

Evaluación de la indicación de la extracción quirúrgica de los terceros molares según el cirujano bucal y el odontólogo de atención primaria. Experiencia en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona

M. Angeles Fuster Torres ¹, Jordi Gargallo Albiol ², Leonardo Berini Aytes ³, Cosme Gay Escoda ⁴

(1) Odontólogo. Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(2) Doctor en Odontología. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(3) Doctor en Medicina y Cirugía. Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(4) Doctor en Medicina y Cirugía. Estomatólogo. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Jefe del Servicio de Cirugía Bucal, Implantología Bucofacial y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona

Correspondencia:

Prof. Cosme Gay-Escoda

Centro Médico Teknon

Vilana 12

08022 - Barcelona (Spain)

E-mail: cgay@ub.edu

Fuster-Torres MA, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Evaluación de la indicación de la extracción quirúrgica de los terceros molares según el cirujano bucal y el odontólogo de atención primaria. Experiencia en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Nov 1;13 Supl 5:299-305.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

Recibido: 27/10/2007

Aceptado: 06/05/2008

Indexed in:

Science Citation Index Expanded
- Journal Citation Reports
- Index Medicus, MEDLINE, PubMed
- Excerpta Medica, Embase, SCOPUS
- Índice Médico Español

Originally cited as: Fuster-Torres MA, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Aug 1;13(8):E499-504.
Full article in ENGLISH:
URL: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i8/medoralv13i8p499.pdf>

Resumen

Introducción. La extracción de los terceros molares es el procedimiento más frecuente en Cirugía Bucal. El objetivo de este estudio fue valorar la indicación de la extracción de los terceros molares por parte del odontólogo de atención primaria (OAP) y del cirujano bucal así como comparar dichas justificaciones con el motivo principal de consulta que tenía el paciente.

Pacientes y Método. Se realizó un estudio descriptivo simple de 319 pacientes a los que se había efectuado la extracción quirúrgica de un tercer molar en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona entre julio de 2004 y marzo de 2005. Se valoraron los siguientes parámetros: sexo, edad, cordal, tipo de inclusión, posición según las clasificaciones de Pell y Gregory y de Winter así como los motivos que justificaron su exodoncia.

Resultados. Los terceros molares inferiores fueron extraídos en mayor proporción (73,7%). Un 69,6% de los dientes estaban cubiertos únicamente por tejidos blandos. La clase IIB de Pell y Gregory representó el 56% de los cordales inferiores, mientras que la posición vertical supuso un 42,1% de los casos.

El motivo más frecuente de remisión a nuestro Servicio de Cirugía Bucal por parte del OAP fue la extracción profiláctica (51,0%) de manera muy similar a la que indicó el cirujano bucal (46,1%).

Discusión y Conclusiones. La extracción de los terceros molares por motivos profilácticos fue la que se indicó con mayor frecuencia, seguida por la indicación ortodóncica. Con respecto a los terceros molares con signos patológicos o síntomas clínicos asociados, la patología infecciosa – incluyendo la pericoronaritis – fue la más frecuentemente observada por el cirujano bucal, seguida de la caries. Este orden de frecuencia se invirtió para los terceros molares remitidos para extracción por el OAP.

La posición vertical predominó entre los terceros molares con patología asociada.

Palabras clave: Terceros molares, cirugía tercer molar, exodoncia profiláctica, odontólogo de atención primaria.

Abstract

Introduction. Third molar extraction is the most frequent procedure in oral surgery. The present study evaluates the indication of third molar extraction as established by the primary care dentist (PCD) and the oral surgeon, and compares the justification for extraction with the principal reason for patient consultation.

Patients and method. A descriptive study was made of 319 patients subjected to surgical removal of a third molar in the context of the Master of Oral Surgery and Implantology (Barcelona University Dental School, Barcelona, Spain) between July 2004 and March 2005. The following parameters were evaluated: sex, age, molar, type of impaction, position according to the classifications of Pell and Gregory and of Winter, and the reasons justifying extraction.

