



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE SALUD**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

“Enfoque terapéutico de la pericoronaritis asociada a terceros molares inferiores.”

**Trabajo de Titulación para optar al título de Odontólogo**

**Autor:**

Ocaña Campoverde, Carlos Daniel

**Tutor:**

Dr. Edgar Patricio Olmedo Bastidas

**Riobamba, Ecuador. 2025**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, **Carlos Daniel Ocaña Campoverde**, con cédula de ciudadanía **0605075050**, autor (a) (s) del trabajo de investigación titulado: **“Enfoque terapéutico de la pericoronaritis asociada a terceros molares inferiores.”** certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, a la fecha de su presentación.



Carlos Daniel Ocaña Campoverde

C.I: 0605075050

## **DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR**

Quien suscribe, **Dr. Edgar Patricio Olmedo Bastidas** catedrático adscrito a la Facultad de **Ciencias de la Salud** por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación **“Enfoque terapéutico de la pericoronaritis asociada a terceros molares inferiores.”** bajo la autoría de **Carlos Daniel Ocaña Campoverde**; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 26 días del mes de febrero de 2025



Dr. Edgar Patricio Olmedo Bastidas

**TUTOR**

## CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Enfoque terapéutico de la pericoronaritis asociada a terceros molares inferiores** presentado por **Ocaña Campoverde Carlos Daniel**, con cédula de identidad número **0605075050**, bajo la tutoría de **Dr. Edgar Patricio Olmedo Bastidas**; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 26 de mayo de 2025

Dr. Xavier Guillermo Salazar Martínez  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Dr. Carlos Alberto Alban Hurtado  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Dr. Víctor Israel Crespo Mora  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**





# CERTIFICACIÓN

Que, **OCAÑA CAMPOVERDE CARLOS DANIEL** con CC: **0605075050**, estudiante de la Carrera de **ODONTOLOGIA (R)**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LA PERICORONARITIS ASOCIADA A TERCEROS MOLARES INFERIORES"**, que corresponde al dominio científico **DOMINIO SALUD COMO PRODUCTO ORIENTADO AL BUEN VIVIR** y alineado a la línea de investigación **SALUD**, cumple con el 4%, reportado en el sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 29 de abril de 2025

Dr. Cristian Roberto Sigcho Romero  
**DIRECTOR DE CARRERA**

**Nota:** Debido a la desvinculación de la institución del docente tutor, firma en su lugar el Director de Carrera, con el fin de que se continúe con el proceso de titulación.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres Javier Ocaña y María Campoverde quienes me han enseñado el significado de la responsabilidad y perseverancia que me ha permitido avanzar a lo largo de mi carrera. A mis hermanos Jhonatan Ocaña y Roberto Ocaña por cada una de sus palabras de aliento cuando más lo he necesitado siendo mi inspiración para seguir adelante. A mi novia, Nathaly Ruiz, por su invaluable apoyo.

A mis amigos, por su apoyo incondicional y permitirme ver las cosas de una forma más positiva. A mis docentes por su acompañamiento y enseñanzas contribuyendo a mi carrera profesional y crecimiento personal.

Finalmente, me dedico este trabajo a mí, por luchar cada día y nunca rendirme hasta cumplir cada una de mis metas

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero empezar agradeciendo a Dios que ha sido mi fuente de fortaleza a lo largo de este camino que me ha permitido lograr este proyecto con sabiduría y firmeza.

A mis padres y a mi familia que con su sacrificio y apoyo han sido mi mayor motivación impulsándome a cumplir mis metas, gracias por creer en mí siempre y quedarse a mi lado a pesar de las adversidades

También agradezco a mi tutor Edgar Patricio Olmedo Bastidas, quien con su paciencia y conocimiento me ha orientado y acompañado en este proceso, gracias por cada consejo.

A mi querida Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme las puertas y permitirme desarrollar mi carrera profesional como odontólogo del Ecuador

Finalmente estoy agradecido con la vida por haber puesto en mi vida a mis amigos y compañeros en mi camino, por las alegrías y desafíos que hemos compartido durante la carrera, y a cada una de las personas que han contribuido en el desarrollo de este sueño. Mil gracias

## ÍNDICE GENERAL:

DECLARATORIA DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I. INTRODUCCION.....	15
1.1 Antecedentes.....	15
1.2 Planteamiento del Problema.....	16
1.3 Justificación.....	17
1.4 Objetivos.....	18
1.4.1 General.....	18
1.4.2. Específicos.....	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Desarrollo y erupción dental.....	19
2.1.1. Embriología dentaria.....	19
2.1.1.1. Periodo de Iniciación.....	19
2.1.1.2. Periodo de Proliferación.....	19
2.1.1.3. Periodo de Histodiferenciación - Campana fase inicial.....	19
2.1.1.4. Periodo de Morfodiferenciación - Campana fase avanzada.....	19
2.1.1.5. Periodo de Aposición.....	20
2.1.2. Periodos de Nolla.....	20
2.1.3 Erupción dentaria.....	21
2.1.3.1. Fase pre-eruptiva.....	21

2.1.3.2.	Fase eruptiva o pre-funcional .....	21
2.1.3.3.	Fase post-eruptiva o funcional.....	21
2.2.	Terceros molares.....	21
2.2.1.	Consideraciones embriológicas del tercer molar .....	22
2.2.2.	Mineralización de los terceros molares .....	22
2.2.3.	Características morfológicas de los terceros molares inferiores .....	22
2.2.3.1.	Cara vestibular.....	23
2.2.3.2.	Cara lingual .....	23
2.2.3.3.	Cara mesial.....	23
2.2.3.4.	Cara distal .....	23
2.2.3.5.	Cara oclusal.....	23
2.3.	Terceros molares incluidos.....	23
2.3.1.	Etiología de los terceros molares incluidos .....	24
2.3.1.1.	Factores locales .....	25
2.3.1.2.	Factores sistémicos .....	25
2.3.1.3.	Factores genéticos.....	25
2.4.	Clasificación de los terceros molares .....	25
2.4.1.	Clasificación de Pell y Gregory .....	25
2.4.1.1.	Relación del tercer molar con la rama mandibular y el segundo molar .....	25
2.4.1.2.	Profundidad relativa del tercer molar incluido en el hueso .....	26
2.4.2.	Clasificación de Winter.....	26
2.5.	Pericoronaritis.....	27
2.5.1.	Etiología de la pericoronaritis.....	27
2.5.1.1.	Origen infeccioso.....	28
2.5.1.2.	Origen mecánico.....	28
2.5.2.	Microbiota de la cavidad oral y de la pericoronaritis .....	28
2.5.3.	Características clínicas e histológicas de la pericoronaritis .....	29
2.5.4.	Clasificación de la pericoronaritis.....	30
2.5.4.1.	Pericoronaritis aguda serosa.....	30

2.5.4.2.	Pericoronaritis aguda supurada.....	30
2.5.4.3.	Pericoronaritis crónica .....	31
2.5.5.	Diagnóstico de la pericoronaritis .....	31
2.5.6.	Enfoque terapéutico de la pericoronaritis.....	31
2.5.6.1.	Tratamiento no quirúrgico.....	31
2.5.6.1.1.	Higiene oral.....	32
2.5.6.1.2.	Terapia periodontal.....	32
2.5.6.1.3.	Terapia farmacológica .....	32
2.5.6.1.4.	Otros métodos .....	33
2.5.6.2.	Tratamiento quirúrgico .....	34
CAPÍTULO III. METODOLOGIA. ....		35
3.1.	Tipo de Investigación.....	35
3.2.	Diseño de Investigación .....	35
3.3.	Metodología PRISMA .....	35
3.4.	Formulación de la pregunta PICO .....	35
3.5.	Fuentes de información y estrategia de búsqueda.....	36
3.6.	Establecimiento de criterios de selección.....	37
3.7.	Flujograma PRISMA .....	38
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....		39
4.1.	Resultados .....	39
4.2.	Discusión.....	56
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		59
5.1.	Conclusiones.....	59
5.2.	Recomendaciones .....	60
BIBLIOGRAFÍA .....		61

## ÍNDICE DE TABLAS.

<b>Tabla 1.</b> Estructura PICO .....	36
<b>Tabla 2.</b> Sintaxis de búsqueda.....	37
<b>Tabla 3.</b> Criterios de inclusión y exclusión.....	37
<b>Tabla 4.</b> Posición de los terceros molares y el desarrollo de pericoronaritis.....	39
<b>Tabla 5.</b> Datos clínicos de la pericoronaritis .....	46
<b>Tabla 6.</b> Enfoque terapéutico de la pericoronaritis.....	48

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> .....	38
-----------------------	----

## RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo analizar el enfoque terapéutico para el manejo de la pericoronitis asociada a los terceros molares inferiores. Para ello, se realizó una revisión sistemática que fue establecida acorde a los lineamientos metodológicos PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con el fin de garantizar la precisión en la selección de los estudios, al igual que se estableció la estrategia PICO en la formulación de las preguntas de investigación. Los estudios fueron recolectados en las diferentes bases de datos científicas como Google Scholar, Scopus, PubMed y Cochrane. Se englobó una población de 23 investigaciones elegibles para su análisis, las cuales fueron seleccionadas acorde a los criterios de inclusión. Los resultados de esta investigación informan que el grado de angulación de los terceros molares es un factor crucial en el desarrollo de esta anomalía. En este sentido, según la clasificación de Pell & Gregory la posición prevalente es la clase IIA, mientras que, de acuerdo con la clasificación de Winter la posición mesioangular es la más significativa. Asimismo, las investigaciones revisadas revelan que varios autores proponen una serie de métodos terapéuticos, tanto convencionales como quirúrgicos, orientados a mejorar el cuadro clínico y la calidad de vida de los pacientes. En conclusión, en la actualidad no existe un consenso ideal en el tratamiento de la pericoronitis, por lo que se subraya la importancia de fomentar estudios adicionales sobre esta temática, con el propósito de garantizar una atención integral más efectiva y optimizada.

**Palabras claves:** Pericoronitis, clasificación de Pell & Gregory, clasificación de Winter, impactación, terapia, tercer molar

## ABSTRACT

The present research study aimed to analyze the therapeutic approach for managing pericoronitis associated with lower third molars. To this end, a systematic review was conducted according to the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) methodological guidelines to ensure accurate study selection. The PICO strategy was also established to formulate the research questions. The studies were collected from various scientific databases such as Google Scholar, Scopus, PubMed, and Cochrane. A population of 23 eligible studies was included for analysis, which were selected according to the inclusion criteria. The results of this research report that the degree of angulation of the third molars is a crucial factor in developing this anomaly. According to the Pell & Gregory classification, the prevalent position is class IIA, while the mesioangular position is the most significant according to the Winter classification. Furthermore, the reviewed research reveals that several authors propose a range of therapeutic methods, both conventional and surgical, aimed at improving patients' clinical presentation and quality of life. In conclusion, there is currently no ideal consensus on treating pericoronitis, thus underscoring the importance of promoting additional studies to ensure more effective and optimized comprehensive care.

**Keywords:** Pericoronitis, Pell & Gregory classification, Winter classification, impaction, therapy, third molar.

Reviewed by:



Lic. Eduardo Barreno Freire. Msc.

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0604936211

## CAPÍTULO I. INTRODUCCION.

### 1.1 Antecedentes

El estudio de PC. Pasarelli et al. Concluyó que la extracción quirúrgica del tercer molar impactado mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes con pericoronitis; mientras que el tratamiento periodontal del cordal infectado ofrece un alivio temporal de los síntomas, ya que tiene una mayor tasa de reinfección, lo que hace que se prefiera la intervención quirúrgica. (1) De igual manera, Yo Yurttutan et al. aseguró que la cirugía de los cordales es el método más eficiente para tratar esta patología. (2) Coincidiendo con J. Liew et al. quien, en su investigación, demostró que la extracción de estas piezas afectadas favorece altos porcentajes de éxito a futuro. (3)

Por otra parte, J. Schmidt y su equipo de investigación, determinó que los antimicrobianos utilizados en el tratamiento de la pericoronitis, deben emplearse exclusivamente en condiciones agudas. El autor resalta que un diagnóstico temprano y una terapia adecuada reducen la necesidad de prescribir antibióticos, así como el riesgo de desarrollar resistencias. (4) De forma similar, TO. Schalch afirma que la prevención inicial de la patología disminuye considerablemente el uso de antimicrobianos, los cuales deben reservarse para casos con complicaciones sistémicas. Por ello, el autor recomienda el uso de terapias alternativas. (5)

TO. Schalch, en su estudio, destaca la terapia fotodinámica como una opción de tratamiento alternativo y de bajo riesgo para la pericoronaritis, ya que este enfoque antimicrobiano no genera resistencia bacteriana. El objetivo de su investigación fue reducir o eliminar la necesidad de antibióticos. (6) Asimismo, MF. Elsadek señala que la terapia fotodinámica es efectiva para disminuir tanto el TNF- $\alpha$  como la carga microbiana. (7) Por su parte, el estudio de C. Eroglu, realizado en la Universidad de Turquía, concluye que la terapia fotodinámica aumenta la eficacia antimicrobiana al ofrecer una desinfección localizada. (8)

Chelsea Wehr et al., en su estudio publicado en la Universidad de Texas, señalan que no existe un consenso en el tratamiento de la pericoronaritis, ya que las modalidades varían entre los profesionales de la salud. Por esta razón, debido a la falta de un estándar de atención establecido, varios autores subrayan la necesidad de desarrollar un plan de tratamiento basado en la evidencia científica para optimizar el manejo de esta patología. (9)

## 1.2 Planteamiento del Problema

Carter & Worthington, mediante un estudio de Revisión Sistemática y Meta-Análisis, determinaron que la impactación del tercer molar mandibular, especialmente mesioangulada, es la más común a nivel mundial con una tasa promedio del 24.40%. Su estudio buscó apoyar la toma de decisiones en el tratamiento de estas afecciones. (10) Por otra parte, Folayan et al., en una investigación en Nigeria, señalan que la impactación del tercer molar está estrechamente relacionada con la pericoronaritis, con una prevalencia de entre 1.8% y 22.8% en personas de 16 a 25 años en zonas rurales y urbanas. (11)

En 2017, se realizó un estudio en Cuba con 68 pacientes de entre 20 y 30 años, el cual mostró que el tipo de pericoronaritis más frecuente asociado al tercer molar inferior fue la aguda serosa, representando el 76,4%, con mayor incidencia en mujeres. (12) Por otra parte, en Perú, S. Baeza y otros autores a través de una Revisión Sistemática mencionaron que en la mayoría de los casos se deben extraer los terceros molares, siendo su indicación más común la pericoronaritis crónica, por lo que es importante realizar una evaluación exhaustiva de la situación de los terceros molares. (13)

En un estudio realizado por la tesista Viteri en la Universidad de las Américas del Ecuador, analizó a 120 pacientes del Hospital de Especialidades FF.AA., encontrando que el 15% de los individuos presentaba pericoronaritis en los cordales inferiores, además indicó que la clase III de Pell y Gregory fue la más frecuente. (14) Asimismo, Ramírez en su estudio revisó 361 fichas de la Universidad Iberoamericana y concluyó que la extracción de terceros molares es el tratamiento definitivo para la pericoronaritis, observando además que los cordales inferiores verticales y semi-retenidos son más propensos a desarrollarla. (15)

### **1.3 Justificación**

El presente trabajo de Revisión Bibliográfica tiene como finalidad contribuir a toda la comunidad investigativa con información valiosa para consolidar conocimientos acerca del desarrollo de la pericoronaritis en terceros molares inferiores y su enfoque terapéutico, también podrá servir como base para futuras investigaciones. Pues, cabe destacar que no existe la suficiente evidencia científica a nivel nacional que establezca los aspectos necesarios del tema.

