

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. ODONTOLOGÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

**“FRECUENCIA DE LA POSICION, TIPO Y CLASE
DE TERCEROS MOLARES INFERIORES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL LIMA - 2015”**

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

PRESENTADO POR:

Bach. ALVA LEANDRO, Luis Ronald

DOCENTE ASESOR:

Dra. C.D. PRECIADO LARA, María Luz

HUÁNUCO – PERÚ

OCTUBRE, 2016



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que el Bachiller: **Sr. Alva Leandro, Luis Ronald**, ha aprobado la Sustentación de Tesis Titulada **"FRECUENCIA DE LA POSICIÓN, TIPO Y CLASE DE TERCEROS MOLARES INFERIORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2015"**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 07 de Octubre del 2016 a horas 11:00 A.M. en el Auditorio de la Universidad de Huánuco sito en el Jr. Hermilio Valdizán N° 871 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 10 de Octubre del 2016.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Mg. C.D. Mardonio Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 11⁴⁵, del día 07, del mes de Octubre, del año dos mil dieciséis se reunieron en el Auditorio de la Universidad de Huánuco, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

Mg. C.D. Aníbal Espinoza Grijalva	(Presidente)
C.D. Gilberto Allca Velasco	(Secretario)
C.D. Fiorella Nima Martínez	(Vocal)

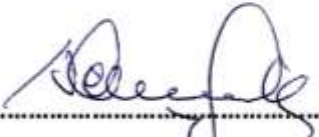
Nombrados mediante la Resolución N° 1507-2016-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada:

"FRECUENCIA DE LA POSICIÓN, TIPO Y CLASE DE TERCEROS MOLARES INFERIORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2015", presentado por el Bachiller en Odontología, **Alva Leandro, Luis Ronald**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de BUENO

Siendo las 12⁴⁵ horas del día 07 del mes de Octubre del año 2016, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


.....
Mg. C.D. Aníbal Espinoza Grijalva
PRESIDENTE


.....
C.D. Gilberto Allca Velasco
SECRETARIO


.....
C.D. Fiorella Nima Martínez
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo de investigación especialmente a **DIOS** porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; a mis padres **NICOLÁS Y OLINDA**, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mí apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, los amo con mi vida; a mis hermanos **NELY, KARIN, LISET; CARLOS Y JOSÉ**; a mi hija **KIARA SOFÍA** y a mi esposa **ROCIO**; porque son mi alegría y la razón de seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios y a la Virgen María, por ser mi guía y permitirme cumplir mis metas.

A mis padres, por su apoyo incondicional, confianza, amor y motivación. A mis hermanos, por su ejemplo de profesionalismo, por su apoyo constante y por alentarme a seguir adelante.

Al C.D. Tte CRL (EP) Walter Mora Lévano, por compartir sus valiosos conocimientos y brindarme su apoyo para la realización de esta tesis.

A mi asesora de tesis, la Dra. Luz Preciado Lara, por su paciencia y su valioso tiempo.

A mi alma mater, Universidad De Huánuco – Escuela académica de Odontología, institución que me abrió las puertas y me concedió la oportunidad de desarrollar mi formación y desempeño profesional.

Finalmente, quiero agradecer a todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron para el desarrollo de esta tesis. En general, a toda la plana docente de la escuela que me acompañó a lo largo de toda mi carrera, me brindaron todos sus conocimientos y experiencias en esta etapa de mi formación profesional.

Gracias a todos.

RESUMEN

El presente estudio de investigación denominado **“FRECUENCIA DE LA POSICIÓN TIPO Y CLASE DE TERCEROS MOLARES INFERIORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2015”**, tuvo como Objetivo General Determinar La Frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores radiológicamente, de pacientes atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015. Para lo cual se usó la clasificación según winter para determinar la frecuencia de la posición de la tercera molar inferior como también utilizamos la clasificación de pell & Gregory para determinar la frecuencia del tipo y clase de terceros molares inferiores. El Material y Método, Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el cual se evaluaron todas las radiografías panorámicas digitales atendidos en el servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del Hospital Militar Central de Lima durante el periodo 2015. Se seleccionaron según el criterio de inclusión 150 radiografías digitales, Luego de realizado el estudio se procedió a colocar los datos al programa IBM spss versión 22. Para su análisis estadístico. Los resultados fueron de un total de 150 radiografías, se analizó individualmente cada tercera molar inferior encontrando 251 terceras molares inferiores para el estudio, por lo tanto de acuerdo al análisis, 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%). También en el estudio se analizó el lado mandibular presentado mayor prevalencia el lado izquierdo con 131 casos (52,2%). 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 & Gregory más frecuente fue el tipo A con 187 casos (74,5%), perteneciendo a la distribución de lado y genero mandibular presentaron la mayor parte el lado derecho y al género femenino. Así mismo La clase según la clasificación de pell & Gregory más frecuente fue la clase I con 228 casos (90,8%), perteneciendo a la distribución de lado y genero

mandibular presentaron la mayor parte el lado derecho y al género femenino. Llegando a la Conclusión que de acuerdo a la clasificación de Winter, la posición más frecuente fue la vertical y según la clasificación de Pell & Gregory fue la clase I y el tipo A, y en contraste para ambos estudios el género femenino tuvo más frecuencia en este estudio, como también el lado mandibular derecho. No existen diferencia significativa en relación a la posición y clase con respecto al Género y lado mandibular, pero si presenta diferencia significativa con relación al tipo y género. Finalmente concluimos, que es de suma importancia conocer las diferentes posiciones, tipos y clases de terceros molares inferiores ya que en su condición anatómica y fisiopatológica es necesario conocer las características radiográficas que presentan las terceras molares inferiores, como así hacer uso de radiografías panorámicas digitales y tener buen criterio clínico, para poder realizar tratamientos quirúrgicos adecuados y evitar complicaciones posteriores.

SUMMARY

This research study called "frequency of the type and class of lower third MOLARS position seen in the CENTRAL military HOSPITAL LIMA 2015", had as objective General Determine the Frequency of the position, type and class of third molars lower radiologically, of patients attended in the Hospital military Central De Lima-2015. For which is used the classification according to winter for determine the frequency of the position of the third molar lower as also use the classification of pell & Gregory for determine the frequency of the type and class of third molars lower. The Material and method, is of a study observational, descriptive, transverse and retrospective in which is evaluated all them x-rays panoramic digital served in the service of Radiology oral and maxillofacial of the Hospital military Central of Lima during the period 2015. 150 digital x-rays were selected according to the criteria of inclusion, of accomplished study proceeded to place the data to the program IBM spss version 22. For statistical analysis. The results were a total of 150 x-rays, was individually analyzed every third lower molar found 251 third lower molars, for the study, therefore, according to the analysis, it was observed that the female gender presents more frequently with 146 cases (58.2%), with respect to the male gender with 105 cases (41.8%), as also the age was determined by categories which I present more often was the ages between 18-23 years with 85 cases (56.7%). Also in the Studio are analyzed the side mandibular presented higher prevalence the side left with 131 cases (52.2%). Then is noted that the position more frequent according to the classification of Winter was it vertical with 135 cases (53.8%), belonging to the distribution of side and gender mandibular presented the greater part the side right and to the gender female. With respect to the type according to the classification of pell & Gregory more frequent was the type to with 187 cases (74.5%), belonging to the distribution of side and gender mandibular presented the greater part the side right and to the gender female. Same class according to the classification of pell & most frequent Gregory was class I with 228 cases (90.8%), pertaining to the distribution of side and genre mandibular presented the most to the female gender and right side. Coming to the Conclusion that of

according to the classification of Winter, the most frequent position was vertical and according to the classification of Pell & Gregory was the I class and type, and in contrast to both studies women had more frequently in this study, as also the right mandibular side. Not there are difference significant in relation to the position and class with regard to the gender and side jaw, but if presents difference significant with relationship to the type and gender. Finally conclude, that is of sum importance know them different positions, types and classes of third molars lower since in its condition anatomical and pathophysiological is necessary know them features radiographic that presented them third molars lower, as so make use of x-rays panoramic digital and have good criteria clinical, for to perform treatments surgical suitable and avoid complications later.

ÍNDICE

Pag:

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	5
1.3. Objetivos (Generales y Específicos).....	5
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.....	6
1.5. Justificación.....	6
1.6. Viabilidad.....	7
1.7. Limitaciones.....	7

Capitulo II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes (autor, título y conclusiones).....	8
2.2. Bases teóricas.....	15
2.3. Definición de términos.....	31
2.4. Sistema de variables.....	33
2.5. Operacionalización de Variables.....	34

Capitulo III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación.....	36
3.2. Diseño de la investigación.....	37
3.3. Población y muestra.....	38
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.5. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	39

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Aplicación Estadística.....	40
4.2. Contrastación de hipótesis.....	58

CAPITULO V:

5.1 Discusión.....	63
5.2 Conclusiones.....	66
5.3 Sugerencias.....	67
5.4 Bibliografía.....	68
5.5 Anexos.....	73

I. INTRODUCCIÓN

La evolución filogenética del sistema Estomatognático, que se encuentra en regresión, ha inducido una importante discrepancia óseo-dentaria en los maxilares de la especie humana ya que se han reducido de tamaño y los dientes se mantienen sensiblemente iguales que en los orígenes; así como también la mezcla de razas que puede causar discordancia entre el contenido dentario y el continente óseo ¹.

El tercer molar mandibular es la última pieza dentaria en hacer erupción en la cavidad oral, y según diversos autores presenta mayor frecuencia de anomalías en su proceso eruptivo al compararla con los demás dientes, por lo que es común encontrarla total o parcialmente encerrado dentro de la mandíbula una vez terminado su proceso de erupción en la consulta odontológica. Además, se ha demostrado que la erupción no adecuada de este diente incrementa la posibilidad de este de causar diversas patologías locales de tipo infecciosa, mecánica, tumoral o nerviosa; así como de incrementar la dificultad y complicaciones durante y después de su extracción quirúrgica ².

Debido al mestizaje y a la diversidad de grupos étnicos, en el Perú, la población presenta una gran diversidad de características fenotípicas a cada individuo, por ende en la mayoría de casos debido a la actividad masticatoria ha habido una reducción en la dimensión de los maxilares, la cual es pequeña para albergar en su totalidad a todas las piezas permanentes ³.

La teoría de la reducción terminal explica que los últimos dientes en erupcionar son aquellos que tienden a perder la posibilidad de alcanzar un lugar en la arcada dentaria, como consecuencia de ello, los terceros molares adoptan una mala posición y trae como consecuencia espacio insuficiente, motivo por el cual los

terceros molares mandibulares presentan dificultades para completar su erupción quedando desplazados o a nivel intraóseo.

Las diversas posiciones de las terceras molares pueden ser evaluadas por medio de una radiografía panorámica.

Relacionado al diagnóstico o al instrumento de evaluación para determinar las diversas posiciones que van adoptar las terceras molares, se han desarrollado diferentes clasificaciones con la finalidad de facilitar el diagnóstico y el plan de tratamiento para dichas piezas. Las clasificaciones más utilizadas son la clasificación de Winter (1926) y la clasificación de Pell y Gregory (1933), dichas clasificaciones han sido desarrolladas con el objetivo de facilitar el diagnóstico y tratamiento específicamente durante el abordaje quirúrgico para la exodoncia de dichas piezas ⁴.

Gracias a los Rayos X en la actualidad podemos determinar claramente cuál es la posición tipo y clase más frecuente en terceros molares retenidos. Es muy importante saber cuál es la posición tipo y clase de un tercer molar incluido ya que esto va ayudar al estomatólogo para elegir la técnica quirúrgica más adecuada para así facilitar al operador la extirpación de los mismos.

En el presente trabajo de investigación, se determinara la “frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores atendidos en el hospital militar central de Lima, durante el periodo 2015” según la clasificación de Pell y Gregory y según la clasificación de Winter.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Muchas veces la discrepancia que existe entre la dimensión del maxilar y la sumatoria total de las dimensiones de los dientes no es lo suficientemente extensa para albergar o alinear completamente todos los dientes en dicha arcada. Debido a que las terceras molares son las últimas piezas permanentes en erupcionar, en muchos casos esta piezas alteran su trayecto de erupción y no se llega completar, quedando mal posicionada contra la segunda molar o adoptando diversas posiciones, en la mayoría de los casos generan problemas como pericoronaritis, bolsas periodontales, caries dental, rizólisis, quistes, etc. Debido al espacio insuficiente dichas piezas 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 ⁵.

Debido al mestizaje y a la diversidad de grupos étnicos, en el Perú, existen diversas etnias, lo que implica a que la anatomía dentaria y craneofacial es muy variada; es decir 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 16 dientes en cada arcada respectiva. Como consecuencia de ello, se puede presumir que existe una gran prevalencia de malposiciones dentarias en relación a las terceras molares mandibular ⁶.

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 preciso y precoz 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 ⁷.

Todo esto hace que dicho diente se presente con mayor frecuencia incluida impactado o retenida, demostrado por algunos estudios tales como el de Berten – Cieszynki quien establece que el tercer molar inferior tiene una frecuencia de inclusión de 35% el cual le ubica en primer lugar ⁸.

El patrón de crecimiento mandibular es genéticamente independiente del desarrollo volumétrico que han de adquirir los dientes, por ello el tercer molar se ve impedido en su proceso de erupción y adopta una posición anómala, comprometiendo la disposición del resto de los dientes ⁹.

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 se extraigan. Dependiendo de la posición del molar, y observando el grado de dificultad del procedimiento quirúrgico ¹⁰.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

General

¿Cuál sera la posición, tipo y clase más frecuente de terceros molares inferiores radiológicamente, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima - 2015?

Específicos

Pe1. ¿Cuál es la **Posición** más frecuente de los terceros molares inferiores según Winter en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima- 2015?

Pe2. ¿Cuál es el **Tipo Y Clase** más frecuente de terceros molares inferiores según Pell & Gregory en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima-2015?

Pe3. ¿Cuál es la **distribución según género, edad y lado mandibular** de terceros molares inferiores en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima - 2015?

1.3 OBJETIVOS

General

Determinar La Frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores radiológicamente, atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015.

Específicos

Oe1. Determinar La frecuencia de la **Posición** de terceros molares inferiores según Winter en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima- 2015.

Oe2. Establecer La frecuencia del **Tipo y Clase** de Tercer Molar Inferior según Pell & Gregory en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central De Lima-2015.

Oe3. Establecer La **distribución según género, edad y lado mandibular** de terceros molares inferiores en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima - 2015.

1.4. HIPÓTESIS

Hi: Existe una alta frecuencia de La posición vertical, el tipo A y la clase I de terceros molares inferiores atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015.

Hn: No Existe una alta frecuencia de La posición vertical, el tipo A y la clase I de terceros molares inferiores atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Teórico: Siendo las posiciones, tipos y clases de inclusiones anómalas de los terceros molares mandibulares y una preocupación constante para los odontólogos por las diferentes complicaciones que se presentan al permanecer en la mandíbula, es importante conocer las características de evaluación radiográfica exacta de dichas piezas, esperando con esta investigación conocer el estado del tercer molar inferior, para así realizar un diagnóstico adecuado.