Results. The lower third molars were the most commonly extracted molars (73.7%). A total of 69.6% of the teeth were covered by soft tissues only. Fifty-six percent of the lower molars corresponded to Pell and Gregory Class IIB, while 42.1% were in the vertical position.

The most common reason for patient reference to our Service of Oral Surgery on the part of the PCD was prophylactic removal (51.0% versus 46.1% in the case of the oral surgeon).

Discussion and conclusions. Our results show prophylaxis to be the principal indication of third molar extraction, followed by orthodontic reasons. Regarding third molars with associated clinical symptoms or signs, infectious disease – including pericoronitis – was the pathology most often observed by the oral surgeon, followed by caries. This order of frequency was seen to invert in the case of third molars referred for extraction by the PCD.

A vertical position predominated among the third molars with associated pathology.

Key words: Third molars, third molar surgery, prophylactic removal, primary care dentist.

Introducción

La extracción de los terceros molares es el tratamiento más frecuente en Cirugía Bucal. Esto se debe a que los cordales presentan una elevada incidencia de inclusión y se asocian frecuentemente a la aparición de patología muy diversa como la pericoronaritis, los defectos periodontales en la cara distal del segundo molar, la caries en el tercer molar o en el segundo molar, diferentes tipos de quistes y tumores odontogénicos y de dolor neurogénico (1-3). Además de la patología que en ocasiones causan estos dientes, no podemos olvidar otros motivos que pueden justificar su exodoncia, como son los ortodóncicos y los prostodóncicos o restaurativos, así como la extracción preventiva o profiláctica (4-6).

Prácticamente no existe controversia sobre la decisión de extraer los terceros molares incluidos cuando causan patología o clínica importante, sin embargo, la conveniencia de la exodoncia profiláctica de estos dientes cuando son asintomáticos ha sido discutida durante muchos años (7, 8). Esta decisión, que es dicotómica (extraer o no extraer), engloba valorar qué cordales desarrollarán patología con el tiempo y cuáles no. La evidencia clínica actual parece relacionar la posición de los terceros molares en los maxilares con el tipo de manifestaciones clínicas que pueden derivar de su inclusión (9, 10). La identificación de los terceros molares con mayor riesgo de producir patología haría posible adoptar una actitud preventiva prioritaria a la hora de decidir el tratamiento de dichos dientes.

Previamente a la extracción de un tercer molar asintomático pueden distinguirse tres niveles en la toma de decisiones.

En primer lugar, el OAP diagnostica la inclusión y remite al paciente a un especialista en Cirugía Bucal. Éste valora la indicación de la exodoncia profiláctica de manera individualizada. Y finalmente el paciente toma una decisión tras considerar la influencia del procedimiento quirúrgico en su salud bucal y general (11).

A esto hay que añadir el hecho de que ante la decisión de extraer los terceros molares los dentistas generalistas (11) y los cirujanos bucales (12) han mostrado grandes variaciones en los criterios que justifican dicho tratamiento.

El objetivo de este estudio fue valorar la indicación de la extracción de los terceros molares por parte del OAP y del cirujano bucal así como comparar sus justificaciones en relación con el motivo principal de consulta por parte del paciente.

Pacientes y Método

Se efectuó un estudio descriptivo simple a partir de una muestra de 319 pacientes a los que se había realizado la extracción quirúrgica de un tercer molar en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona, en el período comprendido de julio del 2004 a marzo del 2005. Previamente a la intervención quirúrgica, un residente de segundo curso registró la edad del paciente en el momento de la exodoncia, el sexo y el cordal que iba a ser extraído. También se registró la profundidad del tercer molar en relación con el plano oclusal (A, B, C) y la distancia entre la rama ascendente de la mandíbula o la tuberosidad del maxilar superior y la cara

distal del 2º molar (Clase 1, 2, 3) según la Clasificación de Pell y Gregory (13), así como la angulación del cordal respecto al eje longitudinal del segundo molar (mesioangulado, distoangulado, vertical y horizontal) siguiendo la clasificación de Winter (14). El grado de inclusión se definió como totalmente cubierto por hueso, totalmente cubierto por tejidos blandos, parcialmente cubierto por tejidos blandos o totalmente erupcionado. Asimismo se registró si el paciente había presentado algún síntoma o signo en relación con el tercer molar que justificara su visita al OAP, o si por el contrario el paciente fue remitido a nuestra clínica por este profesional sin haber presentado ningún síntoma o signo asociado a dicho diente. Por último, también se consideró el motivo que justificaba la exodoncia según el criterio del cirujano bucal.

