



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

TERCEROS MOLARES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL
APIÑAMIENTO DENTARIO ANTEROINFERIOR EN PACIENTES
JÓVENES QUE ACUDEN A UN CENTRO ODONTOLÓGICO DE
AREQUIPA 2021

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bach. JAQUELINE DEYSI, JOVE CASTELO

ASESOR:

MG. C.D. VÍCTOR ALEJANDRO, MEJÍA LÁZARO

AREQUIPA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme
cada meta trazada y a mi
familia por su amor y apoyo
incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios,

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

Por los triunfos y los buenos y malos momentos que me han enseñado a crecer y valorar cada día más de mi vida.

A mis padres por haber cumplido este sueño.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar si existe relación de terceros molares retenidos y el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021. Es un estudio de tipo no experimental, de diseño descriptivo, transversal y retrospectivo y de nivel correlacional. La muestra estuvo constituida por 100 radiografías panorámicas y modelos de estudio, así mismo, el muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Se utilizó como instrumento para el apiñamiento la discrepancia de espacio y para los molares retenidos la clasificación de Winter (angulación) y Pell y Gregory (profundidad y espacio). Los resultados demostraron que en el tercer molar derecho prevaleció la posición mesioangular (55.0%) y en el izquierdo también (59.0%), según Pell y Gregory, el tercer molar derecho se caracterizó por ser clase II (74.0%) y clase A (44.0%) y en el lado izquierdo fue clase II (80.0%) y clase B (41.0%), así mismo, el grado de apiñamiento con mayor porcentaje de presentación fue el severo (44.0%). En la relación llevada a cabo, según la clasificación de Winter, se ha evidenciado que es la posición horizontal (52.6%) y mesioangular (49.1%) la que genera apiñamiento dentario anterior en el lado derecho, ahora bien, en el izquierdo es la mesioangular (52.5%). De acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, en el lado derecho fue solamente la clase II (50.0%) la que genera apiñamiento y en el izquierdo no se observó relación significativa. En conclusión, los resultados mostraron que existe relación significativa entre los terceros molares retenidos y la presencia de apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes.

Palabras clave: apiñamiento anteroinferior, tercer molar retenido, clasificación de Winter, clasificación de Pell y Gregory.

ABSTRACT

The aim of this research study was to determine if there is a relationship between retained third molars and anteroinferior dental crowding in young patients attending a dental center in Arequipa 2021. It is a non-experimental, descriptive, cross-sectional, retrospective and correlational study. The sample consisted of 100 panoramic radiographs and study models, and the sampling was simple random probability sampling. The instrument used for crowding was the space discrepancy and for retained molars the Winter (angulation) and Pell and Gregory (depth and space) classification. The results showed that in the right third molar the mesioangular position prevailed (55.0%) and also in the left (59.0%), according to Pell and Gregory, the right third molar was characterized as class II (74.0%) and class A (44.0%) and on the left side it was class II (80.0%) and class B (41.0%), likewise, the degree of crowding with the highest percentage of presentation was severe (44.0%). In the relationship carried out, according to Winter's classification, it was found that it is the horizontal position (52.6%) and mesioangular (49.1%) that generate anterior dental crowding on the right side, while on the left side it is the mesioangular (52.5%). According to the Pell and Gregory classification, on the right side it was only class II (50.0%) that generated crowding and on the left side there was no significant relationship. In conclusion, the results showed that there is a significant relationship between retained third molars and the presence of anteroinferior crowding in young patients.

Key words: anteroinferior crowding, retained third molar, Winter's classification, Pell and Gregory's classification.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 Descripción realidad problemática.....	11
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1 Objetivo general.....	13
1.3.2 Objetivo específico.....	13
1.4 Justificación de la investigación.....	13
1.4.1 Importancia de la investigación.....	13
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	14
1.5 Limitación del estudio.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	15
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	16
2.2.1 Definición de términos básicos.....	36
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas.....	38
3.1.1 Hipótesis principal.....	38
3.2 Variables: definición conceptual y operacional.....	38
3.2.1 Variables principales.....	38
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	40
4.1 Diseño metodológico.....	40
4.2 Diseño muestral.....	40

4.3 técnicas e instrumento de recolección de datos	42
4.4 Técnicas de estadística para el procedimiento de la información	43
4.5 Aspectos éticos	43
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	44
5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	44
5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL	50
5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS:	60
5.4 DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
FUENTES DE INFORMACIÓN	65
ANEXOS	74
Anexos N°1: CARTA DE PRESENTACIÓN	75
ANEXO N°2: CONSTANCIA DE EJECUCIÓN	76_Toc89979613
ANEXO N°3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77
ANEXO N°4: MATRIZ DE DATOS	79
ANEXOS N°5: FOTOGRAFIAS	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Winter, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	44
Tabla 2. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Pell y Gregory, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	46
Tabla 3. Prevalencia de apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	48
Tabla 4. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Winter, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes de sexo masculino que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	50
Tabla 5. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Winter, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes de sexo femenino que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	51
Tabla 6. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Pell y Gregory, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes de sexo masculino que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	53
Tabla 7. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Pell y Gregory, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes de sexo femenino que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	55
Tabla 8. Relación de terceros molares retenidos, según la clasificación de Winter, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa, 2021	57
Tabla 9. Relación de terceros molares retenidos, según la clasificación de Pell y Gregory, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa, 2021	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Winter, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	45
Gráfico 2. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Pell y Gregory, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	47
Gráfico 3. Prevalencia de apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021	49

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se evaluó, terceros molares retenidos y su relación con el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021. Esta investigación se realizó para evaluar si hay relación de la posición según la clasificación de Winter, cual es la que genera mayor grado de apiñamiento anteroinferior, y de igual forma con la clasificación de Pell y Gregory si tiene relación entre el espacio y profundidad de los retenidos y grado de apiñamiento anteroinferior .

En el capítulo I, se realizó el planteamiento del problema donde se describió la realidad problemática, además de los problemas y objetivos formulados en la investigación. Además, se elaboró la justificación del estudio, así como la viabilidad del estudio. En el capítulo II se mencionan los antecedentes internacionales y nacionales previos al estudio y sustentación de la información teórica.

En el capítulo III se formula la hipótesis y variables de estudio, en donde se elabora la operacionalización de variables, junto a sus dimensiones, indicadores y valores estandarizados, seguido por el capítulo IV se describe la metodología, así como la técnica de recolección de datos, la elaboración de la ficha de recolección de datos, procedimientos a seguir desde el inicio hasta la ejecución, aplicación de técnicas estadísticas y aspecto ético.

En el capítulo V se detalla los resultados mediante el análisis inferencial y descriptivo, posteriormente se realizó la discusión donde se contrastó los resultados encontrados con la investigación previas, por último, se desarrolló las conclusiones y recomendaciones. El propósito de la investigación fue determinar la relación de terceros molares retenidos y el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción realidad problemática

Los terceros molares son dientes que aparecen en la cavidad bucal entre 18 a 25 años según García. Es la que presenta más variaciones, siendo que en varios casos esta pieza dental no tiene el lugar o amplitud ideal para su erupción.

Así mismo Los niveles de apiñamiento dental son una problemática en la salud bucal, con 70 a 80% de incidencia en la población, se considera que una de las causas es la presencia de molares retenidos o terceros molares o también llamadas muelas de juicio y está considerado como elemento de contingencia para la desarmonía dental, y una de las manifestaciones de mal oclusión o desarmonía dentaria anterior que se caracteriza por carencia de amplitud para el adecuado ubicación del sector anterior de los maxilares.

Por otro lado, la trascendencia del apiñamiento son el efecto que traen en el paciente, que pueden ser de característica funcional como armonía dental, complicando la limpieza oral generando considerable prevalencia o incidencia de lesiones dentales. Existe una prevalencia de 80.2%, en el mundo odontológico y ocupa el tercer lugar.

Actualmente en la consulta odontológica se presenta casos con altos índices de apiñamiento dental que es producto probable de la posición del tercer molar retenido, es común encontrar alteración de su imagen tanto en su corona y raíz lo más evidente es el la ubicación del tercer molar retenido ,en un 60% de los casos que se presenta en consulta , no hace contacto con antagonista y también un 50% de casos no presenta expulsión de la encía, a esta alteración se le denomina tercer molar retenido, actualmente las muelas de juicio se quedan retenidos ,atrapados en el hueso o simplemente no erupciones ,lo que no les permite una erupción normal y causando molestia e incluso dolor por lo que se le sugiere como tratamiento la extracción del

molar retenido, los molares retenidos pueden presentar de dos maneras ,intra óseo el molar está envuelto de tejido óseo y subgingival cuando está cubierta de mucosa gingival, la retención de molares retenidos, puede tener varias causas entre ella está la ausencia de anchura, consistencia de recubrimiento del hueso, membrana mucosa muy compacto, persistencia de molares temporales, ausencia prematura de dientes temporales, durante mi practica en la clínica odontológica e internado pude percibir , pacientes con desarmonía dental con mayor frecuencia en el sector antero inferior, teniendo como tratamiento quirúrgico la extracción de los terceros molares retenidos, de tal manera para poder solucionar el apiñamiento de los pacientes.

En el presente estudio de investigación se determinó la relación que existe entre terceros molares retenidos y apiñamiento dental en pacientes que acuden a centro odontológico Arequipa 2021.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Existe relación entre terceros molares retenidos y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál es la prevalencia de terceros molares retenidos en pacientes jóvenes que acuden a centro odontológico Arequipa 2021?

¿Cuál es la prevalencia de apiñamiento dentario anteroinferior en los pacientes jóvenes que acuden a centro odontológico Arequipa 2021?

¿Cómo es la relación entre terceros molares retenidos y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden centro odontológico Arequipa 2021 según sexo?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación de terceros molares retenidos y el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021.

1.3.2 Objetivo específico

Establecer la prevalencia de terceros molares retenidos en pacientes jóvenes que acuden centro odontológico de Arequipa 2021.

Establecer la prevalencia de apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden centro odontológico de Arequipa 2021.

Determinar la relación entre terceros molares retenidos y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a centro odontológico de Arequipa 2021 según el sexo.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

La realización de esta investigación tiene justificación vital importancia teórica, porque nos va a proporcionar información necesaria que nos ayudara a mejorar los conocimientos sobre la prevalencia de terceros molares retenidos y apiñamiento dental para evaluar si esta relación aumenta o disminuye esta patología ,llamamos apiñamiento dental que tiene como causas falta de extensión en el maxilar en la que están ubicados, esta alteración puede presentarse frecuentemente en el sector antero inferior de la mandíbula por lo que se describe como desarmonía dental, es de trascendencia el argumento de indagación porque esta presencia de terceros molares retenidos no solo afecta el apiñamiento dental sino que también la desarmonía dental y al estado psicológico ,afectando la autoestima de los pacientes esta alteración presentan altos índices de alteraciones en la cavidad bucal ,es probable que sea por

la difícil limpieza y aseo de las piezas apiñadas que puede ser causas de acumulación de placa.

Presenta justificación clínica debido que es de suma interés, esta ejecución de la investigación nos proporcionara ampliar o reforzar conocimiento adecuado y con el fin de dar un diagnóstico y tratamiento preventivo.

Presentará una justificación social, porque aportará conocimiento como parte inicial o como un medio para proveer en un corto plazo problemas que pueden afectar psicológicamente y funcionales, se podrían establecer tratamientos preventivos para mejorar las condiciones de vida de la salud bucal.

La presente investigación es de interés personal porque me impulso a realizar este trabajo de investigación para optar el título profesional de cirujano dentista y el conocimiento sobre apiñamiento dentario en relación con la presencia de terceros molares retenidos.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Este estudio fue factible puesto que se contó con el periodo que se requiere para recopilar las informaciones. Contó con recursos humanos necesarios para la ejecución completa.

El actual estudio presentó viabilidad financiera porque todo aquello que se generara como consumo, la investigadora se encargara de financiarlo.

La presente investigación es viable puesto que se contó con los recursos necesarios para su elaboración como se muestra a continuación.