Metodológico: con esta investigación observaremos al tercer molar inferior su posición, tipo y clase atendidos en el hospital militar centra lima 2015. En relación con el segundo molar y posición relevante al hueso alveolar. Así poder Establecer cuál es la que mayor frecuencia se presenta. Además brindara referencia de datos estadísticos

Social: es conveniente ya que se busca evaluar la frecuencia de posición tipo y clase de terceras molares inferiores mediante radiografías panorámicas digitales con la finalidad de dar un aporte más, para complementar futuros trabajos posteriores que incremente más acotaciones en esta área en particular

Práctico: este trabajo pretende realizar un completo y mejor diagnóstico auxiliar a través de imaginalogia radiográfica digital, y de esta manera tener una mayor amplitud de análisis de las terceras molares. Con el propósito de elevar la calidad de información y con ello mejorar la atención quirúrgica dando un buen servicio y seguridad de acuerdo a tipo de tratamiento a realizarse. Minimizando los riesgos y complicaciones durante el tratamiento quirúrgico de los pacientes que acuden a la atención odontológica.

1.6 Viabilidad o factibilidad

Es viable porque cuenta con los recursos económicos, humanos y técnicos para realizar dicha investigación. Como también es factible realizar la investigación ya que se cuentan con las radiografías panorámicas digitales tomadas en el servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del Hospital Militar central de Lima - 2015

1.7 Limitaciones

- Disposición de algunos especialistas en radiología y cirugía buco maxilofacial, en brindar información por falta de tiempo en su ocupación profesional.
- Una de las dificultades y/o problemas, es la falta de libros, manuales u otros documentos en la biblioteca de nuestra Universidad por lo que tuve que buscar información necesaria en otros medios, que me permitió seguir con la investigación del proyecto de estudio.
- Los estudios similares del proyecto, tanto regionales y locales existen en otras ciudades del Perú, pero es de difícil obtención por que amerita más recursos económicos para así comparar los resultados con este proyecto de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

INTERNACIONALES

Brasil. 2012. Chicarelli da Silva, M. ¹¹ Realizo el “estudio radiográfico de la prevalencia de impactaciones dentarias de terceros molares y sus respectivas posiciones, realizadas en el Sector de Radiología de la Clínica Odontológica de la Universidad Estatal de Maringá, en el período de 2009 a 2011”, cuyo **objetivo** fue encontrar impactaciones de terceros molares, clasificando las posiciones de acuerdo con Winter, Pell y Gregory y Sandhu y Kaur. Cuya **metodología** fue analizar 1004 radiografías, utilizando el software Image Tool, registrando edad, género, presencia o no de terceros molares retenidos y su clasificación. Como **resultado** En el presente estudio, la inclinación más comprobada según la clasificación de Winter fue la vertical (n=231), seguida de la mesio angular (n=209), disto angular (n=135), horizontal (n=77) y vestíbulo/linguoversión (n=12) en el género femenino, presentando diferencia estadísticamente significativa en relación al masculino. De acuerdo con Pell y Gregory, la Clase II (74,70%) del diente 38,

acompañada por la de clase I (18,15%) en el género femenino, se presentaron con mayores prevalencias. Con respecto al método de Sandhu y Kaur, el diente 38 en el género femenino, presentó mayor prevalencia y una angulación entre 11° a 70° (mesio angular). En **conclusion** En la clasificación de Winter, la posición vertical del diente 38 fue la de mayor prevalencia en el género femenino, presentando diferencia estadísticamente significativa en relación al masculino. En la clasificación de Pell & Gregory fue la de más prevalencia la clase II en el género femenino.

Brasil. 2012. Ribeiro E ¹². “Estudio la “Prevalencia de las posiciones de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory, en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica De La Universidad De Curitiba, de marzo hasta junio 2011”. **El objetivo** fue el análisis de radiografías panorámicas para determinar la prevalencia de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell & Gregory. Cuya **metodología** fue de 3,660 radiografías analizadas, fueron seleccionadas 430 radiografías que se encuadraban en los siguientes criterios de inclusión: pacientes con edad entre 20 y 40 años, de ambos géneros, y que presentaban por lo menos un tercer molar retenido y segundo molar adyacente. Los **resultados** encontrados mostraron que pacientes de género femenino, con edad entre 20- 25 años, fueron los más afectados por la retención del tercer molar. Según la clasificación utilizada, existía un predominio de la posición A, Clase II en ambos lados (derecho e izquierdo). En **conclusión** se destaca que el género femenino presentan mal posiciones en los terceros molares inferiores.

Republica De Yemen. 2010. Hernández L ¹³. Estudio la “Prevalencia de los terceros molares retenidos en la población de Ibb (ciudad de Yemen), República de Yemen, en pacientes de la universidad de Yemen durante el periodo 2008 – 2009”, el **objetivo** de esta investigación fue determinar la prevalencia de terceros molares retenidos mediante una encuesta o examen clínico cuya **metodología** fue tomar como muestra 408 estudiantes de la Universidad de Ibb que se encuestaron al azar, cuyas edades oscilaron entre 18 y 25 años. Como **resultado** obtuvieron una prevalencia de terceros molares retenido de un 54,7%. En **conclusion** El sexo femenino exhibió la mayor prevalencia de terceros molares retenidos con un 65,7%. Por maxilares, la mandíbula mostro una mayor frecuencia de retención con un 59,8%.

VENEZUELA. 2010. Velásquez J. ¹⁴ Realizo el trabajo titulado “clasificación de pell & Gregory de terceras molares impactadas, en adolescentes de 18 – 20 años, en la universidad central de Venezuela, Facultad De Odontología en el año 2009” el **objetivo** fue determinar la frecuencia de impactaciones asociadas a terceros molares inferiores. Cuya **metodología** estudiaron 50 pacientes entre 18-20 años de edad con terceros molares impactados. Como **resultado** Se encontró que de los 100 piezas estudiadas, 55% pertenecían al sexo masculino, la posición que se encontró con mayor frecuencia fue la clase II tipo C con 50%, seguida de la clase III tipo C con 26%, por último la clase I tipo C con 24% la edad con mayor frecuencia fue 19 años En **conclusión** la alta frecuencia de sexo fue el masculino, de impactaciones de terceras molares inferiores fue la clase II y el tipo C encontrada en el presente estudio,

España. 2009. Sagal López, M. ¹⁵ estudio la “prevalencia de los terceros molares mediante radiografías panorámicas de alumnos de Odontología de la Universidad de Cataluña, atendidos en el Servicio de Radiología Maxilo – facial durante el periodo 2007 – 2008. Su **objetivo** fue determinar la prevalencia de terceros molares con impactaciones. Cuya **metodología** se realizó seleccionando una muestra de 253 radiografías panorámicas archivadas en el Servicio de Radiología Maxilo – facial del Centro de Clínicas de la UIC, las cuales correspondieron a alumnos entre 19 y 23 años. En los **resultados** Se observó 646 terceros molares presentes (63.83%). En el maxilar superior se observó 66.41% de los terceros molares, mientras que el inferior presentó un 61.26%. La altura de los terceros molares más frecuentemente observada fue la posición A (53.25%) luego la C (23.99%) y por último la B (22,76%). Respecto de la inclinación, la más prevalente fue la vertical (63.6%), Un 81.73% presentó su formación radicular completa. Un 29.10% de los terceros molares estaba impactado. En **conclusión** El sexo femenino mostró una prevalencia mayor respecto al sexo masculino, sin ser estadísticamente significativa como también la posición vertical tuvo más prevalencia en este estudio.

NACIONALES

Lima. 2015. Tirado Delgado, P. ¹⁶ Realizó el estudio de “posición más frecuente de terceros molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central Fap”, El **objetivo** de este estudio fue determinar cuál es la posición más frecuente de los terceros molares mandibulares según el factor género de los pacientes que acuden al Departamento de Estomatología del Hospital Central FAP, cuya **metodología** fue examinar 130

radiografías panorámicas convencionales en pacientes de 18 a 30 años de edad según Pell y Gregory. Como **resultado** obteniendo la prevalencia de la Clase II posición B en ambos géneros según la clasificación de Pell y Gregory.

En **conclusion** se establece que aún existe la impactación de terceros molares como también se prueba la teoría de reducción de la mandíbula. De los cuales 94 (72,3%) corresponden al género masculino y 36 (27,7%) al género femenino.

Lima. 2014. Campos Olivera, S.¹⁷ Determino el “Desarrollo y posición de terceras molares inferiores en personas de 12 a 17 años atendidas en el servicio de cirugía buco máxilo facial del Instituto de Salud del Niño”, el **objetivo** de esta investigación fue determinar el desarrollo del tercer molar según Nolla y la posición de tercer molar inferior. En su **metodología** Se seleccionó 50 historias clínicas con sus respectivas radiografías panorámicas que cumplieron con los criterios del trabajo de investigación. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes y 100 piezas terceras molares inferiores que sirvieron para el análisis, y que pertenecieron el 40% a personas de sexo masculino y 60 % a personas de sexo femenino; como **resultado** la posición que se encontró con mayor frecuencia fue la clase III profundidad C con 49% seguido de clase II profundidad C con 28% y en tercer lugar clase I posición C con 23%. Referente al maxilar inferior. Según desarrollo de tercera molar del Índice de Nolla predominó corona completa en 31% seguido de tercio radicular 28% en edades de 16 – 17 años. En **conclusion** según Pell y Gregory la clase III y posición c es la que prevalece en este estudio a diferencia con otros estudios y que la época de erupción dentaria del tercer molar empieza a los 16 años.

Lima. 2012. Valerio Rojas, H. ¹⁸ Realizo el estudio de “posiciones e inclusiones de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega durante el año 2011”. El **objetivo** de este estudio fue determinar las posiciones e inclusiones de terceros molares inferiores. Cuya **metodología**, se seleccionaron y revisaron todas las Historias Clínicas de la clinica estomatologica encontrando 1000 radiografías panorámicas, de los cuales 507 pertenecientes al género masculino y 493 al femenino; La edad promedio en los pacientes fue de 24, años. Como **resultado** según winter se obtuvo que la orientación más frecuente fue la mesioangular (82, 11%), según pell & gregory la relación con la rama ascendente y el segundo molar con mayor frecuencia fue la clase II (92, 73%), según Cosme Gay Escoda La inclusión dentaria y posición más frecuente fue clase II nivel B vertical sin inclusión (39, 69%). En **conclusion** el sexo masculino mostro una prevalencia mayor respecto al sexo femenino, sin ser estadísticamente significativa como también la posición mesioangular y la clase II nivel B tuvo más prevalencia en este estudio.

Lima. 2010. Castro sarmiento, a. ¹⁹ Evaluó la “ distribución que tienen las distintas relaciones del tercer molar inferior con respecto al canal mandibular, en pacientes atendidos en las campañas de exodoncias de terceros molares de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2008 – 2009”. El **objetivo** fue determinar las distintas relaciones del tercer molar inferior con respecto al canal del dentario inferior. En su **metodología** Se evaluaron 1183 fichas de recolección de datos de pacientes que fueron sometidos a exodoncias de terceros molares inferiores, como **resultado** de ellos 688 fueron mujeres y 495 varones. Respecto al

género sexual, las mujeres mostraron una mayor relación de los terceros molares con el canal mandibular; En el caso de la angulación de terceros molares el tipo vertical y mesioangular mostró mayor relación con el canal mandibular. No se encontró contacto en 62% de los casos, una superposición de ápices en 33.3% y la superposición radicular en 4.4% de la muestra. Se **concluyó** que el sexo, edad y tipo de angulación, influyen en la relación de los ápices con el canal mandibular, mostrando diferencias estadísticamente significativas; mientras que la ubicación no mostró tales diferencias.

LOCALES

No se encontró ningún estudio semejante en la ciudad de Huánuco, pero Los estudios similares al Proyecto planteado, tanto regionales y locales existen en otras ciudades del Perú, Pero es de difícil obtención por que amerita más recursos económicos para así poder comparar los resultados con este trabajo de investigación.

2.2 BASES TEÓRICAS

CONCEPTOS ANATÓMICOS PRELIMINARES:

a. La Mandíbula

El maxilar inferior o mandíbula es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentarias inferiores, formando con el hueso hioides el esqueleto del piso de la boca. Su forma es comparada a una herradura horizontal abierta hacia atrás, de cuyos extremos libres emergen dos prolongaciones o ramas ascendentes ²⁰.

- Origen

Deriva del esqueleto visceral (primer arco); su osificación es conjuntiva y se realiza a lo largo del cartílago de Meckel, el cual desaparece ²¹.

- Funciones

Es la más móvil de los huesos craneofaciales, es singularmente importante, porque está implicado en las funciones vitales de masticación, mantenimiento de la vía aérea, dicción y expresión facial ²².

- Crecimiento

Los modos, mecanismos y sitios de crecimiento mandibular son complicados y muy discutidos en la literatura. Tiene un mecanismo de crecimiento endocondral en cada extremo y crecimiento intramembranoso entre ellos. La mandíbula es el segundo hueso del organismo en comenzar su osificación; lo hace después de la clavícula; los cambios de crecimiento y forma de las zonas de inserción muscular e inserción dentaria son controlados más por la función muscular y erupción de los dientes que por factores cartilaginosos u osteógenos intrínsecos ²³.

La mandíbula tiene también un crecimiento post nacimiento; la mandíbula del recién nacido para Cadenat, luego del nacimiento se desarrolla a partir 16 de 3 centros de crecimiento: los cartílagos condíleos, y el periostio de conjugación sinfisiario. Este finaliza su actividad al realizarse la sinostosis, a los dos años de edad. Luego, el cóndilo y el borde posterior de la rama montante son los principales centros de crecimiento de la mandíbula. El crecimiento post natal de la mandíbula se da por el desarrollo del hueso maxilar superior por intermedio de la interdigitación dentaria en la articulación normal; en esta etapa de desarrollo se considera dos porciones: el cuerpo y la rama montante. El cuerpo; se debe estudiar en los planos horizontal, frontal y sagital. El plano horizontal establece el desarrollo hacia afuera, el plano frontal el crecimiento de arriba abajo, y el sagital el anteroposterior ²⁴.

En el crecimiento de la rama montante consideraremos un desplazamiento hacia atrás y uno hacia arriba y atrás. Este proceso se da por reabsorción de la zona anterior y aposición de la zona posterior ²⁵.

b. anatomía de la mandíbula

Es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentarias inferiores. La mandíbula se puede seccionar en:

➤ Cuerpo

Forma rectangular, más alto que ancho, tiene dos porciones: inferior o basilar y superior o apófisis alveolar. En el cuerpo se estudian dos caras y dos bordes; *la cara antero externa*, se visualiza la sínfisis del mentón, tubérculos mentonianos, la fosita mentoniana (músculo borla de la barba), el agujero mentoniano, la línea oblicua externa. Entre esta línea y la cresta alveolar se insinúa una depresión o fosa retro molar, para el músculo buccinador ²⁶.

Cara posteroínterna; se identifica las apófisis geni (músculos genioglosos y genihiodideos) y a continuación la línea oblicua interna o milohioidea, fosa submaxilar.

Reborde alveolar, en total ocho cavidades bilaterales. Borde inferior; romo y superficial, presenta, la fosita digástrica, para la inserción del vientre anterior del digástrico ²⁷.

➤ **Ramas ascendentes**

Son más altas que anchas, de forma rectangular, con una oblicuidad hacia atrás y afuera más evidente que la del cuerpo del maxilar. Se le consideran dos caras y cuatro bordes ²⁸.

