



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

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

**“PREVALENCIA DE TERCERAS MOLARES INFERIORES
RETENIDAS Y GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA SEGÚN EL
ÍNDICE DE PEDERSEN EN UN CENTRO RADIOLÓGICO EN
HUARAZ 2021”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR

Bach. VERONICA JERALDINE, HUAYANEY ASTO

<https://orcid.org/0000-0003-4252-8973>

ASESOR:

Mg. JORGE LUIS MARCELINO RODRÍGUEZ ROJAS

<https://orcid.org/0000-0003-3551-1209>

LIMA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional, durante todo este tiempo.

A mi pequeña familia, mi esposo e hijo, por su paciencia.

A Dios por darnos la fortaleza en estos tiempos difíciles.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor Mg. Jorge Luis Marcelino Rodríguez Rojas por su apoyo y guía para realizar esta investigación.

A mis amigos por su compañía y apoyo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCION	10
CAPITULO I:PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigacion	13
1.4. Justificación del problema	14
1.4.1. Importancia de la investigación	14
1.4.2. Viabilidad de la investigación	14
1.5. . Limitaciones del estudio	15
CAPITULO II: MARCO TEORICO	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	16
2.2 BASES TEÓRICAS	18
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	25
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	26
3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS	26
3.2 VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL	26
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	28
4.2 DISEÑO MUESTRAL	28
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	30
4.5 Aspectos éticos	30
CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN	31
5.1 Análisis descriptivo de tablas y gráficos	31
5.2 Discusión	38
Conclusiones	39
Recomendaciones	41
FUENTES DE INFORMACION	42
ANEXOS	47
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	48
ANEXO 2: VALOR DE VARIABLES	49
ANEXO 3: CARTA DE PRESENTACIÓN	50
ANEXO 4: CONSTANCIA	51
ANEXO 5: FOTOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a la rama ascendente.	29
TABLA N°2: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a su profundidad.	30
TABLA N°3: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Winter.	
TABLA N°4: Grado de dificultad quirúrgica de las terceras molares inferiores retenidas según Pederson.	32

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N°1: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a la rama ascendente.	29
GRAFICO N°2: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a su profundidad.	30
GRAFICO N°3: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Winter.	31
GRAFICO N°4: Grado de dificultad quirúrgica de las terceras molares inferiores retenidas según Pederson.	32

RESUMEN

El objetivo primordial del estudio de investigación fue determinar la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas y grado de dificultad quirúrgica según el índice de Pedersen en un centro radiológico en Huaraz 2021. El estudio realizado fue de tipo no experimental, observacional, transversal y descriptivo retrospectivo y se tomó como muestra 150 radiografías panorámicas. Para obtener los resultados se trabajó con las clasificaciones de Pell y Gregory y Winter para determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidas y con la clasificación de Pedersen para determinar el grado de dificultad quirúrgica.

De acuerdo a la investigación se observó que la prevalencia de terceras molares inferior retenidas según Pell y Gregory fue de acuerdo a espacio disponible “Clase II” con un porcentaje de 48% mientras que según la profundidad fue “Posición B” con un porcentaje de 54%, mientras que Winter nos daba una prevalencia según la angulación de “Mesioangular” con un 45%. La clasificación de Pedersen nos arrojó que de estas terceras molares el grado de dificultad fue de “moderadamente difícil” con un porcentaje de 69%.

Se concluye que al realizar las cirugías de terceros molares tengan en consideración trabajar con índices como Pedersen para determinar el grado de dificultad de las mismas, apoyándose de exámenes auxiliares para prevenir complicaciones futuras durante el curso quirúrgico.

Palabras claves: Tercera molar retenida, prevalencia, grado de dificultad, radiografía panorámica.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the prevalence of retained lower third molars and the degree of surgical difficulty according to the Pederson index in a radiological center in Huaraz - 2021. The study carried out was non-experimental, observational, cross-sectional and retrospective descriptive. 150 panoramic radiographs were taken as a sample. To obtain the results, we worked with the Pell and Gregory and Winter classifications to determine the prevalence of retained lower third molars and with the Pederson classification to determine the degree of surgical difficulty.

According to the investigation, it was found that the prevalence of retained lower third molars according to Pell and Gregory was according to available space "Class II" with a percentage of 48% while according to depth it was "Position B" with a percentage of 54 %, while Winter gave us a prevalence according to the angulation of "Mesioangular" with 45%. Pederson's classification showed us that of these third molars the degree of difficulty was "moderately difficult" with a percentage of 69%.

It is concluded that professionals performing third molar surgeries should consider working with indices such as Pederson to determine their degree of difficulty, relying on auxiliary tests to avoid future complications in the process.

Keywords: Retained third molar, prevalence, degree of difficulty, panoramic radiogr

INTRODUCCION

La investigación en desarrollo que presenta como título “Prevalencia de terceras molares inferiores retenidas y grado de dificultad quirúrgica según el índice de Pedersen en un centro radiológico en Huaraz 2021” posee como fin determinar la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas y su grado de dificultad.

Las terceras molares o muelas del juicio por ser las piezas dentarias finales en erupcionar no posee el área sugerida o adecuada para su localización idónea, por lo tanto, padecen de complicaciones al erupcionar y colocarse en el plano oclusal debido las complicaciones con las zonas anatómicas que lo rodea y con mucha más incidencia en el maxilar inferior o mandíbula por el poco espacio o nada entre la segunda molar y la rama ascendente de la misma.

De acuerdo a esto también se puede de determinar que existen complicaciones durante el proceso operatorio por la posición y las propias complicaciones de la tercera molar. Se puede diagnosticar el grado de dificultad con diferentes índices, pero el más usado y adecuado para determinar es el Índice de Pedersen, puede evaluar el grado de dificultad y con esto poder ayudar a prevenir las futuras complicaciones en el momento del acto quirúrgico del retiro de la tercera molar.

Se toma las clasificaciones de Pell y Gregory como también la clasificación de Winter ya que Pederson engloba estas clasificaciones en su índice para determinar el grado de dificultad quirúrgica.

Es por ello el interés del estudio de realizarse en la localidad dada ya que no hay estudios y resultados de acuerdo a la raza y mestizaje del Perú y así poder dar un mayor alcance a todo individuo interesado en el tema.

Para continuar detallare la estructura del estudio de investigación, la cual abarca:

Capítulo I: Presento el problema principal de la investigación, y formulación de los objetivos que deseo alcanzar y la necesidad de resolver las dudas de mi investigación referente a la prevalencia de las terceras molares inferiores retenidas y el grado de dificultad quirúrgica según la clasificación de Pedersen; de

igual forma se encuentra la justificación de mi problema, la importancia y la viabilidad de mi problema, finalizando con las limitaciones del estudio.

Capítulo II: Reúno y expongo los antecedentes internacionales y nacionales que ayudaran a enriquecer y les dará veracidad a los resultados junto con las bases teóricas, también la definición de términos.

Capítulo III: Aquí presento la descripción de mis variables y su respectiva operacionalización de variables.

Capítulo IV: Explico el diseño de la investigación, la metodología, diseño muestral, la matriz de consistencia donde se presentó un pequeño resumen general de la investigación, en este mismo capítulo también se encuentra el instrumento para la recolección de datos, la técnica de recolección d datos y estadísticas y técnica estadística para recaudar toda la información necesaria para la investigación.

Capítulo V: Detallo en descripción de las tablas y gráficos de los resultados de la investigación, también la discusión con los autores de mis antecedentes.

Finalizando, presento las conclusiones y recomendaciones para mi estudio, así mismo las fuentes de información usada y anexo donde hago constancia del lugar de estudio y todos sus complementos.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La ubicación del tercer molar inferior, es un impedimento así para la erupción y para su tratamiento odontológico, por ser la última pieza dentaria en erupcionar puede quedar retenida o sufrir desplazamientos alterando la oclusión; al no contar con el espacio suficiente en la arcada genera muchos problemas funcionales, y puede darnos un grado de dificultad durante el proceso quirúrgico, que dificulta el trabajo de cirujano dentista.

El proceso del retiro del tercer molar es a la fecha uno de los tantos procesos quirúrgicos más común en el ejercicio clínico de la odontología y presentan muchas variabilidades que dependerán de la posición y del grado de dificultad quirúrgica de acuerdo a la pieza del molar.

Según la Real Academia de la Lengua Española nos precisa “dificultad” como una imposibilidad o traba que limita la obtención o entender algo bien y pronto; en acuerdo a esto se puede expresar entonces que la dificultad quirúrgica es la agrupación de procedimientos, maniobras y contratiempos que se presentan durante el procedimiento quirúrgico con el fin de dilatarlo o evitarlo.

