punwutikom J., Josep.& Waikakul A.,Nivelle. Los síntomas de terceros molares inferiores no erupcionados. Tercera Edición. New York: Radiol oral. Endod, Oral Surg. Med Oral. Pathol ora; 2009.

Salder A., Damián. La práctica especialista en cirugía oral menor: una auditoría comparativa de la cirugía del tercer molar. Primera Edición. Inglaterra: Br Dental J; 2011.

Segura J., José.Radiolúcida intracoronaria en una forma incompleta entró en erupción molar permanente con un diagnóstico de periocoronitis: importancia del examen radiográfico. Primera Edición. México:Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod; 2012.

Shafer H., Nicol. Propagación de los tejidos de la pulpa y periapicales de la patología oral. Tercera Edición Filadelfia: Saunders; 2010.

Shafer W., Gabriel. Diseminación de la pulpa y de los tejidos periapicales de la patología oral. Tercera Edición. Philadelphia: Saunders 3ra ed; 2010.

Stanley L., Stalin. Enfermedades inmunitaria. Patología estructural y funcional. Primera parte. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010.

Terra Networks Chile S. A. Los Problemas Generados Por Las muelas del juicio. Primera Edición. Santiago de Chile: Terra Networks Chile S. A.;2013.

Tortora G., Juan. Instrucción a la Microbiología. Primera Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2007.

Tulloch J.,Camilla. El análisis de decisiones en la evaluación de las estrategias clínicas para el manejo de los terceros molares mandibulares. Primera Edición. Estados Unidos: J Educción dental;2011.

Worrall S., Roger. Reino Unido Nacional del Proyecto del Tercer Molar: El informe inicial. Primera Edición. Gran Bretaña: Oral Maxillofac Surg; 2010.

Yamalik K., Anthony. La capacidad de predicción de la posición del tercer molar mandibular como un indicador de riesgo para la Pericoronaritis. Primera Edición. Costa Rica: Clínica Oral; 2012.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Terra Networks Chile S. A. Los Problemas Generados Por Las muelas del juicio. 2013.
2. Shafer W. G. Diseminación de la pulpa y de los tejidos periapicales de la patología oral. 2010.
3. Kruger G. O. I. Cirugía maxilo facial y oral. 2011.
4. Berge T. Ivan. La incidencia de infecciones que requieren hospitalización asociada con terceros molares parcialmente entró en erupción. 2010.
5. McNutt, Partrick, Shugars, & Phillips. Impacto de pericoronitis sintomáticas sobre la calidad relacionada con la salud de la vida. 2009.
6. Yamalik k., Antony. La capacidad de predicción de la posición del tercer molar mandibular como un indicador de riesgo para la Pericoronaritis. 2012.
7. Donado M. Cirugía bucal. Patología técnica. 2010.
8. Loughlin P. M. Pericoronitis post-endodoncia. 2009
9. Gelesko. La comparación de la enfermedad inflamatoria periodontal en adultos jóvenes con y sin pericoronitis que participan terceros molares inferiores. 2012.
10. Punwutikom & Waikakul. Los síntomas de terceros molares inferiores no erupcionados. 2009.
11. Muñoz Smitmans. C. Epidemiología y Tratamiento de Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau. 2010.
12. Belen, Laine, Ventä, & Hyrkäs. Papel del TNFa y sus receptores en pericoronitis. 2010.
13. Kay. Las investigaciones sobre la naturaleza de la pericoronaritis. 2012.
14. Peltroche-Llacsahuanga, Reichhart, Schmitt, & Lütticken. La investigación de los organismos infecciosos que causan pericoronaritis de la tercera mola mandibular. 2010.
15. Guía Clínica AUGÉ. Urgencias odontológicas Ambulatorias, Serie Guías Clínicas. 2010.
16. Excellence. Orientación sobre la eliminación de las muelas del juicio. 2010.