Cara externa; es plana con ciertas rugosidades para la fijación del músculo masetero.

Cara interna; próximo a su centro, con algunas variantes, se identifica el orificio dentario inferior, cubierto en su margen anterior por la espina de Spix y limitado hacia abajo por el canal milohioideo. Dicho orificio es la puerta de entrada del conducto dentario, recorrido por el VAN de las piezas antero inferiores.

Cerca del borde anterior de la apófisis coronoides aparece la cresta temporal, donde se inserta el haz profundo del músculo temporal; por debajo termina bifurcándose en los labios, interno y externo, que circunscriben, con la superficie distal del alvéolo del tercer molar, un pequeño espacio triangular o trígono retromolar.

Bordes. a) anterior, desciende de la apófisis coronoides para continuarse con la línea oblicua externa. **b) posterior,** romo y espeso en forma de S, se relaciona con la glándula parótida; **c) inferior,** limita con el borde parotídeo el ángulo mandibular

o goni6n, obtuso en los ni1os y ancianos, acerc6ndose al 6ngulo recto en los adultos y **d) superior**, con la ap6fisis coronoides, la escotadura sigmoidea y el c6ndilo ²⁹.

c. alteraciones de la erupci6n de los dientes permanentes

➤ etiopatogenia

Los antrop6logos afirman que la cerebraci6n del ser humano, iba constantemente en aumento, excepto en casos significativos, agranda su caja craneana a expensas de los maxilares ³⁰.

Hooton afirm6 que las diferentes partes que forman el aparato estomatogn6tico han disminuido en proporci6n inversa a su dureza y plasticidad, es decir, lo que m6s ha empeque1ecido son los m6sculos, porque ha disminuido la funci6n masticatoria, seguidamente los huesos y por 6ltimo los dientes. Una dieta m6s blanda y refinada que requiere menos trabajo de masticaci6n, favorece esa tendencia, lo que hace innecesario poseer un aparato estomatogn6tico poderoso ³¹.

Mayoral, en nuestra era existe una oclusi6n estabilizada si abrasi6n interproximal mantenida lo que explicari6 muchas de las anomal6as de posici6n y de direcci6n an6mala de los dientes debido a la discrepancia 6seo-dentaria.

En cuanto a la raza, los individuos de raza negra en general est6n libres de todos estos procesos. Su gran mand6bula permite la c6moda erupci6n de todos sus molares. En cuanto al sexo, existe un ligero predominio de las mujeres en la producci6n de alteraciones de la erupci6n de los terceros molares mandibulares, los estados fisiol6gicos femeninos exacerban o despiertan estos procesos. Los dientes que quedan incluidos con mayor frecuencia son los terceros molares mandibulares, seg6n Bertin-Cieszynski: ³²

1.	Tercer molar inferior	35%
2.	Canino superior	34%
3.	Tercer molar superior	9%
4.	Segundo premolar inferior	5%
5.	Canino inferior	4%
6.	Incisivo central superior	4%
7.	Segundo premolar superior	3%
8.	Primer premolar inferior	2%
9.	Incisivo lateral superior	1.5%
10.	Incisivo lateral inferior	0.8%
11.	Primer premolar superior	0.8%
12.	Primer premolar inferior	0.5%
13.	Segundo molar inferior	0.5%
14.	Primer molar superior	0.4%
15.	Incisivo central inferior	0.4%
16.	Segundo molar superior	0.1%

d. EL TERCER MOLAR INFERIOR

A. Generalidades

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 el segundo molar y el borde Anterior de la rama ascendente y, por consecuencia, queda impactado con el segundo molar en su trayecto de erupción; sino queda impactado 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 ³³.

La corona del tercer 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 ser tri, tetra o multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales ³⁴.

La raíz Ningún molar tiene características parecidas al tercer molar inferior en lo que refiere a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces. En su conjunto, las raíces del tercer molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario. Por lo general es biradicular. 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 ³⁵.

➤ **Cronología del tercer molar inferior**

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: ³⁶

- I. Aparición de la lámina dentaria. Ocurre durante la sexta semana de vida intrauterina.
- 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 el tercer molar inferior en el 36^a mes de después del nacimiento.
- III. Diferenciación del bulbo dentario. La diferenciación del mesodermo contenido por el órgano del esmalte; esto ocurre al 6to año después del nacimiento.
- IV. Diferenciación del saco dentario. Ocurre a los 7 años de edad.
- V. Oclusión del saco dentario. Este momento señala la liberación del folículo de la lámina dentaria. Ocurre los 8 años de edad.
- 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**

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.

B. Etiología del tercer molar incluido

La frecuencia de patología inducida por el tercer molar es muy elevada, y en nuestro medio sobre todo el tercer molar inferior, debido condiciones embriológicas y anatómicas singulares ³⁷.

➤ Condiciones embriológicas

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si un diente de reemplazo se tratara. La calcificación de este diente comienza a los 8 – 10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15 – 16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años, y va a realizarse en un espacio muy limitado. El hueso, en su crecimiento, tiene tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar ³⁸. El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria. Esta región del ángulo mandibular va a modificarse durante la formación del molar, por alargamiento óseo de la misma hacia atrás, arrastrando con él las partes del diente que aún no se ha calcificado. La evolución de esta pieza se efectúa en un espacio muy limitado, por lo que se desvía hacia la cortical interna, con lo que termina implantándose en lingual, si es que lo logra. El enderezamiento termina a los 18 años, sin embargo, estos obstáculos suelen ser origen de impactaciones y anomalías de posición en la arcada dentaria ³⁹.

➤ **Condiciones anatómicas**

La falta de espacio Como factor etiológico de la inclusión de los terceros molares inferiores es incontestable; la distancia Xi – segundo molar es mayor en individuos con dentición completa que en aquellos que tienen el cordal incluido. Graber considera que la dentición y la cantidad de crecimiento mandibular son determinantes de primer orden en la impactación o erupción Del tercer molar. La inclusión de los cordales parece ser más frecuente en pacientes con crecimiento condilar en dirección vertical, con poco crecimiento alveolar, rama ascendente mandibular larga, longitud mandibular corta y una mayor inclinación mesial ⁴⁰.

➤ **Estudio Anátomo - quirúrgico del tercer molar inferior**

La región del tercer molar constituido por el hueso maxilar, el molar retenido y las partes blandas que lo cubren, presenta una forma cúbica; una anterior, correspondiente a la cara distal del segundo molar; una posterior, paralela, dada por un plano trazado aproximadamente a 1cm por detrás del punto más distal del tercer molar; una superior; una externa o bucal; una interna y una inferior ⁴¹.

➤ **Estudio radiográfico del tercer molar inferior**

El estudio radiográfico Del tercer molar, o con más precisión de la zona de dicho diente, debe proveernos los detalles útiles para la aplicación exitosa de su tratamiento. Se debe tener en cuenta la profundidad del diente impactado, inclinación del diente con el eje axial de la pieza adyacente, su relación con la rama mandibular, número de raíces, longitud, forma, dirección, espacio del ligamento periodontal, espacio de la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama y comparando este espacio con el ancho mesio distal del tercer molar ⁴².

La radiografía panorámica es una técnica destinada obtener una sola imagen de las estructuras faciales que incluyen las arcadas superior e inferior y los elementos de soporte. Las indicaciones incluyen evaluación de traumatismos, terceros molares, enfermedad extensa, desarrollo dental sobre todo en dentición mixta, retención de dientes o remanentes radiculares, anomalías de desarrollo, lesiones grandes conocidas o sospechosas ⁴³.

También es de suma importancia conocer la posición Del conducto dentario inferior; éste está protegido por una cortical, que es propia, y que en la radiografía se identifica Como dos líneas radiopacas. Sicher y Dubrul Han señalado tres tipos de relación entre conducto dentario inferior y raíces Del tercer molar: ⁴⁴

- El conducto está en contacto con el fondo Del alvéolo Del tercer molar.
- Existe una Franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores.
- Todos los molares inferiores se relacionan con el conducto.

Es imprescindible conocer la posición Del tercer molar, su espacio disponible de erupción, su dirección de erupción, las estructuras que lo rodean para llegar de esta manera a su correcto diagnóstico y establecer también la complejidad de su extracción sin complicaciones postoperatorias.

C. Clasificación del tercer molar inferior incluido

Para el desarrollo de esta clasificación he tomado como referencia el trabajo de Winter, Pell y Gregory, conforme se observa a continuación:

Existen varias clasificaciones para los terceros molares que en general siguen los siguientes criterios:

- Posición del tercer molar con relación del segundo molar
- Características del espacio retromolar
- Angulo del eje longitudinal del diente
- Relación del tercer molar con la rama mandibular
- Cantidad de tejido óseo, o mucoso que cubre el diente retenido.

➤ clasificación de winter

Winter propone una clasificación diferente relacionando el Tercer Molar con el eje longitudinal Del segundo molar dando las siguientes posiciones: ⁴⁵

- i. **Vertical:** En ella el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar con una dirección normal en la arcada dentaria. (ver figura 1)
- ii. **Mesioangular:** El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia mesial, formando un ángulo de apertura inferior. (ver figura 2)
- iii. **Distoangular:** Con el ángulo abierto hacia atrás y su corona apunta en grado variable hacia la rama ascendente. (ver figura 3)
- iv. **Horizontal:** El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar. (ver figura 4)
- v. **Mesioangular invertida:** Eje oblicuo hacia abajo y adelante. (ver figura 5)
- vi. **Distoangular invertida:** Similar a la anterior con eje oblicuo hacia abajo y hacia atrás. (ver figura 6)

- vii. **Linguoangular:** Eje oblicuo hacia lingual (Corona hacia la lengua) y ápices hacia la tabla externa.
- viii. **Vestibuloangular:** Eje oblicuo hacia vestibular y sus raíces hacia la tabla externa.

➤ **Clasificación de Pell y Gregory**

Tiene en cuenta la relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular, la profundidad relativa del tercer molar y la posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar ⁴⁶.

- Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular

Para hallar el espacio disponible para la erupción del tercer molar se tiene en cuenta la superficie de la cara distal de la corona del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular comparado con el diámetro mesio-distal de la corona de la cordal. Cuanto menor sea este espacio, mayor será la dificultad quirúrgica.

Teniendo en cuenta estos puntos se clasifica en:

- **Clase I:** El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor o igual que el diámetro mesiodistal del tercer molar. (Ver figura 7)

- **Clase II:** El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesio distal del tercer molar.

(Ver figura 8)

- **Clase III:** El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular. (Ver figura 9)

- Profundidad relativa del tercer molar:

- **Tipo A:** La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar. (Ver figura 10)
- **Tipo B:** La parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar. (Ver figura 11)
- **Tipo C:** La parte más alta del tercer molar está en el mismo o por debajo de plano de la línea cervical del segundo molar. (Ver figura 12)

D. Complicaciones del tercer molar incluido: .

➤ **Infecciones del tercer molar inferior.**

Pueden ser locales como la pericoronaritis que es la más frecuente, regionales como distintos tipos de abscesos cervicofaciales y sistémicas. Tanto las complicaciones regionales y sistémicas suele ser un estadio posterior a la pericoronaritis del molar, por tratamientos defectuosos, disminución de las defensas del paciente ⁴⁷.

- **Complicaciones tumorales.**

Se deben en la mayoría de los casos a la infección crónica del saco pericoronario, a la infección apical, a la periodontitis y a la aparición de quistes del folículo dentario, porque el tercer molar no ha podido erupcionar correctamente. Por orden de importancia se distingue:

Granulomas. El proceso infeccioso 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. También se presentan estos granulomas cuando los terceros molares se ven afectados por caries extensas.

Quistes paradentales. Son considerados procesos osteolíticos, cuyo origen está en el ligamento periodontal (restos epiteliales de Malasez) del tercer molar. Estas lesiones pueden destruir el hueso alveolar interdentario situado por detrás del segundo molar.

Quistes radiculares. La infección puede propagarse al ápice dentario y provocar la formación de granulomas periradiculares, pero igualmente pueden aparecer 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.

Quistes foliculares o dentígero y queratoquistes. El tercer molar inferior es el que presenta con mayor frecuencia la formación de quistes foliculares. Cuando el cordal está completamente incluido, pueden aparecer quistes a expensas del folículo dentario.

Los quistes foliculares pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces incluso de producir osteítis y osteomielitis. 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.

En algunas ocasiones el tejido dentario que debe formar el tercer molar evoluciona hacia la formación de un quiste primordial, éstos presentan una importante queratinización por lo que se conocen como queratoquistes (concepto histológico).

Ameloblastomas y Tumores malignos. En la mayoría de los casos la aparición de ameloblastomas y tumores malignos aparecen a expensas de quistes foliculares y queratoquistes. En la región del cordal del tercer molar pueden formarse neoplasias benignas y malignas, tanto de partes blandas como óseas.

➤ **Complicaciones mecánicas**

Ulceraciones yugales o linguales. Cuando el tercer molar se encuentra en linguoversión o en vestibuloversión, puede traumatizar la mucosa yugal o lingual y producir una ulceración banal, pero repetidamente puede inducir una leucoplasia, que incluso puede llegar a transformarse en un carcinoma de células escamosas.

Lesiones en el segundo molar. Cuando el cordal está en mesioversión u horizontal, éste ejerce una presión importante sobre la cara distal del segundo molar lo que implicará una lisis o caries a nivel del cuello o la corona dentaria o una rizólisis de la raíz distal.

Desplazamientos dentarios. Son producidos por la presión y empuje que ejercen los terceros molares sobre los otros dientes y en especial en el grupo incisivo – canino, y que son motivo de apiñamiento dentario anterior (llamado apiñamiento terciario por Van den Linden).

Alteraciones de la ATM. Puede ir desde un simple problema muscular a una grave disfunción discal, se relaciona con las alteraciones que el tercer molar produce en la oclusión dentaria y con alteraciones reflejas articulares.

➤ **Complicaciones nerviosas**

Suelen aparecer asociadas a complicaciones infecciosas aunque pueden presentarse de forma aislada lo que dificultaría su diagnóstico. Gorlin y Goldman indicaron que el dolor referido se debía que el diente comprime el nervio dentario inferior. Dentro de estas complicaciones tenemos, trastornos secretores, trastornos sensoriales, trófico mucocutáneo.

➤ **Complicaciones diversas.**

Caries, patología periodontal, reabsorción del tercer molar, tercer molar incluido en un maxilar desdentado, fracturas de mandíbula.

A. “Operatorias

- Extracción de la pieza incompleta.
- Fractura de corona o raíces de dientes vecinos.
- Luxación y/o extracción accidental de la pieza vecina.
- Fractura ósea.
- Desplazamiento del diente a estructuras anatómicas próximas.
- Hemorragias.
- Lesión de nervios produciendo hipoestesia, parestesia.
- Lesión de tejidos blandos como desgarres, laceraciones y quemaduras.
- Rotura de instrumental.
- Shock.

B. Post operatorios

- Infecciones.
- Osteítis y osteomielitis.
- Hemorragias secundarias.
- Trismus e inflamación
- Queilitis angular.

