



Categoría: Health Sciences and Medicine

ORIGINAL

Third molars and development of recurrent headaches and neck pain

Terceros molares y desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes

Thalía Mercedes Vásconez Astudillo¹  , María Alexandra Vaca Sánchez^{1,2}  , David Alexander Navarrete Telenchana²  , Kleber Gabriel Santos Huertas²  , Jessica Silvana Jami Chango²  

¹Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Ambato, Ecuador.

²Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Riobamba, Ecuador.

Citar como: Vásconez Astudillo TM, Vaca Sánchez MA, Navarrete Telenchana DA, Santos Huertas KG, Jami Chango JS. Third molars and development of recurrent headaches and neck pain. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias. 2024; 3:790. <https://doi.org/10.56294/sctconf2024790>

Enviado: 10-01-2024

Revisado: 26-03-2024

Aceptado: 24-05-2024

Publicado: 25-05-2024

Editor: Dr. William Castillo-González 

ABSTRACT

Introduction: headaches and neck pain are common symptoms, which are usually managed effectively with conventional treatments. However, in some cases, its resolution is prolonged, leading to chronic problems that affect well-being and autonomy, also decreasing the quality of life of the individuals who suffer from them. Although there is a high recurrence of symptoms without being resolved, in short, the relationship between headache and neck pain with the

stomatognathic system and specifically the presence of third molars has not yet been investigated in depth.

Objective: determine the relationship between the presence of third molars and the development of recurrent headaches and neck pain.

Methods: the headache perception questionnaire and the cervical disability index were applied to 30 dental patients with the presence of third molars, both symptomatic and asymptomatic.

Results: it was found that 30 % of the patients had erupted third molars, 20 % retained and 50 % extracted. Most of the participants were between 18 and 25 years old. Jaw pain associated with headache was identified, triggered mainly by chewing, with a sensation of pressure, intermittent and of moderate intensity. As for neck pain, it did not significantly affect daily activities and manifested with moderate intensity. Correlation analyzes showed a p value of 0,551 for headaches and 0,009 for neck pain.

Conclusions: the condition of the third molars does not influence the appearance of headaches, but it does influence the appearance of recurrent neck pain.

Keywords: Denture; Headache; Neck Pain; Cervical Disability; Stomatognathic System.

RESUMEN

Introducción: las cefaleas y cervicalgias son síntomas comunes, que suelen ser manejados eficazmente con tratamientos convencionales. Sin embargo, en algunos casos, su resolución se prolonga, llevando a problemas crónicos que afectan el bienestar y autonomía, disminuyendo además la calidad de vida de los individuos que las padecen. A pesar de existe una alta recurrencia de los síntomas sin ser resueltos, en definitiva, todavía no se ha investigado a profundidad la relación entre la cefalea y cervicalgia con el sistema estomatognático y específicamente la presencia de terceros molares.

Objetivo: determinar la relación de la presencia de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes.

Métodos: se aplicó el cuestionario de percepción de cefaleas y el índice de discapacidad cervical a 30 pacientes odontológicos con presencia de terceros molares, tanto sintomáticos como asintomáticos.

Resultados: se encontró que el 30 % de los pacientes tenían terceros molares brotados, el 20 % retenidos y el 50 % extraídos. La mayoría de los participantes tenían entre 18 y 25 años. Se identificó dolor de mandíbula asociado a cefalea, desencadenado principalmente al masticar, con una sensación de presión, de tipo intermitente y de intensidad moderada. En cuanto a la cervicalgia, esta no afectó significativamente las actividades diarias y se manifestó con una intensidad moderada. Los análisis de correlación arrojaron un valor de p de 0,551 para cefaleas y de 0,009 para cervicalgias.

Conclusiones: el estado de los terceros molares no influye en la aparición de cefaleas, pero sí en la aparición de cervicalgia recurrente.

Palabras clave: Dentadura; Dolor de Cabeza; Dolor de Cuello; Discapacidad Cervical; Sistema Estomatognático.

