



EN LA UAP  
TÚ ERES PARTE  
DEL CAMBIO



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional De Estomatología**

## **TESIS**

DIFERENCIAS DE POSICIONES DE TERCEROS MOLARES  
INFERIORES SEGUN WINTER PELL Y GREGORY EN RELACION  
AL NERVIO DENTARIO INFERIOR EN EL CENTRO  
ODONTOLOGICO AMERICA

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

PRESENTADO POR:

Bach. ANGELY ESTHER, RUBIÑOS CISNEROS

ASESOR:

Mg. ANTONIO AURELIO, DURAND VASQUEZ  
(0000-0002-5618-7199)

CHICLAYO, PERÚ

Junio 2022

## DEDICATORIA

Primeramente a Dios, a mis padres, sobre todo a mi madre que confió en mí con todo su corazón sin ella no lo hubiera logrado ya que su lucha, trabajo y dedicación, fueron mi motivo más grande para seguir mi camino, ella es mi principal motivo para el desarrollo de mi vida personal y profesional, cembro en mi la humildad, compromiso y la ilusión de salir adelante, ella tiene la figura en la que me reflejo, su vigor y su enorme amor me dirigen a adorarla día a día.

Hermanos y familiares su ayuda fue fundamental, han estado conmigo en los momentos difíciles, no fue fácil pero estuvieron motivándome y ayudándome hasta donde han podido, son personas que me han ofrecido amor y calidez de familia a la cual amo.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente dar las gracias a la facultad UAP por aceptarme ser parte de ella y comenzar una carrera, dar gracias a mis distintos educadores que me ofrecieron su intelecto y sostén para avanzar siempre cada día.

Dar gracias a mi asesor de tesis el Mg. CD: Antonio Aurelio Durand Vásquez por darme la oportunidad de acudir a su facultad de conocimientos, por haber tenido toda la tolerancia del mundo para orientarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Para finalizar, también agradecer a la Dueña del Centro Odontológico “AMERICA” la Sra. Marivel López Sánchez por aceptar que ejecute mi tesis en su centro odontológico.

## INDICE DE CONTENIDO

<b>Dedicatoria</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iii</b>
<b>Índice de contenido</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>vi</b>
<b>Índice de gráficos</b>	<b>vii</b>
<b>Resumen</b>	<b>viii</b>
<b>Abstract</b>	<b>ix</b>
<b>Introducción</b>	<b>x</b>
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema principal	14
1.2.2 Problemas secundarios	14
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
Justificación de la investigación	16
1.4.1 Importancia de la investigación	17
1.4.2 Viabilidad de la investigación	17
1.4.2 Limitaciones de la investigación	17
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	<b>18</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	18

2.2 Bases teóricas	22
2.2.1 Tercer molar inferior	22
2.2.2 Nervio dentario inferior	27
2.3 Definición de términos básicos	34
<b>CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES</b>	<b>36</b>
3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivada	36
3.1.1 Hipótesis principal	36
3.2 Variables	36
3.2.1 Variable 1	36
3.2.2 Variable 2	36
3.2.3 Operacionalización de variables	37
<b>CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	<b>38</b>
4.1 Diseño de la metodológico	38
4.2 Diseño muestral	38
4.3 Técnicas de recolección de datos	39
4.4 Técnicas estadísticas para el procedimiento de la información	39
4.5 Aspectos éticos	39
<b>CAPITULO V: RESULTADOS</b>	<b>41</b>
5.1 Analisis descriptivo.	41
5.2 comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas	51
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>53</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	<b>57</b>

<b>ANEXOS</b>	<b>60</b>
Anexo nº1: Constancia de investigación realizada	60
Anexo nº2: Instrumento de recolección de datos	61
Anexo nº4: imágenes durante el desarrollo de la investigación	62
Anexo nº5: Lista de datos recolectados	68

### INDICE DE TABLAS

Tabla Nº 01: Posición de la pieza 48 según Pell y Gregory	40
Tabla Nº 02: Posición de la pieza 38 según Pell y Gregory	41
Tabla Nº 03: Posición de la pieza 48 según Winter	42
Tabla Nº 04: Posición de la pieza 38 según Winter	43
Tabla Nº 05: Distancia del nervio dentario inferior según Pell y Gregory de la pieza 38	44
Tabla Nº 06: Distancia del nervio dentario inferior según Pell y Gregory de la pieza 48	46
Tabla Nº 07: Distancia del nervio dentario inferior según Winter de la pieza 38	48
Tabla Nº 08: Distancia del nervio dentario inferior según Winter de la pieza 48	50

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 01: Posición de la pieza 48 según Pell y Gregory	40
Gráfico N° 02: Posición de la pieza 38 según pell y Gregory	41
Gráfico N° 03: Posición de la pieza 48 según Winter	42
Gráfico N° 04: Posición de la pieza 38 según Winter	43
Gráfico N° 05: Distancia del nervio dentario inferior según Pell y Gregory de la pieza 38.	45
Gráfico N° 06: Distancia del nervio dentario inferior según Pell y Gregory de la pieza 48	47
Gráfico N° 07: Distancia del nervio dentario inferior según Winter de la pieza 38	49
Gráfico N° 08: Distancia del nervio dentario inferior según Winter de la pieza 48	51

## RESUMEN

La siguiente investigación fue determinar las diferentes posiciones de terceras molares inferiores según Winter Pell y Gregory con relación al nervio dentario inferior en el centro odontológico América. **Material y método:** la investigación es de tipo transversal observacional de nivel descriptivo, la muestra estuvo relacionada con 150 radiografías panorámicas, 300 piezas dentarias inferiores (150 lado derecho y 150 lado izquierdo) del centro odontológico América. **Resultados:** Determinamos las siguientes posiciones según Winter con un porcentaje mayor con 52.67% en la pieza 38 posición mesioangular y con un 56% en la posición Mesioangular en la pieza 4.8, y en la clasificación de Pell y Gregory tenemos con un porcentaje de 54% mayor en la pieza 38 clase IIB y en la pieza 48 con un porcentaje de 52% en la clase IIB. Ambas clasificaciones tienen relación con el nervio dentario inferior con una distancia de 0mm en la clasificación de Winter la pieza 38 tiene un porcentaje mayor de 33% en la posición mesioangular, en la pieza 48 tiene un porcentaje mayor de 42% en la posición mesioangular, en la clasificación de Pell y Gregory en la pieza 38 con un porcentaje mayor de 33% clase IIB, en la pieza 48 con un porcentaje mayor de 38.67% en la clase IIB. **Conclusiones:** Finalmente podemos concluir que la posición más frecuente con una distancia e 0mm con relación al nervio dentario inferior fue la posición mesioangular de Winter y la clase IIB según Pell y Gregory.

**Palabras claves:** Terceras molares, clasificación de Winter, Pell y Gregory, nervio dentario inferior, posición.



## ABSTRACT

The investigation was made to determine how differently lower third molars grow according to the studies of Winter, Pell and Gregory regarding the inferior dental nerve in the dental center America.

**Material and method:** This research is an observational cross-sectional of descriptive level. The sample was related to 150 panoramic radiographs, 300 lower teeth (150 right side and 150 left side) in the dental center America.

**Results:** The following positions have been determined according to Winter with a percentage higher than 52.67% in the 38th piece, mesioangular position and with a 56% in the 48th piece, mesioangular position. According to Pell and Gregory classification, we have a 54 % percentage higher in the 38th piece class IIB and in the 48th piece with a percentage of 52% in class IIB. Both classifications are related with the inferior dental nerve with a distance of 0 mm, according to Winter classification, piece 38th has a higher percentage than 33% in the mesioangular position. According to Pell and Gregory, in the 48th piece with a percentage higher than 33% class IIB, in the 48th piece with a percentage higher than 38.67% in class IIB.

**Conclusions:** Finally, we can deduce that the most frequent position with a distance of 0mm related to the inferior dental nerve, was the mesioangular position according to Winter and the class IIB according to Pell and Gregory.

**Keywords:** third molars. Winter, Pell and Gregory classification, Inferior dental, nerve Position.

## INTRODUCCIÓN

Las terceras molares son una tendencia actual de problemas asociadas al nervio dentario inferior en los pacientes que llegan al consultorio.

Winter propuso la posición de las muelas de juicio en relación a una dimensión longitudinal del 2do molar, mesioangular, distoangular, invertido, horizontal y vertical.<sup>16</sup>

Pell y Gregory lo clasificaron con relación a la rama ascendente de la mandíbula del segundo molar y su hondura de las muelas de juicio en hueso.<sup>16</sup>

Es de importancia este estudio para poder dar información a los estudiantes y profesionales de odontología tengan el conocimiento de la angulación y posición de retención de las cordiales, esto podemos observarlo por medio de una radiografía panorámica ahí podemos ver el grado de dificultad y también podemos observar la relación que se compromete con el nervio dentario inferior y así encuentren capacitados, confiables y puedan ayudar a los pacientes ante una cirugía de terceras molares y evitar riesgos de infección y alteraciones neurológicas post quirúrgico.<sup>6,11</sup>

La presente investigación se realizó para diagnosticar las diferentes relaciones de terceras molares inferiores con conexión al nervio dentario inferior en el centro odontológico América.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Descripción de la realidad problemática:

Un diente impactado es un órgano del esmalte, incluso cuando está completamente desarrollado, no ha entrado en erupción en la cavidad bucal. Las muelas de juicio superiores e inferiores son las últimas piezas dentarias en erupcionar, los más afectados por problemas de impactación dentaria.<sup>1</sup>

La variedad del desarrollo humano muestra cualidades exclusivas y propias, que podemos homogeneizar la morfología del ser humano para determinar y aprender de ello. En las cordiales no siempre se observa ya que esta pieza dentaria por lo común se presenta en diferentes situaciones irregulares a diferencia de la colocación de otras piezas dentarias y formas distintas. Eso ocasiona a menudo incomodidad en su transcurso de erupción teniendo como método definitivo muy similar de los casos la extracción de esta pieza. La variedad en que esta pieza dentaria se presenta Cosme Gay menciona las clasificaciones de Winter, Pell y Gregory para proporcionar su estudio de esta pieza.<sup>4</sup>

Cosme Gay determina la retención, aunque el motivo de la situación puede mostrar las muelas de juicio cuando se opone a salir, por eso determina la inclusión de las cordiales como “la que se mantiene interna en la estructura de la mandíbula”, al igual que Donado este relaciona a la pieza retenida como “la bolsa pericoronaria se encuentra cubierta y su capa ósea completa”.<sup>4</sup>

Los principales factores relacionados con los terceros molares son la falta de espacio, desarrollo óseo limitado, presencia de dientes adyacentes, estructura ósea densa o exceso de tejido blando. Distinguiamos el rango de accesibilidad, se creó una lista para las piezas dentarias impactadas. Winter definió las piezas retenidas como la posición mesioangular vertical, horizontal. Pell y Gregory (1993) determinaron las cordiales retenidas se observa que el 2do molar está en un plano oclusal presenta tres clases A, B y C, y con las cordiales inferior, en las posiciones I, II y III.<sup>1</sup>

Existen varias discrepancias entre el tamaño del maxilar y la totalidad de tamaño de las piezas dentarias no es tan grande para alinear completamente todos los dientes en la arcada. Esto se debe por que las cordiales en la mayoría de los hechos son los últimos dientes en salir, en muchos casos estos dientes cambian su dirección y no llegan erupcionar, permaneciendo está en una difícil colocación del 2do molar, colocándose en diferentes posturas y en el mayor de los hechos causan difucultad por ejemplo pericoronaritis, caries, quistes, bolsas periodontales, quistes, etc. Estos no tienen un espacio suficiente y estas piezas tienen un gran tanto por ciento a la altura ósea; su uso y procedimiento se debe revisar bien meticuloso. Su diagnóstico debe ser prioridad que se debe evaluar a una edad donde se pueda dar procedimiento de precaucion.<sup>13</sup>

Diferentes evaluaciones definieron la dirección de estas muelas de juicio inferiores por medio estudio de radiografías panorámicas. Con un diagnóstico de ayuda que nos brinda el estudio radiográfico y a diferencia de la clasificación de, Pell y Gregory junto con Winter ellos señalan una colocación del diente. Este estudio exacto y prematuro accede al odontólogo determinar la conclusión, proyección, evaluación y poder distinguir su gravedad del acontecimiento de la cirugía de las terceras molares.<sup>13</sup>

En Perú, evaluamos diferentes culturas, que involucra una morfología craneofacial y dental muy diverso; en el mayor de los casos se presenta este tipo de problemas. Se puede observar sus contexturas anatómicas que puede tener el maxilar y la mandíbula, están reducidas para que abarquen los 32 dientes que sale en ambas arcadas. Tiene conclusión de esto y decimos que tiene prevalencia de malas posiciones altas de las terceras molares inferiores.<sup>13</sup>

Es común hallar varios tipos de muelas de juicio que necesiten una cirugía por que las muelas de juicios inferiores es el diente con un alto rango de malformaciones en la erupción, estando retenidas en el mayor de los casos; por eso el estado ectópicos produciendo un resultado epidemiológico, el 2do molar presenta reabsorción radicular, periodontitis, quistes o tumores, molestias y probables malposiciones.<sup>16</sup>

El presente estudio pretende aportar información y conocimiento en relación de diferentes colocaciones de las cordiales inferiores en conexión al nervio dentario inferior según las clasificaciones de Winter, Pell y Gregory a través del estudio de radiografías panorámicas del centro odontológico América Odontología Integral.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la prevalencia de la posición de las terceras molares inferiores según la clasificación de Winter, Pell y Gregory en las Radiografías panorámicas de los pacientes atendidos en el centro odontológico América?

