



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

TESIS

**FRECUENCIA EN LA POSICIÓN DE TERCERAS
MOLARES INFERIORES Y SU PATOLOGÍA ASOCIADA
EN PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN EL AÑO 2018**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: SERRANO CARMEN, JEANETTE KATERINE

ASESOR: MG. REYES LECCA, LUIS

LIMA – PERÚ

2018

TESIS

**FRECUENCIA EN LA POSICIÓN DE TERCERAS
MOLARES INFERIORES Y SU PATOLOGÍA ASOCIADA
EN PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN EL AÑO 2018**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: SERRANO CARMEN, JEANETTE KATERINE

ASESOR: MG. REYES LECCA, LUIS

ÁREA DE INTERÉS: CIRUGÍA BUCAL MAXILOFACIAL

EJE TEMÁTICO: PROMOCIÓN EN SALUD BUCAL

**LIMA – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

A Dios por haberme guiado por el buen camino, brindándome salud para poder así cumplir con mis metas trazadas a mis padres por su cariño, enseñanzas, paciencia, consejos y valores.

AGRADECIMIENTO

A la Mg. Claudia Ruiz, por su tiempo para ayudarme a la selección del tema de mi tesis y revisión; y al Mg. Jorge Chero, por su apoyo constante y aporte académico para la realización de este trabajo de investigación.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo basado en el análisis de radiografías panorámicas obtenidas de la base de datos del área de Radiología de la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas; en el año 2018. De un total de 300 imágenes radiográficas, fueron seleccionadas 118, en las cuales se realizó el análisis de la frecuencia en la posición de terceras molares inferiores; y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años. Los datos fueron digitalizados y procesados en el programa SPSS versión 20.

Obteniendo como resultado que la clase con mayor prevalencia en el lado izquierdo la II con 51,7% y en el lado derecho 50,8% la II. El tipo con mayor prevalencia fue el lado izquierdo la B con 33,9% y en el lado derecho 44,9% la A. La posición con mayor prevalencia en el lado izquierdo fue la mesioangular con 36,4% y en el lado derecho la vertical y mesioangular con 31,4%. La patología asociada a la posición de terceras molares inferiores son aumento del espacio pericoronar con 6,8 %, lesión cariosa con 0,8 y lesión periapical con 0,8% .Se registró aumento del espacio pericoronar en las edades de 22,26 años con 1,7% y 0,8% en edades de 19, 20, 25, 28 años; lesión cariosa 0,8% en edad de 29 años y lesión periapical 0,8% en la edad de 28 años. Se registró aumento del espacio pericoronar con 5,1% en el sexo femenino y en sexo masculino con 1,7%; lesión cariosa 0,8% y lesión periapical con 0,8%.

Se concluye que de acuerdo a la clasificación de Pell & Gregory que la clase con mayor prevalencia fue la II y tipo A. La posición según la clasificación de Winter con mayor prevalencia fue la mesioangular. La patología asociada fue el aumento del espacio pericoronar con mayor prevalencia en pacientes de 22 años, y con mayor predominancia en el sexo femenino.

PALABRAS CLAVE: Clasificación, patología, radiografía panorámica, radiología, tercera molar.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective study based on the analysis of panoramic radiographs obtained from the database of the Radiology area of the stomatological teaching clinic of Alas Peruanas University; in 2018. From a total of 300 radiographic images, 118 were selected, in which the frequency analysis in the position of inferior third molars was performed; and its associated pathology in patients aged 18 to 30 years. The data was digitized and processed in the SPSS program version 20.

Obtaining as a result that the class with the highest prevalence on the left side was II with 51.7% and on the right side 50.8% with II. The type with the highest prevalence was the left side B with 33.9% and on the right side 44.9% A. The position with the highest prevalence on the left side was the mesioangular with 36.4% and on the right side vertical and mesioangular with 31.4%. The pathology associated with the position of the lower third molars are increased pericoronal space with 6.8%, carious lesion with 0.8 and periapical lesion with 0.8%. Increased pericoronal space was recorded at the ages of 22.26 years with 1.7% and 0.8% in ages of 19, 20, 25, 28 years; 0.8% carious lesion in the age of 29 years and 0.8% periapical lesion in the age of 28 years. An increase in the pericoronal space was registered with 5.1% in the female sex and in the male sex with 1.7%; 0.8% carious lesion and periapical lesion with 0.8%.

It is concluded that according to the Pell & Gregory classification, the class with the highest prevalence was II and type A. The position according to the Winter classification with the highest prevalence was the mesioangular. The associated pathology was the increase in the pericoronal space with greater prevalence in patients of 22 years, and with greater predominance in the female sex.

KEY WORDS: Classification, pathology, panoramic radiography, radiology, third molar.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INDICE

INDICE DE TABLAS

INDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática 15

1.2 Formulación del problema 18

1.3 Objetivos de la investigación 19

1.4 Justificación de la investigación 20

1.4.1 Importancia de la investigación 20

1.4.2 Viabilidad de la investigación 21

1.5 Limitaciones del estudio 21

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación 23

2.2 Bases teóricas 33

2.3 Definición de términos básicos 47

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas 48

3.2 Variables, definición conceptual y operacional 49

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1	Diseño metodológico	53
4.2	Diseño muestral	53
4.3	Técnicas e instrumento de recolección de datos	55
4.4	Técnicas de procesamiento de la información	55
4.5	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	56
4.6	Aspectos éticos contemplados	57

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1	Análisis descriptivo	58
5.2	Análisis inferencial	72
5.3.	Comprobación de hipótesis	80
5.4.	Discusión	98

CONCLUSIONES	104
---------------------	-----

RECOMENDACIONES	105
------------------------	-----

FUENTES DE INFORMACIÓN	106
-------------------------------	-----

ANEXOS	111
---------------	-----

Anexo 1: Carta de presentación

Anexo 2: Constancia de desarrollo de investigación.

Anexo 3: Juicio de Expertos

Anexo 4: Instrumento de recolección de datos.

Anexo 5: Matriz de consistencia.

Anexo 6: Fotografías

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Distribución del Sexo de los pacientes.	58
Tabla N° 2: Distribución de las edades de los pacientes.	59
Tabla N° 3: Distribución de la tercera molar inferior.	61
Tabla N° 4: Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Winter.	63
Tabla N° 5: Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory profundidad relativa con el hueso.	66
Tabla N° 6: Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.	69
Tabla N° 7: Tabla de contingencia entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y el sexo.	72
Tabla N° 8: Prueba chi-cuadrado entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y el sexo.	73
Tabla N° 9: Tabla de contingencia entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad.	75
Tabla N° 10: Prueba chi-cuadrado entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad.	76

Tabla N° 11: Distribución de patologías asociada a la posición de terceras molares inferiores.	78
Tabla N° 12: Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.	80
Tabla N° 13: Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.	81
Tabla N° 14: Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.	83
Tabla N° 15: Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.	84
Tabla N° 16: Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso	86
Tabla N° 17: Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.	87
Tabla N° 18: Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior derecho según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.	89
Tabla N° 19: Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.	90

Tabla N° 20: Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.	92
Tabla N° 21: Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula	93
Tabla N° 22: Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula	95
Tabla N° 23: Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Distribución del Sexo de los pacientes	58
Gráfico N° 2: Distribución de las edades de los pacientes.	60
Gráfico N° 3: Distribución de la tercera molar inferior.	62
Gráfico N° 4: Posición de tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.	64
Gráfico N° 5: Posición de tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.	65
Gráfico N° 6: Posición de tercera molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.	67
Gráfico N° 7: Posición de tercera molar inferior derecha según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.	68
Gráfico N° 8: Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.	70
Gráfico N° 9: Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.	71
Gráfico N° 10: Gráfica de barras agrupadas entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y el sexo.	74
Gráfico N° 11: Gráfica de barras agrupadas entre	77

patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad.

Gráfico N° 12: Distribución de patologías asociada a la posición de tercera molares inferiores. 79

Gráfico N° 13: Distribución de patologías asociada a la posición de tercera molares inferiores. 82

Gráfico N° 14: Gráfica de barras agrupadas entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad. 85

Gráfico N° 15: Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso. 88

Gráfico N° 16: Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso. 91

Gráfico N° 17: Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula 94

Gráfico N° 18: Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula. 97

INTRODUCCIÓN

Las terceras molares son piezas dentarias que por ser las últimas en erupcionar dentro del arco dentario, causan problemas en cavidad bucal, debido a varios factores. La falta de espacio en ésta zona ocasiona que durante el transcurso de su erupción las terceras molares mandibulares, adoptan diferentes posiciones tales como horizontal, vertical, invertida, mesioangulada, distoangulada, lo que pueden generar daño a las segundas molares.¹

Las diferentes formas anatómicas de las terceras molares inferiores, la disponibilidad de una radiografía, las condiciones como realizan los abordajes quirúrgicos pueden afectar el tiempo operatorio en la extracción de una tercera molar. Éstas son tan diversas, que hoy en día presentan distintas posiciones en relación al diente adyacente y con la rama ascendente mandibular; haciendo más complejo su abordaje quirúrgico al momento de extraerlas.^{2,4}

El propósito del estudio consistió en determinar las posiciones de las terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la Clínica Docente Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018; según las clasificaciones de Pell & Gregory y Winter.

Esta investigación es de gran importancia en lo teórico, como base para otras futuras investigaciones, práctica y social.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Muchas veces la discrepancia que se presenta entre la dimensión del maxilar y la sumatoria total del ancho mesiodistal de los dientes no es lo suficientemente extensa para poder albergar completamente todos los dientes en dicha arcada. Debido a que las terceras molares son las últimas piezas permanentes en erupcionar, en muchas ocasiones estas piezas alteran su trayecto de erupción y no se llega completar por la falta de espacio o patologías presentadas o desarrolladas en el transcurso de su erupción, quedando mal posicionada contra la segunda molar o adoptando diversas posiciones, en la mayoría de los casos generando problemas como pericoronaritis, bolsas periodontales, caries dental, rizólisis, quistes, etc. Siendo las terceras molares mandibulares las más comunes en presentar alteraciones en la erupción, ya sea de posición o patológico.^{4,20}

Debido al espacio insuficiente estas terceras molares mandibulares quedan retenidas a nivel intraóseo; por ende su manejo y tratamiento debe ser evaluado muy minuciosamente. De preferencia el diagnóstico debe ser realizado de manera temprana y debe brindarse un tratamiento preventivo o profiláctico.^{3, 5,20}

El estudio de las terceras molares mandibulares a lo largo del tiempo ha planteado un gran interés a causa de diferentes circunstancias en la que

ésta se ve involucrada. Las diferentes formas anatómicas de las terceras molares inferiores, la disponibilidad de una radiografía, las condiciones como realizan los abordajes quirúrgicos pueden afectar el tiempo operatorio en la extracción de una tercera molar. Éstas son tan diversas, que hoy en día presentan distintas posiciones en relación al diente adyacente y con la rama ascendente mandibular; haciendo más complejo su abordaje quirúrgico al momento de extraerlas.^{2,4}

Debido a que la anatomía dentaria y craneofacial es muy variada en el Perú; en la gran mayoría puede presentarse este tipo de problema. Se puede apreciar que las estructuras anatómicas presentan dimensiones maxilares limitadas para contener a los dientes en cada arcada respectiva. Como consecuencia de ello, se puede presumir que existe una gran prevalencia de mal posiciones dentarias en relación a las terceras molares mandibulares.^{9,20}

Diversos estudios han determinado la posición de las terceras molares mandibulares por medio del análisis en radiografías panorámicas. Con la ayuda diagnóstica auxiliar que ofrece la radiografía panorámica y de acuerdo a la clasificación de Winter y de Pell & Gregory se puede registrar la posición de la pieza.

Este análisis permite al profesional definir bien el diagnóstico, planificar un buen tratamiento, observar y analizar la dificultad del abordaje quirúrgico para la extracción de dicha pieza. Todo esto hace que se presente con mayor frecuencia incluida, impactada o retenida, demostrado por

algunos estudios que la tercera molar inferior tiene una frecuencia de inclusión de 35% el cual le ubica en primer lugar.^{2,6-9}

El patrón de crecimiento mandibular es genéticamente independiente del desarrollo volumétrico que han de adquirir los dientes, por ello la tercera molar se ve impedida en el proceso de erupción y adopta una posición anómala, comprometiendo la disposición del resto de los dientes. La retención dentaria define al diente que, llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar. La inclusión corresponde al diente retenido en el maxilar o mandíbula rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto. En la mayoría de los casos se recomienda que las terceras molares impactadas sean extraídas. Dependiendo de la posición de la molar, y observando el grado de dificultad del procedimiento quirúrgico.^{3,5,20}

Teniendo en cuenta la clasificación de Pell & Gregory y Winter podemos tener clara su ubicación, posición y relación con las estructuras adyacentes respectivamente. Además del conocimiento de sus fronteras anatómicas, la realización de un correcto estudio radiológico; podremos definir bien la posición de las terceras molares, para planificar un buen tratamiento.²⁻⁶

El interés de esta investigación radica en los elementos de análisis aportados al momento de la observación de la tercera molar dentro del cuerpo de la mandíbula mediante radiografías panorámicas; con el propósito de indagar la frecuencia en la posición de terceras molares

inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.^{3,20}

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

- ¿Cuál es la relación entre posición del tercer molar inferior y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Cuál es la posición más frecuente de terceras molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?
- ¿Cuál es la posición más frecuente de terceras molares inferiores según la clasificación de Winter en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas en el año 2018?
- ¿Qué patología está asociada a la posición de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?
- ¿Cuál es la distribución según la edad, de las terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la

clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?

- ¿Cuál es la distribución según el sexo, de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo principal

- Determinar la relación entre posición de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.

1.3.2 Objetivos secundarios

- Determinar la frecuencia de la posición de terceras molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.
- Determinar la frecuencia de la posición de terceras molares inferiores según la clasificación de Winter en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.
- Determinar la patología asociada a la posición de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.

- Establecer la distribución según la edad, de las terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.
- Establecer la distribución según el sexo, de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

Durante el desarrollo del internado intrahospitalario y horario de trabajo, pude observar en los estudios radiográficos de los pacientes que acudían a consulta, alteraciones en la posición de terceras molares asociadas a diversas patologías con mayor predominio en muchos casos en el sexo masculino, otros en adolescentes y así distinta predominancia, lo cual despertó el interés para realizar este estudio en la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, mi alma mater.

También durante el desarrollo del curso de radiografía estomatológica y clínica de adulto pude observar en los estudios radiográficos las alteraciones de posición que presentan los pacientes que acuden a consulta, muchos de ellos con condiciones especiales en relación a la patología de erupción.

Para ello la importancia de este estudio es determinar la posición más frecuente de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años ya que existen pocos estudios a nivel institucional, de la universidad y a nivel nacional.

Contribuir con un aporte académico para el cirujano dentista, para la identificación, diferenciación, diagnóstico y procedimiento de abordaje ante diversas alteraciones de posición y patologías asociadas de las terceras molares inferiores, y un seguimiento del caso si así lo requiera.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La presente investigación es viable porque cuenta con los recursos necesarios que necesita este trabajo tales como, recursos humanos, materiales, economía, tiempo y acceso a la información requerida para desarrollar este trabajo de investigación. En este caso se tuvo la disponibilidad de radiografías panorámicas archivadas de la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. Con respecto a la parte económica no ha sido problema alguno para el desarrollo de esta investigación.

1.5 Limitaciones del estudio

La principal limitación es contar con un número reducido de radiografías panorámicas de pacientes adultos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, considerando el aspecto espacial (correspondiente

a la cantidad de radiografías ingresadas en un pasado y presente en la clínica docente estomatológica, de la Universidad Alas Peruanas-Lima) , social (las unidades de investigación estarán conformadas por radiografías panorámicas de los pacientes que asistieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas) y temporales (la investigación se obtuvo en el año 2018). Además, la investigación no es experimental lo que limita a ver la causa efecto y sólo establece la relación de las variables. Otra limitación es el reducido número de fuente de información locales relacionadas con el tema.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes de la investigación nacionales

Rodriguez Rimarachin, R. (2014) “Posiciones de las terceras molares mandibulares según las clasificaciones de Pell & Gregory y Winter en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2012-2014” Esta investigación tuvo como propósito determinar las posiciones de las terceras molares mandibulares según las clasificaciones de Pell y Gregory y Winter en los pacientes de la clínica estomatológica de la universidad. Las posiciones de las terceras molares en relación a la rama mandibular presentan un alto porcentaje en las clases I y II, tanto en la pieza izquierda y derecha. La clasificación respecto a la profundidad en el hueso mandibular muestra que el 89% de la pieza izquierda se ubica en la posición A, el 8.5% en la posición B y el 2.4% en la posición C, con porcentajes similares en la pieza derecha. De acuerdo al eje longitudinal de las piezas dentales, el mayor porcentaje tanto en la lado izquierda como derecho fue mesioangulada y vertical con un menor porcentaje en la categoría horizontal. La evaluación de la profundidad en el hueso mandibular de la pieza dentaria según la edad mediante la prueba Chi-cuadrado, no detecta diferencia estadística significativa ($p>0.05$).¹

Palacios, M. (2014) “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”, este estudio de investigación de Tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo tiene como propósito determinar la prevalencia de posición de terceras molares inferiores según la Clasificación de Pell y Gregory y Winter. Después de realizar los criterios de inclusión y exclusión, el total de población analizada consto de 582 radiografías panorámicas, donde se observaron 1067 terceras molares mandibulares, separándolo en 3 grupos de diferentes rangos, el primero de 18 a 24 años, el segundo de 25 a 30 y el ultimo de 31 a 35 años; vaciando los datos en una ficha confeccionada para este estudio. De acuerdo a la clasificación de Winter, las posiciones más prevalentes fueron la vertical y la mesioangulada, y según la clasificación de Pell y Gregory fue la IA. Además, en ambas clasificaciones se determinó que dichas posiciones fueron las más frecuentes en ambos géneros y lados, entre los 18 y 35 años.²