1.5 Limitación del estudio

El presente trabajo de investigación puede verse limitada principalmente por el acceso de pacientes por la pandemia.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Hernández G. (2016) México; El objetivo de este estudio, es decidir la relación entre el lugar del tercer molar afectado como componente causante de apiñamiento anteroinferior. Material y técnicas: La muestra estuvo conformada por 110 casos de la Universidad Autónoma de Nayarit, los ejemplares fueron estimados con un calibre avanzado graduado en milímetros para obtener resultados de apiñamiento dental como leve, moderado y severo. Se tomaron radiografías para valorar la situación de los terceros molares y posteriormente se contrastaron de acuerdo con la disposición de Pell y Gregory, el resultado de Winter fue que el 48,8% presentaba apiñamiento leve, el 30% moderado y el 24,54% severo. En cada uno de los niveles de gravedad del apiñamiento se encontró un mayor nivel de terceros molares afectados en el espacio de la cima del molar posterior (54,8-75%). Conclusiones: En los tres tipos de apiñamiento se encontró un mayor índice en la angulación mesioangular a nivel del ápice del molar posterior.¹

García C. (2020) Ecuador; en su estudio tuvo como objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia del apiñamiento dental anteroinferior relacionado a la erupción de terceros molares inferiores en los pacientes que acuden a la Facultad Piloto De Odontología en diciembre de 2019 a enero de 2020. La metodología fue cuantitativa, descriptiva y de campo. En este trabajo de investigación se encontró una incidencia del 70% de apiñamiento antero inferior, sin tomar en cuenta la edad significativa, el grado de apiñamiento que se encontró con mayor incidencia fue leve, la posición según la clasificación de Winter fue la posición vertical, en esta investigación se tuvo como conclusión que el tercer molar o muela de juicio junto con otro factores favorezcan el apiñamiento dental tardío y que se recomienda el control de la muela de juicio o tercer molar tanto su desarrollo y posición, como tratamiento

preventivo sería la extracción quirúrgica antes de que presente complicaciones en la cavidad oral.²

Cuellar J. (2018) Chile; el presente estudio de investigación tiene como objetivo la relación entre apiñamiento dentario y terceros molares. Las metodologías se utilizaron Epistemonikos la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en la salud, extrajeron la información de las auditorías distinguidas, reanalizamos la información de las investigaciones esenciales, organizaron tablas de resumen de los resultados utilizando la técnica GRADE, los resultados reconocieron 7 encuestas precisas que en conjunto incorporan 31 investigaciones esenciales de las cuales 2 son preliminares aleatorias. Por último, el restringido número de estudios que relacionan los terceros molares con el apiñamiento dental y el bajo grado de comprobación de estas informaciones no nos permiten tener claridad respecto a la posible relación entre los terceros molares y el enjambre dental.³

2.1.2 Antecedentes nacionales

Machaca J. (2018) Juliaca; en el presente estudio de investigación tiene como objetivo Identificar la relación de los terceros molares impactados con el apiñamiento dental anteroinferior en pacientes de la Clínica Odontológica Universitaria Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca 2017. El estudio que se ejecutó es de tipo observacional. Transversal, analítico, retrospectivo, constituido por 35 muestras de modelos de estudio y su respectiva radiografía, los resultados mostraron que, si existe relación entre molares impactados con apiñamiento dental anteroinferior, se observa la posición de los terceros molares en la que hay mayor incidencia de un 71.43% se encuentra en posición mesioangular en lado derecho y en una posición 14.29% en horizontal y en 80% presenta posición mesioangular en lado izquierdo del maxilar.⁴

Rodríguez M. (2014) Trujillo; El propósito de este estudio fue determinar si existe relación entre los terceros molares inferiores y el apiñamiento de los dientes inferiores anteriores de estudiantes de 18 a 25 años de la facultad de odontología de la universidad privada Antenor Orrego de Trujillo .Se trata de un estudio descriptivo transversal y observacional que consta de 109 alumnos y alumnas de entre 18 a 25

años .Las variables analizadas son apiñamiento anterior e inferior, terceros molares y sexo. El método de selección utilizado es el muestreo probabilístico aleatorio simple, para el método de resultado se utiliza la prueba t de Student para comparar las medias y, el nivel de significancia es de 5%. Los resultados muestran que existe una correlación entre la presencia de terceros molares inferiores y el apiñamiento de los dientes anteriores e inferiores entre los estudiantes de 18 a 25 años. La frecuencia del tercer molar inferior en pacientes de 18 a 25 años es de 85.3% presente y 14.7% ausente en el lado derecho, 89.0% presente y 11.0% ausente en el lado izquierdo.⁵

2.2 BASES TEÓRICAS

DESARROLLO DE LA CABEZA

La cabeza es la parte del cuerpo que se encentra sobre el tronco.

Contiene al encéfalo, al aparato de la masticación y los órganos de los sentidos: vista, olfato, oído y gusto

Desde el punto de vista anatómico se divide en.

Neurocráneo: caja ósea que contiene y protege al encéfalo.

Viscerocráneo: Constituida por los huesos del esqueleto de la cara que aloja a la mayor parte de los órganos de los sentidos y brinda apoyo a los órganos de la masticación.

Desde el punto de vista embriológicos:

Se forman a partir de tejido mesenquimático (tejidos conjuntivo embrionario) se forman los tejidos de los huesos de la cabeza.

Las células mesenquimales provienen de dos fuentes: células de la cresta neural y células del mesoderma paraxial pre-otico.

Neurocráneo

El neurocráneo desde el punto de vista anatómico está constituida por 8 huesos

Cuatro impares:

Frontal

Etmoides

Esfenoides

Occipital

Cuatro pares

Los parietales

Los temporales

Los osteoblastos celulares encargadas de sintetizar tejidos óseos: osificación

La osificación se clasifica en:

Osificación intramembranosa o Endo conjuntiva

Osificación intracartilaginosa o endocondral

Con base al tipo de osificación que hace el osteoblasto para formar los diferentes huesos del neurocráneo.

Se clasifica en:

Neurocráneo membranoso (osificación intramembranosa)

Neurocráneo cartilaginoso (osificación(endocondral)

Neurocráneo membranoso. De los ocho huesos que forman el neurocráneo estos constituyen al neurocráneo membranoso: frontales parietales, temporal, occipital)

En el encéfalo que es rodeado por mesénquima aparecen espículas las cuales se encuentran en dirección del centro y alrededor.

la calota presenta dos separaciones por tejido conjuntivo denso estas zonas de conjuntivo denso son: suturas metópica, coronal, sagital, lamboidea, temporoparietal.

Otras características del neurocráneo membranoso en desarrollo son:

En desarrollo es en los puntos donde se encuentra más de dos huesos, las suturas se ensanchan y estas zonas reciben el nombre de fontanela.

Se describe seis: fontanela anterior: romboidal cierra entre 13 a 14 meses, fontanelas posteriores triangular cierra entre el 2 -3 mes, dos en la cara lateral antero lateral, cierran a los 3 meses, posterolateral se cierran a los 12 meses.

El cráneo del feto y del recién nacido crecen en respuesta al crecimiento del encéfalo, por su superficie interna reabsorción osteoclástica, por su superficie externa crecimiento aposicional.

FACTORES DE CRECIMIENTO

Moyers ha resumido el control del desarrollo craneal según lo indicado por:

Elementos hereditarios característicos: controlan principalmente el desarrollo condrocraneal.

El control del desarrollo democraneal es por algunas variables hereditarias innatas.

El desarrollo sutural está controlado fundamentalmente por factores que parten de los ligamentos de la cabeza y otras estructuras adyacentes.

El control del desarrollo periostio es básicamente por impacto a partir de las construcciones vecinas de la cabeza.

Además, el desarrollo sutural y periótica está coordinado por impactos naturales vecinales, incluyendo poderes sólidos. - Los impactos naturales locales no hereditarios controlan bastante el desarrollo del cóndilo mandibular.

LA MANDÍBULA

CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA

La cara inferior está sostenida por una barra moldeada conocida como ligamento de Meckel. Este poste va de la línea media de la curva mandibular en sentido inverso a la caja ótica. La mandíbula aparece como un diseño recíproco en el sexto tramo de siete

días de vida fetal como una delicada lámina de hueso horizontal y con cierta separación del ligamento de Meckel. La última opción es un cristal redondo y hueco de ligamento. La maxilar inferior tiene un sistema de solidificación llamado yuxtaparacondral en el que el ligamento de Meckel, llamado ligamento esencial, rellena como ayuda o respaldo, pero no participa. El endurecimiento se produce como un diseño igual y situado cerca del ligamento, posteriormente su nombre. El maxilar inferior es una estructura osea de inicio intramembranoso que crece horizontalmente hasta la parte cartilaginosa de la curva branquial primaria. Con el paso del tiempo, este ligamento recae y se desvanece, a excepción de dos pequeñas partes, en sus puntos dorsales más alejados, que darán forma a los huesos de hierro y mazo del herrero. Opcionalmente, en el lugar del cóndilo, de la apófisis coronoides y presumiblemente también de la punta mandibular, se enmarca el tejido cartilaginoso, cuya solidificación asumirá vital importancia en el desarrollo del hueso. En este sentido, la multiplicación del tejido cartilaginoso de la cabeza mandibular (desarrollo de tipo endocondral), la yuxtaposición y la reabsorción superficial en el cuerpo y la rama ascendente (desarrollo de tipo intramembranoso), establecen el desconcertante sistema de desarrollo de esta estructura. La solidificación es, en consecuencia, mixta, ya que además de ser intramembranosa, interceden ligamentos auxiliares, que son la coronoides, el sínfisisario o mentoniano, y el cóndilo. El cuerpo del maxilar inferior esta anexado al ligamento de Meckel, esta trabaja y es conducido a la parte anterior, desarrollo hasta la recaída de este ligamento, momento que el cóndilo es útil. Este al inicio de forma autónoma, ligamento en forma de zanahoria, y es encajado por el hueso creador de la pieza posterior de la mandíbula. El ligamento se transforma en hueso además el punto más proximal, donde enmarca una articulación con el hueso transitorio de la fosa glenoidea. Esta parte superior cartilaginosa del cóndilo, envuelta en una cubierta tendinosa que es constante con el contenedor de la articulación, continúa y tiene capacidad como lugar de desarrollo hasta aproximadamente los 25 años. Las dos cabezas condilares funcionan de forma muy similar a las epífisis de los huesos largos. El ligamento condilar es suplantado constantemente de hueso; en la vida intrauterina las dos partes de la mandíbula inferior están anexadas por sínfisis fibrocartilaginosa, conocida como síncondrosis; más tarde durante el post embarazo, este tejido en la

intersección será suplantado poco a poco por el hueso. Unos pocos creadores creen que el cóndilo es el punto focal fundamental del desarrollo maxilar, como Weinmann y Sicher, basándose en que alrededor hay un ligamento hialino que "produce" hueso como el ligamento de desarrollo de los huesos largos, el ligamento hialino es cubierto por una capa de tejido conectivo fibroso, se inclina así hacia el desarrollo por emparejamiento. Greenery acepta que el cóndilo no es una variable esencial, pero sí una región auxiliar. El desarrollo del maxilar descendente y delante crea en detrimento del ligamento condilar, en dirección ascendente por la disposición de los bordes alveolares. En el porte anteroposterior el desarrollo se produce por emparejamiento en la línea posterior de la rama y por reabsorción en el límite anterior de la misma. En el lado lingual la reabsorción comienza después de cuatro meses, lo que se suma al desarrollo anterior de esta zona del cuerpo mandibular. En las superficies de este hueso se produce un claro desarrollo óseo periostal (emparejamiento y reabsorción) que lo rediseña y provoca los desarrollos de desprendimiento esenciales y auxiliares. Al igual que en el maxilar, en la mandíbula hay un desarrollo grave en la línea de la parte posterior de la rama. Un trozo de la rama se transforma en cuerpo por reabsorción de la línea anterior de la rama ascendente. Esto permite el espacio para la expulsión de los molares de larga duración. En cuanto a la expansión de la anchura, las investigaciones han demostrado que esta estructura varía poco después del sexto año de vida. Según Graber, la relación ósea en la zona mentoniana en los hombres puede llegar hasta los 23 años, siendo poco visible y de entrada en las mujeres. Cerca del límite más lejano del segundo mes de vida intrauterina, el maxilar inferior, al igual que el maxilar superior, conforma una partitura que se abre hacia la capa externa de la depresión oral. En esta partitura están contenidos los microbios dentales, y además se incorporan los nervios de la mandíbula.

ANATOMÍA DEL MAXILAR INFERIOR (MANDÍBULA)

La mandíbula es relativamente plana, central un hueso simétrico va estar estar compuesto de dos partes una antero inferior que es el cuerpo del maxilar inferior y otra lateral y superior que son dos ramas ascendentes cabe destacar importante rescatar que hay una porción posterior en la región más posterior que se considerada también

parte de la rama ascendente como parte del cuerpo en manera que anatómicamente no me existe un punto específico donde yo pueda decir hasta aquí lo denomina rama ascendente o cuerpo, simplemente es una zona que puede formar parte de las dos porciones tanto la rama ascendente como el cuerpo, las dos porciones la rama ascendente y el cuerpo se unen en la región posteroinferior formando el ángulo de la mandíbula, una zona que es bastante palpable en el sujeto en vivo este ángulo mide 125 grados aunque se dice que tiene un rango de 110 y 140 grados.

Cuerpo de la mandíbula, este cuerpo básicamente va a tener dos caras que vendría hacer cara externa y cara interna o medial se dice que el cuerpo tiene forma de U con la concavidad hacia posterior de manera que la parte externa de la u sería la cara externa y la parte interna de la propia U sería entonces la cara interna también va tener dos borde superior y borde inferior donde va ser la base.

FUNCIONES DE LA MANDÍBULA

La mandíbula, es la que presenta más movimiento de los huesos craneofaciales, es esencialmente significativa por estar asociada a los elementos fundamentales de la trituración, el mantenimiento de la vía aérea, la autoridad lingual y la mirada.