Esta búsqueda resulta factible en todos los aspectos. En cuanto al tiempo, se ejecutará en un lapso de seis meses considerado un tiempo prudente para el investigador que permitirá alcanzar los objetivos planteados. Por otra parte, desde una perspectiva académica el investigador cuenta con el conocimiento y la capacidad necesaria, así como con la aportación del docente tutor lo que permitirá el pleno desarrollo de esta investigación, mientras que económicamente, se podrá asumir con los gastos que implica su realización.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 General**

- Analizar el enfoque terapéutico de la pericoronaritis asociada a terceros molares inferiores mediante la revisión de diversas fuentes de información confiable para determinar la importancia del manejo adecuado de este proceso infeccioso.

### **1.4.2. Específicos**

- Determinar la posición de los terceros molares inferiores que se relacionan al desarrollo de pericoronaritis
- Identificar las formas clínicas de la pericoronaritis
- Distinguir el enfoque terapéutico de la pericoronaritis asociada a terceros molares mandibulares.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. Desarrollo y erupción dental**

El proceso embriológico de los dientes da lugar al desarrollo y formación de las estructuras dentales en el maxilar y la mandíbula, donde surgen dos tipos de denticiones: dentición decidua y dentición permanente. (16) Ambas se originan de la misma manera y comparten una estructura histológica similar. (17)

#### **2.1.1. Embriología dentaria**

La odontogénesis es el proceso embriológico responsable de la formación del germen dental, que convierte al sistema estomatognático como uno de los órganos más diferenciados y especializados. Su desarrollo es continuo y consta de cinco periodos fundamentales. (18)

##### **2.1.1.1. Periodo de Iniciación**

Durante la sexta semana de vida intrauterina, comienza la formación de los órganos dentarios primarios a partir de la capa basal del epitelio de la boca primitiva, que dará lugar a la lámina dental del futuro germen. (18) Esta lámina dental se extiende a lo largo de la membrana basal para formar diez brotes dentarios en el maxilar superior y otros diez en el inferior. (19)

##### **2.1.1.2. Periodo de Proliferación**

Cerca de la décima semana de vida intrauterina las células mesenquimales comienzan a proliferarse debajo del órgano dental en forma de casquete, formando la futura papila dental. (20) Esta estructura de origen ectomesenquimal da lugar a la dentina y al complejo pulpar; por otro lado, el saco dental de origen mesodérmico rodea al germen dental y desarrollará los tejidos peridentarios. (21)

##### **2.1.1.3. Periodo de Histodiferenciación - Campana fase inicial**

En la semana catorce de gestación, comienza el proceso de especialización celular. La capa basal que rodea al órgano dental divide el epitelio dental en epitelio externo e interno. La lámina dental se contrae y emite prolongaciones que darán lugar al futuro diente permanente, mientras que el retículo estrellado formará el esmalte dental. (21)

##### **2.1.1.4. Periodo de Morfodiferenciación - Campana fase avanzada**

En la semana dieciocho de gestación, las células se organizan y disponen la forma y tamaño de la corona dental, así como el proceso de citodiferenciación del epitelio interno en ameloblastos y del epitelio externo en odontoblastos, que formará la futura dentina y pulpa.

(22) La lámina dental se desintegra al formarse la cripta ósea, aunque antes emite proliferaciones linguales, entre el quinto y noveno mes de vida intrauterina, para el desarrollo de los dientes permanentes (excepto los primeros molares), y proliferaciones distales, desde el cuarto mes, para los cuatro primeros molares definitivos. (23) (24)

#### **2.1.1.5. Periodo de Aposición**

Finaliza el periodo de morfodiferenciación y las células formadoras de esmalte (ameloblastos) y dentina (odontoblastos) migran hacia los centros de crecimiento de la unión amelo-dentinaria y unión cemento-dentinaria. En este periodo cualquier alteración sistémica o local puede causar perturbaciones en el desarrollo del esmalte como hipoplasia e hipomineralización. (24)

#### **2.1.2. Periodos de Nolla**

En 1960, Carmen Nolla desarrollo un método eficiente para evaluar el proceso de calcificación y maduración de los dientes permanentes. Su estudio concluyó que el crecimiento dental sigue un mismo patrón, sin distinción entre géneros. (25) La técnica de Nolla categoriza el progreso del desarrollo dental en 11 estadios que abarcan desde la formación inicial de la cripta hasta el cierre completo del ápice de cada pieza diente. (26)

Al Balbeesi y colaboradores (27) detallan en su artículo las 11 etapas del desarrollo dental según el método de Nolla.

- **Etapa 0:** Ausencia de cripta
- **Etapa 1:** Presencia de cripta
- **Etapa 2:** Inicio de la calcificación
- **Etapa 3:** 1/3 de la corona casi completa
- **Etapa 4:** 2/3 de la corona casi completa
- **Etapa 5:** Corona casi completa
- **Etapa 6:** Formación de la corona completa
- **Etapa 7:** 1/3 de la raíz casi completa
- **Etapa 8:** 2/3 de la raíz casi completa
- **Etapa 9:** Raíz casi completa
- **Etapa 10:** Formación de la raíz completa y cierre apical.

### **2.1.3 Erupción dentaria**

La erupción dental es un proceso fisiológico dinámico en el que la corona del diente experimenta un desplazamiento vertical desde su posición inicial no funcional dentro del hueso maxilar y la mucosa que lo cubre, hasta alcanzar su posición funcional en la cavidad oral, con el propósito de contactar y ocluir con los dientes del arco opuesto. (28) El trayecto de la erupción dental implica que el folículo dental ayude en los mecanismos de formación y reabsorción ósea en el hueso. (29) Además, el folículo en desarrollo origina el ligamento periodontal, una estructura fundamental en el proceso de erupción dentaria. (30)

De manera general, en el mecanismo de erupción se distinguen tres periodos:

#### **2.1.3.1. Fase pre-eruptiva**

Esta etapa ocurre antes del movimiento de erupción, es decir, se lleva a cabo dentro del hueso, donde el germen dental madura. Comienza desde la formación de la fase de campana (corona completa) y se extiende hasta el inicio del desarrollo radicular. (31)

#### **2.1.3.2. Fase eruptiva o pre-funcional**

Esta etapa comprende la formación completa de la raíz y concluye con la emergencia del diente en la cavidad oral antes de entrar en función, es decir, sin establecer contacto oclusal con su diente opuesto. (32) (33)

#### **2.1.3.3. Fase post-eruptiva o funcional**

La etapa final comienza cuando el diente se posiciona de forma estable en el plano de oclusión, es decir, hace contacto con su diente antagonista y continúa mientras los dientes permanecen en la cavidad oral. (33)

### **2.2. Terceros molares**

Se trata de un diente permanente que forma parte del grupo dentario posterior, cuya principal función es triturar los alimentos durante la masticación. (34) El desarrollo de los terceros molares comienza alrededor de los 8 años, completándose la etapa de amelogénesis entre los 18 y 20 años y culminando la formación radicular entre los 20 y 23 años. No obstante, se sabe que la erupción de los cordales inferiores generalmente ocurre al inicio de la etapa adulta, es decir, en un rango de edad entre los 18 y 25 años. (28) (35)

En condiciones normales, los terceros molares son los dientes que erupcionan después del segundo molar. Debido a esto, el espacio disponible para su erupción suele ser limitado, lo que a veces impide su completa erupción o hace que emerjan de forma parcial. Esta situación puede originar problemas mecánicos o físicos que resulten en retención, impactación o inclusión dental. (35) (36) Además, los terceros molares son piezas dentales que presenta con mayor frecuencia una notable variabilidad en su morfología oclusal y radicular, así como en la cronología de su erupción. (37)

### **2.2.1. Consideraciones embriológicas del tercer molar**

Embriológicamente los terceros molares se desarrollan a partir de un mismo cordón epitelial, que se desprende de la extensión distal del segundo molar temporal de la lámina dental, responsable de la formación de los órganos dentales de los molares permanentes. (38) (39) La formación y erupción de los cordales superiores e inferiores varía entre los individuos; sin embargo, investigaciones indican que el proceso de desarrollo es más rápido en las mujeres, debido a los factores hormonales y genéticos que marcan un ritmo distinto en la maduración dental entre géneros. (40)

### **2.2.2. Mineralización de los terceros molares**

El periodo de mineralización de la dentición permanente tiene una duración aproximada entre 9 y 10 años. Sin embargo, la calcificación del tercer molar mandibular inferior es un proceso que varía según la edad cronológica de la población, pero que embriológicamente se forma a partir de los 36 meses de vida extrauterina, comenzando su periodo de calcificación a partir de los 8 años. La etapa de mineralización de la corona finaliza entre los 15 y 16 años, mientras que la porción radicular termina aproximadamente a los 25 años. (41) (42)

### **2.2.3. Características morfológicas de los terceros molares inferiores**

Los terceros molares inferiores son las piezas dentales que presentan con mayor frecuencia variaciones anatómicas en comparación con otros dientes. (43) Su morfología coronal y radicular difiere significativamente en aspectos como el número, tamaño, forma y disposición. (44)

Stanley et al. (45) describen detalladamente las características del cordal mandibular

### **2.2.3.1. Cara vestibular**

La porción mesiodistal de la corona es más ancha que el cuello del diente, y sus cúspides vestibulares son pequeñas y redondeadas. Posee dos raíces, una mesial y otra distal, que son cortas y presentan un desarrollo menor en comparación con el primer y segundo molar permanente. Sin embargo, estas raíces pueden estar separadas o fusionadas de manera parcial o total.

### **2.2.3.2. Cara lingual**

Cuando el tercer molar mandibular está completamente desarrollado, su forma se asemeja notablemente a la del segundo molar permanente, aunque presenta diferencias en cuanto a su tamaño y el desarrollo de sus raíces.

### **2.2.3.3. Cara mesial**

Muestra una gran similitud con el segundo molar mandibular, salvo por su tamaño. Sus raíces son más cortas, con la raíz mesial más cónica y afilada que la distal, lo que le da un aspecto más puntiagudo y característico.

### **2.2.3.4. Cara distal**

La raíz distal es de menor tamaño que la mesial, tanto en longitud como en dimensión vestibulolingual. Esta diferencia en tamaño y forma hace que la raíz distal presente una estructura menos robusta.

### **2.2.3.5. Cara oclusal**

El desarrollo completo del cordal inferior le confiere un contorno bastante redondeado y una distancia vestibulolingual menor en comparación con la región distal. Esta característica le otorga una apariencia más compacta y distintiva.

## **2.3. Terceros molares incluidos**

Según Cosme Gay Escoda, un diente incluido es aquel que permanece parcial o totalmente dentro de su lecho óseo maxilar, rodeado por el saco pericoronario, debido a la falta de erupción completa en el período normal para la edad del individuo. (28) Los terceros molares retenidos constituyen una condición patológica en la que el diente no alcanza su posición funcional adecuada en la cavidad oral, generalmente por la falta de espacio suficiente para su erupción o la presencia de obstáculos físicos que causan su malposición. (46) (47)

Diversos estudios han indicado que la tasa de impactación de los terceros molares es elevada en comparación con otras piezas dentales. No obstante, se observa una mayor prevalencia de impactación en el maxilar inferior, con un rango que varía entre el 6.9% y el 76.6% en jóvenes y adultos. (48) (49) Los molares retenidos pueden permanecer completamente asintomáticos o estar asociados con diversas anomalías patológicas, como pericoronaritis, caries dental, lesiones óseas y tejidos blandos, tumores, quistes e incluso la rizólisis del diente adyacente. (50)

### **2.3.1. Etiología de los terceros molares incluidos**

La etiología de la retención del tercer molar aún no está bien definida. Sin embargo, en 2023, Mummolo S. y colaboradores publicaron un estudio en el que señalan que el desarrollo craneofacial desempeña un papel crucial en la retención de los terceros molares. Según el estudio, un crecimiento insuficiente de la longitud mandibular reduce el espacio disponible entre el segundo molar inferior y la rama mandibular, lo que impide la correcta erupción del tercer molar. (51)

Cosme Gay Escoda señala que las patologías provocadas por la retención del cordal inferior se deben a factores embriológicos y anatómicos. (28) Por otro lado, en 2016, Jaiswara C. et al. informaron que la impactación dentaria en la mandíbula está asociada con diversas causas tanto locales como sistémicas que dificultan la erupción y favorecen su malposición. (52)

Diversos estudios indican que la ausencia del germen dentario del tercer molar está asociada a factores evolutivos y biológicos. (53) Los cambios dietéticos y sociales a lo largo de la evolución humana han provocado adaptaciones, como una disminución en la longitud de los maxilares y una menor altura facial, lo que podría estar relacionado con una reducción en el número total de piezas dentales. (54)

En este contexto, Motta Sampaio TO y colaboradores definen la neotenia como un rasgo ontogénico de una especie que ralentiza su desarrollo, como ocurre en los seres humanos. (55) Los diferentes grupos étnicos presentan características faciales y morfológicas distintivas que los diferencian, lo que se produce variaciones en la morfología dental y el desarrollo esquelético. Así la ausencia de los terceros molares también se vincula con factores genéticos o hereditarios. (56) Además, varios investigadores consideran que la agenesia de estos dientes es ventajosa, ya que evita problemas como la impactación o la pericoronaritis. (53)

Según los trabajos de los tesisistas Copa R. (57) y Lagos M. (58), ambos coinciden en las siguientes causas etiológicas.

#### **2.3.1.1. Factores locales**

1. Incremento de la densidad ósea.
2. Falta de reabsorción radicular o retención del diente deciduo.
3. Mecanismo de erupción anormal.
4. Patologías y traumas asociados al cordal.
5. Maxilares atrésicos y anormales en su tamaño y forma.
6. Cambios en la posición y presión del diente adyacente.