Alva Leandro, Luis Ronald (2016) “Frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores atendidos en el hospital militar central Lima-2015” este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores radiológicamente, siendo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, seleccionándose 155

radiografías para estudiarlas (251 molares para el estudio), y así se observó que el género femenino presenta mayor frecuencia con 146 casos (58,2 %), con respecto al género masculino con 105 casos (41.8 %), como también se determinó la edad por categorías la que presento más frecuencia fue las edades entre 18 a 23 años con 85 casos (56,7%). Luego se observó que la posición más frecuente según la clasificación de Winter fue la vertical con 135 casos (53,8 %), perteneciendo a la distribución de lado y género mandibular presentaron la mayor parte el lado derecho y al género femenino. Con respecto al tipo según la clasificación de Pell y Gregory más frecuente fue el tipo A con 187 casos (74,5%), llegando con la conclusión de que según clasificación Winter predomino la vertical y según Pell y Gregory fue clase I tipo A.³

Tirado, JP. (2015) “Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el hospital central FAP” El siguiente estudio de Tipo Descriptivo, transversal y retrospectivo tuvo como objetivo determinar cuál es la posición más frecuente de las terceras molares mandibulares según el factor género de los pacientes que acuden al Departamento de Estomatología del Hospital Central FAP, respecto a la Clasificación de Pell y Gregory. Este estudio estuvo conformado por 130 pacientes de ambos sexos en los rangos de 18 a 40 años a quienes se les tomo radiografías panorámicas, recolectando los datos en una ficha de recolección de datos. Para ello se utilizó una computadora Intel core 5, en el sistema operativo Windows 7 con el programa IBM SPSS statistics¹⁹. Al

procesar todos los datos se obtuvieron como resultados una mayor frecuencia en la Clase II posición B en ambos géneros.⁴

Diaz Diaz, Maciel Drusila (2016) “Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores según la clasificación de Pell y Gregory en el área de radiología dental de la Universidad Alas Peruanas Lima 2016” este tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo basado principalmente en el análisis de radiografías panorámicas obtenidas de la base de datos de la universidad. Contando con 388 radiografías (pacientes entre 18 a 30 años), es así como se obtuvo el resultado que en la pieza 3.8 la clase y tipo con mayor frecuencia fue IA (27,32%) y 4.8 tipo IA (30,23%). En consideración de la edad la más frecuente fue de 30 años (13%), y con referencia del sexo, el femenino presente la clase y tipo más frecuente fue la IA con (40%) y en el sexo masculino la IA con 49,9%. Concluyendo que en la clasificación Pell y Gregory la clase y tipo que más predominó fue la IA siendo la que más predominó en ambos sexos.⁵

Diaz Benavides, Ruth Mery (2016) “Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores con relación a la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 25 años de edad atendidos en dos centros radiológicos del distrito de Trujillo en el año 2013” el presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la posición de terceros molares inferiores con la relación a la diversas clasificaciones en pacientes de 18 a 25 años. Para este estudio se utilizó 769 radiografías panorámicas, por ello para poder determinar la clasificación y la posición se utilizó la clasificación Pell y

Gregory. Pasando después mediante una codificación al SPSS. Los resultados muestran que la clase y la posición más frecuente del tercer molar inferior retenido fue la Clase II posición B 32.4%, seguido por la clase I posición B 13%, clase IIA 12.2%, clase IIIC 10.7%. Concluyéndose que la posición con mayor predominio fue la clase II posición B y que el género y número de pieza no tiene influencia sobre esta posición. ⁶

Domínguez Huayanay, Jordi Guillermo (2016) “Prevalencia de la posición y situación de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del hospital regional de Ayacucho en el año 2015” se trató de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal, en el cual se seleccionaron 117 historias clínicas con sus respectivas radiografías panorámicas, resultando un total de 201 terceros molares mandibulares, donde prevaleció según la clasificación de Winter, posición mesioangular (55,2%) sexo femenino (32,2%), edad de 18 años (11,9%). Según clasificación de Pell y Gregory, predominó clase I nivel B (51,7%), el sexo femenino (33,8%), edades 21 y 22 años (9%). Concluyendo que según Winter la posición mesioangular predomina y en Pell y Gregory clase I nivel B. ⁷

Villavicencio Conejo, Mariamalia (2017) “Frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el centro radiológico Tomodent, Guanacaste- Costa Rica, 2015” el objetivo principal de este estudio fue determinar la frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas

de pacientes atendidos en el centro radiológico Tomodent, teniendo una muestra de 308 terceras molares inferiores, las cuales se evaluaron tomando en cuenta la clasificación de Pell y Gregory para la localización de profundidad y la clasificación de Langlais (para determinar la proximidad al conducto dentario inferior). El estudio contó con un nivel de confianza de 95% y una $p < 0.05$. Resultando 210 molares (68.2%) se ubicaron próximas al conducto dentario inferior. El tipo de imagen más frecuente fue "Banda oscura + Discontinuidad" con 41 molares (13.3%) y la localización de profundidad más frecuente fue la posición A con 172 molares (55.8%). Por ello se concluyó que existe asociación entre la localización de profundidad de los terceros molares inferiores y su proximidad al conducto dentario inferior. ⁸

Cortez Mendoza, Christian Alexis (2017) "Relación entre la posición y la profundidad de terceras molares mandibulares según género y edad en pacientes adultos del servicio de cirugía bucal maxilofacial del Hospital regional de Ica en el año 2015" Se realizó un estudio de tipo no experimental, retrospectivo, transversal y analítico, contando con 69 placas panorámicas de pacientes de 18 a 40 años de edad y que además tengan una historia clínica con datos legibles. Se encontró que la posición de la tercera molar mandibular predominante según la clasificación de Winter fue mesioangular 59,4% y vertical 20,3%; mientras que la profundidad predominante según la clasificación de Pell y Gregory fue la clase III tipo B y clase II tipo B con el 20,3% respectivamente. La posición y la profundidad de

terceras molares mandibulares según el sexo alcanzo relación significativa solo en las pacientes mujeres ($p=0,016$) y según la edad en el grupo de pacientes de 18 a 25 años ($p=0,019$). Con un p -valor= 0,011 podemos concluir que se encontró relación estadística significativa entre la posición y la profundidad de terceras molares mandibulares en los pacientes adultos atendidos en el servicio de cirugía bucal maxilofacial del Hospital Regional de Ica en el año 2015.⁹

2.1.2 Antecedentes de la investigación internacionales

Yencon Naranjo, Jorge Alexander (2012) “Posición de los terceros molares y su repercusión en las complicaciones dentomaxilares, propuesta alternativa” el siguiente estudio se realizó con el fin de buscar propuestas para la disminución del índice de complicaciones dentomaxilares debido a las presencia del tercer molar en los estudiantes del quinto al séptimo semestre de la carrera de odontología, después de a ver realizado el análisis e interpretación de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones; donde los terceros molares en un 42 % han ocasionado dolor, en un 32% presenta movilidad dentaria, en un 22% presentó pericoronaritis y dificultad al abrir la boca en un 21%. En consideración a la posición de la terceras molares pieza 1.8 presentó 86% posición vertical, según su tipo el B predomino en un 57%, el A en un 29%. En cuanto la pieza 3.8 la posición que predomino fue la vertical en un 59%, mesioangular con un 25%, distoangular en un 5% y con un 11% la horizontal; según su tipo el A tuvo

un 50%, el B un 48% y el C un 2%, según su clase la I presento 73%, la II 27%. Pudiendo llegar que el 42% del total tiene el tercer molar impactado en posición mesioangular y horizontal, lo cual refleja que el 42% presenta aumento de dolor. El 22% presenta pericoronaritis.¹⁰

Gómez Tabares, Sindy Natalia (2013) “Terceros molares retenidos, responsables en el apiñamiento en dentición permanente” es un estudio de tipo descriptivo y bibliográfico, por lo que después de haber analizado bibliográficamente y por medio de casos clínicos. Concluyendo que el odontólogo debe tomar en cuenta la alta potencialidad de cambio que pueden ocasionar las piezas incluidas, lo que representa un elemento de peso al momento de tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con respecto a las mismas. Además teniendo en cuenta que la gran mayoría de terceros molares inferiores son los que presenta complicaciones de posición, sobre todo de tipo mesioangular (65%), horizontal (25%) y en menores casos invertidas (10%) con cierto aumento de dolor y presencia de trismus.¹¹

Crespo, P, Farfán, M, García, A, Landi, D (2014) “Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca” El presente estudio de Tipo descriptivo, retrospectivo tuvo como objetivo determinar la clase y posición de terceros molares inferiores retenidos en pacientes de 15 a 30 años que acudieron al área de imagenología de la Facultad de Odontología de la Universidad de

Cuenca, según la clasificación de Pell y Gregory de los Terceros Molares inferiores y la discrepancia entre el diámetro mesiodistal del tercer molar inferior retenido y el espacio disponible entre la cara distal del segundo molar y la rama mandibular. Tras realizar los criterios de inclusión y exclusión se tomó como muestra 400 radiografías panorámicas y teniendo los resultados en una base de datos especiales para este estudio se concluyó que Posición y Clase más común de estos dientes, fue la Clase II Posición B para ambos lados, la angulación más frecuente según Winter fue la mesioangular. En la media de los diámetros mesiodistales de los terceros molares de radiografías, prevaleció el género femenino con 11.76mm y con 12.19mm el género masculino, generando una diferencia de 0.43mm. La media de la distancia entre la cara distal del segundo molar contiguo y el borde anterior de la rama ascendente en las mujeres fue de 7.63mm y en hombres 8.19mm.¹²

Gonzales, F. (2014) “Frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo Abril – Junio 2014” El siguiente estudio de investigación de Tipo descriptivo prospectivo tuvo como propósito establecer la frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos, según la edad y género en pacientes atendidos en el quirófano de la facultad de odontología de la UDLA. La población evaluada constó de 71 pacientes, siguiendo la Clasificación de Pell y Gregory y

Winter. Se llegó a la conclusión que según la clasificación de Winter la posición con mayor frecuencia fue la vertical en los terceros molares superiores con 53 pacientes, mientras en que los terceros molares inferiores fue la posición mesioangular con 25 pacientes. Respecto al sexo, prevaleció el sexo femenino con 38 pacientes; según la clasificación de Pell y Gregory de ambos maxilares prevaleció la Clase I, en relación al seno maxilar y la rama ascendente mandibular con un 84% y 43,66% respectivamente; respecto a su tipo destacó el Tipo A en ambos maxilares con un 49% en el maxilar superior y 42.25% en el maxilar inferior.¹³

Arellano, J. (2015) “Estudio comparativo de la posición de terceros molares según la Clasificación de Pell & Gregory y Winter” La presente investigación de Tipo comparativo y descriptivo tuvo como objetivo determinar la posición más común correspondiente a la profundidad y angulación de terceros molares mediante la clasificación de Pell & Gregory y Winter en pacientes de la Clínica de la Escuela de Odontología de la USFQ. Se evaluaron 35 radiografías panorámicas, en las cuales se observaron y analizaron 128 terceros molares, usando una escuadra y un graduador para hacer el respectivo análisis. Toda la información recolectada fue descrita en una tabla de datos. De acuerdo a los resultado se concluyó que la posición más común según la altura de la corona respecto al tercer molar maxilar fue “C”, y Según la cantidad de superficie oclusal del tercer molar mandibular cubierta por hueso se determinó que la clase más común fue “I, tanto en hombres y mujeres de acuerdo a la clasificación de Pell & Gregory.

La posición más común de los terceros molares maxilares y mandibulares tanto en hombres y mujeres fue “vertical” según la clasificación de Winter.¹⁴

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Tercera molar inferior

Es el órgano terminal de la serie dentaria. Tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de formas, tamaño, disposición y anomalías. Se sabe además que presenta mayor porcentaje de inclusión, siendo la causa más común de no erupción la carencia del espacio necesario. Muchas veces no hay suficiente lugar entre la segunda molar y el borde anterior de la rama ascendente y, por consecuencia, queda impactada con la segunda molar en su trayecto de erupción; sino queda impactada puede tomar diversas posiciones que podrían traer como complicaciones la formación de quistes dentígeros (denominados quistes de erupción) entre otras patologías.

Es por ello la necesidad de diagnosticar correctamente el espacio disponible del tercer molar.^{5,19,20}

La corona de la tercera molar inferior presenta una variedad de forma, tamaño y estado. La corona puede ser normal, pequeña o grande; con un número normal de cúspides o multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales.^{5,9,16,20}

La raíz de ningún molar tiene características parecidas a la tercera molar inferior en lo que refiere a número, forma, tamaño, disposición y anomalías

de las raíces. En su conjunto, las raíces de la tercera molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario. Por lo general es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida, es aplastada en sentido mesiodistal, y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. Son frecuentes los molares de tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular.^{19,21}

- **Cronología**

Variados son los momentos de la formación de la pieza dentaria, de su traslación y, finalmente, de su instalación definitiva en el arco dentario, que caracterizan la cronología de la dentición. Son los siguientes: ^{3,8,9}

I. Aparición de la lámina dentaria. Ocurre durante la sexta semana de vida intrauterina.^{3,8,9}

II. Diferenciación de órgano del esmalte. De la lámina de desprender el listón dentario, uno para cada diente, en el cual ha de diferenciarse el abultamiento epitelial que originará el órgano del esmalte. Esto ocurre para la tercera molar inferior en el 36^a mes después del nacimiento.^{3,8,9}

III. Diferenciación del bulbo dentario. La diferenciación del mesodermo contenido por el órgano del esmalte; esto ocurre al 6^{to} año después del nacimiento.^{3,8,9}

IV. Diferenciación del saco dentario. Ocurre a los 7 años de edad.^{3,8,9}

V. Oclusión del saco dentario. Este momento señala la liberación del folículo de la lámina dentaria. Ocurre los 8 años de edad. ^{3,8,9}

VI. Calcificación. La calcificación se da de la siguiente manera:

- 9 años Comienza calcificación
- 10 años Termina 1/3 oclusal
- 11 años Termina 1/3 medio
- 12 años Termina corona
- 14 años Termina 1/3 cervical R.
- 16 años Termina 1/3 medio R.
- 20 años Termina calcificación ^{3,8,9}

VII. 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. ^{3,8,9}

• **Condición embriológica**

Las terceras molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero con una característica significativa, que el mamelón de estas piezas dentarias se desprende de la segunda molar, como si fuera un diente de reemplazo. Su calcificación inicia entre los 8 a 10 años, pero su corona termina hasta los 15-16 años y la de sus raíces de forma completa hasta los 25 años, dándose en un espacio limitado. ^{3,5,9,19}

El hueso, al crecer, por lo general tiende a tirar hacia atrás las raíces que no han calcificado de las terceras molares. Es por ello la explicación de la

oblicuidad de su eje de erupción que hace que tropiece con la cara distal de la segunda molar. Un tercera molar normal al momento de evolucionar siempre lo hace de abajo arriba y de atrás adelante, siguiendo la dirección del "gubernaculum dentis", según la línea curva de concavidad posterior.¹⁸

3,5,9,19

Los terceros molares superiores, al estar en la parte más alta de la tuberosidad del maxilar, provocan una migración hacia el reborde alveolar al momento de crecer, entre la segunda molar y la sutura pterigomaxilar. Mayormente su eje tiene un desvío hacia el vestíbulo, raramente de manera oblicua hacia delante, contra la segunda molar. Es por ello junto a una elevada prevalencia de hipoplasia maxilar y dimensiones reducidas de las arcadas, que quedan impactadas y tanto sólo un 20% de las terceras molares llegan a tener una posición normal en la arcada dentaria.^{3,5,9,19}

- **Clasificación Pell & Gregory**

Está basada en una evaluación de las relaciones entre el tercer molar con el segundo molar y rama ascendente mandibular, también con la profundidad relativa del cordal con el hueso.^{10,11,12,17}

Relación del cordal con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar.

Clase I: Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del cordal. ^{10,11,12,17}

Clase II: El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del cordal. ^{10,11,12,17}

Clase III: Todo o casi todo el cordal está dentro de la rama de la mandíbula. En el maxilar superior se valora la relación de este diente respecto a la tuberosidad maxilar y el segundo molar. ¹⁸

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

Posición A: El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar. ^{10,11,12,17}

Posición B: El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar. ^{10,11,12,17}

Posición C: El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar. ¹⁸

- **Clasificación de Winter**

Winter propuso otra clasificación valorando la posición de los cordales en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

Posición Vertical: El eje mayor del cordal es paralelo al eje mayor del segundo molar.

Posición Mesioangular: El eje mayor del cordal forma con el eje mayor del segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo.

Posición Horizontal: El eje mayor del cordal es perpendicular al eje mayor del segundo.

Posición Distoangular: La corona del cordal apunta en grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

Posición Linguoangular: La corona del cordal se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.

Posición Bucoangular: La corona del cordal se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual. Es una presentación rara.

Posición Invertida: La corona del cordal se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo.

2.2.2 Patologías asociadas a la erupción de la tercera molar inferior

a. Infecciosas

- **Pericoronaritis**

Recibe este nombre la afección inflamatoria de los tejidos blandos que recubren la corona del diente en erupción. Es uno de los procesos más referido por los pacientes, representando hasta el 82 % de los procesos mucosos. Se han descrito porcentajes de Pericoronaritis entre el 8 y el 40%

estimándose que son el bloqueo del drenaje del saco pericoronario o bien la formación de un verdadero quiste de erupción y su posterior colonización bacteriana, sus causas patogénicas. La pericoronaritis puede presentarse en tres formas anátomo clínicas: aguda congestiva, aguda supurada y crónica.^{4-10, 15,17}

- **Osteitis**

El desarrollo de esta patología es excepcional y casi siempre se halla vinculado a patología inflamatoria crónica de la mucosa, que recubre el hueso. Clínicamente, las osteítis corticales agudas se expresan con una sintomatología de comienzo muy llamativo, con intenso dolor, trismo, movilidad dental y dolor a la percusión, todo ello acompañado de afectación general; cuando el cuadro tiende a la cronicidad, remite la sintomatología.^{3-8,11,17}

b. Mecánicas.

- **Caries**

Cuando un molar se encuentra en mesioversión o en una posición de difícil acceso para la higiene oral diaria, es muy probable que con el atrapamiento de alimentos se produzcan lesiones cariosas tanto en el segundo como en el tercer molar. En estos casos la extracción del tercer molar está indicada.

