



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

TESIS

POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION
AL CANAL MANDIBULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
CENTRO RADIOLOGICO CERADENT 2021

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bach. MONROY DIAZ, MILAGROS XIOMARA

ASESORA:

DRA. CLAUDIA CECILIA RUIZ PANDURO

CUSCO-PERÚ

2021

A Dios que me dio la fuerza y paciencia para lograr con éxito mi carrera, ser mi guía y hacer realidad mis sueños. A mi amada madre por su amor incondicional, y perseverancia incluso en los momentos más complicados a lo largo de mi carrera profesional con errores y logros, todo se lo debo a Ella. Para mis primos, Valentina, Gonzalo Facundo y Valentino que son mi inspiración. Lo son todo para mí.

A mi asesora Dra. MG. CD. Claudia Cecilia RUIZ PANDURO quien con su valiosa experiencia y asesoramiento hizo posible la culminación del presente trabajo.

A los gerentes del centro radiológico CERADENT por brindarme las facilidades para hacer uso de sus instalaciones y se haga posible este presente trabajo.

INDICE

	Pág.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.4. Justificación de la investigación	11
1.4.1. Importancia de la investigación	12
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	12
1.5. Limitaciones de estudio	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definición de términos.....	25
CAPÍTULO III	27
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	27
CAPÍTULO IV	25
METODOLOGÍA	25
4.1 . Diseño metodológico	25
4.2 . Diseño muestral	25
4.3 . Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	26
4.4 . Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	27
4.5 . Aspectos éticos	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	41
ANEXOS	45
ANEXO N° 1: Consentimiento Informado	46
ANEXO N° 2: Ficha de recolección de datos	47
ANEXO N° 3: Matriz de consistencia	48

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Caracterización de los pacientes atendidos según sexo en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Tabla N° 2: Caracterización de los pacientes atendidos según edad en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Tabla N° 3: Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Tabla N° 4: Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Tabla N° 5: Posición del tercer molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzoddini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Tabla N° 6: Posición del tercer molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzoddini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Tabla N° 7: Comprobación de relación entre posición del tercer molar inferior izquierdo en relación al canal mandibular izquierdo en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 1: Caracterización de los pacientes atendidos según sexo en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Grafico N° 2: Caracterización de los pacientes atendidos según edad en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Grafico N° 3: Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Grafico N° 4: Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Grafico N° 5: Posición del tercer molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzoddini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Grafico N° 6: Posición del tercer molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzoddini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent Cusco 2021, se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional, la muestra estuvo conformada con 200 radiografías panorámicas en la edad comprendida de 18 a 25 años y de ambos sexos que acudieron al Centro Radiológico Ceradent Cusco en el periodo de enero a octubre del 2021 considerando los criterios de inclusión y exclusión dentro del análisis de los datos. En los resultados obtenidos se observó en los pacientes según sexo fue el 60.5% en femenino siendo el mayor número de prevalencia. Con respecto a la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y Gregory el que prevaleció fue la clase I tipo A con un 43% del lado derecho, seguido de la clase II tipo B con un porcentaje de 19% del lado izquierdo y con un menor porcentaje la clase III tipo C 16% ambos lados derecho e izquierdo, con respecto a la posición del tercer molar inferior con relación a la ubicación del canal mandibular el que presento mayor porcentaje fue ausencia de contacto. Con referencia a la prueba estadística de correlación de Spearman a las variables que son el análisis de Pell y Gregory lado mandibular y clasificación de Ezzodini encontramos que el coeficiente de correlación de Spearman es de 0,364 y 0,362 significando que existe una relación negativa muy baja entre las variables de estudio donde ($p < 0,05$), valor de $P = 0,000$ y $P = 0,000$ por lo tanto existe evidencia estadística suficiente, y se acepta H_1 y se rechaza H_0 . Concluyendo según la clasificación de Pell y Gregory la clase I tipo A fue la posición más prevalente para ambos molares inferiores. Según la clasificación de Ezzodini la relación con mayor frecuencia fue la ausencia de contacto para ambos molares inferiores.

PALABRAS CLAVE: Posición del tercer molar, ubicación del canal mandibular, clasificación de Pell y Gregory y clasificación de Ezzodini.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the position of the lower third molar in relation to the mandibular canal in patients treated at the Ceradent Cusco 2021 radiological center, a descriptive, cross-sectional, retrospective, observational non-experimental study was carried out, the sample consisted of 200 panoramic radiographs in the age range 18 to 25 years and of both sexes who attended the Ceradent Cusco radiological center in the period from January to October 2021 considering the inclusion and exclusion criteria within the data analysis. In the results obtained, it was observed in patients according to sex was 60.5%, the highest prevalence number. Regarding the position of the lower third molar according to the Pell and Gregory classification, the prevailing one was class I type A with 43% on the right side, followed by class II type B with a percentage of 19% on the left side and with a lower percentage, class III type C 16% both right and left sides, with respect to the position of the lower third molar in relation to the location of the mandibular canal, the one that presented the highest percentage was absence of contact. With reference to the statistical test of Spearman correlation to the variables that are the analysis of the Pell and Gregory mandibular side and the Ezzodini classification, we find that the Spearman correlation coefficient is 0.364 and 0.362, meaning that there is a very low negative relationship between the study variables where ($p < 0.05$), P value = 0.000 and $P = 0.000$ therefore there is sufficient statistical evidence, and H_1 is accepted and H_0 is rejected. Concluding according to the Pell and Gregory classification, class I type A was the most prevalent position for both lower molars. According to Ezzodini's classification, the most frequent relationship was the absence of contact for both lower molars.

KEY WORDS: Third molar position, mandibular canal location, Pell and Gregory classification and Ezzodini classification.

INTRODUCCION

Las terceros molares inferiores por lo general son piezas dentarias que por su ubicación y por la constancia evolución del ser humano no erupcionan correctamente dentro del arco dentario debido a una impactación, retención o inclusión, debido a que estas piezas dentales son las ultimas en erupción en muchas ocasiones no hay espacio suficiente entre el segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula a consecuencia de ello puede generar diversas complicaciones como por ejemplo quistes dentigeros, pericoronaritis , problemas de articulación, etc.

Es fundamental el conocimiento del trayecto del conducto mandibular antes de cualquier intervención odontológica debido a la cercanía de ambas estructuras con el fin de evitar posibles daños al nervio dentario inferior ya que este daño neurológico se podría manifestar desde una leve hipoestesia hasta una anestesia permanente y de este manera se podría generar quiebres entre el cirujano y el paciente y esta convertirse en un procedimiento médico-legal, por ello siempre es indispensable dar conocimiento al paciente sobre los riesgos antes de la cirugía y de este modo hacerles firmar un consentimiento informado que autorice la realización del procedimiento quirúrgico.

Es preciso un examen radiográfico ya que aportara una serie de datos importantes para un correcto plan de tratamiento como es el caso de las radiografías panorámicas siendo esta uno de los más utilizados ya sea por su bajo costo y por la facilidad de obtenerla, cabe mencionar que con este examen auxiliar podemos observar la morfología del tercer molar , la raíz de la misma, su posición del estado del hueso que lo rodea y su relación que tiene con el segundo molar así como con el canal mandibular.

Por todo lo antes mencionado este presente estudio tuvo como propósito ver la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent Cusco 2021.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Las variaciones anatómicas de las terceras molares, la disposición de una radiografía, las circunstancias en el que se realiza el abordaje quirúrgico así como las dificultades intra-operatorias y post-operatorias de diversa magnitud y la experiencia del operador son importantes para realizar una adecuada exodoncia la literatura científica enumera complicaciones infecciosas, inflamatorias, hemorrágicas, y neurológicas entre otras las complicaciones neurológicas que se mencionan se relacionan con el nervio lingual y alveolar inferior debido a su vecindad con el tercer molar inferior este daño puede manifestarse como una hipoestesia leve transitoria hasta una parestesia esto puede generar ciertas complicaciones pudiendo provocar quiebres entre el cirujano y el paciente y llegar a una controversia médico legal es conveniente informar sobre el procedimiento y las complicaciones que podría generar una exodoncia de tercera molar y antes de la cirugía el paciente debe firmar el consentimiento informado que autorice la realización del procedimiento quirúrgico.

En diferentes estudios imagenológicos se buscó determinar los mejores métodos para predecir la proximidad entre el tercer molar y el conducto dentario, siendo la radiografía uno de los más utilizados a bajo costo y facilidad de obtención, de esta manera con las radiografías panorámicas se establece signos de precaución de esta manera el cirujano debe extremar los cuidados intra-operatorios en el caso que se realice la cirugía y el paciente debe tener conocimiento de los riesgos. Este estudio tiene por objetivo determinar la relación entre el conducto dentario y la ubicación del tercer molar observando signos de proximidad entre ambas estructuras mediante la radiografía panorámica.

El nervio dentario inferior está en relación con el ápice de las terceras molares y durante la extracción de las raíces se corre el riesgo de presionar el conductor por donde discurre el nervio como consecuencia de ello se puede producir parestesia o anestesia del labio y/o mentón y de todo el dermatoma respectiva. Cuando en la radiografía panorámica Es necesario identificar

ambas estructuras, ya que el conducto dentario por vestibular o lingual puede estar en relación con el conducto dentario por vestibular o lingual si se observa la superposición del conducto dentario inferior con el ápice de las raíces de los tres molares.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál es la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y Gregory en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021?

¿Cuál es la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezoddini en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021?

¿Cuál es la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 según edad?

¿Cuál es la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 según sexo?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo Principal

Determinar la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

1.3.2. Objetivos secundarios

Determinar la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y Gregory en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Determinar la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzodini en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Determinar la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 según edad.