2.3. Definición de términos

- **Frecuencia:** mide la proporción de personas que en un área geográfica y un periodo de tiempo sufren enfermedad es un parámetro útil cuando se trata de infección de larga duración en un momento determinado ⁴⁸.
- **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 ⁴⁹.
- **Cordal ectópico:** Es aquél que está incluido y alejado de la segunda molar (rama ascendente, cóndilo, suelo de la órbita) ⁵⁰.
- **Diente incluido:** Es aquél que no hace erupción por existir una barrera que lo impide, ya sea tejido mucoso, óseo o la interposición de otra pieza dental o alguna patología. (Incluir: poner una cosa dentro de otra, o dentro de sus límites, contener una cosa u otra) ⁵¹.
- **Diente impactado:** El diente “impactado” es aquel que no ha erupcionado total o parcialmente en la arcada, en el tiempo esperado, bloqueado por un obstáculo mecánico (hueso, dientes, tejidos blandos) ⁵².

El término incluido es la mejor forma de llamarlo, aunque retenido se utiliza con frecuencia en diversos textos de cirugía bucal.

- **Calidad de imagen:** describe el juicio subjetivo del clínico sobre el aspecto general de una radiografía. Combina los rasgos de densidad, contraste, latitud, definición y resolución ⁵³.
- **Clasificación de Pell y Gregory:** clasificación que se utiliza para describir la posición del tercer molar en relación con el borde anterior de la rama ascendente mandibular (I, II y III) y en base a la profundidad relativa que adopta (A, B y C) ⁵⁴.
- **Clasificación de Winter:** clasificación que se utiliza para describir la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo molar (vertical, horizontal, mesioangulada, distoangulada, bucoangulada, linguoangulada e invertida) ⁵⁵.
- **Cordal o cordura:** Tercer molar o muela del juicio, las cuales son los últimos dientes permanentes en erupcionar entre los 18 y 25 años ⁵⁶.
- **Pericoronaritis:** es un proceso infeccioso, que se caracteriza por la inflamación del tejido blando que rodea el diente retenido por lo general se observa a nivel de los terceros molares ⁵⁷.
- **Radiografía panorámica:** También llamada ortopantomografía o radiografía de rotación es una técnica destinada a obtener una única imagen de las estructuras faciales que incluya ambos maxilares (superior e inferior) y los elementos de soporte. Indicada en casos de traumatismos, terceros molares, desarrollo dental, retención de dientes, etc. No está indicada en exámenes diagnósticos que requieran una alta resolución como reabsorción precoz del hueso alveolar, lesiones de caries incipiente o lesiones apicales ⁵⁸.

2.4. SISTEMA DE VARIABLES

Variable De Estudio:

“Posición tipo y clase De las Terceros Molares Inferiores”

Variable Intervinientes:

- Edad
- Genero
- Lado Mandibular

2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

➤ VARIABLE DE ESTUDIO:

“Posición tipo y clase De las Terceros Molares Inferiores”

VARIABLE de Estudio	DEFINICION	INSTRUMENTO DE MEDIDA	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Posición tipo y clase De las Terceros Molares Inferiores	Se refiere a la Orientación y ubicación del tercer molar mandibular en el hueso	Diagrama mandibular de la radiografía panorámica digital	posiciones del tercer molar mandibular según la clasificación de Winter	Nominal	Vertical Mesioangular Distoangular Horizontal Horizontal invertida Mesioangular invertida Distoangular invertida Invertida Transversal
			Profundidad relativa del tercer molar de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory	Nominal	TIPO A TIPO B TIPO C
			Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular de acuerdo a la clasificación de Pell Y Gregory	Nominal	CLASE I CLASE II CLASE III

➤ **VARIABLE INTERVINIENTES:**

“Atendidos En El Hospital Militar Central Lima 2015.”

VARIABLES INTERVINIENTES		DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Atendidos En El Hospital Militar Central Lima 2015.	Edad	Mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Cronológica	Archivo: Edad registrado en la computadora	18 – 35 años
	Lado Mandibular	División vertical en partes iguales de la mandíbula observada en la radiografía panorámica	objetiva	Ubicación del tercer molar según la línea media	Derecho Izquierdo
	Sexo	Condición orgánica que diferencia a los humanos según el órgano sexual.	Antropomorfo	Características De genero registrado en la computadora	Masculino Femenino

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO, NIVEL Y METODO DE INVESTIGACION

- **TIPO DE INVESTIGACION**

- **Por su finalidad:** es de tipo Básico
- **Según el tipo de diseño:** no experimental
- **Según el periodo y secuencia de estudio:** es transversal
- **Según el tiempo de la ocurrencia de los hechos y registros de información:** es retrospectivo
- **Según el énfasis en la naturaleza de los datos manejados:** es cualitativo
- **Según la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:** es observacional.
- **Según la comparación de la población:** es descriptivo.
- **Según el tiempo:** es sincrónica

- **NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Estudio Descriptivo: esta investigación busca aumentar la teoría, por lo tanto se relaciona con nuevos conocimientos, de este modo no se ocupa de las aplicaciones prácticas que puedan hacer referencia los análisis teóricos.

- **MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Observacional - No Experimental: el investigador no manipula la condición de la variable de estudio, solo observa y las describe.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño empleado en el siguiente estudio de investigación es Observacional, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo



DONDE:

GE: GRUPO DE ESTUDIO

O: OBSERVACIÓN

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **POBLACIÓN**

La población de referencia del presente estudio estuvo constituida por todas las radiografías panorámicas digitales de los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima durante el periodo 2015.

- **MUESTRA**

La muestra es de tipo no probabilístico, por conveniencia, estando constituido por 150 radiografías panorámicas digitales de pacientes que acudieron al servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del HMC de Lima durante el periodo 2015. Estableciendo el nivel de confianza del 95%, con un P-valor de 0.05.

UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN.

Radiografías panorámicas digitales.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- **Criterios De Inclusión**

- Radiografías panorámicas digitales tomadas en el servicio de radiología bucal y maxilofacial del hospital militar central durante el periodo 2015.
- Radiografías de pacientes con edades entre 18 y 35 años.
- Que las radiografías presenten por lo menos 1 Tercer Molar inferior acompañado del segundo molar inferior para cumplir con el estudio.
- Radiografías que muestren nitidez de la zona a estudiar.

- **Criterios De Exclusión**

- Imágenes radiográficas que no permitan la identificación clara de la zona a ser estudiada. así como Ausencia de segundo molar adyacente a la pieza a estudiar.
- Radiografías en las que se hagan evidentes patologías en la zona a estudiar.
- Radiografías de pacientes cuya edad no se encuentre dentro el rango de 18 a 35 años.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Observación directa: a través de esta técnica se pudo registrar las variables de estudio, mediante un análisis radiográfico en el servicio de radiología bucal y maxilofacial del HMC de Lima.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. ficha de recolección de datos.

Instrumento diseñado por el propio investigador en el cual registramos el informe de las radiografías panorámicas digitales con respecto a la posición tipo y clase de terceros molares inferiores previamente validado por un experto.

3.5 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Se empleó uso de la técnica mecánica o manual para procesar los datos, empleando la tabla de frecuencias para el conteo de los mismos. La medida de correlación entre variables a usar es la prueba de Chi – cuadrada.

Técnicas de análisis e interpretación de datos.

Los datos obtenidos a través de nuestras fichas de registro de información impresas, fueron codificados para un mejor procesamiento de los datos. Luego los datos por paciente se registraron en el programa Microsoft Office Excel para Windows XP/Windows 10.0 (según clasificaciones, género, edad y lado) Posteriormente, se trasladaron al programa IBM SPSS statistics versión 22. Donde Se realizó el análisis de acuerdo a los objetivos planteados. La edad, género y lado mandibular fueron representados por tablas de frecuencia y porcentaje.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CUADRO N° 01

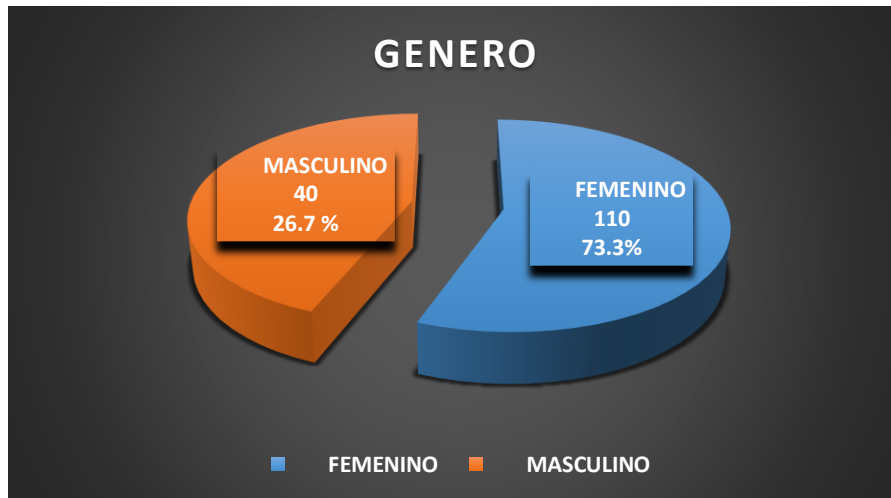
Frecuencia Según Género Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015

GENERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	110	73.3	73.3	73.3
MASCULINO	40	26.7	26.7	100.0
Total	150	100.0	100.0	

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

GRAFICO N° 01

Frecuencia Según Género Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015



INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico, se observa la distribución de los pacientes según género registrados en la ficha de recolección de datos, se obtuvo los siguientes resultados de un total de 150 radiografías panorámicas digitales revisadas (100 %)

Se registró con mayor proporción 110 casos (73,3 %) son pacientes de género femenino y 40 casos (26,7%) son pacientes de género masculino.

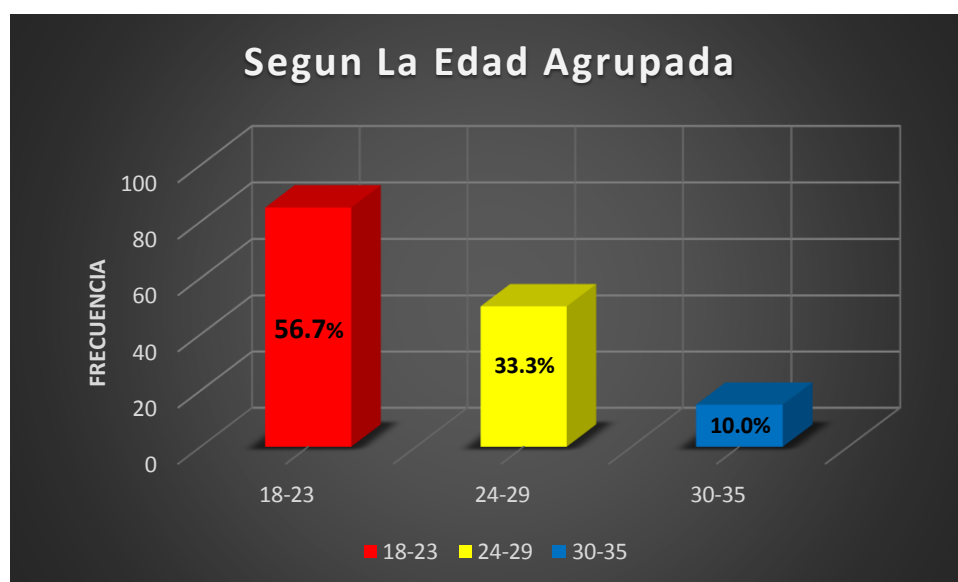
CUADRO N° 02

Frecuencia Según Edad Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
18-23	85	56.7	56.7	56.7
24-29	50	33.3	33.3	90.0
30-35	15	10.0	10.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

GRAFICO N° 02



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro y gráfico, se presenta la frecuencia de los pacientes según edades, registrados en la base de datos del servicio de radiología bucal y maxilofacial del HMC, observando lo siguiente:

Del total de datos observados (100%), presenta con mayor frecuencia los pacientes de edades entre 18 a 23 años de edad con 85 casos (56,7%), seguido del grupo etario entre 24 a 29 años con 50 casos (33,3%), en el tercer lugar tenemos a pacientes de 30 a 35 años con 15 casos (10,0%).

CUADRO N° 03

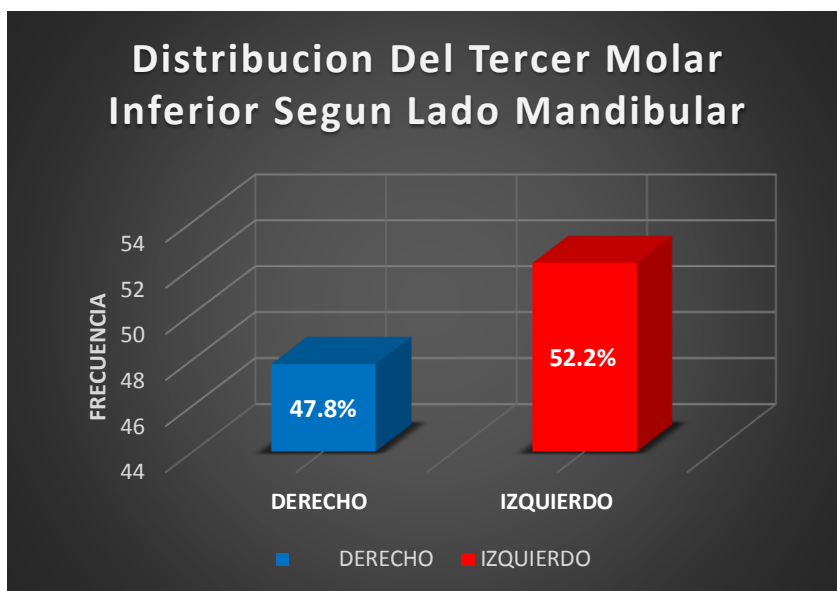
Frecuencia según lado mandibular de terceros molares inferiores Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015

LADO MANDIBULAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
DERECHO	120	47.8	47.8	47.8
IZQUIERDO	131	52.2	52.2	100.0
Total	251	100.0	100.0	

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

GRAFICO N° 03

Frecuencia según lado mandibular de terceros molares inferiores Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015



INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico, se presenta la frecuencia de terceros molares inferiores según el lado mandibular analizadas de 150 radiografías panorámicas, se realizó el estudio individual, obteniendo como resultado a 251 (100%) terceras molares inferiores y distribuidas en 120 casos (47,8%) encontradas en el lado derecho y con más frecuencia 131 casos (52,2%) encontrados en el lado izquierdo.