Para hacer del planeamiento de la cirugía de terceros molares un acto más eficaz y práctico, aparecieron algunos índices y clasificaciones como métodos que proporciona la antelación de probables trastornos y facilita la prevención de ciertas alteraciones en el acto operatorio de terceras molares.

En la práctica odontológica para el diagnóstico de terceras molares los operadores no se apoyan de alguna clasificación o índice que ayude a determinar la posición y el grado de dificultad quirúrgica, por ende, puede haber complicaciones en el acto operatorio y falta de seguridad en el paciente frente al profesional.

Por esta razón, el estudio se llevó a cabo con el fin de determinar la prevalencia y el grado de dificultad de los terceros molares inferiores según Pedersen y su clasificación establecida.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas y grado de dificultad quirúrgica según el índice de Pedersen en un centro radiológico de Huaraz – 2021?

Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas en un centro radiológico de Huaraz – 2021?

¿Cuál es la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas según la clasificación de Pell y Gregory en un centro radiológico de Huaraz-2021?

¿Cuál es la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas según la clasificación de Winter en un centro radiológico de Huaraz-2021?

¿Cuál es el grado de dificultad quirúrgica de terceras molares inferiores retenidas en un centro radiológico de Huaraz – 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas y grado de dificultad quirúrgica según el índice de Pedersen en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Objetivos Específicos:

Determinar la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Determinar la posición de las terceras molares inferiores retenidas de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Determinar la posición de las terceras molares inferiores retenidas de acuerdo a la clasificación de Winter en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Determinar el grado de dificultad quirúrgica según el índice de Pedersen en terceras molares inferiores retenidas en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Importancia de la investigación

El actual estudio se justificó de forma teórica, de acuerdo a que se empleará como información de apoyo para enriquecer trabajos futuros afines o similares al tema, pues la investigación quiso mostrar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidas y el grado de dificultad quirúrgica según la clasificación de Pederson.

Presentó también justificación práctica ya que brindará datos acerca de los aspectos radiográficos según la clasificación de Pederson que su vez se basa sobre las clasificaciones de Winter – Pell y Gregory, e influenciará en los operarios para que estén prestos y orientados correctamente a la hora de llevar a cabo un apropiado método conforme a la dificultad que muestre la tercera molar y así evitar o disminuir futuras complicaciones.

La investigación presentó justificación social puesto que la información recaudada ayudara a los futuros pacientes, al conocer mejor la planificación del procedimiento y las complicaciones operatorias posibles que se presenten durante el acto quirúrgico, le brindaran una mayor comodidad y seguridad sobre el tratamiento propuesto.

Tiene calidad teórica, puesto que los resultados mostraran las competencias a fines a la clasificación que se utilizara para precisar el grado de dificultad y la prevalencia de los terceros molares inferiores retenidos.

La investigación presentó importancia social, porque el producto obtenido del estudio podrá ser compartido con los demás profesionales interesados en el tema.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Este estudio fue realizable por que se efectuó en el tiempo conveniente del investigador y tuvo las facilidades para llevarlo a cabo.

Se contó también con los materiales radiográficos necesarios para el estudio.

Además, conto con los recursos económicos para su sustentación y todos los gastos por parte de la investigadora para su elaboración

1.5. Limitaciones del estudio

Este estudio no conto con limitaciones.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Antecedentes Internacionales

García M. (2015) Guatemala; tuvo como fin, determinar la prevalencia y el grado de retención de los terceros molares inferiores en la Facultad de Odontología Universidad San Carlos durante los meses de enero a noviembre del 2015. Lo realizo a través del sistema de computación de OnDemand3D, recaudando información de 88 casos de radiografías panorámicas como muestra, así definió que la prevalencia de la retención del tercer molar inferior en su trabajo de investigación fue de 66%. García también determino en su estudio que el 73% de terceros molares inferiores no tenían espacio suficiente en relación a la mandíbula con la rama ascendente, subsiguiente de los que tenían el espacio adecuado con un 19% y en pequeño grupo los que presentaban un espacio reducido con un 8%, al evaluar las variables en grupo, logro determinar que el grado de dificultad de retención según la escala de Pederson más común es el “moderadamente difícil”(56%), siguiéndole el de “difícil”(28%) y en menos común es el “poco difícil”(16%).¹

A.Jaron y G.Tribek (2021) Polonia; El objetivo de su estudio fue realizar un análisis retrospectivo del grado de retención y dificultad en la remoción quirúrgica de 3eros molares mandibulares impactados en el material clínica del Departamento de Cirugía Bucal en el periodo 2013-2018. El estudio incluyo 1585 radiografías panorámicas de pacientes del Departamento de Cirugía Oral, que informaron en 2013-2018, con el fin de realizar la extracción quirúrgica del tercer molar mandibular impactado. Se determinó el grado de retención en base a las clasificaciones según Winter, Pell y Gregory, Tetsch y Wagner, y Asanami Kasazaki. La dificultad del procedimiento se evaluó con base en el Índice de Pederson. Resultados: Los tipos más comunes de impactación de muelas del juicio fueron: impactación mesioangular (Clasificación de Winter), impactación angular media oblicua (clasificación Tetsch y Wagner), grado de impactación 2A(Clasificación Pell y Gregory), 3A e inclinación anterior (Clasificación Asanami y

Kasazaki). En la mayor parte de los casos de extirpación quirúrgica de una pieza dental impactada, la dificultad anticipada del procedimiento se calificó como muy difícil.²

Deepak P., Shubharanjan D. y Col. (2018) India; en proyecto que realizaron tuvieron como objetivo principal estudiar la prevalencia y el patrón del tercer molar mandibular impactado entre la población de Delhi-National Capital Región (NCR). El estudio se realizó con datos recopilados de hospitales registrados y clínicas dentales de la región NCR de Delhi. El estudio representa un análisis retrospectivo de radiografías panorámicas y radiografías periapicales intraorales de pacientes en estos centros desde junio de 2014 a junio de 2016. Resultados: se incluyó en el estudio a un total de 250 pacientes con tercer molar mandibular impactado (152 [60,8%] hombres y 98 [39,2%]) mujeres entre junio de 2014 y junio de 2016. La edad osciló entre 20 y 55 años, con una edad media de 27,6. Según su estudio encontraron que la prevalencia de terceros molares inferiores impactados fue del 26,04%. Conclusión: Demostraron que los hombres (60,8%) contaban con altas probabilidades de presentar terceros molares inferiores impactados en relación con las mujeres (39,2%). Así mismo los resultados de la prevalencia de impactaciones de terceros molares fue por poco similar para el lado izquierdo (45,8%) como el derecho (54,2%). El estudio señaló que las impactaciones mesioangulares (49,2%) fueron la clase más habitual de impactación. La forma que fue menos frecuente y presento menor porcentaje fue la de impactaciones de clase transversal (2%). La prevalencia de terceros molares mandibulares impactados en este estudio fue del 26,04%.³

Antecedentes Nacionales

Cachis L. (2018) Lima; realizó un estudio para evaluar el grado de dificultad quirúrgica en el proceso de retiro o extracción de las terceras molares inferiores, usando una escala radiológica de valoración prequirúrgica (EVP), y el dolor postoperatorio en pacientes adultos. En su muestra incluyo un grupo de pacientes que se encontraban en la edad 18 y 35 años, fueron alrededor de 30 paciente, examinó las radiografías panorámicas, ayudado de la EVP, y el dolor postoperatorio, así como el grado de fuerza y la hora en la que se mostraba el más alto grado de intensidad dolorosa, también como su duración según la escala

visual análoga (EVA) durante 7 días. Concluyó que existía concordancia sobre el grado de dificultad quirúrgica y el grado de fuerza de la máxima intensidad dolorosa como los días de duración de la sensación dolorosa. ⁴

Ulloa M. (2019) Huancayo; su objetivo principal fue evaluar la prevalencia de posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory en la clínica de la Universidad Continental 2018 – 2019. Considero para su muestra 1070 historias clínicas y fue tipo censal. Metodología: Tipo descriptivo, diseño no experimental, transversal, retrospectivo y observacional. Resultados: La posición I-A para ambos lados no dio que el izquierdo fue en la que se obtuvo mayor prevalencia en sexo femenino y presentó prevalencia sobre las edades de 14 - 25 años. Conclusión: la prevalencia de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory para los lados derecho e izquierdo fue la posición I-A, así también el rango de edad con más alta incidencia fue para la posición I-A para ambos lados fue 14-25 años. ⁵