Determinar la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 según sexo.

1.4. Justificación de la investigación

Este trabajo de investigación busco establecer la asociación entre las raíces de las terceros molares inferiores y la relación con el canal mandibular es perentorio en vista que hay contigüidad entre ambas estructuras, para así ampliar el conocimiento acerca de este tema y así poder brindar una atención más acertada por parte del profesional.

Las visitas dentales en jóvenes son frecuentes para extracción de terceras molares. La extracción quirúrgica del tercer molar inferior podría dañar el nervio del dentario inferior. Este tipo de daño ocurre cuando la raíz del tercer molar inferior está muy adyacente del conducto dentario inferior.

Esta investigación fue significativa comenzando con el punto de vista teórico, clínico dado que la información se añadió a la literatura en relación con la ubicación del conducto dentario y de esta manera los pacientes se beneficiaran con un diagnóstico más exacto y definitivo en exodoncias de las terceros molares porque aumentara el éxito del procedimiento y de esta manera se tiene buen pronóstico al recibir un buen tratamiento siguiendo los protocolos ya que

es una consecuencia la cercanía entre las dos estructuras y la posibilidad de lesiones al nervio dentario inferior.

El objetivo de este estudio fue determinar la posición del tercer molar inferior en relación con el canal mandibular en los pacientes que se trataban en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

1.4.1. Importancia de la investigación

Mediante esta investigación el profesional, durante la planificación del acto quirúrgico al abordar podrá optar en tomar mejores decisiones para así obtener resultados óptimos post operatorios con el fin de que el paciente y el operador puedan sentirse bien y no sea una experiencia desfavorable para el paciente, por otro lado prevenir circunstancias donde el conducto dentario inferior pueda ocasionar algún tipo de afección a futuro. Es importante ya que siguiendo con los protocolos y con exámenes auxiliares como son las radiografías y toma de modelos podemos obtener un diagnóstico definitivo y así obtener el éxito de nuestro tratamiento.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Fue viable esta investigación porque tuvo éxito ya que se llevó a cabo en un centro de radiodiagnóstico en la ciudad del Cusco, institución que dispone con los datos necesarios y suficientes para lograr los objetivos.

1.5. Limitaciones de estudio

Radiografías panorámicas que no contaron con las características necesarias para el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Vázquez-D, Osende-N, Vautier-M, Subiran-B, Estévez-A y Hecht-P (2016) Argentina, realizó un estudio cuyo propósito de este estudio fue “comparar la relación existente entre los terceros molares inferiores retenidos y el conducto dentario inferior, utilizo radiografías panorámicas y tomografías, en Buenos Aires Argentina”. Esta investigación se llevó a cabo en 66 terceros molares inferiores retenidos, que correspondieron a 43 pacientes en total. En todos los casos se utiliza el sistema de imágenes 3D Kodak 9000c y Es necesario realizar una radiografía panorámica, así como una tomografía computarizada. “El CBCT y la radiografía panorámica se utilizan para determinar la distancia entre el cortical superior del conducto dentario inferior y el tercer molar inferior de la imagen capturada por la radiografía panorámica y en la que se establecen las relaciones de distancia, contacto e inmersión”. Como resultado, en la radiografía panorámica, están a una distancia del conducto en ocho casos, en contacto en 30 casos e inmersos en 28 casos. En el CBCT, se observan 53 casos a una distancia segura de la posición del conducto, 12 casos se observan en contacto con la conducta y un caso se observa inmerso en ella. Diferencias que pueden distinguirse estadísticamente, significativas ($p < 0,05$) La relación entre el tracto de dentario inferior y los molares inferiores discretos se investigó mediante radiografía panorámica y tomografía computada (CBCT), y el autor llegó a la conclusión de que la radiografía panorámica era insuficiente para la investigación de esta relación.¹

Barragán G. (2020) Ecuador; Determinar “la prevalencia de los terceros molares mandibulares basándose en la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil”. Este estudio es de tipo

cualicuantitativo, explicativo, transversal, correlacional, descriptivo y de campo, se hizo un análisis de 201 pacientes que acudieron a la clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología entre el 31 de octubre de 2019 al 31 de enero de 2020 en las cuales se examinaron 364 terceros molares mandibulares, por lo que se reflejó que de acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, la posición con mayor prevalencia fue la posición A de la clase I, que tenía una prevalencia del 51 por ciento, la clase II posición A presento el segundo lugar de prevalencia con 25%, seguida por la clase II posición B con 16%. Llegando a la conclusión de que cuando se planifique realizar una exodoncia quirúrgica de los terceros molares se debe realizar previamente un diagnóstico pre quirúrgico correcto con el fin de evitar se produzcan complicaciones trans o post quirúrgicas.²

Carpio T. (2020) Ecuador; realizó esta investigación; cuyo propósito fue “determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos en pacientes de 18 a 40 años en el periodo comprendido 2019- 2020 CII”, examinando radiografías panorámicas obtenidas de la base de datos de información del Centro Radiológico Dental CRD. aplicó un diseño descriptivo, observacional donde se evaluaron 250 radiografías panorámicas. Este trabajo se basó se utiliza el sistema de clasificación de “Pell-Gregory- y Winter”, que “determina el grado de retención de los terceros molares inferiores de acuerdo al espacio que existe entre el borde anterior de la mandíbula y la cara distal del segundo molar (Clase I.II.II)”, la profundidad relativa (posición A, B o C). “Utilizó una ficha de registro para evaluar cada clasificación según el caso pertinente. Los resultados revelaron que la posición con mayor prevalencia fue de acuerdo a la clasificación de Winter es la mesioangular (38%) y según la clasificación desarrollada por Pell y Gregory es la IIB (60%). En cuanto al género el sexo femenino es el más prevalente y el rango de edad con mayor predominio fue de 18-25”. La conclusión es que el tercio inferior de los molares permanecen en su lugar, tienen mayor frecuencia en la posición IIB, y según la estructura analizada, uno de los determinantes que puede conducir a patología más generalizada es el folículo dentario, Esto es significativo debido a las circunstancias y a la ubicación geográfica en la que se encuentra, lo que puede

provocar cambios como la pericoronitis, y este cambio tiende a ocurrir con mayor frecuencia en los terceros molares restantes.³

2.1.2. Antecedentes nacionales

PORRAS P. (2019) Huancayo, este estudio realizó utilizando el método Langlais, investigadores de la Universidad Peruana Los Andes con “la finalidad determinar la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior en placas radiográficas panorámicas”. Se utilizó el método científico, con los siguientes tipos de investigación: descriptiva, comparativa; diseño descriptivo no experimental; Se utilizó una muestra de 122 fotografías panorámicas y una unidad de análisis de 155 medidas para crear este informe; y un diseño que no era experimental. Resultados: Según el método de Langlais, el 61,94 por ciento de las muestras están cerca del conductor inferior, mientras que el 38,06 por ciento restante está lejos del conducto inferior. Según la pieza dentaria, el 44,52 por ciento de las muestras eran de la pieza 3.8 y el 55,48 por ciento restante eran de la pieza 4.8. Adicionalmente, Hay una diferencia estadísticamente significativa, según los resultados entre las dos variables ($p = 0.022$) entre la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario. Según la edad, se observa la proximidad del conducto dentario inferior a las terceras molares inferiores ser promedio o mediano 33 años con 11 meses de etiología en los participantes evaluados.⁴

Montoya R. (2019) Lima; decidió realizar una investigación con el objetivo de “vincular la localización Anatómica del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares en el Hospital Militar Central 2017”, se realizó un estudio de investigación básica en los niveles de relación, prospección e integración transversal. estuvo integrado por 82 pacientes con rangos de edad de dieciocho a setenta años de edad, siendo la mayoría de ellos entre dieciocho y setenta años de edad y de ambos sexos que participaron en la presentación al departamento de radiología del Hospital Militar Central Lima, Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La tarjeta del observatorio se utilizó como instrumento para la recopilación de datos durante todo el proceso de recopilación de datos. Utilice el software de la versión SPSS 23.00, utilice

estadísticas descriptivas e inferenciales para el análisis estadístico. Los resultados muestran que la posición del tercer molar inferior izquierdo, según la clasificación de Pell y Gregory, está ocupada por la Clase I y la Clase II, dominando la Clase I y la Clase II. Según la clasificación de Ezoddini, el tercer molar de la izquierda tiene la frecuencia más alta de no contacto con 50.0%, mientras que la frecuencia del tercer molar de la derecha es la más baja con 43.9%. “La clase I y la clase II según Pell y Gregory” representan el 37,8% y el 14,6% de la población masculina, respectivamente, mientras que a la derecha, la clase I y la clase II según la clasificación de Pell y Gregory dominan la población femenina, respectivamente, 40,2% y 14,6%. Finalmente, se concluye que existe una correlación significativa entre la posición anatómica de la guía y las terceras molares de los “pacientes del Hospital Militar Central de Lima”. Según el sistema de clasificación de Pell y Gregory, las posiciones tipo I tipo A son las más habituales en molares inferiores. Al estudiar la relación entre el conducto inferior y el tercer molar inferior de la clasificación de Ezzodini, se encontró que la frecuencia de no contacto era mayor.⁵

2.2. Bases teóricas

2.2.1. TERCER MOLAR

DEFINICIÓN

Se denominan muelas de juicio, y se encuentran en los extremos de las arcadas superiores e inferiores, respectivamente, son las últimas piezas en erupcionar suele ser en la edad de 16 a 25 años y a menudo no es visible dentro de la arcada dental en muchas ocasiones ya que existe bastante casos de impactación con el segundo molar por debajo del tejido gingival es por ello que se aparenta que no se haya erupcionado.^{6, 7}