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares, conocidos como las muelas del juicio, representan un enigma anatómico en la cavidad oral, al ser los últimos en erupcionar.^(1,2,3) Normalmente aparecen desde los 17 a los 25 años, pudiendo variar este periodo según la persona⁽³⁾ y son extraídos porque con frecuencia desencadenan una cascada de complicaciones como dolor, desarrollo anormal, impactación, inflamación, infección y hasta síntomas irradiados como cefalea y cervicalgia.^(4,5,6) La limitada capacidad de la arcada dental para albergar los adecuadamente conduce a un mal posicionamiento, imponiendo a menudo la necesidad de intervenciones quirúrgicas,⁽⁷⁾ pero cuando son conservados los terceros molares impactados o mal posicionados pueden generar tensión muscular y alteraciones biomecánicas que contribuyen a la aparición de cefaleas y cervicalgias.^(6,8)

Los trastornos biomecánicos de la columna cervical no se consideran enfermedades en sí mismos, sino que se presentan a través de una variedad de síntomas.^(5,9,10) Estos síntomas pueden ser clasificados según su duración, intensidad y frecuencia, entre otros criterios.^(9,10) A menudo, estos síntomas son subestimados y generalmente se atribuyen únicamente a problemas posturales, esfuerzos físicos excesivos o lesiones, incluyendo traumas y microtraumas.^(5,6,11) Por lo que es común omitir el análisis y la evaluación de trastornos musculoesqueléticos orofaciales y síndromes miofasciales relacionados con la articulación temporomandibular (ATM).^(6,11,12)

La comunidad científica, ha logrado desarrollar un instrumento eficaz para la identificación de personas con cefalea y cervicalgia incorporando criterios clínicos y de comportamiento, síntomas asociados y factores de riesgo relevantes.^(3,6) Los instrumentos utilizados, como el Índice de Discapacidad Cervical (IDC) y el cuestionario sobre percepción de cefaleas, se postulan como herramientas valiosas para evaluar la severidad y el impacto de los síntomas cervicales y de cefalea en la vida diaria de los pacientes.^(13,14)

Los trastornos temporomandibulares representan un problema importante de salud pública y constituyen una de las principales causas de dolor en la región facial.⁽¹⁵⁾ En ocasiones, estos trastornos se manifiestan junto con otros problemas neuromusculoesqueléticos en el cráneo o en el área cervical.⁽¹⁶⁾ Además, aspectos como la condición dental o la fuerza al morder pueden influir en la aparición de dolor en estas regiones.⁽⁹⁾

La prevalencia de cefalea y cervicalgia recurrentes varían significativamente según la edad, el sexo y otros factores. En la población en general se estima que al menos un 50 % y 30 % de la población en general respectivamente, experimentara estos síntomas algún momento de su vida.^(6,17) Al existir una alta prevalencia de cefalea y cervicalgia recurrentes que son diagnosticados como idiopáticas o sin causa aparente.^(3,11,17) Se cree que hay una deficiencia en la valoración integral del sistema musculoesquelético; así como de su conexión con el sistema estognomáticas.^(6,17)

De esta manera la cefalea y cervicalgia recurrentes tienen una relación estrecha con el sistema estomatognático, debido a su interconexión anatómica de la articulación temporomandibular con la cavidad bucal y las estructuras craneales y cervicales, su capacidad para generar dolor referido y su influencia en la postura y estrés. Muy pocos estudios se han realizado con el fin de buscar esta relación y orientar a un tratamiento más integral y efectivo de las cefaleas y cervicalgia recurrentes.^(6,8) Por lo tanto, es importante considerar la evaluación y el tratamiento del sistema estognomático al abordar estos trastornos musculoesqueléticos en la cabeza y cuello. De esta manera, a través de este estudio se ha propuesto determinar la relación entre la presencia de terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes.

MÉTODO

Diseño

El presente estudio fue de tipo correlacional, bajo un diseño transversal y enfoque cuantitativo.

Participantes

Se analizó una muestra de 60 pacientes odontológicos que se atendían en tres centros dentales privados de la ciudad de Ambato.

Se aplicó un muestreo no probabilístico a conveniencia, bajo los siguientes criterios de inclusión: pacientes con uno o más terceros molares, ya sean sintomáticos o asintomáticos; pacientes con terceros molares retenidos o en erupción, sintomáticos o asintomáticos; pacientes a quienes se les han extraído los terceros molares, ya sean sintomáticos o asintomáticos en los últimos 6 meses; y pacientes mayores de 18 años interesados en formar parte del estudio a través de su firma en el consentimiento informado, dejando una muestra de 30 participantes, incluidos en el estudio.