En un estudio realizado por Mc Ardle y Cols, observaron que cuando la

posición del tercer molar era mesioangulada y aumentaba la edad del paciente, había mayor tendencia a cariar el segundo molar. Concluyeron que la extracción profiláctica de los terceros molares mesioangulados ayudaría a proteger al segundo molar de posibles lesiones.²⁵

- **Reabsorción patológica**

En un estudio realizado por James (2010), resalta que en ocasiones un diente retenido origina suficiente presión en la raíz del diente adyacente, como para provocar una reabsorción radicular. Aunque el proceso por el cual ocurre la reabsorción radicular no está definido, parece ser similar al proceso de reabsorción que sufren los dientes temporales durante la erupción de los dientes permanentes.²⁷

Carranza (2009), menciona que en “Estudios clínicos se han reportado que la extracción de terceros molares retenidos suele crear defectos verticales por distal de los segundos molares”.²⁸

Ash (2010), dice que otros factores que parece que juegan un papel en el desarrollo de lesiones en la superficie distal de los segundo molares, sobre todo en los sujetos mayores de 25 años de edad, incluyen la presencia de un folículo patológicamente agrandado, la inclinación del tercer molar y la proximidad del tercer molar con el segundo molar.²⁹

La reabsorción radicular de dientes sanos adyacentes a un diente impactado,

es un hecho probable pero hay pocos estudios específicos sobre la reabsorción radicular del segundo molar por un tercer molar impactado, las retenciones mesioangular y horizontal son las más frecuentes en presentar la patología (30), según lo afirma Corral et al., existen controversia sobre la posibilidad de que los dientes incluidos causen la reabsorción de la raíz, ciertos estudios han demostrado que sólo el 8% de los segundos molares adyacentes a dientes incluidos presentan resorción de la raíz. ^{30,31,32}

c. Patología quística.

- **Quistes odontogénicos.**

Son procesos infrecuentes, que se instauran como consecuencia de la evolución patológica de los terceros molares. Entre ellos cabe citar quistes paradentales, dentígeros e incluso se han descrito ameloblastomas. ^{3-8,11,17}

El revestimiento luminal de los quistes odontogénicos se deriva del epitelio producido durante el desarrollo del diente, puede originarse de 3 zonas en particular:

- Restos de Malassez (Vaina de los Restos de la Vaina Epitelial de Hertwing)
- Epitelio del Esmalte Reducido (epitelio residual que rodea la corona después de la formación del esmalte)
- Restos de Serres (Restos de lámina dental) ²³

- **Quiste folicular o dentígero y queratoquiste.**

El tercer molar inferior es el diente que participa con mayor frecuencia en la formación de quistes foliculares. Cuando el cordal está completamente incluido, pueden aparecer quistes a expensas del folículo dentario; veremos en este caso una imagen quística unilocular que se inserta en el cuello del diente causal. Estos quistes pueden alcanzar dimensiones considerables, llegar al ángulo y a la rama ascendente mandibular, e intruir o distalizar el cordal.²¹

La mayoría de autores consideran que un folículo dentario de 2-3 mm de grosor con bordes bien definidos en la radiografía periapical o de 5 mm en la ortopantomografía, nos debe orientar al diagnóstico de quiste dentígero.²¹

En cualquier caso es imprescindible el estudio histopatológico para establecer el diagnóstico de certeza. Los quistes foliculares pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces incluso de producir osteítis y osteomielitis.²¹

Muchas veces estas lesiones permanecen asintomáticas largo tiempo y mientras tanto van creciendo. A menudo se descubren en un examen radiográfico de rutina, pero en otros casos pueden causar tumefacción intrabucal o facial, dolor, etc. Está indicado extirpar el quiste folicular del cordal y extraer el molar incluido.²¹

No se recomienda en estos casos efectuar técnicas de marsupialización del

quiste. En algunas ocasiones el tejido dentario que debe formar el tercer molar evoluciona hacia la formación de un quiste primordial (concepto clínico). En estos casos no observaremos la presencia del cordal en la placa radiográfica sino que veremos una imagen quística radiotransparente. Los quistes primordiales presentan una importante queratinización por lo que se conocen como queratoquistes (concepto histológico).²¹

Donado M & Martínez JM afirman que todo diente incluido es un quiste dentígero en potencia, el epitelio de éste quiste con una embriogénesis anormal tiene mayor potencialidad para producir tejidos dentarios y acumulaciones de células ameloblásticas.³⁴

- **Quiste paradental.**

Son considerados por algunos autores como quistes laterocoronarios, quistes inflamatorios colaterales o paradentales.

Se desarrolla en personas jóvenes (2ª y 3ª década), en relación a la cara distal de un tercer molar inferior con historia de pericoronaritis. Ocurre porque la inflamación a nivel pericoronario compromete el periodonto y estimula la proliferación de restos epiteliales del epitelio reducido del órgano de esmalte. Su imagen radiográfica es: área radiolúcida unilocular de forma redondeada (semicircular), límite neto corticalizado, en relación a cara distal tercer molar inferior. Estos quistes son indicación formal para la exodoncia, puesto que aparecen siempre molestias como dificultad al cerrar la boca, dolor, trismo, traumatismo de la mucosa inferior por el tercer molar superior, etc.²¹

- **Quiste radicular.**

La infección puede propagarse al ápice dentario y provocar la formación de granulomas perirradiculares, pero igualmente pueden aparecer quistes directamente o sobre un granuloma previo. El estímulo de los restos epiteliales periapicales puede acarrear la aparición de un quiste que rodea la raíz dentaria.²¹

d. Patología tumoral.

- **Granuloma.**

El proceso infeccioso crónico local puede inducir la formación de tejido de granulación que se encuentra sobre todo en la cara posterior del tercer molar aunque también puede aparecer en sus caras vestibular, mesial y lingual.²¹

En la radiografía se evidencia un simple engrasamiento del saco pericoronario que traduce la existencia de este espesamiento o membrana, más o menos gruesa, de tejido de granulación que deberá ser eliminada al hacer la extracción del tercer molar.

Es también frecuente la aparición de granulomas apicales en el tercer molar, cuando éstos están afectados por caries extensas.²¹

- **Ameloblastomas y tumores malignos**

El tercer molar puede estar implicado en la aparición de ameloblastomas y tumores malignos, en la mayoría de los casos a expensas de quistes

foliculares y queratoquistes.²¹

Los quistes foliculares y pericoronarios del tercer molar y los quistes primordiales, después de una exéresis incorrecta, pueden recidivar como ameloblastomas; esto implica que, siempre que efectuemos la extracción de un cordal y obtengamos un tejido sospechoso, debemos remitirlo al anatomopatólogo para su estudio histológico. El ameloblastoma suele dar una imagen radiotransparente uni o multilocular.²¹

e. Otras patologías

- **Lesión periodontal distal a nivel del segundo molar.**

Los dientes adyacentes a dientes impactados están predispuestos a enfermedad periodontal, por ejemplo, la presencia de un tercer molar mandibular impactado puede disminuir la cantidad del hueso alveolar distal adyacente al segundo molar. Por otro lado, la parte más distal de arco dental es la más difícil de mantener limpia dando lugar a procesos inflamatorios adyacentes al segunda molar.

Stanley y col. reportaron que la enfermedad periodontal representaba el 45% de las causas indicadas para la extracción de los terceros molares. Godberg y col. han señalado que el 75% de los terceros molares impactados están asociados con enfermedad periodontal. Lysell y Rohlin refieren una asociación de 4% y Chiapasco y colaboradores estimaron esta asociación en 10%.²⁶

- **Aumento del espacio pericoronario.**

Las coronas de estos dientes se encuentran rodeadas por un tejido folicular, el cual puede sufrir cambios histopatológicos. La existencia de algún tipo de patología puede pasar inadvertida durante mucho tiempo y constituir un hallazgo radiográfico, debido a que pueden ser asintomáticos. Con la maduración del folículo dental ocurre una transformación del epitelio reducido del esmalte en epitelio escamoso estratificado, lo cual podría ocasionar una inflamación crónica durante su desarrollo, estimulando a las células epiteliales remanentes de la lámina dental a diferenciarse en diversas patologías.

Se sugiere que en aquellos terceros molares que presentan medidas de espacios pericoronarios menores a 2,5mm, en radiografías panorámicas, no deberían presentar cambios histopatológicos, sin embargo es posible que suceda un desarrollo temprano de la patología a nivel celular sin evidenciarse un aumento de dicho espacio. Una interpretación radiográfica de un espacio pericoronario como normal o patológico es difícil, lo que hace necesario el estudio histológico complementario. ³³

Anand S; et al, 2015, afirman que incluso en espacios pericoronarios más pequeños puede existir alteraciones patológicas siendo muy necesario un estudio histopatológico para descartar la presencia o ausencia de enfermedad folicular. ³⁵

2.3 Definición de términos básicos

Condiciones dentarias: Conjunto de circunstancia que determina el estado de las piezas dentarias.²⁰

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.¹

Género: Conjunto de los individuos de una especie que comparten una de estas dos series de características.²⁰

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.²⁰

Clasificación Pell y Gregory: Se basa en una evaluación de las relaciones del cordal con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.²⁰

Clasificación Winter: Es la clasificación que valora la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.²⁰

Posición: Es, por otra parte, una disposición o circunstancia en particular. Para la física, la posición de una partícula en el espacio constituye una magnitud vectorial que permite establecer su localización dentro de un sistema coordinado de referencia.²⁰

Terceras molares: Último diente en erupción, que muchas veces poseen o presenta distinta formas y posiciones de erupción.²⁰

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis general

- La posición más frecuente de terceras molares inferiores determina la presencia de patologías en pacientes de 18 a 30 años que acudieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.

3.1.2 Hipótesis específicas

- Si existe una posición más frecuente de terceras molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory en pacientes de 18 a 30 años que acudieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.
- Si existe una posición más frecuente de terceras molares inferiores según la clasificación de Winter en pacientes de 18 a 30 años que acudieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.
- Si existe una patología asociada a la posición de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años que acudieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.
- Si existe relación entre la edad y la patología asociada de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años, que acudieron a la clínica

docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.

- Si existe relación entre el sexo y la patología asociada de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años, que acudieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

- **Variable independiente: (X)**

Posición de terceras molares inferiores

- **Variable dependiente: (Y)**

Patologías

- **Definición conceptual**

Posición: Es, por otra parte, una disposición o circunstancia en particular. Para la física, la posición de una partícula en el espacio constituye una magnitud vectorial que permite establecer su localización dentro de un sistema coordinado de referencia.²⁰

Terceras molares: Último diente en erupción, que muchas veces poseen o presenta distintas formas y posiciones de erupción.²⁰

Condiciones dentarias: Conjunto de circunstancias que determina el estado de las piezas dentarias.²⁰

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.²⁰

Género: Conjunto de los individuos de una especie que comparten una de estas dos series de características.²⁰

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDIDA
POSICION DE TERCEROS MOLARES MANDIBULARES	<p>Posición: Manera de estar colocado alguien o algo en el espacio, que se determina en relación con la orientación respecto a algo con sus partes, anterior, posterior y lateral.</p> <p>Terceras Molares: También llamadas Cordal, suelen aparecer en edades entre 16 – 20 años, pudiendo incluso no hacerlo nunca.</p>	Pell & Gregory: Relación con la Rama Ascendente	<ul style="list-style-type: none"> • CLASE I • CLASE II • CLASE III 	Cualitativo	Nominal	Ficha de observación. Radiografía Panorámica.
		Pell & Gregory: Profundidad Relativa con el Hueso	<ul style="list-style-type: none"> • POSICIÓN A • POSICIÓN B • POSICIÓN C 			
		Winter: Ubicación	VERTICAL MESIOANGULAR HORIZONTAL DISTOANGULAR LINGUOANGULAR BUCOANGULAR	Cualitativo	Nominal	Ficha de observación. Radiografía Panorámica.

PATOLOGÍA	Es la ciencia, derivada de la medicina, que investiga el desarrollo de las enfermedades que afectan al ser humano, a nivel estructural, bioquímico y funcional, siendo muy similar a la nosología, pero ésta está encargada de la clasificación y descripción de las enfermedades.	INFECCIOSA	PERICORONARITIS OSTEITIS	Cualitativo	Nominal	Ficha de observación Radiografía Panorámica
		MECÁNICA	CARIES REABSORCION RADICULAR	Cualitativo	Nominal	Ficha de observación Radiografía Panorámica
		TUMORAL Y QUÍSTICA	TUMORES QUISTES	Cualitativo	Nominal	Ficha de observación Radiografía Panorámica
		OTRAS PATOLOGÍAS	ENFERMEDAD PERIODONTAL AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL			
COVARIABLE			INDICADORES	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO
Edad			18- 30 años	Cuantitativo	Razón	Ficha de observación Radiografía Panorámica

Fuente: Elaborado por el investigador

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de la investigación

La siguiente investigación es de tipo no experimental, según el autor Hernández Sampieri, nos indica que es cuando no se manipula deliberadamente las variables, es decir, se trata de un estudio donde no se hará variar las variables. ^{16,17}

4.1.2 Nivel

Descriptivo, pues observaremos las características de la población, la posición de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acudieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas ^{16,17}

Transversal, ya que la recolección de datos fue en un solo corte de tiempo. ^{16,17}

Observacional, ya que el estudio se realizó mediante el análisis de radiografías panorámicas.

4.2 Diseño muestral

La población está conformada por 118 radiografías panorámicas tomadas a los pacientes de ambos sexos en el rango de 18 a 30 años; quienes acudieron a la clínica docente estomatológica en el año 2018 ubicada en el distrito de Surco, departamento de Lima- Perú.

Criterios de inclusión

- Radiografía panorámica de pacientes de 18 a 30 años que acudieron a la clínica docente estomatológica en el año 2018.
- Radiografía panorámica de los pacientes 18 a 30 años de ambos sexos.
- Radiografías que presentan por lo menos una tercera molar inferior y que cuentan con la segunda molar inferior.
- Radiografías panorámicas con buena calidad de imagen.

Criterios de exclusión

- Radiografías panorámicas de pacientes que no tienen la segunda molar inferior.
- Radiografías panorámicas no nítidas por defectos en el procesamiento.
- Radiografías panorámicas donde las terceras molares están ausentes.
- Radiografías panorámicas de pacientes con tratamientos de ortodoncia.
- Radiografías de pacientes cuya edad no se encuentra dentro el rango de 18 a 30 años.

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos

4.3.1 Técnica

Observación:

Mediante una ficha elaborada para este tipo de investigación, se evaluará las posiciones de las terceras molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory y Winter observando radiografías panorámicas respectivamente.

Los datos serán vaceados en una ficha, respetando la confidencialidad del paciente.

Instrumento:

Ficha de recolección de datos: Mediante esta ficha se obtendrá los siguientes datos: Edad, sexo y patologías asociadas a la retención de las terceras molares.

4.4 Técnica de procesamiento de la información

Se procedió a gestionar el permiso mediante una solicitud, formulada por la Dra. Esp. Miriam Vásquez Segura, formulando una carta de presentación dirigida a la Administración General de la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas para poder hacer la recolección de la muestra dentro de sus instalaciones.

Una vez coordinado todo se procederá a acudir al área de Radiología; para

observar radiografías panorámicas, de la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas para iniciar el estudio, donde se seleccionarán las radiografías panorámicas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos. Se evaluarán las radiografías en una laptop observando las alteraciones de posición de las terceras molares inferiores y sus patologías asociadas con respecto a su erupción, con relación a las condiciones de las piezas dentarias.

Los hallazgos radiográficos serán registrados en la ficha confeccionada por el investigador siguiendo las técnicas de observación y criterios de diagnóstico.

4.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Luego de la recolección de datos, estos serán procesados con una computadora Vaio Sony año 2010, Windows 10 utilizando los siguientes programas:

SPSS 23 para el análisis estadístico descriptivo y el vaciado correcto de los datos recolectados.

- Se realizará el almacenamiento y gestión de datos en la hoja de cálculo del paquete estadístico de los datos obtenidos.
- Se asignará valores numéricos a cada variable para poder distribuirlos de manera estadística.
- Se realizará análisis de frecuencia.
- Análisis por tabla de frecuencia, tablas de barras para ver el resultado de frecuencia y grafico de torta para el resultado en porcentajes de cada variable.

- Se realizará Chi cuadrado para poder establecer la correlación.
- Word 2015 para la elaboración de la interpretación de los datos obtenidos en el análisis descriptivo.

4.6 Aspectos éticos contemplados

El presente estudio no presenta implicaciones éticas debido a que sólo se realizó la revisión de radiografías panorámicas de pacientes que fueron atendidos previamente en la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. Se reservó el anonimato de los datos mediante una codificación de cada unidad de análisis establecidos por el comité de ética de la Universidad Alas Peruanas.

Este trabajo de investigación deberá ser aceptado en su sano juicio; considerando los principios de maleficencia, benevolencia, justicia y autonomía, de acuerdo al código de Núremberg y declaración de Helsinki:

Con este párrafo quiero dar entender que el presente trabajo de investigación, nos ayudará a ver la frecuencia de las posiciones de las terceras molares y sus patologías asociadas que presentan los pacientes mediante una ficha de observación donde se recolectará la información necesaria y datos adicionales.

Teniendo en claro que debemos considerar las normas y estándares éticos, legales, y jurídicos para la siguiente investigación en personas en nuestro país.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo

Tabla N° 1:

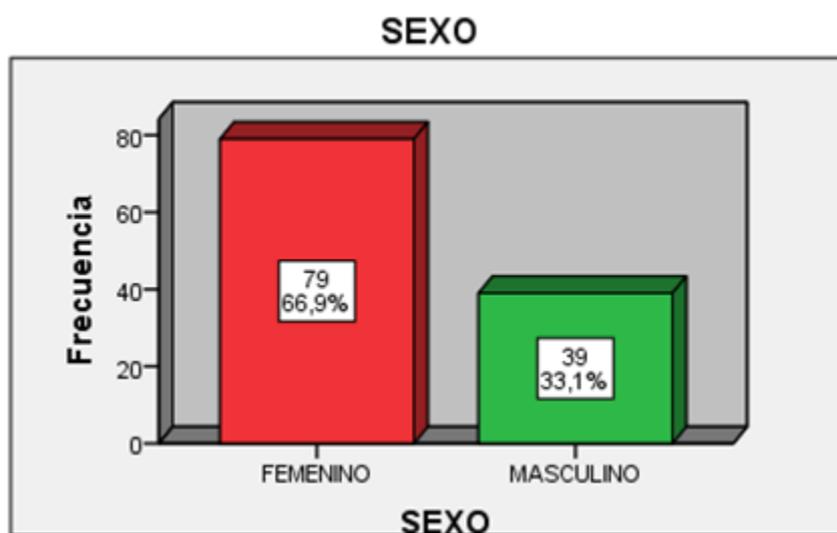
Distribución del Sexo de los pacientes.