Las impactaciones en las piezas de las terceras molares son muy comunes que, en consecuencia, existen numerosas clasificaciones que pueden utilizarse para estimar la complejidad de la extracción .^{7, 8,9}

Cuando se clasifican los terceros molares, suelen considerarse criterios como la posición del tercer molar en relación con el segundo molar, en cuanto a la posición del tercer molar, hay dos clasificaciones principales que evalúan cómo se encuentra dentro de la región de la tercera molar, que incluyen el espacio entre la cara distal del segundo molar y 1 cm detrás del tercer molar.^{10, 11,12}

Tanto la posición del tercer molar en relación con el borde anterior de la rama mandibular superior como la profundidad relativa del tercer molar son evaluadas por Pell y Gregory.¹³

Teniendo en cuenta la relación del tercer molar con la rama superior mandibular donde los divide en tres clases la I, II y III comprendiendo que la clase I determina si la distancia entre la superficie distal del segundo molar y la rama superior de la mandíbula es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar. “Clase II espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandibula es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar y la clase III clasifica a la tercera molar que se encuentra parcialmente o totalmente dentro de la rama mandibular”.¹³

Un segundo aspecto del estudio de Pell y Gregory es la evaluación de la profundidad relativa del tercer molar, que se divide en tres grupos A, B y C. donde la clasificación A menciona, “la parte más alta de la tercera molar se encuentra a nivel del plano oclusal o por encima de este, B evalúa a los molares que se encuentran entre la línea oclusal y cervical del segundo molar y la letra C identifica a los molares que se encuentran a nivel de la línea cervical o por debajo del segundo molar”.¹³

Desarrollo embriológico

Embriológicamente el tercer molar proviene del cordón epitelial del segundo molar permanente, donde tienen su origen. Se desarrollan en los maxilares, la parte posterior y la cara distal del segundo molar, y entre los 18 y los 25 años cuando aparecen por primera vez en la cavidad bucal; Sus órganos del esmalte empiezan a emerger a partir de la edad de tres años, y a los 6 años, las papilas y la pared folicular continúan apareciendo, y los folículos se cierran, el cordón

umbilical se rompe; El proceso de formación y erupción varía mucho de persona a persona, y suele ser más rápido en las mujeres; Este diente tiene un período de mineralización diferente al de los demás; los terceros molares inferiores comienzan aproximadamente a los 9 años en promedio y plenamente formados entre los 12 a 16 años.¹⁴

Erupción del tercer molar inferior:

La erupción del tercer molar se produce durante la etapa adulta de la vida de uno (diecisiete a veinticinco años) se le menciona muela de juicio, cordal. “Este nombre es atribuido a Hieronimus Cardus quien habló de dens sensus et sapientia et intellectus en clara referencia a la edad que suele erupcionar”.¹⁵

Aparición de la lámina dentaria.- “Esto ocurre durante la sexta semana de embarazo intrauterino”.^{16, 17, 18}

Diferenciación de órgano del esmalte. De la lámina se desglosa el listón dentario. Una para cada diente, en la que la cavidad epitelial que dará lugar a la formación del esmalte dental que debe diferenciarse de otras cavidades. Durante el 36^{avo} mes tras el nacimiento, el tercer molar inferior comienza a formarse.^{16, 17, 18}

Diferenciación del bulbo dentario. “La diferenciación del mesodermo contenido por el órgano del esmalte; esto ocurre al 6to año después del nacimiento”.

Diferenciación del saco dentario.- “Ocurre a los 7 años de edad”.^{16, 17, 18}

Oclusión del saco dentario.- “Este momento señala la liberación del folículo de la lámina dentaria. Ocurre los 8 años de edad”.^{16, 17, 18}

Calcificación. La calcificación se da de la siguiente manera:

Comienza a los nueve años la calcificación.

Termina a los diez años el 1/3 oclusal.

Termina a los once años el 1/3 medio.

Termina a los doce años la corona.

Termina a los catorce años el 1/3 cervical R.

Termina a los dieciséis años el 1/3 medio R.

Termina a los veinte años la calcificación.^{16, 17, 18}

Erupción. - “Ocurre en promedio a los 20 años de edad, pudiendo ser modificada por diversos factores como raza, tipo de dieta, enfermedades, procesos infecciosos”, etc.^{16, 17, 18}

2.2.2. Conducto dentario inferior

DEFINICION:

Según las descripciones de los textos anatómicos, el conducto dentario inferior es un conducto único que comienza detrás de la línula y se mueve oblicuamente a izquierda y derecha hasta llegar al segundo premolar, hay dos ramales que salen del punto. El conducto dentario inferior es un solo conducto que comienza detrás de la línula y se mueve hasta que el segundo premolar se alcance inclinando hacia abajo y hacia arriba, en cuyo punto se divide en dos ramas: uno es un conducto externo (conducto mandibular) que llega a su fin en el orificio mandibular, mientras que el otro es un conducto interno (conducto incisivo) se cierra justo debajo de los incisivos inferiores. “Al examinarlo por secciones puede presentarse con diferentes formas: circular, oval y piriforme. Desde una perspectiva imagenológica, se ha descrito como una cinta radiolúcida entre dos líneas radiopacas”.¹⁹

EMBRIOLOGIA:

Embriológicamente, el CDI está formado a partir del primer arco branquial. Es entre la cuarta y la quinta semana del perfeccionamiento intrauterino cuando aparecen por primera vez los arcos branquiales. El proceso maxilar, que se encuentra en el lado dorsal de la primera arista, es lo que compone el cartílago de la primera arista, la parte que se extiende hacia delante por debajo de la región ocular correspondiente y una parte ventral, específicamente, el proceso mandibular (también conocido como cartílago de Meckel). Ambos procesos, el cartílago maxilar y el cartílago de Meckel, sufren regresión y acaban desapareciendo durante el curso del desarrollo. En el futuro, la mesénquima

del proceso maxilar dará lugar a los procesos premaxilar, maxilar, hueso cigomático y parte del hueso temporal por osificación membranosa. De manera similar, la médula menor se forma por la osificación membranosa del tejido mesenquimático que rodea el cartílago de Meckel. Una pequeña parte del cartílago de Meckel se transforma en tejido fibroso.¹⁹

ANATOMIA:

Algunos anatomistas han detallado en el feto y el niño infante, “que el maxilar inferior está recorrido por otro conducto, llamado conducto de Serres, subyacente al conducto mandibular”. Solo está formado los vasos sanguíneos en el de Serres. Desde su nacimiento, tiene una tendencia a desaparecer sin dejar rastro en un corto período de tiempo. Sin embargo, en los adultos, el orificio posterior por debajo y detrás del orificio del conducto dentario inferior, mientras que el orificio anterior se localiza frente al agujero mentoniano.²⁰

Otros investigadores han puntualizado el desarrollo del prenatal del conducto mandibular. El conducto dentario inferior se forma durante el progreso del período embrionario, para inervar tres grupos dentarios distintos: los incisivos transitorios, los molares temporales y los dientes permanentes. Este proceso culmina en la fusión de estos tres nervios en un solo nervio, el dentario inferior. En este caso, se cree que la presencia continuada o la fusión incompleta de estos nervios puede haber contribuido al desarrollo de conducciones mandibulares anormales.²¹

Múltiples investigadores han informado conductos mandibulares bifidos interceptados a nivel de la rama y del cuerpo mandibular, según los últimos hallazgos. Los tipos de conductos mandibulares que se han reportado incluyen retro molares, anteriores sin convergencia y forámenes dentales bífidos bilaterales, entre otros. Es cierto que existe una baja prevalencia de mandibulares bífidos, pero son de valor excepcional en el diagnóstico y prevención de enfermedades de lesiones de lesiones nerviosas.²²

MORFOLOGIA:

En la literatura anglosajona, el conducto dentario inferior, el conducto mandibular inferior o el conducto alveolar inferior se denomina "canal mandibular". El punto de entrada del conducto mandibular se encuentra en el medio de la cara interna mandibular, en este espacio se encuentran y penetran en los vasos los nervios dentarios inferiores. Anteriormente, en este orificio estaba restringido por una pendiente triangular aguda llamada espina de Spix o lingula mandibular.²³

Viaja por el cuerpo mandibular, formando una concavidad antero-superior, y termina su trayectoria en el/los agujeros/s mentoniano/s. La mayoría de los estudios radiográficos y de difusión revelan que el nervio dentario inferior presente en las mandíbulas estudiadas, Habitualmente, no ocupa un solo conducto, sino que se dispone de forma plexiforme. Además, están conectados directamente o a través de sus ramales plexiformes, ramas perforadoras de los músculos adyacentes que forman parte de los fascículos neurovasculares. Estos nervios dentales "accesoriales" son los más destacados en el plano lateral del tercer molar, y su presencia frecuente a veces explica por qué el bloqueo anestésico del nervio dentario inferior no elimina completamente el dolor.²⁴

2.2.3. MANDIBULA

La maxilar inferior o mandíbula es un hueso peculiar y móvil ubicado en la parte inferior y posterior de la cara, alberga los dientes inferiores y forma los huesos de la base de la boca con el hueso hioides. Su forma es en comparación con una herradura horizontal que se abre hacia atrás, dos ramas que se extienden o se elevan aparecen desde su extremo libre.²⁵

Origen: "Deriva del esqueleto visceral (primer arco); su osificación es conjuntiva y se realiza a lo largo del cartílago de Meckel, el cual desaparece".²⁶