2.2 BASES TEÓRICAS

Tercer Molar

Se define como el órgano final de la serie dentaria que posee una particularidad morfológica propia en diferencia del resto de las piezas dentarias. Estas últimas piezas dentarias en erupción lo hacen entre los 18 y 25 años de edad tiene un alto porcentaje de quedar retenida y muchos casos es por eso que no se visualiza clínicamente en la arcada dentaria. ⁶

En el antiguo mundo una fuerza exagerada de los maxilares para alimentarse y como herramienta de trabajo, para poder triturar y realizar acciones como cortar y por ende desarrollo una musculatura y condiciones faciales prominentes para la época. En la actualidad todos estos acontecimientos han cambiado por el uso de artefactos y utensilios que comúnmente usamos y ha hecho que la fuerza de demanda disminuya y sea la razón por la cual la cavidad oral, mandibular y maxilar haya disminuido de volumen y espacio. Por eso se cree que algunos no cuentan con la tercera molar o que no tenga el adecuado espacio para su erupción creando así muchas complicaciones. ²⁵

La tercera molar o tercer molar se relaciona íntimamente por delante con el hueso mesial y el 2do molar, mientras que hacia el lado opuesto con el hueso distal de la tercera molar y la rama ascendente. ³⁴

Por fuera con el hueso bucal y la línea oblicua que la da el espesor, dentro se encuentra ligado al hueso lingual que lo separa de la cavidad bucal y el piso de boca. ³⁴

Está ligado al nervio dentario inferior por la zona de abajo que a su vez puede o no estar cerca al tercer molar o incluso pasar entre sus raíces. ³⁴

Por arriba se encuentra con el hueso alveolar en caso no haya sido posible su erupción. ³⁴

En relación a los músculos la tercera molar que se encuentra en la mandíbula se relaciona con el musculo masetero por delante de arriba abajo, por detrás con el musculo buccinador que se inserta por la cara externa de la mandíbula y esta separa por la bola adiposa de Bichart con el musculo temporal.

Hacia distal con el musculo temporal y lingual con el musculo milohiideo que se inserta en la línea oblicua interna de la mandíbula. ³⁴

Retención Dentaria

Hace referencia al diente o pieza dental que llega a su periodo habitual de erupción, pero se halla retenido por fuerzas, parcial o totalmente y se mantiene en el hueso alveolar sin erupcionar. ¹²

Según Archer (1978), son dientes o piezas dentarias de las cuales su proceso de erupción no es normal ya que es impedida por otras piezas adyacentes o hueso que la rodea, las mal posiciones de piezas con relación al arco normal o piezas dentarias fuera de su cronología de erupción. ³⁰

Hay consideraciones dentro de lo que es la retención, son las siguientes:

Todas las piezas dentarias pasan por una fase de retención fisiológica.

Existe una etapa de demora en la erupción y es versátil en cada sujeto.

Al llegar la etapa máxima de la erupción de una pieza dentaria, y ésta no ha ocurrido, se determina como verdadera retención.

Si la retención crea algún síntoma clínico, se cataloga como retención patológica.

22

La erupción de las terceras molares que no están ligadas a alguna patología puede tener otras razones u orígenes como la falta de desarrollo del esqueleto maxilofacial o una relación paralela entre el desarrollo del esquelético y la formación del tercer molar en cuestión. Esto nos da una dimensión reducida entre ambas zonas de la rama ascendente mandibular y la segunda molar.³¹

Es de suma importancia antes de los procesos operatorios hacer la evaluación clínica y radiográfica para determinar las características que nos ayudaran a realizar un mejor diagnostico como son:³⁰

Angulación de la pieza dentaria.	Forma y tamaño de la corona.
Afinidad con la rama ascendente de la mandíbula.	Afinidad con la segunda molar. Segundo molar.
Profundidad de la retención.	Conducto alveolar inferior.
Ligamento periodontal.	Densidad ósea.
Saco folicular.	

30

Embriología

Se desarrolla a partir de los 36 meses de vida intrauterina, e inicia su etapa de calcificación alrededor de los 9 años de edad finalizando con su periodo de erupción alrededor de los 18 a 27 años, es por ende que tienen la denominación de “muelas del juicio” ya que a partir de esa edad se cree que el individuo ya puede emitir o tener “juicio o uso de razón”.⁷

En algunos estudios se dice que la etapa temprana de la calcificación del germen dentario se da entre los 8 años iniciando con la formación de las cúspides y a los 12 años con la formación completa de la corona, mientras que otros estudios dicen que entre los 12 y 16 años completan su formación coronal pero la formación de las raíces completas ocurre hasta los 25 años. Se dice que si a los

10 años la tercera molar no se distingue radiográficamente hay la posibilidad de agenesia de terceros molares en un 50 %.²⁸

Etiología de los terceros molares

La alta prevalencia de patología provocada por el tercer molar es muy alta, sobre todo el espacio donde se desarrolla ya que conlleva muchas limitaciones, debido a circunstancias embriológicas y anatómicas especiales.⁸

Condiciones Anatómicas

García en su estudio nos refiere que la anatomía de la tercera molar es muy variable ya que el área retromolar ha ido reduciéndose paulatinamente a través de la evolución óseo general y mandibular a lo largo del progreso y evolución del hombre, mientras que las áreas en la arcada dentaria permanecen perceptiblemente semejantes a los inicios del ser humano.

En la mandíbula del ser humano prehistórico, se presentaba un área importante en medio del lado de la zona posterior del tercer molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular. Hoy esta área delimitada ha ausentado por completo y es esta la razón por la cual el tercer molar inferior no cuenta con el espacio idóneo para erupcionar y se halla relativamente situado en la rama ascendente, y así esta forzado a salir fuera de su área normal de erupción, normalmente es en la cara interna de la rama ascendente mandibular.¹

Radiografía Panorámica

Es la técnica más común usada de forma habitual como estudio imageniológico para diagnosticar y dar valoración a los terceros molares o cordales, gracias a su fácil acceso, su menor costo y baja dosis de radiación. Es de un alto interés evaluar su probabilidad de impactación y la posición angular con la rama ascendente de la mandíbula.¹⁰ Está fundamentada en la tomografía. La definición de panorámica significa “tener una vista del objeto sin obstáculos y en cualquier dirección”. Entonces cuando el conjunto de imágenes se combina y se plasman sobre una sola película, nos da una vista panorámica de los maxilares y ayuda a observar mejor las áreas que limitan con la zona bucodental.²¹

Cirugía de Terceros Molares

El procedimiento de la cirugía o exodoncia de terceros molares lo realiza con frecuencia el cirujano oral o maxilofacial, ya que estas son las piezas finales en erupcionar en la gran parte de los casos no poseen con el espacio suficiente entre el hueso mandibular y la segunda molar quedando así retenida.¹¹

Evaluación de Riesgos y Dificultad Quirúrgica

La decisión de optar como tratamiento la cirugía de terceros se realiza después de haber realizado una buena historia clínica, el proceso del acto operatorio del retiro del tercer molar puede ser abierta o cerrada; así pronosticar correctamente el grado de dificultad es idóneo reconocer las causas o circunstancias que las perjudican, para poder evaluar así los exámenes radiográficos minuciosamente y que le permitan al profesional un mayor conocimiento de los elementos que podrían intervenir en el procedimiento.¹⁴

Generalmente las clasificaciones o índices, se han descrito para el entendimiento antes, durante y después del proceso operatorio y de apoyo para definir la dificultad quirúrgica y se fundamentan en las radiografías.²⁰

Este procedimiento de evaluación nos ayudara a la planificación correcta del acto operatorio y brindara un patrón para los protocolos, y así disminuir el tiempo operatorio y reducir las complejidades intra y posoperatorias.²⁴

CLASIFICACIÓN DE PEDERSEN

El índice de dificultad quirúrgica pronostica el grado de dificultad que va a llevar el acto preoperatorio, anteriormente se ayudaban de las clasificaciones de Pell y Gregory y Winter, pero solo nos brindaban información en relación a la posición y localización de la tercera molar.¹⁶

Pederson fue el primero en crear un índice de dificultad predictivo apoyándose en las clasificaciones de Pell y Gregory y Winter.¹⁶ Propuso el índice para la extirpación de terceras molares inferiores. La puntuación general al grado de dificultad está basada primeramente en la anatomía local y radiografías. Describe su clasificación con la valoración de las variables a continuación:

CLASIFICACIÓN DE WINTER

Winter realizó los primeros intentos por dar una clasificación a los terceros molares tomando en cuenta su inclinación en concordancia al eje axial de la segunda molar. ²³

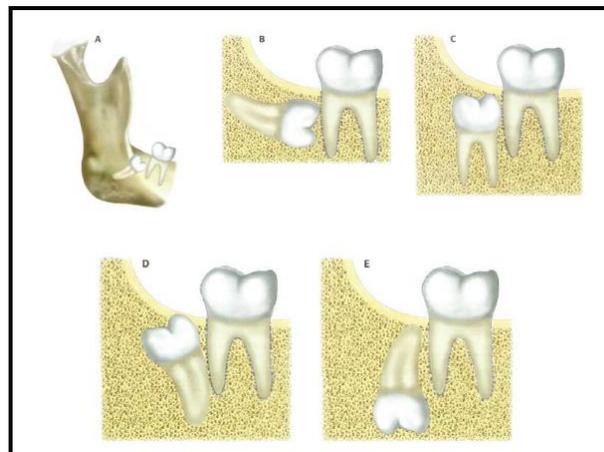
Mesioangular: Los ejes de la rama ascendente de la mandíbula y el eje de la tercera molar crean un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°.