Instrumentos

Se estructuró un cuestionario para el estudio, dividido en tres secciones: Primera parte de datos demográficos sobre el sexo y edad de los pacientes; la Segunda parte sobre las características clínicas de la cefalea y Tercera parte características de la cervicalgia, incluyendo el tipo de dolor asociados, el tiempo de aparición del dolor, la naturaleza del dolor, su intensidad y frecuencia obtenidos mediante un Cuestionario de Percepción de la Cefalea, diseñado por los investigadores para registrar la percepción del paciente sobre su cefalea, abordando aspectos como la intensidad, frecuencia, duración y características del dolor, así como los factores desencadenantes y los síntomas asociados. Y el Cuestionario Índice de Discapacidad Cervical; se utiliza para medir el grado de discapacidad o limitación funcional asociada con la cervicalgia. Evalúa la intensidad del dolor, la limitación en el movimiento del cuello, la interferencia con las actividades diarias, el trabajo y el ocio, así como el impacto en la calidad de vida del paciente. El cuestionario puede incluir una serie de actividades o tareas que el paciente debe evaluar en términos de la dificultad para realizarlas debido a la cervicalgia.⁽¹⁸⁾

Recopilación de datos

Los datos fueron obtenidos mediante la administración directa del cuestionario, de manera directa e individual. Este fue aplicado dentro de los centros dentales por una única ocasión, en un horario convenido entre el investigador y el paciente. Asegurando de esta manera la uniformidad y consistencia en la recopilación de los datos obtenidos.

Aspectos éticos

Dada que el presente estudio es de tipo observacional, bajo la técnica de la encuesta, se solicitó a todos los participantes la firma del consentimiento informado de manera libre y voluntaria antes de la valoración, el que fue elaborado por los investigadores a partir de los lineamientos expresados en el Acuerdo Ministerial 5316, Registro 510. Modelos de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial del Ministerio de Salud del Ecuador,⁽¹⁹⁾ recomendaciones del Informe de Belmont,⁽²⁰⁾ aspectos éticos estipulados en la Ley de derechos y amparo del paciente⁽²¹⁾ y normativa descrita en la Ley orgánica de la Salud,⁽²²⁾ sobre los derechos del paciente, a la confidencialidad (Art. 4), a la información (Art. 5) y a decidir (Art. 6), y en cumplimiento con EL Art. 8 de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, donde estipula que el objetivo de la investigación nunca deber tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.⁽²³⁾ De tal manera, las pacientes podían retirar su consentimiento en cualquier momento, los datos obtenidos fueron utilizados únicamente con fines investigativos, la información personal y clínica de las pacientes fue gestionada a través de una base de datos codificada para garantizar su anonimato y confidencialidad; se menciona además que las participantes no recibieron ningún tipo de remuneración por la participación en el estudio.

Análisis estadístico

Los datos se presentaron de acuerdo al tipo de variable, de esta manera las variables categóricas se mostraron con números absolutos y porcentajes. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para verificar la distribución de la

muestra, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. La correlación entre el estado de los terceros molares y la cefalea y cervicalgia recurrente, se realizó a través de la prueba Rho de Spearman con un nivel de significancia del 95 %. El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS versión 20 (SPSS Inc., Chicago, IL).⁽²⁴⁾

Una vez finalizada la investigación, los datos y resultados obtenidos de los pacientes fueron eliminados de forma permanente y segura mediante la eliminación de archivos y formateo del pendrive que los almacenaba.

Se menciona, además, que la investigación base de este artículo, fue aprobada por la Universidad Técnica de Ambato, para su ejecución como Proyecto de Investigación, previo la obtención del Título de Licenciada en Terapia Física, con el tema: "Relación de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes", presentado por Thalía Mercedes Vásquez Astudillo.

RESULTADOS

De los 60 pacientes que formaron parte del estudio, 20(33,3 %) fueron hombres y 42(66,6 %) mujeres. En el

grupo de hombres 10(16,7 %) tuvieron entre 18 y 25 años, 8(13,3 %) entre 26 y 35 años, y 2 (3,3 %) superaron los 36 años. En contraste, 16(26,7 %) mujeres tuvieron entre 18 a 25 años, 14(23,3 %) entre 26 y 35 años, y 10(16,7 %) más de 36 años (tabla 1).