17. Güel R. El niño y el adolescente diabéticos. Situaciones de Emergencia. 2010.
18. Camilla Tulloch J. F. El análisis de decisiones en la evaluación de las estrategias clínicas para el manejo de los terceros molares mandibulares. 2011.
19. Dhanrajani P. J. Maligna presentación linfoma como pericoronaritis. Presentación de un caso. 2010.
20. Hattab. Cambios de posición y erupción de los terceros molares retenidos en los adultos jóvenes. 2011.
21. Segura J. J. Radiolúcida intracoronaria en una forma incompleta entró en erupción molar permanente con un diagnóstico de periocoronitis: importancia del examen radiográfico. 2012.
22. Salder A. La práctica especialista en cirugía oral menor: una auditoría comparativa de la cirugía del tercer molar. 2011.
23. Partrick, Hill, White, Offenbacher, & Phillips. La comparación de la enfermedad inflamatoria periodontal en adultos jóvenes con y sin periocoronitis que participan terceros molares inferiores. 2010.
24. Baskar S. N. Patología bucal. 2011.
25. Brickley M. El análisis de decisión para la cirugía del tercer molar inferior. 2010.
26. Worrall S. F. Reino Unido Nacional del Proyecto del Tercer Molar. 2010.
27. Kostopoulou O. La percepción del riesgo de la patología futuro asociado con los terceros molares sin patología. 2010.

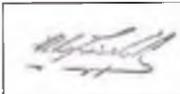
ANEXOS

ANEXO No. 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN EN LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL



1	Guayaquil 19 Octubre 2015.
2	
3	Doctores:
4	Juan Carlos Gallardo
5	Director de la Carrera de Odontología
6	Carlos Chila
7	Coordinador de Clínica de Odontología
8	De mis consideraciones:
9	Yo Jennifer Tenis Parroja con CI 0919407460
10	solicito a ustedes el permiso para ingresar a los archivos
12	de las Carpetas de Historias Clínicas de Cirugía del
13	Semestre 3 2015, para revisar cuantos pacientes con
14	diagnóstico tuvieron Parodontitis en Terceros Molares,
15	por el cual es el tema de tesis que estoy
16	realizando.
17	En espera de una favorable respuesta.
18	
19	Att:
20	Jennifer Tenis Parroja
21	0919407460
22	
23	APROBADO
24	

Serie
0775126



Autorizado

\$ 1.200.000
C.S.S.



Apartado 09-01-4671
Guayaquil -Ecuador

ANEXO No. 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA**

TÍTULO:

PREVALENCIA DE LA PERICORONITIS RELACIONADA A LOS TERCEROS
MOLARES SEMESTRE B UCSG 2015

La presente Investigación es realizada por Jenniffer Ferrín, egresada de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, con la finalidad de Determinar la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares en los pacientes de la UCSG 2015.

La información del presente trabajo de investigación es obtenida de manera voluntaria, será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de este trabajo.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines estadísticos. Convengo en participar en este estudio de investigación, en el cual se podrá hacer uso de las fotografías y radiografías orales.

Firma del participante o del padre o tutor # cedula de identidad

Fecha: _____ # de teléfono del participante: _____

Diagnóstico: _____ # historia clínica: _____

Firma del tutor: _____ Firma del alumno: _____

ANEXO No. 3
HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Fecha de Elaboración: ____ / ____ / 201__

No. encuesta: ____

Datos personales:

Apellidos: _____ Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: M _____ F _____

1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADA CON LA PERICORONITIS.

Características clínicas		Si	No
Dolor a la masticación			
Sangrado			
Dolor a la palpación			
Dolor suelo de la boca			
Trismos			
Disfagia			
Pus a la palpación			
Adenopatías			
Algas			
Trismos			
Faringitis			
Halitosis			

	X	X
PERICORONITIS AGUDA		
PERICORONITIS SUBAGUDA		
PERICORONITIS CRONICA		

2. CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

	Sin evidencias	Con evidencias
Mayor a 2 mm sin evidencias radiopacas de osteítis		
Cuando es mayor a 2mm y muestra evidencias de osteítis		

CLASIFICACION DE WINTER	SI	NO
 <p>Mesioangular Distoangular Vertical</p> <p>Horizontal Invertido Invertido Invertido</p> <p><small>Figura 5.6. Sistema de clasificación de Winter.</small></p>		
Mesioangular		
Horizontal		
Vertical		
Distoangular		
Invertido		