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	79	66,9	66,9	66,9
	MASCULINO	39	33,1	33,1	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

Del total de la población estudiada, se observó que 79(66,9%) es de sexo femenino y 39(33,1%) es de sexo masculino.

Gráfico N° 1: Distribución del Sexo de los pacientes



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 2:

Distribución de las edades de los pacientes.

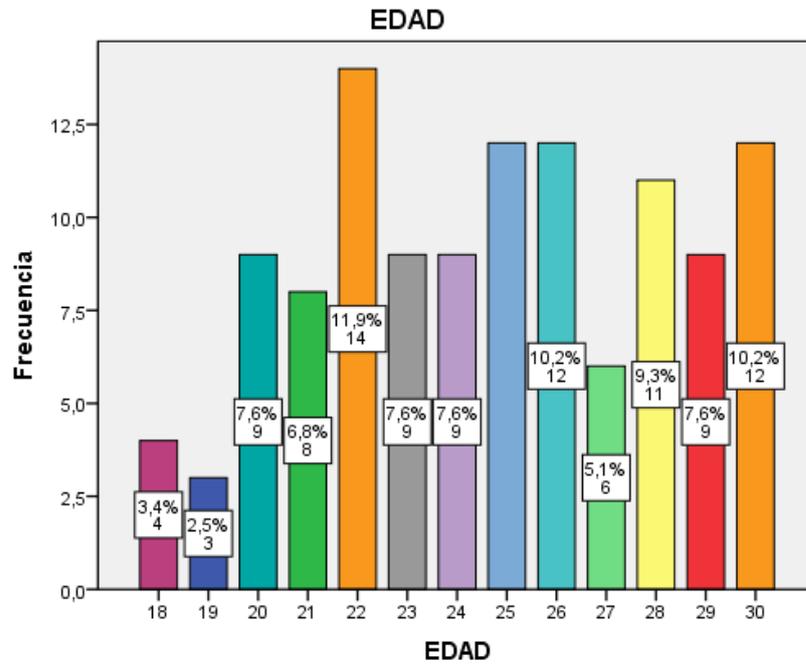
EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18	4	3,4	3,4	3,4
	19	3	2,5	2,5	5,9
	20	9	7,6	7,6	13,6
	21	8	6,8	6,8	20,3
	22	14	11,9	11,9	32,2
	23	9	7,6	7,6	39,8
	24	9	7,6	7,6	47,5
	25	12	10,2	10,2	57,6
	26	12	10,2	10,2	67,8
	27	6	5,1	5,1	72,9
	28	11	9,3	9,3	82,2
	29	9	7,6	7,6	89,8
	30	12	10,2	10,2	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

Del total de la población estudiada, se observó que la mayor prevalencia con 14 casos (11,9%) es de la edad de 22 años y la de menor prevalencia con 3 casos (2,5%) es de la edad de 19 años.

Gráfico N° 2:

Distribución de las edades de los pacientes.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 3:

Distribución de la tercera molar inferior.

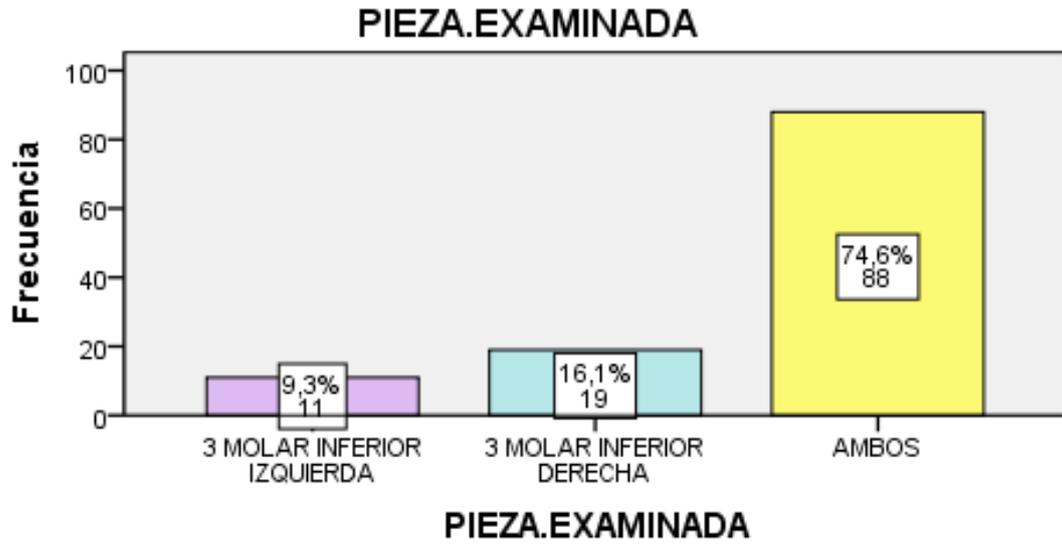
		PIEZA EXAMINADA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3° MOLAR INFERIOR IZQUIERDA	11	9,3	9,3	9,3
	3° MOLAR INFERIOR DERECHA	19	16,1	16,1	25,4
	AMBOS	88	74,6	74,6	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

De los 118 radiografías examinadas, se observa la presencia de la tercera molar inferior 11(9,3%) son del lado izquierdo; 19(16,1%) son del lado derecho y 88(74,6%) presenta en ambos lados.

Gráfico N° 3:

Distribución de la tercera molar inferior.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 4:

Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Winter.

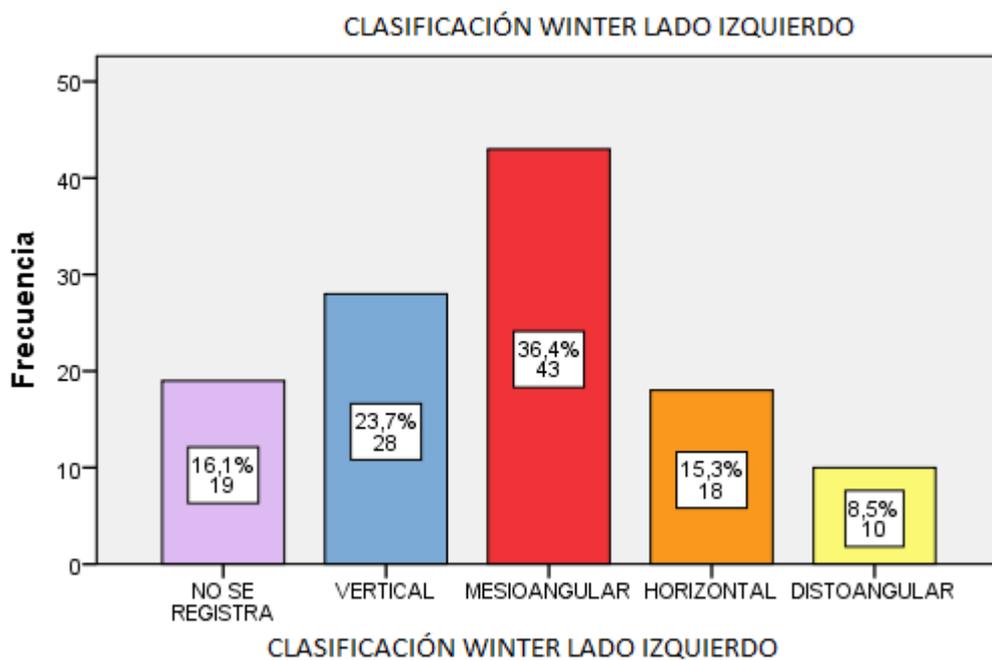
		CLASIFICACION DE WINTER		CLASIFICACION DE WINTER	
		IZQUIERDA		DERECHA	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO SE REGISTRA	19	16,1	11	9,3
	VERTICAL	28	23,7	37	31,4
	MESIOANGULAR	43	36,4	37	31,4
	HORIZONTAL	18	15,3	13	11,0
	DISTOANGULAR	10	8,5	16	13,6
	BUCOANGULAR	0	0	2	1,7
	INVERTIDO	0	0	2	1,7
	Total	118	100,0	100,0	100,0

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

De los 118 radiografías examinadas, se observa la posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter 28(23,7%) presenta una posición vertical ,43(36,4%) mesioangular,18(15,3%) horizontal ,10(8,5%) distoangular, 0(0%) bucoangular e invertido ; la posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter 37(31,4%) presenta una posición vertical ,37(31,4%) mesioangular,13(11%) horizontal ,16(13,6%) distoangular, 2(1,7%) bucoangular e invertido .

Gráfico N° 4:

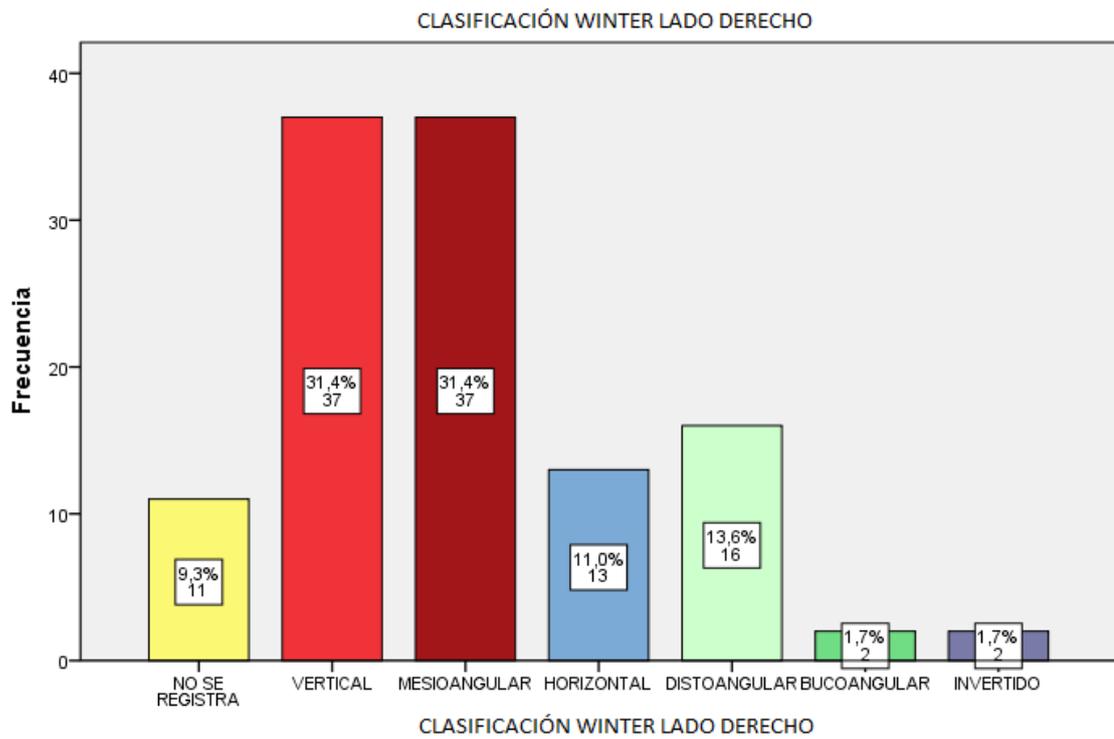
Posición de tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Gráfico N° 5:

Posición de tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 5:

Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory profundidad relativa con el hueso.

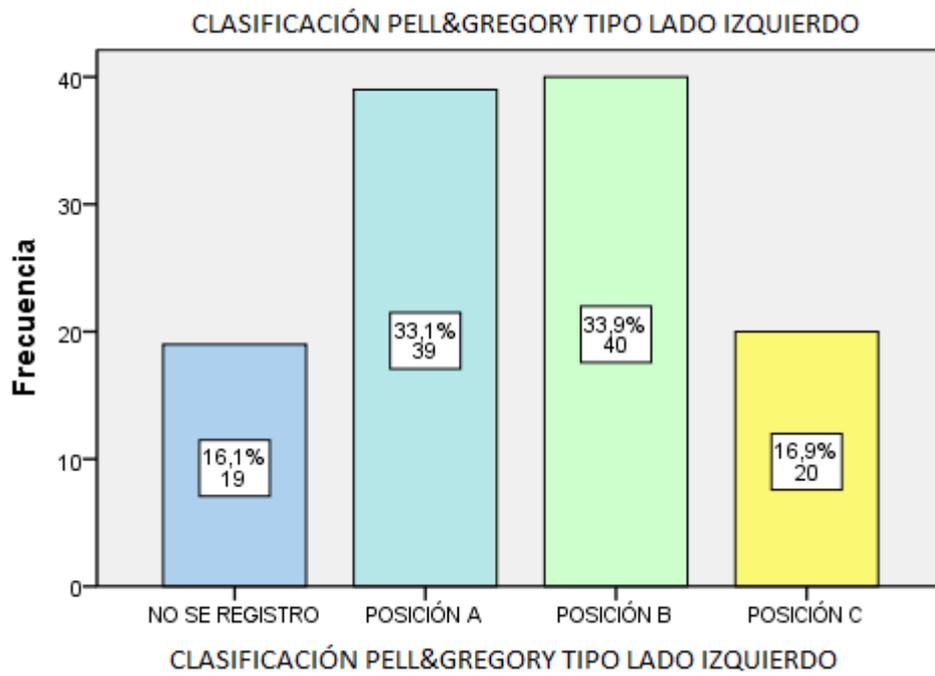
CLASIFICACION PELL&GREGORY		CLASIFICACION PELL&GREGORY			
TIPO LADO IZQUIERDO		TIPO LADO DERECHO			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO SE REGISTRÓ	19	16,1	11	9,3
	POSICIÓN A	39	33,1	53	44,9
	POSICIÓN B	40	33,9	35	29,7
	POSICIÓN C	20	16,9	19	16,1
	Total	118	100,0	100,0	100,0

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

De los 118 radiografías examinadas, se observa la posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Pell y Gregory en profundidad relativa con el hueso 39(33,1%) presenta una posición A ,40(33,9%) posición B,20(16,9%) posición C y 19(16,1%) no se registró; la posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Pell y Gregory en profundidad relativa con el hueso 53(44,9%) presenta una posición A ,35(29,7%) posición B,19(16,1%) posición C y 11(9,3%) no se registró.

Gráfico N° 6:

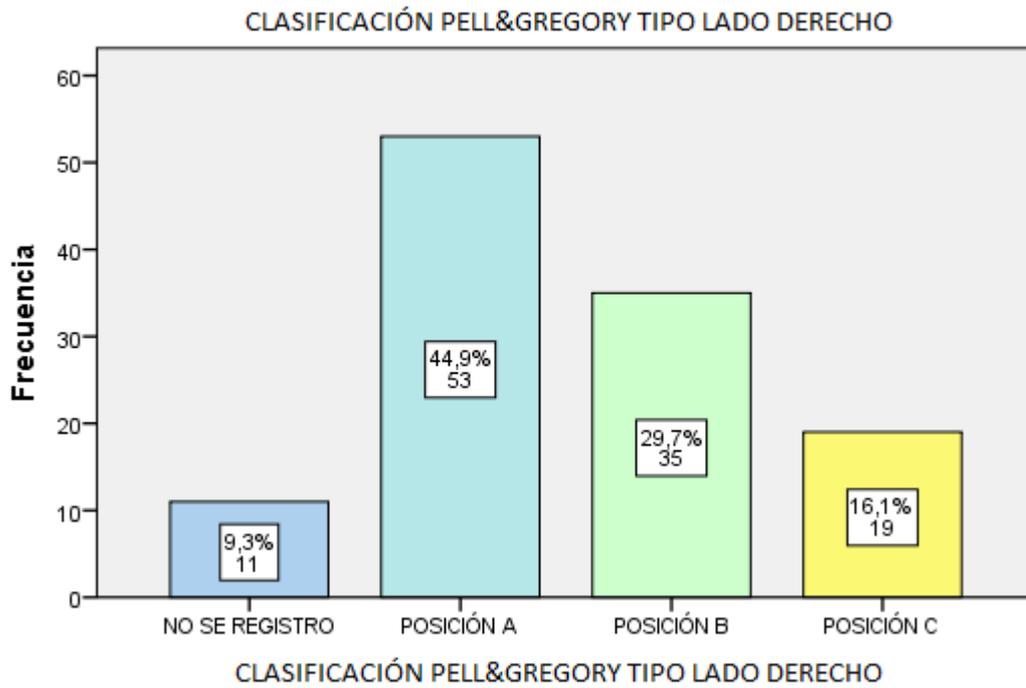
Posición de tercera molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell & Gregory profundidad relativa con el hueso.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Gráfico N° 7:

Posición de tercera molar inferior derecha según la clasificación de Pell & Gregory profundidad relativa con el hueso.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 6:

Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.