### **1.2.2 Problemas secundarios**

¿Cómo determinar la posición de terceras molares inferiores derechas según la clasificación Winter con relación a la distancia del nervio dentario inferior?

¿Cómo determinar la distancia de terceras molares inferiores izquierdas según la clasificación de Winter con relación al nervio dentario inferior?

¿Cómo determinar la distancia de terceras molares inferiores derechas según la clasificación pell y Gregory con relación a la distancia del nervio dentario inferior?

¿Cómo determinar la posición de terceras molares inferiores izquierdas según la clasificación pell y Gregory con relación a la distancia del nervio dentario inferior?

### **1.3 Objetivo de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de la posición de las terceras molares inferiores según la clasificación de Winter Pell y Gregory de las Radiografías panorámicas de los pacientes atendidos en el centro odontológico América

#### **1.3.2 Objetivos secundarios**

Determinar la posición de terceras molares inferiores derechas según la clasificación Winter con relación a la distancia del nervio dentario inferior.

Determinar la posición de terceras molares inferiores izquierdas según la clasificación de Winter con relación al nervio dentario inferior

Determinar la posición de terceras molares inferiores derechas según la clasificación pell y Gregory con relación a la distancia del nervio dentario inferior

Determinar la posición de terceras molares inferiores izquierdas según la clasificación pell y Gregory con relación a la distancia del nervio dentario inferior

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **Relevancia Social:**

Este estudio lo realizamos para establecer las diferentes posiciones de los terceros molares inferiores en relación al nervio dentario inferior con la conclusión de Pell y Gregory junto con Winter en el centro odontológico América, debido a que concurren casos de cirugías y las regulares incidencias sintomatológicas posoperatorias.

Existen la necesidad de conocer las diferentes posiciones de todas las piezas dentarias, pero con mayor importancia los terceros molares inferiores porque sus posiciones, suelen ser diferentes dependiendo la clase y tipo de estos. Por ende, serán evaluadas a través de radiografías panorámicas. Que nos ayudaran a determinar la colocación según la conclusión de Pell y Gregory y Winter.<sup>11</sup>

Sin embargo, el presente estudio va requerir conocer la importancia que tienen con relación al nervio dentario inferior dependiendo la posición, tipo y clase para optar con la evaluación de estudios radiográfico y precisar cuál sería el principal problema para la intercesión y poder realizar de la mejor manera posible la cirugía sin que el paciente sufra daños mayores a la extracción.<sup>11</sup>

### **Relevancia Teórica:**

Es de suma importancia conocer antes acerca del paquete neurovascular para comenzar cualquier procedimiento quirúrgico de los terceros molares y así evitar cualquier complicación incluso llegar a ocasionar algún daño al nervio dentario inferior.<sup>13</sup>

### **Relevancia Práctica:**

Si llegamos a realizar este proyecto vamos a contribuir en reducir, prevenir y evitar cualquier dificultad en las cirugías de terceras molares, ayudándonos con las radiografías panorámicas que nos permitirán visualizar características internas de alguna de las piezas dentarias.<sup>13</sup>



#### **1.4.1 importancia de la investigación**

El valor de esta evaluación es en darse cuenta la correcta interpretación de las imágenes radiográficas para decidir un pronóstico de posibles tratamientos, debemos de saber las distintas posiciones de la tercera molar y el trayecto del conducto mandibular.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

Se tiene los recursos necesarios para elaborar la investigación, como el bachiller, docentes asesores, docentes revisores y radiografías panorámicas de los pacientes. Asimismo, se cuenta con los recursos bibliográficos para el desarrollo de este trabajo de investigación.

#### **1.4.3 Limitación de la investigación**

Las limitaciones que posiblemente se tengan es obtención de los datos, esto se debe al acceso que nos brinde el centro odontológico América, y el tiempo es un factor limitante por que se tendrá que esperar un mes que dura la recolección de datos para poder realizar el análisis correspondiente.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### Antecedentes internacionales

**Patel P, Shah J, Dudhia B, et al (2020) India;** publican la investigación “Descubrimiento de la toma radiográfica y la tomografía computarizada de haz cónico a dirección de las cordiales inferiores retenidas junto a la conexión del conducto del nervio dentario”. Realizaron este estudio que tuvo como objetivo resolver las señales específicas de la angosta conexión de la raíz de las cordiales retenidas junto al conducto del nervio dentario inferior, observamos la radiografía panorámica digital se debe señalar o prohibir una precisión de la forma que muestra la tomografía de haz cónico inspirado una muestra jerárquica de Fryback y Thornbury. La demostración se basó en ciento veinte individuos que se sometieron a esta toma para apreciar una radiografía ante una cirugía. Rood Sheehab presenta la raíz y el canal en las imágenes radiográficas una apreciación de las señales radiográficas, la ubicación de las muelas de juicio retenidas según la clasificación de Winter y la profundidad de la impactación según la clasificación de Pell y Gregory. En CBCT; se revisaron la existencia / falta de corticolización y la situación de las corteza lingual y oral. Lo cual descubre que la ortopantomografía se adquiere del CBCT este evalúa una manera apoyado en modo de escala de Fryback y Thornbury. En los datos hallamos una mezcla estadística equivalente de una señal radiográfica, Rood y Sheehab toma “sobreposición” y “desconexión” en ortopantomografía y presencia de corticolización con la raíz y el canal del dentario inferior en tomografías. También se halló la agrupación de registro elocuente y la colocación “vertical” y “mesioangular” de la clasificación de Winter, así la “posición 1A” de la definición de Pell y Gregory en IMTM, OPG da disposición de corticolización. Se halló que las tomografías computarizadas tienen un bajo significado y mayor valor F a diferencia de las ortopantomografías la apreciación de tomografías computarizadas. La deducción sobre ortopantomografía; las imágenes radiográficas de Rood y Sheehab da “superposición”, “mesioangular” y “vertical” de Winter y “posición 1A” de Pell y Gregory no son pruebas de observación CBCT

antes de probar el origen de la extracción. En OPG; las señales radiográficas de Rood y Sheehab, nos muestra una línea clara, conducto oscurecido, raíz desviada, estrechamiento de canal se asocia la regularidad y falta de corticolización entre el conducto IAN y la raíz IMTM, por ello, se intenta en la evaluación CBCT antes de una cirugía para disminuir la complejidad neurológicas posoperatorias. Así mismo, las clases 1B, 1C, 2 A, 2B, 2C, 3 A, 3B, 3C de Winter, son indicadas para la evaluación CBCT antes de probar la cirugía de las terceras molares. Se basó en la comparación de muestra de Fryback y Thornbury y las tomografías computarizadas nos dan la alta modalidad radiográfica a diferencia de la ortopantomografía para la inspección de la conexión IMTM con el canal IAN.<sup>2</sup>

**Saha N, Kedarnath N, Singh M. (2019) India;** publican la investigación “Ortopantomografía y tomografía computarizada de haz cónico para la relación del nervio alveolar inferior con los terceros molares mandibulares impactados”. Se realizó un estudio para evaluar la confiabilidad de siete signos radiográficos específicos de las raíces de las muelas de juicio que se observan en una ortopantomografía (OPG) y predecir la proximidad y falta de corticolización del canal de la mandíbula y la raíz (IMTM) en el cono. Imágenes de tomografías computarizadas de haz (CBCT). El estudio estuvo conformado por 30 individuos, quienes fueron sometidos a evaluación radiográfica preoperatoria antes de la extracción. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cualquiera de los 7 signos específicos observados en la radiografía panorámica que incluyen oscurecimiento, deflexión, estrechamiento de raíces, ápice radicular bífido, desviación, estrechamiento del conducto e interrupción de la línea blanca del conducto. El estudio mostro la poca confiabilidad de los signos radiográficos observados en OPG para predecir la proximidad de la tercera raíz mandibular con el canal mandibular en relación con los hallazgos de CBCT. <sup>3</sup>

**González M, Bessone G, Fernández E. (2017) Argentina;** publican la investigación “evalúa de la conexión Topográfica de las cordiales Inferiores junto al dentario inferior” Se observaron 50 exoesqueleto mandibulares con auxiliar de (BaSO<sub>4</sub>), estrinque de ortodoncia, con un ángulo seco de aguja, período milimetrado y imagenes topograficas. Ejerciendo incisión coronal y sagital para un propósito de calar trayecto, borde alveolar y extracción de diente. Se comprobó la

extracción del diente inferior es de confianza en el 80% las cirugías. En cortes frontales, la extracción lo evidenciamos más próximo a la arista del alveolo. La incisión mediosagital señala extracción - diente. La información obtenida al máximo elocuente y enredos en pacientes de la bien querencia femenina, los años comprendidos son 17 y 25 años, tienen colocación mesioangular y impactadas de las terceras molares. Los enredos con más visibilidad son trismus, pericoronaritis, dolores y dolor de oído recurso de la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana.<sup>4</sup>

### **Antecedentes nacionales**

**Ruelas, R. (2019) Puno;** publica la investigación “Prevalencia de posición según Pell y Gregory y Winter en las cordiales, en imágenes radiográficas panorámicas en pacientes dieciocho a cincuenta años, fueron a la unap clínica odontológica en el año 2014 a 2018”. El estudio es de modelo transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional, el estudio se realizó con imágenes radiografías que hallaron resultado de las cordiales impactadas de acuerdo con la definición de Pell y Gregory, predomina en un 43.7% en colocación IIB, 27% colocación ( IIA), el 12.3% colocación ( IIIB), 4.9% (IIC), 4.7% (IA), 2.8% (IIIA), 2.6% (IB), 2.1% (IIIC) y 0% colocación (IC), se definió que las edades con mayor prevalencia es de dieciocho a veintiocho años con un 40.5 % de la colocación IIB, las mujeres con 24.7% los hombres 19.1% la colocación IIB; en taxonomía de Winter la colocación que más prevalece Mesioangular con 33.5%, continua la posición Vertical con 31.6% y Horizontal con 29.8.%; el grupo que más prevalece según la taxonomía de Winter son de dieciocho a veintiocho años en la colocación Mesioangular, el grupo que mayor prevalece es la colocación Mesioangular mujeres y Horizontal varones.<sup>6</sup>

**Zúñiga, M. (2018) Lima;** publica la investigación “investigación tomográfico de variación anatómica del nervio dentario inferior en los habitantes peruanos de las edades de dieciocho a cincuenta años usando la definición de Naitoh”, la investigación fue retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, su estudio fue 392 tomografías computarizadas de haz cónico en personas de 18 y 50 años. Para las variaciones cualitativas del censo descriptivo se anotaron el tanto por ciento y frecuencias.

El conducto del dentario inferior tiene una variación de frecuencia anatómica de 10.2% (40 casos). El canal retromolar se colocó con una frecuencia mayor de 57.5% (23 casos), y con una frecuencia menor del canal dentario es 5% (2 casos). Con un 27.5% (11 casos) sin confluencia del canal anterior y el conducto con confluencia anterior un 10% (4 casos).<sup>7</sup>

## 2.2 Bases teóricas

### 2.2.1 Tercer molar inferior

Su transformación y su elaboración dentaria se vinculan con distintos estadios de mineralización que podemos observar a través de los exámenes radiográficos y se somete a muchos cambios iguales y sucesivos que la erupción. Los factores genéticos están más moderados por factores externos con menos influencia por otras opiniones de maduración.<sup>17</sup>

Por este motivo se ha desarrollado diferentes métodos de estimación dentaria según la edad.<sup>17</sup>

Este procedimiento divide el desarrollo de las coronas y de los ápices de los dientes fijos según los estadios de nollan.<sup>18</sup>

0. Ausencia de cripta
1. Presencia de cripta
2. Calcificación inicial
3. Corona completada en 1/3
4. Corona completada en 2/3
5. Corona casi completa
6. Corona completa.
7. Raíz formada en 1/3
8. Raíz formada en 2/3
9. Raíz casi completa y ápice abierto
10. Ápice radicular completo.