3. TIPO DE TRATAMIENTO QUE FUE RECOMENDADO.

TRATAMIENTO	SI	NO
Amoxicilina + Ac. Clavulànico		
Ibuprofeno		
Exodoncia		
Clindamicina		
Keterolaco		
Exodoncia		

4. TIPO DE TECNICA UTILIZADA.

TECNICA	Si	No
COLGAJO TIPO WINTER		
COLGAJO TIPO MAGNUS		

	SI	NO
ANESTESIA		
INCISION		
COLGAJO		
OSTECTOMIA		
ODONTOSECCION		
EXTRACCION DEL MOLAR		
LIMPIEZA		
SUTURA DE LA HERIDA		

Firma del paciente: _____

Firma del alumno: _____

ANEXO No. 4
TABLA CONSOLIDADA

Items	Preguntas	Menor o igual 18 años	De 19 a 20 años	De 21 a 25 años	Más de 26 años
1	Edad	6	18	26	30
		Masculino	Femenino		
2	Género	26	54		
		Si	No		
3	Higiene oral después de cada comida	46	34		
4	Uso de enjuague bucal	64	16		
5	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda	Si	No		
	Dolor a la masticación	48	32		
	Sangrado	30	50		
6	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda supurada	Si	No		
	Dolor a las amígdalas Oídos	30	50		
	Dolor suelo de la boca	18	62		
	Trismus	46	34		
	Disfagia	38	42		
	Pus a la palpación	38	42		
	Adenopatías	24	56		
7	Características clínicas de la Pericoronaritis aguda crónica	Si	No		
	Algas	80	0		
	Faringitis unilateral	16	64		
	Halitosis	26	54		
	Trismus	46	34		
8	Evidencias radiográficas de osteítis				
	Sin evidencias radiopacas de osteítis	72	8		
	Muestra evidencias de osteítis	8	72		
9	Tratamiento terapéutico	Si	No		
	Amoxicilina+ ac. Clavulanico, ibuprofeno, exodoncia	62	18		
	Clindamicina, keterolaco, exodoncia	0	80		
10	Técnica quirúrgica				
	Anestesia	80	0		
	Incisión	80	0		
	Colgajo	80	0		
	Extracción del molar	80	0		
	Ostectomía	80	0		
	Limpieza	80	0		
	Sutura de la herida	80	0		
		Tercer molar	Otros molares		
11	Prevalencia de pericoronaritis	76	4		

ANEXO No. 5
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Paciente atendido en la clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, presenta pericoronitis aguda en la pieza 38, 48



CARRERA DE ODONTOLOGIA
HISTORIA CLINICA DE CIRUGIA

Nombre: ANA MILENA ROSALES
Sexo: F
Edad: 21
Fecha: 15/01/2018

Diagnóstico: Pericoronitis aguda en la pieza 38, 48

Historia Clínica: Paciente con dolor en la zona superior e inferior de la boca, especialmente en la zona de la pieza 38 y 48. El dolor es de tipo sordo y constante, que se incrementa al comer alimentos duros. No hay fiebre ni otros síntomas sistémicos. El paciente refiere que el dolor comenzó hace unos días.

Examen Clínico: Se observa inflamación de la mucosa gingival en la zona de la pieza 38 y 48. Hay hinchazón y enrojecimiento de la gingiva, con sangrado al tocarla. No se observa absceso ni fístulo.

Examen Radiográfico: Se observa un espacio pericoronario en la zona de la pieza 38 y 48.

Tratamiento: Se realizó irrigación con solución de clorhexidina al 0.2% en la zona de la pieza 38 y 48. Se indicó analgésico y antibiótico.

Seguimiento: Se programó un nuevo examen clínico en 7 días.

Observaciones: El paciente refiere que el dolor ha disminuido después del tratamiento.