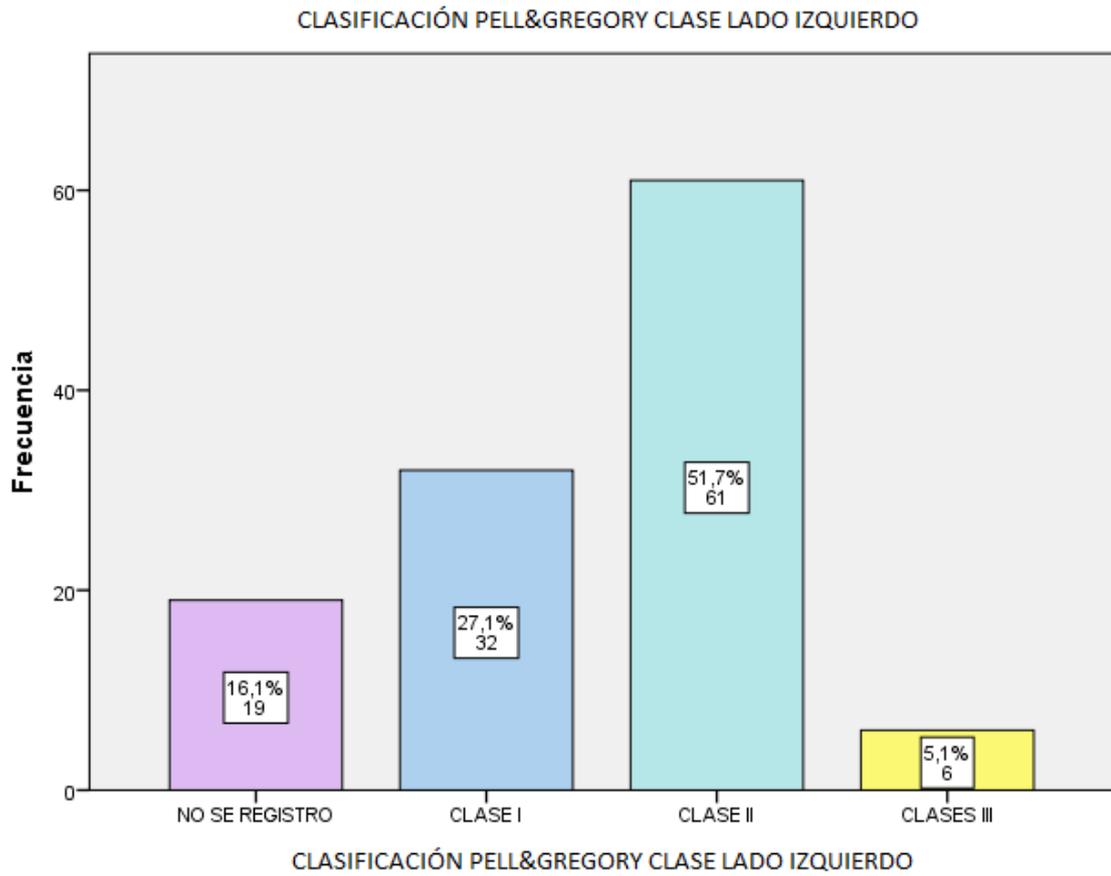
CLASIFICACION PELL&GREGORY		CLASIFICACION PELL&GREGORY			
CLASE LADO IZQUIERDO		CLASE LADO DERECHO			
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO SE REGISTRÓ	19	16,1	11	9,3
	CLASE I	32	27,1	42	35,6
	CLASE II	61	51,7	60	50,8
	CLASE III	6	5,1	5	4,2
	Total	118	100,0	100,0	100,0

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

De los 118 radiografías examinadas, se observa la posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Pell y Gregory en relación a la rama ascendente de la mandíbula 32(27,1%) presenta una Clase I ,61(51,7%) Clase II,6(5,1%) Clase III y 19(16,1%) no se registró; la posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Pell y Gregory en relación a la rama ascendente de la mandíbula 42(35,6%) presenta una Clase I ,60(50,8%) Clase II,5(4,2%) Clase III y 11(9,3%) no se registró.

Gráfico N° 8:

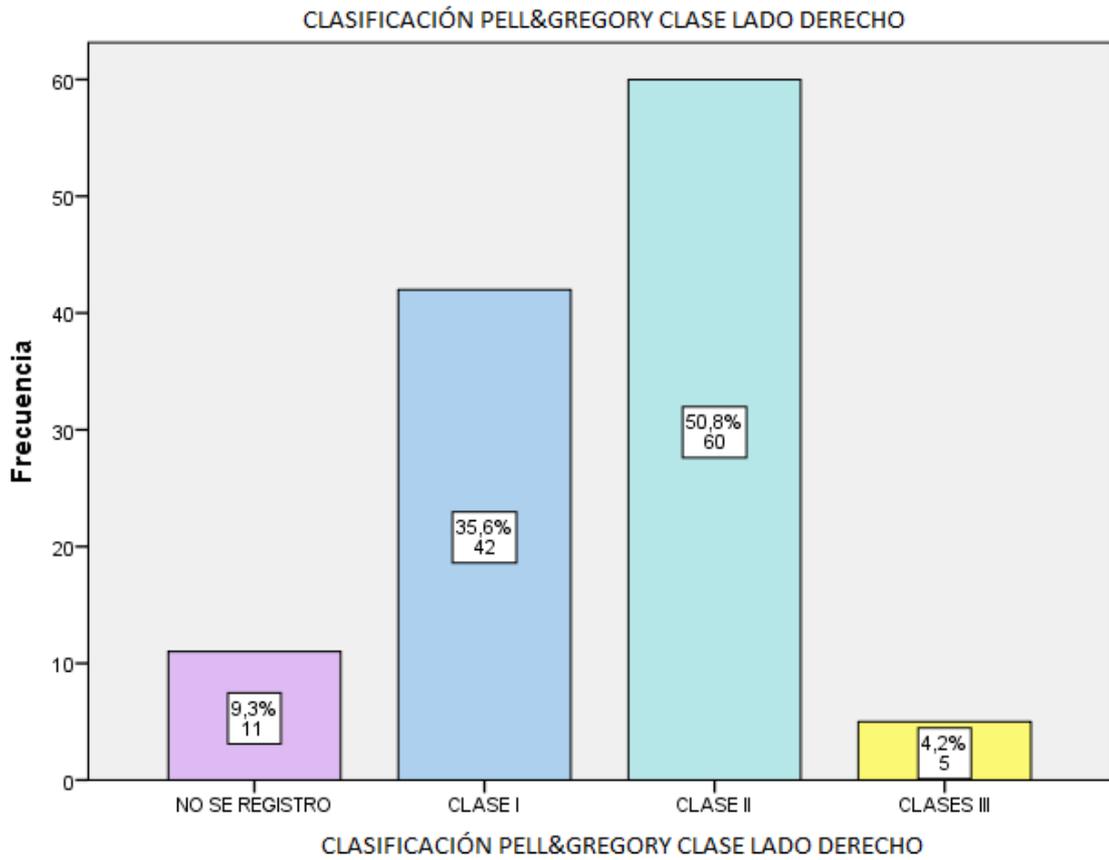
Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Gráfico N° 9:

Posición de tercera molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory en relación con la rama ascendente de la mandíbula.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

5.2 Análisis inferencial

Tabla N° 7:

Tabla de contingencia entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y el sexo.

Recuento		PATOLOGIA.ASOCIADA				Total
		NO SE REGISTRA	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	CARIES	LESIÓN PERIAPICAL	
SEXO	FEMENINO	73	6	0	0	79
	MASCULINO	35	2	1	1	39
Total		108	8	1	1	118

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

Del grupo femenino 73(61,9%) no se registró patología, 6(5,1%) presento aumento del espacio pericoronar, 0(0%) lesión cariosa y lesión periapical; en el grupo masculino 35(29,7%) no se registró patología, 2(1,7%) presento aumento del espacio pericoronar, 1(0,8%) lesión cariosa y lesión periapical.

Tabla N° 8:

Prueba chi-cuadrado entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y el sexo.

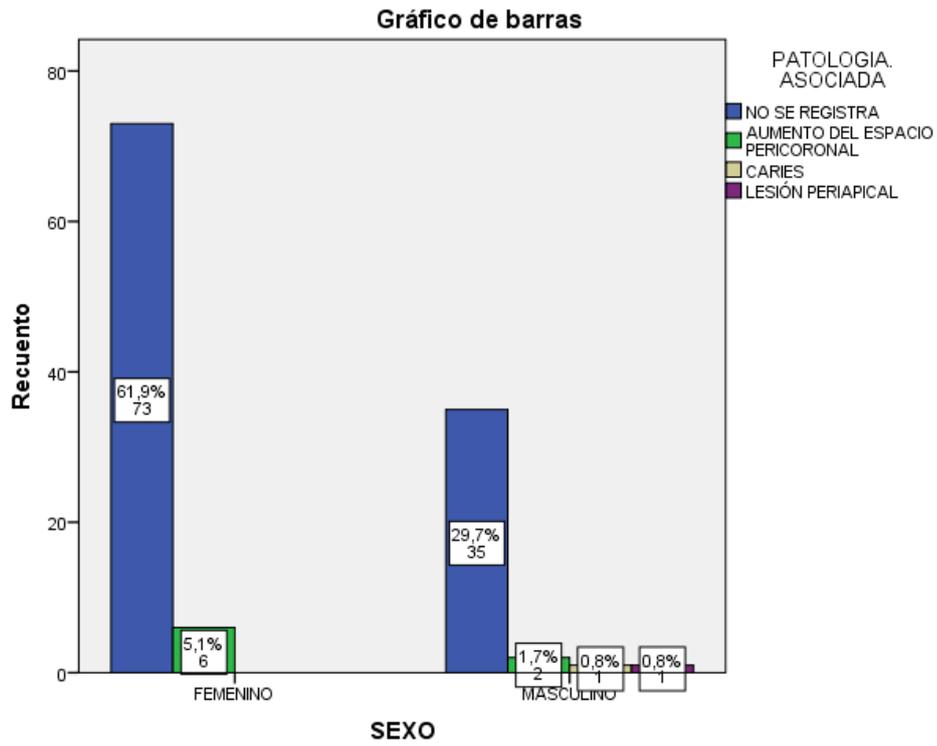
Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,306 ^a	3	,230
N de casos válidos	118		

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,230$).

Gráfico N° 10:

Gráfica de barras agrupadas entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y el sexo.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 9:

Tabla de contingencia entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad.

Tabla cruzada						
Recuento						
		PATOLOGIA ASOCIADA				Total
		NO SE REGISTRA	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	CARIES	LESIÓN PERIAPICAL	
EDAD	18	4	0	0	0	4
	19	2	1	0	0	3
	20	8	1	0	0	9
	21	8	0	0	0	8
	22	12	2	0	0	14
	23	9	0	0	0	9
	24	9	0	0	0	9
	25	11	1	0	0	12
	26	10	2	0	0	12
	27	6	0	0	0	6
	28	9	1	0	1	11
	29	8	0	1	0	9
	30	12	0	0	0	12
Total		108	8	1	1	118

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

En el grupo que presentaron aumento del espacio pericoronar 2 casos (1,7%) en las edades de 22 y 26 años, 1(0,8%) en edades de 19, 20 25 y 28 años; en el grupo que presentaron lesión cariosa 1(0,8%) en la edad de 29 años y en el grupo de lesión periapical 1(0,8%) en la edad de 28 años.

Tabla N° 10:

Prueba chi-cuadrado entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad.

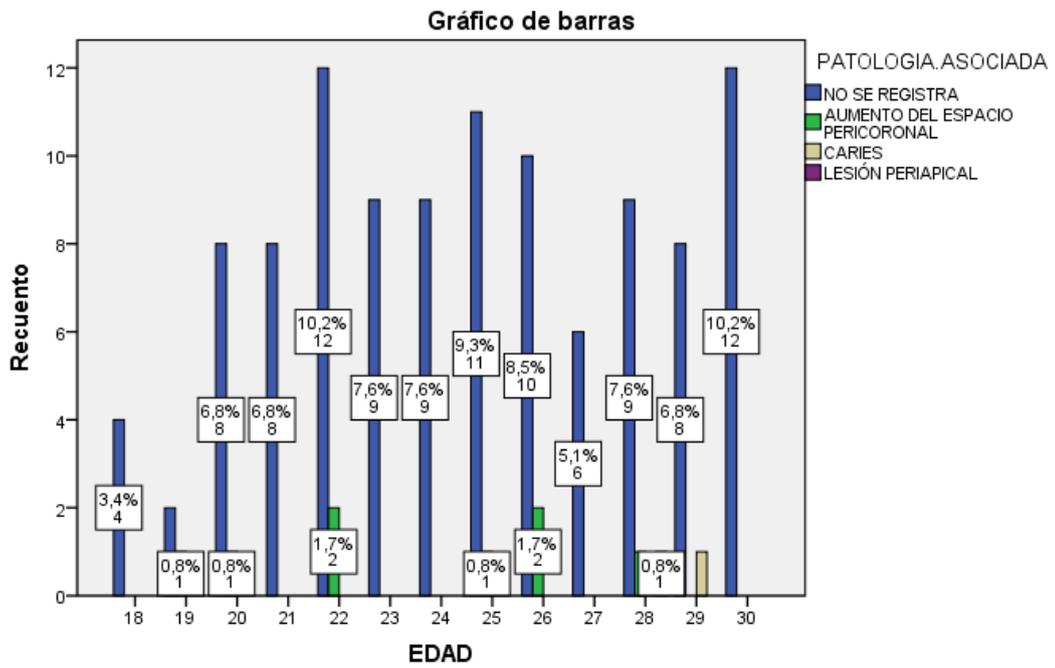
Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,941 ^a	36	,615
N de casos válidos	118		

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,615$).

Gráfico N° 11:

Gráfica de barras agrupadas entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 11:

Distribución de patologías asociada a la posición de terceras molares inferiores.

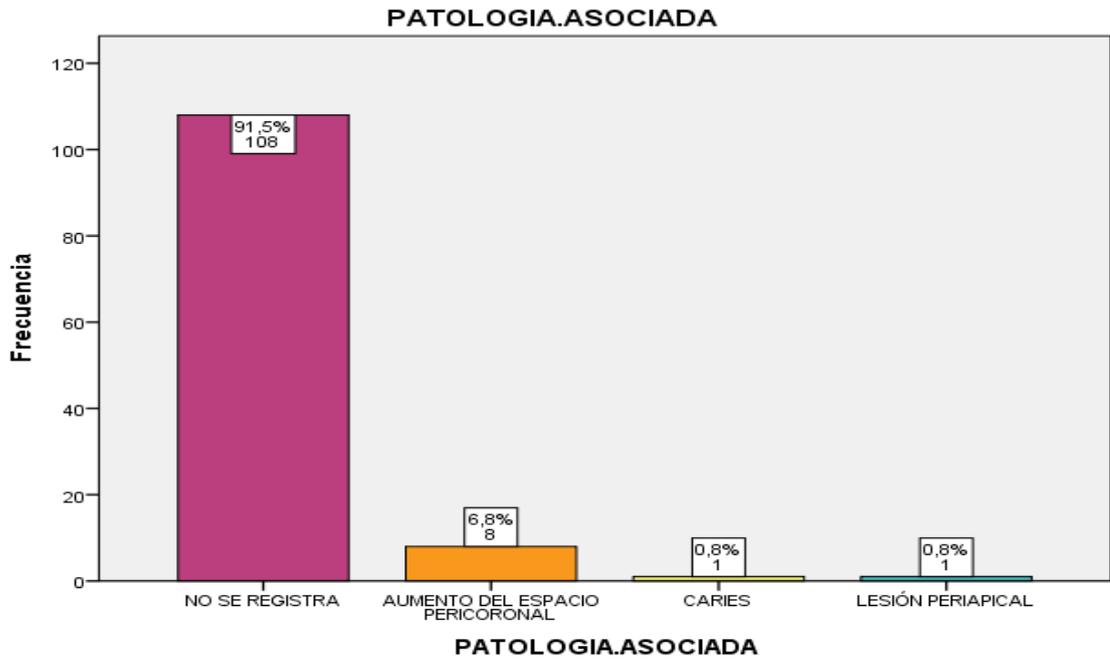
PATOLOGIA ASOCIADA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO SE REGISTRA	108	91,5	91,5	91,5
	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	8	6,8	6,8	98,3
	CARIES	1	,8	,8	99,2
	LESIÓN PERIAPICAL	1	,8	,8	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

Se observa la distribución de patologías asociada a la posición de tercer molar el cual 108(91,5%) no se registró patologías; 8(6,8%) aumento del espacio pericoronar, 1(0,8%) lesión cariosa y 1(0,8%) lesión periapical.

Gráfico N° 12:

Distribución de patologías asociada a la posición de tercera molares inferiores.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

5.3. Comprobación de hipótesis

Tabla N° 12:

Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.

		CLASIFICACION WINTER LADO IZQUIERDO					Total	
		NO SE REGISTRA	VERTICAL	MESIOANGULAR	HORIZONTAL	DISTOANGULAR		
PATOLOGIA ASOCIADA LADO IZQUIERDO – CLASIFICACION WINTER LADO IZQUIERDO	NO SE REGISTRA	Recuento	19	27	41	18	6	111
		% del total	16,1%	22,9%	34,7%	15,3%	5,1%	94,1%
	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	Recuento	0	1	1	0	4	6
		% del total	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	3,4%	5,1%
	CARIES	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
	Total	Recuento	19	28	43	18	10	118
		% del total	16,1%	23,7%	36,4%	15,3%	8,5%	100,0%

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

En el grupo que presentaron aumento del espacio pericoronar 1 (0,8%) presento una posición vertical, 1(0,8%) mesioangular, 4(3,4%) distoangular y en el grupo de lesión cariosa 1(0,8%) una posición mesioangular.