CUADRO N° 04

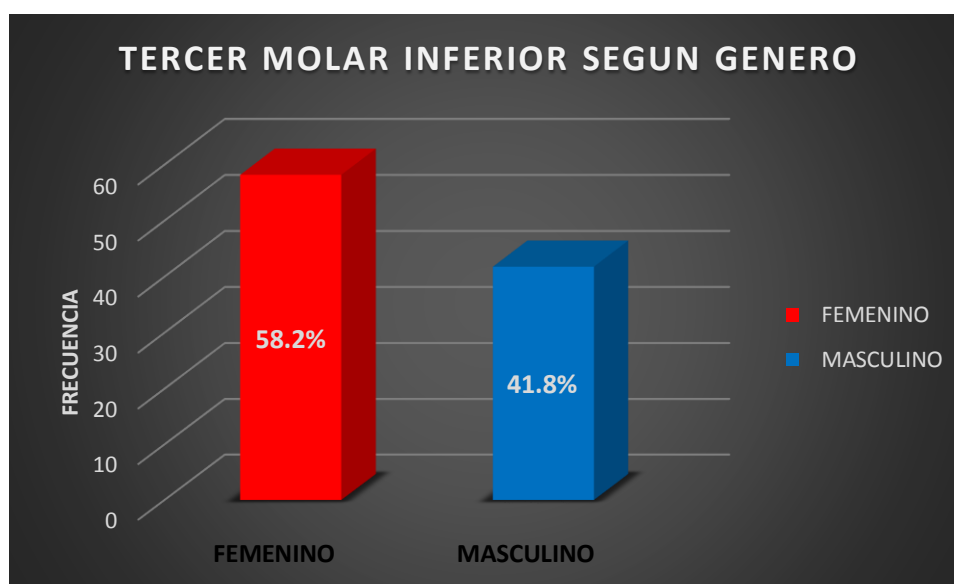
Distribución según género de terceros molares inferiores Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015

GENERO	TERCER MOLAR INFERIOR Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	146	58.2	58.2	58.2
MASCULINO	105	41.8	41.8	100.0
Total	251	100.0	100.0	

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

GRAFICO N° 04

Distribución según género de terceros molares inferiores Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015



INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico, se presenta la distribución de terceros molares inferiores según el género analizadas individualmente de 150 radiografías panorámicas, obteniendo como resultado a 251 casos (100%) donde se observaron con mayor frecuencia en el sexo femenino con 146 casos (58,2%) seguido con 105 casos (41,8%) encontrados en el sexo masculino.

CUADRO N° 05

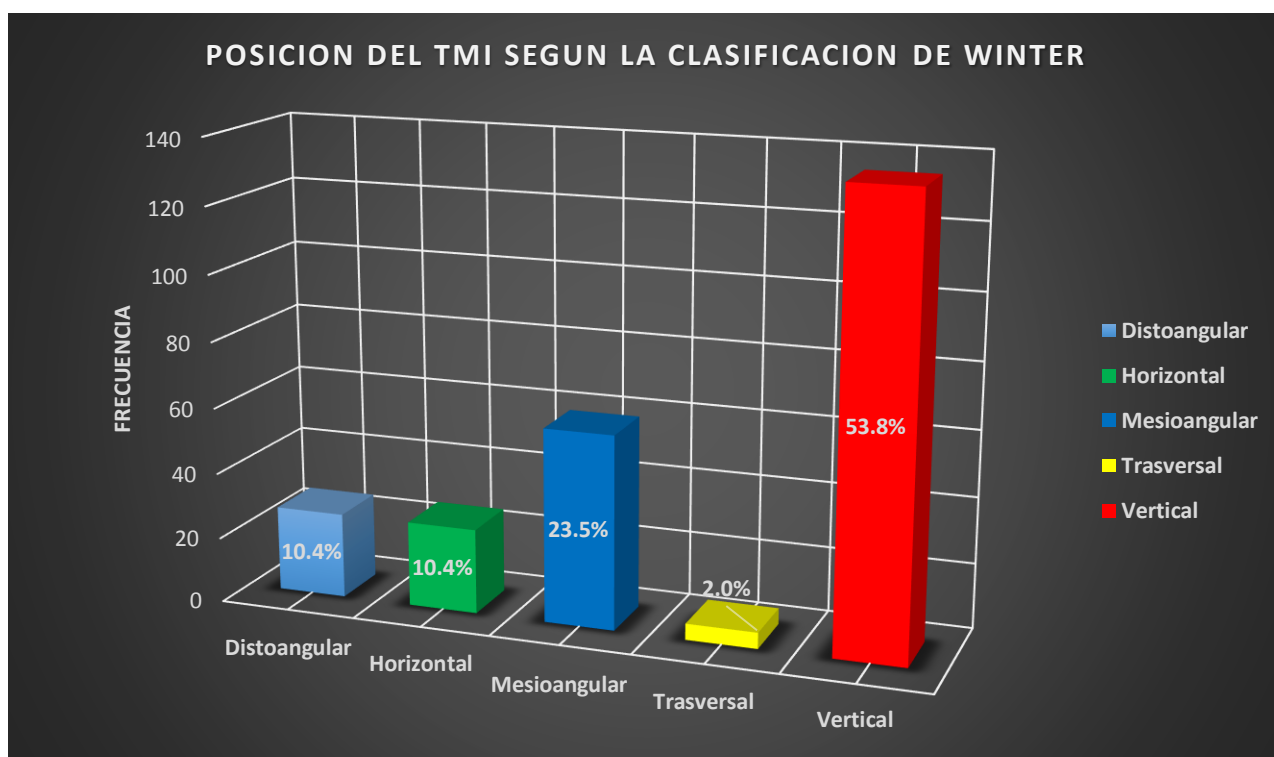
Posición de terceros molares inferiores según la clasificación de winter
Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015

POSICION (TMI) SEGÚN LA CLASIFICACION DE WINTER		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Distoangular	26	10.4	10,4	10,4
	Horizontal	26	10,4	10,4	20,7
	Mesioangular	59	23,5	23,5	44,2
	Trasversal	5	2,0	2,0	46,2
	Vertical	135	53,8	53,8	100,0
	Total	251	100.0	100.0	

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

GRAFICO N° 05

Posición de terceros molares inferiores según la clasificación de winter
Atendidos en el Hospital Militar Central Lima. 2015



INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico, Los resultados obtenidos en cuanto a la posición de los terceros molares mandibulares según Winter, presentaron una mayor frecuencia la posición vertical con 135 casos (53,8%), seguido de la posición mesioangular con 59 casos (23,5%), como también las posiciones Horizontal y Distoangular cada una con 26 casos (10,4%) y por último la posición transversal con 5 casos (2,0%).

TABLA DE CONTINGENCIA N° 01

POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN LADO MANDIBULAR

Posición (TMI) Según La Clasificación De Winter			LADO MANDIBULAR		Total
			Derecho	Izquierdo	
% dentro de lado mandibular	Distoangular	Recuento	13	13	26
		% del total	2.9%	2.9%	5.8%
	Horizontal	Recuento	11	15	26
		% del total	2.4%	3.3%	5.8%
	Mesioangular	Recuento	20	39	59
		% del total	15.5%	19.7%	35.3%
	Trasversal	Recuento	2	3	5
		% del total	.4%	.7%	1.1%
	Vertical	Recuento	74	61	135
		% del total	27.5%	24.6%	52.1%
Total		Recuento	120	131	251
		% del total	48.8%	51.2%	100.0%

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,539 ^a	4	,472
Razón de verosimilitud	3,546	4	,471
N de casos válidos	451		

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

En el cuadro estadístico de contingencia N° 01, nos muestra la clasificación de Winter con respecto a la posición de los terceros molares inferiores distribuidos según el lado mandibular de los pacientes atendidos en el servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del HMC, del cual podemos extraer lo siguiente:

La posición Vertical, se presentó con mayor proporción, siendo el lado derecho, donde más frecuencia se registró con 74 casos (27,5%), seguido del lado izquierdo que registro 61 casos (24.6 %).

La posición Mesioangular se presentaron más en el lado izquierdo con 39 casos (19,7%), seguido del lado derecho con 20 casos (15.5%).

Finalmente las posiciones Distoangular, Horizontal y Transversal, respectivamente presentaron proporciones con porcentajes mínimos en ambos lados mandibulares.

Este cuadro fue sometido al contraste estadístico hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada, encontrándose que la Chi cuadrada calculada fue menor que la Chi cuadrada tabulada (4 g.l: 9.487), por lo tanto se afirma que, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de posición de terceras molares inferiores y el lado mandibular de los pacientes que acudieron al servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del HMC.

GRAFICO DE LA TABLA DE CONTINGENCIA N° 01
POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN
LADO MANDIBULAR

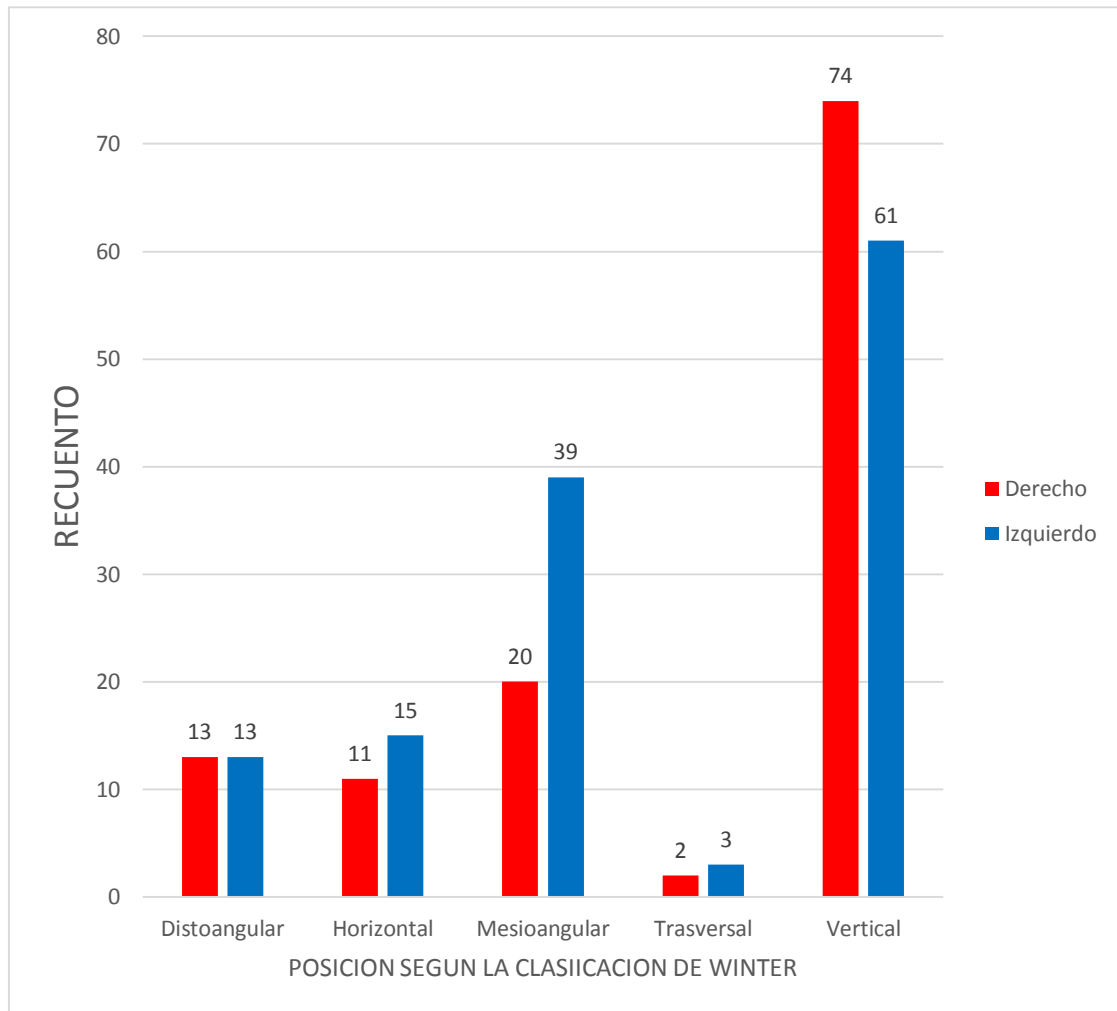


TABLA DE CONTINGENCIA N° 02
POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN
GÉNERO

Posición (TMI) según la clasificación de Winter			GENERO		Total
			Femenino	Masculino	
% dentro de Genero	Distoangular	Recuento % del total	16 3,5%	10 2,2%	26 5,8%
	Horizontal	Recuento % del total	15 3,3%	11 2,4%	26 5,8%
	Mesioangular	Recuento % del total	22 16,0%	37 19,3%	59 35,3%
	Trasversal	Recuento % del total	3 0,7%	2 0,4%	5 1,1%
	Vertical	Recuento % del total	90 31,0%	45 21,1%	135 52,1%
Total		Recuento % del total	146 54,5%	105 45,5%	251 100,0%

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,576^a	4	,073
Razón de verosimilitud	8,572	4	,073
N de casos válidos	451		

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

En el cuadro estadístico de contingencia N° 02, nos muestra la clasificación de Winter con respecto a la posición de los terceros molares inferiores distribuidos según el Género, de los pacientes atendidos en el servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del HMC del cual podemos extraer lo siguiente:

La posición Vertical, se presentó con mayor proporción, siendo el género femenino, donde más frecuencia se registró con 90 casos (31,0%), seguido del género masculino que registro 45 casos (21.1 %).

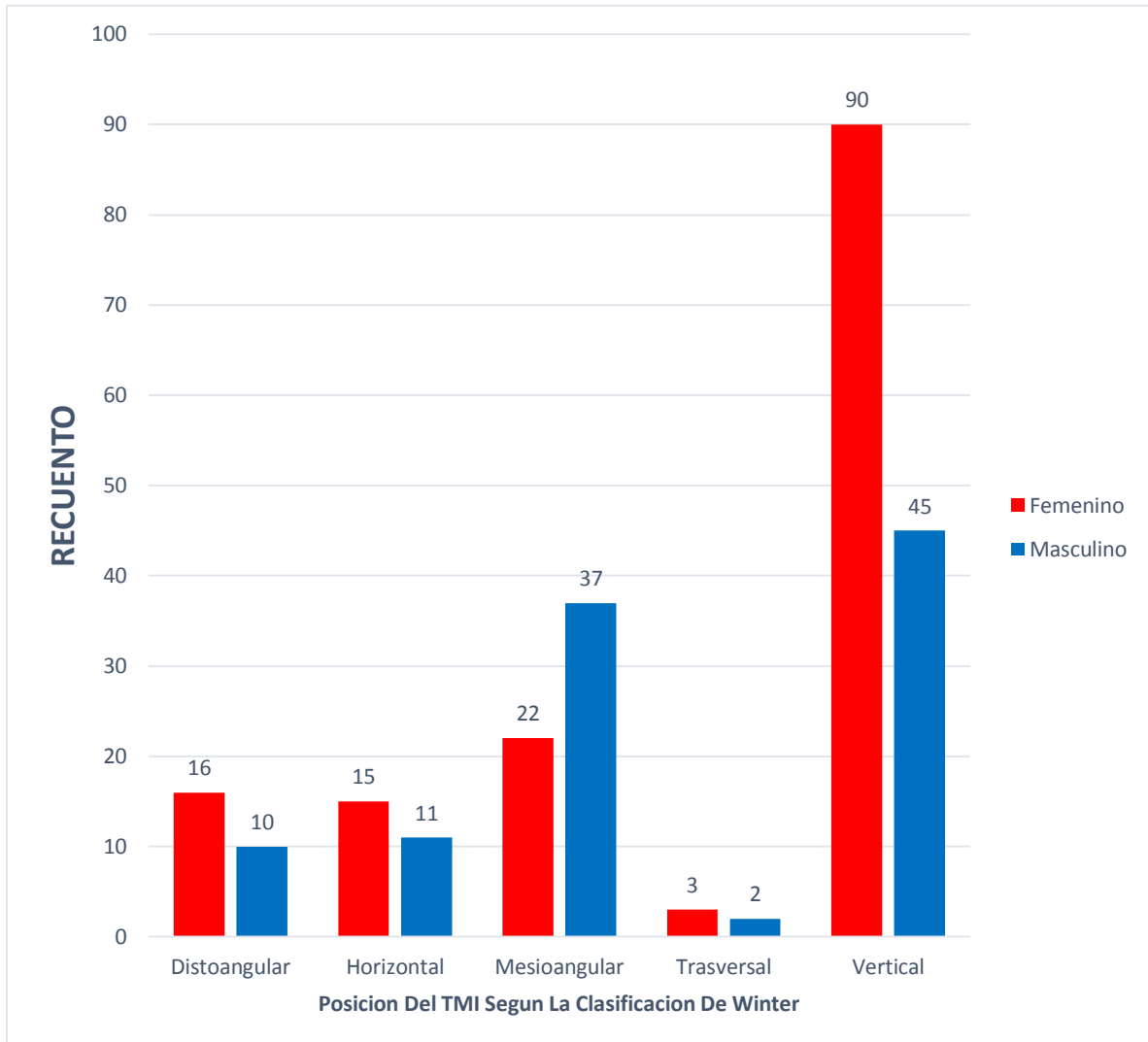
En la posición Mesioangular se presentaron más en el género masculino con 37 casos (19,3%), seguido del género femenino con 22 casos (16.0%).