#### **2.3.1.2. Factores sistémicos**

1. Deficiencias hormonales.
2. Radiaciones.
3. Amelogénesis imperfecta de la pieza dental.
4. Disostosis cleidocraneal.

#### **2.3.1.3. Factores genéticos**

1. Defectos alveolares.
2. Malposición del órgano dental.

### **2.4. Clasificación de los terceros molares**

Existen múltiples clasificaciones que ayudan a determinar la localización precisa del tercer molar. Sin embargo, durante la práctica clínica las más utilizadas son la clasificación de Winter, establecida en 1926 y la clasificación de Pell y Gregory, introducida en 1933. Ambas son fundamentales, porque permiten categorizar a los terceros molares retenidos y evalúan la profundidad, posición y grado de inclinación del diente dentro del hueso mandibular. (59)

#### **2.4.1. Clasificación de Pell y Gregory**

La clasificación de Pell & Gregory mide el nivel de inclusión y orientación de los cordales, tomando en consideración la relación mesio-ocluso-distal del segundo molar mandibular y la discrepancia existente con la rama ascendente de la mandíbula. El objetivo principal, es determinar el grado de complejidad al realizar la extracción quirúrgica. (60)

##### **2.4.1.1. Relación del tercer molar con la rama mandibular y el segundo molar**

**Clase I:** Presenta suficiente espacio entre el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar y la superficie distal del segundo molar, así como con el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. (48)

**Clase II:** El espacio existente entre la rama ascendente de la mandíbula y la superficie distal del segundo molar es menor en todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. (48)

**Clase III:** No hay espacio disponible entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula, es decir, todos o casi todos los cordales inferiores se encuentran en el interior de la rama mandibular. (50)

#### **2.4.1.2. Profundidad relativa del tercer molar incluido en el hueso**

**Posición A:** La superficie oclusal más alta del tercer molar incluido, está sobre el plano oclusal del segundo molar (48)

**Posición B:** La superficie oclusal más elevada del tercer molar retenido, está por debajo del plano oclusal y encima de la línea cervical del segundo molar. (48)

**Posición C:** La superficie oclusal más alta del cordal inferior impactado, está al nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar. (50)

#### **2.4.2. Clasificación de Winter**

La clasificación de Winter permite evaluar el grado de impactación del tercer molar, en función del ángulo formado entre el eje longitudinal del segundo molar y el tercer molar mandibular. (61) (62)

Presenta seis clases diferentes, siendo:

- **Impactación vertical:** La angulación del tercer molar va de  $0^\circ$  a  $10^\circ$
- **Impactación mesio-angular:** La angulación del tercer molar va de  $11^\circ$  a  $79^\circ$
- **Impactación horizontal:** La angulación del tercer molar va de  $80^\circ$  a  $100^\circ$
- **Impactación disto-angular:** La angulación del tercer molar va de  $-11^\circ$  a  $111^\circ$
- **Impactación buco-lingual:** Cada órgano dentario, está en una posición bucal o lingual
- **Otros:** La angulación del tercer molar va de  $111^\circ$  a  $-80^\circ$ , incluyendo las diferentes posiciones mesio-invertidas; disto-invertidas y dientes disto-horizontales. (63) (64)

## **2.5. Pericoronaritis**

Las alteraciones eruptivas de los cordales se reconocen desde tiempos muy antiguos. En 1580, Hemard, en su obra "*La verdadera anatomía dental*" ya señalaba las complicaciones inflamatorias tanto de la mucosa como del tejido óseo vinculadas a la erupción de las muelas del juicio. Durante el siglo XIX, la discrepancia de espacio en el arco dentario fue un problema frecuente, resultando en la retención dental e infecciones pericoronarias. No fue sino hasta el siglo XX que se identificó y definió con precisión el cuadro clínico de la pericoronaritis, permitiendo establecer criterios claros para su diagnóstico y manejo. (39)

La pericoronaritis es una entidad patológica inflamatoria que afecta los tejidos blandos que rodean la corona de la pieza dentaria parcialmente erupcionada o erupcionada, provocando odontalgia, malestar general y en algunos casos exudado purulento. (65) El brote coronario del cordal permite la perforación del tejido pericoronario creando un espacio entre la corona del diente parcialmente erupcionado y este tejido, lo que facilita el almacenamiento y multiplicación de microorganismos que desarrollan alteraciones pericoronarias (66). No obstante, es importante tratar estas infecciones, ya que pueden causar complicaciones severas a los tejidos blandos. (67)

Cosme Gay Escoda asegura que toda pieza dental puede sufrir esta patología, sin embargo, recalca que existe una elevada prevalencia de aparición en los cordales mandibulares. Esto se debe a la posición y la dificultad que presentan estos molares durante su erupción. (28) No obstante, en 2023 Shirzadeh A. et al. indicaron en su estudio que la pericoronaritis está estrechamente relacionada con la impactación de las muelas del juicio y puede afectar considerablemente la calidad de vida de una persona. (65)

### **2.5.1. Etiología de la pericoronaritis**

La pericoronaritis se asocia a las complicaciones de erupción del tercer molar, afecta ambos sexos y su frecuencia es cada vez mayor. (68) Aunque puede presentarse a cualquier edad, es más frecuente durante la segunda y tercera década de vida, alcanzando su mayor incidencia entre los 20 y 25 años, lo que la convierte en un problema significativo en los adultos jóvenes. (69)

Esta infección se origina por el almacenamiento de restos de comida que quedan atrapados debajo del saco pericoronario, mismo que recubre y rodea al diente impactado. Esta zona es

difícil de limpiar, creando un ambiente húmedo y óptimo para el desarrollo y proliferación de microorganismos anaerobios. (9)

La severidad de la pericoronaritis está influenciada por diversos factores, incluyendo las fuerzas mecánicas de la masticación, condiciones sistémicas e infecciosas y el grado de impactación del tercer molar. Varios autores coinciden en que las posiciones de impactación vertical, mesioangular y la Clase II, posición B según la clasificación de Pell y Gregory, favorecen la aparición de la pericoronaritis. (69) (68)

De acuerdo con la tesis de Dután Rodríguez, AC, en su estudio detalla el origen de la pericoronaritis. (39)

#### **2.5.1.1. Origen infeccioso**

Se origina debido a agentes infecciosos que circulan en el torrente sanguíneo o que se encuentran en la cavidad bucal. Asimismo, esta afección puede estar asociada a cambios vasoactivos y vasomotores provocados por el desarrollo del germen dental. (39)

#### **2.5.1.2. Origen mecánico**

El tercer molar inferior o cualquier diente impactado, presenta una cubierta de tejido fibroso en su área coronaria. Durante la masticación, el diente opuesto puede causar traumatismos en este tejido fibromucoso, lo que desencadena un proceso inflamatorio que puede llevar a la infección. (39)

#### **2.5.2. Microbiota de la cavidad oral y de la pericoronaritis**

Gómez García, AP y colaboradores afirman en su artículo que la cavidad oral se considera el segundo microbioma bacteriana más numeroso después del tracto gastrointestinal. (70) Por otra parte, Robles Raya, P et al. señalan que la cavidad bucal contiene una microbiota de tipo mixta, compuesta por más de 50.000 millones de microorganismos pertenecientes a más de 200 especies principales, de las cuales el 53% no tiene un nombre establecido y el 35% de algunas bacterias no han podido ser cultivadas. Es importante recalcar que además de encontrar bacterias, también albergan virus, parásitos y hongos. (71)

Los microorganismos más representativos en la cavidad oral incluyen Actinobacterias, Bacteroidetes, Firmicutes, Fusobacterias, Proteobacterias, Spirochaetes, Sinergistetes y Streptococcus. (70) Estas comunidades bacterianas mantienen una simbiosis con el huésped, lo que significa que su carga microbiana en la cavidad bucal es baja y por lo tanto, no

representan un riesgo. Sin embargo, una disbiosis de este ecosistema bacteriano, ocasionada por condiciones fisiológicas o locales del individuo, puede aumentar la carga bacteriana y dar lugar a la aparición de enfermedades. (71) (72)

La microbiota bacteriana presente en el cordal inferior impactado difiere significativamente de la flora bacteriana habitual de la cavidad oral, ya que contiene una elevada cantidad de agentes patógenos invasivos. Esta diferencia se debe a las condiciones particulares de un diente impactado, donde el entorno cerrado y el difícil acceso a la limpieza del área favorece la proliferación de microorganismos más agresivos. (73)

La pericoronaritis es una infección de origen polimicrobiano, en la que aproximadamente el 80% de los microorganismos presentes son anaerobios estrictos, mientras que el 20% restante está compuesto por organismos aerobios y anaerobios facultativos. Las bacterias predominantes que albergan en esta infección son los *Streptococcus* alfa hemolítica, *Propionibacterium* y *Actinomyces*. También se encuentran bacterias productoras de beta-lactamasas, como *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Staphylococcus* y *Capnocytophaga*, las cuales son responsables del fracaso de la antibioticoterapia (72) (73)

### **2.5.3. Características clínicas e histológicas de la pericoronaritis**

El problema de la pericoronaritis va más allá del dolor, ya que afecta negativamente la calidad y productividad de vida del individuo. (68) Las manifestaciones clínicas varían según el tipo de pericoronaritis, aunque, los síntomas comunes incluyen: sensibilidad, dolor intenso que se extiende a zonas circundantes, inflamación, trismo, disfagia, malestar general, fiebre, linfadenopatías, halitosis, pérdida de apetito y supuración del saco pericoronario. En casos graves, puede desencadenar complicaciones potencialmente mortales, como la angina de Ludwig, obstrucción de las vías respiratorias y sepsis. (74) (5)

Desde el punto de vista histológico, se observa un tejido epitelial de revestimiento hiperplásico, acompañado de edema intercelular y la presencia de leucocitos. Por otro lado, el tejido conectivo subyacente al epitelio muestra un aumento de la vascularización, junto con la infiltración de linfocitos y células plasmáticas. Esta respuesta inflamatoria es parte del mecanismo de defensa del organismo ante la infección y la irritación crónica, lo que contribuye al engrosamiento y la reactividad del tejido. (15)

La inflamación en la zona afectada varía según el tipo de inflamación que presente el paciente. En casos de inflamación aguda, se observa una abundante presencia de neutrófilos, mientras que, en la inflamación crónica, predominan las células mononucleares, incluidos linfocitos, células plasmáticas y macrófagos. Además, se puede apreciar una reducción espontánea del epitelio que recubre el esmalte, como resultado del proceso inflamatorio, que puede provocar ulceraciones o la formación de tejidos hiperplásicos. (73)

#### **2.5.4. Clasificación de la pericoronaritis**

Según el nivel de severidad, esta patología infecciosa puede manifestarse en los pacientes de tres formas distintas: pericoronaritis aguda serosa, pericoronaritis aguda supurada y pericoronaritis crónica.

##### **2.5.4.1. Pericoronaritis aguda serosa**

Se caracteriza por la aparición repentina de síntomas graves en la zona retromolar afectada, acompañados de un dolor intenso y molestias al masticar, que pueden extenderse hacia áreas adyacentes como la faringe o la rama ascendente de la mandíbula. Además, se observa una mucosa eritematosa y edematosa que recubre parte del área coronaria. (28)

Durante la palpación y la presión del saco pericoronario, es posible observar la salida de un exudado seroso o sangre. Además, en el examen físico se pueden detectar adenopatías en la cadena ganglionar submandibular, localizadas debajo del ángulo de la mandíbula del tercer molar. La evolución de esta condición es variable, aunque el dolor puede desaparecer, pueden surgir otros signos locales. Sin embargo, si no se trata a tiempo, esto puede llevar al desarrollo de una pericoronaritis aguda supurada. (73)

##### **2.5.4.2. Pericoronaritis aguda supurada**

Se caracteriza por la presencia clínica de inflamación que incluye dolor, enrojecimiento, calor y tumefacción. También se experimenta un dolor intenso y pulsátil en el área afectada, que se agrava durante la masticación y puede irradiarse a otras zonas faciales, como las amígdalas y la región del oído. Además, presenta otros signos como trismo, disfagia, dificultad masticatoria, secreción de la zona retromolar y una mucosa eritematosa que se extiende hacia la faringe y el paladar blando. (28)

Se trata de una infección más agresiva que la anterior, durante la palpación y presión sobre el tejido que recubre el diente impactado, se observa la presencia de dolor y un exudado

purulento de la zona afectada. En los casos más severos, también se pueden manifestar adenopatías de la cadena ganglionar submandibular, así como fiebre y aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, incluso pueden surgir complicaciones óseas. Esta infección puede empeorar si se extiende a los espacios aponeuróticos, lo que provocaría infecciones profundas. (73)

#### **2.5.4.3. Pericoronaritis crónica**

Se caracteriza por la presencia de síntomas leves y de corta duración, tales como: molestias locales, trismo leve y temporal, halitosis, adenopatías o abscesos periamigdalinos, supuración del saco pericoronario y faringitis. El tejido que rodea al diente presenta una mucosa eritematosa y edematosa que es sensible a la palpación (74) (73) No obstante, es fundamental establecer un diagnóstico a través de, estudios clínicos y radiológicos, con el objetivo de determinar la evolución de esta anomalía. (28)

#### **2.5.5. Diagnóstico de la pericoronaritis**

Para asegurar una correcta evaluación de la pericoronaritis, es fundamental llevar a cabo un examen clínico intraoral y extraoral, así como identificar los signos y síntomas asociados con la enfermedad. Además, es necesario realizar exámenes complementarios como radiografías panorámicas y periapicales, con el objetivo de facilitar la detección temprana y permitir una terapia eficiente, donde se pueda incluir tratamientos conservadores o, en casos más severos, intervenciones quirúrgicas. (4) (75)

#### **2.5.6. Enfoque terapéutico de la pericoronaritis**

Es fundamental que el odontólogo seleccione con precisión el enfoque terapéutico más adecuado, considerando la gravedad de la inflamación, las posibles complicaciones sistémicas y la viabilidad de conservar la pieza dental afectada. Las alternativas de tratamiento para la pericoronaritis incluyen métodos conservadores o no quirúrgicos, así como procedimientos quirúrgicos o invasivos.

##### **2.5.6.1. Tratamiento no quirúrgico**

El reconocimiento y la intervención temprana de los signos y síntomas de la pericoronaritis son esenciales para el manejo exitoso de la enfermedad. (4) Actualmente, se dispone de varias estrategias terapéuticas que incluyen el desbridamiento local y la promoción de una correcta higiene oral, además de la administración de antiinflamatorios y antibiótico para prevenir posibles complicaciones y la diseminación de la infección. Estas medidas tienen

como objetivo principal optimizar el pronóstico del paciente y mejorar su calidad de vida (4) (76)

#### **2.5.6.1.1. Higiene oral**

La falta de una adecuada higiene bucal es el principal factor de riesgo para las enfermedades dentales. Sin embargo, es posible controlar la acumulación de placa bacteriana a través de métodos mecánicos, como el cepillado dental, y métodos químicos, como el uso de enjuagues bucales. Estos dos enfoques se complementan, optimizando la limpieza y permitiendo reducir el biofilm en hasta un 70%. (71)

Sandoval Paracuto, RR y colabores indican en su estudio que la fase inicial del tratamiento de la pericoronaritis se centra en la eliminación del crecimiento bacteriano y el control del dolor. En esta etapa, es importante una colaboración multidisciplinaria entre el profesional y el paciente, ya que durante la consulta se realiza la limpieza de la zona afectada con solución salina estéril o clorhexidina al 0,12% durante dos minutos. Posteriormente, se instruye al paciente sobre cómo mantener una adecuada higiene bucal para prevenir una evolución más severa de la afección. (77)

Según la tesista Fuentes López, CA y Lisboa Gutiérrez, MA señalan que los colutorios que contienen clorhexidina son uno de los antisépticos más utilizados en el tratamiento periodontal, ya que han demostrado su efectividad en la reducción de la placa bacteriana. Por esta razón, se utilizan como apoyo en el tratamiento de la pericoronaritis, aprovechando sus propiedades antibacterianas y antisépticas para mejorar las áreas afectadas y reducir la inflamación. (78) Así también destacan que el uso de colutorios a base de aceites específicos, como la caléndula y propóleo representan una terapia alterna. (79)

#### **2.5.6.1.2. Terapia periodontal**

El abordaje periodontal permite eliminar y controlar la infección de la patología, por medio del desbridamiento, el drenaje y el raspado y alisado de la raíz. Estas técnicas forman parte de una terapia integral, complementando con un cuidado meticuloso de la higiene oral para evitar la reaparición de la infección. (80)

#### **2.5.6.1.3. Terapia farmacológica**

La antibioterapia es fundamental en el tratamiento de la pericoronaritis, pero su uso debe ser limitado y reservado para situaciones donde la infección se ha diseminado hacia los espacios

cervicales o cuando existe un compromiso sistémico que ponga en riesgo la vida del paciente. (77) La elección del antimicrobiano deberá restablecer el equilibrio ecológico de la cavidad bucal, ya que una elección inadecuada puede favorecer al desarrollo de cepas resistentes y disminuir la efectividad del tratamiento. Por esta razón, es crucial seguir los principios de una antibioterapia apropiada. (71)