Funciones: "Es la más móvil de los huesos craneofaciales, es singularmente importante, porque está implicado en las funciones vitales de masticación, mantenimiento de la vía aérea, dicción y expresión facial".²⁷

Crecimiento: “Tiene un mecanismo de crecimiento endocondral en cada extremo y crecimiento intramembranoso entre ellos. La mandíbula es el segundo hueso del organismo en comenzar su osificación; lo hace después de la clavícula; los cambios de crecimiento y forma de las zonas de inserción muscular e inserción dentaria son controlados más por la función muscular y erupción de los dientes que por factores cartilaginosos u osteógenos intrínsecos”.²⁸

ANATOMIA DE LA MANDIBULA

Es un hueso impar y móvil situados en la parte inferior y posterior de la cara que aloja las inferiores piezas dentarias. La mandíbula se puede seccionar en: Cuerpo: En forma rectangular, más alta que ancha, se divide en dos partes: inferior o basilar y superior o apófisis alveolar. Se examinan dos caras y dos bordes del cuerpo; la cara externa y la cara interna, se visualiza la sínfisis del mentón, tubérculos mentonianos, la fosita mentoniana, el agujero mentoniano, la línea externa oblicua. Una depresión o fosa retromolar del músculo buccinador se insinúa entre esta línea y la cresta alveolar.²⁹

Cara posterointerna: Se identifica la apófisis geni (músculos genioglosos y genihioideos) y a continuación la línea oblicua interna o milohioidea, fosa submaxilar. Reborde alveolar, en total ocho cavidades bilaterales. Borde inferior; romo y superficial, muestra, la fosita digástrica, que se utiliza para insertar el vientre anterior de la fosa digástrica.³⁰

Ramas ascendentes: Son de corte rectangular, más altos que anchos, con un ángulo más claro hacia atrás y hacia afuera que el del cuerpo del maxilar. Se ve como dos caras y cuatro bordes.³¹

Cara externa: Es plana con ciertas rugosidades para la fijación del músculo masetero. Cara interna; Cerca de su centro, con algunas variantes, para ciertas variedades, se distingue el orificio dentario inferior, envuelto en su borde anterior por la espina de Spix y restringido hacia abajo por el canal milohioideo.

Este orificio es la entrada de paso del conducto dentario, atravesando por el VAN de las piezas antero inferiores. ³¹

Cerca del límite anterior de la apófisis coronoides aparece la cresta temporal, donde se incrusta el has profundo del músculo temporal; por debajo termina bifurcándose en los labios, por dentro y por fuera, que circunscriben, con la superficie distal del alvéolo del tercer molar, un pequeño espacio de tres lados o triángulo retromolar. ³¹

Bordes: Los bordes este conformado lo siguiente: a) anterior, desciende de la apófisis coronoides para continuarse con la línea oblicua externa. b) posterior, romo y espeso en forma de S, se relaciona con la glándula parótida; c) inferior, limita con el borde parotídeo el ángulo mandibular o gonión, obtuso en los niños y ancianos, acercándose al ángulo recto en los adultos y d) superior, con la apófisis coronoides, la escotadura sigmoidea y el cóndilo. ³²

2.2.4. Relación entre las raíces de las terceras molares inferiores con el conducto mandibular en radiografías panorámicas

“El nervio dentario inferior al ser un diseño anatómico de gran recorrido, perpetuamente tiene un vínculo cercano con todas las estructuras circundantes a ella”. “La radiografía panorámica nos muestra gran parte de ese recorrido y se observa la relación del conducto con estructuras como el agujero mentoniano, las porciones apicales de los dientes inferiores y el cuerpo, ángulo y la rama de la mandíbula”. ^{33, 34}

En cuanto a la relación con las partes apicales de los dientes inferiores, el tercer molar tiene la conexión más fuerte con esta estructura debido a la cercana proximidad de las dos partes anatómicas, más precisamente con las raíces de las terceras molares inferiores. ^{35, 36}

En ausencia de contacto, las imágenes radiológicas revelan una brecha radiográfica entre las dos estructuras, que representa el tejido óseo del cuerpo mandibular y actúa como puente de separación entre las dos estructuras. ^{35, 38}

Los siguientes criterios se utilizan para establecer una relación: Las raíces de

las terceras obliteran la radiolucidez del conducto y también se extienden por debajo de ella.^{37, 38}

Ezoddini, en el año 2010 realiza una publicación determinando 6 criterios de evaluación para la relación entre las raíces de las terceras molares inferiores con el conducto mandibular y asignándole una letra a cada criterio, que va desde la letra A hasta la letra F, definiendo a la letra A ausencia de contacto, B hay contacto pero sin cambios estructurales, C las raíces están proyectadas en el conducto, D las raíces sobrepasan el conducto, E existe flexión de las raíces con desviación del conducto y F compone de casos que eran desconocidos para las diferentes curvaturas de las raíz y la relación anormal de los dientes. Esta clasificación captura la mayoría de las características a considerar en el estudio, ya que clasifica cada relación con precisión y no presenta dificultades para su visualización en la radiografía panorámica.³⁹

2.2.5. Nervio alveolar inferior

El nervio alveolar inferior es la rama más grande del nervio mandibular, que es también una rama del nervio trigemino (V par craneal). Es mixto. En el tronco posterior, se dirige ventralmente y caudalmente a la fosa cigomática entre los músculos pterigoide medial y lateral, donde permanece durante el resto de su vida. El nervio, acompañado por las arterias alveolares, pasa por el foramen mandibular e ingresa (orificio proximal) al conducto alveolar inferior. Según Oliver, el foramen mandibular se encuentra en una prolongación del borde alveolar, y para Meckel concuerda con el punto intermedio de una línea trazada desde el inicio del trago al ángulo antero-inferior del masetero.⁴⁰

Este orificio está limitado, hacia delante, por un ángulo triangular abierto, la línula mandibular o la espina de Spix, y hacia atrás por la antilínula. Una vez dentro del conducto, puede presentar dos disposiciones diferentes según Oliver:

La más habitual, dos tercios de los casos aproximadamente, El nervio viaja al orificio mentoniano a través de los vasos alveolares inferiores. “A este nivel se divide en sus dos ramas terminales”, el nervio mentoniano y el nervio incisivo. Sin embargo, primero produce una serie de colaterales, como una rama

anastomosa con la lingual, que es inconstante; el nervio milohioideo y las ramas de dentarios o alveolares.

En un tercio de los casos, el nervio se divide en dos ramales terminales a medida que entra en el conducto dentario: nervio mentoniano, El nervio alveolar, que está anastomosado con el agujero mentoniano y da todos los nervios del alveolar, llega al agujero mentoniano sin dar ramas de dentarios. En este caso no existe nervio incisivo, según Oliver.

En la cara ventral del cuerpo de la mandibular se encuentra el foramen mentoniano (apertura distal) del conducto alveolar inferior, en una línea vertical que pasa entre los dos premolares, o a través de uno de estos dos dientes, a la misma distancia desde ambos bordes.⁴¹

2.3. Definición de términos

Tercer molar: Son también llamados muela de juicio y cordal, suele aparecer entre dieciséis y veinte años de edad.

Mandíbula: Igualmente conocido como maxilar inferior. Es un hueso impar y móvil que alberga las piezas de dentarias inferiores en la parte inferior y posterior de la cara.

Canal mandibular: Es un canal que corre parcialmente en dirección longitudinal a través del interior del canal mandibular.

Radiografías panorámicas: Llamado también ortopantomografía, básicamente es una técnica radiológica basada en realizar una imagen dental que combina rayos x bidimensionales.

Conducto dentario inferior: Ubicado en la mandíbula por donde recorren los nervios y vasos alveolares inferiores, nace en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula y por detrás de la espina de spix.

Rama mandibular: Es un hueso que se encuentra en la parte inferior de la cara consta de un cuerpo y dos laterales.

Saco dentario: De forma circular y forma el cemento, ligamento periodontal y al hueso alveolar propio.

Cavidad bucal: Puerta de entrada al organismo, compuesto por tejidos blando como las mucosas y lengua y tejidos duros como los dientes y huesos maxilares.

Erupción dentaria: Proceso dinámico, inicia con la formación del germen dentario desde su cripta de desarrollo hasta su colocación en la cavidad bucal.

Imagen radiolúcido: Parte de la radiografía procesada que esta oscura o negra.

Imagen radiopaco: Todo aquello que ofrece resistencia a ser atravesado por los rayos X, y se observa como una zona blanca.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada

3.1.1. Hipótesis principal

H1: “Existe relación significativa entre la posición del tercer molar inferior y la ubicación del canal mandibular en pacientes atendidos en el centro radiológico CERADENT 2021”.

H0: “No existe relación significativa entre la posición del tercer molar inferior y la ubicación del canal mandibular en pacientes atendidos en el centro radiológico CERADENT 2021”.

3.2. Variables, definición conceptual y operacional

V₁ posición de la tercer molar inferior.

Definición conceptual: Órgano dental que erupciona en la vida adulta, se localiza en la parte posterior en el ángulo mandibular.

V₂ conducto mandibular.

Definición conceptual: “Se inicia en la cara medial de la rama de la mandíbula a partir del foramen mandibular y se continúa en sentido inferolateral”.

Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valores
Variable 1 Posición del tercer molar inferior	Posición	Clasificación de Pell y Gregory	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • CLASE I • CLASE II • CLASE III • TIPO A • TIPO B • TIPO C
Variable 2 Proximidad del conducto mandibular.	Conducto mandibular	Clasificación Ezoddini	ordinal	<p>A. Ausencia de contacto</p> <p>B. Hay contacto pero sin cambios estructurales</p> <p>C. Las raíces están proyectadas en el conducto</p> <p>D. Las raíces sobrepasan el conducto</p>

				<p>E. Existe flexión de las raíces con desviación del conducto.</p> <p>F. Casos desconocidos</p>
--	--	--	--	--

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

El presente estudio es correlacional según el tipo de investigación es no experimental.