Finalmente las posiciones Distoangular, Horizontal y Transversal, respectivamente presentaron proporciones con porcentajes mínimos en ambos géneros.

Este cuadro fue sometido al contraste estadístico hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada, encontrándose que la Chi cuadrada calculada fue menor que la Chi cuadrada tabulada (4 g.l: 9,487), por lo tanto, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de posición de terceras molares inferiores y el género de los pacientes que acudieron al servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del HMC.

GRAFICO DE LA TABLA DE CONTINGENCIA N° 02

POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN GÉNERO



CUADRO N° 06

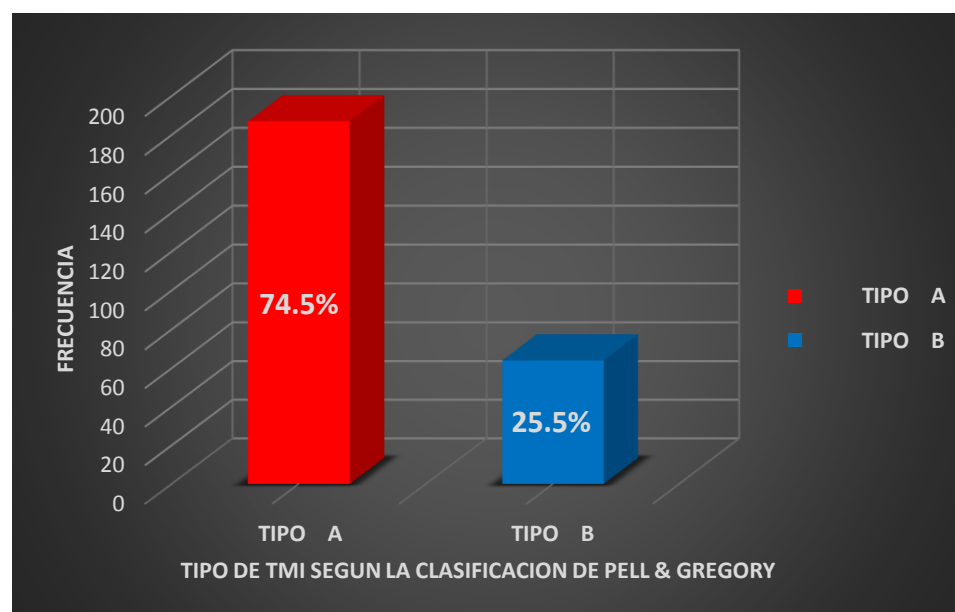
Tipo De Terceros Molares Inferiores Según La Clasificación De Pell & Gregory Atendidos En El Hospital Militar Central Lima. 2015

Tipo de (TMI) Según La Clasificación De pell & gregory	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
TIPO A	187	74,5	74,5	74,5
TIPO B	64	25,5	25,5	100,0
Total	251	100,0	100,0	

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

GRAFICO N° 06

Tipo De Terceros Molares Inferiores Según La Clasificación De Pell & Gregory Atendidos En El Hospital Militar Central Lima. 2015



INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico, Los resultados obtenidos en cuanto al tipo o profundidad relativa de los terceros molares mandibulares con respecto al hueso mandibular, según pell & Gregory, se presentó con mayor frecuencia el tipo A con 187 casos (74,5%), seguido del tipo B con 64 casos (25,5%).

TABLA DE CONTINGENCIA N° 03

TIPOS DE TERCERAS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN LADO MANDIBULAR

Tipo de TMI según la clasificación de Pell & Gregory			Lado mandibular		Total
			Derecho	Izquierdo	
% dentro de lado mandibular	TIPO A	Recuento	96	91	187
		% del total	32.4%	31.3%	63.6%
	TIPO B	Recuento	24	40	64
		% del total	16.4%	20.0%	36.4%
Total		Recuento	120	131	251
		% del total	48.8%	51.2%	100.0%

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,381 ^a	1	,240		
Corrección de continuidad ^b	1,160	1	,281		
Razón de verosimilitud	1,382	1	,240		
Prueba exacta de Fisher				,281	,141
N de casos válidos	451				

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

En el cuadro estadístico de contingencia N° 03, nos muestra la clasificación de Pell & Gregory con respecto al Tipo de terceras molares inferiores distribuidos según el lado mandibular, de los pacientes atendidos en el servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del HMC del cual podemos extraer lo siguiente:

El TIPO A, se presentó con mayor proporción, siendo el lado derecho, donde más frecuencia se registró con 96 casos (32,4%), seguido del lado izquierdo que registro 91 casos (31.3%).

En el TIPO B, se presentaron más en el lado izquierdo con 40 casos (20,0%), seguido del lado derecho con 24 casos (16.4%). La ausencia del tipo C en el gráfico indica frecuencia nula para esta.

Este cuadro fue sometido al contraste estadístico hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada, encontrándose que la Chi cuadrada calculada fue Menor que la Chi cuadrada tabulada (1 g.l: 3,841), por lo tanto, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de TIPOS de terceras molares inferiores y Lado Mandibular de los pacientes que acudieron al servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del HMC. La ausencia del tipo C en el gráfico indica frecuencia nula para esta.

GRAFICO DE LA TABLA DE CONTINGENCIA N° 03

TIPO DE TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGÚN DISTRIBUIDO SEGÚN LADO MANDIBULAR

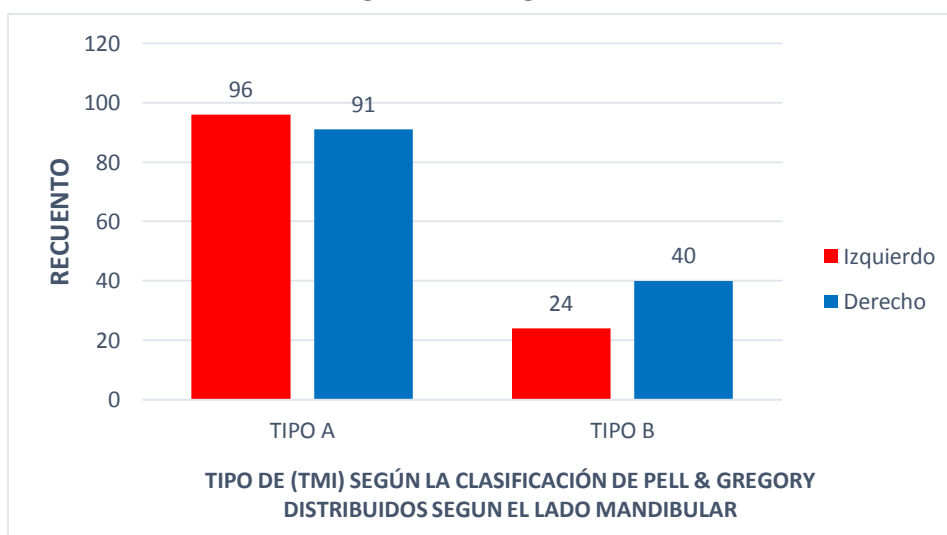


TABLA DE CONTINGENCIA N° 04

TIPOS DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN GÉNERO

Tipo de TMI según la clasificación de Pell & Gregory			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
% dentro de Genero	TIPO A	Recuento	109	78	187
		% del total	33.0%	30.6%	63.6%
	TIPO B	Recuento	37	27	64
		% del total	21.5%	14.9%	36.4%
Total		Recuento	146	105	251
		% del total	54.5%	45.5%	100.0%

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,200 ^a	1	,138		
Corrección de continuidad ^b	1,918	1	,166		
Razón de verosimilitud	2,208	1	,137		
Prueba exacta de Fisher				,142	,083
N de casos válidos	451				

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

En el cuadro estadístico de contingencia N°04, nos muestra la clasificación de Pell & Gregory con respecto al Tipo de terceros molares inferiores distribuidos según el Género, de los pacientes atendidos en el servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del HMC del cual podemos extraer lo siguiente:

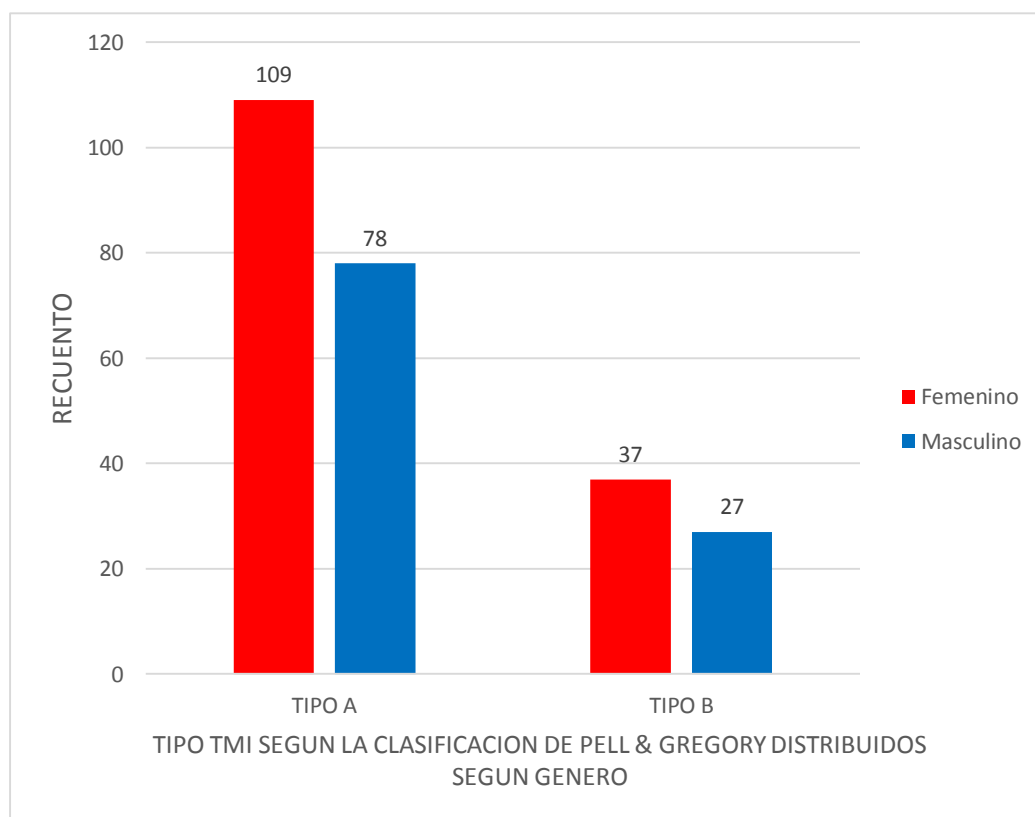
El TIPO A, se presentó con mayor proporción, siendo el Género femenino, donde más frecuencia se registró con 109 casos (33,0%), seguido del Género masculino que registro 78 casos (30.6%).

En el TIPO B, se presentaron más en el Género femenino con 37 casos (21,5%), seguido del Género masculino con 27 casos (14.9%).

Este cuadro fue sometido al contraste estadístico hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada, encontrándose que la Chi cuadrada calculada fue menor que la Chi cuadrada tabulada (1 g.l: 3,841), por lo tanto, si existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de TIPOS de terceras molares inferiores y el Género de los pacientes que acudieron al servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del HMC.

GRAFICO DE LA TABLA DE CONTINGENCIA N° 04

TIPO DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDO SEGÚN GÉNERO



CUADRO N° 07

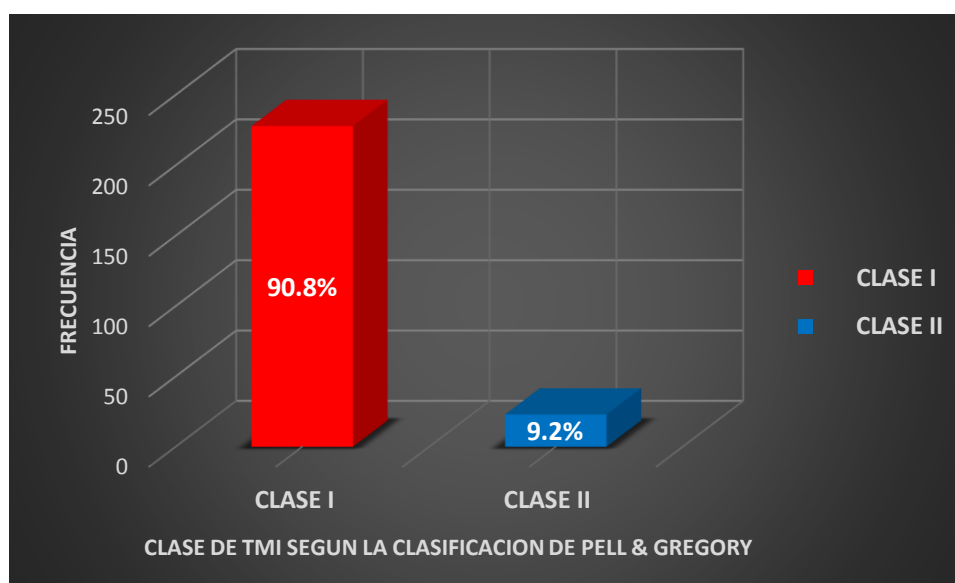
Clase De Terceros Molares Inferiores Según La Clasificación De Pell & Gregory Atendidos En El Hospital Militar Central Lima. 2015

Clase de (TMI) Según La Clasificación De pell & gregory	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
CLASE I	228	90,8	90,8	90,8
CLASE II	23	9,2	9,2	100,0
Total	251	100,0	100,0	

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

GRAFICO N° 11

Clase De Terceros Molares Inferiores Según La Clasificación De Pell & Gregory Atendidos En El Hospital Militar Central Lima. 2015



INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico, Los resultados obtenidos en cuanto a la clase de los terceros molares en relación con la rama ascendente y el segundo molar según pell & gregory presento una mayor frecuencia la clase I con 228 casos (90,8%), seguido de la clase II con 23 casos (9,2%).