Tabla N° 13:

Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,767 ^a	8	,60
N de casos válidos	118		

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

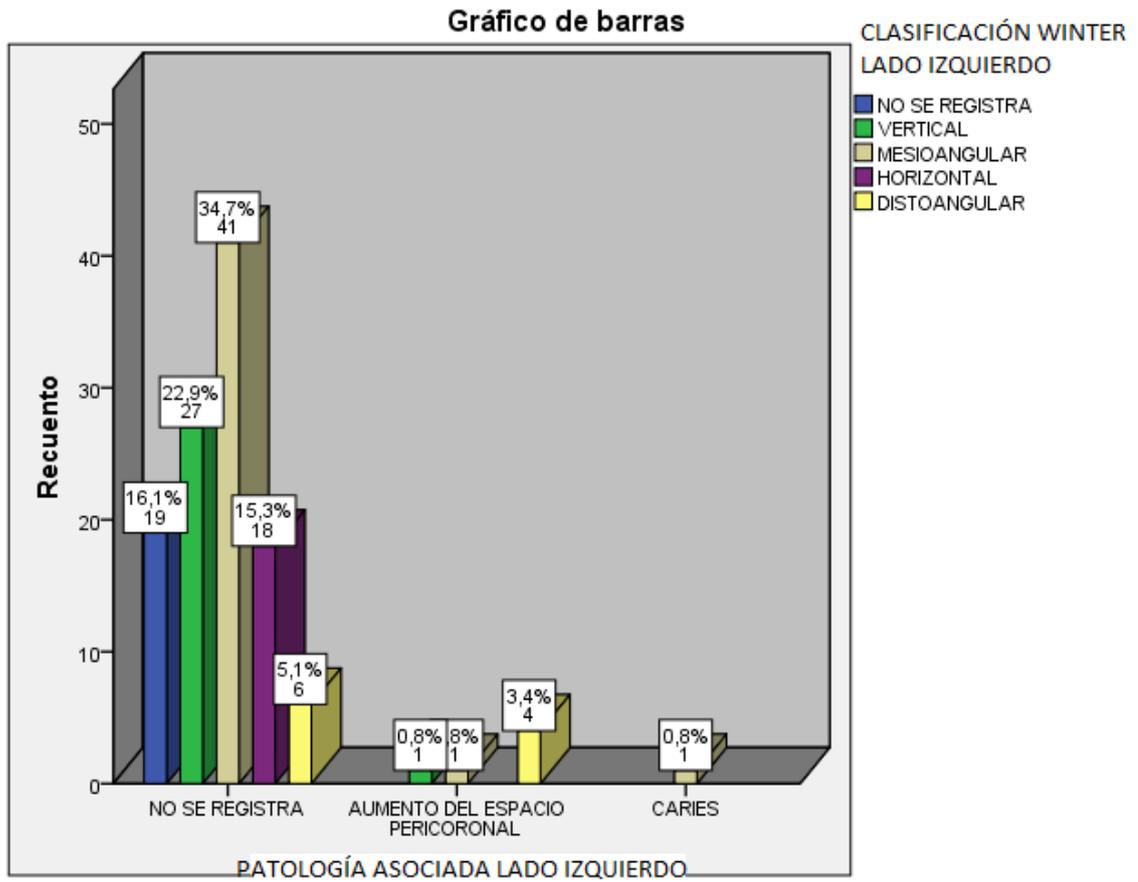
No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,60$).

H0: No existe relación entre la presencia de patologías asociadas a la posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.

H1: Existe relación entre la presencia de patologías asociadas a la posición de la tercera molar inferior izquierda según la clasificación de Winter.

Gráfico N° 13:

Distribución de patologías asociada a la posición de terceros molares inferiores.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 14:

Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.

		CLASIFICACION WINTER LADO DERECHO							Total	
		NO SE REGISTRA	VERTICAL	MESIOANGULAR	HORIZONTAL	DISTOANGULAR	BUCOANGULAR	INVERTIDO		
PATOLOGIA ASOCIADA LADO DERECHO - CLASIFICACION WINTER LADO DERECHO	NO SE REGISTRA	Recuento	11	37	37	12	12	2	2	113
		% del total	9,3 %	31,4 %	31,4 %	10,2 %	10,2 %	1,7 %	1,7 %	95,8 %
	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	Recuento	0	0	0	1	3	0	0	4
		% del total	0,0 %	0,0%	0,0%	0,8%	2,5%	0,0 %	0,0 %	3,4%
	LESIÓN PERIAPICAL	Recuento	0	0	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0 %	0,0 %	0,8%
	Total	Recuento	11	37	37	13	16	2	2	118
		% del total	9,3 %	31,4 %	31,4 %	11,0 %	13,6 %	1,7 %	1,7 %	100,0%

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

En el grupo que presentaron aumento del espacio pericoronar 1 (0,8%) presentó una posición horizontal, 3(2,5%) distoangular y en el grupo de lesión periapical 1(0,8%) una posición distoangular.

Tabla N° 15:

Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,141 ^a	12	,086

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

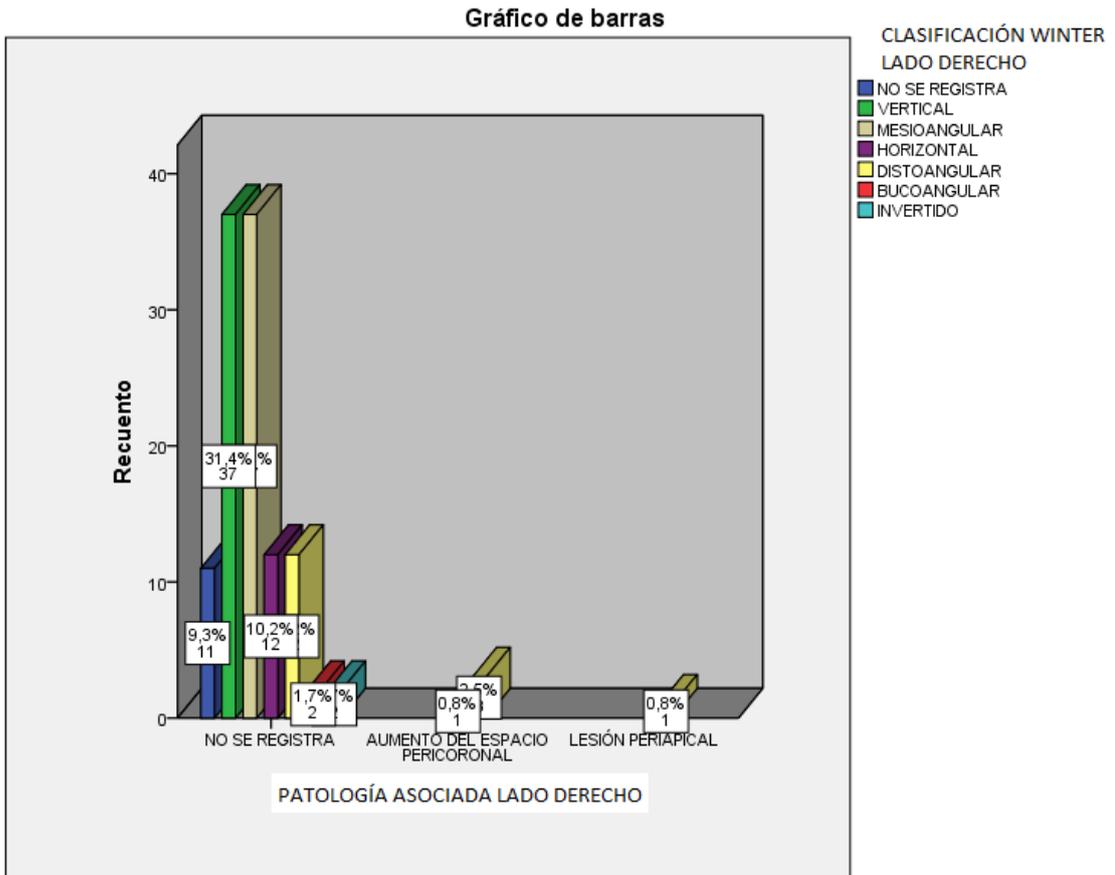
No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,086$).

H0: No existe relación entre la presencia de patologías asociadas a la posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.

H1: Existe relación entre la presencia de patologías asociadas a la posición de la tercera molar inferior derecha según la clasificación de Winter.

Gráfico N° 14:

Gráfica de barras agrupadas entre patología asociada a la posición de la tercera molar inferior y la edad.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 16:

Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

		CLASIFICACION PELL&GREGORY TIPO LADO IZQUIERDO					Total
		NO SE REGISTRO	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C		
PATOLOGIA LADO ASOCIADO IZQUIERDA – CLASIFICACION PELL&GREGORY TIPO LADO IZQUIERDO.	NO SE REGISTRA	Recuento	19	33	40	19	111
		% del total	16,1%	28,0%	33,9%	16,1%	94,1%
	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	Recuento	0	5	0	1	6
		% del total	0,0%	4,2%	0,0%	0,8%	5,1%
	CARIES	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
	Total	Recuento	19	39	40	20	118
		% del total	16,1%	33,1 %	33,9%	16,9%	100,0%

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

En el grupo que presentaron aumento del espacio pericoronar 5 (4,2%) presento una Posición A, 1(0,8%) Posición C, 0(0%) Posición C y en el grupo de lesión cariosa 1(0,8%) Posición A, 0(0%) Posición B y C.

Tabla N° 17:

Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,209 ^a	6	,116
N de casos válidos	118		

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

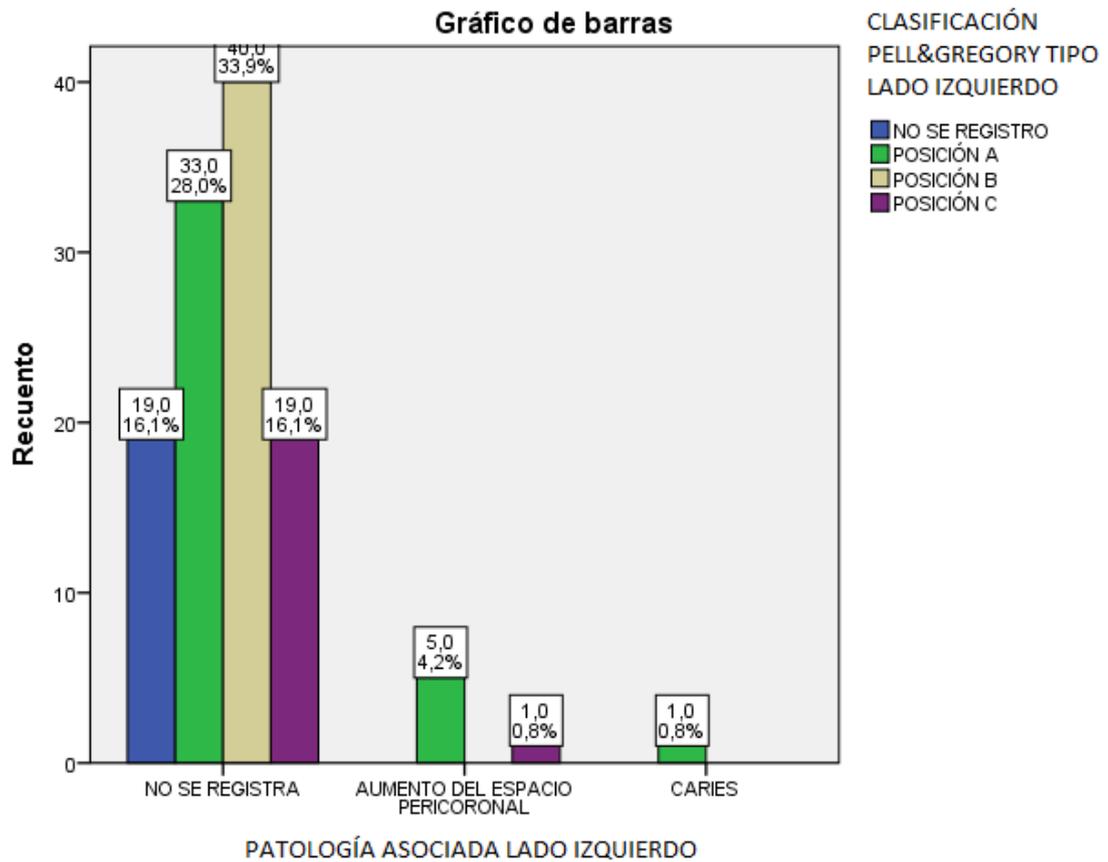
No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,116$).

H0: No existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

H1: Existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

Gráfico N° 15:

Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 18:

Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior derecho según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

		Tabla cruzada PATOLOGÍA ASOCIADA LADO DERECHO – CLASIFICACION PELL&GREGOR TIPO LADO DERECHO					Total
		CLASIFICACION PELL&GREGOR TIPO LADO DERECHO					
		NO SE REGISTRA	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C		
CLASIFICACION PELL&GREGOR TIPO LADO DERECHO	NO SE REGISTRA	Recuento	11	48	35	19	113
		% del total	9,3%	40,7%	29,7%	16,1%	95,8%
	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	Recuento	0	4	0	0	4
		% del total	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	3,4%
	LESIÓN PERIAPICAL	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
Total	Recuento	11	53	35	19	118	
	% del total	9,3%	44,9%	29,7%	16,1%	100,0%	

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

En el grupo que presentaron aumento del espacio pericoronar 4 (3,4%) presento una Posición A, 0(0%) Posición B, C y en el grupo de lesión periapical 1(0,8%) Posición A, 0(0%) Posición B y C.

Tabla N° 19:

Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,403 ^a	6	,380
N de casos válidos	118		

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

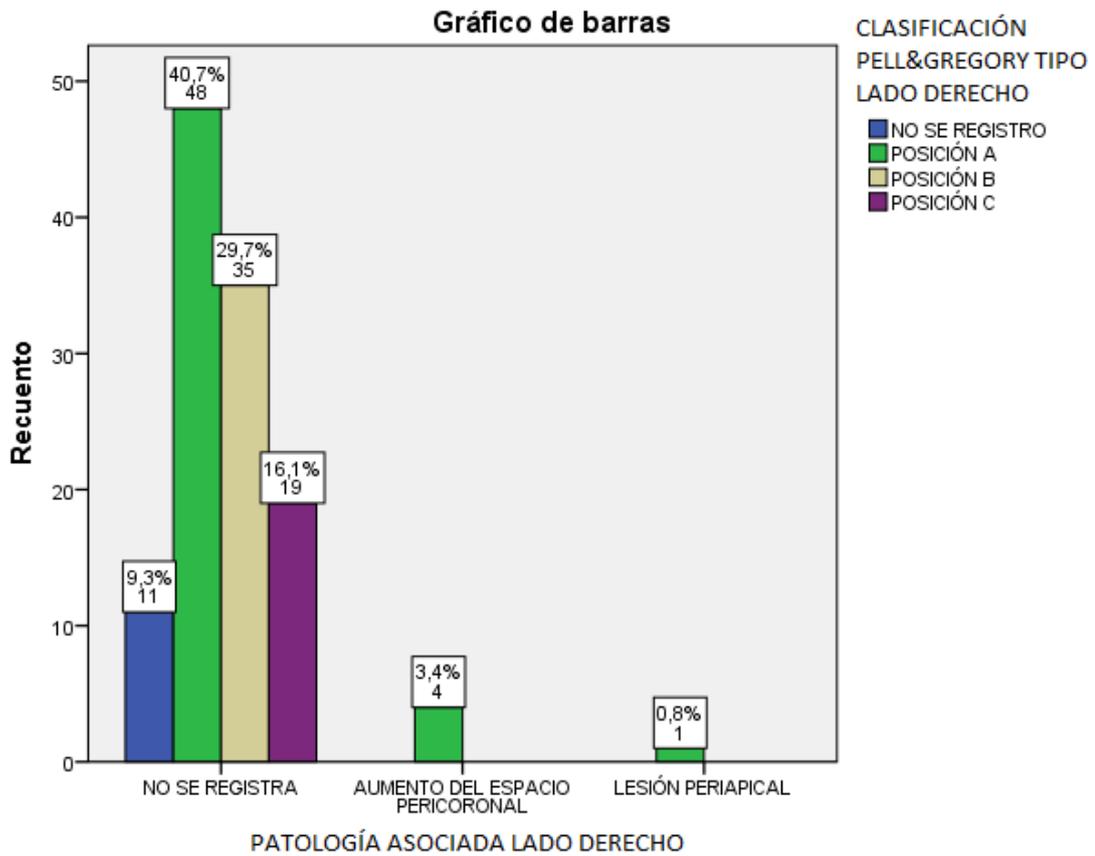
No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,380$).

H0: No existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

H1: Existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.

Gráfico N° 16:

Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory profundidad relativa con el hueso.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 20:

Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.

		CLASIFICACION PELL&GREGOR CLASE LADO IZQUIERDO				Total	
		NO SE REGISTRO	CLASE I	CLASE II	CLASE III		
CLASIFICACION PELL&GREGOR CLASE LADO IZQUIERDO	NO SE REGISTRA	Recuento	19	31	56	5	111
		% del total	16,1%	26,3%	47,5%	4,2%	94,1%
	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	Recuento	0	0	5	1	6
		% del total	0,0%	0,0%	4,2%	0,8%	5,1%
	CARIES	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
	Total	Recuento	19	32	61	6	118
		% del total	16,1%	27,1%	51,7%	5,1%	100,0%

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

En el grupo que presentaron aumento del espacio pericoronar 5 (4,2%) presento Clase II, 1(0,8%) Clase III, 0(0%) Clase I y en el grupo de lesión cariosa 1(0,8%) Clase I, 0(0%) Clase II y III.

Tabla N° 21:

Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,230 ^a	6	,222
N de casos válidos	118		

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

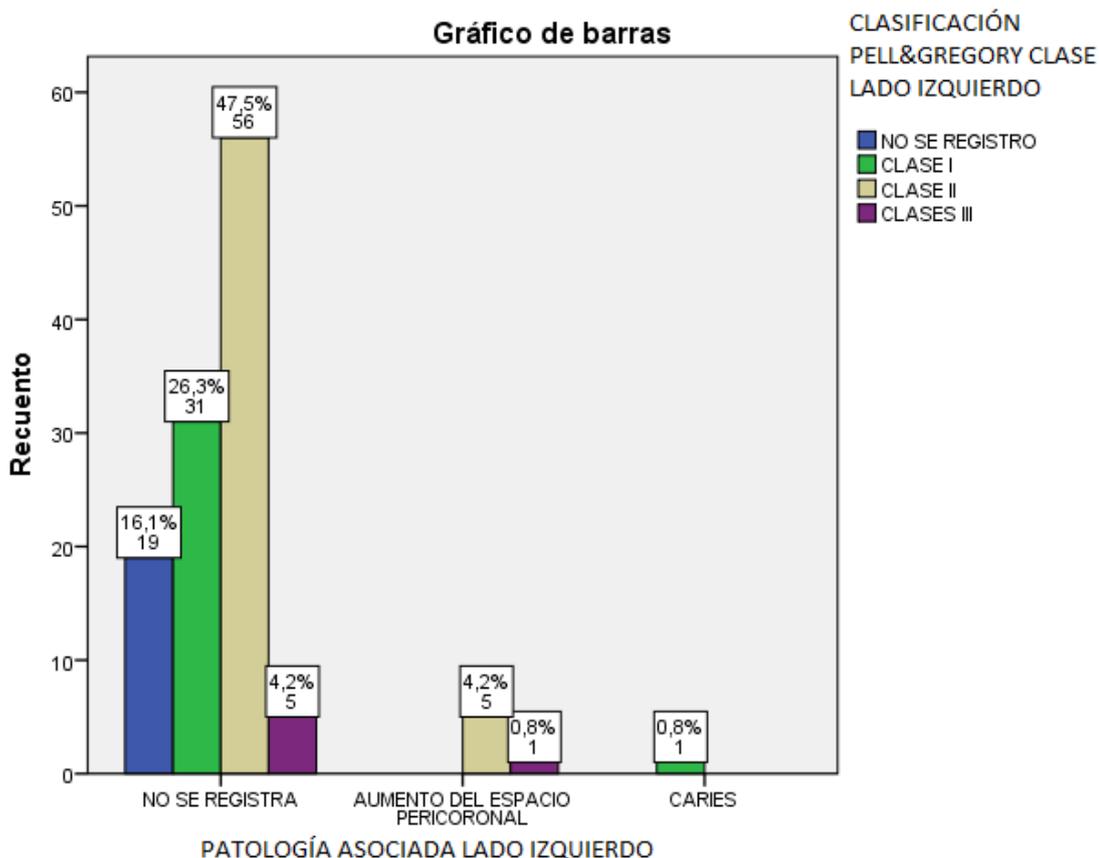
No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,222$).