La presente investigación según el nivel de investigación es:

Descriptivo debido a que se describe la frecuencia de la relación entre el tercer molar y el canal mandibular.

Transversal ya que esta investigación mide la variable en una muestra poblacional en un determinado momento en el tiempo.

Retrospectivo puesto que la información se obtuvo de las radiografías panorámicas.

Observacional mediante la inspección visual de las radiografías.

4.2. Diseño Muestral

Población

La población estuvo constituida por radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al centro radiológico CERADENT de enero a octubre 2021, fue una población por conveniencia.

Muestra

La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población que es igual a 200 radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al centro radiológico CERADENT de enero a octubre 2021.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Radiografías que permitan una correcta visualización y análisis de las estructuras anatómicas sujetas a estudio.

Radiografías panorámicas de pacientes cuya edad se encuentre en el rango de 18 a 25 años.

Radiografías panorámicas que deben de presentar al menos una de las terceras molares inferiores.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron pacientes que presentan variantes anatómicas, dientes supernumerarios y patologías en el sector de las terceras molares inferiores.

Radiografías de pacientes edéntulos totales.

Radiografías de pacientes con algún tipo de traumáticos en el complejo maxilofacial.

Radiografías panorámicas de pacientes que no tienen sus terceros molares inferiores.

Los pacientes que no cumplen los criterios de inclusión.

4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

A. Técnica de recolección de datos

La técnica para ejecutar este estudio fue la observación directa, mediante un análisis radiográfico en el Centro Radiológico Ceradent Cusco.

B. Procedimientos

Para empezar, se solicitó una carta de presentación al Director de la Escuela profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, para la aplicación del estudio posteriormente se presentó al Centro Radiológico Ceradent sede de la presente investigación, una solicitud con el fin de llevar a cabo el trabajo de investigación, posteriormente se mantuvo una entrevista personal con el Director de la mencionada institución, detalles sobre el estudio, incluido su alcance y objetivos, y el proceso por el que se obtuvo la autorización.

Por otro lado, el investigador fue capacitado por un profesional especialista en el área de cirugía maxilofacial así mismo con el personal que labora en dicho centro radiológico, en las instalaciones del centro se llevó a cabo la actividad, cabe mencionar que el investigador también se capacito de manera personal

mediante una investigación profunda acerca del tema consultando fuentes bibliográficas.

B. Procedimiento para la recolección de datos

Se evaluó 200 radiografías de pacientes que acudieron al Centro radiológico Ceradent de Enero a Octubre del 2021 donde debieron de presentar al menos una de las terceras molares inferiores tomando en cuenta que las radiografías panorámicas no debieron tener distorsión de imagen en las estructuras de estudio. Todos los datos obtenidos fueron apuntados en una ficha de recolección de datos el Instrumento fue un formulario de recopilación de datos. (Anexo 2). Existe un registro de los datos de las radiografías panorámicas, que incluyo información sobre la posición del tercer molar inferior y la ubicación del canal mandibular.

Una vez obtenida las radiografías panorámicas se empezó con la observación de imágenes tomando en cuenta la clasificación de Pell y Gregory y la clasificación de Ezzodini.

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Después de la selección de datos utilizando los instrumentos establecidos, los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistic 25 en español en Windows 10 utilizando estadísticas descriptivas de tablas de la distribución de los datos se representa por la frecuencia, y la representación de los datos se representa por gráficas de los resultados del estudio, así como para comprobar la hipótesis del estudio, Se utilizan pruebas no paramétricas, la prueba estadística de correlación de Spearman, para analizar los datos.

4.5. Aspectos éticos

Se cumplió con los lineamientos establecidos por el código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú donde cada investigador debe hacerla respetando las normas reconocidas internacionalmente y nacionales que regirán las experimentaciones y pruebas humanas. tales como las "Buenas

Prácticas Clínicas", La Declaración de Helsinki, la Conferencia Internacional de Armonización, el Consejo Internacional de Organizaciones Médicas (ICMO) y las Reglas de Estudios Clínicos del Ministerio de Salud son ejemplos de acuerdos internacionales que regulan los ensayos clínicos.

En todo estudio en seres humanos se debe disponer del consentimiento informado en individuos competentes, el consentimiento en lugar de la incapacidad o la discapacidad, y se requiere el consentimiento en el caso de niños y adolescentes de entre ocho y dieciocho años.

Al presentar los datos de investigación para su publicación independientemente del resultado, sin falsificación o plagio, y al revelar cualquier posible conflicto de intereses.

La investigación actual se llevó a cabo de acuerdo al estricto con la anonimidad de los participantes, así como con los principios de igualdad, justicia y equidad: este principio se refiere al estado de ser equitativo y justo.

CAPITULO V

ANALISIS Y DISCUSION

5.1. Análisis descriptivo, tabla de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.

TABLA N° 1

Caracterización de los pacientes atendidos según sexo en el centro radiológico CERADENT 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	79	39.5%
Femenino	121	60.5%
Total	200	100%

Fuente: propia del investigador

La distribución de los pacientes atendidos según sexo, obteniéndose los siguientes resultados: De un total de 200 que equivale al 100%, el 60.5% son de sexo femenino y el restante 39.5% que corresponde al sexo masculino.

GRÁFICO N° 1

Caracterización de los pacientes atendidos según sexo en el centro radiológico CERADENT 2021

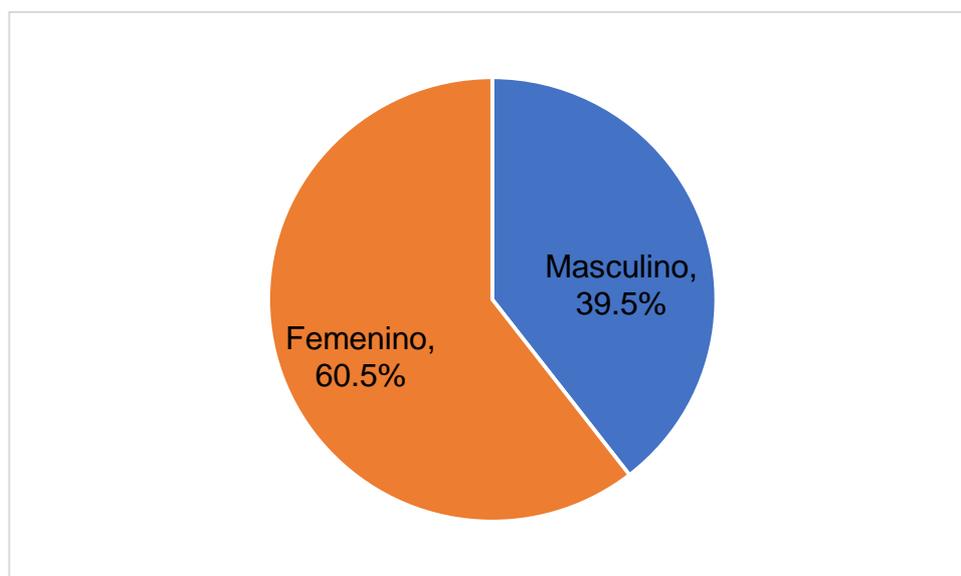


TABLA N° 2

Caracterización de los pacientes atendidos según edad en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
18 años	29	14.5%
19 años	30	15.0%
20 años	27	13.5%
21 años	26	13.0%
22 años	26	13.0%
23 años	25	12.5%
24 años	21	10.5%
25 años	16	8.0%
Total	200	100%

Fuente: Propia del investigador

En la presente tabla observamos los pacientes atendidos según sus edades con el detalle siguiente: la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 19 años 15%, seguido en frecuencia por pacientes de 18 años 14,5%, seguido en frecuencia de 20 años 13.5% y los paciente de 21 y 22 años con un 13%.

GRAFICO N° 2

Caracterización de los pacientes atendidos según edad en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

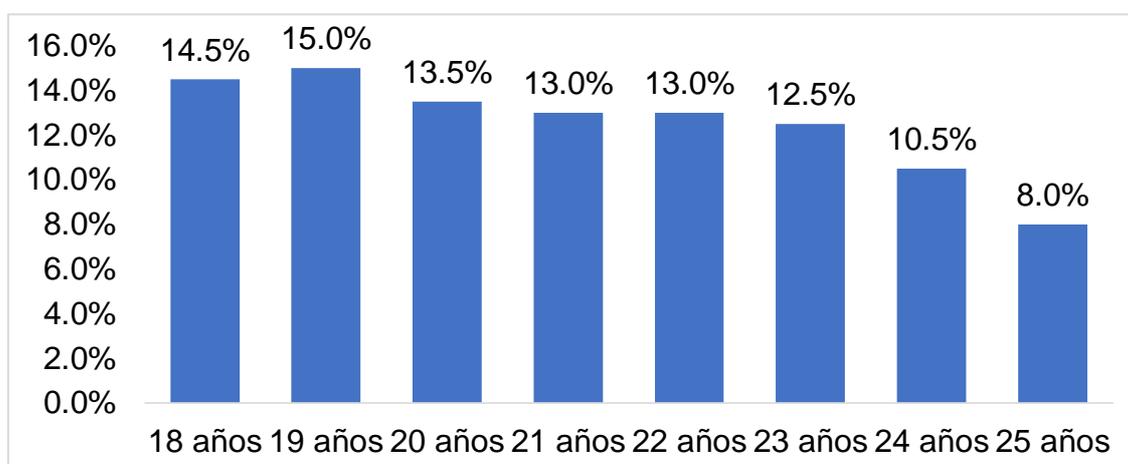


TABLA 3

Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin pieza	6	3.0%
Clase I Tipo A	82	41.0%
Clase I Tipo B	6	3.0%
Clase II Tipo A	4	2.0%
Clase II Tipo B	38	19.0%
Clase II Tipo C	32	16.0%
Clase III Tipo B	1	0.5%
Clase III Tipo C	31	15.5%
Total	200	100%

Fuente: propia del investigador

Con referente a la posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory, el que prevaleció fue Clase I Tipo A 41%, seguido de la clase II tipo B con un 19%, en un porcentaje menor la clase II tipo C 16%, Clase III tipo C 15.5%, Clase I tipo B y Sin pieza 3% y finalmente clase II tipo A 2% y Clase III tipo B con 0.5%.