TABLA DE CONTINGENCIA N° 05

CLASES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN LADO MANDIBULAR

clase de TMI según la clasificación de Pell & Gregory			Lado mandibular		Total
			Derecho	Izquierdo	
% dentro de lado mandibular	clase I	Recuento	119	109	228
		% del total	37.5%	35.3%	72.7%
	clase II	Recuento	1	22	23
		% del total	11.3%	16.0%	27.3%
Total		Recuento	120	131	251
		% del total	48.8%	51.2%	100.0%

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,624 ^a	1	,057		
Corrección de continuidad ^b	3,233	1	,072		
Razón de verosimilitud	3,640	1	,056		
Prueba exacta de Fisher				,058	,036
N de casos válidos	451				

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

En el cuadro estadístico de contingencia N° 05, nos muestra la clasificación de Pell & Gregory con respecto a la CLASE de terceros molares inferiores distribuidos según el lado mandibular, de los pacientes atendidos en el servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del HMC del cual podemos extraer lo siguiente:

La CLASE I, se presentó con mayor proporción, siendo el lado derecho, donde más frecuencia se registró con 119 casos (37,5%), seguido del lado izquierdo que registro 109 casos (35.3%).

En la CLASE II, se presentaron más en el lado izquierdo con 22 casos (16,0%), seguido del lado derecho con 1 caso (11.3%).

Este cuadro fue sometido al contraste estadístico hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada, encontrándose que la Chi cuadrada calculada fue menor que la Chi cuadrada tabulada (1 g.l: 3,841), por lo tanto, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de CLASE de terceras molares inferiores y el Lado Mandibular de los pacientes que acudieron al servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del HMC.

GRAFICO DE LA TABLA DE CONTINGENCIA N° 05

CLASES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN LADO MANDIBULAR

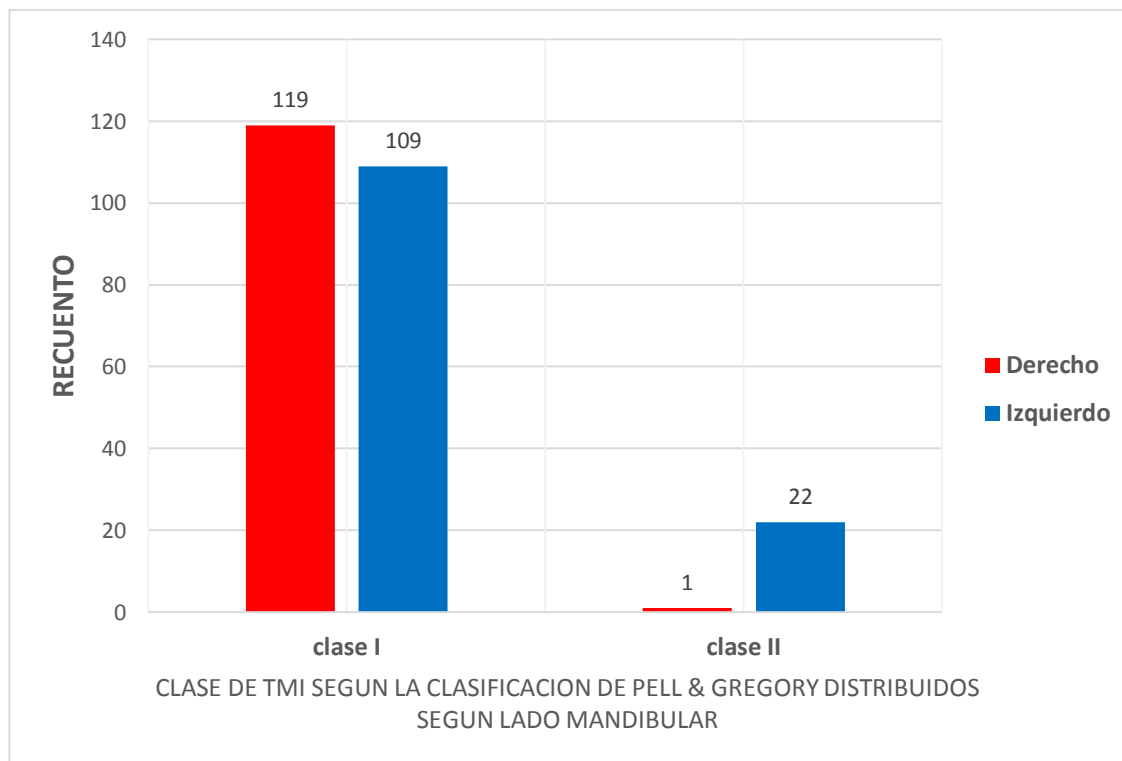


TABLA DE CONTINGENCIA N° 06

CLASES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DISTRIBUIDOS SEGÚN GÉNERO

Clase de TMI según la clasificación de Pell & Gregory			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
% dentro de Genero	CLASE I	Recuento	140	88	228
		% del total	42.1%	30.6%	72.7%
	CLASE II	Recuento	6	17	23
		% del total	12.4%	14.9%	27.3%
Total		Recuento	146	105	251
		% del total	54.5%	45.5%	100.0%

Fuente: Archivos Hospital Militar Central Lima

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,546 ^a	1	,019		
Corrección de continuidad ^b	5,057	1	,025		
Razón de verosimilitud	5,531	1	,019		
Prueba exacta de Fisher				,020	,012
N de casos válidos	451				

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

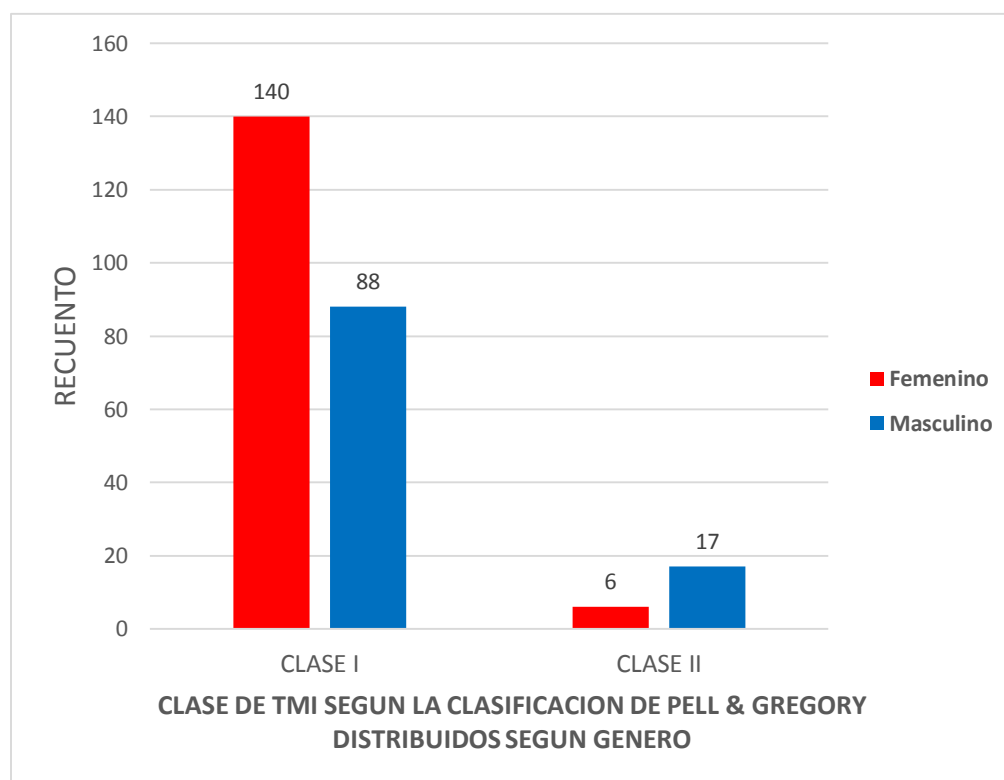
En el cuadro estadístico de contingencia N° 06, nos muestra la clasificación de Pell & Gregory con respecto a la CLASE de terceros molares inferiores distribuidos según el Género de los pacientes atendidos en el servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del HMC del cual podemos extraer lo siguiente:

La CLASE I, se presentó con mayor proporción, siendo el Género femenino, donde más frecuencia se registró con 140 casos (42,1%), seguido del Género masculino que registro 88 casos (30.6%).

En la CLASE II, se presentaron más en el Género masculino con 17 casos (14,9%), seguido del Género femenino con 6 casos (12.4%). La ausencia de la CLASE III en el gráfico indica frecuencia nula para esta.

Este cuadro fue sometido al contraste estadístico hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada, encontrándose que la Chi cuadrada calculada fue Mayor que la Chi cuadrada tabulada (1 g.l:3,841), por lo tanto, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de CLASE de terceras molares inferiores y el Género de los pacientes que acudieron al servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del HMC.

GRAFICO DE LA TABLA DE CONTINGENCIA N° 06
CLASES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGÚN DISTRIBUIDOS
SEGÚN GÉNERO



CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos, procesados y contratados con el contraste estadístico hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada, en los cuadros y gráficos del presente proyecto de investigación se pudo observar que si existe una alta frecuencia de posición tipo y clase de terceros molares inferiores.

TIPO DE HIPÓTESIS		ACEPTACIÓN
HI	Existe una alta frecuencia de La posición vertical, el tipo A y la clase I de terceros molares inferiores atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015.	ACEPTADO ✓
H0	No Existe una alta frecuencia de La posición vertical, el tipo A y la clase I de terceros molares inferiores atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015.	RECHAZADO X

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La remoción de dientes impactados puede ser extremadamente difícil o relativamente sin dificultades. El factor principal para determinar la dificultad de la remoción es la facilidad de acceso. La accesibilidad se determina por la facilidad de exposición del diente, su preparo del trayecto de salida y de un punto de apoyo. Para determinar el grado de accesibilidad, la clasificación de los terceros molares se torna importante, con el propósito de elegir el plan de tratamiento adecuado para cada paciente, realizar un correcto diagnóstico y organizar el planeamiento quirúrgico.

En el presente estudio de investigación, tuvo como propósito; determinar la frecuencia de posición tipo y clase de terceros molares inferiores observadas en radiografías panorámicas digitales atendidas en el servicio de Radiología Bucal y Maxilofacial del Hospital Militar Central de la ciudad de Lima, durante el periodo 2015; para lo cual se recolectaron la información de la base de datos de dicho servicio; Se estudiaron 150 Radiografías Panorámicas Digitales individualmente, obteniendo 251 terceros molares mandibulares según el criterio de inclusión.

En cuanto al Género que más frecuencia presento con respecto a la distribución de terceros molares inferiores fue el género femenino con 146 (58.2 %), seguido con 105 casos (41,8%) correspondientes al género sexual masculino. Mostrando similitud de estudio con la investigación realizada en **Brasil. 2012. Chicarelli da Silva, M.** que presentaron mayor frecuencia el género femenino, presentando diferencia estadísticamente significativa en relación al masculino. En contraste los estudios en **Lima. 2015. Tirado Delgado, P.** En sus resultados indica que de 130 radiografías panorámicas 94 casos (72,3%) corresponden al género masculino y 36 casos (27,7%) al género femenino.

En relación a la edad Los pacientes de 18 a 35 años de edad atendidos en el Hospital Militar Central de Lima el año 2015. El resultado de edad por categoría con mayor frecuencia fue de 18 a 23 años de edad con 85 casos (56,7%), Tuvo semejanza con el estudio realizado en **Brasil. 2012. Ribeiro E.** Encontró que la edad entre 20- 25 años, fueron los más afectados por la retención del tercer molar.

Los resultados encontrados Con respecto al lado mandibular de Terceros molares inferiores, pertenecientes al lado mandibular izquierdo presento 131 casos (52,2%) con mayor frecuencia y el lado mandibular derecho con 120 casos (47,8%).

En Brasil. 2012. Chicarelli da Silva, M En su estudio se observó que la inclinación más frecuente según la clasificación de Winter fue la vertical (n=231), seguida de la mesio angular (n=209), disto angular (n=135), horizontal (n=77) y vestibulo/linguoversión (n=12) ; Es semejante a nuestra investigación por que Los resultados obtenidos en cuanto a la Posición de los terceros molares mandibulares

según la clasificación de Winter fueron con mayor frecuencia de la posición vertical con 135 casos (53,8%), seguido de la posición mesioangular con 59 casos (23,5%), posiciones horizontal y distoangular cada una con 26 casos (10,4%) y por último la orientación transversal con 5 casos (2,0%). Estos resultados fueron concordantes con lo encontrado en otras investigaciones. Sin embargo, en contraste otro estudio realizado en **Lima. 2012. Valerio Rojas, H.** Indico en su investigación sus resultados según winter se obtuvo que la orientación más frecuente fue la mesioangular (82,11%) por encima de la posición vertical.

Estas discrepancias pueden deberse a que en la mayoría de estudios previamente citados, se analizaron y clasificaron dichas piezas en conjunto (terceras molares superiores e inferiores) y no de manera individual como lo analizado en el presente estudio. Finalmente, para el presente trabajo de investigación según la clasificación de Winter se observó una mayor prevalencia de las posiciones vertical y mesioangulada. Para la clasificación de Pell y Gregory, se encontró mayor prevalencia el TIPO A CLASE I. Estos resultados concordaron con otros estudios que también encontraron las mismas posiciones en edades similares.

CONCLUSIONES

Se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las radiografías panorámicas digitales analizadas en el Servicio de Radiología bucal y maxilofacial del Hospital Militar Central de la Ciudad de Lima durante el periodo 2015. Estuvo representado por el Género femenino en mayor proporción y con mayor frecuencia se registró la edad por categoría entre 18 a 23 años de edad.
2. Del total de 251 terceros molares inferiores como resultado del lado mandibular encontramos con mayor frecuencia el lado izquierdo con 131 casos.
3. Con respecto al tercer molar inferior distribuido según género, presentaron con mayor frecuencia el Género femenino con 146 casos.
4. La posición según la clasificación de winter más frecuente fue la vertical con 135 casos (53,8%), registrando a la distribución de lado y género mandibular, presentaron la mayor parte el lado derecho y al género femenino, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de posición de terceras molares inferiores con respecto al lado y género.
5. El tipo según la clasificación de pell & gregory más frecuente fue el tipo A con 187 casos (74,5%), registrando a la distribución de lado y género mandibular, presentaron la mayor parte el lado derecho y al género femenino, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de tipo de terceras molares inferiores con respecto al lado y género.
6. La clase según la clasificación de pell & gregory más frecuente fue la clase I con 228 casos (90,8%), registrando a la distribución de lado y género mandibular, presentaron la mayor parte el lado derecho y al género femenino, no existe una relación estadística significativa entre la frecuencia de clase de terceras molares inferiores con respecto al lado y género.
7. pero si presenta diferencia significativa con relación al tipo y género.
8. Finalmente concluimos, que es de suma importancia conocer las diferentes posiciones, tipos y clases de terceros molares inferiores ya que en su condición anatómica y fisiopatológica es necesario conocer las características radiográficas que presentan las terceras molares inferiores, como así hacer uso de radiografías panorámicas digitales y tener buen criterio clínico, para poder realizar tratamientos quirúrgicos adecuados y evitar complicaciones posteriores.

SUGERENCIAS

Según los resultados obtenidos se sugiere lo siguiente.