DENTICIÓN

DESARROLLO GENERAL DE LA DENTICIÓN

La dentición humana es, sin embargo, difiodonte, ya que está formada por una primera serie de veinte dientes transitorios que son suplantados, cuando se pelan normalmente, por otros veinte dientes superdurables y doce molares que se expulsan sin suceder ni suplantar a ningún diente impermanente. Otra peculiaridad propia del avance filogenético es el supuesto anisomerismo, retratado por la lenta disminución de la cantidad de dientes que componen la dentición. Desde los reptiles más excepcionales, que tienen 66 dientes, hasta los 32 que componen la dentición humana, hay un largo periodo de desarrollo en el que disminuye la cantidad de dientes y aumenta la morfología y adaptabilidad del artilugio triturador. El hombre tiene menos dientes, pero más equipados para cortar, desgarrar y morder los alimentos que devora

la criatura omnívora en segundo lugar. De este modo, la dentición humana es sucesora principal de un largo avance filogenético y es dependiente de patologías en su morfología, expulsión e impedimento que deben ser percibidas desde una información esencial sobre la mejora de cada uno de los dientes, desde su disposición subyacente hasta que entran en contacto con los principales dientes del malo. En cuanto al tamaño, hay pruebas sólidas para ayudar a la posibilidad de que el tamaño de los dientes es a un gran no fijado en piedra, a pesar de que hay pruebas exploratorias que las variedades ecológicas externas pueden cambiar el tamaño de los dientes en criaturas específicas. Existen contrastes raciales marcados en el tamaño de los dientes, siendo los lapones los que probablemente tengan los dientes más pequeños y los aborígenes australianos los más grandes. El contraste entre sexos en el tamaño es del 4% y es mayor para el canino superior y menor para los incisivos. Hay pruebas sólidas de que la genealogía X se corresponde con el tamaño de los dientes, ya que las relaciones entre hermanas son mayores que entre hermanas y hermanos y el tamaño de los dientes en las hembras es mayor que en los chicos. El rango de tamaño rastreado fluctúa con el diente y es mucho mayor de lo que se muestra en prácticamente todos los libros de estructuras de vida dental. Como el tamaño de los dientes es un factor tan importante y los diseños del esqueleto facial cambian enormemente, pero por otro lado dependen de los impactos naturales, la desarmonía estampada se encuentra a menudo entre el tamaño de los dientes y los huesos en los que se encuentran.

Tiempos de desarrollo de la dentición

a. Período Proliferativo El primer indicio de desarrollo se observa alrededor del quinto tramo de siete días de vida fetal, aparece un ensanchamiento del ectodermo oral, que comprenderá la lámina dental. A los catorce días, cuando el organismo incipiente tiene 25 mm, comienza la multiplicación de las principales yemas dentales, momento proliferativo de la dentición esencial, se extiende desde la sexta y séptima semana hasta el cuarto y sexto mes de vida fetal. De una lámina epitelial similar proceden inicios de los dientes duraderos, que son de expansión intrauterina, excepto los incisivos horizontales superiores, los ocho premolares y los segundos y terceros

molares duraderos, que son de desarrollo post gestación. La mejor acción proliferativa de los dientes extremadamente duraderos ocurre en los primeros años de vida. La acción de la lámina dental no es persistente, se intercambia con las instantáneas de descanso, sin embargo, su capacidad de iniciar el avance de los dientes se mantiene durante unos 5 años. Al principio toma parte en el arreglo del órgano final de la multitud relativa de microbios breves. Por lo tanto, a partir de una expansión de la lámina dental hacia lingual o palatina de estos microbios creadores, comienzan los inicios de los dientes de sustitución super duraderos. Por fin, a partir de una expansión distal libre del segundo molar esencial, se conforman los inicios de los molares primarios, segundos y terceros duraderos. Los molares duraderos son monofisarios, es decir, no suplantán ni son suplantados por otros dientes diferentes.

b. Período de calcificación: implica unión primaria del diente. Tiene tres contemplaciones:

la calcificación de la red de terminación comienza en la pieza más incisal u oclusal de cada diente, y continúa de forma centrípeta, cubriendo continuamente la pieza periférica de la corona y paso a paso moviéndose hacia el interior hasta llegar, eventualmente, a la línea dentinal; no obstante, el desarrollo de la red de laca ocurre hacia el exterior, de atrás hacia adelante, en el sentido inverso a la calcificación, el diente, independientemente de que sea transitorio o súper duradero, la pieza dentaria no cambia de en sus estructuras anatómicas una vez calcificada su red hística así como ocurre en el hueso mandibular que se moldea, calcificados prenatalmente están típicamente mejor calcificados y con menos variedades subyacentes que la calcificación posterior al embarazo. La digestión intrauterina asegura la disposición de los tejidos duros dentales. Los dientes extremadamente duraderos generalmente no comienzan a calcificarse hasta después del nacimiento. El principal molar super duradero es rápido en dar indicaciones de calcificación durante el segundo mes de vida post embarazo. La muela de juicio es el último en iniciar la calcificación, alrededor de los 8 ó 9 años.

b.1. Etapas de Nolla Desde el punto de vista clínico.

0 - no presencia de cripta.

1 - presencia de cripta.

2 - inicio de la calcificación.

3 - 33% del total de la corona.

4 - 66% de la corona total.

5 - corona prácticamente completa.

6 - corona completa.

7 - corona total, además del 33% de la raíz en forma.

8 - corona total, además del 66% de la raíz en forma.

9 - corona total, y la raíz básicamente completa, sin embargo, con la cima realmente abierta. - 10 - diente completo con la cúspide de la raíz total. De los gráficos de Nolla se puede concluir muy bien que, en el estadio 2, se inicia la calcificación de la corona; en el estadio 6, al terminarse la corona, se produce una fisura de la tumba y se inicia adecuadamente el plazo de expulsión; en el estadio 8, la mayor parte del diente perfora el borde alveolar, dando al diente alrededor de 2/3 de la raíz conformada.

ODONTOGÉNESIS

A la sexta semana de vida intrauterina empieza la odontogénesis en embrión esta revestida por un epitelio la encía del embrión tiene en su epitelio dos capas de células una en la parte basal que es la membrana basal y una capa de células en la parte superior ,debajo de este tejido se encuentra el mesénquima no es nada más que tejido conectivo embrionarios en este tejidos se encuentra el cartílago de Merkel eso quiere decir que no ha empezado la osificación de la mandíbula cuando los dientes están empezando a formarse ,

La cresta neural es una estructura formada por muchas células esta cresta se encuentra arriba del tubo neural estas células tienen una habilidad multipotente lo que

significa que se puede diferenciar en casi cualquier tipo de células de tejido conectivo por ejemplo fibroblastos y los más importantes los odontoblastos.

La odontogénesis se divide en cuatro etapas yema, casquete, campana y la etapa madura.

Las células del epitelio dan origen una lámina dental la que va dar origen al diente deciduo de esta misma lamina va dar origen a la lámina vestibular para dar origen a todo el vestíbulo de la boca esta lamina va dar origen a dar origen al órgano del esmalte esta lamina viene de tejido epitelial lo que quiere decir del ectodermo mientras ocurre en la etapa de yema las células que se encuentra tejido mesenquimatoso alrededor y por debajo empiezan a condensarse eso significa que se empiezan a condensar se empiezan a juntar se ve como un ligero pultilleo alrededor de esta lamina y van a formar casquete, en este punto la lámina empieza hacer como una apertura horizontal y empieza formar forma de casquete a la novena semana donde se empieza ver histológicamente visible por la forma que toma y por debajo de este casquete se empieza a condensar mucho ectomesenquima que va dar origen a la papila dentaria lo que en un futuro va a formar algo que se llamara el complejo dentino pulpar y va dar origen a la dentina y pulpa. En la etapa de casquete se va encontrar una estructura se van a encontrar tres más que va ser e epitelio externo, el epitelio interno y dentro de ellos dos el retículo estrellado estas tres estructuras forman del esmalte.

Entre el epitelio interno y externo empieza introducirse liquido entre las células que se encuentran en medio de estos epitelios estas células del retículo estrellado se encuentran unidas entre sí por algo que se conoce hemidesmosomas son como las manitas de las células el tejido ectomesenquimatoso que se encuentran alrededor del esmalte y por debajo de la papila empieza a hacer una fila de células condensándose para formar algo que se llamara el saco dentario ,órgano del esmalte, la papila dentaria y saco dental el nombre del conjunto de estas 3 estructuras es germen dentario.

Campana en la semana 18 se empieza formar una nueva capa de células arriba del epitelio interno y entre el retículo estrellado esta capa de células tiene el nombre de estrato intermedio desde ese momento en esta etapa de campana las células del

epitelio externo se empiezan hacer más planas y se forman pliegues para que empiezan a formar vasos sanguíneos y puedan nutrir el órgano del esmalte desde afuera el retículo estrellado conforme empieza a tomar más forma de diente el retículo estrellado empieza a hacerse más pequeño porque como vimos en la etapas de campana el epitelio interno empieza a invaginarse hacia arriba lo que empieza más estrecho todo el retículo estrellado el órgano del esmalte inicialmente era nutrido por papila dentaria

ETAPA DEL FOLÍCULO DENTAL

Es una capa de tejido conectivo blando que tiene origen mesenquimal que rodea el órgano del esmalte y la papila dental del germen dentario en desarrollo.

ERUPCIÓN DENTAL

Aunque la palabra emisión alude apropiadamente a la presencia del diente a través de la gingival, en general se entiende como el desarrollo pivotal u oclusal su situación formativa dentro de la estructura ósea hasta su situación práctica en el plano. Sin embargo, la expulsión sólo es esencial para el ejemplo completo del desarrollo fisiológico del diente, ya que los dientes pasan además por desarrollos complejos identificados con el mantenimiento de su situación en los maxilares en desarrollo y la compensación del desgaste masticatorio. La emisión es una ocasión desconcertante incitada por diferentes causas que hace que el diente, sin estar totalmente formado, se desplace desde el interior de los maxilares hacia la fosa oral. En correspondencia con la emisión del diente a su situación autorizada en la curva, se ensambla la raíz, se forma el alveolo para conseguirlo y se coordina el tendón alveolodentinario. La eyección del diente es el curso del movimiento de la corona dental desde su lugar de avance dentro de la situación práctica de la cuestión no resuelta del maxilar en la cavidad oral. La eyección, es decir, el desarrollo del diente en el impedimento, comienza dinámicamente pero no hasta que la disposición de la raíz haya comenzado. Es el ciclo formativo que mueve un diente de su situación en la tumba a través de la interacción alveolar en la fosa oral y el impedimento con su adversario principal. Los dientes superdurables no inician los desarrollos eruptivos hasta que la corona está

terminada. Pasan por el pico de la interacción alveolar en diferentes fases de la mejora de la raíz. Los dientes posteriores necesitan de 2 a 5 años para llegar al borde alveolar después de terminar sus coronas y de 12 a 20 meses para llegar al impedimento después de llegar al borde alveolar. Las raíces se terminan un par de meses después de llegar al impedimento. También se alude a la eyección dinámica; el término infiere la presencia de una corona en el orificio oral. En cualquier caso, como regla general, el término implica la duración completa de la vida del diente, desde el inicio del avance de la corona hasta que el diente se pierde o el singular muerde el polvo.

MECANISMO DE ERUPCION

Se piensa en tres períodos, que se suceden y se asocian:

a. Período primario Pre-eruptivo: Se puede considerar como entre el inicio del desarrollo del diente hasta el contacto del borde incisal o de afilado con el corion de la mucosa bucal. Durante esta etapa, se manejan serios ajustes en el órgano de terminación. Después de las relaciones principales de la dentina, siguen las conexiones de acabado, el inicio de la disposición de la raíz y el desarrollo del tejido óseo.

Hay desarrollos dentales pre-eruptivos que ocurren durante este periodo. En el momento en que los microbios de los dientes deciduos se separan inicialmente, son diminutos y hay un amplio espacio entre ellos. En poco tiempo, este espacio se utiliza debido al rápido desarrollo de los microbios dentales y se produce un enjambre. Esto se calma entonces por el desarrollo largo de las mandíbulas, que permite el desalojo de los microorganismos dentales. Los dientes extremadamente duraderos que tienen arquetipos deciduos se mueven adicionalmente antes de llegar a la situación de la que van a emitir, sin embargo, el examen y la representación de estos desarrollos es confuso por la forma en que el ajuste de la posición de los microbios del diente es el efecto posterior de diversas variables, incluyendo el desarrollo del cuerpo del microorganismo del diente, su desarrollo, o un cambio general en la situación de los microbios del diente relacionados deciduos y duraderos. Los molares duraderos que no tienen arquetipos caducos también muestran desarrollo. Por ejemplo, los molares

mandibulares se crean con sus superficies oclusales desplazadas mesialmente y sólo se ajustan a medida que se abre el espacio. Estos desarrollos se producen en relación con el desarrollo de los maxilares, lo que dificulta aún más el examen del desarrollo dental individual. Se puede suponer que el desarrollo dental pre-eruptivo son aquellos desarrollos que colocan el diente y su tumba dentro de los maxilares en el desarrollo preliminar a la eyección del diente).

b. Periodo de expulsión propiamente dicho: Es el comprendido entre el segundo en el que se rompe el epitelio bucal con la consiguiente aparición del diente en la boca, hasta la fundación del contacto de los dientes de una curva con los de la curva del malo principal. En este periodo la piel de la uña del diente (película de Nashmyth) es expuesta, la sección de la raíz es alrededor de 2/3 de su tamaño concluyente y comienza la calcificación de algunos dientes de larga duración (incisivos). En el momento en que se rompe la obstrucción conjuntival que aísla el diente del epitelio de la boca, el diente surge en el orificio oral, iniciándose posteriormente la expulsión del diente actual. En el momento en que el diente emite, el epitelio del órgano pulidor entra en contacto con el epitelio bucal. En este sentido, el epitelio que cubre el borde de la corona se oblitera, y el epitelio disminuido queda en asociación con la carilla dental; esta asociación se denomina adhesión epitelial. A medida que el diente avanza hacia el impedimento con su malo principal, se produce, por el juego de la estructura muscular labio-lingual-geniana, un curso de acción de su situación en la curva. Se han creado varias especulaciones sobre el sistema de expulsión del diente. En este momento, la hipótesis que acumula más adeptos es la que se identifica con la tensión vascular y humoral provocada por el movimiento de los tejidos periapicales; en consecuencia, una expansión en el sistema hídrico sanguíneo de las construcciones perirradiculares se inclinaría por la emisión.

c. Período post-eruptivo: Corresponde al patrón de existencia del diente después del contacto con el diente enemigo principal. A partir de este segundo, se detiene la emisión dinámica y comienza la expulsión persistente. En la actualidad el diente prosigue su desarrollo eruptivo con menos fuerza, ya sea por el desgaste de su lado de aplastamiento o por el déficit del diente adversario principal. El hueso alveolar sufre

alteraciones estructurales para ayudar a los efectos de mordida aplicados sobre los dientes en impedimento, y los filamentos del tendón alveolar dental se reordenan. Sicher retrató un plexo medio en el periodonto, donde muy probablemente los cambios de sus filamentos ocurrirían durante la expulsión o el desarrollo de los dientes. A estos periodontos se superpone la sustitución de toda la dentición impermanente por la dentición duradera.