GRAFICO N° 3

Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

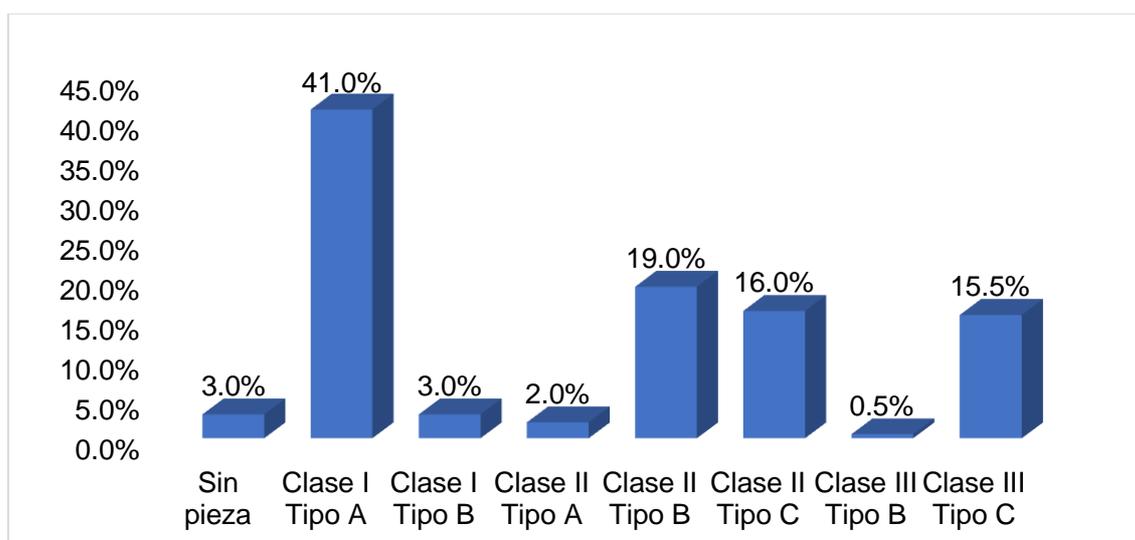


TABLA N° 4

Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin pieza	8	4.0%
Clase I Tipo A	86	43.0%
Clase I Tipo B	6	3.0%
Clase II Tipo A	4	2.0%
Clase II Tipo B	36	18.0%
Clase II Tipo C	26	13.0%
Clase III Tipo B	2	1.0%
Clase III Tipo C	32	16.0%
Total	200	100%

Fuente: propia del investigador

Con respecto a la posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory, el que prevaleció fue Clase I Tipo A 43%, seguido de la clase II tipo B con un 18%, en un porcentaje menor la clase III tipo C 16%, Clase II tipo C 13%, Sin pieza 4% y finalmente clase I tipo B 3%, Clase II tipo A 2% y Clase III tipo B con 1%.

GRÁFICO N° 4

Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

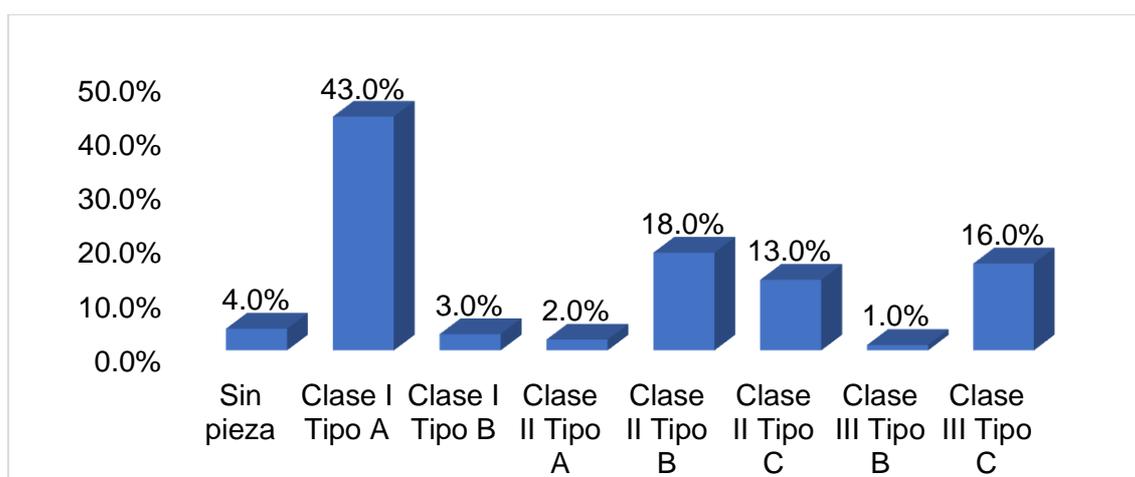


TABLA N° 5

Posición del tercer molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzoddini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin pieza	8	4.0%
Ausencia de contacto	122	61.0%
Hay contacto, pero sin cambios estructurales	60	30.0%
Las raíces están proyectadas en el conducto	10	5.0%
Total	200	100%

Fuente: propia del investigador

Con referente a la posición del tercer molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezoddini, fue en mayor 61% ausencia de contacto, en un 30% hay contacto, pero sin cambios estructurales; mientras la relación las raíces tan proyectadas en el conducto fue en un 5%; finalmente en menor porcentaje 4% sin pieza.

GRÁFICO N° 5

Posición del tercer molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzodini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

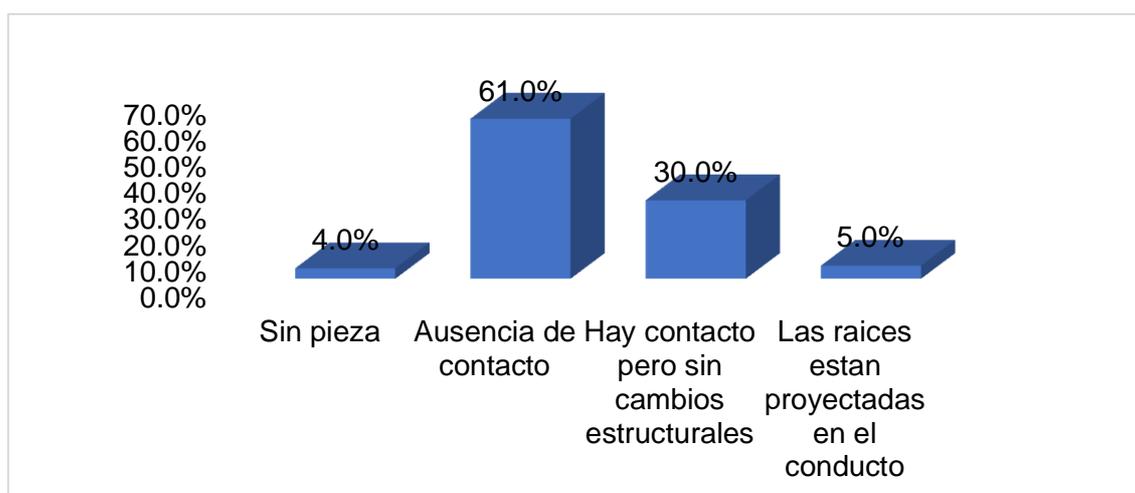


TABLA N° 6

Posición del tercer molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzodini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

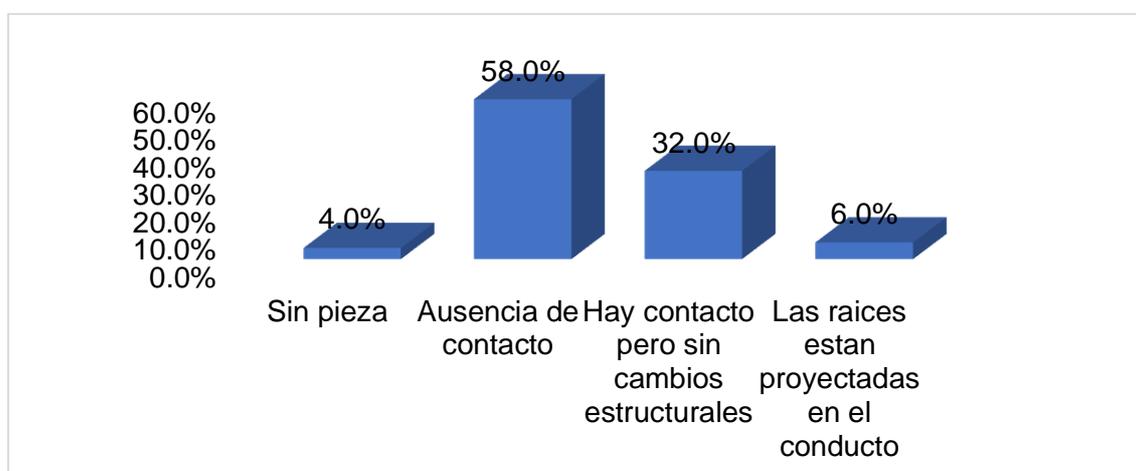
	Frecuencia	Porcentaje
Sin pieza	8	4.0%
Ausencia de contacto	116	58.0%
Hay contacto, pero sin cambios estructurales	64	32.0%
Las raíces están proyectadas en el conducto	12	6.0%
Total	200	100%

Fuente: propia del investigador

Con referente a la posición del tercer molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzodini, fue en mayor 58% ausencia de contacto, en un 32% hay contacto pero sin cambios estructurales; mientras la relación las raíces tan proyectadas en el conducto fue en un 6%; finalmente en menor porcentaje 4% sin pieza.