En su investigación, Reis Melo detalla los medicamentos más utilizados en el manejo de la pericoronaritis. (81)

La amoxicilina es una aminopenicilina de primera línea, que pertenece al grupo de los betalactámicos, su mecanismo de acción es inhibir la síntesis de la pared celular de la bacteria. Este fármaco es particularmente eficaz contra microorganismos aerobios/anaerobios y para tratar bacterias productoras de betalactamasas, se combina con inhibidores enzimáticos como el sulbactam o el ácido clavulánico. En casos de alergia a las penicilinas, los macrólidos se presentan como una alternativa viable, ya que actúan impidiendo la síntesis de proteínas bacterianas; entre ellos destacan la eritromicina y la claritromicina. (81)

El metronidazol se considera un fármaco de segunda opción debido a su alta efectividad contra bacterias anaerobias estrictas y facultativas, así como parásitos; sin embargo, no tiene actividad frente a microorganismos aerobios. Por este motivo, diversos expertos sugieren que, en casos de infecciones polimicrobianas como la pericoronaritis, se combine con otro medicamento que pueda eliminar las bacterias aerobias. (81)

Además, el manejo del dolor debe ser un componente esencial del tratamiento de la pericoronaritis, mediante la administración de AINEs, que ofrecen propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas, como el diclofenaco y el ibuprofeno. Estos medicamentos deben emplearse por un periodo de tres días debido a sus posibles efectos secundarios. Los analgésicos no opioides son útiles para tratar dolores de intensidad leve a moderada, mientras que los analgésicos opioides se reservan para el manejo de dolores de intensidad moderada a severa. (81)

#### **2.5.6.1.4. Otros métodos**

El ozono surge como una medida alterna en el manejo de la pericoronaritis, este elemento fue descubierto en 1840 por Christian Frederick Schonbein, ha sido objeto de investigación

en Cuba desde 1983 para explorar sus aplicaciones clínicas, debido a sus propiedades antiinflamatorias, antimicrobianas, analgésica, desintoxicante e inmunoestimulante. (82) (83) La investigadora Sánchez B, señala que el “Oleozon” ha mostrado eficacia en esta patología y recomienda aplicar esta solución con una torunda de algodón estéril en la zona pericoronaria, repitiendo el procedimiento cuatro veces al día durante tres días. (84)

El uso del láser en odontología ha evolucionado desde los primeros años del siglo XX. Las investigaciones llevadas a cabo entre 1969 y 1973 documentaron las aplicaciones iniciales de láser de baja potencia con fines terapéuticos, centradas en la regeneración de tejidos, la estimulación celular, el alivio del dolor y la aceleración del proceso de cicatrización. En casos de pericoronitis, la terapia fotodinámica ha demostrado ser efectiva al proporcionar efectos analgésicos y antiinflamatorios. Sin embargo, se sugiere acompañar este tratamiento con una adecuada higiene oral para maximizar sus beneficios. (85) (86)

#### **2.5.6.2. Tratamiento quirúrgico**

El abordaje quirúrgico para la pericoronaritis se centra en la eliminación del capuchón pericoronario, que es el tejido blando inflamado e infectado que cubre parcialmente el tercer molar. Este procedimiento, conocido como operculectomía, se realiza utilizando técnicas como láser, electrocauterio o bisturí convencional, dependiendo de las características del tejido. Es importante señalar que esta intervención está indicada principalmente en pacientes cuyo tercer molar ha erupcionado de manera vertical y cuenta con suficiente espacio en el arco dental, lo que facilita el acceso y minimiza el riesgo de complicaciones. (5)

Por otra parte, la extracción del diente afectado es el tratamiento definitivo para la pericoronaritis cuando la erupción no es favorable, eliminando así la patología. (75) Sin embargo, durante una infección aguda, se recomienda la profilaxis antibiótica antes de cualquier intervención dental que pueda causar bacteriemia, debido a la alta carga microbiana de la cavidad oral. (28) Según Ahmadi H., esta profilaxis se indica especialmente en pacientes con inmunosupresión, endocarditis, enfermedades valvulares o prótesis cardíacas, cuyo objetivo principal es reducir el riesgo de infecciones secundarias. (87)

## **CAPÍTULO III. METODOLOGIA.**

### **3.1. Tipo de Investigación.**

El presente estudio se enmarca en una metodología de revisión bibliográfica. Según Ocaña Fernández Y & Fuster Guillén D, la revisión de la literatura científica ofrece a estudiantes universitarios y profesionales una valiosa alternativa metodológica para el desarrollo de trabajos de investigación. Este enfoque permite realizar un análisis exhaustivo de estudios previos relacionados con el problema investigado, facilitando una comprensión integral del tema. La información recopilada es altamente confiable, ya que proviene de bases de datos científicas reconocidas a nivel internacional, como Scopus, Web of Science, PubMed entre otras. (88)

### **3.2. Diseño de Investigación**

La presente revisión se enmarca en un diseño no experimental, de corte transversal y con un enfoque descriptivo. De acuerdo con Fernández Collado C. et al., en las investigaciones no experimentales no se manipulan de forma deliberada las variables de estudio; en su lugar, se observa y analiza el fenómeno tal como ocurre en su contexto natural. No obstante, el diseño transversal implica que la recolección de datos se realice en un período específico y limitado de tiempo sobre el problema de estudio. Finalmente, el alcance descriptivo tiene como principal objetivo explorar y detallar las características de las variables analizadas, proporcionando una visión detallada y estructurada de los datos. (89)

### **3.3. Metodología PRISMA**

La presente revisión sistemática fue desarrollada siguiendo la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), un enfoque que facilita la recopilación, el análisis y la síntesis integral del conocimiento en un campo específico. Además, este método permite identificar y establecer prioridades para investigaciones futuras. Gracias a su precisión, PRISMA se ha consolidado como un estándar esencial en la investigación científica, especialmente en áreas donde el análisis crítico de la literatura es clave para respaldar decisiones fundamentadas en evidencia. (88)

### **3.4. Formulación de la pregunta PICO**

Para llevar a cabo esta investigación, se formuló la pregunta PICO (Patient, Intervention, Comparison y Outcomes). En este contexto, con el objetivo de poder analizar el enfoque

terapéutico de la pericoronaritis asociada a terceros molares inferiores, se definió la estructura PICO de la siguiente manera (Tabla 1):

**Tabla 1. Estructura PICO**

<b>P (Patient)</b>	Pacientes con pericoronitis asociada a terceros molares inferiores.
<b>I (Intervention)</b>	Tratamiento quirúrgico o intervención terapéutica
<b>C (Comparison)</b>	Tratamiento alternativo o conservador (uso de colutorios o antibióticos)
<b>O (Outcomes)</b>	Resolución de los síntomas, prevención de complicaciones y mejora de la calidad de vida del paciente.

*Elaborado por: Carlos Ocaña*

Siendo la pregunta PICO “¿Cuál es la efectividad del tratamiento quirúrgico, como la extracción del tercer molar inferior, en comparación con el manejo conservador (incluyendo colutorios y antibióticos) para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida en pacientes que presentan pericoronaritis?”. Esta pregunta PICO orientó la revisión de la literatura hacia investigaciones que analizan y comparan la eficacia del tratamiento quirúrgico frente a otras opciones terapéuticas, con el propósito de obtener una perspectiva clara sobre su efectividad y sus implicaciones clínicas.

**a. Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es la posición de los terceros molares inferiores que se asocia al desarrollo de pericoronaritis?
- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más comunes que presenta la pericoronaritis?
- ¿Cuáles son las terapias más efectivas para abordar el tratamiento de la pericoronaritis?

**3.5. Fuentes de información y estrategia de búsqueda**

La recolección informativa, engloba bases científicas de alto impacto como Scopus, Pubmed and Cochrane, así como plataformas de menor impacto siendo Google Scholar. Además, para la búsqueda de la información se implicó términos en inglés, al igual que la aplicación de los términos booleanos AND - OR mismos que permiten optimizar la búsqueda.

Los términos clave y las estrategias de búsqueda empleadas en este estudio utilizó las combinaciones de booleanos con términos MeSH/DeCS que se presentan en la (Tabla 2).

**Tabla 2. Sintaxis de búsqueda**

Base de datos	Cadena de Búsqueda
PubMed	<p> <i>("Pericoronitis/classification"[Mesh] OR                      "Pericoronitis/complications"[Mesh] OR                      "Pericoronitis/diagnosis"[Mesh] OR "Pericoronitis/drug                      therapy"[Mesh] OR "Pericoronitis/embryology"[Mesh] OR                      "Pericoronitis/etiology"[Mesh] OR "Pericoronitis/history"[Mesh]                      OR "Pericoronitis/microbiology"[Mesh] OR                      "Pericoronitis/prevention and control"[Mesh] OR                      "Pericoronitis/surgery"[Mesh] OR "Pericoronitis/therapy"[Mesh])</i> </p>
Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>("pericoronitis") AND (Surgery)</i></li> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (Third Molar) OR (Tercer Molar) OR (Muela del Juicio) AND ("antibacterianos")</i></li> </ul>
Scopus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (Antibiotics)</i></li> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (third molar)</i></li> </ul>
Google Scholar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (Treatment)</i></li> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (Operculectomy)</i></li> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (Antibiotics)</i></li> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (Third molar)</i></li> <li>• <i>(Pericoronitis) AND (Oral Hygiene)</i></li> </ul>

**Elaborado por:** Carlos Ocaña

### 3.6. Establecimiento de criterios de selección

**Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión**

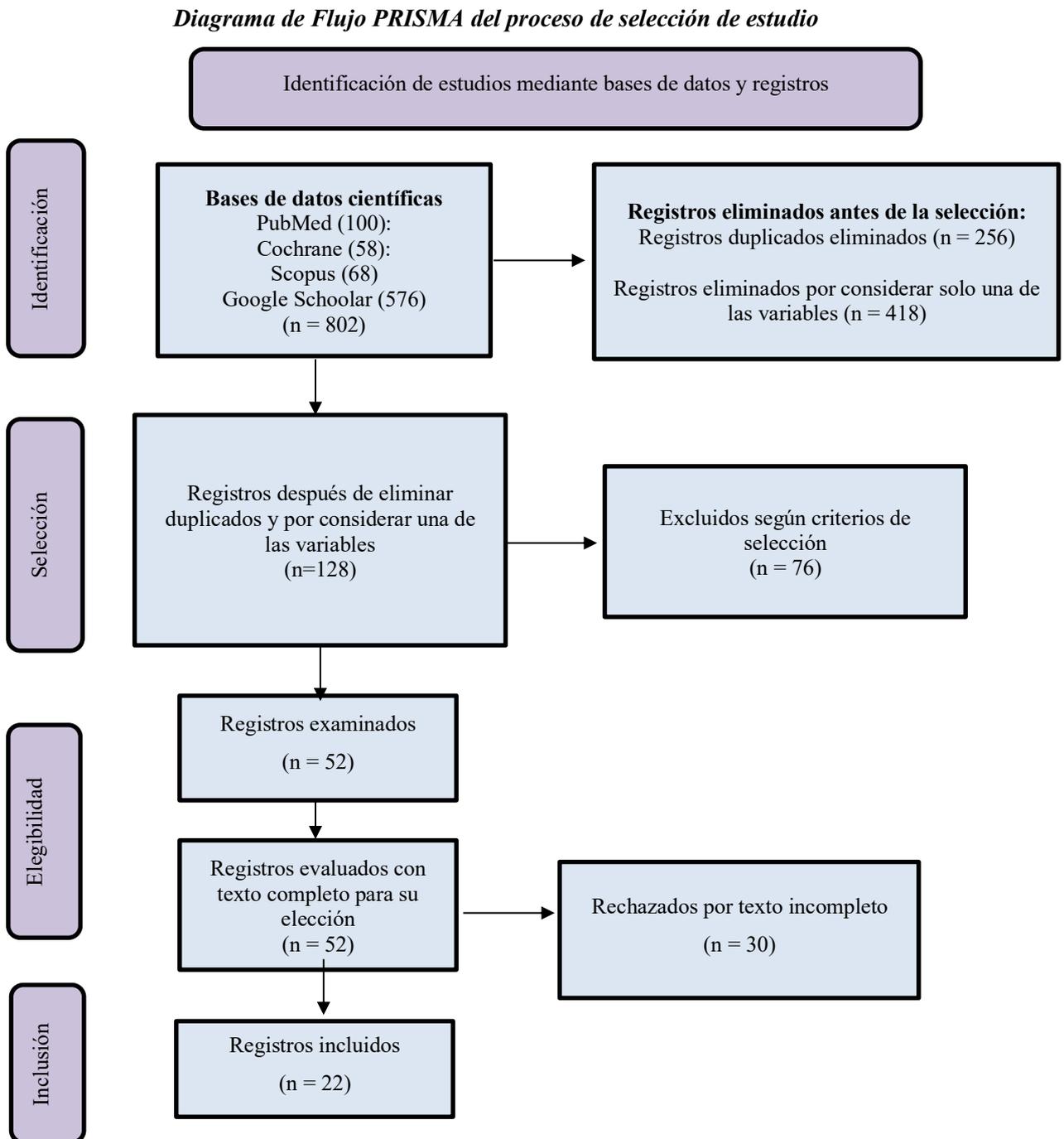
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se incluyen todos los estudios cuyo tiempo de publicación sean los últimos 10 años (2014-2024)</li> <li>• Se incluyen estudios en inglés, español y portugués</li> <li>• Se incluyen artículos de revista, estudios clínicos, estudios experimentales y revisiones sistemáticas</li> <li>• Se incluyen estudios cuya disponibilidad sea gratuita y completa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se excluyen estudios que no se encuentren en el tiempo límite determinado</li> <li>• Se excluyen estudios cuyos idiomas no estén en español, inglés o portugués</li> <li>• Se excluyen estudios que no pertenezcan a revistas, estudios clínicos, experimentales y revisiones sistemáticas</li> <li>• Se excluyen estudios cuya disponibilidad es de paga y de texto incompleto</li> </ul>

**Elaborado por:** Carlos Ocaña

### 3.7. Flujograma PRISMA

Se utilizó el flujograma PRISMA, el cual proporciona pautas claras para la identificación, selección, evaluación y síntesis de la literatura relevante (Figura 1).