Sexo	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Grupo etario				
18 a 25 años	10	16,7	16	26,7
26 a 35 años	8	13,3	14	23,3
Mayor a 36 años	2	3,3	10	16,7
Total	20	33,3	40	66,6

En relación al estado de los terceros molares, 18(30 %) pacientes exhibían terceros molares en erupción, siendo 6(10 %) hombres y 12(20 %) mujeres. El 20 % mostraba terceros molares retenidos, 4(6,7 %) hombres y 8(13,3 %) mujeres. Finalmente, el 50 % había sido sometido a la extracción de terceros molares en los 6 meses previos al inicio de la investigación, 13(21,7 %) hombres y 17(37 %) mujeres. Así mismo 30(50 %) indicaron sentir dolor de cabeza y dolor de cuello, 10(16,66) hombres y 20(33,33 %) mujeres (tabla 2).

Sexo	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Terceros molares				
Presentes	6	10,0	12	20,0
Retenidos	4	6,7	8	13,3
Extraídos	13	21,7	17	28,3
Total	23	38,3	37	61,7
Presencia de cefaleas				
Si	10	16,66	20	33,33
No	13	21,7	17	28,3
Presencia de cervicalgia				
Si	10	16,66	20	33,33
No	13	21,7	17	28,3

A saber, de los pacientes que presentaron síntomas de cefalea; dentro de la característica clínica en relación con zona corporal con dolor 5(16,6 %) lo experimentó en el pómulo y zona media de la cabeza, 4(13,3 %) en la frente, 10(33,3 %) en la mandíbula, 2(6,6 %) en la zona lateral de la cabeza y 1(3,3) en toda la cabeza. De acuerdo a la acción detonante del dolor 7(23,3 %) indican que el dolor aparece al despertar, 18(60,0 %) al masticar y 5(16,6 %) al bostezar. Con respecto a la percepción del dolor, 7(23,3 %) indica sentido un dolor tipo latido, 1(3,3 %) como taladro y 22(73,3 %) como una presión. En la presentación del dolor, 6(20 %) mencionan que su dolor es continuo, 14(46,6 %) intermitente y 10(33,3 %) mixto. Así mismo, en la intensidad del dolor 6(20,0 %) mencionan sentir un dolor leve, 18(60,0 %) moderado, 5(16,6 %) severo y 1(3 %) muy severo. De acuerdo a la duración del dolor, 9(30,0 %) indica sentir dolor de segundos a minutos, 17(56,6 %) entre 30 min y 3 horas, 2(6,6 %) entre 4 horas y 3 días y de igual manera 2(6,6 %) más de 3 días. En cuanto a la frecuencia del dolor, 13(43,3 %) pacientes indica sentir brotes esporádicos de 6 a 9 semanas, 11(6,6 %) crisis esporádica y recurrentes y 6(20,0 %) a diario o casi a diario. Finalmente, los síntomas relacionados con el dolor de cabeza, 5(16,6 %) mencionan sentir también espasmo fácil y sensibilidad al ruido, 4(13,3 %) sensibilidad a la luz y amortiguamiento facial y 17(56,6 %) indican no tener ningún síntoma relacionado al dolor de cabeza (tabla 3).

De los 30 pacientes que reconocieron tener dolor de cuello o cervicalgia, 10(33,3 %) no sintió dolor durante la entrevista, 8(26,7 %) sintió un dolor leve y 12(40,0 %) un dolor moderado.

Tabla 3. Características clínicas de la cefalea

Cuestionario para la percepción de la cefalea	Frecuencia	Porcentaje
Zona corporal (dolor)		
Pómulo	5	16,6
Frente	4	13,3
Mandíbula	10	33,3
Zona ocular	0	0,0
Zona lateral de la cabeza	2	6,6
Zona media de la cabeza	5	16,6
Toda la cabeza	1	3,3
Acción detonante de dolor		
Despertar	7	23,3
Masticar	18	60,0
Bostezar	5	16,6
Percepción del dolor		
Latido	7	23,3
Taladro	1	3,3
Calambres	0	0,0
Presión	22	73,3
Presentación del dolor		
Continuo	6	20,0
Intermitente	14	46,6
Mixto	10	33,3
Intensidad del dolor		
Leve	6	20,0
Moderado	18	60,0
Severo	5	16,6
Muy severo	1	3,3
Duración del dolor		
Segundos a minutos	9	30,0
Entre 30 minutos y 3 horas	17	56,6
Entre 4 horas y 3 días	2	6,6
Más de 3 días	2	6,6
Frecuencia del dolor		
Brotos esporádicos 6-9 semanas	13	43,3
Crisis esporádicas y recurrentes	11	36,6
Más de 15 días al mes	0	0,0
A diario o casi diario	6	20,0
Síntomas relacionados con el dolor		
Espasmo facial	5	16,6
Sensibilidad al ruido	5	16,6
Sensibilidad a la luz	4	13,3
Amortiguamiento facial	4	13,3
Edema en la zona ocular	0	0,0
Nauseas-vómito	0	0,0
Ninguna	17	56,6