GRÁFICO N° 6

Posición del tercer molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzodini en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.



5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras.

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

TABLA N° 7

Comprobación de relación entre posición del tercer molar inferior izquierdo en relación al canal mandibular izquierdo en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

H₀: No existe relación entre la posición del tercer molar inferior izquierdo en relación al canal mandibular izquierdo en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

H₁: Existe relación entre la posición del tercer molar inferior izquierdo en relación al canal mandibular izquierdo en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Prueba paramétrica: Rho de Spearman posición del tercer molar inferior izquierdo en relación al canal mandibular izquierdo en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

			CLASIFICACIÓN DE EZODDINI	
Rho de Spearman	ANÁLISIS DE PELL Y GREGORY LADO MANDIBULAR	Coefficiente de correlación	1,000	,364**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	200	200

Fuente: propia del investigador

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

TABLA N° 8

Comprobación de relación entre posición del tercer molar inferior derecho en relación al canal mandibular derecho en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

H₀: No existe relación entre la posición del tercer molar inferior derecho en relación al canal mandibular derecho en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

H₁: Existe relación entre la posición del tercer molar inferior derecho en relación al canal mandibular derecho en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

Prueba paramétrica: Rho de Spearman posición del tercer molar inferior derecho en relación al canal mandibular derecho en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.

		CLASIFICACIÓN DE EZODDINI		
		Coeficiente de correlación	1.000	,362**
Rho de Spearman	ANÁLISIS DE PELL Y GREGORY LADO MANDIBULAR	Sig. (bilateral)		0.000
		N	200	200

Fuente: propia del investigador

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al aplicar la prueba estadística de correlación de Spearman a las variables que son el análisis de Pell y Gregory lado mandibular y clasificación de Ezzodini. Encontramos que el coeficiente de correlación de Spearman es de 0,364 y 0,362, esto significa que existe una relación negativa muy baja entre las variables de estudio donde ($p < 0,05$), valor de $P= 0,000$ y $P= 0,000$ por lo tanto existe evidencia estadística suficiente, y se acepta H₁ y se rechaza H₀.

5.4. Discusión

Este estudio tuvo como objetivo determinar la posición del tercer molar inferior en relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent Cusco 2021, esto fue realizado en radiografías panorámicas se desarrolló un estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional.

Se hizo un análisis de las características demográficas de los pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent Cusco, siendo el sexo femenino el 60.5% siendo el mayor número de prevalencia. Esta investigación concuerda con Carpio debido a que obtiene mayor número de mujeres que de varones y en cuanto a rango de edad comprende entre los 18 a 25 años.

Por otro lado de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba estadística de correlación de Spearman según la estadística no paramétrica de la significancia, se obtuvieron que el valor de $p > 0.05$ es de 0,364 y 0,362 esto significa que existe una relación negativa muy baja entre las variables de estudio que interpreta por lo tanto acepta la H_1 que interpreta. "Si existe relación significativa entre la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021".

Del total de radiografías panorámicas evaluadas, según la clasificación de Pell y Gregory la clase I tipo A presento una mayor frecuencia tanto en el molar inferior del lado derecho e izquierdo, este resultado coincide en un 41.0 % con la investigación de Barragán (2020) que fue realizado en Ecuador.

Con un porcentaje del 61.0% de pacientes evaluados sobre la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular según la clasificación de Ezzodini se observó que existe ausencia de contacto.

Con respecto a la relación de las terceras molares inferiores y el canal mandibular según la clasificación de Ezzodini, la ausencia de contacto fue la más prevalente con un 61.0% lado izquierdo y 58.0% lado derecho, seguida de existe contacto pero sin cambios estructurales con un 32% en el lado derecho y

un 30% en el lado izquierdo. Estos resultados tienen similitud con el estudio de Montoya (2019) estudio realizado en Lima donde indica que el tercer molar inferior izquierdo tiene una frecuencia más alta con un porcentaje del 50% ausencia de contacto y el molar inferior derecho con una frecuencia menor lo que guarda relación con los porcentajes de la presente investigación así mismo coincide con el mayor número de población femenina. Sin embargo con un porcentaje mínimo del 5.0 % lado izquierdo y el 6.0% del lado derecho con respecto a las raíces están proyectadas en el conducto.

Conclusiones

En la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular si existe relación significativa.

En la clasificación de Pell y Gregory con relación al tercer molar inferior presenta mayor frecuencia en la clase I posición A de ambos lados.

Existe esta relación entre el canal mandibular y la clasificación de Ezzodini y tiene mayor prevalencia en el criterio A que es la ausencia de contacto.

La relación de la posición del tercer molar inferior con el canal mandibular, según edad es mayor a los 19 años y con un menor porcentaje en la edad de 21 y 22 años.

La relación de la posición del tercer molar inferior con el canal mandibular según sexo es mayor en mujeres.

Recomendaciones

Es importante tener conocimiento sobre la relación que existe entre las raíces de la terceras molares inferiores y conducto mandibular con el fin de poder obtener un mejor diagnostico antes de realizar la extracción de la tercera molar para así poder ver el grado de complejidad y la técnica a emplear antes, durante y después de la cirugía con el propósito de evitar riesgos post quirúrgicos.

Se recomienda analizar otras variables que puedan estar relacionadas al canal mandibular.

Realizar un minucioso análisis y métodos previos de las terceras molares con la finalidad de obtener un mejor diagnostico con poco margen de error y evitar complicaciones.

Seguir con los protocolos previos antes de realizar una cirugía de tercera molar inferior con los exámenes auxiliares utilizando también una tomografía para ser más exactos en el diagnóstico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vázquez-D, Osende-N, Vautier-M, Subiran-B, Estévez-A y Hecht-P Comparar la relación existente entre los terceros molares inferiores retenidos y el conducto dentario inferior, utilizando radiografías panorámicas y tomografías (CBCT) en la Ciudad de Buenos Aires en Argentina. 2016.
2. Barragán G. Determinar la prevalencia de los terceros molares mandibulares basándose en la clasificación de Pell y Gregory en pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil (2020)
3. Carpio T.; Determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos en pacientes de 18 a 40 años en el periodo comprendido 2019-2020 CII, Ecuador (2020).
4. PORRAS P., determinar la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior en placas radiográficas panorámicas en la Universidad Peruana Los Andes de Huancayo 2019.
5. Montoya R.; Asociar la localización Anatómica del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares en el Hospital Militar Central 2017 Lima, 2019.
6. Ceccotti E. El diagnóstico en clínica Estomatológica. 1era. Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
7. Martínez M, Martínez B, Bruno I. Radiografía panorámica en la práctica dental: alcances y limitaciones. Rev Ateneo Argentina Odont. 2008; 47(2): 18-21.
8. Ghaeminia H, Meijer GJ, Soehardi A, Borstlap WA, Mulder J, Bergé SJ. Position of the impacted third molar in relation to the mandibular canal. Diagnostic accuracy of cone beam computed tomography compared with panoramic radiography. J Oral Maxilofacial Surg. 2009; 38: 964-71.
9. Marzola C, Comparin E, Toledo J. Third molars classifications prevalence in the cities of cunha pora, maravilha and palmitos in the anatomica of Santa Catarina State in Brazil. Rev Odont Ciencia-Fac Odonto/PUCRS. 2006; 21(51): 55-66.

10. Delamare E, Salatino G, Boessio M, Dias H, Furianetto T, Dias H. Topographic relationship of impacted third molars and mandibular canal: correlation of panoramic radiograph signs and CBCT images. *Braz J Oral Sci.* 2012; 11(3): 411-5.
11. Raspall G. *Cirugía oral e implantología*. 2da. Ed. Madrid: Médica panamericana; 2007.
12. Del Cura J, Pedraza S, Gayete A. *Radiología Esencial*. 2da. ed. Madrid: Médica panamericana; 2010.
13. Pell GJ, Gregory GT. Report on a ten-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am J Orthod.* 1942; 28: 650 - 660.
14. García F, Toro O, Vega M, Verdejo M. Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 años, Antofagasta, Chile. *Int J Morphol.* 2009; 27(3): 727-36.
15. Gay Escoda C, Berini Aytés L. *Tratado de Cirugía Bucal*. Tomo I. Madrid: Ediciones Ergón, 2003.
16. Alva Leandro L. Frecuencia de la posición tipo y clase de terceros molares inferiores atendidos en el hospital militar central Lima-2015 [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la salud; 2015.
17. Villavicencio Conejo M. Frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el centro radiológico Tomodent, Guanacaste-Costa Rica, 2015.
18. Cortez Mendoza C. Relación entre la posición y la profundidad de terceras molares mandibulares según género y edad en pacientes adultos del servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Regional de Ica en el año 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina humana y ciencias de la salud; 2017.
19. Rojas M, Montenegro MA, Rodríguez A. *Nociones de embriología humana*. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Programa de Anatomía y Biología del Desarrollo, Laboratorio de Embriología Comparada; 2006.
20. Rouvière H, Delmas A. *Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional*. Tomo 1. Cabeza y cuello. 9.ª ed. Barcelona: Masson; 1994.