**Figura 1**



*Elaborado por: Carlos Ocaña*

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Resultados

*Tabla 4. Posición de los terceros molares y el desarrollo de pericoronaritis*

Autor(es)	Título	Muestra	Metodología	Resultados	Base de Datos	Año	País
Zhou-Xi Ye, Wen-Hao Qian, Yu-Bo Wu and Chi Yang	Pathologies associated with the mandibular third molar impaction	262 pacientes fueron participes en el estudio, representando 432 dientes. De los cuales, 129 eran mujeres (216 dientes) y 133 hombres (216 dientes), con edades comprendidas entre los 18 y los 63 años. (90)	Estudio retrospectivo.	<p>El 91,67% de todos los molares estaban impactados en tejidos blandos, mientras que el 8,33% presentaban inclusión ósea. Según la clasificación de Pell y Gregory, el 72,22% se encontraba en la posición A, el 20,83% en posición B y el 6,94% en posición C. Mientras que, la clasificación de Winter determina que el 55,56% de los molares presentaban una impactación vertical, el 24,54% una impactación mesioangular y el 19,91% una impactación horizontal</p> <p>En cuanto a las patologías asociadas, el 82,41% de los dientes presentaron pericoronitis, el 18,75% provocaron caries distales en los segundos molares adyacentes y el 14,81% mostraron enfermedades periodontales distales de los M2M. En conclusión, los terceros molares en posición vertical fueron los que mostraron una mayor predisposición a desarrollar pericoronitis, lo que permitió determinar que esta condición fue la patología más frecuente. (90)</p>	PubMed	2021	China

<p>Preeti Singh, Priyanka Nath, Sukhvinder Bindra, Sadam Srinivasa Rao, and K.V Ramana Reddy</p>	<p>The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis: A prospective study.</p>	<p>Se evaluaron 120 pacientes (79 mujeres y 41 hombres), en los que se estudiaron 204 molares mandibulares parcialmente impactados. La edad promedio de los pacientes fue de 36,5 años, con un rango de 18 a 55 años. (91)</p>	<p>Estudio experimental</p>	<p>La pericoronitis en relación con el tercer molar mandibular impactado se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad entre 26 y 35 años, alcanzando un 64,2%, seguido por el grupo de 18 a 25 años. Además, se observó que las mujeres (62,7%) tenían una mayor prevalencia de pericoronitis en comparación con los pacientes masculinos (37,3%). De los 204 terceros molares mandibulares impactados analizados, la mayor incidencia de pericoronitis se dio en las impactaciones distoangulares, con un 49,5%, mientras que las impactaciones horizontales mostraron una menor asociación con la enfermedad. Según la clasificación de Pell y Gregory, la pericoronitis se presenta con mayor frecuencia en las impactaciones de terceros molares mandibulares de Clase II. (91)</p>	<p>PubMed</p>	<p>2018</p>	<p>India</p>
<p>Galvão EL, da Silveira EM, de Oliveira ES, da Cruz TMM, Flecha OD, Falci SGM, Gonçalves PF.</p>	<p>Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic</p>	<p>La revisión incluyó 21 artículos que abarcaron un total de 6,895 pacientes, de los cuales 1,913 presentaban terceros molares mandibulares afectados por pericoronitis. De estos estudios, diez</p>	<p>Revisión original</p>	<p>Los cordales que presentan posición vertical muestran elevada prevalencia de aparición de pericoronitis. Mientras que en la clasificación de Pell and Gregory la posición A tiende a desarrollar esta alteración, en comparación con los cordales que se encuentran en una orientación B. (68)</p>	<p>PubMed</p>	<p>2019</p>	<p>Brasil</p>

	review and meta-analysis	fueron incorporados en el metaanálisis. (68)					
Singh R, Devanna R, Tenglikar P, Gautam A, Anubhuti, Kumari P.	Evaluation of mandibular third molar position as a risk factor for pericoronitis: A CBCT study.	145 pacientes, de ambos géneros, presentaban erupciones parciales del tercer molar. (92)	Estudio experimental	La mayor incidencia de pericoronitis se registró en el grupo de 18 a 28 años, con 45 casos en mujeres y 35 en hombres. Seguido por el grupo de 28 a 38 años, con un total de 47 casos, y el de 38 a 48 años, con 28 casos en conjunto. En cuanto al tipo de impactación, la más frecuente fue la mesioangular, detectada en 48 mujeres y 42 hombres. Le siguieron la impactación vertical, observada en 22 mujeres y 18 hombres; la distoangular, presente en 8 mujeres y 10 hombres; y, por último, la horizontal, identificada en 2 mujeres y 5 hombres. (92)	PubMed	2020	India
Santos JF, Santos LCR, da Silveira EM, Magesty RA, Flecha OD, Falci SGM, Gonçalves PF, Galvão EL.	Does the third molar position influence periodontal status and overall condition of patients with acute pericoronitis? A cross-	Se analizó un total de 54 pacientes, compuestos por 13 hombres y 41 mujeres. Se realizó un análisis de las radiografías, complementado con la revisión del diario clínico. (93)	Análisis Transversal	La pericoronitis se presentó en 33 casos (52,4%) de terceros molares inferiores derechos y en 30 casos (47,6%) de terceros molares inferiores izquierdos. Según la clasificación de Pell y Gregory, la posición más frecuente fue la IIB (35,2%), seguida por la IIA (27,8%) y la IA (25,9%). (93)	PubMed	2020	Brasil

	sectional study.						
Tsvetanov T.	Association of the Mandibular Third Molar Position to the Pericoronitis	1050 pacientes fueron objeto de estudio, con una edad promedio de 25 años, de los cuales 104 fueron seleccionados para el estudio al presentar signos de pericoronitis en el tercer molar mandibular. (94)	Estudio experimental	Según la clasificación de Winter, el 36,04 % de los terceros molares inferiores presentaban una orientación mesioangular, seguidos por una orientación vertical (25,47 %), horizontal (18,97 %), distoangular (9,21 %), bucal (5,42 %) y lingual (3,79 %). No obstante, en la clasificación de Pell and Gregory, demostró que la mayor prevalencia de impactación dio a conocer las posiciones A o B en combinación con la Clase II. (94)	Scopus	2018	Bulgaria
Motelica G.	Risk assessment of pericoronitis in correlation with the position of the inferior third molar	Se analizaron 120 pacientes, de los cuales 66 eran mujeres y 54 hombres, con edades comprendidas entre los 17 y 46 años. A todos se les realizó una exploración radiográfica, tanto tomográfica como panorámica, con el objetivo de analizar la posición del tercer molar y determinar su riesgo de	Estudio experimental	Los casos de pericoronitis analizados en función de la edad del grupo de estudio revelaron que el rango de 21 a 25 años registró la mayor incidencia, representando el 53% (53 pacientes). Seguido por el rango de 26 a 30 años con un 30% (30 pacientes) y, finalmente, el grupo de 31 a 35 años, que constituyó el 15% (15 pacientes). Por otro lado, los hallazgos indicaron que, según la clasificación de Winter, el 76.7% (92 pacientes) presentaron pericoronitis con el tercer molar en posición vertical, seguido de un 20% (24 pacientes) en posición mesioangular y un 3.3% (4 pacientes) en posición distoangular. Asimismo, de acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, se observó que la Clase I, represento un 60.8% (73	Scopus	2022	Rumania

		desarrollar pericoronitis. (95)		casos), seguida de la Clase II con un 35% (42 casos) y la Clase III con 4.2% (5 casos). En relación a la profundidad, se determinó que la posición A fue la más prevalente, representando el 76.7% (92 casos), seguida por la posición B con un 20% (24 casos) y la posición C con un 3.3% (4 casos). (95)			
Adesina OA, Castano BO, Olusoji JO, Adenuga TO, Opaleye TO, Salami AY.	Pattern of Presentation and Socioeconomic Distribution of Patients Presenting With Impacted Third Molar at Lagos State University Teaching Hospital Nigeria	332 pacientes, conformado por 129 hombres y 208 mujeres, cumplieron con los criterios de inclusión establecidos durante el periodo de estudio de dos años. (96)	Estudio Prospectivo	Referente a la clasificación de Winter, la posición mesioangular, representó el 49.9% de los casos. Seguido de la posición vertical con un 25.2%, la posición horizontal con un 14.8% y, finalmente, la posición distoangular, con el 9.5% de los casos. En cuenato, con la patología más asociada fue la pericoronitis, representando un total de 135 casos, seguida por caries dental y patologías periapicales. (96)	Google Scholar	2020	Nigeria
R Anitha, S Devakumari, DS Dinesh, S Devameena	Mandibular Third Molar Impactions in South India-A	Se llevó a cabo un análisis de los datos clínicos y radiográficos de 100 personas	Estudio Transversal	De acuerdo con la clasificación de Winter la posición distoangular mostró una alta prevalencia con un 46%, así como, la orientación vertical con 26%, la orientación mesioangular con 23% y la orientación horizontal con 5%.	PubMed	2020	India

	Descriptive Cross-Sectional Study	atendidas en el Departamento de Odontología de Madurai, en el período comprendido entre enero y agosto de 2018. (97)		Mientras que en la clasificación de Pell and Gregory, la Clase II A mostró un 81%, en comparación de la Clase I y III. Este estudio evidenció que el grado de impactación de los terceros molares está directamente relacionado con el desarrollo de patologías, siendo la pericoronitis la más frecuente, con un 74%, seguida de caries y afecciones periapicales que conformaron el porcentaje restante. (97)			
Tariq S, Atta UR, Saddique A, Numan MK, Gulrukh S	Frequency of mesioangular impacted mandibular third molar and common pathologies associated with it	Se evaluaron 410 pacientes, constituidos por 247 hombres y 163 mujeres, entre edades comprendidas de 18 y 60 años. (98)	Estudio Descriptivo Transversal	La impactación mesioangular fue la más frecuente, representando el 51% de los casos (209 personas), mientras que el 49% restante (201 personas) correspondió a otro tipo de angulación. Asimismo, la patología más común asociada con la impactación mesioangular fue la pericoronitis, presente en el 47.8% de los casos (100 pacientes). En este contexto, en otras angulaciones esta patología se presentó en el 59.2% de los casos (119 pacientes). Cabe destacar que la pericoronitis se registró con mayor incidencia en pacientes masculinos, especialmente en el rango de edad de 25 años. (98)	Google Scholar	2018	Pakistán
Eman Z, Majida R, Maidah H	Frecuency & pattern of mandibular third molar impactions. A	160 pacientes, conformados por 92 mujeres y 68 hombres, en el FUCD en Islamabad. (99)	Estudio Transversal	La impactación más frecuente fue la posición mesioangular, con un 51.16%, seguida por la impactación vertical (19.37%), la posición horizontal (17.05%) y otras angulaciones que representaron el 12.42%. Por otro lado, la clasificación de Pell and Gregory, determinó que la Clase II es más común, alcanzando un 41.47%, seguida por la Clase	PubMed	2021	Pakistán

	cross sectional study			III con un 33.72% y la Clase I con un 24.81%. En cuanto a las posiciones, la posición B fue la más común, con un 48.83%, seguida por la posición A (34.88%) y la posición C (16.29%). La mayoría de los participantes presentó el 24.2% (39 pacientes), con condiciones de pericoronitis, enfermedad periodontal, dolor y caries. (99)			
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--

Esta primera tabla analizó la relación de la posición de los cordales y el desarrollo de pericoronitis. Para ello, se recopiló varios estudios que evaluaron el grado de inclusión de estos molares, utilizando la clasificación de Pell and Gregory y Winter, Los resultados obtenidos evidenciaron que la Clase II A es la posición más relevante de aparición de la operculitis. Por su parte, en la clasificación de Winter, la posición mesioangular fue identificada como la más frecuente, seguida por otras orientaciones menos comunes.

**Tabla 5. Datos clínicos de la pericoronaritis**

<b>Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Muestra</b>	<b>Metodología</b>	<b>Resultados</b>	<b>Base de Datos</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>
Katsarou T, Kapsalas A, Souliou C, Stefaniotis T, Kalyvas D.	Pericoronitis: A clinical and epidemiological study in greek military recruits.	Se evaluaron 650 reclutas pertenecientes a la Primera División de Entrenamiento de Soldados del año 2005. (74)	Estudio experimental	Los participantes del estudio se dividieron en tres grupos según su edad: el primer grupo incluyó a individuos menores de 20 años, el segundo a aquellos con edades entre 20 y 25 años, y el tercero a participantes de entre 26 y 30 años. 28 reclutas, pertenecientes al primer grupo, presentó clínicamente pericoronitis con 72,41%.  Los resultados mostraron que la pericoronitis crónica fue la patología más común, representando el 87.50% de los casos. Esta variante se caracterizó por síntomas graves y dolorosos que llevaron a los afectados a buscar tratamiento especializado. En contraste, el 12.50% restante de los reclutas presentó pericoronitis aguda. (74)	PubMed	2019	Grecia
Santos JF, Santos LCR, da Silveira EM, Magesty RA, Flecha OD, Falci SGM,	Does the third molar position influence periodontal status and overall condition of	Se analizaron 65 pacientes diagnosticados con pericoronitis aguda, entre mayo de 2017 y enero de 2019, en	Estudio Transversal	La población final del estudio estuvo compuesta por 54 pacientes, de los cuales 12 eran hombres y 41 mujeres, con un rango de edad que oscilaba entre 18 y 37 años. La mayoría de los participantes presentó pericoronitis unilateral (83.3%), mientras que el 16.7% restante presentó pericoronitis bilateral.	PubMed	2020	Brasil

Gonçalves PF, Galvão EL.	patients with acute pericoronitis? A cross-sectional study.	el Departamento de Odontología de la Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, en Brasil. (93)		En relación con los síntomas asociados a la enfermedad, se observó que la extensión del edema local fue más pronunciada en la posición IIA de Pell & Gregory, mientras que el dolor y la limitación de la apertura bucal fueron mínimos en las otras angulaciones. En cuanto a la evaluación del perfil de impacto en la salud oral (OHIP-14), los resultados indicaron que el dolor físico fue el síntoma más predominante, seguido por el malestar psicológico y, por último, la limitación funcional. (93)			
-----------------------------	--	--	--	---	--	--	--

La segunda tabla, que presenta los datos clínicos de la pericoronitis, recopila estudios que analizan los diversos signos y síntomas asociados con la enfermedad. Los resultados de estas investigaciones indican que uno de los problemas más comunes que impacta la calidad de vida de los pacientes es el dolor, seguido por el edema y eritema localizados, el malestar psicosocial y, finalmente, la limitación funcional.

**Tabla 6. Enfoque terapéutico de la pericoronaritis.**

<b>Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Muestra</b>	<b>Metodología</b>	<b>Resultados</b>	<b>Base de Datos</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>
Schalch TO, Martimbianco ALC, Gonçalves MLL, Motta LJ, Santos EM, Cecatto RB, Bussadori SK, Horliana ACRT.	Interventions for Early-Stage Pericoronitis: Systematic Review of Randomized Clinical Trials.	El presente estudio incorporó un total de siete ensayos clínicos aleatorizados realizados en la región de Oriente Medio, identificados en las bases de datos científicas de julio de 2020. En esta revisión, no se aplicaron restricciones en cuanto al idioma, género o rango de edad. (5)	Revisión sistemática	Los ensayos clínicos aleatorizados evaluaron distintas intervenciones de tratamiento, tales como: terapia farmacológica oral y tópica; relación farmacológica y el uso de laser vs laser placebo; relación farmacológica y enjuagues orales y el tratamiento convencional en combinación con terapia fotodinámica antimicrobiana frente al tratamiento convencional único. Por ello, el abordaje terapéutico de la pericoronitis debe ser fundamentada en un análisis personalizado, de acuerdo con las características específicas de cada individuo. (5)	PubMed	<b>2022</b>	Brasil
Du R, Ba K, Yang Y, Zhao Y, Lin Y.	Efficacy of ornidazole for pericoronitis: a	Se examinaron un total de 177 revisiones bibliográficas,	Metaanálisis	Los 2004 pacientes que tenían afecciones por pericoronitis, fueron divididos en dos grupos, el primero constituido por 1038 participantes tuvieron una terapia con ornidazol, mientras que el resto tuvo un	PubMed	<b>2023</b>	Turquía

	meta-analysis and systematic review.	mediante la cual se escogieron 16 investigaciones para su análisis. (100)		tratamiento convencional. El resultado final del estudio demostró que el tratamiento con ornidazol fue muy efectivo en comparación con la terapia convencional. Además, observaron un beneficio alto en la reducción bacteriana de la cavidad oral, así como la mejora notable del cuadro clínico de la patología. (100)			
Eroglu CN, Tunc SK, Yuksek MN, Elasan S.	Erbium, chromium:Yttrium-scandium-gallium-garnet (Er, Cr:YSGG) laser versus diode laser in the treatment of pericoronitis	La investigación implicó un total de 60 casos con diagnóstico de pericoronitis aguda. Los integrantes fueron atendidos en el Departamento de Cirugía Maxilofacial y fueron designados de forma aleatoria en tres grupos 1. grupo tratado únicamente con antibióticos; 2. grupo que tuvo terapia laser de Er, Cr: YSGG + antibiótico y 3. grupo	Ensayo Clínico Aleatorizado	Los grupos establecidos fueron conformados por 20 participantes. El grupo tratado con terapia laser de Er, Cr:YSGG más antibióticos señaló presentar menos dolor en los primeros días, en comparación de los otros grupos, de esta forma los autores concluyeron que el tratamiento a base de laser de Er,Cr:YSGG mejora significativamente los signos y síntomas de la patología. (101)	PubMed	<b>2023</b>	Turquía