Con respecto a los cuidados personales 11(36,7 %) pacientes mencionan poder realizar su cuidado con normalidad sin que aumente el dolor, 16(53,3 %) las realizan con normalidad, pero si hay aumento del dolor,

2(6,7 %) realizan sus actividades despacio y con cuidado por el dolor y 1(3,3 %) necesita ayuda por el dolor, pero trata de realizar casi todas las actividades de cuidado personal. Al levantar objetos pesados, 12(40 %) pacientes menciona poder hacerlo sin incrementar el malestar, 16(53,3 %) experimenta más dolor, a 1(3,3 %) el dolor le impide levantar objetos pesados y a 1(3,3 %) más el dolor le impide levantar objetitos medianos o ligeros. En la actividad de lectura, 20(66,7 %) pueden hacerlo sin dolor, aunque 9(30,0 %) lo hace con dolor leve y 1(3,3 %) con dolor moderado (tabla 4).

Tabla 4. Características clínicas de la cervicalgia (primera parte)		
Cuestionario Índice de Discapacidad Cervical (primera parte)	Frecuencia	Porcentaje
Intensidad del dolor de cuello		
No tengo dolor en este momento	10	33,3
El dolor es muy leve en este momento	8	26,7
El dolor es moderado en este momento	12	40,0
El dolor es fuerte en este momento	0	0
El dolor es muy fuerte en este momento	0	0
En este momento el dolor es el peor que uno se puede imagina	0	0
Cuidados personales		
Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor	11	36,7
Puedo cuidarme con normalidad, pero este me aumenta el dolor	16	53,3
Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado	2	6,7
Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados	1	3,3
No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama	0	0,0
Levantar pesos		
Puedo levantar objetos sin aumento del dolor	12	40,0
Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor	16	53,3
El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en una mesa	1	3,3
El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil	1	3,3
Solo puedo levantar objetos muy ligeros	0	0,0
No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso	0	0,0
Lectura		
Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello	20	66,7
Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello	9	30,0
Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello	1	3,3
No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello	0	0,0
Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello	0	0,0
No puedo leer nada en absoluto	0	0,0

En términos de la concentración en algo, 14(46,7 %) no tienen dificultades, 14(46,7 %) tienen alguna dificultad y 2(6,7 %) enfrenta constantes dificultades. Con respecto al trabajo, 15(50 %) pueden trabajar lo que deseen sin limitaciones, 12(40 %) pueden realizar trabajo habitualmente pero no más y el 3(10,0 %) presenta algunas limitaciones en su desempeño. En relación al sueño, 10(33,3 %) no tiene problema para dormir, 16(53,3 %) el dolor de cuello les hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche, 3(10,0 %) pierde de 1 a 2 horas y 1(3,3 %) pierde de 2 a 3 horas. Finalmente, en las actividades de ocio, el 13(43,3 %) las realizan sin dolor de cuello, 16(53,3 %) las realiza con algún dolor, 1(3,3 %) no puede hacer algunas actividades debido al dolor de cuello (tabla 5).

Tabla 5. Características clínicas de la cervicalgia (continuación)

Cuestionario Índice de Discapacidad Cervical (continuación)	Frecuencia	Porcentaje
Concentrarse en algo		
Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad	14	46,7
Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad	14	46,7
Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero	2	6,7
Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero	0	0,0
Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero	0	0,0
No puedo concentrarme nunca	0	0,0
Trabajo		
Puedo trabajar todo lo que quiero	15	50,0
Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más	12	40,0
Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más	3	10,0
No puedo hacer mi trabajo habitual	0	0,0
A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo	0	0,0
No puedo trabajar en nada	0	0,0
Sueño		
No tengo ningún problema para dormir	10	33,3
El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche	16	53,3
El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche	3	10,0
El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche	1	3,3
El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche	0	0,0
El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche	0	0,0
Actividad de ocio		
Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello	13	43,3
Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello	16	53,3
No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello	1	3,3
Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor de cuello	0	0,0
Apenas puedo hacer las cosas que me gusta debido al dolor del cuello	0	0,0
No puedo realizar ninguna actividad de ocio	0	0,0