El procedimiento contribuye su desarrollo de 1a 10 en las piezas dentarias de adulto.<sup>18</sup>

Las terceras molares conocidas como cordal “muela de juicio” en latin (molaris tertius o dens serotinus) son las piezas dentarias más variables en cuanto a su

desarrollo, suele aparecer en el comienzo de la vida adulta desde los 18 años hacia los 25 años.<sup>9</sup>

El fantasma de las terceras molares han sido preocupantes para el profesional de odontología, ya que este diente no suele salir por completo nos resulta escaso el espacio que dispone para la extracción en boca; es dificultoso por que puede ocasionar, entre muchas innumerables dificultades: por ejemplo pericoronaritis, periodontitis, caries, puede provocar en las segundas molares reabsorción de raíz, aparición de quistes dentígeros y alteración en el ATM.<sup>9</sup>

Para el cirujano dentista, las muelas de juicio suelen tener su ventaja y desventaja: estos pueden reemplazar un primer o segundo molar perdido también puede ser un pilar para un puente fijo; y una desventaja para la segunda molar, es que suelen acumular los alimentos, puede ocasionar una enfermedad periodontal, los elementos desfavorables sobrepasan a los ventajoso, por este motivo se retiran las terceras molares en un porcentaje de 75 % en la población que requieren algún procedimiento odontológico. <sup>9</sup>

el desarrollo normal de las terceras molares es perturbado a menudo por la posición anatómica; debemos recalcar el poco campo retromolar, que genera la inclusión de las terceras molares. Ha ido bajando el espacio retromolar poco a poco durante el crecimiento de la mandíbula a lo largo de la variación filogenética, ya que el tamaño de las piezas dentarias se mantienen iguales que en su ascendencia. En los varones neolíticos su mandíbula, se apreciaba una zona fundamental en el rostro posterior de la cordial y el margen de la rama ascendente. Esta zona, realmente, se ha perdido totalmente por ende a la muela de juicio le falta campo apto para salir y por ende se retiene en la rama ascendente por ello nos obliga a colocarse en una posición ectópica, por lo común en el lado interno de esta rama ascendente de la mandíbula. <sup>10</sup>

Varios escritores se fundamentan en la suposición del maxilar superior y mandíbula han ido reduciendo de volumen en el transcurso del desarrollo de la humanidad, por otro lado el tamaño de las piezas dentarias siguen siendo aproximadamente iguales que en su principio, posiblemente sea resultado de una deducción evolutiva

en el volumen somático genéticamente definitivo, esto justifica de la gran incidencia de agenesia de las muelas de juicio.<sup>10</sup>

Figún & Garino, señalan que el desarrollo de hábitos alimenticios han colaborado a rectificar el volumen de ambos maxilares, estando evidente esta alteración a dirección mandibular, apariencia evolutiva del ser humano anatómicamente que comprueba el descenso progresivo de un área retromolar con el margen anterior de la rama y cara distal del cordial, hoy por hoy denominamos en sentido de la taxonomía de Pell & Gregory, este calcula el área que tiene el cordial para que pueda salir a nivel del margen anterior de la rama y cara distal del segundo Molar.<sup>10</sup>

Embriológicamente la formación suele ser desde los 36 meses, empezando su etapa de calcificación a los 9 años, terminando su etapa de erupción entre los 18 y 27 años de edad en aproximado, a partir de entonces se denominan terceras molares, aparecen dentro del rango de edad anatómica, en común se sabe que un ser humano empieza a comprender “uso de razón o juicio”<sup>11</sup>

#### Retenidas

Pertenece a la pieza dentaria que, arribada su etapa común de erupción, se halla retenida temporalmente o completamente y suele estar en la mandíbula sin salir. La pieza dentaria no atraviesa la encía y tampoco adopta el estado común de la arcada dentaria.<sup>10</sup>

#### Impactadas

Demora completamente o temporalmente de la erupción de una pieza dentaria adentro del espacio de tiempo permaneciendo en relación con los años del paciente, debido a la aparición de alguna dificultad mecánica obstaculiza o bloquea la trayectoria normal de erupción del diente: Otras piezas dentarias, recubrimiento excesivo del hueso compacto, fibrosis, abundancia de tejidos blandos.<sup>10</sup>

#### Inclusión

Retraso completo de una erupción de una pieza dentaria adentro del tiempo confiado en conexión a la los años del px por obstrucción o cierre de la dirección común de erupción del diente junto a su apariencia del inconveniente mecánico.



Ésta esta impactada en el hueso mandibular envuelto de su saco peri coronario impactado.<sup>10</sup>

### **Clasificación de pell y gregory**

Para identificar la clase y el tipo de las muelas de juicio utilizaremos la definición de Pell y Gregory, ya que toman la consideración del campo donde se encuentra a través el margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula y el lado distal del 2do molar; como la hondura de la muela de juicio en conexión a la 2da molar hay tres tipos.<sup>16</sup>

Clase 1: Si hay campo en el lado mesiodistal para la muela de juicio, la cara distal del segundo molar inferior y dentro del margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula.<sup>16</sup>

Clase 2: si encontramos bastante campo para una parte de la tercera molar inferior en dirección mesiodistal entre el margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar inferior.<sup>16</sup>

Clase 3: este tipo no siempre encontramos campo del lado mesiodistal del margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula y el lado distal del 2do molar, la muela de juicio está retenida en la rama ascendente de la mandíbula.<sup>16</sup>

Pell y Gregory presentan 3 tipos que se rigen a través de la conexión entre la posición de las cordiales y el plano oclusal de la 2da molar.<sup>16</sup>

Colocación A: la muela de juicio está igual o por encima del plano oclusal del 2do molar es la posición más alta.<sup>16</sup>

Colocación B: la muela de juicio se halla en la zona baja de su plano oclusal del 2do molar, pero encima de su línea cervical es la dirección más alta.<sup>16</sup>

Colocación C: en esta posición el lugar que está muy arriba de la muela de juicio está abajo de la línea cervical del 2do molar.<sup>16</sup>

### **Clasificación de Winter**

Para colocar esta posición de la terceras molares usaremos a Winter este define el cálculo la conexión del eje longitudinal del 2do molar y la posición de la muela de juicio; colocándolo en varias posiciones.<sup>5</sup>

Horizontal: los dos ejes son perpendiculares.<sup>10</sup>

Vertical: los ejes son paralelos.<sup>10</sup>

Transversal: el diente está en una dirección horizontal con un eje longitudinal del lado bucal o lingual.<sup>10</sup>

Estos ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior próximo a 45° lo llamamos mesioangular .<sup>10</sup>

Cuando los ejes forman un ángulo de vértice antero inferior de 45° es Disto angular .<sup>10</sup>

Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180° es invertido.<sup>10</sup>

Esto se interpreta como:

Invertido: angulo negativo en molares 0.

Horizontal: Tienen un Ángulo de 0 y 30 en molares.

Mesioangular: Ángulo de 31 y 60 en molares.

Vertical: Ángulo de 61y 90 en molares.

Disto angular: Ángulo mayor de 90 en molares.<sup>10</sup>

### **Principios de cirugía**

Las extracciones de las piezas dentarias es una de las más nombradas en el campo de la odontología, la obligación de las extracciones ha ido incrementando rápidamente, por ello se hallan en el medio dientes impactados o semimpactados y éstos se encuentran catalogadas con pericoronaritis refleja irritación en la mucosa, junto a la infección este en el mayor de los casos se produce por la erupción de una muela, podemos observar de igual manera abscesos, trismus, caries en la cara mesial, distal, bolsas periodontales, y como tratamiento primordial tenemos que realizar la cirugía del diente ya que su mayor propósito son con fines profilácticos.<sup>12</sup>

Las cirugías bucales y maxilofaciales como campo quirúrgico, exige de un entendimiento muy difícil y obligatorio, por parte de los conocimientos médicos el

odontólogo tiene que tener un entendimiento anatómico, patológico, y farmacológico integro.<sup>12</sup>

### **2.2.2 Nervio dentario inferior**

La parte posterior de la zona de las piezas dentarias mandibulares se encuentra inervada por el nervio dentario inferior junto con el nervio lingual, son ramas terminales del nervio mandibular, en la misma ocasión la 3ra rama final del nervio trigémino.<sup>19</sup>

El conducto dentario inferior se forma a lo largo del crecimiento embrionario para unir los grupos dentales, anteriores y posteriores deciduos y piezas definitivas, en el trascurso que concluye con la unión de estos tres nervios en uno. Se cree que posiblemente la estadía o unión inconclusa de los nervios dan inicio a los nervios mandibulares bífidos.<sup>8</sup>

El conducto dentario inferior es una distribución anatómica de mayor trayecto, constantemente tendrá conexión en el resto de formas circundantes en esta. Una imagen radiografía prueba mayor parte del trayecto y muestra una conexión del nervio y doce formas en el agujero mentoniano, la zona radicular de las piezas dentarias inferiores, la forma, rama mandíbular y ángulo.<sup>8</sup>

Carter y Keen el conducto dentario inferior se definen en 3 variaciones anatómicas, se fundamenta en la investigación del corte en cadáver.<sup>8</sup>

Tipo 1 era diseñado con un solo tronco nervioso de acceder en todas las zonas apicales de las piezas dentarias inferiores.<sup>8</sup>

Tipo 2 estaba dividida en cortas ramificaciones.<sup>8</sup>

Tipo 3 al principio de su trayecto en dos ramas se hallaba apartada, es inervada por una superior en el 2do y 3er molar, y una rama adicional, se encuentra en la zona apical de los dientes, y este inerva a las otras piezas dentarias.<sup>8</sup>

#### **Relaciones**

La definición tradicional de Olivier localizada en el nervio dentario inferior en el punto de vista apical y lingual al tercer y segundo molar, las corticales están equidistante a la altura de la raíz del 1er molar, colocándose en la zona vestibular de las raíces de los premolares, luego aparece durante el orificio mentoniano.<sup>8</sup>

## Complicaciones del Nervio Dentario Inferior

Lesión del nervio dentario inferior

Conocido el daño del nervio dentario inferior se puede tener lugar en un porcentaje de 3 a 5% de los casos de estilo provisional, manteniéndose permanente en un 0,5 a 1%.<sup>13</sup>

Clasificación de las lesiones nerviosas de Seddon y Suderland accede ejecutar una predicción por el resultado clínico y disponen una característica referente.<sup>20</sup>

<b>Seddon 1943</b>	<b>Suderland 1951</b>
Neuropraxia	Grado 1: tipo 1, 2 y 3
Axotmesis	Grado 2, 3 y 4
Neurotmesis	Grado 5

Neuropraxia: Forma muy simple del daño nervioso. El motivo es el conocimiento o hiperextensión del nervio. Compromete totalmente a las vainas de mielina después esta fase edematosa presenta su resorción y destrozo, mas no el desgaste del axón. La conexión nerviosa se halla provisionalmente impedida. Concierno el grado 1 de Sunderland parte en 3 subtipos:<sup>20</sup>

Tipo 1: comprende la etiología con el manejo del tronco nervioso, lijera tensión, conocimiento o isquemia transitoria.<sup>20</sup>

Tipo 2: ocasionado por la gran tensión o conocimiento del nervio que ocasiona un edema intrafascicular, pérdida del flujo sanguíneo y cierre de la conducción nerviosa.<sup>20</sup>

Tipo 3: ocasionando una tensión y conocimiento severo ocasionando un cambio y desmineraliza de la vaina de mielina. Para recobrar y la falta sensorial este es estable y pausado.<sup>20</sup>

Axonotmesis: la lesión causa perdida de continuidad axónica, pero se preserva el endoneuro, generalmente la causa un traumatismo como grave o una tracción considerable del nervio. Dada la ruptura del axón, este podrá resolverse en unos 2 a 6 meses, aunque no en todos los casos. <sup>13</sup>

Se concierne en los grados 2, 3 y 4 de Sunderland:

Grado 2: el endoneuro, perineuro y epineuro se encuentran íntegros, por lo tanto las fibras axonales eferentes son perjudicadas. Ocasionalmente suele ser imprescindible la descompresión quirúrgica ejemplo. Pinzamiento del nervio lingual por ruptura de tabla lingual. Se elabora la reparación a grande de la rehabilitación axonal.<sup>20</sup>

Grado 3: Alcanza el grado 2 y lesión al endoneuro (componentes tisulares intrafasciculares). Es baja si la rehabilitación clínica, suele ser imprescindible la extracción.<sup>20</sup>

Grado 4: Compromete el grado 3 y el trauma al perineuro, se crea inadecuado fascicular y la perdida por completo de elementos siguiendo integro el epineuro. La predicción es cauteloso, perjudicial y es muy conveniente rehacer la cirugía:<sup>20</sup>

Neurotmesis: Esta lesión causa perdida de continuidad axónica y del endoneuro, es la lesión nerviosa más grave. Debido a una fractura con gran grado de desplazamiento, cortes durante una agresión extrema, e incluso por sección iatrogénica. Colectivamente su proceso de recuperación espontánea es mala, a no ser que sus extremos estén de algún modo próximos y orientados entre sí.<sup>13</sup>

Alcanza el grado 5 de Sunderland, que incluye el grado 4 a la par con el daño del epineuro creando el grupo nervioso. Necesita cercanía y coaptación de los cabos.<sup>20</sup>