Los motivos que justificaron la extracción del tercer molar fueron sintetizados en las siguientes indicaciones:

1. Exodoncia profiláctica.
2. Exodoncia por motivos ortodóncicos, prostodóncicos o restaurativos.
3. Exodoncia por presencia de patología asociada:
 - 3.1. Pericoronaritis.
 - 3.2. Quiste/Tumor.
 - 3.3. Caries del cordal o del segundo molar adyacente.
 - 3.4. Pérdida ósea en la cara distal del segundo molar.
 - 3.5. Reabsorción del tercer molar.
 - 3.6. Ulceración de las mucosas yugal o lingual.
 - 3.7. Dolor.

Los datos fueron procesados por el programa estadístico SPSS version 12.0 (licencia de la UB). Después del análisis descriptivo se efectuaron los tests de Chi-cuadrado de Pearson o los tests exactos de Fisher. Se calcularon también las Odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza para la aparición de síntomas o signos asociados al tercer molar en relación con el sexo, la localización mandibular del tercer molar y el grado de erupción.

Resultados

Fueron extraídos un total de 319 terceros molares; 84 (26,3%) estaban localizados en el maxilar superior y 235 (73,7%) en la mandíbula. En 198 casos (62,1%) el OAP remitió al paciente a nuestro Servicio de Cirugía Bucal para la extracción del tercer molar mientras que en los 121 casos restantes (37,9%) el motivo de remisión del paciente fue otro diferente.

Algo más de la mitad de las exodoncias (56,7 %) se practicaron en pacientes del sexo femenino. La edad media de los pacientes fue de 26,5 años (desviación estándar de 9,2), con un rango comprendido entre los 14 y 79 años. Los pacientes fueron divididos intencionadamente en tres grupos de edad (14-20 años, 21-30 años y de 31-79 años). La mayor parte de las exodoncias (52,4%) se hicieron en pacientes de 21 a 30 años.

Con respecto a la clasificación de Winter (14), 99 terceros molares inferiores (42,1%) presentaban una posición ver-

tical, 75 (31,9%) tenían una inclinación mesioangular, 33 (14,0%) eran horizontales y 28 (11,9%) presentaban una posición distoangular.

La posición predominante de los cordales inferiores según la clasificación de Pell y Gregory (13) fue la IIB (56,0%), seguida por la IIA (21,3%) y IA (13,9%).

Con respecto al grado de inclusión la mayor parte de los terceros molares presentaron una inclusión mucosa, parcial (38,87%) o total (30,72%), seguidos por la erupción total (19,44%) y por la inclusión ósea total (10,97%).

El principal motivo de consulta por parte del paciente fue el dolor (50%), seguido por la infección (30,8%).

La principal indicación de extracción de los terceros molares fue profiláctica, tanto por parte del OAP (51,0%) como por el cirujano bucal (46,08%). Ésta fue seguida por la indicación por motivos ortodóncicos, como se puede observar en la figura 1.

Con respecto a los grupos de edad, en el grupo de pacientes de 14 a 20 años, la principal indicación por parte del OAP fue la ortodóncica o prostodóncica (66,1%), mientras que para el cirujano bucal esta indicación supuso el mismo porcentaje (43,6%) que la indicación profiláctica. En el grupo de pacientes de 21 a 30 años, la indicación profiláctica fue la más frecuente (61,5% para el OAP y 52,1% para el cirujano bucal). Para los pacientes mayores de 30 años, más de la mitad de los terceros molares (54,3%) fueron extraídos por indicación profiláctica por parte del OAP mientras el cirujano bucal justificaba mayoritariamente la exodoncia por la presencia de síntomas clínicos (59,5%).