Componente del movimiento dental

La eyección del diente contiene una progresión de peculiaridades por las que el diente alineado dentro del maxilar y aún fragmentado se desplaza hasta entrar en contacto con el clima bucal, teniendo su lugar en la curva dental. A pesar de que existen algunas hipótesis que intentan aclarar la emisión dental, el sistema específico no está claro en este momento. Se han propuesto cuatro sistemas como posibles responsables directos de la expulsión del diente:

- 1) el desarrollo y la evolución de la raíz, que se une mediante el despliegue óseo y se conecta con el desarrollo de las curvas dentales. El desarrollo de la raíz y el testimonio del cemento en la región apical provoca una tensión en el voladizo óseo, creando una reconstrucción que funciona con el ciclo eruptivo.
- 2) el desarrollo óseo alveolar por reabsorción y conexión específica del tejido óseo que arrancaría el diente hacia oclusal.
- 3) la tensión vascular e hidrostática del tejido conectivo periodontal que entregaría una expansión de vecindad en la tensión vascular y el líquido tisular en los tejidos periapicales, lo que empujaría el diente en dirección oclusal.
- 4) la pisada de la parte de colágeno del tendón periodontal que iniciaría la expulsión del diente, como resultado del giro y los cambios de dirección que ocurren en las hebras de colágeno y el movimiento contráctil de los fibroblastos del periodonto.

ORDEN DE LA ERUPCIÓN DENTAL PERMANENTE

En general, en la secuencia de los dientes inferiores van antes que los superiores. En la curva mandibular, la sucesión es la siguiente 6-1-2-3-4-4-5-7-8. En la curva maxilar, la sucesión de emisión estándar es 6-1-2-4-5-3-7-8. Las del sexo femenino en general van antes que los chicos en cuanto a la hora de emisión por un normal de cinco meses. Se representan tres periodos en la emisión de los dientes extremadamente duraderos:

- a. Primer periodo: emisión de los molares primarios e incisivos duraderos, de estos los incisivos horizontales superiores son los últimos en emitir.
- b. Segundo Período: A los diez años se inicia el segundo periodo de suplantación de dientes con la emisión de los premolares y caninos. Los posteriores molares cierran este segundo tiempo de emisión temporal en torno a los 12 años.
- c. Tercer periodo: Con un tremendo margen de variedad ordenada, los terceros molares son los últimos dientes en emitir. La agenesia regular, la impactación y el aplazamiento de la expulsión hacen difícil decidir una fecha de emisión ordinaria.

TERCEROS MOLARES

Tercer molar o muela de juicio son los dientes correspondientes a la dentición permanente y se encuentra posterior del segundo molar. La salida de las muelas de juicio ocurre aproximadamente (18 a 25 años), por eso se le llama muela de juicio, molares cuerdos o diente de la cola el nombre se atribuye a Hieronimus Cardus, que claramente se refiere a la época en la que suele explotar. La edad promedio de la erupción del tercer molar es de 19,9 años para los hombres y 24,4 años para las mujeres.

En siglo XIX se hizo hincapié en una de las características que otorgaban importancia clínica a los terceros molares retenidos: la falta de espacio, otros autores han considerado el hecho de que tienen infección en el mismo lo que se denominó pericoronaritis en el siglo XX.

ETIOLOGÍA

En este momento la teoría más aceptada sobre las razones de la retención de dientes es que debido a que la dieta es blanda, la mandíbula inferior se vuelve demasiado pequeña para que haya un espacio adecuado para el tercer molar.

Para apoyar esta teoría, se ha observado ausencia del tercer molar o alteraciones del tercer molar. Otros dientes faltan o presentan alteraciones, pero no con tanta frecuencia como los terceros molares.

Teorías sobre la etiología de retención dentaria

- a) Teoría Filogenética:** Esta teoría establece que, en el proceso de evolución humana, los huesos del maxilar disminuyen gradualmente con respecto al tamaño, mientras que el cráneo aumenta. En cuanto a los dientes, su tamaño no ha variado.
- b) Teoría Mendeliana:** Los factores genéticos pueden ser una causa importante de retención de dientes y distintas alteraciones dentales heredadas.
- c) Teoría Ortodóntica:** Esta hipótesis cree que el aumento de la mandíbula y maxilar es normal, pero el avance de los dientes conducirá a la preservación de los dientes.

Causas locales de retención: Los tejidos que cubren a la pieza dental retenida es de densidad ósea mucosa muy densa, mantenimiento inadecuado de los dientes deciduos, pérdida prematura de dientes deciduos, infección ósea o mucosas.

Causas sistémicas o generales de retención:

Causas prenatales: genéticas, mezcla de razas.

Causas postnatales: anemia, raquitismos, sífilis congénita, tuberculosis, desnutrición, enfermedades endocrinas.

Enfermedades raras: displasia del hueso del cráneo, deformidad de la cabeza por oxígeno, envejecimiento prematuro, acondroplasia, labio leporino y paladar hendido.

Embriológicamente se forma a partir de los 36 meses. El periodo de calcificación comienza a los 9 años y el periodo de erupción se completa entre los 18 y 27 años.

Por eso, se les llama muelas del juicio porque su aparición es considerada en la sociedad, cuando el individuo empieza tener juicio o usar la racionalidad.

Manifestaciones clínicas:

Los pacientes que conservan sus muelas de juicio no mostraran síntomas. Cuando se someten a un examen auxiliar (radiografía) o vean un aumento de la dureza y consistencia de la zona donde se encuentra el tercer molar, el odontólogo les avisara repentinamente de su existencia. Cuando los pacientes informan malestar, estos dientes a menudo se infectan, lo que se relaciona con pericoronaritis, informando dolor, hinchazón facial, apertura de la boca restringida, mal aliento sensibilidad e inflamación de los ganglios linfáticos submandibulares.

Es reconocido por la comunidad científica que una persona puede heredar la mandíbula pequeña de uno de los padres y los dientes grandes del otro, y viceversa, por lo que la posibilidad de retención dentaria es mayor.

Clasificación

En cuanto a la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar.

Clase I: hay espacio suficiente para el tercer molar en el diámetro mesiodistal.

Clase II: hay poco espacio para el tercer molar.

Clase III: no hay espacio, se encuentra en alguna parte de la mandibular.

Clase A: La parte más superior del diente está a la misma altura del plano oclusal con respecto al segundo molar.

Clase B: La parte más alta de diente es decir tercer molar está por debajo del plano oclusal.

Clase C: La parte más alta del diente está ubicada a nivel de la línea cervical o por debajo de la línea cervical.

CLASIFICACIÓN DE WINTER:

Vertical: cuando los dos ejes son paralelos.

Mesioangular: Cuando el eje forma una esquina superior delantera de 45 grados.

Disto angular: Cuando el eje forma un Angulo de vértice de adelante hacia atrás 45 grados.

Horizontal: cuando los dos ejes son perpendiculares.

Invertido: Cuando la corona reemplaza a la raíz y viceversa, gire.

APIÑAMIENTO

Definición

Los dientes apiñados es una de las manifestaciones de la mal oclusión que se caracteriza debido a la ausencia de espacio para la correcta ubicación de los dientes en la curva dental.

La desarmonía dental es una de las indicaciones de la mal oclusión descrita por la ausencia de espacio para la correcta ubicación de los dientes en la curva dental

Etiología

Porque si bien parece ser un cambio anatómico por la diferencia de tamaño, por otro lado, debido a la disminución paulatina del tamaño de la arcada dentaria inferior, su desarrollo tardío ha hecho que se considere parte del proceso de envejecimiento mandibular, La posible causa del apiñamiento es que el tercer molar es mesialmente oblicuo y la fuerza sobre los dientes anteriores hará que los dientes anteriores e inferiores se establezcan en una posición inadecuada.

Clasificación de apiñamiento

Apiñamiento primario. se debe al desequilibrio entre la longitud utilizable del diámetro mesiodistal del diente y la longitud requerida del arco dental. Este apiñamiento depende de la estructura y dimensión del hueso y de la dimensión y estructura de las piezas dentales.

Apiñamiento secundario. Se considera el resultado de diversas causas, se puede decir que una de las causas es la pérdida prematura de dientes deciduos, que lleva a la mala posición de los dientes y disminuye el espacio para los futuros dientes permanentes.

Apiñamiento terciario. Este tipo de alteración ocurre en la adolescencia o la edad adulta y es el resultado de la restauración y transformación alveolar, que ocurre en el crecimiento craneal.

La clasificación según la manifestación Clínica:

Leve (< de 3 mm).

Moderado (de 3 a 5 mm).

Severo (> de 5 mm).

Factores etiológicos:

Crecimiento del maxilar inferior

El ancho longitudinal del arco dentario.

Reducción del espaciamiento de los caninos mandibulares

Rotación de la mandíbula.

Presión de los tejidos blandos.

Estructura del diente.

Factores oclusales.

Cambios en el tejido conectivo

Exceso de dientes

Genética.

Hábitos orales.

El papel de la muela de juicio como causante del desorden dental anterior. Los autores Richardson y Niedzielska citados por Hormazábal F. y colaboradores señalaron que existe presión desde la parte posterior de la arcada dentaria y la presencia de la muela de juicio, lo asocian como causa del apiñamiento tardío de las piezas anteriores. Niedzielska señaló que si no hay espacio para la muela de juicio salga más tarde, ejercerá presión sobre otros dientes y provocará apiñamiento. Teorías contra terceros molares se localizan en los dientes anteriores inferiores, pero otros autores, como Mockers se opusieron a estas teorías y confirmaron que el apiñamiento es una lesión aislada común incluso la muela de juicio está en el plano,

2.2.1 Definición de términos básicos

Molares retenidos: Son dientes que salen en la parte posterior de del maxilar inferior y que presenta complicaciones para su erupción que generalmente es por la falta de espacio.

Apiñamiento dental: Es la desarmonía de dientes que se puede presentar en ambas maxilas, que pueden ser causadas por distintas causas, que generalmente por la falta de disponibilidad de espacio.

Diente impactado: Se refiere por que la pieza tiene un impedimento para su erupción que puede ser fisiológico o una mala ubicación.

Desarmonía oclusal: Es cuando hay una alteración de la estructura de uno o varios componentes del sistema causando signos y sistemas

Diente incluido: Es referido a que la pieza es obstaculizada por hueso o mucosa gingival.

Pericoronaritis: Cuando la erupción del tercer molar está dentro de la mucosa gingival por lo que provoca inflamación y dolor.

Anomalía: Cambio o desviación de lo que es normal, regular.

Halitosis: Mal aliento en la cavidad oral.

Oxicefalia: Se caracteriza por la fusión prematura de las suturas, tanto coronal y sagital.

Progeria: Trastorno genético que ocasiona el envejecimiento prematuro de los niños.

Acondroplasia: Es el tipo más común de enanismo con miembros más cortos de lo normal. Puede ser de origen hereditario en más común de los casos es por mutación genética.

Mesioangulada: Es cuando a la vista radiográfica se observa el tercer molar en relación al eje axial del diente inclinada hacia el segundo molar.

Distoangulada: Es cuando a la vista radiográfica se observa el tercer molar en relación al eje axial del diente está inclinado en sentido distal del segundo molar.

CAPITULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

Existe relación significativa entre los terceros molares retenidos y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológica de Arequipa 2021.

3.2 Variables: definición conceptual y operacional

3.2.1 Variables principales

V₁ Terceros molares retenidos., es última pieza dental que no logra erupcionar o queda atrapado parcialmente en el maxilar.

V₂ Apiñamiento dentario anteroinferior, es una desarmonía dental, alteración de posición y espacio suficiente para albergar a las piezas dentarias.

3.2.3 Definición operacional de variables

Variable	dimensiones	indicador	Escala de medición	valor
Terceros molares retenidos	Angulación	Winter	Nominal	Vertical Mesioangular Horizontal Disto angular Invertida
	Profundidad Espacio	 Pell y Gregory	Nominal Nominal	Nivel A Nivel B Nivel C Clase I Clase II Clase II
Apiñamiento dentario anteroinferior	Espacio requerido Espacio disponible	Discrepancia	Ordinal	Hasta 2mm De 3 a 5 mm De 5 a 9mm

CAPITULO IV:

METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El diseño investigativo según Hernández Sampieri es no experimental porque no se maniobró ninguna variable de estudio.