## 2. Tipos de alteraciones sensoriales

Hipoestesia: pertenece a una disminución de la capacidad de percepción de estímulos, en cuanto a los mecanorreceptores y/o nociceptores.<sup>13</sup>

Hiperestesia: crecimiento de la exploración y apreciación de incitación de mecanorreceptores y/o nociceptores.<sup>13</sup>

Parestesia: percepción anormal de los estímulos, vista totalmente como algo desagradable, aunque no suele ser dolorosa, refieren que clínicamente el paciente lo detalla como comezón, somnolencia, prurito o picor, presión, dolor o como apreciación de frío o calor.<sup>13</sup>

Disestesia: exploración y sensación irregular de una incitación desagradable, Gay, muestran que esta alteración sensorial podría ser contigua 31 tras la lesión

nerviosa, asimismo puede presentarse una aparición retardada a disposición del paciente restablece los reflejos neurosensoriales.<sup>13</sup>

Anestesia: corresponde a una completa detención de la percepción de estímulos, traduciéndose como una desaparición completa de la susceptibilidad del área inervada del nervio lesionado.<sup>13</sup>

## **Radiografías**

También conocido como ortopantomografía, consiste en un procedimiento radiológico se basa en hacer una figura del diente que se mezcla con radiografías bidimensionales en 2d.<sup>21</sup>

Existen figuras análogas que se han empleado por mucho tiempo y también elaboran una estructura adecuada y exacta a una imagen radiográfica, su particularidad que logramos ver un crecimiento de la figura analógica esas son figuras radiológicas habituales, en este nivel, se puede emplear de un modo de diagnóstico a nivel intraoral y cavidad bucal, obteniendo tomas periapicales, estos ayudan en diagnósticos de restos radiculares, las radiografías panorámicas nos ayudan a ver toda la zona bucal, la 2da fase son tomografías computarizadas y apoyan a resolver enfermedades de un grado superior.<sup>12</sup>

El procedimiento radiológico de diagnóstico y son utilizadas para definir la cantidad y calidad del hueso libre; ver el calibre y altitud del nervio dentario inferior son las Rx periapical, Rx panorámica y la Tomografía axial computarizada.<sup>24</sup>

Este tipo de imagen radiográfica nos indica las formas óseas (los maxilares, la articulación de la mandíbula tanto inferior como superior y los dientes).<sup>21</sup>

Hallazgos radiográficos más frecuentes:

Podemos observar con gran simplicidad aquellos que se localizan en la textura ósea como los senos maxilares y las fosas nasales.<sup>25</sup>

Las anomalías dentales se catalogan en desorden de número, volumen, textura y disposición.<sup>25</sup>

Anodoncia:

Microdoncia:

Macrodoncia:

Dens in dente:

Dilaceración:

Dientes unidos

Hipoplasia del esmalte

Amelogenesis imperfecta

Dentinogenesis imperfecta hereditaria

Odontodisplasia regional

Inclusiones

Inclusiones caninas

Inclusiones de terceros molares

Granulomas periapicales

Quistes

Quistes odontogenicos

Quiste periapical

Quiste radicular

Quiste dentigero

Quiste de erupción

Quiste periodontal

Quiste lateral

Quistes del desarrollo

Quiste primordial (queratoquiste)

Quiste sutúrales

Tumores odontogénicos

Ameloblastoma

Odontomas.<sup>25</sup>

Entre los signos radiológicos descritos por Rood y She-hab que arrojan datos predictivos del riesgo de lesión nerviosa, se pueden identificar siete.<sup>22</sup>

Opacidad de las raíces.

Variaciones en el sentido de las raíces.

Adelgazamiento de la raíz.

Opacidad de imágenes bífidas de la zona apical.

Suspensión abrupta de la raya blanca del nervio dentario.

Desviación del nervio dentario.

adelgazamiento del conducto dentario.<sup>22</sup>

Propósito y uso:

Las radiografías panorámicas nos brindan una imagen completa y rápida de los maxilares superior e inferior, es utilizada para complementar radiografías tanto periapicales como las de aleta de mordida. Las imágenes panorámicas nos sirve para diferentes objetivos:<sup>23</sup>

Estudiar piezas retenidas.

Observar modelo de erupción, aumento y crecimiento.

Encontrar alteraciones, traumas y irregularidad de los maxilares

Investigar el tamaño de traumas mayores

Estudiar lesiones.<sup>23</sup>

Clases de radiografías panorámicas

Método estático: el método estático es la irradiación que entra en la zona de la cavidad oral y la imagen radiográfica.<sup>12</sup>



Método cinemático:

Tomografías: observamos la figura clara que nos ayudan a determinar los lados aislados con sobreposiciones de los planos de la investigación.<sup>12</sup>

Ortopantomografo: se usan de forma ovalada o parabólica de los arcos maxilares, a diferencia en 3 puntos.<sup>12</sup>

Principios de la Interpretación Radiográfica.

En la radiografía panorámica observamos 4 tipos de diseños:<sup>25</sup>

a) forma primarias. Aquellas estructuras son formadas y se encuentran adentro de la zona focal y las que están fuera, se encuentran guiadas en un lado vertical.<sup>25</sup>

b) formas dobles. Contextura ergonómica que se halla en la línea media posterior, muestra un diseño repetido, el rayo medio pasa 2 veces por estos, conforme la bóveda palatina y blanda, hioides, lígula y columna cervical.<sup>25</sup>

c) formas fantasmas. La presencia de zonas muy opacas o lucidas en una zona del paciente, se obtiene un diseño "sombra", que retribuye una forma confusa de gran forma invertida en dirección horizontal. Este diseño fantasma aparece en proyección hacia arriba donde se observa un diseño difuso.<sup>25</sup>

d) imágenes falsas. Pertenece a diseños que no muestran forma anatómica. Están integradas por componentes que trasladan en paciente en su cabeza o cuello.<sup>25</sup>

Existen otros tipos de técnicas radiográficas y de diagnóstico.<sup>12</sup>

La intervención maxilofacial y el método radiográfico no se deben emplear muy leve por el punto que manifiestan, exceso de radiación es maligno para la salud, las consecuencias del nervio dentario inferior tienen distintas estructuras para revisar.<sup>12</sup>

Radiografía estereoscópica

Telerradiografía

Xerografía

Radiografías con contraste: sialografía, artrografía, arteriografía, fistulografía.

Tomografías convencionales

Tomografía computarizada

Tomodensitometria

Temografía.<sup>12</sup>

### 2.3 Definición de términos básicos

**Tercera molar inferior:** Nombradas cordiales posicionadas en los extremos de las arcadas superior e inferior siendo 4 muelas de juicio en absoluto. Su posición y las diferentes patologías que muestra, el procedimiento de esas molares se realizan por un odontólogo especializado para conservar la textura circundante.<sup>9</sup>

**Nervio dentario inferior:** El dentario inferior es el nervio más corpulento del tronco posterior del nervio mandibular y al mismo tiempo, es la tercera rama del nervio trigémino.<sup>5</sup>

**Radiografías periapicales:** La imagen periapical es la forma más común en la imágenes intrabucales.<sup>24</sup>

**Imagen radiolúcida:** El término se ejecuta en la visualización de los rayos X, por eso, se llaman tejidos blandos y estos acceden el paso de la luz. Todo cuerpo que atraviesa por la fuerza resplandeciente, (se observa una sombra negra).<sup>23</sup>

**Ortopantomografía:** es un método de una imagen radiografica extrabucal que accede observar la gran visión de la textura maxilofacial, esto nos permite evaluar y diferenciar simetrias y volumen de la textura en los lados del paciente, asimismo los hallazgos son fundamentales de nosologías que impliquen la anatomía maxilofacial.<sup>3</sup>

**Clasificación de Winter:** valora la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.<sup>11</sup>

**Clasificación de Pell y Gregory:** la conexión de las terceras molares con la rama ascendente mandibular, la hondura referente de las terceras molares y las colocaciones de las terceras molares en colocación al eje axial del 2do molar.<sup>16</sup>

**Pericoronaritis:** es el desarrollo que ataca a los tejidos blandos que cubren la parte coronal del diente semierupcionado.<sup>5</sup>

**Neurotmesis:** el trauma del nervio con destrucción total del axón y su vaina de mielina. La lesión de las partes de tejido conectivo se basa en una dirección anatómica total o incompleta, en una fibrosis intraneural.<sup>13</sup>

**Ameloblastoma:** tumoración odontogénica de estirpe epitelial. Aunque se define como un tumor benigno, es frecuentemente peligrosa mostrando un crecimiento local, con una preferencia mayor a la recaída y con probabilidad de metastásis contingente <sup>25</sup>

**Odontomas:** es una tumoración odontogénica muy común de toda la zona bucal, compuesto por un conjunto de células odontogénicas que componen la parte de la dentina y esmalte.<sup>10</sup>

**Quiste dentigero:** se observa en el maxilar o mandíbula, es una concavidad de hueso cubierta de epitelio mostrando moderado líquido en la parte interna, con relación a la corona del diente impactado.<sup>14</sup>

## CAPITULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Formulación de la hipótesis principal

##### 3.1.1 Hipótesis principal

Hi: existe mayor diferencia de posición con más prevalencia en las molares inferiores según Pell y Gregory es la Clase II posición B, según Winter posición Mesioangular a una distancia de 0 mm del nervio dentario inferior.

#### 3.2 Variables

##### 3.2.1 Variable 1: Tercer molar inferior

Las piezas dentarias tienen frecuencia mayor de impactación esto se debe a su etiología original representa porque tiene poco espacio en la zona posterior del maxilar.<sup>14</sup>

### **3.2.2 Variable 2:** Nervio dentario inferior

Es la rama más prominente de la zona posterior del nervio mandibular que, al igual, es la tercera rama del nervio trigémino.<sup>5</sup>

### 3.2.3 Operacionalización de variables:

variables	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	VALOR
TERCER MOLAR INFERIOR	Clasificación de Winter	Vertical Mesioangular Horizontal Distoangular Transversal Invertida.	NOMINAL	Vertical Mesioangular Horizontal Distoangular Transversal Invertida.
	Clasificación de Pell y Gregory	- Tipo A - Tipo B - Tipo C	ORDINAL	- Tipo A - Tipo B - Tipo C
		- Clase I - Clase II - Clase III		- Clase I - Clase II - Clase III
NERVIO DENTARIO INFERIOR	Apariencia radiográfica	Radiografías panorámicas	DE RAZON	0 a 4mm

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1 Tipo de Investigación**

Este estudio se presentó en tipo transversal observacional.

A través de las radiografías observamos la posición de las terceras molares según las clasificaciones de Winter, Pell y Gregory en relación al nervio dentario inferior.

##### **4.1.1 Nivel de investigación**

La investigación se realizó de nivel descriptivo donde el investigador recolectara los datos para describir las diferentes posiciones del tercer molar inferior según la clasificación de Winter, Pell y Gregory con relación al nervio dentario inferior

#### **4.2 Población, muestra y muestreo**

##### **4.2.1 Población:**

La población se conformó por 150 radiografías que se tomaron a los pacientes del centro odontológico América.

##### **4.2.2 Muestra:**

La muestra estuvo conformada por 300 terceros molares inferiores y sus respectivas Historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión del centro odontológico América.

##### **4.2.3 Criterio de inclusión**

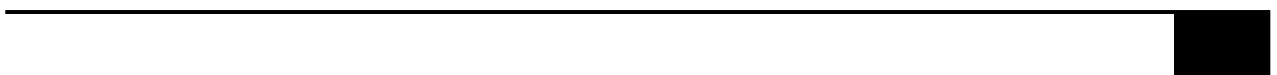
Radiografías panorámicas de hombres y mujeres.

Radiografías panorámicas con presencia de terceros molares inferiores al menos en un cuadrante.

Radiografías panorámicas nítidas con visualización óptima.

##### **4.2.4 Criterios de exclusión**

Pacientes que tengan alguna patología (tumor, Quiste) alrededor de las muelas de juicio.



Radiografías que estén relacionadas a procedimientos de brackets.

Radiografías que tengan ausencia o dientes supernumerarios a nivel de las muelas de juicio inferiores.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

Para recolectar los datos solicitamos autorización del dueño u administrador del centro odontológico América para que nos otorgue el acceso a las imágenes panorámicas de pacientes que asistieron al centro odontológico. Los datos obtenidos se utilizaron exclusivamente con fines de estudios.

Técnicas

Técnica de observación estructurada

Se aplicó esta técnica la cual se realizó mediante una inspección visual de las radiografías panorámicas y se utilizó una ficha de observaciones donde se anotaron los hallazgos radiológicos de acuerdo a los indicadores.

### **4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

#### **Procesamiento de datos**

Los datos que se recolectaron de los terceros molares inferiores serán sometidos a la información que requerimos para organizarlos, seleccionarlos, modificarlos y para finalizar tabularlos en las tablas estadísticas SPSS VERSION 23.