Valorando la clasificación de Winter, encontramos que los terceros molares en posición vertical fueron los que presentaron patología asociada con mayor frecuencia (72% para el OAP y 59,8% para el cirujano bucal).

Al considerar la clasificación de Pell y Gregory aplicada a los terceros molares mandibulares, los de clase IIB fueron los más frecuentemente extraídos por el cirujano bucal. De manera similar, los cordales en posición IIB fueron los remitidos para extracción con mayor frecuencia por parte del OAP, con la excepción del grupo de terceros molares que presentaban síntomas o signos clínicos asociados, entre los cuales la clase IA fue la más destacada (52,2%).

Si nos centramos en el grado de inclusión del molar encontramos que los cordales parcialmente cubiertos por mucosa fueron los más frecuentemente extraídos (56,5%) por el cirujano bucal por haber producido síntomas o signos clínicos. Por este mismo motivo los cordales erupcionados fueron los remitidos en mayor proporción por el OAP (53,8%).

Los resultados de las variables binarias están representados en la tabla 1. El sexo femenino, el tercer molar mandibular y el tercer molar erupcionado (según el cirujano bucal) mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas clínicos. El tercer molar erupcionado (según los OAP) mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas clínicos.

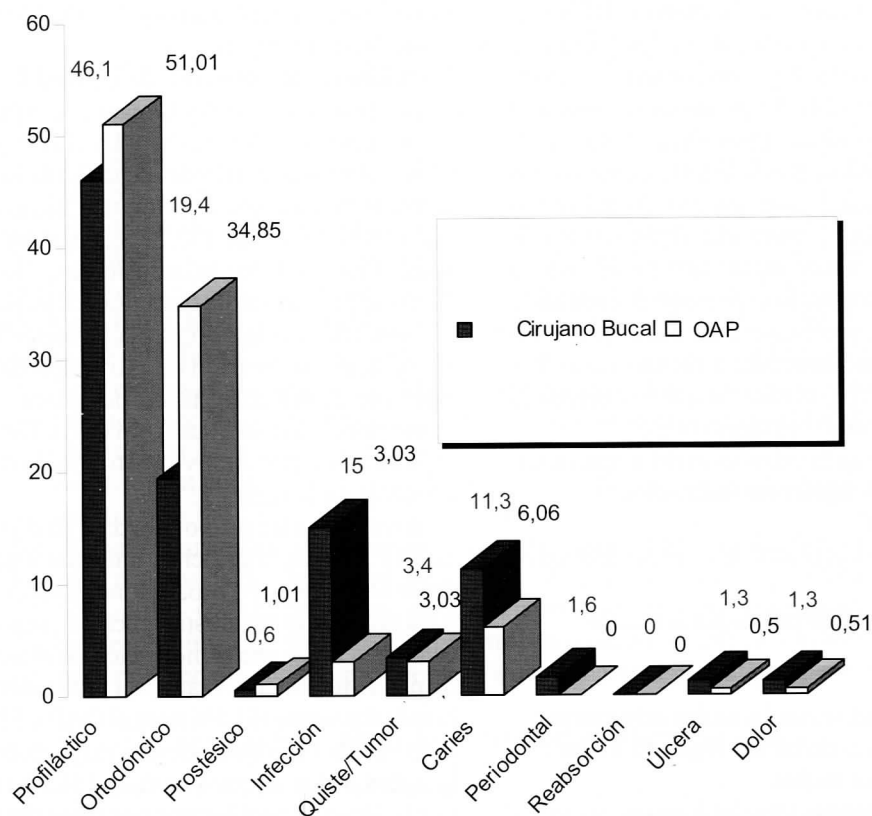


Fig. 1. Comparación entre los motivos que justificaron la extracción de los terceros molares por el cirujano bucal y por el OAP.

Tabla 1. Resultados correspondientes a las variables binarias.