21. Chávez A, Mansilla J, Pompa A, Kjaer I. The human mandibular canal arises from three separate canals innervating different tooth groups. *J Dent Res* 1996; 75(8): 1540-1544.
22. Gúzman C. Et al. Canal mandibular bífido: Presentación de una Serie de casos. *Rev. Avances en Odontoestomatología*. 28 (2) Colombia 2012.
23. Rolmere H. El nervio trigémino. En: *Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional*. Tomo I. Madrid. Bailly-Bailliere, 1978: 245-247.
24. Gray H.: El nervio trigémino. En: WILLIAMS P.L., WARWICH R. *Anatomía*. Tomo II. Barcelona, Salvat, 1985: 1164-1165.
25. Gay Cosme. *Tratado de cirugía Bucal*. Pág. 63-65
26. Mario E. Figun. *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*. 2a Edición. Librería "Ateneo" Edición Buenos Aires. 2003. Pág. 23.
27. Banks, H.V. Incidence of third molar development, *Angle Orthod.* : 223-233 1934.
28. Enlow DH, op.cit., p.96 – 97
29. Testut, L; Latarjet, A. y Latarjet, *Tratado de anatomía humana (Tomo I)*, Salvat Editores S.A., Barcelona, 1988 Pág. 46
30. Mario E. Figun. *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*. 2a Edición. Librería "Ateneo" Edición Buenos Aires. 2003. Pág. 24
31. Mario E. Figun. *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*. 2a Edición. Librería "Ateneo" Edición Buenos Aires. 2003. Pág. 24
32. Mario E. Figun. *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*. 2a Edición. Librería "Ateneo" Edición Buenos Aires. 2003. Pág. 25
33. Medeiros, P. J. *Cirugía de dientes incluidos. Extracción del tercer molar*. Sao Paulo-Brasil: Santos Livraria. (2006).
34. Moyers R.E. *Manual de Ortodoncia*. 4º Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992.
35. Delamare E, Salatino G, Boessio M, Dias H, Furianetto T, Dias H. Topographic relationship of impacted third molars and mandibular canal: correlation of panoramic radiograph signs and CBCT images. *Braz J. Oral Sci.* 2012; 11(3): 411-5.

36. Ceocotti E. El diagnostic en clínica Estomatológica. 1 era. Ed. Buenos Aires: Medical Panamericana; 2007.
37. Marzola C, Comparin E, Toledo J. Third molars classifications prevalence in the cities of cunha pora, maravilha and palmitos in the anatomía of Santa Catarina State in Brazil. Rev Odont Ciencia-Fac Odonto/PUCRS. 2006; 21(51): 55-66.
38. Navarro C, García F, Ochandiano S. Cirugía Oral y Maxilofacial. 2ª ed. Madrid. Arán ediciones sl; 2009.
39. Navarro, C. Cirugía oral y maxilofacial. En C. Navarro, Cirugía oral y maxilofacial (pág. 3). España: Arán. (2009). pág. 187).
40. White S, Pharoa M. Radiología oral principios e interpretación. 4ta. ed. Madrid:
41. GRANOLLERS TORRENS, M.; BERINI AYTÉS, Leonardo; GAY ESCODA, Cosme. Variaciones de la anatomía del nervio dentario inferior. Revisión bibliográfica. Anales de Odontoestomatología, 1997, núm. 1, p. 24-29, 1997.

ANEXOS

ANEXO N° 1: Consentimiento Informado



Fecha: _____

Mediante el presente documento, manifiesto que he sido informado (a) por la Bachiller **Monroy Díaz Milagros Xiomara** de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas, sobre el objetivo del estudio **“POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION AL CANAL MANDIBULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO RADIOLOGICO CERADENT - 2021”** y además me ha informado sobre la importancia de la veracidad de mis respuestas para su estudio. Así mismo que el manejo de la información obtenida es con un carácter de confidencialidad y su no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso, así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo decida.

En caso necesite más información, o tenga una duda sobre esta investigación puede contactarse por teléfono con la investigadora principal al número 993853566.

Ante lo explicado, yo, de manera consciente y voluntaria, a continuación firmo en señal de aceptación y conformidad.

Firma: _____

N° de DNI: _____

Investigador

ANEXO N° 2: Ficha de recolección de datos



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

FICHA DE OBSERVACION

POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN RELACION AL CANAL MANDIBULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO RADIOLOGICO CERADENT-2021

Apellidos y Nombres:.....sexo: F M

Edad:.....

ANALISIS RADIOLOGICO:

ANALISIS DE PELL Y GREGORY CON LADO MANDIBULAR

Tercer molar inferior pieza 3.8			
CLASE I		TIPO A	
CLASE II		TIPO B	
CLASE III		TIPO C	

Tercer molar inferior pieza 4.8			
CLASE I		TIPO A	
CLASE II		TIPO B	
CLASE III		TIPO C	

CLASIFICACION DE EZODDINI

Tercer molar inferior pieza 3.8	
A	
B	
C	
D	
E	

Tercer molar inferior pieza 4.8	
A	
B	
C	
D	
E	

Fuente: Pozo A “La relación entre la posición del tercer molar y la ubicación del canal mandibular en pacientes adultos y adolescentes de la ciudad de Huánuco” [Internet] [Tesis] Universidad de Huánuco, 2016.

ANEXO N° 3: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Principal	Principal	General		
<p>¿Cuál es la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021?</p> <p>Específicos</p> <p>¿Cuál es la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y Gregory en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021?</p> <p>¿Cuál es la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzodini en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021?</p> <p>¿Cuál es la edad de los pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 para evaluar la posición del tercer molar inferior en relación a la ubicación del canal mandibular?</p> <p>¿Cuál es el sexo de los pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 para evaluar la posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular?</p>	<p>Determinar la posición del tercer molar inferior con relación al canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.</p> <p>Específicos</p> <p>Determinar la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y Gregory en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.</p> <p>Determinar la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezzodini en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.</p> <p>Determinar la edad de los pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 para evaluar la posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular.</p> <p>Determinar el sexo de los pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021 para evaluar la posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular.</p>	<p>“Existe relación significativa entre la posición del tercer molar y la ubicación del canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.”</p> <p>“No existe relación significativa entre la posición del tercer molar y la ubicación del canal mandibular en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Ceradent 2021.”</p>	<p>Variable1: posición del tercer molar inferior</p> <p>Variable 2: canal mandibular</p>	<p>Diseño de la investigación: Descriptivo, transversal, retrospectivo.</p> <p>Población: constituida por radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al centro radiológico Ceradent en el mes de enero a octubre del 2021.</p> <p>Muestra: constituido por la totalidad de la población que es 200 radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al Centro Radiológico Ceradent de enero a octubre 2021.</p> <p>Técnica Observacional</p> <p>Instrumentos Ficha de recolección de datos.</p>



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

"Año del Bicentenario del Perú 200 años de independencia"

Cusco, 01 de octubre del 2021

OFICIO N° 24 FMHyCS-Est-2021-UAP

SEÑOR:

GERENTE GENERAL - CERADENT CUSCO

Presente.-

ASUNTO: SOLICITA AUTORIZACION PARA REALIZAR EL
PROYECTO DE INVESTIGACION

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para solicitar la autorización de estudio, sobre proyecto de investigación titulado **POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION AL CANAL MANDIBULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO RADIOLOGICO CERADENT, CUSCO 2021**, siendo responsable la Srta. Milagros Xiomara Monroy Diaz, estudiante egresado de la Escuela Profesional de Estomatología, identificado con DNI N° 71381322, y siendo requisito indispensable para optar el título profesional de Cirujano Dentista, para lo cual solicito a Ud. Señor gerente por intermedio de su Jefatura conceder facilidades necesarias para el desarrollo normal en su trabajo de investigación para su titulación.

Agradeciendo por la atención al presente, hago uso de la ocasión para expresarle mis consideraciones distinguidas.

Atentamente


Mg. Mario Acosta Tapia
Coordinador EP. Estomatología
Universidad Alas Peruanas Filial Cusco



CONSTANCIA

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo: **Manuel Casas Campana** identificado con DNI. **41844259**
Radiólogo Oral y Maxilo Facial y Gerente General del Centro Radiológico y
Diagnostico Dental "Ceradent".

Por medio de la presente, se expide la constancia a la Señorita,
Milagros Xiomara Monroy Díaz con DNI: **71381322**, bachiller de la Escuela
Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Que realizó la
recaudación de imágenes en Radiografías Panorámicas digitales en el
Centro Radiológico y Diagnostico Dental Ceradent, de los meses de Enero a
Octubre del año 2021, con motivo de realizar el proyecto de investigación
intitulado: "POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RELACION AL
CANAL MANDIBULAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO
RADIOLOGICO CERADENT 2021"

Recolección de datos que se realizó del 05 de setiembre al 15
de octubre del 2021

Se expide el presente documento, de acuerdo a ley para fines que
la persona vea por conveniente.

Cusco, 30 de Octubre del 2021



Dr. Manuel Casas Campana
Gerente General.



Tel.: (+51) 84-223104 - 084 287916
Of. : (+51) 987-572355 - 941 414030
Urgencias: (+51) 952 108664 - 984 763610
E-mail: ceradentcusco@hotmail.com