### **4.5 Aspectos éticos**

La presente investigación se desarrolló con las radiografías panorámicas del centro odontológico América, respetando los derechos de creador y la privacidad de la investigación.

Esta información no causara daño alguno a los sujetos analizados, se mantuvo en anonimato la identidad de los pacientes.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

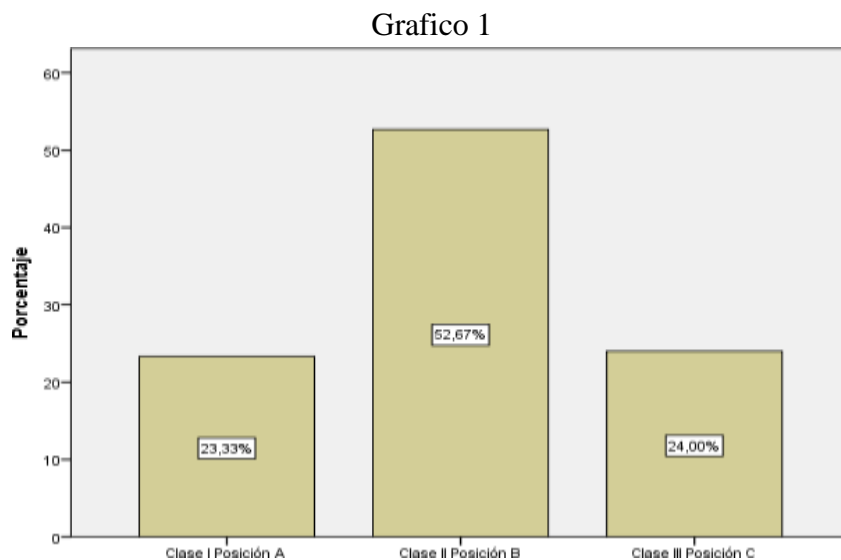
### 5.1 Tablas de frecuencia y gráficos.

Determinar la prevalencia de la posición de las terceras molares inferiores según la clasificación de Winter Pell y Gregory de las Radiografías panorámicas de los pacientes atendidos en el centro odontológico América

**Tabla N° 1:** Pell Gregory molar inferior derecha 48

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Clase I Posición A	35	23,3	23,3	23,3
	Clase II Posición B	79	52,7	52,7	76,0
	Clase III Posición C	36	24,0	24,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

En la tabla y gráfico N° 01; observamos que la mayor prevalencia de posición según pell y Gregory en la pieza 48 es la clase II posición B con un porcentaje de 52% observadas en las radiografías del centro odontológico América.





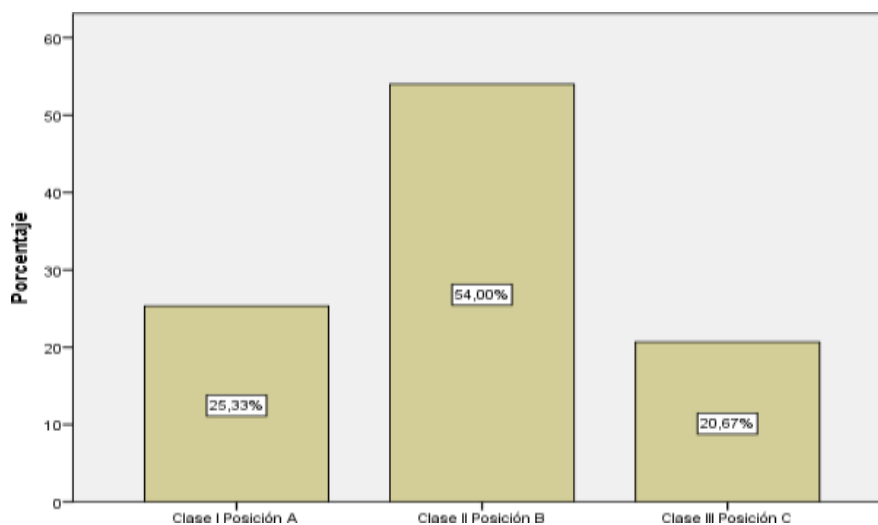
**Tabla N° 02:** Pell Gregory molar inferior izquierda 38

Tabla 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Clase I Posición A	38	25,3	25,3	25,3
	Clase II Posición B	81	54,0	54,0	79,3
	Clase III Posición C	31	20,7	20,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

En la tabla y gráfico N° 02; observamos que la mayor prevalencia de posición según Pell y Gregory en la pieza 38 es la clase II posición B con un porcentaje de 54%, seguidas de la posición clase I posición A y con un porcentaje de 25.33% y de la clase III posición C con un porcentaje 20,67% observadas en las radiografías del centro odontológico América.

Grafico 2



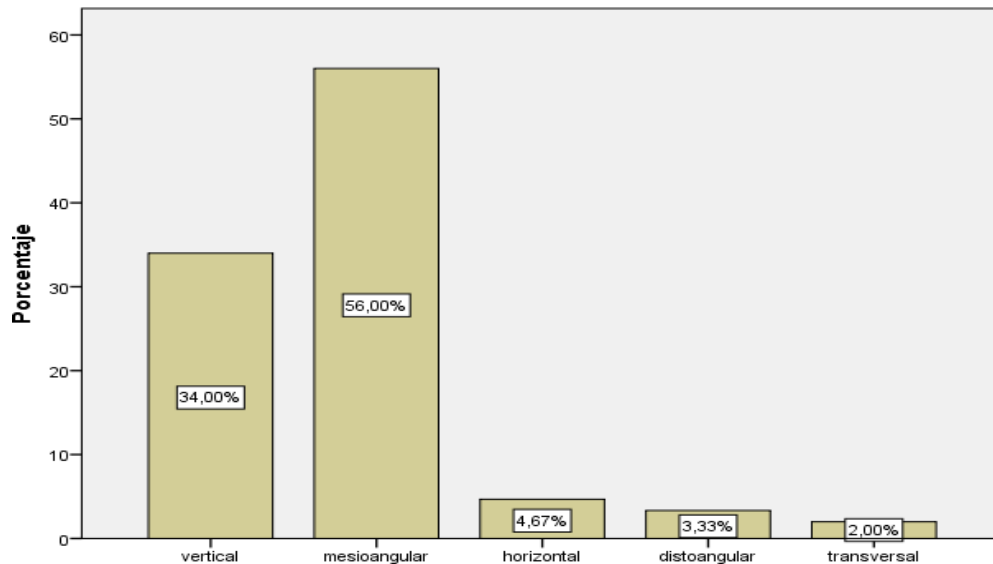
**Tabla Nº 3:** Winter molar inferior derecha 48

Tabla 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	vertical	51	34,0	34,0	34,0
	mesioangular	84	56,0	56,0	90,0
	horizontal	7	4,7	4,7	94,7
	distoangular	5	3,3	3,3	98,0
	transversal	3	2,0	2,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

En la tabla y gráfico Nº 03; observamos que su mayor prevalencia de posición según Winter en la pieza 48 es la posición mesioangular con mayor porcentaje de 56%, seguida de la posición vertical con 34%, en la posición horizontal con 4,67%, en la posición distoangular con un porcentaje 3,33% y en la posición transversal de un porcentaje de 2% observadas en las radiografías del centro odontológico América.

Grafico 3

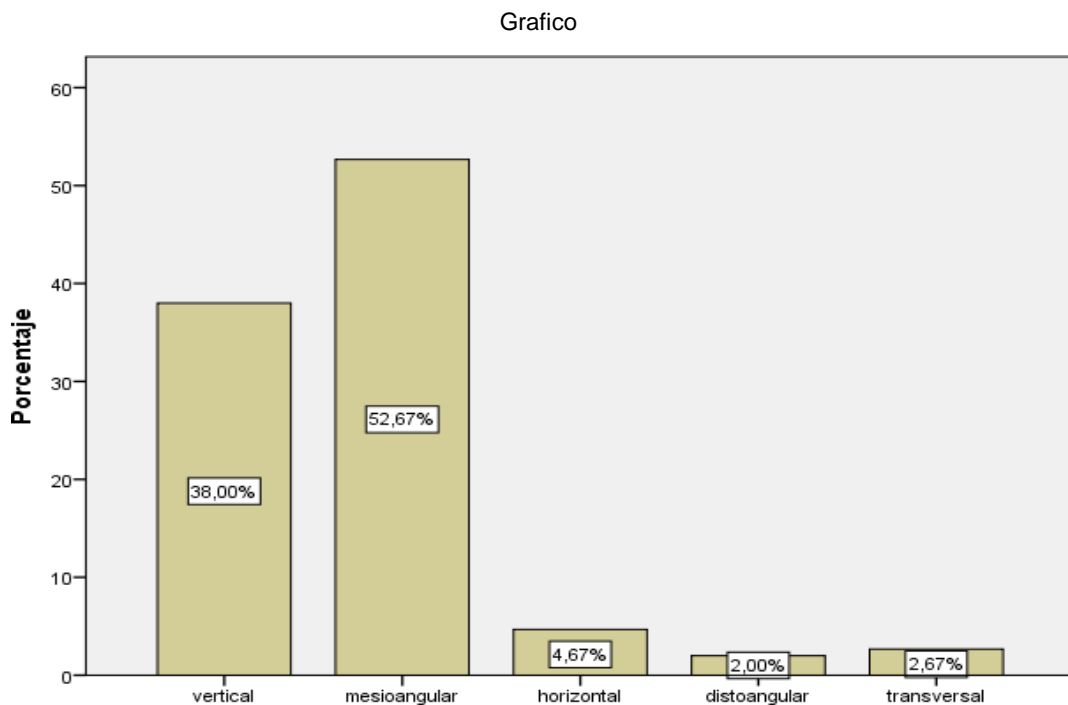


**Tabla N°4:** Winter molar inferior izquierda 38

Tabla 4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	vertical	57	38,0	38,0	38,0
	mesioangular	79	52,7	52,7	90,7
	horizontal	7	4,7	4,7	95,3
	distoangular	3	2,0	2,0	97,3
	transversal	4	2,7	2,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

En la tabla y gráfico N° 04; observamos que la mayor prevalencia de posición según Winter en la pieza 38 es la posición mesioangular con un porcentaje de 52.67%, seguida de la posición vertical con un porcentaje de 38%, en la posición horizontal con un porcentaje de 4,67%, en la posición transversal con un porcentaje de 2,76% y en la posición distoangular 2% observadas en las radiografías del centro odontológico América.



## Objetivos secundarios

Determinar la posición de terceras molares inferiores izquierdas según la clasificación Pell y Gregory con relación a la distancia del nervio dentario inferior

**Tabla N° 5:** Distancia según Pell y Gregory en relación al nervio dentario inferior de la pieza 38.

		DINSTANCIA38*PELLGREGORY38 tabulación cruzada				
		PELLGREGORY38				
		Clase I Posición	Clase II Posición	Clase III		
		A	B	Posición C	Total	
DISTANCIA38	0mm	Recuento	12	50	19	81
		% del total	8,0%	33,3%	12,7%	54,0%
	1mm	Recuento	14	27	11	52
		% del total	9,3%	18,0%	7,3%	34,7%
	2mm	Recuento	7	3	0	10
		% del total	4,7%	2,0%	0,0%	6,7%
	3mm	Recuento	3	1	1	5
		% del total	2,0%	0,7%	0,7%	3,3%
	4mm	Recuento	1	0	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%
	5mm	Recuento	1	0	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%
Total		Recuento	38	81	31	150
		% del total	25,3%	54,0%	20,7%	100,0%

En la tabla y gráfico N° 05; observamos que según Pell y Gregory en relación a la distancia del nervio dentario inferior de la pieza 38 con la distancia de 0mm el mayor porcentaje es de 33.3% la clase II posición B, seguida de un 12.67% la clase III posición C y con un porcentaje de 8.00% la clase I posición A.