		OR de pacientes con síntomas (%)	OR de pacientes sin síntomas (%)	OR (IC 95%)	Bivariable
CIRUJANO BUCAL	Sexo femenino	88/84 (0,51%)	93/54 (0,63%)	0,61 (0,39 – 0,95)	0,03*
	Tercer molar inferior	135/37 (0,78%)	100/47 (0,68%)	1,72 (1,04 – 2,83)	0,03*
	Tercer molar erupcionado	44/128 (0,26%)	18/129 (0,12%)	2,46 (1,35 – 4,49)	0,003*
OAP	Sexo femenino	50/47 (0,52%)	59/42 (0,58%)	0,76 (0,43 – 1,33)	0,33
	Tercer molar inferior	65/32 (0,67%)	66/35 (0,65%)	1,08 (0,60 – 1,94)	0,81
	Tercer molar erupcionado	24/73 (0,25%)	12/89 (0,12%)	2,44 (1,14 – 5,21)	0,02*

OR: odds ratio

IC: intervalo de confianza

*estadísticamente significativo

Tabla 2. Resultados correspondientes a la variable edad del paciente, en relación con la presencia de síntomas clínicos.

	Variable edad (años)	Nº pacientes con síntomas (%)	Nº pacientes sin síntomas (%)	Bivariable (p)
CIRUJANO BUCAL	14-20	44 (56,4%)	34 (43,6%)	0,045*
	21-30	80 (47,9%)	87 (52,1%)	
	31-79	48 (64,9%)	26 (35,1%)	
OAP	14-20	39 (69,6%)	17 (30,4%)	0,001*
	21-30	37 (38,5%)	59 (61,5%)	
	31-79	25 (54,3%)	21 (45,7%)	

*estadísticamente significativo.

Los resultados de la variable edad pueden observarse en la tabla 2. En el análisis bivariable, la edad resultó estadísticamente significativa para el cirujano bucal ($p < 0,05$) y para los OAP ($p < 0,001$).

Discusión

El Instituto Nacional de Salud Norteamericano celebró en 1979 un congreso para debatir toda una serie de cuestiones referentes a la extracción de los terceros molares (15). Aunque se acordaron unos criterios bien definidos para el tratamiento una vez se había presentado patología, la conclusión fue que no había una manera segura para predecir en qué casos los terceros molares asintomáticos podían desarrollar procesos patológicos.

La evidencia clínica existente parece relacionar la posición de los terceros molares incluidos en los maxilares con el tipo de manifestaciones clínicas que pueden derivar de su inclusión. Diversos estudios (16-19) han encontrado un mayor riesgo de aparición de patología en los terceros molares distoangulados; sin embargo, en nuestros resultados, los cordales más frecuentemente extraídos por presentar patología asociada estaban en posición vertical, tanto para el OAP (73.1%) como para el cirujano bucal (60.2%). De la misma manera el cirujano bucal observó en nuestro estudio que los cordales con retención mucosa parcial fueron los que se asociaron con patología en mayor proporción (9,16,17). Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos por Almendros y cols. (10) en un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente para la extracción de terceros molares inferiores en este

mismo Servicio de Cirugía Bucal, ya que encontraron que los terceros molares en posición vertical y con retención mucosa y ósea parciales fueron los que desarrollaron más complicaciones preoperatorias.