		con terapia de láser de diodo más antibiótico. (101)					
Caymaz MG, Buhara O.	Association of Oral Hygiene and Periodontal Health with Third Molar Pericoronitis: A Cross-Sectional Study.	Se incluyeron 54 pacientes (24 mujeres y 30 hombres) de edades comprendidas entre 18 y 28 años, que presentaban al menos un tercer molar semi-impactado verticalmente mandibular con o sin pericoronitis. (66)	Estudio Transversal	Un total de 54 pacientes, de los cuales 27 pacientes presentaban pericoronitis (9 mujeres y 18 hombres) con un rango de edad entre 20 y 24 años y 27 pacientes sanos (15 mujeres y 12 hombres) con una edad media de 20 y 24 años. No se detectaron diferencias significativas en términos de edad, así como en el hábito de cepillado y uso de enjuague oral. En relación con la sintomatología, el 81,5% de los pacientes del grupo de pericoronitis manifestaron haber tenido síntomas similares en los últimos 6 meses, mientras que solo el 22,2% de los pacientes del grupo sano tenían síntomas previos. Además, el estado de salud periodontal de estos grupos demostró que el índice de placa valorado fue elevado en pacientes con pericoronitis del tercer molar, por lo que la cantidad de placa estaba asociada positivamente con la presencia de pericoronitis. (66)	PubMed	2021	Turquía
Arekhi N, Mortazavi N, Bahramnejad E, Khouri V,	Assessment of a combined mouthwash on pain relief in	Este estudio incluyó 48 pacientes designados al azar que presentaban	Ensayo Clínico Aleatorizado	La población de estudio estuvo constituida por 27 mujeres (56.3%) y 21 hombres (43.8%) y su distribución se llevo a cabo en dos grupos aleatorizados. El grupo control utilizó un enjuague	PubMed	2024	Irán

Tajaldini M, Asgari N, Sohrabi A.	pericoronitis: a randomized clinical study.	pericoronitis (27 mujeres y 21 hombres) cuya edad media fue de 21 años. Este estudio se llevó a cabo en la Facultad de Odontología de Gorgan, que duró desde abril de 2022 hasta enero de 2024. (102)		bucal con clorhexidina al 0,12 %, mientras que el grupo caso utilizó un enjuague bucal compuesto de clorhexidina, bencidamina, nanoplatea y los antibióticos amoxicilina y metronidazol, todo se llevó a cabo durante un periodo de siete días. Los resultados del estudio demostraron que ambos productos fueron eficaces para disminuir el dolor de los participantes, por lo que sugieren que cada enjuague puede considerarse como una alternativa en la reducción de las molestias. (102)			
Eroglu CN, Keskin Tunc S, Erten R, Usumez A.	Clinical and histological evaluation of the efficacy of antimicrobial photodynamic therapy used in addition to antibiotic therapy in pericoronitis treatment.	40 pacientes (21 mujeres y 19 hombres) cuya edad media era entre 19 y 25 años ingresado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Yuzuncu Yil que presentaban pericoronitis. (8)	Ensayo Clínico Aleatorizado	Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos (grupo antibiótico y grupo de terapia fotodinámica antibiótica + antimicrobiana) cada grupo, contenía 20 pacientes. A todos los pacientes se les prescribió amoxicilina de 1000 mg cada 12 horas por vía oral y paracetamol de 500 mg cada 8 horas por vía oral y enjuagues de clorhexidina al 4% 3 veces al día durante 7 días. En el grupo de terapia fotodinámica antimicrobiana, se logró una mejoría del 100% en cuanto al dolor y la linfadenopatía al final del séptimo día, en comparación con el grupo de antibióticos solos	PubMed	2018	Turquía

				que no genero alta efectividad en cuanto al alivio de la sintomatología. (8)			
Passarelli PC, Lopez MA, Desantis V, Piccirillo GB, Rella E, Giovannini V, Speranza A, De Leonardis M, Manicone PF, Casale M, D'Addona A.	Quality of Life of Patients with Mandibular Third Molars and Mild Pericoronitis. A Comparison between Two Different Treatments: Extraction or Periodontal Approach.	Se evaluaron 82 pacientes, representados por 45 mujeres y 37 hombres, durante el periodo de marzo de 2018 a marzo de 2019 en la Unidad de Cirugía Oral Policlínico Universitario Agostino Gemelli cuyo rango de edad fue entre 18 y 75 años. (1)	Estudio Experimental	Los pacientes se dividieron equitativamente entre los dos grupos, con 41 pacientes que recibieron un tratamiento periodontal (50%) y 41 pacientes que se sometieron a extracción quirúrgica (50%). De acuerdo con las puntuaciones del perfil de impacto en la Salud Oral (OHIP)-14 en ambos grupos con citas control en la primera semana, primer mes y seis meses se determinó que durante la primera postoperatoria ambos grupos presentaron valores inferiores al valor total de 14; durante el seguimiento control al mes y 6 meses de observo una reducción significativa a favor del grupo quirúrgicos, en comparación del grupo periodontal. No obstante, el resultado final del estudio determinó que ambas terapias presentaron una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes. (1)	PubMed	2020	Italia
Alalwani A, Buhara O, Tüzüm MŞ.	Oral Health-Related Quality of Life and the Use of Oral and Topical Nonsteroidal Anti-Inflammatory	Se evaluaron 60 pacientes, de los cuales 29 eran hombres y 31 eran mujeres en el Departamento de Cirugía Oral y	Estudio Experimental	Los pacientes fueron divididos equitativamente en tres grupos y fueron tratados con tres formulaciones de medicamentos AINEs, diclofenaco oral (20 casos), flurbiprofeno oral (20 casos) y bencidamina tópica (20 casos), durante siete días. De acuerdo con las puntuaciones del perfil de impacto en la Salud Oral (OHIP)-14 el grupo de bencidamina mostró valores	PubMed	2019	Turquía

	Drugs for Pericoronitis.	Maxilofacial de la Universidad del Cercano Oriente, cuyo rango de edad fue entre los 18 y 25 años. (103)		positivos de (OHIP)-14 en comparación a los otros dos grupos durante los primeros cuatros días. No obstante, en el día quinto el grupo de bencidamina mostró valores inferiores de (OHIP)-14 en comparación al grupo de diclofenaco y en el sexto y séptimo día no hubo variaciones significativas de los tres grupos. El resultado final del estudio determino que la aplicación tópica de bencidamina es una alternativa eficaz e inmediata para aliviar la sintomatología de la pericoronitis y mejorar la calidad de vida de los pacientes. (103)			
Campaña Garzón AE, Traba Rosales L, Mederos Villegas I.	Tintura de propóleos al 12% vs caléndula en colutorio para el tratamiento de la pericoronaritis	132 pacientes de ambos sexos diagnosticados con pericoronitis aguda, atendidos en la Clínica de Levisa en Cuba. (79)	Estudio Cuasiexperimental controlado y aleatorizado	La distribución de la población fue dividida en dos grupos aleatorizados cada uno constituido por 66 personas. El grupo A fue aplicado tintura de propóleos al 12%, mientras que el grupo B fue aplicado colutorios fríos de caléndula. Los resultados finales determinaron que el desarrollo de la enfermedad predomino en el sexo femenino con 34.39% en comparación del sexo masculino con 35.61%, de igual manera en cuanto a la edad, hubo un mayor predominio entre la edad de 15 y 18 años con 58.33% y el resultado restante fueron edades entre 19 y 59 años con 41.67%. Además, en cuanto al tratamiento aplicado, se observo que los casos del grupo A permitió la curación de 92.42% de los	Scopus	2022	Cuba

				enfermos, mientras que los participantes del grupo B obtuvieron un resultado de 90.91% de curación de los afectados, dando a conocer en su estudio la efectividad que se encuentran entre estos métodos convencionales para eliminar la patología. (79)			
Yurttutan ME, Karaahmetoglu Ö, Ücok C, Bagis N.	Comparison of the quality of life of patients with mandibular third molars and mild pericoronitis treated by extraction or by a periodontal approach	Se evaluaron 100 pacientes diagnósticos con pericoronitis leve en la Facultad de Odontología de la Universidad de Ankara. Este grupo de estudio presento un rango de edad media entre los 18 y 35 años. (2)	Estudio Experimental	La muestra de estudio fue distribuida en dos grupos iguales, por lo que, no hubo diferencia significativa entre sexos y edad. El primer grupo (50 participantes) tuvo un abordaje periodontal, mientras que el segundo (50 participantes) tuvo un tratamiento quirúrgico, ambos grupos fueron analizados durante seis meses y calificados por el índice Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Los resultados de la investigación indicaron que ambos grupos presentaron puntuaciones inferiores en comparación a la puntuación inicial, además hubo una disminución de la sintomatología causada por la patología como dolor, limitación funcional, malestar etc. No obstante, el tratamiento periodontal puede reducir eficazmente los síntomas (no elimina por completo la patología), mientras que la extracción quirúrgica permite una eficacia a largo plazo. (2)	Scopus	2020	Turquía

La tercera tabla, dedicada al enfoque terapéutico de la pericoronitis, recopila investigaciones que analizan las diferentes opciones de tratamiento para esta patología, clasificándolas en alternativas quirúrgicas y conservadoras. Los resultados demostraron que la extracción quirúrgica del cordal afectado fue la terapia principal para tratar esta patología. No obstante, el tratamiento convencional o conservador en base de colutorios, terapias periodontales y uso de antimicrobianos pueden mejorar los síntomas de la pericoronaritis. Sin embargo, estas medidas son consideradas paliativas, ya que no eliminan completamente la patología, sino que se enfocan en mitigar las molestias y mejorar de manera parcial la calidad de vida del paciente.

## 4.2. Discusión

El estudio ejecutado por Motelica G. (95), demostró que la pericoronitis afecta en su mayoría al grupo etario entre 21-25 años, constando con el 53% de los casos. Asu vez, concluyó que de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory y Winter indicó que la Clase IA con el 68,5% y la posición vertical con el 76,7% de los cordales son las orientaciones más prevalentes observadas en esta anomalía. Al igual que, Galvão EL et al. (68), confirma en que la posición A y posición vertical son las orientaciones más prevalentes que se destacan en el desarrollo de la operculitis. De igual manera, los resultados propuestos por Zhou-Xi y colaboradores (90) mostraron que la posición A tuvo mayor frecuencia con el 72,22%, mientras que la posición vertical obtuvo valores del 55,56%

Por otra parte, Tariq S y colaboradores (98) coinciden con otros estudios al identificar que el rango de edad más afectado por la pericoronitis se encuentra alrededor de los 25 años. Además, concluyeron que la impactación mesioangular fue la más representativa, con una prevalencia del 51%, siendo un factor clave en el desarrollo de esta patología. De manera similar, Singh R y su equipo de investigación (92) observaron que la pericoronitis era más frecuente en mujeres en comparación con hombres, y destacaron que la posición mesioangular de los terceros molares era la principal responsable de esta alteración periodontal.

En la misma línea, Tsvetanov T (94) afirmó que, en su estudio, la mayoría de los terceros molares analizados se encontraban en una posición mesioangular (36,04%) y en la Clase IIA según la clasificación de Pell & Gregory, lo que provocaba en gran medida el desarrollo de pericoronitis. Por su parte, Adesina OA et al. (96), coincidieron con otros autores al concluir que la posición mesioangular era la más común en la aparición de esta patología, alcanzando un 49,9%, mientras que la posición distoangular resultó ser la menos significativa.

Asimismo, Eman Z y coautores (99) destacaron que la posición mesioangular fue responsable de la mayor cantidad de casos de pericoronitis, con un 51,16%. También identificaron que la Clase IIB, con un 41,7%, desempeñó un papel relevante en el desarrollo de esta patología, coincidiendo con Santos JF, quien también señaló que la Clase IIB de Pell & Gregory era la más prevalente. (93)

Katsarou T y su equipo (74) determinaron que la pericoronitis crónica es la patología más representativa que afecta negativamente la calidad de vida de las personas, lo que motiva a los afectados a buscar algún tipo de tratamiento para mejorar los episodios dolorosos. De manera similar, Santos JF y colaboradores (93) señalan en su estudio que el dolor es el síntoma más prevalente de esta patología, en concordancia con Magraw CBL y coautores quienes subrayan que la gravedad de dolor guarda una correlación clínica significativa con la limitación funcional, malestar emocional y la discapacidad física y social. (104) Asimismo, Yilmaz S, describe que el dolor es una de las complicaciones más frecuentes asociadas a la impactación de los cordales. (105)

Tras analizar los resultados de esta revisión, Caymaz MG & Buhara O (66) destacan en su estudio que la salud periodontal y su relación con la acumulación de placa bacteriana son aspectos clave en el desarrollo de la pericoronitis. Por ello, estos investigadores sugieren que mantener una correcta higiene bucal, junto al uso de colutorios, mejora significativamente esta condición. De manera similar, Arekhi N y su equipo (102) coinciden en que los colutorios con clorhexidina al 0.12%, así como aquellos que contienen combinaciones de bencidamina, nanopartículas de plata, amoxicilina y metronidazol, presentan una alta eficacia al disminuir los síntomas clínicos. Asimismo, Campaña Garzón et al. (79) resaltan que los colutorios tradicionales a base de propóleo al 12% y caléndula logran mejorar hasta en un 90% el tratamiento de la pericoronitis.

Du R et al. (100) destacó que la terapia empleada con Ornidazol puede ser ejecutada como una terapia alterna en el manejo de esta patología, ya que las propiedades que presenta este fármaco permiten reducir la carga bacteriana y aliviar los síntomas. Por otra parte, Schmidt J et al. (4) indicó que la administración de antimicrobianos debe emplearse en casos sistémicos. De igual forma, este mismo autor recalca que es importante el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, con el fin de reducir la prescripción antibiótica y evitar el desarrollo de resistencias

Igualmente, Schalch TO y colaboradores (5) afirman que la prevención inicial de la patología disminuye considerablemente el uso de antimicrobianos, los cuales deben reservarse para casos con complicaciones sistémicas. Por ello, el autor recomienda el uso de terapias

alternativas. Otros enfoques han sido descritos por Schalch TO et al. (6) quienes destacan a la terapia fotodinámica como una opción segura y eficaz en el tratamiento de la pericoronitis, al no fomentar resistencia bacteriana y reducir la necesidad de antibióticos. Del mismo modo, Elsadek MF, afirma que esta terapia resulta eficiente al disminuir el TNF- $\alpha$  y la carga microbiana. (7) Por su parte Eroglu C y coautores concluyen que la terapia fotodinámica optimiza la desinfección localizada y, cuando se combina con el láser Er, Cr:YSGG y antibióticos, proporciona un alivio significativo de los síntomas pos-tratamiento. (8) (101) Finalmente, Alalwani A, et al identifican que la aplicación tópica de bencidamina es una alternativa rápida y eficaz que ayuda a mejorar los síntomas, sin embargo, el autor aclara que su uso debe ser considerado como una medida paliativa. (103)

Mientras tanto, Pasarelli PC. et al, concluyen que la extracción quirúrgica del tercer molar impactado mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes con pericoronitis, superando al tratamiento periodontal, ya que presenta una mayor probabilidad de reinfección. (1) De forma similar Yo Yurttutan y otros autores (2) en la Universidad de Ankara, confirman que la extracción dental es el método más efectivo a largo plazo para manejar la pericoronitis. Esto concuerda con los hallazgos de Baeza S y sus colaboradores (13) quienes señalan que la indicación más frecuente para extraer los cordales es la presencia de pericoronitis, seguida por caries dental. Asimismo, Liew J & Beech AN, en su artículo, demostraron que la extracción del tercer molar presenta altas tasas de éxito permanente como tratamiento definitivo. (3)

Por otro lado, Schalch TO y sus colaboradores (5) destacan en su estudio que el tratamiento ideal para la pericoronitis debe fundamentarse en un enfoque individualizado, tomando en cuenta las características específicas de cada paciente. No obstante, Chelsea Wehr et al. (9) indicó que en la actualidad no existe un tratamiento adecuado para el manejo de esta anomalía, debido a la diferencia que hay entre las terapias utilizadas por cada profesional. Por esta razón, destacan varios autores la implementación de desarrollar protocolos estandarizados y planes de tratamiento que puedan mejorar el abordaje de esta patología.