Fecha: 15/01/2018
Nombre: Ana Milena Rosales

Paciente atendido en la clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, presenta pericoronitis aguda en la pieza 38, 48



CARRERA DE ODONTOLOGIA
HISTORIA CLINICA DE CIRUGIA

Nombre del paciente: Carolina Rivera Navas
Apellido paterno: Rivera
Apellido materno: Navas
Sexo: F
Edad: 25 años
Fecha de nacimiento: 14/11/1990
Profesión: Estudiante
Dirección de trabajo (representante): Universidad Católica
Teléfono: 042389940

Exodoncia de piezas: 38, 48
Experiencias anteriores con el Odontólogo: Si

ENCUESTA DE SALUD:
Antecedentes Familiares:
Diabetes: / Hemorrágicas:
Hipertensión: / Otros:

ALERGIAS: No

EXAMEN CLINICO:
Peso: 50 kg / Talla: 166 cm
Respiración: Normal / Frenación: Normal
Módulo apertura: Normal / Dolor: No / Desvíos en apertura bucal: No
Movimiento de lateralidad: Normal / Ruido: No

EVALUACION DE LA MUSCULATURA MASTICATORIA:
Dolor: No

EVALUACION GENERAL Y PERIODONTAL:
Dolor: No

DIAGNOSTICO: Pericoronitis aguda y dolor
TRATAMIENTO: Tetraciclina
SEGUIMIENTO: 48h

Paciente atendido en la clínica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, presenta pericoronitis aguda en la pieza 48





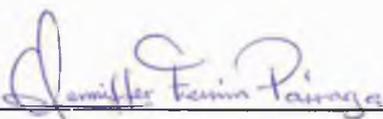
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jennifer Jomaira Ferrín Párraga**, con C.C: # 0919407460 autora del trabajo de titulación: Prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares inferiores semestre b, ucsq 2015, previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de Marzo del 2016

f. 

Nombre: Jennifer Jomaira Ferrín Párraga.

C.C: 0919407460



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología
Innovación y Saberes



SENESCYT

Agencia Ecuatoriana de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares inferiores semestre b, ucsg 2015.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Jenniffer Jomaira Ferrin Párraga		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Héctor Alfredo Lema Gutiérrez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 de Marzo del 2016	No. DE PÁGINAS:	79
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia, pacientes, pericoronitis, terceros, molares, inferiores.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La pericoronitis es una infección molar que según la literatura científica puede ser prevenida, por ello se planteó como objetivo: determinar la prevalencia de la pericoronitis relacionada a los terceros molares en los pacientes atendidos en la clínica UCSG 2015. Para el efecto, se aplicó un estudio cuantitativo, descriptivo, de campo, transversal, aplicando la observación directa a través de los registros de las historias clínicas de 80 pacientes que formaron parte de la muestra, cuyos hallazgos evidenciaron que los pacientes con pericoronitis experimentaron como historia clínica: algias (100%), dolor a la masticación (60), dolor a la palpación (68%), trismus (58%), disfagia y pus a la palpación (48%); 38% tuvo sangrados y dolor a las amígdalas, 30% adenopatías y halitosis, 23% dolor al suelo de la boca y faringitis unilateral; el 90% de los pacientes no presentaron evidencias radiográficas de osteítis; el tratamiento terapéutico usado más frecuente (78%) en los pacientes fue la Amoxicilina+ ac. Clavulanico, ibuprofeno, exodoncia; las técnicas quirúrgicas de mayor utilización fueron la anestesia, la incisión, el colgajo, la extracción molar, la ostectomía, la limpieza y sutura de la herida; el grupo etéreo de mayor prevalencia fue el mayor de 21 años del género femenino (68%), comprobándose la hipótesis, en conclusión existe mayor prevalencia de pericoronitis relacionada a los terceros molares inferiores con el 95% de casos, recomendándose la extracción del molar como una solución óptima a esta problemática de salud bucal, además de la aconsejar la higiene bucal después de cada comida y el enjuague bucal correspondiente.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2555777 / 0984487940	E-mail: jennifer.ferrin@cu.ucsg.edu.ec / Jenniffer.ferrin@hotmail.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre:		
COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Teléfono: 0987971953		
	E-mail: hector.lema@cu.ucsg.edu.ec / hlg.dds@outlook.com		

Jennifer Ferrin Párraga



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	