Horizontal: Los ejes tanto como el eje axial de la segunda molar y el eje de la rama ascendente son perpendiculares.

Vertical: Cuando el eje de la segunda molar y la rama mandibular son equidistantes.

Distoangular: Los ejes conforman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°.

Según el plano donde se encuentra ubicado la corona se clasifican en Vestibuloversion: si la corona se dirige la parte vestibular y en linguoversión si se dirige hacia el área donde se encuentra ubicada la lengua. ¹⁹



Posición: A(mesioangular), B(horizontal), C(vertical), D(distoangular), E(invertido). ²⁷

Fuente: Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell y Gregory en la facultad de odontología en la universidad de Cuenca. [TESIS DE PREGADO].

CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY

Detalla el grado de impactación de las terceras molares inferiores, según la profundidad en afinidad al plano oclusal de la segunda molar y el ancho o diámetro mesiodistal del diente retenido en afinidad con la distancia del segundo molar y la parte anterior del maxilar inferior. ²⁹

En su estudio, Rimarachin, refiere que “Se fundamenta en la afinidad del tercer molar con la segunda molar y con la rama ascendente mandibular y a su vez con la profundidad respectiva del tercer molar en el hueso y al plano oclusal. ¹³

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

Clase I: El área en medio de la zona distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula es más amplio que el calibre mesiodistal del tercer molar.

Clase II: El área en medio de la zona distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula es más estrecho que el calibre mesiodistal del tercer molar.

Clase III: El tercer molar se encuentra ubicado parcial o totalmente dentro de la rama ascendente de la mandíbula.

Profundidad relativa del tercer molar:

Posición A: La parte más superficial de la tercera molar está ubicada en la misma altura del plano oclusal del segundo molar.

Posición B: La parte más superficial de la tercera molar está ubicada inferiormente del plano oclusal, pero sobre la línea cervical del segundo molar.

Posición C: La parte más superficial de la tercera molar está en la misma altura o abajo de la línea cervical del segundo molar. ^{17, 18}

	A	B	C
CLASE I			
CLASE II			
CLASE III			

Fuente: Crespo r., Farfán R. y Col. Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell y Gregory en la facultad de odontología en la universidad de Cuenca. [TESIS DE PREGADO]. 2014.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Prevalencia: Mide la relación de individuos de una zona específica, en un tiempo determinado y padecen de características o fracción de un número de casos. ⁵

Diente retenido: Pieza dentaria que, al término de su etapa común de erupción, se halla estancado semi o en su totalidad y persiste sin erupcionar en el hueso. ¹

Grado de dificultad quirúrgica: Índice de posibilidad de impedimento del proceso quirúrgico, con base a agentes de riesgo.⁴

Posición: Distribución de un cuerpo o de un individuo en un espacio definido con orientación próxima de algo con las que limita. ⁵

Radiografía Panorámica: Es un examen radiográfico que muestra las estructuras óseas, del rostro de un individuo en una imagen única. ⁶

Terceros molares: Ultima pieza dentaria en erupcionar por lo tanto, son los mayores en presentar continuamente retenciones. ¹⁴

Cirugía de Terceras Molares: Clase de exodoncia con un grado de dificultad, que ha pasado de un procedimiento común a compleja, comprende de 3 etapas: etapa preoperatoria, proceso quirúrgico y etapa postoperatoria. ⁹

Clasificación de Winter: Índice que le otorga un valor a la posición o ubicación del tercer molar en relación al eje longitudinal del segundo molar. ⁹

Clasificación de Pell y Gregory: Este índice se fundamenta en la correlación del tercer molar y el segundo molar y así también con la rama ascendente mandibular, y a su vez con la profundidad relativa en el hueso mandibular. ⁹

Clasificación de Pederson: Es una categorización que da valor al grado de dificultad apoyándose sobre los índices o clasificaciones de Winter y Pell y Gregory. ²⁶

CAPITULO III:
HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

El actual estudio de investigación, no se desarrolló hipótesis por ser de tipo descriptivo, y ya que solo se presentará prevalencia y grado de dificultad quirúrgica basadas en radiografías panorámicas.

3.2 VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

V₁: Prevalencia de posición de terceras molares inferiores retenidas: Indica cuantos individuos se reportaron o diagnosticaron con terceras molares retenidas.

V₂: Grado de dificultad quirúrgica: Índice de posibilidad de impedimento del proceso quirúrgico, con base a agentes de riesgo.

Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	valor
VI: PREVALENCIA DE POSICIÓN DE TERCERAS MOLARES INFERIORES RETENIDAS	Posición de terceras molares inferiores retenidas	ÍNDICE DE PELL Y GREGORY	NOMINAL	Clase I Clase II Clase III
			NOMINAL	Posición A Posición B Posición C
		ÍNDICE DE WINTER	NOMINAL	Vertical Mesioangular Distoangular Horizontal Invertida
VD: GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA	establecidas por el Índice de Pedersen.	ÍNDICE DE PEDERSEN	ORDINAL	Mínima (3 – 4) Moderada (5 – 6) Muy difícil (7 – 10)

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación en estudio fue de tipo no experimental ya que se basó en la observación de radiografías, diseño descriptivo Retrospectivo, porque se recopilaron datos del año 2021 para el estudio.

Transversal y observacional, ya que se observó características en una población determinada y se realizó en el año 2022.



Donde:

M: Muestra

O: Observación

4.2 DISEÑO MUESTRAL

La investigación se ejecutó en un Centro radiológico del distrito de Huaraz, de la provincia de Huaraz, departamento de Ancash.

Población

Se tomó 150 radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al centro radiológico en Huaraz, Ancash, 2021.

Muestra

La muestra se conformó por 150 radiografías panorámicas de un centro radiológico en Huaraz, Ancash, 2021.

Tipo de muestra por conveniencia no probabilístico según Sampieri, por que considere solo las radiografías que contenían mis criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Radiografías panorámicas tomadas en el centro radiológico Blasser.

Radiografías panorámicas donde esté el segundo molar próximo al tercer molar inferior retenido.

Radiografías de pacientes de sexo femenino y masculino.

Radiografías de pacientes entre las edades de 18 – 35 años.

Radiografías de pacientes donde esté presente la tercera molar inferior.

Radiografías tomadas en el año 2021.

Criterios de exclusión

Radiografías panorámicas no claras o mal tomadas.

Radiografías que no cuenten con terceros molares inferiores retenidas.

Radiografías donde la corona del tercer molar este destruida.

Radiografías donde esté presente alguna patología.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. Técnica de recolección de datos

La Técnica que se uso fue la observación, se realizó con ayuda de radiografías panorámicas y se empleó como instrumento una ficha de vaciamiento de datos para la recolección de la información.

B. Procedimientos

Se confecciono una carta de presentación para solicitar la aplicación del estudio al director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

Se presentó una carta al gerente general del centro radiológico con la finalidad de recaudar los datos para el estudio y los permisos para dicha actividad en el recinto.

Se elaboró una ficha de datos que se presentó ante el jurado evaluador para su aprobación, para el inicio de la recolección de datos.

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Consumada la selección de datos con las técnicas asentadas, se ejecutó y se elaboró el estudio y observación de datos y subsiguiente interpretación para el cual se empleó el sistema de SPSS 25.

Se mostraron gráficos y tablas obtenidas, exponiendo el porcentaje de cada variable de los datos conseguidos.