H0: No existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.

H1: Existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.

Gráfico N° 17:

Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior izquierda según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

Tabla N° 22:

Tabla de contingencia entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula

		CLASIFICACION PELL&GREGOR CLASE LADO IDERECHO					Total
		NO SE REGISTRO	CLASE I	CLASE II	CLASE III		
CLASIFICACION PELL&GREGOR CLASE LADO IDERECHO.	NO SE REGISTRA	Recuento	11	41	56	5	113
		% del total	9,3%	34,7%	47,5%	4,2%	95,8%
	AUMENTO DEL ESPACIO PERICORONAL	Recuento	0	0	4	0	4
		% del total	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	3,4%
	LESIÓN PERIAPICAL	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
	Total	Recuento	11	42	60	5	118
		% del total	9,3%	35,6%	50,8%	4,2%	100,0%

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

En el grupo que presentaron aumento del espacio pericoronar 4 (3,4%) presento Clase II, 0(0%) Clase I, III y en el grupo de lesión periapical 1(0,8%) Clase I, 0(0%) Clase II y III.

Tabla N° 23:

Prueba chi-cuadrado entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,758 ^a	6	,451
N de casos válidos	118		

Fuente: Tabla elaborada por el investigador.

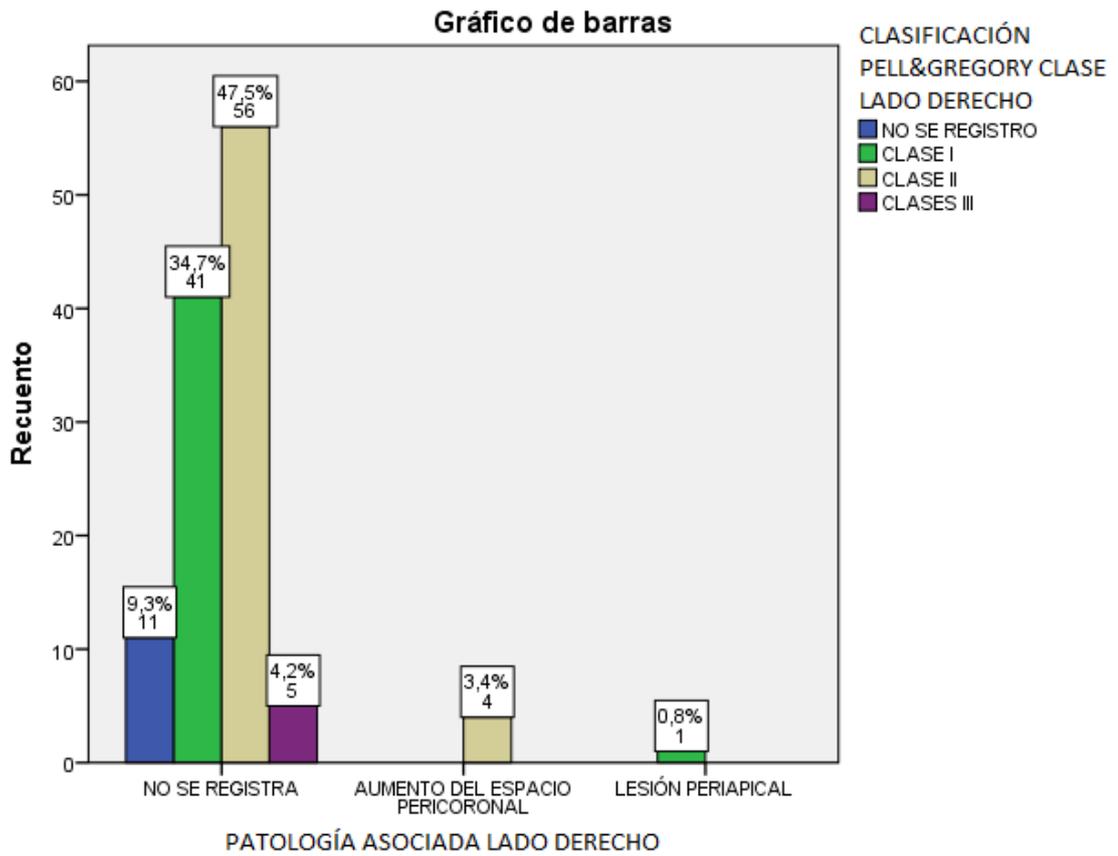
No se encontró una asociación estadísticamente significativa al comparar las variables del estudio ($p=0,451$).

H0: No existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.

H1: Existe relación entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.

Gráfico N° 18:

Gráfica de barras agrupadas entre patología y posición de la tercera molar inferior derecha según Pell y Gregory relación con la rama ascendente de la mandíbula.



Fuente: Gráfica elaborada por el investigador.

5.4. DISCUSIÓN

Las terceras molares impactadas son un problema importante de la patología odontológica, por su frecuencia, variedad y por las complicaciones que frecuentemente desencadenan. La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o 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. La edad media de erupción de las terceras molares en los varones es de 19,9 años y de 20,4 años en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años.

En relación a la angulación, los dientes impactados pueden presentarse de la siguiente manera: mesioangulado, distoangulado, vertical u horizontal.

El diente mesioangulado es el más común; la impactación vertical es la segunda, la impactación horizontal es la menos frecuente, el diente con impactación distoangular se encuentra distalmente al segundo molar.

Según algunas investigaciones, la retención de las terceras molares es más frecuente en el sexo femenino, una investigación realizada en 244 expedientes clínicos de pacientes que consultaron la Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín de Guatemala predominando con un 61% el sexo femenino y con un 39% el sexo masculino.

Las terceras molares impactadas pueden presentar un gran abanico de manifestaciones clínicas desde asintomáticas hasta estar incluidas dentro de procesos tumorales malignos. Dentro de las complicaciones infecciosas, la pericoronaritis es la más frecuente; a su vez, también pueden producir caries en el segundo molar y úlceras traumáticas. De igual forma, los dientes impactados constituyen un factor debilitante en la mandíbula, lo cual explica la mayor frecuencia de líneas de fractura en relación con el diente impactado. La destrucción ósea del diente vecino es una complicación relativamente frecuente en impactaciones horizontales y mesioangulares que pueden acarrear la pérdida del diente adyacente. La odontalgia es una de las manifestaciones de los cordales retenidos y suele deberse a pericoronaritis, caries o presión sobre los dientes vecinos. Así mismo, los cordales pueden relacionarse con lesiones como quistes y tumores malignos. La presión ejercida sobre los segundos molares puede provocar dolores severos y descompensación en las fuerzas de la masticación ocasionando mal funcionamiento y dolor en la articulación temporomandibular.

La presencia de los terceros molares en gran cantidad de posición impactada en muchas ocasiones desencadenan alteraciones de tipo dental, periodontal, de dolor y de aseo personal. Entre las complicaciones más frecuentes esta la pericoronaritis, la rizólisis de la pieza contigua, movilidad dentaria, halitosis, trismos, procesos infecciosos y en mayor gravedad quistes y tumores.

Por lo ya mencionado se considera de suma importancia estudiar las complicaciones dentomaxilares debido a la presencia de los terceros molares a su vez su posición, su situación y sus efectos que ocasiona en la cavidad bucal, y observar si existe algún tipo de complicación para que el odontólogo realice un diagnóstico acertado y su vez brindar un tratamiento adecuado.

Por lo general es siempre recomendable extraer toda pieza retenida ya que en ciertas ocasiones el epitelio que rodea estas piezas puede crecer de forma maligna ocasionando el quiste dentígero, el cual es el más común y frecuente debido a presencia de terceros molares y en ocasiones más graves la presencia de tumores a nivel del tercer molar y la rama ascendente.

Posteriormente a esto Fanning menciona que se puede considerar como normal que pueda existir un retraso en la erupción de los terceros molares de aproximadamente dos años. Archer mediante su estudio se basa que las piezas dentales con mayor frecuencia de inclusión eran los terceros molares, dando en orden de inclusión y en primero lugar al tercer molar superior, seguido por el tercer molar inferior y el canino inferior.

Berten y Cieszinky encuentran que el tercer molar inferior es el diente con mayor frecuencia de inclusión con un 35% coincidiendo con Saha y Cois los cuales realizaron un estudio más actual diciendo que los terceros molares eran las últimas piezas en erupcionar por lo cual existía mucha facilidad de

que queden impactados o sufran de desplazamiento si no hay el espacio suficiente en la arcada dentaria.

Para Bjork el 45% de los pacientes de una clínica odontológica presentan los cordales incluidos y de ellos el 75% presentan patologías que requieren tratamientos quirúrgicos, es por estos que es necesario realizarse la extracción de los cordales ya que su presencia puede desencadenar efectos negativos en la cavidad bucal.

El presente trabajo de investigación, tuvo como propósito; determinar la frecuencia en la posición de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años observadas en radiografías panorámicas.

Se analizaron las posiciones más frecuentes, las cuales son la mesioangular y la clase II, mencionada en estudios anteriores; y las patologías asociadas a la erupción de la terceras molares inferiores, la cual fue el aumento del adulltoespacio pericoronario.

En el estudio que realizó Domínguez Huayanay, J. en el 2016 prevaleció según la clasificación de Winter, posición mesioangular (55,2%) sexo femenino (32,2%), edad de 18 años (11,9%). Según clasificación de Pell y Gregory, predominó clase I nivel B (51,7%), el sexo femenino (33,8%), edades 21 y 22 años (9%). Concluyendo que según Winter la posición mesioangular predomina y en Pell y Gregory clase I nivel B.

En cuanto a la clase con mayor prevalencia en el lado izquierdo la II con 51,7% y en el lado derecho 50,8% la II. El tipo con mayor prevalencia fue el lado izquierdo la B con 33,9% y en el lado derecho 44,9% la A. Difiere con este estudio, cuyos resultados fueron según clasificación de Pell y Gregory, predominio clase I tipo B (51,7%).

Rodríguez Rimarachin, R. en el 2014 concluyó que las posiciones de las terceras molares en relación a la rama mandibular presentan un alto porcentaje en las clases I y II, tanto en la pieza izquierda y derecha. La clasificación respecto a la profundidad en el hueso mandibular muestra que el 89% de la pieza izquierda se ubica en la posición A, el 8.5% en la posición B y el 2.4% en la posición C, con porcentajes similares en la pieza derecha. De acuerdo al eje longitudinal de las piezas dentales, el mayor porcentaje tanto en la lado izquierda como derecho fue mesioangulada y vertical con un menor porcentaje en la categoría horizontal. La posición con mayor prevalencia en el lado izquierdo fue la mesioangular con 36,4% y en el lado derecho la vertical y mesioangular con 31,4%. Mostrando similitud de estudio con la investigación realizada en el que presentaron mayor porcentaje tanto en la lado izquierdo como derecho, posición mesioangulada y vertical.

La patología asociada a la posición de terceras molares inferiores son aumento del espacio pericoronar con 6,8 %, lesión cariosa con 0,8 y lesión periapical con 0,8%. Se registró aumento del espacio pericoronar en las edades de 22,26 años con 1,7% y 0,8% en edades de 19, 20, 25, 28 años; lesión cariosa 0,8% en edad de 29 años y lesión periapical 0,8% en la edad de 28 años. Se registró aumento del espacio pericoronar con 5,1% en el

sexo femenino y en sexo masculino con 1,7%; lesión cariosa 0,8% y lesión periapical con 0,8%.

Este resultado difiere con el estudio realizado en el 2012 por Yencon Naranjo, J. quien después de haber realizado el análisis e interpretación de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones; donde los terceros molares en un 42 % han ocasionado dolor, en un 32% presenta movilidad dentaria, en un 22% presentó pericoronaritis y dificultad al abrir la boca en un 21%. En consideración a la posición de la terceras molares pieza 1.8 presentó 86% posición vertical, según su tipo el B predominó en un 57%, el A en un 29%. En cuanto la pieza 3.8 la posición que predominó fue la vertical en un 59%, mesioangular con un 25%, distoangular en un 5% y con un 11% la horizontal; según su tipo el A tuvo un 50%, el B un 48% y el C un 2%, según su clase la I presentó 73%, la II 27%. Pudiendo llegar que el 42% del total tiene el tercer molar impactado en posición mesioangular y horizontal, lo cual refleja que el 42% presenta aumento de dolor.

Su análisis presentó con 22% en la pericoronaritis como complicación clínica; por eso difiere con nuestro estudio ya que este es analizando patologías asociadas en radiografías panorámicas. La patología asociada fue el aumento del espacio pericoronar con mayor prevalencia en pacientes de 22 años, y con mayor predominancia en el sexo femenino.

En este estudio no se encontró una asociación significativa entre la posición de la tercera molar inferior y patologías asociadas en pacientes de 18 a 30 años que acudieron a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.

CONCLUSIONES

- La clase según la clasificación de Pell & Gregory con mayor prevalencia en el lado izquierdo y derecho la Clase II; y la posición con mayor prevalencia en el lado izquierdo la posición B y en el lado derecho la posición A.
- La posición según la clasificación de Winter con mayor prevalencia en el lado izquierdo la posición mesioangular y en el lado derecho la posición vertical y mesioangular.
- La patología asociada a la posición de terceras molares inferiores son aumento del espacio pericoronar, seguido de lesión cariosa y lesión periapical.
- Se registró aumento del espacio pericoronar en las edades de 22,26 años, seguido en edades de 19, 20, 25, 28 años; lesión cariosa en edad de 29 años y lesión periapical en la edad de 28 años.
- Se registró aumento del espacio pericoronar en mayor proporción en el sexo femenino; y en sexo masculino pero en menor proporción, seguido también lesión cariosa y lesión periapical.
- No encontró una asociación estadísticamente significativa entre la posición según la clasificación de Pell & Gregory y Winter de la tercera molar inferior y patologías asociadas en pacientes incluidos en este estudio.

RECOMENDACIONES

- No se debe de realizar la extracción de ninguna pieza sin haber tomado una radiografía panorámica al paciente, ya que esta radiografía nos muestra la posición exacta del tercer molar, la relación que este diente tiene con sus estructuras anatómicas adyacentes.
- Las radiografías panorámicas nos permitirán ver el crecimiento y erupción de las terceras molares. Con la probabilidad de pronosticar e indicar su tratamiento quirúrgico.
- Realizar estudios que determinen el nivel de conocimiento de posición, tipo, clase y patología asociada a la erupción de terceras molares inferiores.
- Informar al paciente sobre la importancia de la extracción de las terceras molares y las futuras complicaciones que esta puede traer.
- Realizar investigaciones similares donde se considere para el estudio Tomografía Cone Beam.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Rodríguez Rimarachin 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]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. Facultad de Odontología; 2014.
- 2.- Palacios Colán 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]. Lima: Universidad Peruana de ciencias Aplicadas. Facultad de Odontología; 2014.
- 3.- 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.
- 4.- Tirado Delgado J. Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital central FAP [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015.
- 5.- Díaz Díaz M. Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores según la clasificación de Pell y Gregory en el área de radiología dental de la Universidad Alas Peruanas lima 2016 [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de medicina humana y ciencias de la salud; 2016.
- 6.- Díaz Benavides R. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores con relación a la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 25 años de edad atendidos en dos centros radiológicos del distrito de Trujillo en el año 2013 [Tesis]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2016.

- 7.- Domínguez Huayanay J. Prevalencia de la posición y situación de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Hospital regional de Ayacucho en el año 2015 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Alas Peruanas. Facultad de medicina humana y ciencias de la salud; 2016.
- 8.- Villavicencio Conejo M. Frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el centro radiológico Tomodent, Guanacaste- Costa Rica, 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Cayetano Heredia. Facultad de Odontología; 2017.
- 9.- 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.
- 10.- Yencon Naranjo J. Posición de los terceros molares y su repercusión en las complicaciones dentomaxilares [Tesis]. Portoviejo, Ecuador: Universidad San Gregorio de Portoviejo. Unidad académica de salud carrera de Odontología; 2012.
- 11.- Gómez Tabares S. Terceros molares retenidos, responsables en el apiñamiento en dentición permanente [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad piloto de Odontología; 2013.
- 12.- Crespo Reinoso P., Farfán Romero M., García García A., Landi Palacios D. Frecuencia de la posición de terceros molares inferiores retenidos con relación a la Clasificación de Pell y Gregory en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Odontología; 2014.

- 13.- Gonzales Muñoz F. Frecuencia de la posición de los terceros molares incluidos en pacientes intervenidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo Abril – Junio 2014 [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de las Américas. Facultad de Odontología; 2014.
- 14.- Arellano Rodriguez J. Estudio comparativo de la posición de terceros molares según la clasificación de Pell y Gregory y Winter [Tesis]. Quito: Universidad San Francisco de Quito. Facultad de Odontología; 2015.
- 15.- Pérez D, Alcolea J, Velázquez R, León Z. Terceros molares mediciones cefalométricas del espacio disponible para su posible erupción. Multimed Revista Médica 2012; 16(4): 3214-3220.
- 16.- Figueroa Díaz G. Estudio radiológico retrospectivo y comparativo de la situación y posición que adoptan los terceros molares inferiores retenidos en hombres y mujeres de 18 a 30 años de la Ciudad de Ambato en el periodo 2005-2010 [Tesis]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes. Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
- 17.- Vayas Kuffel V. Clasificación de la posición de los terceros molares y su mayor incidencia [Tesis]. Guayaquil: Universidad Regional Autónoma de los Andes. Facultad de Ciencias Médicas; 2010-2011.
- 18.- Muchaypiña Godoy R. Relación entre la presencia de terceras molares inferiores retenidas en posición mesioangular y el apiñamiento dentario del sector antero inferior en pacientes de 10 a 20 años [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela Académica Profesional de Odontología; 2010.