Al analizar la relación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cefalea, se encontró un p valor de 0,551. Dado que este valor es mayor que el nivel de significancia establecido (0,05), se puede decir que no hay una correlación entre la presencia de cefaleas y el estado de los terceros molares, por lo que no es necesario determinar la fuerza de la relación entre estas variables (tabla 6).

Tabla 6. Correlación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cefaleas

		Estado de los terceros molares	Presencia de cefaleas
Rho de Spearman	Estado de los terceros molares	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,078
		N	,551
	Presencia de cefaleas	Coeficiente de correlación	,078
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,551
			60
			60

Al analizar la relación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cervicalgia, se obtuvo p valor de 0,009. Al ser este menor que el nivel de significancia establecido (0,05). Mostrando, además, una fuerza de

relación entre las variables de 0,335, que, aunque es baja, se puede decir que existe una correlación entre la presencia de terceros molares brotados o retenidos y la aparición de cervicalgias (tabla 7).

Tabla 7. Correlación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cervicalgias

			Estado de los terceros molares	Presencia de dolor de cuello
Rho de Spearman	Estado de los terceros molares	Coeficiente de correlación	1,000	,335**
		Sig. (bilateral)	.	,009
		N	60	60
	Presencia de cervicalgias	Coeficiente de correlación	,335**	1,000
		Sig. (bilateral)	,009	.
		N	60	60

DISCUSIÓN

La cefalea y cervicalgia recurrentes tienen una relación estrecha con el sistema estognomático, debido a su interconexión anatómica entre la articulación temporomandibular, la cavidad bucal y las estructuras craneales y cervicales, su capacidad para generar dolor referido y su influencia en la postura y estrés.⁽²⁵⁾ De esta manera con el siguiente estudio se propuso determinar la relación entre la presencia de terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes, dando como resultado una correlación entre la presencia de los terceros molares y las cervicalgias (0,335); mientras que con respecto a las cefaleas no se encontró ninguna relación con la presencia de los terceros molares. Específicamente la muestra estuvo compuesta por 60 pacientes, 33,3 % hombres y 66,6 % mujeres, en edades entre 18 a 35 años (80 %), relacionándose con lo encontrado por Amador (2015) que destaca una alta prevalencia de terceros molares brotados en adultos jóvenes, especialmente entre los 18 y 25 años.⁽²⁶⁾ En relación al estado de los terceros molares, 18(30 %) pacientes exhibían terceros molares en erupción, 20 % retenidos y un 50 % había sido sometido a la extracción de terceros molares en los 6 meses previos al inicio de la investigación. Así mismo 30(50 %) indicaron sentir dolor de cabeza y dolor de cuello, de los cuales 10(16,66 %) fueron hombres y 20(33,33 %) mujeres. Mediante el cuestionario de percepción de la cefalea se obtuvo de manera general un mayor dolor en mandíbula (33,3 %), el detonante del dolor más frecuente fue masticar (60,0 %), el 73,3 % percibieron su dolor como una presión, el dolor en el 46,6 % se presentó intermitente y en el 60,0 % de intensidad moderada, la duración del dolor en el 56,6 % fue de 30 min a 3 horas; mientras que la frecuencia con la que aparecía el dolor para el 43,3 % fue por brotes esporádicos cada 6 a 9 semanas; además el 56,6 % mencionó no tener síntomas asociados. Lo que difiere con los resultados de Garza et al. (2017) que reporta una serie síntomas asociados con la presencia de los terceros molares son el dolor de cabeza y la sensibilidad a la luz y al ruido, afectando, además, las actividades diarias de los pacientes.⁽¹⁶⁾

Por otro lado, con el Cuestionario Índice de Discapacidad Cervical se observó de manera general una intensidad de dolor moderado (40,0 %) durante la entrevista, aumento del dolor al realizar sus actividades de autocuidado 6 levantar objetos pesados en el 53,3 % de la muestra, el 66,7 % mencionan que puede leer sin ninguna molestia en el cuello, y que pueden concentrarse con ninguna o alguna dificultad en el 46,7 %; además el 50,0 % indica que trabajan con normalidad, que su dolor en el cuello le provoca la pérdida de 1 hora de sueño cada día en el 53,3 % y en la misma proporción pueden realizar sus actividades de ocio con alguna molestia en el cuello.