4.5 Aspectos éticos

Este proyecto se desarrolló considerando los principios éticos requeridos por el colegio de odontólogos del Perú, en el cual se indica que se debe guardar el respeto a la información de índole privado y personal recogida, la que es de condición anónima y no será expuesta a divulgación de ningún modo, con exclusión de la presente investigación plasmada.

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo de tablas y gráficos

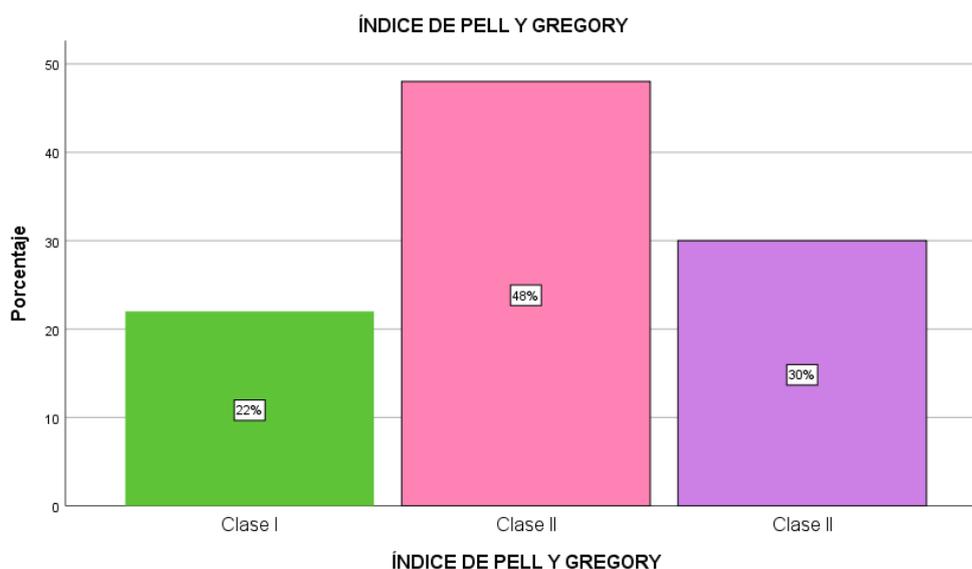
TABLA N° 1: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a la rama ascendente

		ÍNDICE DE PELL Y GREGORY			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Clase I	33	18,9	22,0	22,0
	Clase II	72	41,1	48,0	70,0
	Clase III	45	25,7	30,0	100,0
	Total	150	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	14,3		
Total		175	100,0		

Fuente: propia del investigador

En la tabla y grafico 1 se indican la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a la rama ascendente, dando que el 48% de terceras molares son de Clase II, el 30% de Clase III y solo el 22% de Clase I.

GRAFICO N° 1: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a la rama ascendente



Fuente: propia del investigador

TABLA N° 2: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a su profundidad

|

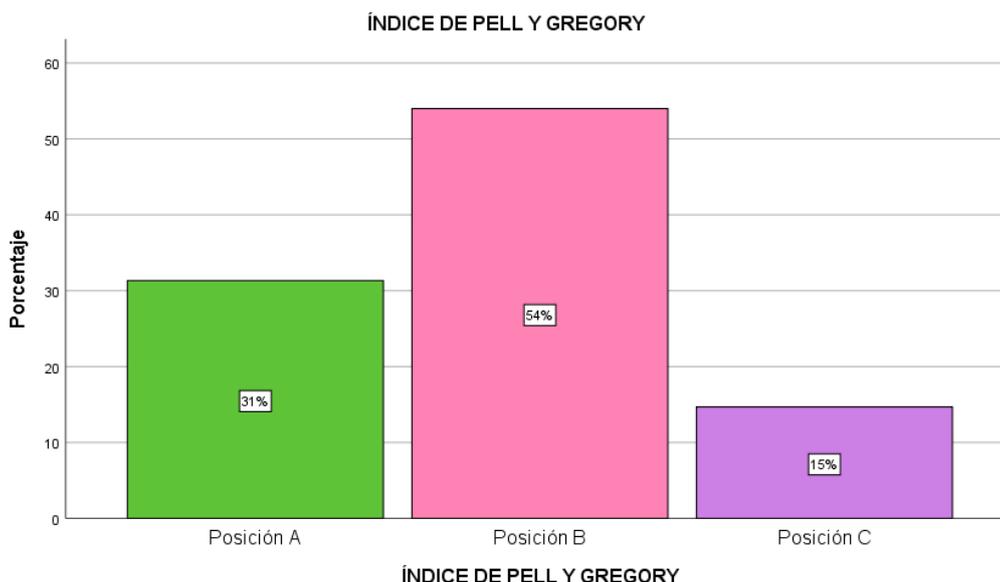
ÍNDICE DE PELL Y GREGORY

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Posición A	47	26,9	31,3	31,3
	Posición B	81	46,3	54,0	85,3
	Posición C	22	12,6	14,7	100,0
	Total	150	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	14,3		
Total		175	100,0		

Fuente: propia del investigador

La tabla y grafico 2 indica que la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell Y Gregory en relación a su profundidad da como resultado que 54% de terceras molares se encuentran en la Posición B, el 31% Posición A, y solo el 15% de Posición C.

GRAFICO N° 2: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Pell y Gregory en relación a su profundidad



Fuente: propia del investigador

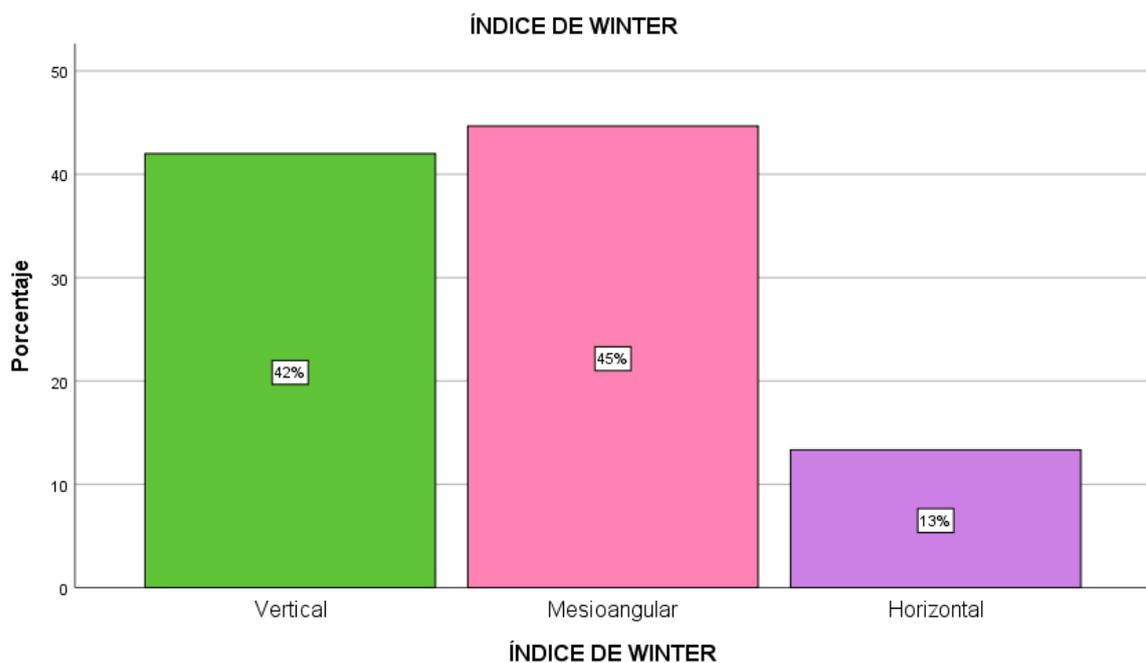
TABLA N° 3: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Winter

		ÍNDICE DE WINTER			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vertical	63	36,0	42,0	42,0
	Mesioangular	67	38,3	44,7	86,7
	Horizontal	20	11,4	13,3	100,0
	Total	150	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	14,3		
Total		175	100,0		

Fuente: propia del investigador

La tabla y grafico 3 Indica la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Winter, resuelve que el 45% de las terceras molares son de tipo mesioangular, el 42% vertical, y solo el 13% Horizontal.