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

- El grado de angulación de los terceros molares desempeña un factor determinante en el desarrollo de la pericoronitis. Según las clasificaciones propuestas por Pell & Gregory y Winter, las impactaciones más relevantes de los cordales corresponden a la clase IIA, así como a la posición mesioangular.
- El síntoma clínico más frecuente de esta patología ha sido el dolor que se caracteriza por prolongarse durante extensos periodos de tiempo, este problema no solo interfiere de manera negativa en el bienestar físico y emocional de los pacientes, sino que también, limita la capacidad de llevar a cabo las actividades cotidianas.
- El tratamiento de la pericoronaritis debe considerar las cualidades propias de cada persona. No obstante, la extracción quirúrgica demostró ser la terapia más completa para resolver esta anomalía. Mientras que, las terapias alternas pueden mejorar los síntomas clínicos.
- En conclusión, en la actualidad la pericoronitis ha recibido una valoración insignificante, por lo que muchos odontólogos padecen de una falta de conocimiento para abordar adecuadamente esta alteración, lo que ha generado diagnósticos y terapias poco factibles. Por esta razón, es fundamental la educación continua en la formación de profesionales relacionados con esta área, esto con el fin de garantizar una atención integral y eficiente que permita devolver la calidad de vida de los pacientes.

## **5.2. Recomendaciones**

Se recomienda que, ante la falta de diagnóstico precoz, se intensifique las campañas de promoción de salud y prevención, además, realizar estudios adicionales de relevancia con este tema. Así se permitirá obtener un conocimiento actualizado del personal y tener bases terapéuticas adecuadas, se recomienda incentivar a la investigación y el desarrollo de nuevas alternativas de tratamiento. Es fundamental trabajar hacia la estandarización de protocolos para abordar las diferentes complicaciones sistémicas asociadas a la pericoronitis, con el propósito de reducir los riesgos que implica esta patología.

## BIBLIOGRÁFIA

1. Passarelli PC LMDVPGREGVSADLMMPCMDA. Quality of Life of Patients with Mandibular Third Molars and Mild Pericoronitis. A Comparison between Two Different Treatments: Extraction or Periodontal Approach. *Journal Antibiotics*. 2020 April; 9(5): p. 222.
2. Yurttutan ME KÖÜCBN. Comparison of the quality of life of patients with mandibular third molars and mild pericoronitis treated by extraction or by a periodontal approach. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2020 February; 58(2): p. 179-184.
3. J. Liew ANB. Managing pericoronitis associated with lower third molars surgically, can we do any better? *Italian Journal of Dental Medicine*. 2018 December; 3(1): p. 3-6.
4. Schmidt J KMPNKM. A Review of Evidence-Based Recommendations for Pericoronitis Management and a Systematic Review of Antibiotic Prescribing for Pericoronitis among Dentists: Inappropriate Pericoronitis Treatment Is a Critical Factor of Antibiotic Overuse in Dentistry. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 June; 18(13): p. 1-24.
5. Schalch TO MAGMMLSECRBSHA. Interventions for Early-Stage Pericoronitis: Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Journal Antibiotics (Basel)*. 2022 January; 11(1): p. 1-15.
6. Schalch TO PMLPBSPTIMCEMMJWBSPCNRHA. Evaluation of photodynamic therapy in pericoronitis: Protocol of randomized, controlled, double-blind study. *Journal Medicine (Baltimore)*. 2019 April; 98(17): p. 1-8.
7. Elsadek MF ABER. Level of pain intensity, cytokine profiling and microbial load after photodynamic therapy in acute severe pericoronitis. *Journal Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2020 September.
8. Eroglu CN KTSERUA. Clinical and histological evaluation of the efficacy of antimicrobial photodynamic therapy used in addition to antibiotic therapy in pericoronitis treatment. *Journal Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2018 March; 21(1): p. 416-420.
9. Wehr C CGYSFW. An Insight into Acute Pericoronitis and the Need for an Evidence-Based Standard of Care. *Dent J (Basel)*. 2019 September; 7(3): p. 1-10.
10. Carter K, Worthington S. Predictors of Third Molar Impaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Dental Research*. 2015 November; 95(3): p. 267-76.
11. Folayan MO OEONCNOT. Non-third molar related pericoronitis in a sub-urban Nigeria population of children. *Niger J Clin Pract*. 2014 January; 17(1): p. 18-22.

12. Díaz del Mazo L, González Rodríguez A, Silva Colomé ME, Ferrer González S, Vicente Botta BL. Valoración clínico-epidemiológica de pacientes con pericoronaritis aguda de los terceros molares. MEDISAN. 2017 Abril; 21(11): p. 3188-3196.
13. Baeza S, Cáceres N, González G, Guzmán C, Sepúlveda M, Valenzuela I. Caracterización de exodoncia de terceros molares. Rev Cient Odontol (Lima). 2021 Septiembre; 9(3).
14. Viteri Hinojosa DE. Incidencia de Pericoronaritis relacionada a terceros molares en el Departamento Odontológico del Hospital de Especialidades FF:AA N°1 (Tesis) , editor. Quito: UDLA; 2016.
15. Casado Ramírez M. Descripción de Casos de Pericoronaritis asociada a la retención de terceros molares inferiores en relación a su posición en el postgrado de cirugía de la Clínica Odontológica de UNIBE (Tesis) , editor. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana; 2021.
16. Untiveros S. Frecuencia de agenesia del tercer molar en pacientes de 14 a 19 años de edad atendidos en CEDIDENT DIGITAL, Lima 2016. (tesis) ed. Lima: Universidad Privada Norbert Wieber; 2018.
17. Flórez Arguello H, Rey Duarte S, Botero Ocampo S. Cronología de erupción en dentición temporal y permanente. Revisión sistemática (Tesis) , editor. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2022.
18. Boj JR CMMAPPCO. Odontopediatría bebés, niños y adolescentes Barcelona: Odontología Books; 2019.
19. Portilla Rivas P. Relación entre la edad cronológica y edad dental a partir de la maduración de las terceras molares en radiografías panorámicas - arequipa, Periodo 2020 (Tesis) , editor. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2021.
20. Gil-Chavarría Ivet AAPBMLCOMDMXDBAGCRSGALTHCVMdOHCN. Los tejidos de los órganos dentales: Aspectos esenciales para la comprensión de la odontología científica forense. REVISTA DIGITAL DE CIENCIA FORENSE. 2024; 3(1): p. 61-69.
21. García Martínez J, López Martínez J. Frecuencia de Anomalías Dentarias de forma y tamaño en coronas de dientes permanentes diagnosticados clínicamente en escolares de 6 a 13 años de escuelas públicas de la zona rural de la ciudad de Chichigalpa en el período de mayo a noviembre del 2019 (Tesis) , editor. León : Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020.
22. Estévez Salazar A. HALLAZGO RADIOGRÁFICO DE CUARTO MOLAR O DISTOMOLAR SUPERNUMERARIO FUSIONADO A TERCER MOLAR SUPERIOR: REPORTE DE CASO (Tesis) , editor. Ambato: UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES "UNIANDES"; 2020.

23. Huilcarema Borja F. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE AGENESIA DE TERCEROS MOLARES EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES. RIOBAMBA, 2018 (Tesis) , editor. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo ; 2019.
24. Medero Vazquez K. Prevalencia de Hiperdoncia en pacientes de la clínica de especialización en ortodoncia NAUCALPAN (Tesis) , editor. Estado de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2022.
25. Vélez S, AD. Relación entre edad cronológica y estadios de Nolla de los incisivos superiores (Tesis) , editor. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo ; 2020.
26. Gualli López A. Células madre y factores de crecimiento aplicados en la endodoncia regenerativa (Tesis) , editor. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021.
27. Al-Balbeesi HO ANNBLBHSARAG. Correlation between skeletal maturation and developmental stages of canines and third molars among Saudi subjects. Saudi Dent J. 2018 January; 30(1): p. 74-84.
28. Cosme Gay Escoda , Berini Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal. Primera ed. Buenos Aires: Ergon; 2015.
29. Roulias P KNDDPAKKDGGSTA. Teeth Eruption Disorders: A Critical Review. Children (Basel). 2022 May; 9(6): p. 771.
30. I. K. Mechanism of human tooth eruption: review article including a new theory for future studies on the eruption process. Scientifica (Cairo). 2014 Febrero; 2014(341905): p. 1-13.
31. Massignan C CMPAASCGLMLBM. Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016 March; 137(3).
32. Badruddin IA AEDRSF,AM,MDyRA. Genetic Aspects of Tooth Eruption: A Systematic Review. Journal of International Dental and Medical Research. 2020 October; 13(4): p. 1585-1591.
33. Hernández Cuétara L, Pérez Pupo D, Fernández Queija Y, Limonta Pérez I. Cronología y secuencia de erupción dentaria permanente en niños de 5 a 12 años. Salud, Ciencia y Tecnología. 2021; 1(3): p. 1-9.
34. Celikoglu M KH. Patterns of third-molar agenesis in an orthodontic patient population with different skeletal malocclusions. Angle Orthod. 2012 January; 82(1): p. 165-169.
35. Sánchez Sánchez J, Corrales Rubio H, Murillo Pulgar T. Formas de presentación de los terceros molares mandibulares incluidos e impactados. Hospital General Provincial Docente Riobamba. Revista Eugenio Espejo. 2017; 11(2): p. 16-25.

36. Sánchez Cruzado R, Salido Ramírez MMMFCINSSFRR. COMPLICACIONES EN CIRUGÍAS DE TERCEROS MOLARES. Revista Andaluza de Cirugía Bucal. 2020; 1(10): p. 19-30.
37. Olguín Martínez T, Amarillas Escoba E. Morfología radicular de los terceros molares. Revista ADM. 2017; 74(1): p. 17-24.
38. Morales Bustos A, Riquelme Quiroz C. PREVALENCIA DE POSICIÓN Y RELACIÓN TOPOGRÁFICA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES EVALUADOS EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS, EN LA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, CONCEPCIÓN, ENTRE LOS AÑOS 2014 Y 2017. (Tesis) , editor. Concepción: Universidad del Desarrollo ; 2018.
39. Dután Rodríguez A. AFECCIÓN DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS POR PERICORONARITIS EN TERCEROS MOLARES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL DISTRITO DE SALUD N° 23 D01 “AUGUSTO EGAS” DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, PERÍODO DICIEMBRE 2013 - MAYO 2014 (Tesis) , editor. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2014.
40. Monroy Díaz M. POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION AL CANAL MANDIBULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO RADIOLOGICO CERADENT 2021 (Tesis) , editor. Cusco: Universidad Alas Peruanas ; 2021.
41. Guillermin-Vázquez C, Denis-Rodríguez P. Análisis de cierre apical del tercer molar para determinación de edad dental y cronológica. Rev Mex Med Forense. 2016 Junio; 1(1): p. 60-70.
42. Armand Lorié M, Legrá Silot E, Ramos de la Cruz M, Matos Armand F. Terceros molares retenidos. Actualización. Rev Inf Cient. 2015; 92(1): p. 995-1010.
43. Laureano Aparco E. CIRUGÍA DE TERCERA MOLAR SUPERIOR RETENIDA (Tesis) , editor. Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2022.
44. González Jara A. Exodoncia Del Tercer Molar Inferior Izquierdo Semiretenido (Tesis) , editor. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2011.
45. Nelson SJ. Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental de Wheeler. 10th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2015.
46. Miron MI FCLDTC. Diagnostic Aspects of an Included Third Molar in an 88-Year-Old Patient: A Case Report and Literature Review. Diagnostics (Basel). 2022 August; 12(9): p. 1-9.

47. Hadziabdic N DAMMTIHLKSHA. The Clinical and Radiological Evaluation of Impacted Third Molar Position, Crown and Root Morphology. *Acta Med Acad.* 2023 August; 52(2): p. 77-87.
48. Jaroń A TG. The Pattern of Mandibular Third Molar Impaction and Assessment of Surgery Difficulty: A Retrospective Study of Radiographs in East Baltic Population. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 June; 3(18): p. 1-15.
49. Mosquera-Valencia Y VZDVVM. Frecuencia de posiciones de terceros molares impactados en pacientes atendidos en la IPS CES-Sabaneta - Antioquia. *Rev. CES Odont.* 2020; 33(1): p. 22-29.
50. P. S. Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Ann Med Health Sci Res.* 2015 August; 5(4): p. 229-234.
51. Mummolo S, Gallusi G, Strappa EM, Grilli F, Mattei A, Fiasca F, et al. Prediction of Mandibular Third Molar Impaction Using Linear and Angular Measurements in Young Adult Orthopantomograms. *Applied Sciences.* 2023 March; 13(7).
52. Jaiswara C RADN. The rarest cause of impaction of mandibular third molar - A case report. *Journal of Oral Biol Craniofac Res.* 2016 November; 6(1): p. 555-557.
53. MT M, A D, A G, G MS, V TI. Is Third Molar Agenesis an Anomaly or Just a Sign of Variation? Prevalence and Manner of Presentation of this Condition in a Sample from the Metropolitan Region of Chile. *Int. J. Morfol.* 2019 Diciembre; 37(4): p. 1382-1386.
54. Gkantidis N TMOEHDKG. Third Molar Agenesis Is Associated with Facial Size. *Journal Biology (Basel).* 2021 July; 10(7): p. 1-11.
55. TO MS, A IF, NM MdA. A relatividade do tempo ontogenético na evolução primata e na emergência da linguagem. *Cad. Est. Ling.* 2023 Novembro; 65(00): p. 1-19.
56. Sanchez Garcia DSNRNCM&ACJ. Impactación y agenesia de terceros molares en Nuevo León y en los altos de Chiapas, México. *Revista Mexicana De Estomatología.* 2017; 3(2): p. 15-26.
57. Copa Condo R. FRECUENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY ANALIZADO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS EN UN CENTRO RADIOLÓGICO (Tesis) , editor. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2019.
58. Lagos Díaz M. PREVALENCIA DE SIGNOS RADIOGRÁFICOS DE IMPACTACIÓN DE TERCEROS MOLARES MANDIBULARES, EN PACIENTES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL PARA ESTUDIANTES DE

- 4° AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA DE LA CIUDAD DE VALDIVIA (Tesis) , editor. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2016.
59. Rivera-Herrera RS EVVBEJMRRPGA. Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos. *Gac. Méd. Méx.* 2020 Febrero; 156(1): p. 22-26.
  60. Mena-Alencastro SA, RBMC. Complicaciones en la extracción de terceros molares mandibulares incluidos, retenidos e impactados. Revisión de la literatura. *Revista Odontología Virtual.* 2023 Enero; 1(38): p. 17-25.
  61. Simons RN GMTJdLJLJ. Association of indications for mandibular third molar coronectomy and the Pell and Gregory and the Winter classification systems. *Oral Maxillofac Surg.* 2024 June; 28(2): p. 885-892.
  62. Moreira Zevallos P, Barona Terán J, Moreira Bolaños J. aracterísticas de los terceros molares inferiores impactados observados por medios radiográficos. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2014. *Rev. Med. UCSG.* 2020 Diciembre; 22(2): p. 47-52.
  63. Gümrukçü Z BEKM. Is there a relationship between third-molar impaction types and the dimensional/angular measurement values of posterior mandible according to Pell & Gregory/Winter Classification? *Oral Radiol.* 2021 January; 37(1): p. 29-35.
  64. Stephany Deduy F, Rodriguez Acevedo M. EVALUACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMATOLOGÍA DE PACIENTES CON TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS Y PARCIALMENTE INCLUIDOS (Tesis) , editor. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana; 2022.
  65. Shirzadeh A BSSAOGVMSS. What is the Most Prevalent Type of Third Molar Impaction in Patients with Pericoronitis? *World J Plast Surg.* 2023; 12(2): p. 57-63.
  66. Caymaz MG BO. Association of Oral Hygiene and Periodontal Health with Third Molar Pericoronitis: A Cross-Sectional Study. *Biomed Res Int.* 2021 February; 1(1): p. 1-7.
  67. González Z. Inflamación mixta severa con pérdida del techo del canal mandibular: una variación de las infecciones odontogénicas asociada a pericoronaritis. *Revista Más Vita.* 2020 Julio; 2(3): p. 90–101.
  68. Galvão EL dSEdOEdCTFOFSGP. Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic review and meta-analysis. *Arch Oral Biol.* 2019 November; 107(1).
  69. Chisci D PSBNCG. Patterns of Third-Molar-Pericoronitis-Related Pain: A Morphometrical Observational Retrospective Study. *Healthcare (Basel).* 2023 June; 11(13).