Lo que es similar a los hallazgos de Huapaya et al. (2016), donde el 40 % de los pacientes con terceros molares experimentó dolor moderado, lo que afectó diversas áreas de su vida cotidiana, como cuidados personales, levantar pesos, lectura, concentración, trabajo y ocio.⁽¹³⁾ Concordando también con Antúnez al. (2017), quienes también identificaron molestias menores en un porcentaje considerable de pacientes.⁽¹¹⁾ Además, Reyes 2019 refiere que, la presencia de terceros molares impactados o mal posicionados podría generar presión o tensión en la mandíbula y los músculos circundantes, lo que podría influir en el desarrollo de síntomas cervicales.⁽²⁷⁾ Cohen en 2015 a través de sus hallazgos enfatiza la importancia de considerar múltiples factores, incluida la condición de los terceros molares, al abordar para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la cervicalgia.⁽²⁸⁾

Rotter en 2015⁽¹⁴⁾ y Yuan en 2016⁽⁹⁾; sugieren que la presencia de terceros molares es solo uno de los múltiples factores que podría contribuir a la cervicalgia, y otros aspectos clínicos y biomecánicos también deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento de esta condición. Los hallazgos apuntan a una correlación significativa entre la presencia de terceros molares y la cervicalgia, sugiriendo que los pacientes con terceros molares brotados o retenidos podrían experimentar una mayor discapacidad cervical. Loreto en el 2014⁽¹²⁾ y Figueroa en el 2015⁽⁵⁾, refieren que, esta discapacidad se manifiesta en limitaciones de movilidad del cuello, dolor crónico y rigidez, afectando considerablemente la calidad de vida y las actividades diarias de

los afectados.

CONCLUSIONES

Se concluye que los pacientes con terceros molares retenidos o brotados tienden a experimentar más problemas de cervicalgia, limitando también algunas actividades de su vida diaria y aunque la presencia de cefaleas no parece estar influenciada por el estado de los terceros molares en esta muestra, se considera la necesidad de una evaluación más profunda y específica para descartar totalmente la relación. Esta comprensión más profunda podría tener implicaciones significativas en el manejo clínico y el tratamiento de la cefalea y cervicalgia, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Sugiriendo que la extracción de los terceros molares podría reducir el riesgo de cervicalgias recurrentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mena SA, Rockenbach MC. Complications in the extraction of impacted and retained third molars: a literature review. *Odo Vit.* 2023;1(38): 26-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.59334/rov.v1i38.547>
2. Jaroń A, Jedliński M, Grzywacz E, Mazur M, Trybek G. Kinesiology taping as an innovative measure against post-operative complications after third molar extraction: a systematic review. *J Clin Med.* 2020;9(12): 3988. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/12/3988>
3. Domah F, Shah R, Nurmatov UB, Tagiyeva N. The use of low-level laser therapy to reduce postoperative morbidity after third molar surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2021;79(2): 313.e1-313.e19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33058775/>
4. Baeza S, Cáceres N, González G, Guzmán C, Paz SM, Valenzuela I. Characterization of third molar extraction. *Rev Cient Odontol.* 2021;9(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38464863/>
5. Figueroa V, Sarduy C, Ávila V, Castillo J. Acupuncture and medicinal treatment for cervicalgia relief. *Rev Cuba Med Mil.* 2015;44(1):4 1-9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572015000100006&script=sci_arttext&tlng=en
6. Velázquez H, Zermeño J, Sánchez J. Comprehensive detection and assessment of tension headache. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2013;15(1): 61-78. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697005>
7. Sánchez J, Cariati P, Pérez M. Evaluation of a patient with temporomandibular joint disorders in Paget's bone disease. *Reumatol Clin.* 2019;15(5): e74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29361426/>
8. Giménez S. Cervicalgias. *Revista Farmacia Profesional.* 2004;18(2): 7-69. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cervicalgias-13057676>
9. Yuan Q, Wang P, Liu L, Sun F, Cai Y, Wu W, Ye M, Ma J, Xu B, Zhang Y. Acupuncture for musculoskeletal pain: a meta-analysis and meta-regression of sham-controlled randomized clinical trials. *Sci Rep.* 2016;6: 30675. Doi: 10.1038/srep30675. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27471137>
10. Quintero A, Rivera N, Rodríguez C. Functional orthopedic therapy of the maxillaries in patients with temporomandibular joint pain: a case report. *Ciencia Odontológica.* 2016;13(2): 128-138. Available from: <https://www.redalyc.org/html/2052/205250421006/>
11. Antúnez LG, De la Casa M, Rebollo J, Ramírez A, Martín R, Suárez C. Effectiveness of an individualised physiotherapy program versus group therapy on neck pain and disability in patients with acute and subacute mechanical neck pain. *Aten Primaria.* 2017;49(7):417-425. Doi: 10.1016/j.aprim.2016.09.010.
12. Loreto M. Cervical myofascial pain. *Rev Méd Clín Las Condes.* 2014;25(2):200-208. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70031-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70031-8). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700318>
13. Huapaya M, Lozano F. Association between tension-type headache and temporomandibular dysfunction according to the DC/TMD INDEX. *Rev Estomatológica Herediana.* 2016;26(4). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400005.