Varios factores pueden influir en la decisión de extraer un tercer molar asintomático. Lysell y cols. (19) describen que los odontólogos generales y los cirujanos perciben que los terceros molares asintomáticos presentan una alta probabilidad de desarrollar patología cuando se basan en el análisis de hallazgos radiológicos, siendo el quiste folicular la patología más citada por los odontólogos generales y la segunda en frecuencia por los cirujanos bucales. Esta alta tasa no puede explicarse por la prevalencia de los quistes, la cual es baja (2-4%) (1), por lo que estos autores suponen que los participantes estaban más influenciados por los peligros potenciales del desarrollo de un quiste de grandes dimensiones o por su degeneración maligna que por su incidencia. En nuestro estudio la patología infecciosa, incluyendo la pericoronaritis fue la más frecuentemente observada tanto por el cirujano bucal como por el OAP. Lysell y Rohlin (1) publicaron los resultados de un estudio sobre la opinión de 25 cirujanos bucales suecos sobre las indicaciones de extracción de los terceros molares mandibulares, destacando que un 27% de las exodoncias eran profilácticas y un 14% por motivos ortodóncicos. En nuestro estudio éstas representaron el 51% y el 35% respectivamente para el cirujano bucal y el 46% y el 19% respectivamente para el OAP. Estas cifras contrastan con las del estudio de Bataineh y cols. (20) en una muestra de pacientes jordanos remitidos a un Servicio universitario

de Cirugía Bucal y Maxilofacial en el que el 47% de las exodoncias fueron efectuadas debido a la presencia de pericoronaritis mientras que la indicación profiláctica supuso solamente un 7.7%.

Por otro lado, se ha estudiado la probabilidad de desarrollar patología asociada a los terceros molares asintomáticos mediante la evaluación de radiografías periapicales, constatando que el quiste dentígero en primer lugar, seguido de la pericoronaritis eran las entidades clínicas más influyentes en la decisión de exodoncia para el odontólogo generalista. Para el cirujano bucal, al igual que se apreció en nuestros resultados, la pericoronaritis y en segundo lugar, el desarrollo de un quiste dentígero o la caries en el segundo molar fueron los factores más destacados en sus criterios de valoración (21).

Hasta hace poco tiempo la decisión de los profesionales de la Odontología en cuanto a la decisión de extraer el tercer molar se ha basado en gran medida por la presencia de patología asociada. A esto se añade la dificultad que los autores encuentran para distinguir entre los conceptos "incidencia de patología" y "prevalencia de patología" (11). Knutsson y cols. comprobaron que existe una gran variabilidad entre los odontólogos generalistas (11) así como entre los cirujanos bucales (12), respecto a la decisión de extraer terceros molares mandibulares asintomáticos. También hubo poca concordancia en la indicación de extracción entre los cirujanos bucales y los odontólogos generales del País de Gales, aunque existió una correlación significativa entre las valoraciones efectuadas por los mismos observadores en dos ocasiones diferentes (21). En un estudio más reciente, no se observaron diferencias en el número medio de cordales inferiores programados para extracción entre los odontólogos generalistas de Suecia y del País de Gales, pero los cirujanos bucales suecos indicaron más exodoncias, de forma significativa, que los cirujanos galeses (22). En nuestra muestra, la principal indicación de extracción del tercer molar para ambos profesionales fue profiláctica, sin embargo debemos tener en cuenta que los pacientes derivados al cirujano bucal ya habían sido visitados previamente por el OAP.

Además hay estudios que han encontrado que el hecho de proporcionar a los dentistas literatura seleccionada sobre la patología que pueden desarrollar con el tiempo los terceros molares influye significativamente en la decisión de tratamiento de los cordales inferiores asintomáticos (23).

Si solamente se considera la valoración de las indicaciones que hacen los cirujanos bucales de la extracción de cordales asintomáticos, Liedholm y cols. (24) encontraron que la edad fue la única variable con un efecto significativo ($p < 0.05$), encontrando una mayor tasa de indicación en pacientes jóvenes. En nuestro estudio, la edad fue estadísticamente significativa tanto para el cirujano bucal ($p = 0.045$) como para el OAP ($p = 0.001$) en relación con la presencia de patología asociada al tercer molar. La ex-

tracción profiláctica fue la más frecuentemente indicada por el cirujano bucal en los pacientes entre 14 y 30 años, siendo la presencia de patología asociada la justificación más representativa para este profesional en los pacientes mayores de 30 años (59.5%). Esta indicación de extracción profiláctica prevaleció para el OAP en los pacientes mayores de 20 años, señalando que en pacientes de menor edad la indicación ortodóncica o prostodóncica fue efectuada en mayor proporción (66%).