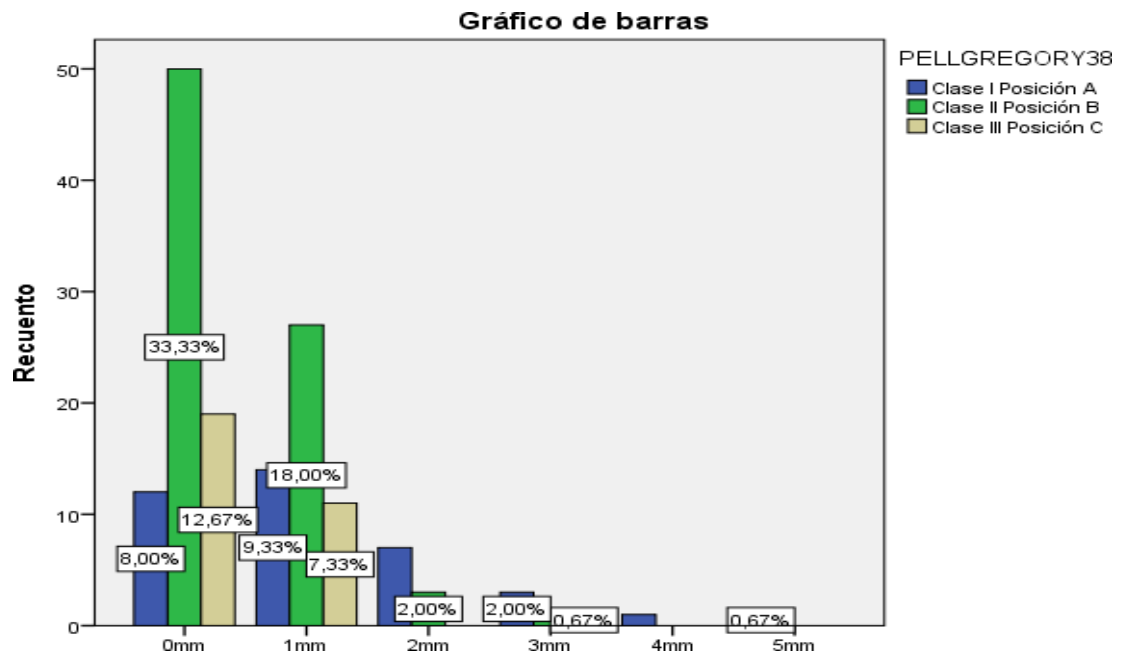
Con la distancia de 1mm, tenemos con mayor porcentaje de 18% en la clase II posición B, seguido de un 9.33% en la clase I posición A y con 7.33% en la clase III posición C.

Con la distancia de 2mm, tenemos un porcentaje de 2.00% en clase I posición A

Con la distancia de 3mm, tenemos un porcentaje de 2,00% clase I posición A

Con la distancia de 4mm, tenemos un porcentaje de 0,67% clase I posición A

Con la distancia de 5mm, tenemos un porcentaje de 0,67% clase I posición A



**Tabla Nº 6:** Determinar la distancia según Pell y Gregory en relación al nervio dentario inferior de la pieza 48.

		PELLGREGORY48			
		Clase I Posición A	Clase II Posición B	Clase III Posición C	Total
DISTANCIA 0mm	Recuento	11	58	24	93
	% del total	7,3%	38,7%	16,0%	62,0%
1mm	Recuento	16	17	8	41
	% del total	10,7%	11,3%	5,3%	27,3%
2mm	Recuento	4	3	4	11
	% del total	2,7%	2,0%	2,7%	7,3%
3mm	Recuento	2	1	0	3
	% del total	1,3%	0,7%	0,0%	2,0%
4mm	Recuento	2	0	0	2
	% del total	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
Total	Recuento	35	79	36	150
	% del total	23,3%	52,7%	24,0%	100,0%

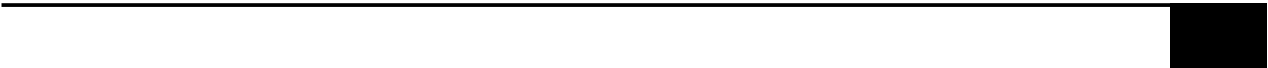
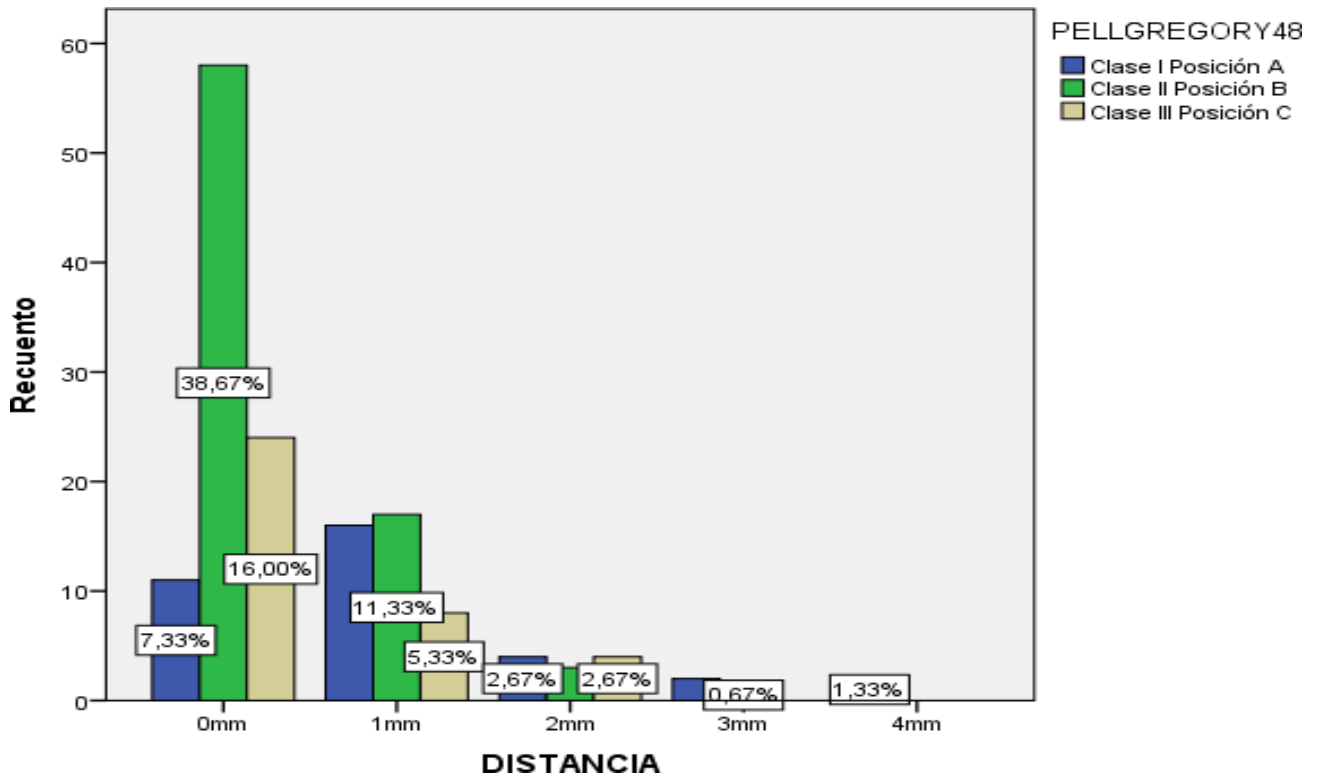
En la tabla y gráfico Nº 06; observamos que según Pell y Gregory en relación a la distancia del nervio dentario inferior de la pieza 48 con la distancia de 0mm el mayor porcentaje es de 38.67% la clase II posición B, seguida de un 16.00% la clase III posición C y con un porcentaje de 7.33% la clase I posición A.

Con la distancia de 1mm, tenemos con mayor porcentaje de 11,3% en la clase II posición B, seguido de un 10,7% en la clase I posición A y con 5.33% en la clase III posición C.

Con la distancia de 2mm, tenemos un porcentaje de 2,7% en clase I posición A y clase III posición C y un porcentaje de 2,0% en la case II posición B

Con la distancia de 3mm, tenemos un porcentaje de 1,3% clase I posición A, con un porcentaje de 0,7% en la clase II posición B

Con la distancia de 4mm, tenemos un porcentaje de 1,3% clase I posición A.



**Tabla Nº 7:** Distancia según Winter en relación al nervio dentario inferior de la pieza 38.

		DINSTANCIA38*WINTER38 tabulación cruzada						
		WINTER38						
		vertical	mesioangular	horizontal	distoangular	transversal	Total	
DINSTANCIA38	0mm	Recuento	25	50	5	1	0	81
		% del total	16,7%	33,3%	3,3%	0,7%	0,0%	54,0%
	1mm	Recuento	19	28	2	1	2	52
		% del total	12,7%	18,7%	1,3%	0,7%	1,3%	34,7%
	2mm	Recuento	7	1	0	1	1	10
		% del total	4,7%	0,7%	0,0%	0,7%	0,7%	6,7%
	3mm	Recuento	4	0	0	0	1	5
		% del total	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	3,3%
	4mm	Recuento	1	0	0	0	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
	5mm	Recuento	1	0	0	0	0	1
		% del total	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
Total		Recuento	57	79	7	3	4	150
		% del total	38,0%	52,7%	4,7%	2,0%	2,7%	100,0%

En la tabla y gráfico Nº 07; observamos que según Winter en relación a la distancia del nervio dentario inferior de la pieza 38 con la distancia de 0mm el mayor porcentaje es de 33.33% en la posición mesioangular, seguida de un 16.67% en la posición vertical, con un porcentaje de 3,3% en la posición horizontal, con un porcentaje de 0,7% en la posición distoangular y con un porcentaje de 0.0% en posición transversal.

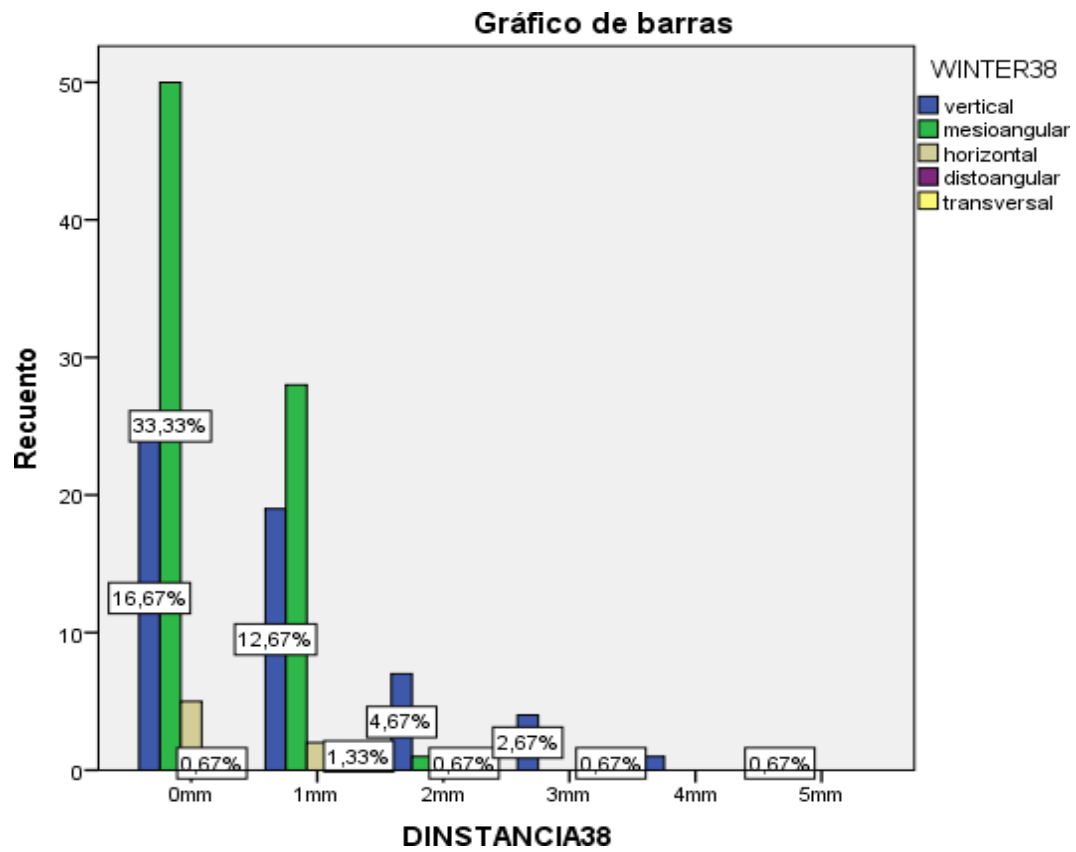
Con la distancia de 1mm, tenemos con mayor porcentaje de 18,7% en la posición mesioangular, seguido de un 12,7% posición vertical, con 1,3% posición horizontal y transversal y con un porcentaje mínimo de 0,7% en la posición distoangular.

Con la distancia de 2mm, tenemos un porcentaje de 4,7% posición vertical, con un porcentaje 0,7% en la posición de mesioangular, distoangular y transversal y un porcentaje de 0,0% en la posición horizontal.

Con la distancia de 3mm, tenemos un porcentaje de 2,7% posición vertical, con un porcentaje de 0,7% en la posición transversal y con el porcentaje de 0% en las posiciones mesioangular, distoangular y horizontal.



Con la distancia de 4mm y 5mm, tenemos un porcentaje de 0,7% posición vertical y en porcentaje de 0% en las posiciones mesioangular, horizontal, distoangular y transversal.