14. Rotter E. Temporomandibular joint disorders. In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, et al, editors. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015. Chap 91.
15. Okenson P. Temporomandibular disorders. In: Kellerman RD, Bope ET, editors. Conn's Current Therapy. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2018. p. 416-477.
16. Garza I, et al. Headache and other craniofacial pain. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, editors. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. Chap 103.
17. Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD005319. Doi: 10.1002/14651858.CD005319.
18. García T, Gutiérrez Á, Garganta R, Alonso D. Pain and cervical disability among public workers who use data visualization display terminals. Cien Saude Colet. 2021;26(suppl 3):5215-5222. Spanish. Doi: 10.1590/1413-812320212611.3.18362019.
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Documento de Socialización del Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud; 2016. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
20. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Informe Belmont - Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. 1980. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos>
21. Congreso Nacional del Ecuador. Ley de derechos y amparo al paciente; 2006. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
22. Congreso Nacional del Ecuador. Ley orgánica de la salud; 2015. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
23. AMM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
24. IBM-Corporation. Guia del usuario de IBM SPSS Statistics 25 Core System. 2017;310.
25. Gómez J, Garcés N. Relationship between neurofocal dentistry and cervical and shoulder pains. Rev Hosp Clín Quirúrg "Arnado Milián Castro" - Acta Méd Cent. 2017;11(3). Available from: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/848/1049>
26. Amador A, Hung O, Menéndez D. Retained upper third molar in maxillary sinus: a case presentation. Correo Cient Méd. 2015;19(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100018.
27. Reyes A, Ramcharan K, Maharaj R. Chronic migraine headache and multiple dental pathologies causing cranial pain for 35 years: the neurodental nexus. BMJ Case Rep. 2019 Sep 20;12(9): e230248. Doi: 10.1136/bcr-2019-230248.
28. Cohen S. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. Mayo Clin Proc. 2015 Feb;90(2):284-99. Doi: 10.1016/j.mayocp.2014.09.008.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo.

Curación de datos: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo.

Análisis formal: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo, María Alexandra Vaca Sánchez.

Adquisición de fondos: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo.

Investigación: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo.

Metodología: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo, María Alexandra Vaca Sánchez.

Administración del proyecto: María Alexandra Vaca Sánchez.

Recursos: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo, María Alexandra Vaca Sánchez, David Alexander Navarrete Telenchana, Jessica Silvana Jami Chango, Kleber Gabriel Santos Huertas.

Software: María Alexandra Vaca Sánchez, Kleber Gabriel Santos Huertas.

Supervisión: David Alexander Navarrete Telenchana, Jessica Silvana Jami Chango.

Validación: María Alexandra Vaca Sánchez, David Alexander Navarrete Telenchana.

Visualización: Jessica Silvana Jami Chango, Kleber Gabriel Santos Huertas.

Redacción - borrador original: Thalía Mercedes Vásquez Astudillo, María Alexandra Vaca Sánchez.

Redacción - revisión y edición: María Alexandra Vaca Sánchez, David Alexander Navarrete Telenchana, Jessica Silvana Jami Chango, Kleber Gabriel Santos Huertas.