- 19.- Santa Cruz J. Impactación de terceras molares inferiores y espacios disponible para su erupción en pacientes atendidos en la Clínica dental del Hospital Militar Central [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2007.
- 20.- Verde Ríos D. Posiciones e Inclusiones de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2008 [Tesis]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2010.
- 21.- Gay C., Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. 1ra Edición. Tomo I. ed. Ergon; 2004.
- 23.- Ries G, Muller E. Cirugía Bucal Patología, Clínica y Terapéutica. 10ma Edición. ed. El Ateneo. 2011.
- 25.- Gregoret J. Ortodoncia y Cirugía Ortognática: Diagnóstico y planificación. 2da edición. ed. Espaxs. 1997.
- 24.- Valdiviezo C., Escalona S., Couto y A. Elementos embriológicos de la estructura dental.2005.
- 25.- McArdle L., Renton T. Oral Maxilofacial Distal cervical caries in the mandibular second molar: indication for the prophylactic removal of the third molar. Año 2006.
- 26.- Peterson L., Ellis E., Hupp J., Tucker I. Principles of management of impacted teeth. ed. Contemporary Oral and Maxilofacial al Surgery.2nd ed. St. Louis: Ivosby.

- 27.- James H. Cirugía oral y Maxilofacial contemporánea ed. Elseiver España. 2010.
- 28.- Carranza F., Michael G., Henry H., Perry R., 2009. Periodontología. 10ma edición. McGraw Hill. México.
- 29.- Ash N., Anatomía, fisiología y oclusión dental. 9na edición. Elsevier. España. 2010.
- 30.- Crestanello N. Aspectos controversiales en relación al manejo de los terceros molares asintomáticos. Revista Actas odontológicas 2010; 7(2): 63- 76.
- 31.- Radi L., Nayib J., Aspectos Claves Tercer Molar. 1era edición. Medellín: CIB Fondo Editorial; 2013.
- 32.- Corral I., Flores F. Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. Revista Odontológica Mexicana 2005; 9 (2): 84-91.
- 33.- Villafuerte L., German L., Cámara R., Mallma A. Cambios histopatológicos de los folículos dentales en relación al espacio pericoronario y posición de terceros molares no erupcionados. Revista Estomatológica Herediana 2016; 26(4):206-14.
- 34.- Ruales Galarza H., Quel Carlosama F. Estudio histopatológico del saco pericoronario de terceros molares incluidos. Revista Ciencias Médicas de Odontología 2017; 3(1): 217-233.
- 35.- Anand S., Kashyap B., Kumar G., Shruthi B., Supriya A. Pericoronal radiolucencies with significant pathology: clinico-histopathologic evaluation. Biomed J. 2015; 38(2): 148-152.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación



Pueblo Libre, 19 de abril de 2018

CD. DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada **SERRANO CARMEN, JEANETTE KATERINE**, con código **2008154918**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "FRECUENCIA EN LA POSICIÓN DE TERCERAS MOLARES INFERIORES Y SU PATOLOGÍA ASOCIADA EN PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN EL AÑO 2018"

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

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

Atentamente,

Horario visualización:

**Lunes: 8am - 12m.
14.00 - 18.00 hrs.*

**Martes: 7am - 9am.
16.30 - 20.00 hrs.*

**Miércoles: 13.00 - 20.00 hrs.*

*Jueves: 8am - 12m.
14.00 - 20.00 hrs.*

*Viernes: 7am - 10.00am.
16.00 - 20.00 hrs.*

*Sábado: 8am - 12m.
14.00 - 20.00 hrs.*



OBS: Por favor respetar el horario

C.C.
Dr. Ronny Gonzales Vilchez
Dra. Claudia Ruiz Panduro
Dr. Jorge Alfredo Chero Guevara

Anexo 2: Constancia de desarrollo de investigación.



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

CONSTANCIA DE DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente , dejamos constancia que la ~~estudiante~~ ~~Jessette~~ ~~Katerine~~ Serrano Carmen ~~Jessette~~ ~~Katerine~~, identificada con el DNI 41467574 ha culminado satisfactoriamente con su recolección de datos para su investigación de tesis titulada "FRECUENCIA EN LA POSICIÓN DE TERCERAS MOLARES INFERIORES Y SU PATOLOGÍA ASOCIADA EN PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS QUE ACUDEN A LA CLINICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN EL AÑO 2018." mostrando en todo en todo momento eficiencia , responsabilidad y buena formación académica.

Se le otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere conveniente. |

Anexo 3: Juicio de Expertos

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: Ma. Tapia
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA: Universidad Alas Peruanas
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION: Bashiher
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Seannette Kristaline Serrano Gamson

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE							
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													
3. ACTUALIZACION	Esta adecuados los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.													
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los items.													
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación													

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 30/03/18 UNO: 06782318 FIRMA DEL EXPERTO:

[Firma manuscrita]
06782318
Pays # 65

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : Reyes Lesca Luis
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : Asociación Profesional
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Examen
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Dr. Ricardo Gonzalez Valencia

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE							
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													
3. ACTUALIZACION	Esta adecuados los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.													
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sítems.													
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación													

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 27/03/18 ONI: 09397416

FIRMA DEL EXPERTO:

[Firma]
 REYES LESCA
 Experto en Estomatología
 ANEXO al Informe de Juicio de Valoración
 CAP 5120 - RNE 503

Anexo 4: Instrumento de recolección de datos.



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El objetivo de este instrumento es recolectar toda la información necesaria para el presente estudio de investigación, la presente ficha está diseñada para la evaluación de la posición y hallazgos radiográficos de los pacientes que acuden a la Clínica Docente Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas.

Marcar con una ("x")

NÚM. HC: **FECHA:**

a. EDAD: **b. SEXO:** Femenino – Masculino

**EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA: POSICIÓN Y HALLAZGOS
RADIOGRÁFICOS PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA TERCERA MOLAR
INFERIOR.**

**1. EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA DE LA POSICIÓN DE LA TERCERA
MOLAR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE WINTER.**

Pza.	Vertical	Mesioangular	Horizontal	Distoangular
3.8				
4.8				

Pza.	Bucoangular	Linguoangular	Invertido
3.8			
4.8			

Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología. Editorial panamericana. Año 2006; capítulo 5: pág. 103

2. EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA DE LA POSICIÓN DE LA TERCERA MOLAR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY:

TERCER MOLAR INFERIOR 3.8			
TIPO A		CLASE I	
TIPO B		CLASE II	
TIPO C		CLASE III	

TERCER MOLAR INFERIOR 4.8			
TIPO A		CLASE I	
TIPO B		CLASE II	
TIPO C		CLASE III	

Fuente: Raspall, G. Cirugía oral e implantología. Editorial Médica Panamericana. Año 2006; capítulo 5: pág. 104

3. HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA TERCERA MOLAR:

	<u>PIEZAS DENTARIAS</u>			
	PZA. 37	PZA. 38	PZA. 47	PZA. 48
<u>HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS</u>				

Fuente: Elaborado por el investigador.

Anexo 5: Matriz de consistencia.



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

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación entre posición de la tercera molar inferior y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?	Determinar la relación entre posición de la tercera molar inferior y su patología asociada en clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.	La posición más frecuente de terceras molares inferiores determina la presencia de patologías en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.	<p>Variable independiente</p> <p>-Posición de terceras molares inferiores.</p> <p>Variable dependiente</p> <p>-Patologías</p> <p>Variable interviniente</p> <p>-Sexo -Edad</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION Aplicada</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACION -Observacional -Descriptivo - Transversal</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACION - No experimental</p>
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS		
1. ¿Cuál es la posición más frecuente de terceras molares inferiores según la Clasificación de Pell & Gregory en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas	1. Determinar la frecuencia de la posición de terceras molares inferiores según la Clasificación de Pell & Gregory en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas	1. Existe una posición más frecuente de terceras molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas		

<p>en el año 2018?</p> <p>2. ¿Cuál es la posición más frecuente de terceras molares inferiores según la Clasificación de Winter en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?</p> <p>3. ¿Qué patología está asociada a la posición de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?</p> <p>4. ¿Cuál es la distribución según la edad, de las terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?</p>	<p>en el año 2018.</p> <p>2. Determinar la frecuencia de la posición de terceras molares inferiores según la Clasificación de Winter en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p> <p>3. Determinar la patología asociada a la posición de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p> <p>4 .Establecer la distribución según la edad, de las terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p>	<p>en el año 2018.</p> <p>2. Existe una posición más frecuente de terceras molares inferiores según la clasificación de Winter en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p> <p>3. Existe una patología asociada a la posición de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p> <p>4. Existe relación entre la edad y la patología asociada de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años, que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p>	<p>POBLACION Radiografía panorámica de pacientes adultos que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p> <p>MUESTRA Radiografía panorámica de los pacientes de 18 a 30 años con que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas abril 2018.</p> <p>TECNICAS -Evaluación radiográfica</p>
--	---	---	---

<p>5. ¿Cuál es la distribución según sexo de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018?</p>	<p>5. Establecer la distribución según el sexo, de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18 a 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p>	<p>5. Existe relación entre el sexo y la patología asociada de terceras molares inferiores en pacientes de 18 a 30 años, que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2018.</p>		<p>INSTRUMENTOS -Ficha para la evaluación radiográfica de la posición, ubicación y patologías de la tercera molar.</p>
---	--	---	--	---

Anexo 6: Fotografías

Foto 1: Radiografía de la computadora



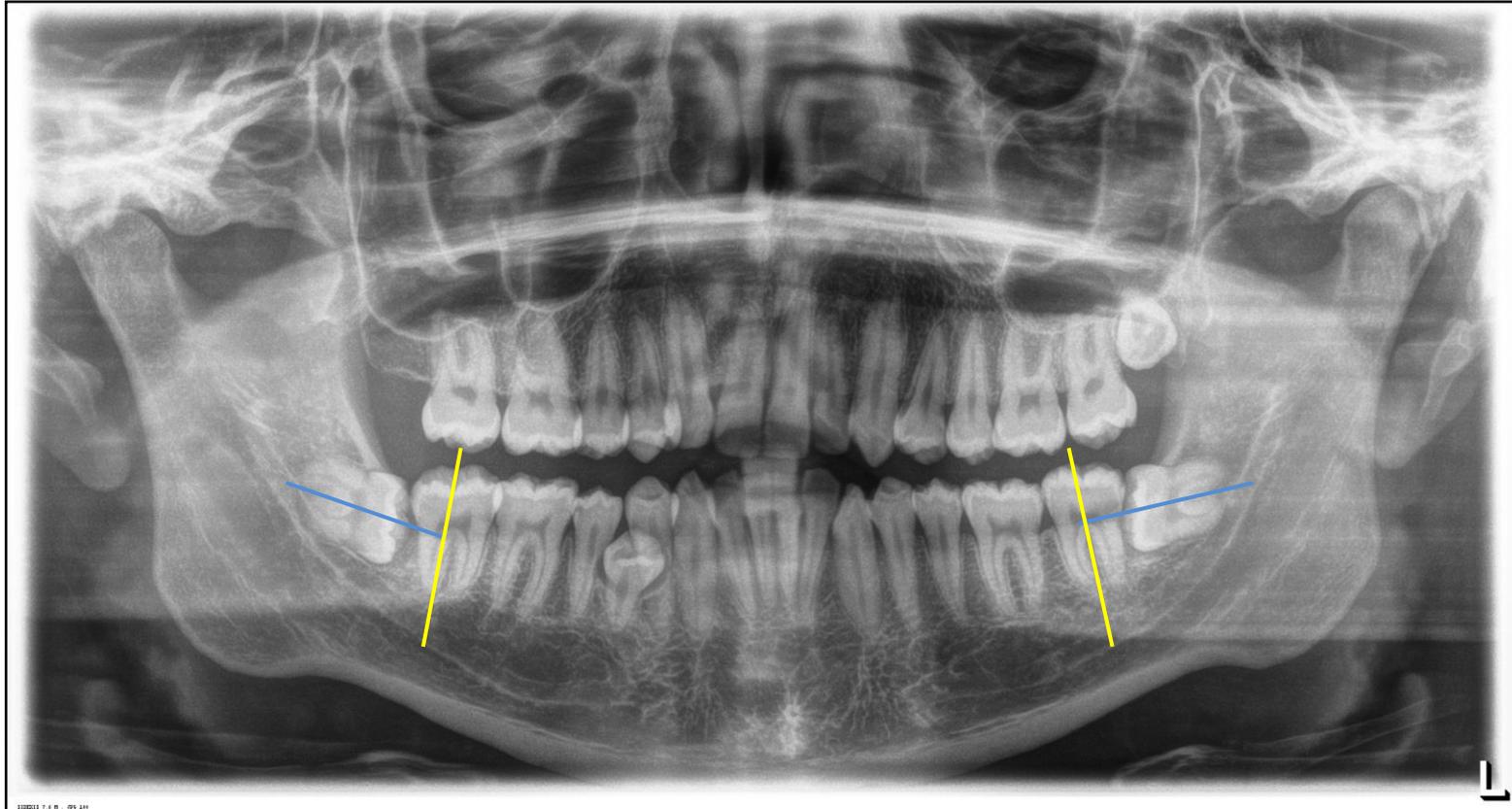
NUM.HC: 72911402

EDAD: 21 años

SEXO: Masculino

FECHA: 16/05/18

Foto 2: Para ser analizada según la Clasificación de Winter

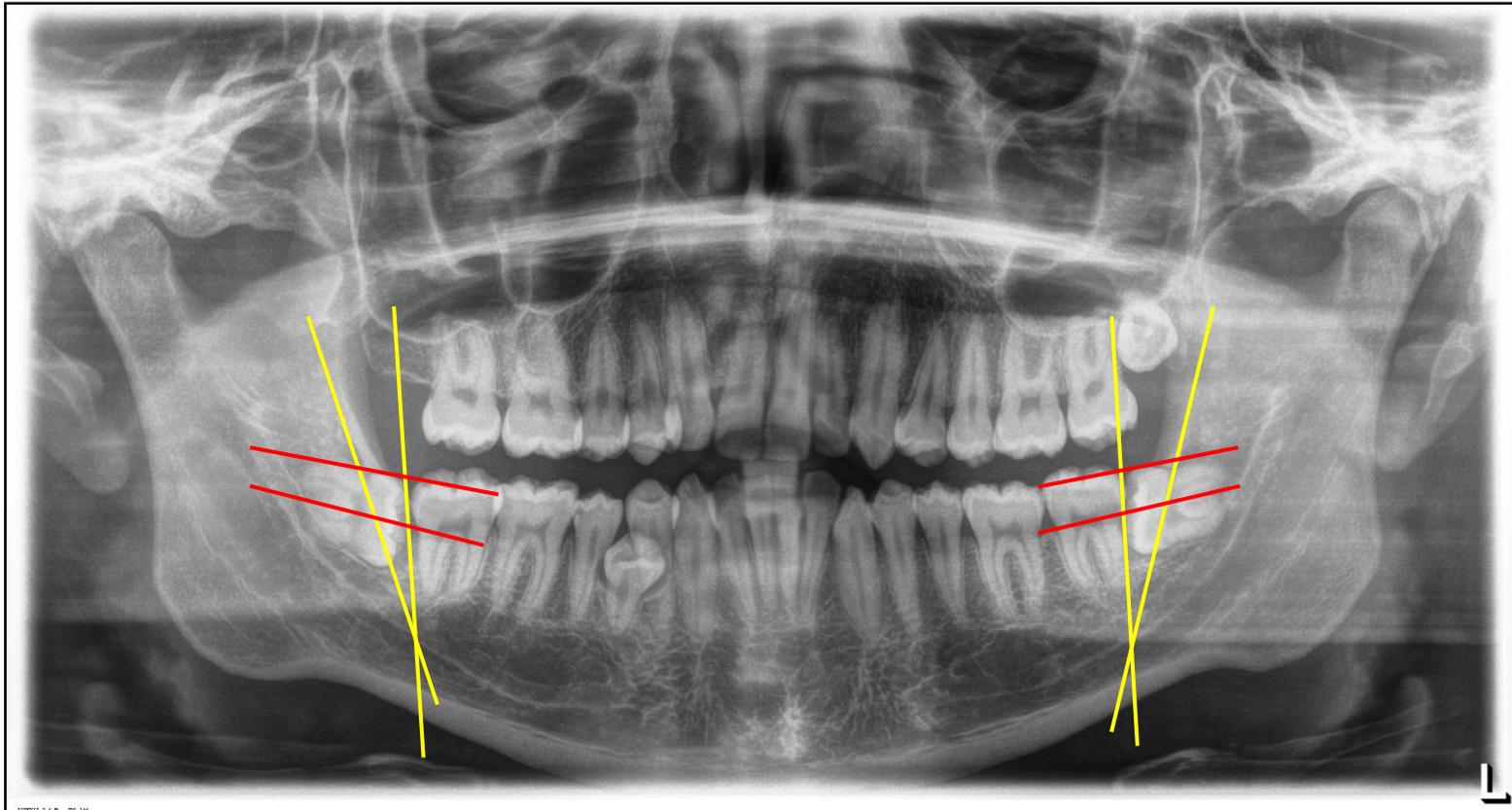


Posición de los cordales en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

PZA 3.8: HORIZONTAL

PZA 4.8: HORIZONTAL

Foto 3: Para ser analizada según la Clasificación de Pell & Gregory



LINEAS AMARILLAS: Plano oclusal y cervical de la segunda molar inferior.

LINEAS ROJAS: Tangentes a la cara distal del segundo molar y borde anterior de la rama.

PZA 3.8: TIPO A - CLASE II

PZA 4.8: TIPO A - CLASE II

Foto 4: Para ser analizada la patología asociada a la erupción de terceras molares inferiores.



PATOLOGÍA ASOCIADA: NO PRESENTA