Según el objetivo de la investigación es descriptivo porque el investigador se limitó a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población.

En referencia con las mediciones de la variable estudiadas fue transversal, porque las herramientas serán ejecutadas en un establecido momento de tiempo.

En referencia con los periodos del examen fue retrospectivo porque la recopilación de datos se tomó de meses anteriores durante el año 2021.

Nuestra investigación tiene nivel III, o también conocido como nivel correlacional porque fue la relación entre una o más variables de estudio.

4.2 Diseño muestral

Población

La población del presente estudio estuvo constituida por radiografías y modelos de estudio de pacientes que acudieron a centro odontológico Arequipa 2021.

Muestra

La fórmula para calcular el tamaño muestral cuando se desconoce el tamaño de la población es la siguiente:

$$\frac{Z^2 * P * Q}{e^2}$$

n=Tamaño muestral

Z=Nivel de confianza al 95% es 1.96

E=Error de estimación se admitirá un margen de (e=5%)

P=Probabilidad esperada (en este caso 7%=0,07)

Q=Probabilidad en contra 1-p (en este caso 1-0,07=0.93)

Se realizó el cálculo reemplazando con los valores de la formula dando como resultado.

$$N = \frac{1.96 * 0.07 * 0.93}{0.05}$$

N=100

La muestra estará conformada por 100 radiografías panorámicas y modelos de estudio del centro odontológico Arequipa 2021.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Radiografías de pacientes de 18 a 25 años.

Radiografías de pacientes con dientes en la maxilar inferior.

Radiografías de pacientes que no hayan tenidos tratamiento ortodoncia previo.

Radiografías panorámicas provenientes del centro odontológico privado.

Radiografías panorámicas que presentan buena calidad de la imagen.

Radiografías panorámicas que presenten terceros molares retenidos.

Modelos de impresión correctas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Radiografías de pacientes menores de edad.

Radiografías de pacientes con dientes incompleta en el maxilar inferior.

Radiografías de pacientes con dentición incompleta en la arcada inferior.

Radiografías de pacientes que utilicen algún tipo de prótesis fija.

Radiografías panorámicas que no presenten tercer molar retenido.

Modelos de estudio donde no haya la pieza retenida.

Modelos de estudio que presente la pieza retenida en posición normal.

4.3 técnicas e instrumento de recolección de datos

4.3.1 Técnica

La técnica para ejecutar este estudio es observacional y se utilizó una ficha de recolección de datos.

4.3.2 Instrumentos

En la presente investigación no necesito validar los instrumentos ya que los datos están estandarizados

4.4 Técnicas de estadística para el procedimiento de la información

Los datos una vez recolectados, fueron vaciados en una hoja de cálculo Excel, elaborándose así una matriz de sistematización, partir de la cual se elaborarán tablas, de simple y doble entrada, y gráficos, básicamente de barras.

El análisis estadístico implica el cálculo de frecuencias absolutas (N^0) y relativas (%).

La totalidad del proceso estadístico se realizará de manera computacional. Se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual se interpretó a un nivel de significancia del 95% (0.05).

4.5 Aspectos éticos

Se cumplen los lineamientos establecidos por el código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú donde todo médico que investigara debe hacerla respetando la normativa internacional y nacional que regula la investigación con seres humanos, tales como las “Buenas Prácticas Clínicas”, la Declaración de Helsinki, la conferencia Internacional de Armonización, el Consejo Internacional de Organización de las Ciencias Médicas (CIOMS) y el Reglamento de Ensayos Clínicas del Ministerio de Salud.

En todo estudio en seres humano debe requerida mente disponer del consentimiento informado en individuos competentes.

Al presentar la información procedente de un estudio, para su divulgación, independientemente de los resultados, sin abarcar en falsificar ni copiar y declarando si ostenta o no conflicto de interés,

Se aplicó el actual estudio preservando al anonimato de los colaboradores, respetando además los principios de ecuanimidad, justicia.

CAPÍTULO V:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se trabajó con 100 radiografías panorámicas y modelos de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Winter, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021

CLASIFICACIÓN DE WINTER	N°	%
TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO		
Mesioangular	55	55.0
Distoangular	3	3.0
Horizontal	19	19.0
Vertical	23	23.0
TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO		
Mesioangular	59	59.0
Distoangular	5	5.0
Horizontal	19	19.0
Vertical	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 1 se puede apreciar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos, según la clasificación de Winter, tanto para el lado derecho como izquierdo.

De acuerdo con los resultados obtenidos, para el caso del tercer molar derecho, lo que prevaleció fue la retención mesioangular, con el 55.0% de los casos, mientras que lo menos prevalente fue la posición distoangular, con el 3.0%. Para el caso del lado izquierdo, se aprecia una situación similar, pues la posición más prevalente fue la mesioangular (59.0%), mientras que la menos prevalente fue la distoangular (5.0%).

Gráfico 1. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Winter, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021

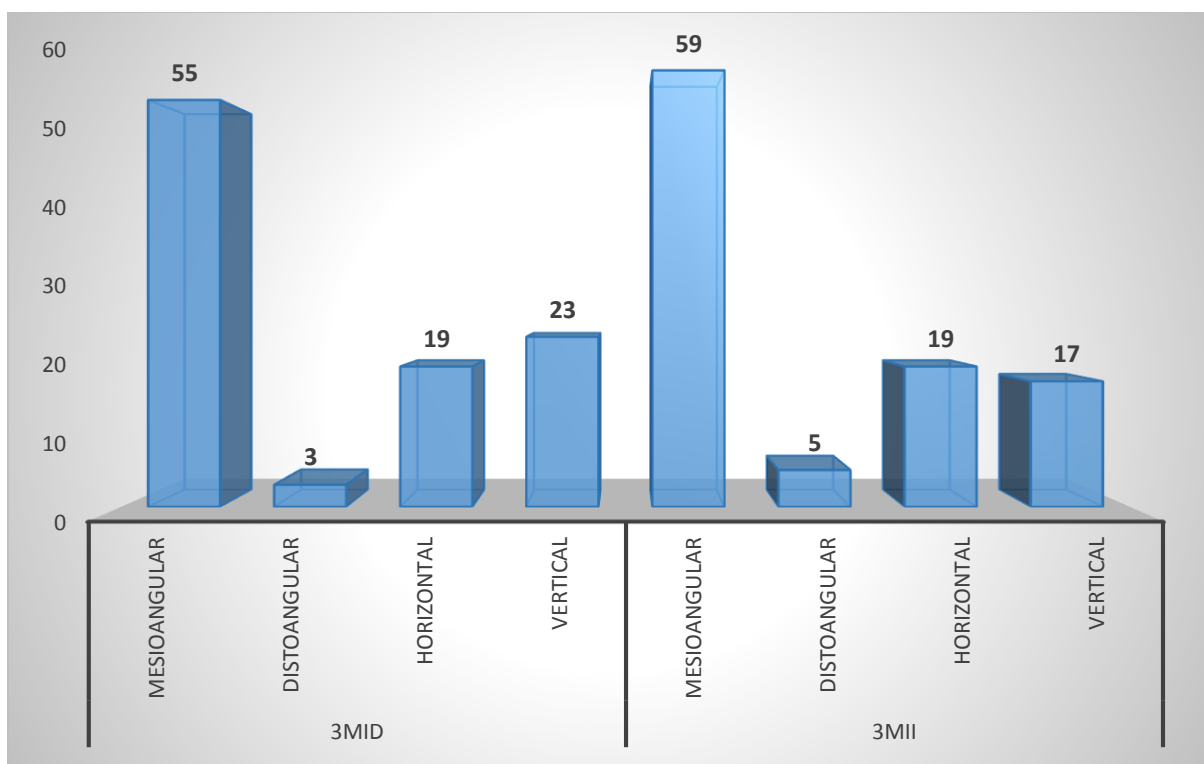


Tabla 2. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Pell y Gregory, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021

TERCER MOLAR	CLASIFICACIÓN PELL Y GREGORY	N°	%
	CLASE		
	Clase I	26	26.0
	Clase II	74	74.0
	Clase III	0	0.0
INFERIOR DERECHO	PROFUNDIDAD		
	A	44	44.0
	B	37	37.0
	C	19	19.0
	CLASE		
	Clase I	20	20.0
	Clase II	80	80.0
	Clase III	0	0.0
INFERIOR IZQUIERDO	PROFUNDIDAD		
	A	40	40.0
	B	41	41.0
	C	19	19.0
	Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 2 se presenta la prevalencia de terceros molares retenidos, tanto del lado derecho como izquierdo, según la clasificación de Pell y Gregory en radiografías panorámicas de pacientes jóvenes. Como se observa de los resultados obtenidos, para el caso del tercer molar inferior retenido derecho, la clase que prevaleció fue la II,

pues se diagnosticó en el 74.0% de los pacientes, respecto a su profundidad, lo que se presentó con mayor frecuencia fue la A, representada por el 44.0% de los casos. En lo que se refiere al tercer molar inferior del lado izquierdo, se aprecia que también la clase que se observó con mayor frecuencia fue la clase II, pues se estableció en el 80.0% de los pacientes, en tanto la profundidad correspondió a la B, con el 41.0%, sin embargo, es importante resaltar a la A, pues estuvo representada por el 40.0% de los pacientes motivo de investigación, uno por ciento menos que la profundidad B, que ocupó el primer puesto en prevalencia.

Gráfico 2. Prevalencia de terceros molares retenidos, según la clasificación de Pell y Gregory, en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021