**Tabla Nº 8:** Distancia según Winter en relación al nervio dentario inferior de la pieza 48.

		DISTANCIA*WINTER48 tabulación cruzada					
		WINTER48					
		vertical	mesioangular	horizontal	distoangular	transversal	Total
DISTANCIA 0mm	Recuento	20	64	5	2	2	93
	% del total	13,3%	42,7%	3,3%	1,3%	1,3%	62,0%
1mm	Recuento	20	15	2	3	1	41
	% del total	13,3%	10,0%	1,3%	2,0%	0,7%	27,3%
2mm	Recuento	6	5	0	0	0	11
	% del total	4,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%
3mm	Recuento	3	0	0	0	0	3
	% del total	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
4mm	Recuento	2	0	0	0	0	2
	% del total	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Total	Recuento	51	84	7	5	3	150
	% del total	34,0%	56,0%	4,7%	3,3%	2,0%	100,0%

En la tabla y gráfico Nº 08; observamos que según Winter en relación a la distancia del nervio dentario inferior de la pieza 48 con la distancia de 0mm el mayor porcentaje es de 42,7% en la posición mesioangular, seguida de un 13,3% en la posición vertical, con un porcentaje de 3,3% en la posición horizontal, con un porcentaje de 1,3% en la posición distoangular y transversal.

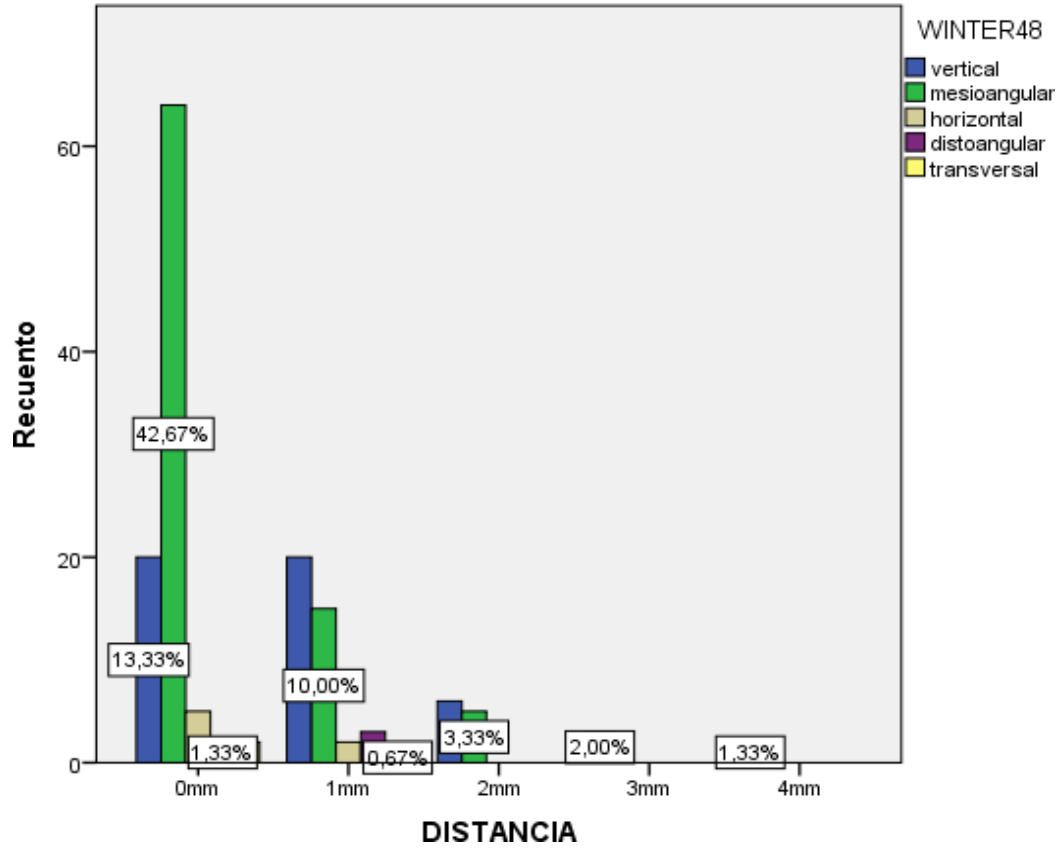
Con la distancia de 1mm, tenemos con mayor porcentaje de 13,3% en la posición vertical, seguida de un 10% posición mesioangular, con 2% posición distoangular, con un porcentaje de 1,3% horizontal y con un porcentaje de 0,7% en la posición transversal.

Con la distancia de 2mm, tenemos un porcentaje de 4,0% posición vertical, con un porcentaje 3,3% en la posición de mesioangular, con un porcentaje de 0.0% en las posiciones distoangular y transversal.

Con la distancia de 3mm, tenemos un porcentaje de 2,0% posición vertical, con un porcentaje de 0,0% en la posición transversal, mesioangular, distoangular y horizontal.

Con la distancia de 4mm, tenemos un porcentaje de 1,3% posición vertical y en porcentaje de 0% en las posiciones mesioangular, horizontal, distoangular y transversal.

Gráfico de barras



## 5.2 comprobación de hipótesis y técnicas estadísticas.

Ho: No existe la posición con más prevalencia en las molares inferiores según Pell y Gregory es la Clase III posición C, según Winter posición Mesioangular a una distancia de 0 mm del nervio dentario inferior.

Hi: La posición con más prevalencia en las molares inferiores según Pell y Gregory es la Clase II posición B, según Winter posición Mesioangular a una distancia de 0 mm del nervio dentario inferior.

Estadísticos de prueba			
	PELLGREGOR		
	Y	WINTER	DINSTANCIA
Chi-cuadrado	29,320 <sup>a</sup>	168,800 <sup>b</sup>	225,680 <sup>c</sup>
Gl	2	4	5
Sig. asintótica	,000	,000	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 50,0.

b. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 30,0.

c. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 25,0.

Regla de decisión Acepta la H0 si  $P > 0,05$  y Si  $p < 0,05$  se acepta Hi,  $P = 0,00$  por lo tanto se acepta la hipótesis Hi.

## DISCUSIÓN

Los resultados que recopilamos con las evidencias de los datos obtenidos para determinar la prevalencia de la posición de las terceras molares inferiores según la clasificación de Winter la posición más frecuente que nos mostró en ambos lados es mesioangular y Pell y Gregory de las radiografías panorámicas de los pacientes atendidos en el centro odontológico América la posición mas frecuente es clase II posición B con una distancia de 0mm para ambas clasificaciones , coincide con el estudio realizado por Ruelas en el 2019 su estudio de baso en la prevalencia de posición de terceros molares según la clasificación de Pell y Gregory y Winter y los resultados fueron que mayor porcentaje según Pell y Gregory fue que el 43,7% fue la posición IIB y Winter con un 33.5% con la posición Mesioangular <sup>6</sup> al igual que la investigación que realizo Andrey en el 2018 en su estudio dice que si existe relación directa entre los terceros molares mandibulares y la ubicación del conducto del nervio dentario inferior según la clasificación de Ezzodini en pacientes atendidos en el centro “Corazón de Jesús”. Este estudio se realizó con dos clasificaciones para adquirir resultados más completos y dar mejor explicación a los casos.<sup>13</sup>

## CONCLUSIONES

1. La posición con mayor frecuencia observada en las Rx del centro odontológico América según Winter es mesioangular, Pell y Gregory fue la clase II B para ambos lados.
2. La posición con mayor frecuencia en el centro odontológico América según Winter fue la posición mesioangular en el lado inferior derecho con la distancia de 0mm.
3. La clasificación de Winter nos indica que la posición con más frecuencia en el consultorio odontológico América es mesioangular en el lado izquierdo con una distancia de 0mm con relación al nervio dentario inferior.
4. La clasificación de Pell y Gregory nos indica que la posición con mayor frecuencia en el centro odontológico América en la clase II posición B con una distancia de 0mm del nervio dentario inferior.
5. La clasificación de Pell y Gregory su mayor frecuencia es la clase II posición B con una distancia de 0mm con relación al dentario inferior.

## RECOMENDACIONES

Se indica realizar todo tipo de estudios radiográficos para poder observar la relación que tienen los terceros molares con relación al nervio dentario inferior y así obtener un buen diagnóstico para cualquier acto quirúrgico.

Esta investigación se realizó con la finalidad de dar extensión y desarrollar el estudio del grado de dificultad que puede presentar las cirugías de terceras molares.

Que se implemente una base de datos de todas las investigaciones realizadas para analizar y tomar las precauciones necesarias ante la complejidad de las cirugías de terceras molares con los estudios de las Rx panorámicas, periapicales, tomografías, etc.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

### Bibliografías:

1. Primo Fábio Tochetto, Primo Bruno Tochetto, Scheffer Miguel Angelo Ribeiro, Hernández Pedro Antonio González, Rivaldo Elken Gomes. Evaluation of 1211 Third Molars Positions According to the Classification of winter, Pell & Gregory. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 mayo 15]; 11(1): 61-65.
2. Patel PS, Shah JS, Dudhia BB, Butala PB, Jani YV, Macwan RS. Comparison of panoramic radiograph and cone beam computed tomography findings for impacted mandibular third molar root and inferior alveolar nerve canal relation. *Indian J Dent Res.* 2020; 31(1):91-102. doi:10.4103/ijdr.IJDR\_540\_18
3. Saha N, Kedarnath NS, Singh M. Orthopantomography and Cone-Beam Computed Tomography for the Relation of Inferior Alveolar Nerve to the Impacted Mandibular Third Molars. *Ann Maxillofac Surg.* 2019; 9(1):4-9. doi:10.4103/ams.ams\_138\_18
4. González MM, Bessone GG, Fernández ER, Rosales CA. Estudio de la relación topográfica del tercer molar inferior con el conducto mandibular: frecuencia y complicaciones. *Rev Nac Odontol. Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina* 2017; 13(24):47-54. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v12i24.1666>
5. Urteaga A, Proximidad de terceras molares inferiores al conducto dentario inferior mediante estudio tomográfico de haz cónico [tesis de grado]. Lima – Perú; 2018.
6. Ruelas, R. Prevalencia de posición de terceros molares inferiores según la clasificación de Pell y Gregory y Winter, en radiografías panorámicas de pacientes, 18 a 50 años de edad que acudieron a la clínica odontológica UNAP en los periodos 2014 a 2018. [tesis de grado]. Puno – Perú: universidad nacional altiplano; 2019.
7. Zuñiga, M. Análisis tomográfico de variabilidad anatómica del conducto dentario inferior en una población peruana de 18 a 50 años utilizando la clasificación de naitoh. [tesis de grado]. Lima – Perú: universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.



8. Pozo, K. Posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular en pacientes adultos jóvenes de la ciudad de Huánuco 2016. tesis de grado]. Huánuco – Perú: Universidad de Huánuco; 2016.
9. González Espangler Liuba, Mok Barceló Paula, de la Tejera Chillón Alexis, George Valles Yaimel, Leyva Lara Marvis Lisy. Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares. MEDISAN [Internet]. 2014 Ene [citado 2021 Mayo 17]; 18(1): 34-44. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100006&lng=es).
10. Chavez, N. Ubicación de terceras molares inferiores según la clasificación de winter y la clasificación de pell y gregory en radiografías panorámicas de pacientes entre 18 a 50 años de la clínica odontológica de la universidad privada norbert wiener, en el periodo 2012-2014, lima - Perú.” [tesis de grado]. Lima – Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.
11. Paredes, P. “Prevalencia del grado de dificultad en la extracción de terceros molares de acuerdo a la clasificación de Winter, Pell y Gregory en el Hospital Carlos Andrade Marín” [tesis de grado]. Quito - Ecuador: Universidad Central Del Educador; 2017.
12. Velasco, E. Estudio comparativo de la distancia entre nervio dentario inferior y terceros molares inferiores en tomografías. [tesis de grado]. Quito - Ecuador: Universidad de las Américas, 2018.
13. Ghiglino, A. TERCER MOLAR MANDIBULAR Y SU RELACIÓN CON EL NERVIO DENTARIO INFERIOR EN PACIENTES DE 18 A 25 AÑOS DEL CENTRO “CORAZON DE JESUS”, 2018. [tesis de grado]. ICA – PERU: Universidad Alas Peruanas, 2018
14. Palacios, M. 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 durante el periodo febrero 2011 – diciembre 2012.[tesis de grado]. Lima – Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas 2014 [cited 2016 May 5]. Available from: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/322116>