GRAFICO N° 3: Prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según Winter



Fuente: propia del investigador

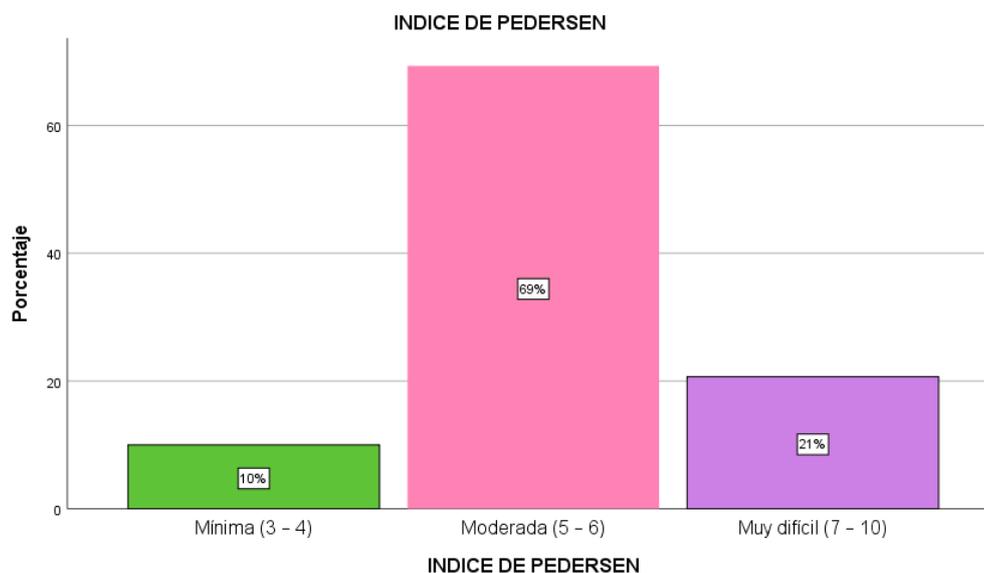
TABLA N° 4: Grado de dificultad quirúrgica de las terceras molares inferiores retenidas según Pederson

		INDICE DE PEDERSEN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mínima (3 – 4)	15	8,6	10,0	10,0
	Moderada (5 – 6)	104	59,4	69,3	79,3
	Muy difícil (7 – 10)	31	17,7	20,7	100,0
	Total	150	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	14,3		
Total		175	100,0		

Fuente: propia del investigador

De acuerdo a la tabla y al gráfico 4, indican que el grado de dificultad quirúrgica de las terceras molares inferiores retenidas muestran características que determinan para nuestro estudio, un grado de dificultad quirúrgica Moderada (5 - 6) en un 69%(n=104), Muy difícil (7 - 10) 21% (n=31), y Mínima (3 - 4) el 10%(n=15).

GRAFICO N° 4: Grado de dificultad quirúrgica de las terceras molares inferiores retenidas según Pederson



Fuente: propia del investigador

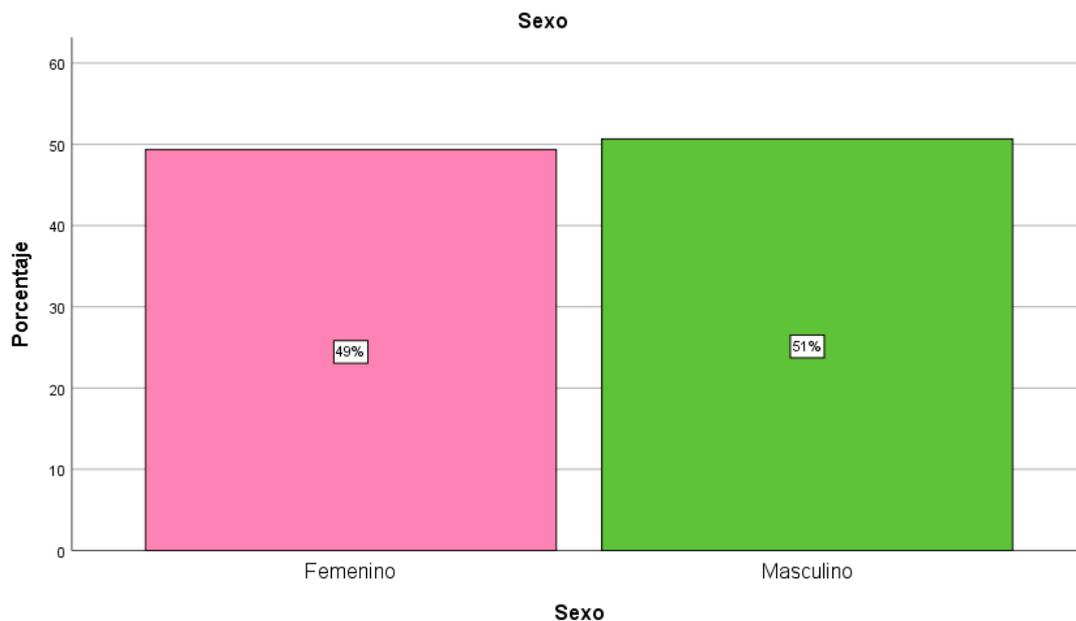
TABLA N° 5: Prevalencia de terceras molares inferiores retenidas según sexo

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	74	42,3	49,3	49,3
	Masculino	76	43,4	50,7	100,0
	Total	150	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	14,3		
Total		175	100,0		

Fuente: propia del investigador

Para este estudio de acuerdo con los resultados obtenidos se obtuvo una prevalencia según el sexo que el 51% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 49% de sexo femenino.

GRAFICO N° 5: Prevalencia de terceras molares inferiores retenidas según sexo



Fuente: propia del investigador

TABLA N° 6: Prevalencia de terceras molares inferiores retenidas según edad

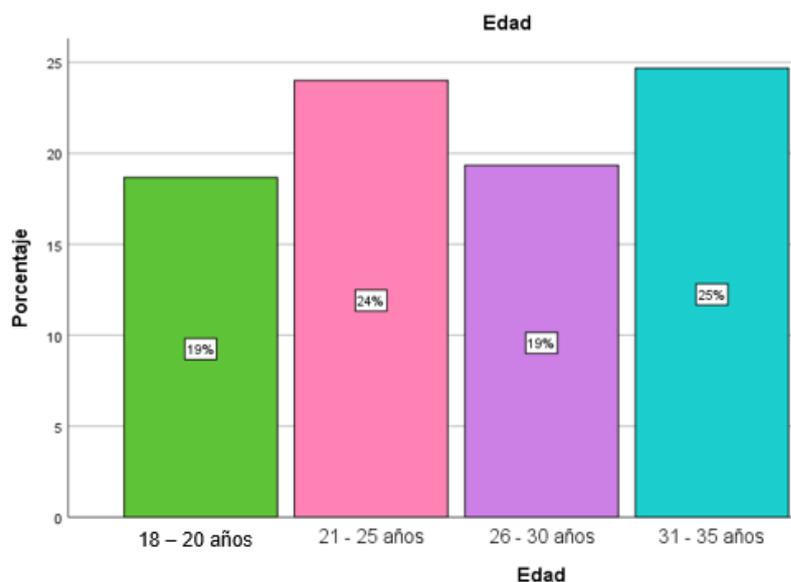
		Edad		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	18 - 20 años	28	16,0	18,7	18,7
	21 - 25 años	36	20,6	24,0	42,7
	26 - 30 años	29	16,6	19,3	62,0
	31 - 35 años	37	21,1	24,7	86,7
	Mayor de 35 años	20	11,4	13,3	100,0
	Total	150	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	14,3		
Total		175	100,0		

Fuente: propia del investigador

Según los resultados obtenidos el rango de edad con mayor prevalencia fue de las radiografías de pacientes de 31 – 35 años (25%), de 21 – 25 años (24%), de 18 – 20 año (19%) y 26 – 30 años (19%).

GRAFICO N°6: Prevalencia de terceras molares inferiores retenidas según edad

Gráfico de barras



Fuente: propia del investigador

DATOS ESTADÍSTICOS

		ÍNDICE DE PELL Y GREGORY	ÍNDICE DE PELL Y GREGORY	ÍNDICE DE WINTER	INDICE DE PEDERSEN	Sexo	Edad
N	Válido	150	150	150	150	150	150
	Perdidos	25	25	25	25	25	25
Media		2,08	1,83	1,85	2,11	1,51	2,90
Suma		312	275	277	316	226	435

Fuente: propia del investigador

5.2 Discusión

En la presente investigación de tipo no experimental, observacional y de diseño descriptivo y retrospectivo en el cual se determinó la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas y el grado de dificultad quirúrgica según el índice de Pederson en un centro radiológico en Huaraz – 2021.