70. Gómez García A, Vidal López Y, Aguirre García M. Microbioma oral: variabilidad entre regiones y poblaciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2022 Junio; 65(5): p. 8-19.
71. Robles Raya P JMAMMNMCAdFEEMAM. Manejo de las infecciones odontogénicas en las consultas de atención primaria: ¿antibiótico? *Revista de Atención Primaria*. 2017 Julio; 49(10): p. 611-618.
72. Miranda Ferrer I. Manejo del absceso dental en pacientes con trastornos inmunológicos (Tesis) , editor. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2021.
73. Pereira Teixeira J. Pericoronarite: etiologia, complicações e tratamento (Tesis) , editor. Sao Paulo: INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE; 2018.
74. Katsarou T KASCSTKD. Pericoronitis: A clinical and epidemiological study in greek military recruits. *J Clin Exp Dent*. 2019 February; 11(2): p. 133-137.
75. Guaycha Torres D. Pericoronitis en terceros molares: Diagnóstico y Tratamiento (Tesis) , editor. Loja: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; 2022.
76. Schalch TO PÉSDBSMLPCHA. Pericoronitis treatment with antimicrobial photodynamic therapy using a new formula of methylene blue: A case report.. *Journal Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2023 June; 42(1).
77. Sandoval Paracuto R, Ferreira da Costa A, Oliveira Serra P, Souza de Oliveira J, Fonseca T. Pericoronarite: fatores de risco associados e indicações de tratamentos conservadores comparados à tratamentos farmacológicos. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024 May; 7(3): p. 1-10.
78. Fuentes López C, Lisboa Gutiérrez M. USO DE CLORHEXIDINA EN PERIODONCIA EN LA (Tesis) , editor. Santiago: UNIVERSIDAD FINIS TERRAE; 2018.
79. Campaña Garzón A, Traba Rosales L, Mederos Villegas I. Tintura de propóleos al 12% vs caléndula en colutorio para el tratamiento de la pericoronaritis. *Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila*. 2022; 28(1): p. 1-12.
80. Esparza LSB ARNFea. Principios fundamentales para el diagnóstico, manejo y tratamiento de las infecciones odontogénicas. Revisión de la literatura. *Rev Odont Mex*. 2020; 24(1): p. 9-19.
81. DOS REIS MELO L. PROTOCOLO FARMACOLÓGICO NO TRATAMENTO DA PERICORONARITE (Tesis) , editor. Salvador: BAHIANA; 2018.
82. García Pernas M BYESYRFDPE. Efecto del oleozón oral en el tratamiento de las aftas bucales. *Revista Cubana de Medicina Natural y Tradicional*. 2020; 3(1): p. 1-12.

83. Ramirez-Peña AM SPACAMHTF. Ozone in Patients with Periodontitis: A Clinical and Microbiological Study. *J Clin Med.* 2022 May; 11(10).
84. B FS, BE RS. Aplicaciones de la ozonoterapia en la Odontología (Tesis) , editor. Santiago: Universidad Finis Terrae ; 2018.
85. YA GG, Y FG, MS SI, J WS, GC CL. Laserterapia y laserpuntura. Alternativa de tratamiento en la pericoronaritis. *Rev Ciencias Médicas.* 2024 Abril; 28(2).
86. B R, D T, Ch S, P M, R R, G P. Usos del láser terapéutico en Odontopediatría: Revisión de la literatura. Reporte de casos. *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc.* 2017 Diciembre; 20(3): p. 51-59.
87. H A, A E, F A. Antibiotic Therapy in Dentistry. *International Journal of Dentistry.* 2021; 1(1).
88. Ocaña Fernández Y, Fuster Guillén D. The bibliographical review as a research methodology. *Revista Tempos e Espaços em Educação.* 2021 Diciembre; 14(33).
89. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Primera ed ed. Caracas: MCGRAW-HILL ; 2000.
90. Ye ZX QWYYC. Pathologies associated with the mandibular third molar impaction. *Science Progress.* 2021 June; 104(2): p. 1-10.
91. Singh P NPBSRSRK. The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis: A prospective study. *National Journal of Maxillofacial Surgery.* 2018 December; 9(2): p. 215-221.
92. Singh R DRTPGAAKP. Evaluation of mandibular third molar position as a risk factor for pericoronitis: A CBCT study. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2020 March; 9(3): p. 1599-1602.
93. Santos JF SLdSEMRFOFSGPGE. Does the third molar position influence periodontal status and overall condition of patients with acute pericoronitis? A cross-sectional study. *Oral Maxillofac Surg.* 2020 December; 24(4): p. 447-453.
94. T. T. Association of the Mandibular Third Molar Position to the Pericoronitis. *International Journal of Medical Research & Health Sciences.* 2018; 7(2): p. 35-40.
95. Motelica G. Risk assessment of pericoronitis in correlation with the position of the inferior third molar. *Moldovan Journal of Health Sciences.* 2022 September; 29(3): p. 39-43.
96. Adesina OA CBOJATOTSA. Pattern of Presentation and Socioeconomic Distribution of Patients Presenting With Impacted Third Molar at Lagos State University Teaching Hospital Nigeria. *Saudi Journal of Oral and Dental Research.* 2020 March; 5(3): p. 150-155.
97. R Anitha SDDSD. Mandibular Third Molar Impactions in South India-A Descriptive Cross-Sectional Study. *Journal of Contemporary Medicine and Dentistry.* 2020 April; 8(1): p. 58-61.

98. Tariq S AUSANMGS. Frequency of mesioangular impacted mandibular third molar and common pathologies associated with it. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2018 December; 38(4): p. 414-418.
99. Eman Z MRMH. Frequency & pattern of mandibular third molar impactions. A cross sectional study. *Pakistan Oral & Dental Journal Vol.* 2021 July; 41(3): p. 165-168.
100. Du R BKYYZYLY. Efficacy of ornidazole for pericoronitis: a meta-analysis and systematic review. *Arch Med Sci*. 2024 January; 20(1): p. 189-195.
101. Eroglu CN TSYMES. Erbium, chromium:Yttrium-scandium-gallium-garnet (Er, Cr:YSGG) laser versus diode laser in the treatment of pericoronitis. *Niger J Clin Pract*. 2023 July; 26(7): p. 980-985.
102. Arekhi N MNBEKVTMANSANSA. Assessment of a combined mouthwash on pain relief in pericoronitis: a randomized clinical study. *BMC Oral Health*. 2024 July; 24(1): p. 855.
103. Alalwani A BOTM. Oral Health-Related Quality of Life and the Use of Oral and Topical Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs for Pericoronitis. *Med Sci Monit*. 2019 December; 3(25): p. 9200-9206.
104. Magraw CB GBPCTDMJNBWRJ. Pain with pericoronitis affects quality of life. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015 January; 73(1): p. 7-12.
105. Yilmaz S,AMZ,MM,&YS. Assessment of Third Molar Impaction Pattern and Associated Clinical Symptoms in a Central Anatolian Turkish Population. *J. Medical Principles and Practice*. 2016; 25(2): p. 169–175.
106. Johri A PJ. Should teeth be extracted immediately in the presence of acute infection? *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2011 November; 23(4): p. 507-511.

## ANEXOS

N°	Titulo	Autor(es)	Año de Publicación	País	Tipo de documento	Base de datos
1	<b>Pathologies associated with the mandibular third molar impaction</b>	Zhou-Xi Ye, Wen-Hao Qian, Yu-Bo Wu and Chi Yang	2021	China	Artículo de Revisicon Sistemática	PubMed
2	<b>The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis: A prospective study</b>	Preeti Singh, Priyanka Nath, Sukhvinder Bindra, Sadam Srinivasa Rao, and K.V Ramana Reddy	2018	India	Articulo de Revisicon Sistemática	PubMed
3	<b>Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic review and meta-analysis</b>	Galvão EL, da Silveira EM, de Oliveira ES, da Cruz TMM, Flecha OD, Falci SGM, Gonçalves PF.	2019	Brasil	Articulo de Revisicon Sistemática	PubMed
4	<b>Evaluation of mandibular third molar position as a risk factor for pericoronitis: A CBCT study.</b>	Singh R, Devanna R, Tenglikar P, Gautam A, Anubhuti, Kumari P.	2020	India	Articulo de Revisicon Sistemática	PubMed

5	<b>Does the third molar position influence periodontal status and overall condition of patients with acute pericoronitis? A cross-sectional study.</b>	Singh R, Devanna R, Tenglikar P, Gautam A, Anubhuti, Kumari P. Santos JF, Santos LCR, da Silveira EM, Magesty RA, Flecha OD, Falci SGM, Gonçalves PF, Galvão EL.	2020	Brasil	Articulo de Revisicon Sistemática	PubMed
6	<b>Association of the Mandibular Third Molar Position to the Pericoronitis</b>	Tsvetanov T.	2018	Bulgaria	Articulo de Revisicon Sistemática	Scopus
7	<b>Risk assessment of pericoronitis in correlation with the position of the inferior third molar</b>	Motelica G.	2022	Rumania	Articulo de Investigación	Scopus
8	<b>Pattern of Presentation and Socioeconomic Distribution of Patients Presenting With Impacted Third Molar at Lagos State</b>	Adesina OA, Castano BO, Olusoji JO, Adenuga TO, Opaleye TO, Salami AY.	2020	Nigeria	Artículo de Investigación	Google Scholar

	<b>University Teaching Hospital Nigeria</b>					
<b>9</b>	<b>Mandibular Third Molar Impactions in South India- A Descriptive Cross- Sectional Study</b>	R Anitha, S Devakumari, DS Dinesh, S Devameena	2020	India	Artículo de Investigación	PubMed
<b>10</b>	<b>Frequency of mesioangular impacted mandibular third molar and common pathologies associated with it</b>	Tariq S, Atta UR, Saddique A, Numan MK, Gulrukh S	2018	Pakistán	Artículo de Investigación	Google Scholar
<b>11</b>	<b>Frecuency &amp; pattern of mandibular third molar impactions. A cross sectional study</b>	Eman Z, Majida R, Maidah H	2021	Pakistán	Artículo de Investigación	PubMed
<b>12</b>	<b>Pericoronitis: A clinical and epidemiological study in greek military recruits.</b>	Katsarou T, Kapsalas A, Souliou C,	2019	Grecia	Artículo de Investigación	PubMed

		Stefaniotis T, Kalyvas D.				
13	<b>Interventions for Early-Stage Pericoronitis: Systematic Review of Randomized Clinical Trials.</b>	Schalch TO, Martimbianco ALC, Gonçalves MLL, Motta LJ, Santos EM, Cecatto RB, Bussadori SK, Horliana ACRT.	2022	Brasil	Artículo de Revisión Sistemática	PubMed
14	<b>Efficacy of ornidazole for pericoronitis: a meta-analysis and systematic review.</b>	Du R, Ba K, Yang Y, Zhao Y, Lin Y.	2023	Turquía	Artículo de Revisión Sistemática y Metaanálisis	PubMed
15	<b>Erbium, chromium:Yttrium-scandium-gallium-garnet (Er, Cr:YSGG) laser versus diode laser in the treatment of pericoronitis</b>	Eroglu CN, Tunc SK, Yuksek MN, Elasan S.	2023	Turquía	Ensayo Clínico Aleatorizado	PubMed
16	<b>Association of Oral Hygiene and Periodontal Health with Third Molar</b>	Caymaz MG, Buhara O.	2021	Turquía	Artículo de Investigación	PubMed

	<b>Pericoronitis: A Cross-Sectional Study.</b>					
17	<b>Assessment of a combined mouthwash on pain relief in pericoronitis: a randomized clinical study.</b>	Arekhi N, Mortazavi N, Bahramnejad E, Khouri V, Tajaldini M, Asgari N, Sohrabi A.	2024	Irán	Ensayo Clínico Aleatorizado	PubMed
18	<b>Clinical and histological evaluation of the efficacy of antimicrobial photodynamic therapy used in addition to antibiotic therapy in pericoronitis treatment.</b>	Eroglu CN, Keskin Tunc S, Erten R, Usumez A.	2018	Turquía	Ensayo Clínico Aleatorizado	PubMed
19	<b>Quality of Life of Patients with Mandibular Third Molars and Mild Pericoronitis. A Comparison between Two Different Treatments: Extraction or Periodontal Approach.</b>	Passarelli PC, Lopez MA, Desantis V, Piccirillo GB, Rella E, Giovannini V, Speranza A, De Leonardis M, Manicone PF, Casale M, D'Addona A.	2020	Italia	Artículo de Revisión Sistemática	PubMed

20	<b>Oral Health-Related Quality of Life and the Use of Oral and Topical Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs for Pericoronitis.</b>	Alalwani A, Buhara O, Tüzüm MŞ.	2019	Turquía	Artículo de Investigación	PubMed
21	<b>Tintura de propóleos al 12% vs caléndula en colutorio para el tratamiento de la pericoronaritis</b>	Campaña Garzón AE, Traba Rosales L, Mederos Villegas I.	2022	Cuba	Trabajo Cuasiexperimental	Scopus
22	<b>Comparison of the quality of life of patients with mandibular third molars and mild pericoronitis treated by extraction or by a periodontal approach</b>	Yurttutan ME, Karahmetoglu Ö, Ücok C, Bagis N.	2020	Turquía	Artículo de Investigación	Scopus