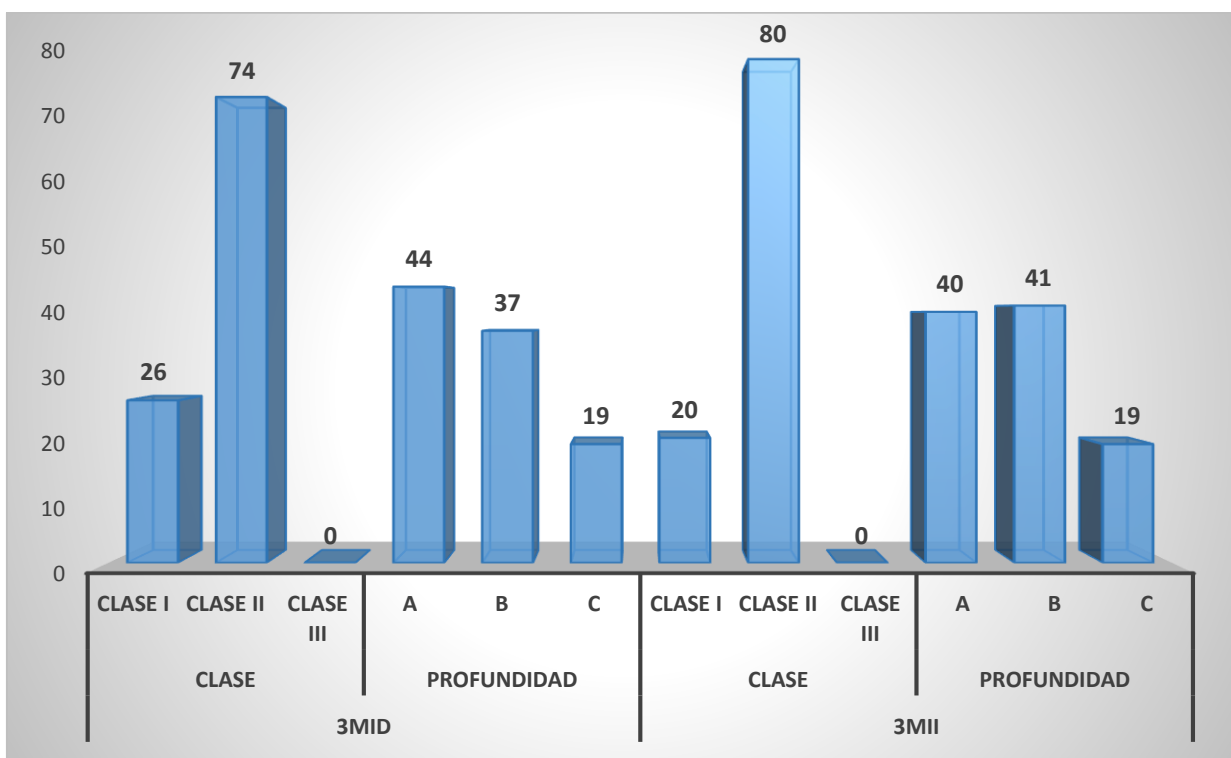


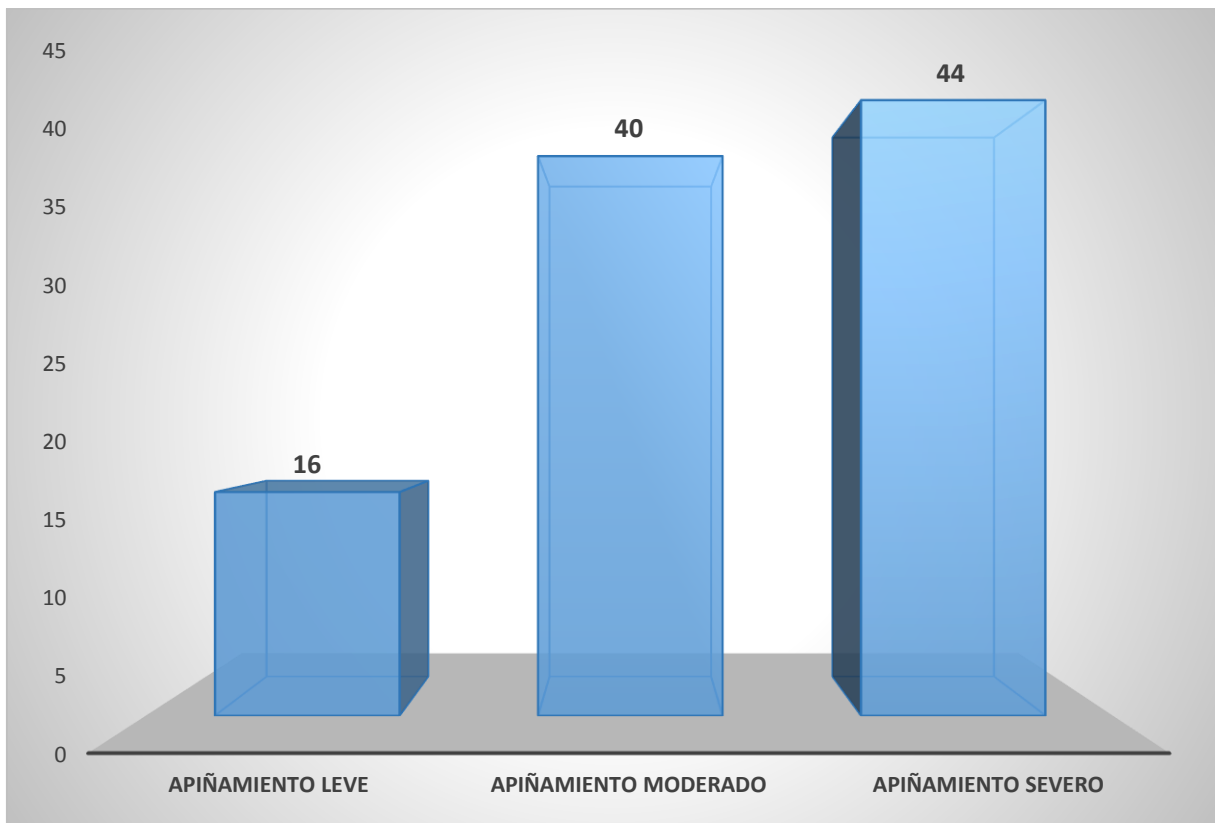
Tabla 3. Prevalencia de apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021

APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR	N°	%
Apiñamiento leve	16	16.0
Apiñamiento moderado	40	40.0
Apiñamiento severo	44	44.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 3 mostramos el apiñamiento dentario anterior observado en las radiografías de pacientes jóvenes que fueron participantes de nuestra investigación. Si observamos los resultados a los que hemos arribado, los mayores porcentajes de pacientes con sus terceros molares inferiores retenidos presentaron apiñamiento en grado moderado y severo, siendo el más prevalente el apiñamiento severo, el cual afectó al 44.0% de los pacientes, en segundo lugar se encuentra el apiñamiento moderado, con un porcentaje correspondiente al 40.0%, es decir, el 84.0% de los pacientes mostraron grados de apiñamiento dentario anterior entre moderado y severo, únicamente en el 16.0% se evidenció un apiñamiento leve.

Gráfico 3. Prevalencia de apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 4. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Winter, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes de sexo masculino que acuden a centro odontológico de Arequipa 2021

Clasificación Winter	Grado de Apiñamiento						Total		Chi Cuadrado
	Apiñamiento leve		Apiñamiento moderado		Apiñamiento severo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
3MID									
Mesioangular	1	4.5	5	22.7	16	72.7	22	100.0	0.019
Distoangular	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0	
Horizontal	0	0.0	5	62.5	3	37.5	8	100.0	
Vertical	3	33.3	3	33.3	3	33.3	9	100.0	
3MII									
Mesioangular	1	4.8	4	19.0	16	76.2	21	100.0	0.001
Distoangular	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	100.0	
Horizontal	0	0.0	7	70.0	3	30.0	10	100.0	
Vertical	3	50.0	1	16.7	2	33.3	6	100.0	
Total	4	9.8	15	36.6	22	53.7	41	100.0	

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 4 se relaciona el tercer molar inferior retenido, según la clasificación de Winter, en pacientes jóvenes de sexo masculino y su apiñamiento dentario anterior. Empezando por el tercer molar inferior derecho, los que se caracterizaron por ser mesioangulares, en su gran mayoría, generaron apiñamiento severo (72.7%), en tanto los distoangulares (100.0%) y horizontales (62.5%) determinaron apiñamiento moderado, la posición vertical se dividió equitativamente entre apiñamiento leve

(33.3%), moderado (33.3%) y severo (33.3%), la prueba estadística estableció relación ($p < 0.05$) demostrándose que un tercer molar mesioangular genera mayor grado de apiñamiento. Para el tercer molar inferior del lado izquierdo, se aprecia que es el mesioangular el que determinó un apiñamiento severo (76.2%), en tanto, el distoangular (75.0%) y horizontal (70.0%) se caracterizaron por presentar apiñamiento moderado y, finalmente, el vertical determinó apiñamiento leve (50.00%), la prueba estadística determinó relación ($p < 0.05$) evidenciándose que los retenidos en posición mesioangular generan mayor grado de apiñamiento que la vertical

Tabla 5. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Winter, y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes de sexo femenino que acuden a centro odontológico de Arequipa 2021

Clasificación Winter	Grado de Apiñamiento						Total		Chi Cuadrado
	Apiñamiento leve		Apiñamiento moderado		Apiñamiento severo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
3MID									
Mesioangular	6	18.2	16	48.5	11	33.3	33	100.0	0.049
Distoangular	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	
Horizontal	0	0.0	4	36.4	7	63.6	11	100.0	
Vertical	6	42.9	5	35.7	3	21.4	14	100.0	
3MII									
Mesioangular	6	15.8	17	44.7	15	39.5	38	100.0	0.037
Distoangular	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	
Horizontal	0	0.0	6	66.7	3	33.3	9	100.0	
Vertical	6	54.5	2	18.2	3	27.3	11	100.0	
Total	12	20.3	25	42.4	22	37.3	59	100.0	

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 5 se relaciona el tercer molar retenido inferior, según la clasificación de Winter, con el apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes del sexo femenino. Para el tercer molar del lado derecho, son las posiciones distoangular (100.0%) y horizontal (63.6%) las que generaron apiñamiento severo, en cambio en la mesioangular fue moderado (48.5%) y en la vertical fue leve (42.9%), según la prueba estadística, hay relación significativa ($p < 0.05$) demostrándose que son las posiciones distoangular y horizontal las que generan mayor apiñamiento dentario. En lo que se refiere al tercer molar izquierdo, el distoangular determinó apiñamiento severo (100.0%), mientras que en la mesioangular (44.7%) y la horizontal (66.7%) fue moderado, finalmente, en la posición vertical el apiñamiento fue leve (54.5%), de acuerdo con la prueba estadística hay relación entre las variables ($p < 0.05$), estableciéndose que es la posición distoangular las que generan mayor apiñamiento, mientras que la vertical el menor.

Tabla 6. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Pell y Gregory, y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes de sexo masculino que acuden a centro odontológico de Arequipa 2021

Clasificación Pell y Gregory	Grado de Apiñamiento						Total		Chi Cuadrado
	Apiñamiento leve		Apiñamiento moderado		Apiñamiento severo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
3MID									
CLASE									
Clase I	1	7.7	7	53.8	5	38.5	13	100.0	0.293
Clase II	3	10.7	8	28.6	17	60.7	28	100.0	
Clase III	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
PROFUNDIDAD									
A	1	5.6	9	50.0	8	44.4	18	100.0	0.503
B	3	15.0	5	25.0	12	60.0	20	100.0	
C	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	100.0	
3MII									
CLASE									
Clase I	1	14.3	3	42.9	3	42.9	7	100.0	0.798
Clase II	3	8.8	12	35.3	19	55.9	34	100.0	
Clase III	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
PROFUNDIDAD									
A	2	10.0	8	40.0	10	50.0	20	100.0	0.244
B	1	5.3	6	31.6	12	63.2	19	100.0	
C	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	100.0	
Total	4	9.8	15	36.6	22	53.7	41	100.0	

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 6 mostramos la relación entre el tercer molar inferior retenido, según la clasificación de Pell y Gregory, en los jóvenes de sexo masculino y su apiñamiento dentario anterior. Respecto al tercer molar del lado derecho, la clase I (53.8%) se caracterizó por un apiñamiento moderado, mientras que en la clase II fue severo (60.7), sin embargo, según la prueba estadística no hay relación entre estas variables ($p \geq 0.05$); en relación con la profundidad, la A determinó un apiñamiento moderado (50.0%), la B (60.0%) y la C (66.7%) generó un apiñamiento severo, no hay relación significativa entre profundidad y apiñamiento ($p \geq 0.05$). En lo que se refiere al tercer molar inferior izquierdo, las piezas con clase I tuvieron apiñamiento tanto moderado (42.9%) como severo (42.9%), en tanto, en la clase II fue severa (55.9%), la prueba estadística aplicada determinó que no había relación entre la clase y el apiñamiento dentario anterior ($p \geq 0.05$); ahora bien, en cuanto a la profundidad, tanto la A (50.0%) como la B (63.2%) generaron un apiñamiento severo, mientras que la C estuvo entre leve (50.0%) y moderado (50.0%), en este caso la prueba determinó que no había relación entre la profundidad y el apiñamiento ($p \geq 0.05$).

Tabla 7. Relación entre el tercer molar retenido, según la clasificación de Pell y Gregory, y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes de sexo femenino que acuden a centro odontológico de Arequipa 2021

Clasificación Pell y Gregory	Grado de Apiñamiento						Total		Chi Cuadrado
	Apiñamiento leve		Apiñamiento moderado		Apiñamiento severo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
3MID									
CLASE									
Clase I	6	46.2	5	38.5	2	15.4	13	100.0	0.022
Clase II	6	13.0	20	43.5	20	43.5	46	100.0	
Clase III	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
PROFUNDIDAD									
A	3	11.5	12	46.2	11	42.3	26	100.0	0.646
B	5	29.4	6	35.3	6	35.3	17	100.0	
C	4	25.0	7	43.8	5	31.3	16	100.0	
3MII									
CLASE									
Clase I	5	38.5	3	23.1	5	38.5	13	100.0	0.125
Clase II	7	15.2	22	47.8	17	37.0	46	100.0	
Clase III	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
PROFUNDIDAD									
A	3	15.0	6	30.0	11	55.0	20	100.0	0.303
B	4	18.2	11	50.0	7	31.8	22	100.0	
C	5	29.4	8	47.1	4	23.5	17	100.0	
Total	12	20.3	25	42.4	22	37.3	59	100.0	

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 7 se llevó a cabo la relación entre el tercer molar inferior retenido, según la clasificación de Pell y Gregory, en pacientes de sexo femenino y su apiñamiento dentario anterior. Empezaremos analizando la situación en el tercer molar del lado derecho, donde en la Clase I (46.2%) se apreció un apiñamiento leve (46.2%), en tanto, en la Clase II el apiñamiento se distribuyó entre moderado (43.5%) y severo (43.5%), la prueba estadística aplicada demostró relación entre estas variables ($p < 0.05$), pues la clase II generó mayor apiñamiento que la clase I en las mujeres motivo de investigación; en lo que se refiere a la profundidad, tanto la A (46.2%) como la B (35.3%) y la C (43.8%) se caracterizaron por tener un apiñamiento moderado, la prueba estadística aplicada estableció la no existencia de relación entre la profundidad y el apiñamiento de esta pieza dentaria ($p \geq 0.05$). Ahora bien, en el tercer molar inferior del lado izquierdo, la clase I generó, en el mismo porcentaje, apiñamiento leve (38.5%) y severo (38.5%), en tanto, en la clase II fue moderado (47.8%), según la prueba estadística no hay relación significativa entre estas dos variables, es decir, la clase y el apiñamiento ($p \geq 0.05$); continuando con la clasificación de Pell y Gregory, tenemos la profundidad de esta pieza, observándose que en la A (55.0%) el apiñamiento fue severo, mientras que en la B (50.0%) y C (47.1%) fue moderado, de acuerdo con la prueba estadística no hubo relación significativa entre la profundidad y el apiñamiento ($p \geq 0.05$).