García M. (2015) determino según su estudio el grado de dificultad de retención según la escala de Pedersen más común es el “moderadamente difícil”(56%), siguiéndole el de “difícil”(28%) y en menos común es el “poco difícil”(16%)¹; así concordando con similitud al resultado de la investigación sobre las características de las terceras molares inferiores como también **Cachis L.** que determinó que el grado de dificultad quirúrgica de las terceras molares extraídas, fue 6.67% de dificultad ligera, 70% dificultad media y 23.33% dificultad alta. ⁴

A.Jaron y G.Tribek (2021) determinó que los tipos más comunes de impactación de muelas del juicio fueron: impactacion mesioangular (Clasificación de Winter), grado de impactación 2A (Clasificación Pell y Gregory). En la mayoría de los casos la dificultad anticipada del procedimiento se calificó como muy difícil ². Se encuentra una similitud relativa de acuerdo a los resultados de nuestra investigación ya que según la clasificación de Winter la posición más frecuente fue la posición mesioangular; y con la clasificación de Pell y Gregory la clase II posición B fue la de mayor prevalencia, y se obtuvo como grado de dificultad quirúrgica “moderada”.

De igual manera se encontró una similitud con el trabajo de investigación de **Alarcon (Tacna – 2014)** donde mostro en mayor frecuencia la posición mesioangular, nivel A, clase II y el grado de dificultad más frecuente en su estudio fue el moderado. ⁷

Los resultados en nuestro estudio según el Índice de Winter, indican que el 45% de las terceras molares son de tipo mesioangular, el 42% vertical, y solo el 13% Horizontal. Mientras que en el estudio de **Deepak P., Shubharanjan D. y Col.** señaló que las impactaciones o posición mesioangular (49,2%) eran el tipo más habitual de impactación y la forma con un porcentaje menos frecuente fue la de impactaciones de tipo transversal (2%)³. En el trabajo de investigación sobre

prevalencia de terceras molares inferiores **Herrera (Lima – 2010)** uso la clasificación de Winter para obtener los resultados los cuales determino que las posiciones más frecuentes fueron de tipo mesioangular, transversal y vertical encontrando una prevalencia en la posición mesioangular ⁹, así concordando con nuestros resultados donde hallamos que el tipo de posición mesioangular es la más prevalente en nuestro estudio.

Se obtuvo en nuestro estudio de acuerdo a Pell y Gregory en mayor prevalencia la posición II – B sin tomar como criterio lado y sexo en comparación al estudio realizado por **Ulloa M.** donde obtuvo como resultado que la prevalencia de terceras molares mandibulares para los lados derecho e izquierdo fue la posición I-A, así también el rango de edad con más alta incidencia fue para la posición I-A para ambos lados fue 14-25 años. ⁵

Capcha (Huancayo -2019) en su estudio busco determinar la dificultad quirúrgica de los terceros molares inferiores según el índice koerner; donde observo una alta prevalencia de la dificultad moderada con un 56,0% le continúo la dificultad mínima con 31,9% y termino con el grado muy difícil con un 12,1%, en radiografías panorámicas evaluadas. ⁶ Teniendo similitud con los resultados de nuestro estudio en relación a el grado de dificultad quirúrgica según Perderon donde se obtuvo que el grado en mayor predominio fue el grado de dificultad quirúrgica Moderada en un 69%, Muy difícil 21%, y Mínima el 10%.

En similitud con el estudio de **Montoya (Pimentel – 2016)** donde busco determinar grado de dificultad quirúrgica de terceros molares inferiores según el índice de Koerner, observó que el grado de dificultad quirúrgica que obtuvo en mayor incidencia fue moderado, seguido del mínimo y muy difícil. La posición más prevalente según Winter fue vertical. Según la clasificación de Pell y Gregory, la clase más prevalente fue la clase I y la posición A. ⁸

En comparación a los últimos ítems de Pell y Gregory, Winter en mi estudio encontramos diferencia ya que se obtuvo como resultado que con mayor prevalencia fueron la clase II posición B, y de acuerdo a Winter de tipo mesioangular.

Conclusiones

Se determina que la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas fue alta en la Case II Posición B y Posición mesioangular, en el sexo masculino entre las edades de 31 – 35 años, y el grado de dificultad fue de dificultad moderada según el índice de Pedersen en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Se determinó que la prevalencia de terceras molares retenidas más alta fue en el sexo masculino mientras que más baja en el sexo femenino, de la misma manera la prevalencia más alta según edad fue entre las edades de 31 – 35 años, la media fue entre las edades de 21 – 25 años y las más bajas fueron en común entre las edades de 26 – 30 años y 18- 20 años un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Se determinó que la prevalencia más alta de terceras molares retenidas de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory fue de clase II y posición B, en media fue Clase III Posición A y en más baja fue Clase I Posición C en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Se determina que la prevalencia más alta de las terceras molares retenidas según la clasificación de Winter fue la posición mesioangular, en mediana fue la posición vertical y baja fue la posición horizontal en un centro radiológico de Huaraz – 2021.

Se determina que el grado de dificultad quirúrgica según el índice de Pederson de las terceras molares retenidas en mayor porcentaje fue grado de “dificultad moderada” en un centro radiológico de Huaraz - 2021.

Recomendaciones

Continuar la investigación incluyendo un grupo mayor o amplio para un mejor estudio.

Se recomienda implementar el estudio en otra localidad o departamento para evaluar la diferencia estadística.

Agregar como variables de estudio sexo, edad y lado donde se encuentre las terceras molares.

Difundir la necesidad e importancia de realizar evaluaciones pre-quirúrgicas ante un proceso operatorias como una cirugía de tercera molar.

FUENTES DE INFORMACION

1. García M. Prevalencia y caracterización, según la escala de Pedersen de los terceros molares inferiores retenidos, en pacientes adultos que asistieron a las clínicas dentales de la facultad de odontología, universidad San Carlos de Guatemala durante el año 2015[TESIS DE PREGADO]. Guatemala: Universidad San Carlos; 2015.
2. A Jaron y G Tribek. El patrón de la impactación del tercer molar mandibular y la evaluación de la dificultad de la cirugía: un estudio retrospectivo de radiografías en la población del Báltico Oriental. Res. Salud pública2021, 18, 6016. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/6016>
3. Deepak P., Shubharanjan D. y Col. Estudio del patrón y la prevalencia del tercer molar impactado mandibular entre la población de Delhi-Naional Capital Región con una nueva clasificación propuesta de tercer molar impactado mandibular: Un estudio retrospectivo. Natl J Maxillofac Surg 2019; 10: 59-67.
4. Cachis L. Relación entre el grado de dificultad quirúrgica en la extracción de terceras molares inferiores, usando una escala radiológica de valoración prequirúrgica, y el dolor postoperatorio en pacientes adultos. [TESIS DE PREGADO]. Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2018.
5. Ulloa M. Prevalencia de posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory en la clínica de la Universidad Continental 2018-2019. [TESIS DE PREGADO]. Huancayo, Perú: Universidad Continental;2018.
6. CAPCHA R. y RAMOS I., Dificultad quirúrgica de los terceros molares mandibulares según el Índice Koerner en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en una universidad privada de Huancayo – Perú 2019. [TESIS DE PREGADO]. Huancayo, Perú: Universidad Roosevelt, 2019.
7. Romero M. TERCEROS MOLARES RETENIDOS. http://www.sedena.gob.mx/pdf/sanidad/terceros_molares.pdf

8. Alarcón M. Relación de los grados de dificultad de los terceros molares inferiores retenidos según los factores predictivos establecidos por Pederson y por Cáceres en pacientes que acuden a la Clínica odontológica de la UNJBG – Tacna 2013. [TESIS DE PREGADO]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2014.
9. Arias M. Grado de dificultad quirúrgica de terceros molares inferiores según el índice de koerner de pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad señor de sipán, 2015. [TESIS DE PREGADO]. Pimentel: Universidad Señor de Sipan, 2016.
10. Dr. Andrés Briner, Dr. Carlos Espinoza, Dra. Cecilia Paniagua, Dra. Adriana Poletto, Dr. Hugo Aguayo, Dr. Luis Arriola. Prevalencia de terceras molares inferiores retenidas, considerando su posición y su relación con el canal mandibular en radiografías panorámicas. Anu. Soc. Radiol. Oral Máxilo Facial de Chile 2013; 16: 9 – 15.
11. Arrascue D. Asociación de la percepción del dolor post exodoncia de terceras molares inferiores impactadas según grado de dificultad, tiempo operatorio y tipo de procedimiento. [TESIS DE POSDGRADO]. Lima: Universidad Cayetano Heredia, 2018.
12. Herrera M. Prevalencia de terceras molares mandibulares retenidas atendidas en el centro quirúrgico de la clínica especializada en odontología de la universidad San Martin de Porres realizadas entre el año 2005 – 2009. [TESIS DE PREGADO]. Lima: Universidad San Martin de Porres, 2010.
13. Rimarachin R. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores incluidas según la clasificación de Pell y Gregory en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el servicio de radiología de la Clínica Odontológica Uladech Católica, Chimbote, 2016 – 2017. [TESIS DE PREGADO]. Chimbote: Universidad Uladech Católica, 2019.