La opinión del cirujano bucal a favor de una mayor indicación de la extracción profiláctica del tercer molar en pacientes más jóvenes, en este caso menores de 30 años, puede basarse en la suposición de que la cirugía debería ser realizada cuando se diagnostica la presencia de patología, o incluso antes de su desarrollo. También puede estar basada en la suposición de que los pacientes de mayor edad a los que se les realiza la extracción del tercer molar tienen una probabilidad de presentar una morbilidad postoperatoria más alta que los pacientes jóvenes (25, 26).

Según Knutsson y cols. (9), el valor de Odds ratio (OR) para el desarrollo de condiciones patológicas es 5 a 12 veces mayor para los cordales en posición distoangular en comparación con otras posiciones, mientras que los terceros molares que presentan una retención mucosa parcial tienen un riesgo 22 a 34 veces mayor de complicaciones. Sin embargo, estos autores consideran que los terceros molares con inclusión ósea o mucosa totales no deben extraerse sistemáticamente, ya que tanto la mucosa como el hueso constituyen dos barreras efectivas contra la invasión bacteriana. En nuestra muestra el valor de Odds ratio en relación con la presencia de signos o síntomas clínicos asociados al tercer molar fue unas 2.5 veces mayor para el tercer molar erupcionado, tanto en el caso del cirujano bucal como del OAP, aunque no podemos olvidar que en nuestra muestra también presentamos terceros molares localizados en el maxilar superior.

En la extracción de los terceros molares es importante considerar no sólo las indicaciones de extracción sino las repercusiones económicas de esta intervención (27, 28). La guía de práctica clínica NICE implementada en el Reino Unido ha conseguido reducir notablemente la proporción de terceros molares asintomáticos y sin patología asociada remitidos para su extracción profiláctica (28). Los autores del presente trabajo no han utilizado ninguna guía de práctica clínica o protocolo de consenso inter-niveles asistenciales. Cuando comparamos la elevada incidencia de extracciones profilácticas en nuestros resultados con la obtenida en otros estudios consideramos que estos datos no son extrapolables a la práctica diaria en nuestro país. La mayoría de estudios se centran en los terceros molares mandibulares mientras que nosotros también incluimos en la muestra los terceros molares maxilares. Además no existen en la literatura ensayos clínicos que sostengan la extracción rutinaria profiláctica, por lo que también existe cada vez más acuerdo entre los autores de no recomendar

la extracción profiláctica de terceros molares incluidos de forma generalizada, sino que debe ser individualizada para cada paciente.

Conclusiones

Los resultados muestran que la principal indicación de extracción de los terceros molares fue profiláctica, seguida de la indicación por motivos ortodóncicos, tanto por parte del OAP como por el cirujano bucal. Entre los terceros molares que presentaron síntomas o signos clínicos asociados, la patología infecciosa, que incluye la pericoronaritis, fue la más frecuentemente observada por el cirujano bucal, a la cual le siguió la caries. Este orden de frecuencia se invirtió en el caso de los terceros molares remitidos para extracción por el OAP.

La posición vertical del tercer molar fue observada en mayor proporción entre los terceros molares con patología asociada.