Tabla 8. Relación de terceros molares retenidos, según la clasificación de Winter, y apiñamiento dentario anterior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa, 2021

Clasificación Winter	Grado de Apiñamiento						Total		Chi Cuadrado
	Apiñamiento leve		Apiñamiento moderado		Apiñamiento severo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
3MID									
Mesioangular	7	12.7	21	38.2	27	49.1	55	100.0	0.020
Distoangular	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	100.0	
Horizontal	0	0.0	9	47.4	10	52.6	19	100.0	
Vertical	9	39.1	8	34.8	6	26.1	23	100.0	
3MII									
Mesioangular	7	11.9	21	35.6	31	52.5	59	100.0	0.000
Distoangular	0	0.0	3	60.0	2	40.0	5	100.0	
Horizontal	0	0.0	13	68.4	6	31.6	19	100.0	
Vertical	9	52.9	3	17.6	5	29.4	17	100.0	
Total	16	16.0	40	40.0	44	44.0	100	100.0	

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 8 muestra la relación entre los terceros molares retenidos, de acuerdo a la clasificación propuesta por Winter, y el grado de apiñamiento dentario anterior en las radiografías de los pacientes, para el caso del tercer molar inferior derecho retenido (3MID), aquellos con una retención horizontal es el que generó mayor porcentaje de apiñamiento severo (52.6%), seguido por el mesioangular (49.1%), en tanto el distoangular básicamente produjo apiñamiento moderado (66.7%) y, finalmente, las piezas con la clasificación vertical en mayor porcentaje el apiñamiento fue leve (39.1%); de acuerdo con la prueba estadística, hemos encontrado relación significativa ($p < 0.05$), coligiéndose que la retención horizontal genera mayor grado de apiñamiento y el vertical menor. En lo que respecta al tercer molar retenido inferior del lado izquierdo, la clasificación mesioangular fue la que generó en mayor porcentaje

apiñamiento severo (52.5%), en tanto, en las distoangulares (60.0%) y horizontal (68.4%) el apiñamiento fue moderado, en tanto, la vertical produjo principalmente apiñamiento leve (52.9%), según la prueba estadística hay relación significativa ($p < 0.05$), siendo la clasificación mesioangular la que genera mayor grado de apiñamiento y la vertical menor.

Tabla 9. Relación de terceros molares retenidos, según la clasificación de Pell y Gregory, y apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa, 2021.

Clasificación Pell y Gregory	Grado de Apiñamiento						Total		Chi Cuadrado
	Apiñamiento leve		Apiñamiento moderado		Apiñamiento severo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
3MID									
CLASE									
Clase I	7	26.9	12	46.2	7	26.9	26	100.0	0.047
Clase II	9	12.2	28	37.8	37	50.0	74	100.0	
Clase III	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
PROFUNDIDAD									
A	4	9.1	21	47.7	19	43.2	44	100.0	0.353
B	8	21.6	11	29.7	18	48.6	37	100.0	
C	4	21.1	8	42.1	7	36.8	19	100.0	
3MII									
CLASE									
Clase I	6	30.0	6	30.0	8	40.0	20	100.0	0.151
Clase II	10	12.5	34	42.5	36	45.0	80	100.0	
Clase III	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
PROFUNDIDAD									
A	5	12.5	14	35.0	21	52.5	40	100.0	0.262
B	5	12.2	17	41.5	19	46.3	41	100.0	
C	6	31.6	9	47.4	4	21.1	19	100.0	
Total	16	16.0	40	40.0	44	44.0	100	100.0	

Fuente: Base de datos

En la tabla N° 9 se aprecia la relación llevada a cabo entre los terceros molares retenidos, según la clasificación de Pell y Gregory, y el apiñamiento dentario anterior en las radiografías de pacientes que fueron motivo de estudio. En primer lugar vamos a presentar los datos del tercer molar inferior retenido del lado derecho, como se evidencia, respecto a la clase, aquellos que se clasificaron dentro de la Clase III, en mayor porcentaje el apiñamiento fue severo (50.0%), mientras que los de Clase I se caracterizaron por mostrar un apiñamiento moderado (46.2%), de acuerdo con la prueba estadística aplicada, hay relación ($p < 0.05$), demostrándose que la clase III genera mayor apiñamiento dentario anterior. En lo que se refiere a la profundidad, tanto la A (47.7%) como la C (42.1%) se caracterizaron por tener apiñamiento moderado, sin embargo, la B determinó apiñamiento severo (46.3%), la prueba estadística aplicada determinó que no hay relación ($p \geq 0.05$) entre la profundidad de la pieza dentaria retenida y el grado de apiñamiento dentario anterior. En segundo lugar, tenemos al tercer molar inferior retenido izquierdo, evidenciándose que tanto la clase I (40.0%) como la clase II (45.0%) generaron principalmente un apiñamiento dentario severo, la prueba estadística determinó la no existencia de relación ($p \geq 0.05$); en relación a la profundidad, tanto la A (52.5%) como la B (46.3%) determinaron apiñamiento severo, mientras que la C (47.4%) se caracterizó por generar un apiñamiento moderado; sin embargo, según la prueba estadística, no hay relación entre la profundidad y el apiñamiento ($p \geq 0.05$).

5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS:

La técnica estadística que se empleó para establecer la existencia de relación entre las variables principales fue el Chi Cuadrado de Pearson, con el cual pondremos a prueba nuestra hipótesis principal.

APIÑAMIENTO ANTEROINFERIOR			Valor Chi Cuadrado	G.L.	P
3MI	LADO DERECHO	WINTER	16.487	6	0.020
		PELL Y GREGORY CLASE	10.001	4	0.047
		PELL Y GREGORY PROFUNDIDAD	6.489	4	0.353
	LADO IZQUIERDO	WINTER	25.714	6	0.000
		PELL Y GREGORY CLASE	8.934	4	0.151
		PELL Y GREGORY PROFUNDIDAD	7.618	4	0.262

Interpretación y análisis:

La prueba estadística que se empleó fue Chi-Cuadrado de Pearson, cuyos resultados para el tercer molar del lado derecho fueron de 16.487 para la clasificación de Winter y 10.001 y 6.489 para la de Pell y Gregory, y para el izquierdo fue de 25.714 en la clasificación de Winter y de 8.934 y 7.618 para la de Pell y Gregory.

Los valores obtenidos para el p-valor según la clasificación de Winter, para ambos lados, fueron menores al nivel de significancia de 0.05, en el caso de Pell y Gregory, fueron menores a 0.05 en el tercer molar inferior del lado derecho más no en el izquierdo.

Por lo que se concluye:

Que existe relación significativa entre los terceros molares retenidos y el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021.

5.4 DISCUSIÓN

Se determinó que los jóvenes que presentar terceros molares retenidos en posición mesioangular y horizontal presentan mayor grado de apiñamiento, los cuales coinciden con los resultados de **Hernández G. (2016)**, lo cual obtuvo que mayor grado de severidad de apiñamiento fue el severo y con mayor incidencia en la posición mesio angular, así mismo los datos obtenidos por **García C. (2020)** determinaron apiñamiento leve y la posición vertical y en relación a clasificación de Winter la que predominó fue la clase II y Clase B en la que no se encontró similitud en los resultados **Cuellar J. (2018)**, con este estudio no hubo similitud puesto el limitado desarrollo de estudio que relacionan los terceros molares con apiñamiento dental y el bajo nivel de evidencias de los datos no permiten tener una claridad respecto a la posible relación. Así mismo se encontró otra similitud en los resultados **Machaca J. (2018)** en la que ambos resaltaron en posición mesioangular y posición vertical de los terceros molares retenidos. **Rodríguez M. (2014)** con este estudio se utilizó casi la misma cantidad de muestras en la que hubo similitud en la posición horizontal. Así mismo tuvo semejanza con el estudio en la prevalencia de clase II y clase B **Bustamante N. (2018)** y también tuvo similitud en la posición mesioangular según la clasificación de Winter. Con los resultados del siguiente estudio en la que hubo similitud en la posición mesioangular según la clasificación de Winter con la que se evidenció mayor apiñamiento en la zona incisal con un apiñamiento leve **Terreros M. (2013)**.

CONCLUSIONES

Existe relación entre los terceros molares retenidos y la presencia de apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021.

La prevalencia de terceros molares retenidos en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021, según Winter, es la mesioangular en lado derecho e izquierdo; según Pell Gregory, prevalece la clase II y clase A en el lado derecho, y la clase II y clase B en el izquierdo.

La prevalencia de apiñamiento dentario anteroinferior es en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa en el 2021, en el mayor porcentaje fue severo.

La relación entre el tercer molar inferior retenido y la presencia de apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico Arequipa 2021 fue media.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los cirujanos dentistas evaluar y analizar radiografías; y modelos de estudio de forma preventiva como control para evitar apiñamiento anteroinferior.

Se recomienda seguir tomando en cuenta a los terceros molares retenidos para su estudio en mayor cantidad de muestras para ver si esta relación con el apiñamiento aumenta o disminuye.

Se recomienda hacer más estudios en relación con la clasificación de Pell y Gregory puesto que hubo mayor prevalencia en la clase II en mujeres.

Se recomienda, para obtener mejores resultados tanto en la posición, espacio y profundidad del tercer molar retenido, la tomografía computarizada Cone Beam.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hernández A. Relación entre la posición de los terceros molares y el apiñamiento anteroinferior. [Internet]2016 [Citado 03 setiembre del 2021]

Disponible en:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2016/art-32/>

2. García C. Prevalencia de apiñamiento dental asociado a terceros molares en clínicas de Facultad Piloto De Odontología. 2020 [Citado 03 setiembre del 2021]

Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48542>

3. Cuellar J. Relación entre apiñamiento dentario y terceros molares. [Internet] 2018 [Citado 03 setiembre del 2021]

Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0719-01072018000300173&script=sci_arttext

4. Machaca J. Terceros molares impactados y su relación con el apiñamiento dental anteroinferior en pacientes de la clínica odontológica universitaria Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca 2017. [Internet]2018[Citado 03 setiembre del 2021]

Disponible en:

http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/2222/T036_70268850.pdf?sequence=3&isAllowed=y

5. Rodríguez M.; Relación del tercer molar inferior y apiñamiento dentario antero inferior en estudiantes de 18 a 25 años de edad[Internet] 2014[Citado 10setiembre del 2021]

Disponible en:

[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1087/1/rep_esto_marie.rodriguez_relaci%
c3%93n.tercer.molar.inferior.api%
c3%91amiento.dentario.antero.inferior.estudiantes18-25a%
c3%91os.edad.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1087/1/rep_esto_marie.rodriguez_relaci%c3%93n.tercer.molar.inferior.api%c3%91amiento.dentario.antero.inferior.estudiantes18-25a%c3%91os.edad.pdf)

6. Cuellar J., Moreno B., Muñoz M., Veloso M., Villanueva J. Relación entre apiñamiento dentario y terceros molares. [Internet] 2018[Citado 23 setiembre del 2021]

Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300173

7. Horta M. Casas L Cañete R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. [Internet] 2014[Citado 23 setiembre del 2021] Disponible en:

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

8. Castro R. Loya A. Asociación de los terceros molares y el apiñamiento dental de la arcada inferior en pacientes con longitud mandibular adecuada según Ricketts. [Internet] 2016[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/2243>

9. Navarro G. Complicaciones postquirúrgicas que se presentan después de la extracción de terceros molares retenidos[Internet] 2017[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/21697>

10. Tipan G., Cevallos E. Los terceros molares retenidos y su influencia en trastornos en la articulación temporomandibular en pacientes que acuden al dispensario médico municipal anexo al iess de santo domingo de los tsáchilas en el período enero- diciembre del 2013

[Internet] 2014[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/740>

11. Minchala T. Complicaciones causadas por terceros molares en el proceso de erupción.

[Internet] 2015[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/17534>

12. Kuffel V. clasificación de la posición de los terceros molares y su mayor incidencia[Internet] 2010-2011[citado 25 de setiembre del 2021].

Disponible en:

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55596408/T-UCSG-PRE-MED-ODON-9-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1632849045&Signature=OMtgNaPaZNt~VVTSSCLxddoCvCeTVEQ~8AsppXs~Yt1Cr4b0zYyJTseQ5VSWd-VJKOKMkwMRVTdYODWwMXnl2WBG8ExK3XgqxfdINyJjMtXvDpVGSfSLfT130OIsBiqZ54~BqpwENmdGNbhYdHOcSjc1mLXNZwMwy5vIPzAU4XMJA5zqBWWHPNYXNMb0XAyzLOTUyMhMgFP6XsSJIQuong91oun-nlnTc8Mgr7PzLnNAvSmJbURkflJeaV1rX656mJvh-gmbgU~T9pDgRa8ay7IZLXcRNpcFQ7liduy0QGMMmzsNwoQkU-pWwcmvqsRTJBFawSKjk7qi2UDpEFdwvA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

13. Gonzales R. Extracción del tercer molar inferior por apiñamiento dental en el tratamiento de ortodoncia[Internet] 2014[Citado 25 DE setiembre del 2021]

Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6163>

14. Huaynoca N. Tercer molar retenido - impactado e incluido[Internet] 2014[Citado 25 DE setiembre del 2021]

Disponible en:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=s2304-37682012001000005&script=sci_arttext

15. De León J. Apiñamiento dental anterior inferior según el índice de irregularidad de Little en relación con los terceros molares inferiores presentes, ausentes y extraídos de los pacientes atendidos en la clínica del posgrado de ortodoncia de la facultad de odontología de la universidad de san Carlos de Guatemala[Internet] 2013[Citado 25 DE setiembre del 2021]

Disponible en:

http://www.repositorio.usac.edu.gt/4735/1/T_2539.pdf

16. Análisis en el cálculo de la discrepancia óseo dental de forma manual y en la aplicación I Model Analysis 2

Disponible en:

[file:///C:/Users/usuario/Downloads/44987%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/44987%20(1).pdf)

17. Macías S. Molina Y. Enfermedades bucales en adolescentes estudiantes de quinto bachillerato del Colegio Nacional Portoviejo del cantón Portoviejo provincia de Manabí, que presentan apiñamiento dental anterior en el periodo marzo – agosto 2014[Internet] 2014[Citado 25 DE setiembre del 2021]

Disponible en:

<http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/1118>

18. De la Torre S. Extracción del tercer molar inferior por apiñamiento dental en el tratamiento de ortodoncia fija[Internet] 2014[Citado 25 DE setiembre del 2021]

Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2723>

19. Herrera L Velastegui I. Estudio de mal posiciones de terceros molares en una muestra de pacientes entre 16-35 años de edad atendidos en el instituto ecuatoriano de seguridad Social-Riobamba durante el período abril - octubre 2013[Internet] 2014[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/170>

20. Lanas G. Buitrón J. Estudio de la posición tipo y clase más frecuente de terceros molares incluidos en pacientes de sexo masculino atendidos en la sala de quirófano de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador período 2009-2010. [Internet] 2014[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/551>

21. Bustillo J. Implicación de la erupción de los terceros molares en el apiñamiento anteroinferior severo. [Internet] 2015[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v32n2/original4.pdf>

22. Barreiro K. Asociación del apiñamiento antero inferior con la presencia del tercer molar mandíbula [Internet] 2013[Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en.