14. Diaz E. Relación entre el grado de dificultad y el tiempo efectivo en la exodoncia de terceros molares inferiores. [TESIS DE PREGADO]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.
15. Rojas A. Lima. 2015. "Relación entre el Grado de Dificultad según el Índice de Gbotolorum y el Tiempo de Cirugía Efectiva en Los Pacientes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro Médico Naval. [TESIS DE PREGADO]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
16. Morales V. Prevalencia del grado de dificultad quirúrgico predictivo de terceros molares inferiores según el índice de Pernambuco en pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el año 2018. [TESIS DE PREGADO]. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega, 2019.
17. Palacios B. Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la Clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Tesis. Lima: Universidad Peruana de ciencias Aplicadas, Lima; 2014.
18. Tirado J. Posición más frecuente de Terceras Molares Mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central FAP. [TESIS DE PREGADO]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
19. Pérez L. Posición de terceras molares mandibulares, según la clasificación de Pell y Gregory, y su relación con el biotipo facial, en pacientes de 18 a 40 años, en el servicio de ortodoncia del Hospital Santa Rosa. [TESIS DE PREGADO]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018.
20. Gonzáles J. Prevalencia de la dificultad quirúrgica de terceros molares según la clasificación de Gbotolorum en la clínica estomatológica UPAO 2015. [TESIS DE PREGADO]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.

21. Sandoval y Lao. Prevalencia del grado de complejidad en terceras molares inferiores según la clasificación de Pederson y su relación con el sexo, Iquitos 2020. [TESIS DE PREGADO]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, 2021.
22. Izurieta G. Exodoncia de tercer molar en posición mesioangular clase I - A según Pell y Gregory. Universidad de Guayaquil. [TESIS DE PREGADO]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, 2020.
23. Gavilan J. Prevalencia del grado de dificultad quirúrgica de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en un consultorio odontológico, Lima 2019-2020. [TESIS DE PREGADO]. Piura: Universidad Cesar Vallejo, 2021.
24. Lozano M. Evaluación preoperatoria del grado de dificultad quirúrgica para la exodoncia del tercer molar mandibular incluido en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la facultad de odontología UNAP, 2010. [TESIS DE PREGADO]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, 2010.
25. García Q. Ecuador. 2020. Valoración de riesgo de impacto en el proceso de erupción de los terceros molares. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48557/4/3232GARCIAhernan.pdf>
26. García B. Grado de dificultad en terceras molares inferiores extraídos a pacientes del servicio de odontología - cirugía bucal maxilofacial del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2017. [TESIS DE PREGADO]. Lima: Universidad Alas Peruanas, 2018.
27. Crespo r., Farfán R. y Col. Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell y Gregory en la facultad de odontología en la universidad de Cuenca. [TESIS DE PREGADO]. Ecuador: Universidad de Cuenca, 2014.

28. Armand Lorié M, Legrá Silot E, Ramos de la Cruz M, Matos Armand F. Terceros molares retenidos. Actualización. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 21 Jul 2022]; 92(4). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/217>
29. Dias-Ribeiro E, Lacet de Lima-Júnior J, Lucas BJ, et al. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory. Rev Odont Mex. 2009;13 (4):229-233.
30. Liceága RR, Ramírez GJ. Prevalencia de retención de terceros molares en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex. 2008;75 (1):12-15.
31. Hidalgo V. Prevalencia de posición de terceros molares mandibulares en pacientes de clínica odontológica. [TESIS DE PREGADO]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2017.
32. Del Castillo V., García A. Prevalencia de terceros molares mandibulares retenidos de pacientes que asistieron a la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la U.M.S.S. [TESIS DE PREGADO]. Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón, 2014.
33. Alfredo R. Prevalencia de terceras molares mandibulares retenidos en pacientes de 18 a 30 años atendidos en el centro radiológico Cecident Huanuco 2019. [TESIS DE PREGADO]. Huanuco: Universidad de Huanuco, 2020.
34. Lalama G. Estudio radiográfico de los terceros molares mandibulares retenidos. [TESIS DE PREGADO]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2012.
35. Diaz B. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores con relación a la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 25 años de edad atendidos en dos centros radiológicos del distrito de Trujillo en el año 2013.[TESIS DE PREGADO]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFECIONAL DE ESTOMATOLOGIA

 EN LA UAP TÚ ERES PARTE DEL CAMBIO		PREVALENCIA DE TERCERAS MOLARES INFERIORES RETENIDAS Y GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA SEGÚN EL ÍNDICE DE PEDERSEN EN UN CENTRO RADIOLOGICO EN HUARAZ 2020-2021			N° DE FICHA:	
		COD. RX	CLASE	POSICION	EDAD	SEXO
	CLASE I (1)	A (1)			MESIOANGULAR (1)	VERTICAL (3)
	CLASE II (2)	B (2)			HORIZONTAL (2)	DISTOANGULAR (4)
	CLASE III (3)	C (3)				
GRADO DE DIFICULTAD	LIGERAMENTE DIFICIL (3-4)		MODERADAMENTE DIFICIL (5 – 6)		MUY DIFICIL (7 – 10)	

ANEXO 2: VALOR DE VARIABLES

INDICE DE PERDENSON	
Relación espacial	
Mesioangular	1
Horizontal/transversal	2
Vertical	3
Distoangular	4
Profundidad	
Nivel A: nivel oclusal alto	1
Nivel B: nivel oclusal medio	2
Nivel C: nivel oclusal bajo	3
Relación con la rama/espacio disponible	
Clase 1: espacio suficiente	1
Clase 2: espacio reducido	2
Clase 3: sin espacio	3
Índice de dificultad	
Severa	7 – 10
Moderada	5 - 6
Leve	3 - 4

(15) Rojas A. Lima. 2015. "Relación entre el Grado de Dificultad según el Índice de Gbotolorum y el Tiempo de Cirugía Efectiva en Los Pacientes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro Médico Naval

ANEXO 3: CARTA DE PRESENTACIÓN



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

Pueblo Libre, 25 de Marzo del 2022

CARTA DE PRESENTACION

DR. ARDILES BLAS HUERTA

GERENTE GENERAL DEL CENTRO RADIOLÓGICO BLASSER E.I.R.L -
HUARAZ REGIÓN ANCASH.

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada Verónica Jeraldine Huayaney Asto, con DNI 76814215 y código de estudiante 2012158388 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: "PREVALENCIA DE TERCERAS MOLARES INFERIORES RETENIDAS Y GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA SEGÚN EL ÍNDICE DE PEDERSEN EN UN CENTRO RADIOLÓGICO EN HUARAZ 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,

 **UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD


.....
DR. PEDRO MARTIN JESUS APARCANA QUIJANDRIA
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO 4: CONSTANCIA

BLASSER
RADIOLOGÍA DIGITAL ORAL Y MAXILOFACIAL

CONSTANCIA

Mediante el presente documento yo, el cirujano dentista ARDILES BLAS HUERTA con DNI 31616343 COP. 10336 Gerente General del centro radiológico BLASSER E.I.R.L.

HAGO CONSTAR:

Que la bachiller **Huayaney Asto, Veronica Jeraldine**, egresada de la casa de estudios **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS** realizo su trabajo de investigación (tesis). **“PREVALENCIA DE TERCERAS MOLARES INFERIORES RETENIDAS Y GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA SEGÚN EL ÍNDICE DE PEDERSEN EN UN CENTRO RADIOLÓGICO EN HUARAZ 2021”**.

El presente proyecto se ejecutó los días 31 de marzo y 01,02,04, 05,06 de abril del presente año, con los pacientes del centro radiológico BLASSER E.I.R.L. Se le expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Huaraz, 10 de Abril del 2022

Atentamente:


BLASSER E.I.R.L.
Ardiel Blas Huerta
Gerente

ARDILES BLAS HUERTA

GERENTE GENERAL

DNI 31616343

AV. FITZCARRALD # 154 - 2DO. PISO HUARAZ - ANCASH
TELÉFONO: 043-42 4865 / CEL. 971 863 228
E-mail. radiologiablasser@gmail.com

ANEXO 5: FOTOS