15. Rodríguez, R. POSICIONES DE LAS TERCERAS MOLARES MANDIBULARES SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DE PELL Y GREGORY Y WINTER EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, 2012-2014 [tesis de grado]. Chiclayo- Perú: universidad señor de Sipán, 2014
16. García L. “Prevalencia de la posición, tipo y clase de las terceras molares Inferiores en pacientes de un centro radiológico privado, Piura 2016” [tesis de grado]. Piura – Perú: Universidad Cesar Vallejos, 2016.
17. Prieto, J. La maduración del tercer molar y el diagnóstico de la edad. Evolución y estado actual de la cuestión. (Artículo) <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn51/art01.pdf>
18. Castillo, A. relación entre la edad cronológica con los estadios de la maduración dental de nolla. Artículo. Monterrey <http://eprints.uanl.mx/4228/1/1080253883.pdf>
19. García, M. Revisión bibliográfica de la anatomía del nervio dentario inferior y su implicancia en la cirugía implantológica de los sectores posteriores mandibulares. Facultad de odontología, universidad de Buenos Aires. [http://odontologia.uba.ar/wp-content/uploads/2018/06/vol29\\_n66\\_2014\\_art2.pdf](http://odontologia.uba.ar/wp-content/uploads/2018/06/vol29_n66_2014_art2.pdf)
20. Scardovi, S. Lesiones del nervio lingual en relación a la extracción del tercer molar inferior retenido. Universidad de la Republica. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8042/1/Nervio%20lingual.pdf>
21. <https://menedent.es/blog/radiografia-panoramica-que-es-y-como-se-realiza/>
22. Sangoquiza, V. Lanas, G. Artículo científico. Prevalencia y factores asociados a las lesiones en los nervios alveolar inferior y lingual después de las exodoncias de terceros molares inferiores. 10.29166/odontologia.vol21.n1.2019-14-25
23. Bobadilla, L. Prevalencia de hallazgos en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica del adulto mayor de la Universidad Santo Tomas II. Parido 2013. Bucaramanga – Colombia. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/21571/2014%20Laura%20Bobadilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Solier, J. Eventos adversos relacionados con el nervio dentario inferior en implantología oral. Universidad Complutense De Madrid.  
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/45011/1/T39349.pdf>
25. Sinche, J. Hallazgos patológicos en radiografías panorámicas previas al tratamiento de ortodoncia en el hospital Central FAP. UNMSM.  
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3585/Acha\\_sj.pdf;jsessionid=D88C21E1513EE50731E02D17AE4B36A0?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3585/Acha_sj.pdf;jsessionid=D88C21E1513EE50731E02D17AE4B36A0?sequence=1)

## ANEXOS

### Anexo nº1: Constancia de investigación realizada.



Lima, 31 de agosto del 2021

Sra. Admr. Marivel Marigelen López Sánchez

Administradora del centro odontológico "AMERICA ODONTOLOGIA INTEGRAL" SJL - LIMA

**ASUNTO:** Autorización Para Desarrollar Trabajo De Investigación

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi saludo y estima, en nombre de la **Escuela Profesional De Estomatología** y de la **Universidad Alas Peruanas** Filial Chiclayo, y a la vez solicitarle tenga a bien permitirle a la BACHILLER, **Rubiños Cisneros Angely Esther** con código **2011220308**, a realizar el proyecto de Investigación De Tesis, para **optar el título de CIRUJANO DENTISTA**, titulada **"DIFERENCIAS DE POSICIONES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGÚN WINTER, PELL Y GREGORY EN RELACIÓN AL NERVIIO DENTARIO INFERIOR EN EL CENTRO ODONTOLOGICO AMERICA "**, A partir del 31 de agosto hasta el 31 de septiembre del 2021 que es indispensable para el desarrollo del proyecto de investigación, de ser satisfactoriamente ejecutado y sustentado brindara conocimientos importantes que podrán ser usados en la mejora de la atención en el centro odontológico América.

Conocedor de su espíritu de colaboración, comprensión y amor por su centro odontológico, pido a Ud. Acceder a mi solicitud.

SJL, 31 de agosto del 2021

Adm. Marivel Lopez Sanchez

DNI: 10117189

Angely Esther Rubiños Cisneros

Bachiller de Estomatología

Facultad de Estomatología

Universidad Alas Peruanas

## Anexo nº 2: instrumento de recolección de datos

Este instrumento se sacó de una tesis similar a esta en la cual fue modificada

Posición de terceras molares mandibulares según las clasificaciones de Winter, Pell y Gregory<sup>15</sup>

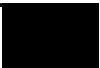
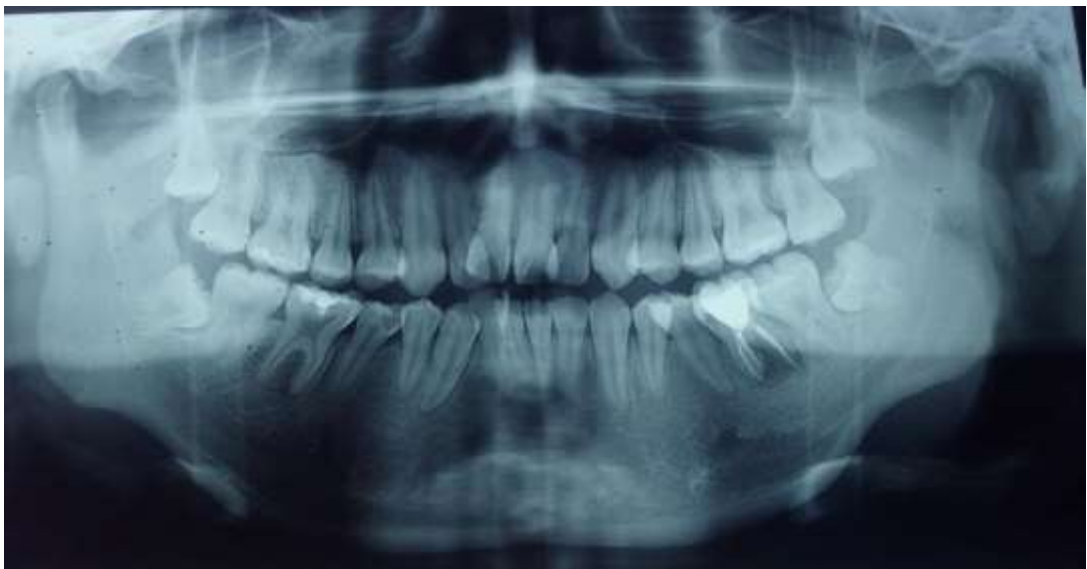
H C	EDAD	SEXO	PIEZA DENTARIA	CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY		CLASIFICACION DE WINTER	DISTANCIA
				POSICION PROFUNDI DAD EN EL HUESO MANDIBULA R	POSICION RELACION A RAMA Y SEGUNDA MOLAR	POSICION EJE LONJITUDINAL	MILIMETROS DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR
1			38				
			48				
2							
3							
4							
5							
1 5 0							

**Fuente:** Rodríguez, R. POSICIONES DE LAS TERCERAS MOLARES MANDIBULARES SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DE PELL Y GREGORY Y WINTER EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, 2012-2014 [tesis de grado]. Chiclayo- Perú: universidad señor de Sipán, 2014

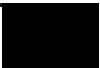
### Anexo nº 3: RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



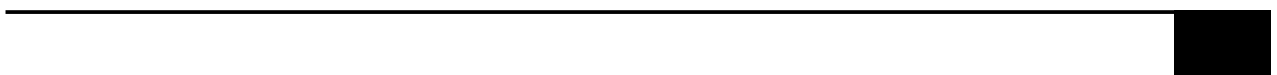












Anexo nº 04: Tabla de Excel

HC	EDAD	SEXO	PIEZA DENTAF	CLASIFICACION DE PELL GREGORY			CLASIFICACION DE WINTER	DISTANCIA MM DEL CON
				CLASE PROFUNDIDAD EN EL	POSICION RELACION A LA RA	POSICION EJE LONGITUDINAL		
1	18	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	2mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	2mm	
2	31	M	35	CLASE I	A	VERTICAL	5mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	4mm	
3	19	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
			45	CLASE III	C	HORIZONTAL	0mm	
4	31	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	3mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	3mm	
5	18	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	2mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
6	19	M	35	CLASE III	C	HORIZONTAL	1mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	2mm	
7	28	F	35	CLASE III	C	HORIZONTAL	0mm	
			45	CLASE II	B	VERTICAL	5mm	
8	18	M	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	2mm	
9	19	F	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	2mm	
10	31	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	5mm	
			48	CLASE I	A	VERTICAL	4mm	
11	25	F	35	CLASE I	A	VERTICAL	1mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	1mm	
12	29	F	35	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
			45	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
13	19	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
14	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
15	18	F	35	CLASE II	B	VERTICAL	2mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm	
16	19	M	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm	
			48	CLASE III	C	HORIZONTAL	0mm	
17	18	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
18	18	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
19	19	F	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
20	18	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
21	21	F	35	CLASE III	C	VESTIBULOVERSION	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
22	19	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
23	18	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
24	18	M	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
25	18	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm	
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
26	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
27	23	M	35	CLASE I	A	VERTICAL	3mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	2mm	
28	19	M	35	CLASE I	A	VERTICAL	4mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	3mm	
29	18	F	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
30	19	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	2mm	
31	23	F	35	CLASE I	A	VERTICAL	1mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	1mm	
32	29	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm	
			48	CLASE I	A	VERTICAL	0mm	
33	19	F	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
34	22	F	35	CLASE I	A	VERTICAL	1mm	
			45	CLASE I	A	VERTICAL	1mm	
35	18	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
36	18	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
37	20	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
38	21	F	35	CLASE I	A	DISTOANGULAR	0mm	
			48	CLASE II	B	DISTOANGULAR	0mm	
39	23	F	35	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
			45	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
40	22	F	35	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
41	18	F	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
42	22	F	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
43	22	F	35	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
44	23	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	2mm	
			48	CLASE I	A	VERTICAL	2mm	
45	21	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm	
			48	CLASE II	B	DISTOANGULAR	1mm	
46	18	F	35	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
47	27	F	35	CLASE II	B	HORIZONTAL	0mm	
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
48	18	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
49	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
50	25	F	35	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
			45	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm	
51	21	F	38	CLASE I	A	MESIOANGULAR	1mm	
			48	CLASE I	A	MESIOANGULAR	0mm	
52	20	F	35	CLASE II	B	VERTICAL	0mm	
			45	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm	
53	24	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	2mm	
			48	CLASE II	B	VERTICAL	1mm	
54	21	F	38	CLASE III	C	HORIZONTAL	0mm	

			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
55	18	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
56	24	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	HORIZONTAL	0mm
57	19	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
58	19	M	38	CLASE III	C	HORIZONTAL	1mm
			48	CLASE III	C	HORIZONTAL	1mm
59	20	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
60	28	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	HORIZONTAL	0mm
61	19	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
62	19	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
63	23	M	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
64	21	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	2mm
65	30	F	38	CLASE III	C	HORIZONTAL	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
66	21	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
67	19	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
68	33	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
69	20	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	2mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
70	24	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
71	19	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
72	30	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	2mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
73	20	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
74	24	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
75	28	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
76	21	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
77	19	M	38	CLASE II	B	HORIZONTAL	0mm
			48	CLASE I	A	HORIZONTAL	1mm
78	24	M	38	CLASE I	A	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	HORIZONTAL	0mm
79	24	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
80	19	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
81	18	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
82	24	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
83	18	F	38	CLASE III	C	VERTICAL	0mm
			48	CLASE III	C	VERTICAL	0mm
84	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
85	18	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
86	25	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
87	19	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
88	21	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
89	22	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
90	28	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
91	23	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
92	20	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
93	24	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE I	A	MESIOANGULAR	0mm
94	32	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
95	28	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
96	18	M	38	CLASE III	C	TRANSVERSAL	3mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	2mm
97	22	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
98	18	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
99	25	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
100	20	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
			48	CLASE III	C	VERTICAL	0mm
101	38	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	3mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	2mm
102	23	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
103	18	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE I	A	MESIOANGULAR	0mm
104	19	F	38	CLASE I	A	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE I	A	MESIOANGULAR	1mm

105	22	M	38	CLASE III	C	TRANSVERSAL	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
106	23	M	38	CLASE III	C	TRANSVERSAL	1mm
			48	CLASE III	C	TRANSVERSAL	0mm
107	21	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
108	18	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
109	22	F	38	CLASE III	C	TRANSVERSAL	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
110	18	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
111	19	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
112	19	M	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
113	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
114	18	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
115	31	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
116	21	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
117	24	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	2mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	2mm
118	25	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	TRANSVERSAL	1mm
119	24	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
120	21	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
121	20	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
122	28	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
123	24	M	38	CLASE I	A	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE I	A	MESIOANGULAR	0mm
124	29	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
125	26	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
126	18	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
127	24	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
128	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
129	23	M	38	CLASE II	B	TRANSVERSAL	2mm
			48	CLASE II	B	DISTOANGULAR	1mm
130	18	M	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	1mm
131	18	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
132	20	M	38	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	0mm
133	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
134	20	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
135	21	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
136	25	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
137	18	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
138	18	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
139	30	F	38	CLASE I	A	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
140	32	F	38	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
141	26	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
142	24	F	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	MESIOANGULAR	0mm
143	18	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
144	18	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
145	20	F	38	CLASE I	A	DISTOANGULAR	2mm
			48	CLASE II	B	DISTOANGULAR	1mm
146	26	F	38	CLASE II	B	DISTOANGULAR	1mm
			48	CLASE II	B	DISTOANGULAR	1mm
147	18	F	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	0mm
			48	CLASE III	C	TRANSVERSAL	0mm
148	22	M	38	CLASE II	B	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE I	A	VERTICAL	1mm
149	28	M	38	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
			48	CLASE III	C	MESIOANGULAR	1mm
150	25	F	38	CLASE II	B	VERTICAL	0mm
			48	CLASE II	B	VERTICAL	0mm