Bibliografía

1. Lysell L, Rohlin M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1988 Jun;17(3):161-4.
2. Laskin DM. Evaluation of the third molar problem. *J Am Dent Assoc*. 1971 Apr;82(4):824-8.
3. Stanley HR, Alattar M, Collett WK, Stringfellow HR Jr, Spiegel EH. Pathological sequelae of "neglected" impacted third molars. *J Oral Pathol*. 1988 Mar;17(3):113-7.
4. Gay-Escoda C, Piñera-Penalva M, Valmaseda-Castellón E. Cordales incluidos. Exodoncia quirúrgica. Complicaciones. En: Gay-Escoda C, Berini-Aytés L, editores. *Tratado de Cirugía Bucal*. Tomo I. Madrid: Ergon; 2004. p. 403-72.
5. Kruger E, Thomson WM, Konthasinghe P. Third molar outcomes from age 18 to 26: findings from a population-based New Zealand longitudinal study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001 Aug;92(2):150-5.
6. Chaparro-Avendaño AV, Pérez-García S, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Morbidity of third molar extraction in patients between 12 and 18 years of age. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005 Nov-Dec;10(5):422-31.
7. Adeyemo WL. Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal? A critical review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006 Oct;102(4):448-52.
8. Mettes TG, Nienhuijs ME, Van der Sanden WJ, Verdonschot EH, Plasschaert AJ. Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD003879.
9. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996 Jul;82(1):10-7.
10. Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006 Dec;102(6):725-32.
11. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. General dental practitioners' evaluation of the need for extraction of asymptomatic mandibular third molars. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1992 Dec;20(6):347-50.
12. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Asymptomatic mandibular third molars: oral surgeons' judgment of the need for extraction. *J Oral Maxillofac Surg*. 1992 Apr;50(4):329-33.
13. Pell G, Gregory B. Impacted mandibular third molars: Classification and modified techniques for removal. *Dent Digest*. 1933;39:330-8.
14. Winter G. Impacted mandibular third molar. St Louis: American medical book; 1926.
15. [No authors listed] NIH consensus development conference for removal of third molars. *J Oral Surg*. 1980 Mar;38(3):235-6.
16. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Judgement of removal of asymptomatic mandibular third molars: influence of position, degree of impaction, and patient's age. *Acta Odontol Scand*. 1996 Dec;54(6):348-54.
17. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Mandibular third molars as mediated by three cues. Dentists' treatment decisions on asymptomatic molars compared with molars associated with pathologic conditions. *Acta Odontol Scand*. 1997 Dec;55(6):372-7.
18. Ventä I, Ylipaavalniemi P, Turtola L. Long-term evaluation of estimates of need for third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000 Mar;58(3):288-91.
19. Lysell L, Brehmer B, Knutsson K, Rohlin M. Judgement on removal of asymptomatic mandibular third molars: influence of the perceived likelihood of pathology. *Dentomaxillofac Radiol*. 1993 Nov;22(4):173-7.
20. Bataineh AB, Albashaireh ZS, Hazza'a AM. The surgical removal of mandibular third molars: a study in decision making. *Quintessence Int*. 2002 Sep;33(8):613-7.
21. Kostopoulou O, Brickley MR, Shepherd JP, Newcombe RG, Knutsson K, Rohlin M. Intra-observer reliability regarding removal of asymptomatic third molars. *Br Dent J*. 1998 Jun 13;184(11):557-9.
22. Knutsson K, Lysell L, Rohlin M, Brickley M, Shepherd JP. Comparison of decisions regarding prophylactic removal of mandibular third molars in Sweden and Wales. *Br Dent J*. 2001 Feb 24;190(4):198-202.
23. Van der Sanden WJ, Mettes DG, Plasschaert AJ, Grol RP, Van't Hof MA, Knutsson K, et al. Effect of selected literature on dentists' decisions to remove asymptomatic, impacted lower third molars. *Eur J Oral Sci*. 2002 Feb;110(1):2-7.
24. Liedholm R, Knutsson K, Lysell L, Rohlin M. Mandibular third molars: oral surgeons' assessment of the indications for removal. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1999 Dec;37(6):440-3.
25. Kim JC, Choi SS, Wang SJ, Kim SG. Minor complications after mandibular third molar surgery: type, incidence, and possible prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006 Aug;102(2):e4-11.
26. Kugelberg CF, Ahlström U, Ericson S, Hugoson A, Kvint S. Periodontal healing after impacted lower third molar surgery in adolescents and adults. A prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1991 Feb;20(1):18-24.
27. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. *Health Technol Assess*. 2000;4(15):1-55.
28. Kim DS, Lopes J, Higgins A, Lopes V. Influence of NICE guidelines on removal of third molars in a region of the UK. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Dec;44(6):504-6.

Agradecimientos:

Los autores agradecen al Prof. Dr. Jose Maria Sampaio Menezes su colaboración en el análisis estadístico.