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3292>

23. Rodríguez M. Relación del tercer molar inferior y apiñamiento dentario antero inferior en estudiantes de 18 a 25 años de edad [Internet] 2014 [Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1087>

24. Bustamante N. Frecuencia de la posición de los terceros molares mandibulares según la clasificación de Winter y Pell & Gregory en radiografías panorámicas digitales de pacientes de 18 a 40 años que acudieron al centro radiológico de la Universidad Católica de Cuenca durante el periodo septiembre 2016 - octubre 2017. [Internet] 2018 [Citado 25 DE setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://186.5.103.99/handle/reducacue/7689>

25. Paltas M. Causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. I – V - 2012. [Internet] 2018 [Citado 25 de setiembre del 2021].

Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/544>

26. Casas L. Cañete R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en cuba. [Internet] 2014 [Citado 28 de setiembre del 2021].

Disponible en:

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

27. Gil. R. Quesada L. Benítez B. Gonzales A. Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud maso[Internet] 2008[Citado 30 de setiembre del 2021].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011

28. Lao W. Araya H. Mena D. prevalencia de apiñamiento dental en la población costarricense que consulta los servicios de odontología de la CCSS,2017[Internet] 2017[Citado 30 de setiembre del 2021].

Disponible en:

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000100039#:~:text=La%20prevalencia%20nacional%20del%20api%C3%B1amiento,disminuye%20a%20partir%20del%20grupo

29. Sanchez R. Corrales H. Murillo T. Formas de presentación de los terceros molares mandibulares incluidos e impactados. Hospital General Provincial Docente Riobamba [Internet] 2017[Citado 30 de setiembre del 2021].

Disponible en:

<https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/24>

30. Mosquera Y. Vélez D. Velázquez Frecuencia de posiciones de terceros molares impactados en pacientes atendidos en la IPS CES-Sabaneta-Antioquia [Internet] 2017[Citado 30 de setiembre del 2021].

Disponible en:

<https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/5561>

31. García Valoración de riesgo de impacto en el proceso de erupción de los terceros molares. [Internet] 2020[citado 30 de noviembre del 2021].

Disponible en:

https://scholar.google.com.pe/scholar?start=30&q=terceros+molares+impactados+revistas&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1#d=gs_qabs&u=%23p%3DOS2jPOX2Dd4J

32. Fernández R. Tercer molar ectópico impactado en zona retro molar. [Internet] 2009[citado 30 de noviembre del 2021].

Disponible en:

https://scholar.google.com.pe/scholar?q=terceros+molares+impactados+revistas&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar#d=gs_qabs&u=%23p%3DAYJNL0ROcEEJ

33. Cedillo E. Gurrola B. Casasa A. Clase II esquelética y apiñamiento severo superior y moderado. [Internet] 2010[citado 30 de noviembre del 2021].

Disponible en:

https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=api%C3%B1amiento+severo+y+molar+retenido&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DQL5h2M0yqH0J

34. Morejón F. Torres I. Evolución clínica de la pericoronaritis en terceros molares inferiores semirretenidos. [Internet] 2010[citado 30 de noviembre del 2021].

Disponible en:

https://scholar.google.com.pe/scholar?q=terceros+molares+etiologia+revistas&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar#d=gs_qabs&u=%23p%3D0R6t8Ru4PnEJ

35. Acosta A. Bermejo A. Influencia de los terceros molares en el apiñamiento dental anterior. [Internet] 2010[citado 30 de noviembre del 2021].

Disponible en:

https://scholar.google.com.pe/scholar?q=etiologia+de+api%C3%B1amiento+dental&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar#d=gs_qabs&u=%23p%3DIa1jwHwnq9oJ

ANEXOS

Anexos N°1: CARTA DE PRESENTACIÓN



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología

Pueblo Libre, 25 de Noviembre del 2021

CARTA DE PRESENTACION

DRA. LIDIA YANETH MENDOZA MACEDO

DIRECTORA DEL CENTRO ODONTOLÓGICO QUIROZ - AREQUIPA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la ogradada JAQUELINE DEYSI JOVE CASTELO con DNI 76554615 y código de estudiante 2015157189 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: TERCEROS MOLARES RETENIDOS Y SU RELACION CON EL APIÑAMIENTO DENTARIO ANTERIOR EN PACIENTES JOVENES QUE ACUDEN A UN CENTRO ODONTOLÓGICO DE AREQUIPA 2021

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Le anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

DR. LIDIA YANETH MENDOZA MACEDO
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO Nº2: CONSTANCIA DE EJECUCIÓN

CONSULTORIO DENTAL

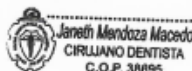
Quiroz

CONSTANCIA

Por medio del presente se hace constar que el bachiller, Jove Castelo Jaqueline Deysi ,identificado con DNI:76554615,realizo el procedimiento con radiografías panorámicas y modelos de estudio de la tesis titulada: TERCEROS MOLARES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL APIÑAMIENTO DENTARIO ANTEROINFERIOR DE PACIENTES JÓVENES QUE ACUDEN A UN CENTRO ODONTOLÓGICO DE AREQUIPA 2021, esta parte de recolección de datos se realizó en el consultorio, desde el día 26 de noviembre del 2021 en el consultorio Quiroz Arequipa.

Arequipa 26 de noviembre del 2021


.....
Dra. Lidia Janeth Mendoza Macedo



Cop:38695

DIRECCION: CALLE MARAÑON N°307-C. COLORADO AREQUIPA

ANEXO Nº3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

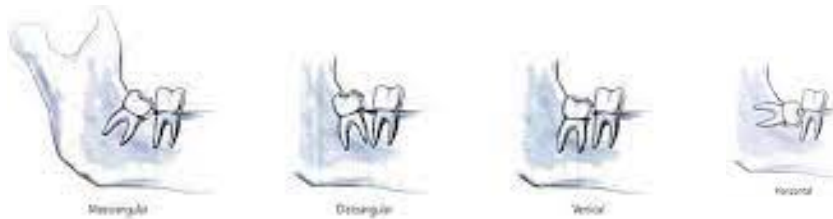
FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

NUMERO DE FICHA:

FECHA:

1.-TERCEROS MOLARES RETENIDOS –CLASIFICACIÓN DE WINTER

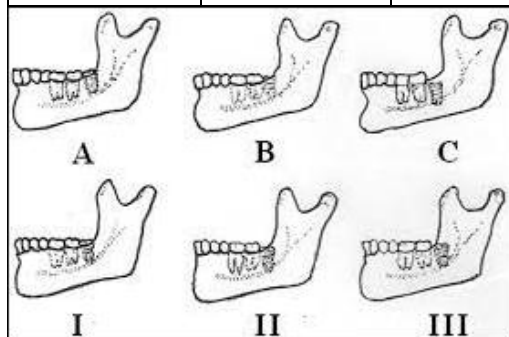
DERECHO	SI	NO	IZQUIERDO	SI	NO
MESIO ANGULAR			MESIOANGULAR		
DISTO ANGULAR			DISTOANGULAR		
HORIZONTAL			HORIZONTAL		
VERTICAL			VERTICAL		



CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY

DERECHO	SI	NO	IZQUIERDO	SI	NO
CLASE I			CLASE I		
CLASE II			CLASE II		
CLASE III			CLASE III		

DERECHA	SI	NO	IZQUIERDA	SI	NO
CLASE A					
CLASE B					
CLASE C					



2.-GRADO DE APIÑAMIENTO

DIENTES ANTEROINFERIOR	ESPACIO DISPONIBLE	ESPACIO REQUERIDO	DISCREPANCIA EN MILÍMETROS
3.3-3.2-3.1-4.1-4.2-4.3			

APIÑAMIENTO LEVE	HASTA 2 MM	
APIÑAMIENTO MODERADO	DE 3 A 5 MM	
APIÑAMIENTO SEVERO	DE 5 A 9 MM	

ANEXO Nº4: MATRIZ DE DATOS

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Nro	GENERO	EDAD	W3MID	W3MII	PyG C3MID	PyG C3MII	PyG P3MID	PyG P3MII	GA	
1	2	18	1	4	2	1	1	2	2	2
2	1	18	1	1	2	2	3	2	2	2
3	2	25	3	1	2	2	1	1	2	2
4	2	18	3	3	2	2	1	2	2	2
5	1	18	3	3	2	2	1	1	3	3
6	2	18	3	3	2	2	1	1	2	2
7	2	18	1	1	2	2	1	1	3	3
8	1	18	1	1	1	2	1	2	3	3
9	2	18	3	1	2	2	1	2	3	3
10	2	18	3	4	2	1	1	1	3	3
11	2	18	1	1	2	2	2	2	2	2
12	1	18	1	1	2	3	2	2	3	3
13	2	18	1	1	2	2	2	1	3	3
14	1	21	2	2	2	2	1	1	2	2
15	2	18	1	1	2	2	3	2	2	2
16	1	18	3	3	2	2	1	1	2	2
17	2	18	1	1	2	2	2	2	1	1
18	1	18	4	4	2	2	2	2	1	1
19	2	20	1	1	2	2	3	3	3	3
20	1	24	3	2	2	2	2	1	2	2
21	1	23	1	4	2	1	2	1	1	1
22	2	18	3	4	2	2	1	1	3	3
23	1	19	1	1	2	2	1	1	3	3
24	2	19	1	1	2	2	1	1	3	3
25	2	23	3	3	2	2	1	1	3	3
26	2	18	4	1	2	2	3	3	2	2
27	1	18	1	1	2	2	2	2	3	3
28	2	18	1	1	2	2	3	3	2	2
29	2	24	3	3	2	2	1	1	3	3
30	1	22	1	3	2	2	1	1	2	2
31	2	19	1	1	2	2	2	2	1	1
32	2	18	1	3	2	2	2	3	2	2
33	2	19	1	1	2	2	2	3	2	2
34	1	18	1	1	2	2	2	2	3	3
35	1	18	1	1	2	2	2	2	3	3
36	2	19	1	1	2	2	2	2	2	2
37	2	18	1	1	2	2	2	2	2	2
38	1	18	1	1	2	2	2	2	3	3
39	2	19	4	1	2	2	3	3	1	1
40	1	19	4	1	2	2	1	1	3	3

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
60	1	18	4	1	1	1	1	3	2	
61	2	18	4	1	2	1	2	3	3	
62	1	18	1	1	2	2	2	2	3	
63	2	20	1	1	2	1	3	2	3	
64	2	22	1	1	1	1	2	2	3	
65	1	19	4	1	1	2	1	1	1	
66	2	19	1	1	2	2	1	1	2	
67	1	18	1	2	2	2	2	1	3	
68	1	18	1	3	1	1	1	1	2	
69	1	18	3	3	2	2	1	1	3	
70	1	18	2	3	1	2	1	2	2	
71	2	18	1	1	2	2	3	3	2	
72	1	19	3	3	1	2	2	2	2	
73	2	19	1	1	2	2	2	2	3	
74	1	20	1	3	2	2	2	2	2	
75	2	18	4	4	2	2	2	3	1	
76	1	21	1	4	2	3	1	2	2	
77	2	21	4	1	1	1	3	3	2	
78	2	20	1	3	2	2	1	2	2	
79	2	18	1	1	2	2	1	1	2	
80	1	24	3	2	2	1	2	1	2	
81	1	18	4	1	1	2	3	2	3	
82	2	18	4	1	1	2	3	3	3	
83	2	21	4	1	2	2	3	2	3	
84	1	18	1	3	2	2	2	2	3	
85	2	18	1	4	2	1	1	1	3	
86	2	18	1	1	2	2	3	3	3	
87	2	18	4	4	2	2	3	3	1	
88	1	18	3	1	2	2	2	1	3	
89	1	18	4	1	1	2	1	1	2	
90	1	18	4	4	1	2	1	1	3	
91	2	18	4	4	1	1	2	2	1	
92	1	19	4	1	1	2	1	1	2	
93	2	18	4	1	1	2	1	2	2	
94	1	18	1	1	1	1	1	1	3	
95	2	19	1	1	2	2	1	1	1	
96	1	22	4	4	2	2	2	3	1	
97	1	19	3	3	1	2	2	2	2	
98	2	18	1	1	2	2	2	2	3	
99	2	19	1	3	2	2	1	1	2	
100	2	18	3	3	3	3	1	1	3	

ANEXOS N°5: FOTOGRAFIAS



Fotografía Nª 1: Midiendo el espacio disponible y requerido con el alambre número 14



Fotografía Nª 2: corroborando la medida en el papel milimetrado para tener datos para la discrepancia de espacio.



Fotografía Nª3: Evaluando las radiografías panorámicas según la clasificación de Pell y Gregory y Winter.