1. Nunca se debe de realizar la extracción de ninguna pieza sin haber tomado una radiografía panorámica y exámenes del paciente, ya que esta radiografía nos muestra la posición exacta del tercer molar, la relación que este diente tiene con sus estructuras anatómicas adyacentes, la presencia de un proceso infeccioso, entre otros.
2. Las radiografías panorámicas nos permitirán hacer una proyección de crecimiento y erupción de los terceros molares. Con la probabilidad de pronosticar la erupción correcta o no, e indicar su tratamiento quirúrgico.
3. Es de importancia recalcar que una buena toma radiográfica permitirá diagnosticar la relación ósea dentaria que son los que tienen íntima relación con el acto quirúrgico. Este trabajo bibliográfico debemos difundirlo ya que es de interés para todos los profesionales odontólogos y estudiantes de odontología.
4. realizar estudios que determine el nivel de conocimiento acerca de la posición tipo y clase de terceros molares inferiores.
5. promover una mayor concientización a los alumnos de pregrado sobre la importancia del uso de radiografías, para determinar buenos diagnósticos.
6. Realizar investigaciones similares con una muestra mayor incluyendo otros recursos imagenológicos tales como radiografías periapicales, cefalométricas y tomografías computarizadas.
7. con respecto a nuestra universidad implementar un área de toma de radiografías panorámicas digitales para un adecuado diagnóstico de patologías que pudiese generar una tercera molar de los pacientes que asisten a nuestra alma mater.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham Abramovich. Histología y Embriología Dentaria. 2ªedición. Editorial Médica Panamericana. 1999.
2. COSME, Gay E, Cirugía Bucal, editorial Océano, Barcelona España, 2004, Pág. 506.
3. Botetano V.R, Variantes anatomo-clínico-topográfico de los tejidos duros y blandos de la región del tercer molar mandibular. Revista Hipótesis. 2009 Año VIII, Nº 9, página 207. Perú, Universidad Nacional Federico Villarreal.
4. Raspall Guillermo. Cirugía oral e implantología. Editorial médica panamericana. Año 2006.
5. Donado M. Cirugía Bucal. Patología y técnica. 3ª ed. Editorial Masson; Barcelona: 2005.
6. Botetano V.R. Op.cit., p.207-208.
7. SOM P.M. Radiología Bucal, 11º Edición. St. Louis, Missouri. U.S.A.: Mosby, 1991.
8. Ríes centeno GA. cirugía Bucodental. 2º Edición. Buenos aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1994.
9. Enlow DH, Crecimiento Maxilofacial. Tercera Edición. Mexico, 1992, pag. 95
10. LASKIN, D, Cirugía Oral y Maxilofacial, editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1998, Pág. 58-70
11. **Chicarelli da Silva, M**, estudio radiográfico de la prevalencia de impactaciones dentarias de terceros molares y sus respectivas posiciones, realizadas en el Sector de Radiología de la Clínica Odontológica de la Universidad Estatal de Maringá, en el período de 2009 a 2011. (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista). Clinica estomatologica UEM, 2012.

12. **Ribeiro E**, Prevalencia de las posiciones de terceros molares inferiores retenidos con relación a la clasificación de Pell & Gregory. En pacientes atendidos en la Clínica estomatológica de la universidad de Curitiba - Brasil, en el periodo de marzo hasta junio de 2011, (tesis para optar por el título de Magister en Estomatología). Clinica estomatologica UCB, 2012.
13. **Hernández L**, Prevalencia de los terceros molares retenidos en la población de Ibb (ciudad de Yemen), en pacientes que acudieron a la clínica estomatologica central de Yemen durante el periodo 2008 – 2009, (tesis para optar por el título de Magister en Estomatología). Clinica estomatologica central UY, REPUBLICA DE YEMEN, 2010.
14. **Velásquez J**, Clasificación de Pell & Gregory de terceras molares impactadas, en adolescentes de 18 – 20 años, en la universidad central de Venezuela, Facultad De Odontología en el año 2009”. (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista). FOUCV, 2010.
15. **Sagal López, M.** prevalencia de los terceros molares mediante radiografías panorámicas de alumnos de Odontología de la Universidad de cataluña, atendidos en el Servicio de Radiología Maxilo – facial durante el periodo 2007 – 2008. (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista). Servicio de radiología UCE, 2009.
16. **Tirado Delgado, P** 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 para optar por el título de Cirujano Dentista). HMC FAP, 2015.

17. **Campos Olivera, s** Desarrollo y posición de terceras molares inferiores en personas de 12 a 17 años atendidas en el servicio de cirugía buco máximo facial del Instituto de Salud del Niño. Lima, Perú 2012 – 2013, (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista).INSN, 2014
18. **Valerio Rojas, H.** 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 2011, (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista).clinica estomatológica UIGV, 2012.
19. **Castro sarmiento, a** posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular en pacientes que acuden a la clínica estomatológica central de la universidad peruana cayetano Heredia entre los años 2008 - 2009. (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista).clinica estomatológica central UPCH, 2010.
20. Mario E. Figun. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 2ª Edición. Librería “El Ateneo” Editorial Buenos Aires. 2003, pag. 120.
21. Ibid,.p. 121
22. Ibid, .p 121 – 122.
23. Enlow DH, op.cit,.p.96 - 97
24. Gómez de Ferraris E., Campos A. Histología y Embriología bucodental. 2º Edición. Madrid, España: editorial medica panamericana, 2004; 4: p 45 - 46.
25. Ibid, .p 47.
26. Testut, L; Latarjet, A. y Latarjet, Tratado de anatomía humana (Tomo I), Salvat Editores S.A., Barcelona, 1988 Pág. 46
27. Ibid. pag. 47

28. Ibid. pag. 47 - 48
29. Ibid. pag. 49
30. Hooton, Earnest Albert: "The Importance of Primate Studies in Anthropology"
in GAVAN, James A. (ed.): The Non-Human Primates and Human Evolution.
In Memory of Earnest Albert Hooton (1887-1954), Wayne University Press,
1955, pp.108
31. Ibid. Pag. 108- 109
32. Ríes centeno GA, Op.cit., p. 31
33. Grandini, S; Verry, R; Stivanin, D. "Estudo da incidencia dos dentes
inclusos". Revista Associacao Paulista de cirugioes Dentistas. 1996 May/Jun
Vol 20 Nª 3.
34. Rafael, E.V, Anatomía Dental, editorial El sevier: España, 2004, Pág. 361
35. Ibid. Pag 362
36. Rouviere H., Delmas A. Anatomía Dental. 11º Edición. Barcelona: Masson,
1999.
37. Cosme G.E; Leonardo B.A. Cirugía Bucal. Nueva Edición. Editorial Océano /
Ergon. Madrid. España Pag. 354
38. Ibid. Pag. 355
39. Ibid. pag. 355
40. Ibid. Pag. 356
41. LASKIN, D, op.cit. Pag. 71 -72
42. Joseph Gibilisco. Diagnostico Radiologico en Odontologia. 5ª Edición.
Editorial medica panamericana. Pag. 359 - 360
43. Ibid. Pag 360 - 361

44. Raspall Guillermo. Cirugía oral e implantología. Editorial médica panamericana. Año 2006; Capítulo 5: pág. 95-96
45. Cosme G.E; Leonardo B.A., Op.cit., p. 356
46. Ibid., p 357
47. Navarro Vila, C. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. 2 da edición. Tomo I. Editorial Arán. Año 2009; capítulo 1: pág. 230 - 242.
48. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2009. Actualizado: 2013.
Definiciones: Definición de frecuencia (<http://definicion.de/frecuencia/>)
49. Raspall Guillermo, op.cit., p. 97
50. Cosme G.E; Leonardo B.A. Cirugía Bucal. Nueva Edición. Editorial Océano / Ergon. Madrid. España pag. 387
51. Ibid., p 388
52. Ibid., p 388
53. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2009. Actualizado: 2013.
Definiciones: Definición de calidad de imagen
<http://definicion.de/frecuencia/>)
54. Raspall Guillermo. op.cit.,p 102 - 103
55. Ibid.,p 104 - 105
56. Cosme G.E, J, P, op.cit.,p. 389
57. Joseph Gibilisco, op.cit.,p 112

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “FRECUENCIA DE LA POSICION, TIPO Y CLASE DE TERCEROS MOLARES INFERIORES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2015”.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA Y DISEÑO	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
<u>PROBLEMA GENERAL</u> ¿Cuál sera la posición, tipo y clase más frecuente de terceros molares inferiores radiológicamente, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima - 2015? <u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u> Pe1. ¿Cuál es la Posición más frecuente de los terceros molares inferiores según winter, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima- 2015? Pe2. ¿Cuál es el Tipo Y Clase más frecuente de terceros molares inferiores según pell & gregory, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima-2015?	<u>OBJETIVO GENERAL</u> Determinar La Frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores radiológicamente, atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015. <u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> Oe1. Determinar La Frecuencia De La Posición de terceros molares inferiores según winter, atendidos en el Hospital Militar Central De Lima- 2015. Oe2. Establecer La Frecuencia Del Tipo y Clase de Tercer Molar Inferior según pell & gregory, atendidos en el Hospital Militar Central De Lima-2015.	Hi: Existe una alta frecuencia de La posición vertical, el tipo A y la clase I de terceros molares inferiores atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015. Hn: No Existe una alta frecuencia de La posición vertical, el tipo A y la clase I de terceros molares inferiores atendidos en el Hospital Militar Central De Lima – 2015.	<u>VARIABLE DE ESTUDIO</u> Posición tipo y clase De las Terceros Molares Inferiores. <u>INDICADORES</u> - posiciones del tercer molar mandibular según la clasificación de Winter. - Clasificación de Pell y Gregory en la relación del tercer molar con respecto a la rama Ascendente.	<u>MÉTODO:</u> Método no experimental, pues el investigador no manipula la variable solo las describe. <u>Tipo de investigación:</u> -por el Propósito tipo Básico -por la ocurrencia es retrospectivo -periodo y secuencia transversal -por la interferencia observacional - <u>Nivel de estudio:</u> El presente estudio se encuentra en un nivel descriptivo. <u>Diseño:</u> El diseño empleado en el siguiente proyecto de investigación es Descriptivo, Transversal, Retrospectivo. <u>Esquema del diseño:</u> GE —————> O Donde: GE: Grupo de estudio O: Observación <u>Área de estudio:</u> El área de estudio sera la Oficina de Archivos de radiografías panorámicas digitales del servicio de radiología bucal y maxilofacial del hospital militar central de lima.	<u>TÉCNICAS:</u> - Observación Se utilizó la observación directa por que a través de esta técnica se pudo registrar las variables de estudio, mediante un análisis radiográfico en el servicio de Radiología Bucal Y Maxilofacial del HMC de Lima. <u>INSTRUMENTO:</u> - Ficha de registro Instrumento está diseñado por el propio investigador en el cual registramos el informe de las radiografías panorámicas digitales con respecto a la posición tipo y clase de terceros molares inferiores. Del Servicio de Radiología Buco maxilofacial de HMC.

Pe3. ¿Cuál es la Distribución según género, edad y lado mandibular de terceros molares inferiores según winter y según pell & gregory, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima - 2015?	Oe3. Establecer La Distribución según género, edad y lado mandibular de terceros molares inferiores según winter y según pell & gregory, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima - 2015.		- profundidad relativa del tercer molar en el hueso mandibular <u>VARIABLE INTERVINIENTE</u> • Edad • Lado mandibular • Genero <u>INDICADORES</u> Edad registrado en la computadora Ubicación del tercer molar según línea media. Características de genero	<u>Población y muestra</u> Población (N) Todas las radiografías panorámicas digitales, tomadas en el servicio de radiología bucal y maxilofacial durante el periodo 2015, en el Hospital Militar Central de lima. Que se encuentran en su base de datos. Muestra (n) La muestra está conformada por 150 radiografías panorámicas digitales según el criterio de inclusión de terceros molares inferiores tomadas en el servicio de radiología bucal y maxilofacial del Hospital Militar Central durante el periodo 2015. <u>Plan de recolección de datos</u> La recolección de datos se realizara mediante fichas de recolección de información impreso lo cual fue diseñado por el investigador. El registro sera individual. Registrando con datos estadísticos en el programa IBM spss versión 22.	<u>PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO</u> <u>Recursos humanos:</u> Principal investigador: Alva Leandro, Luis Ronald <u>Recursos financieros:</u> El presente proyecto de investigación sera autofinanciado por el investigador responsable de su desarrollo.
--	--	--	---	--	---

ANEXO 2

Clasificación de Winter

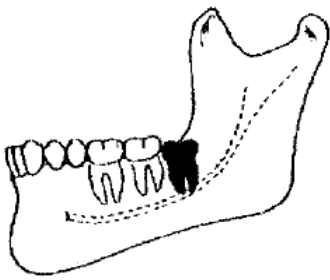


Figura 1

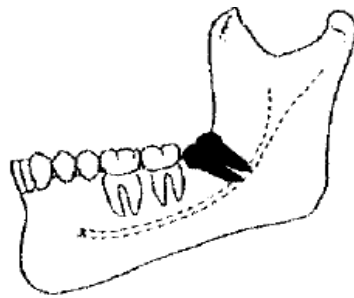


figura 2

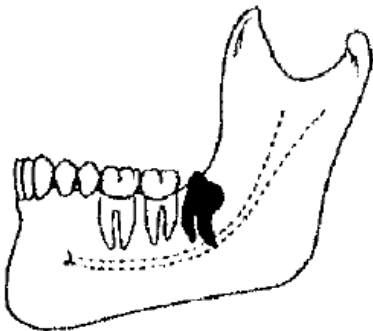


Figura 3

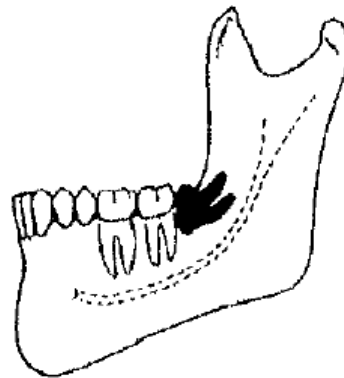


figura 4

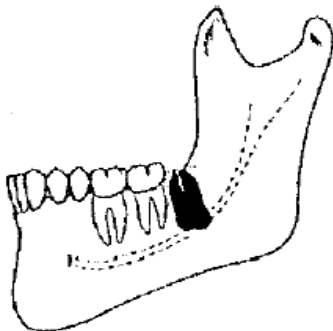


Figura 5

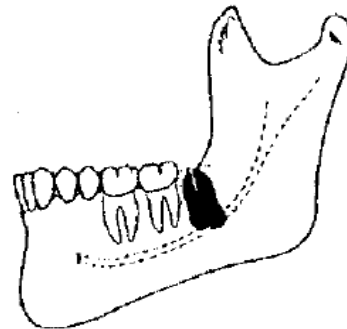


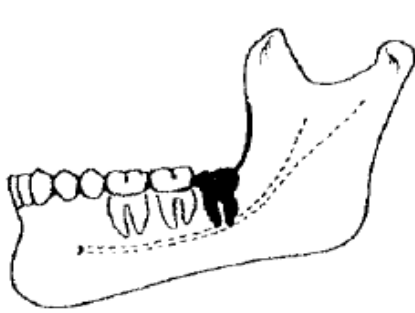
figura 6

Fuente: Raspall Guillermo. Cirugía oral e implantología. Editorial médica panamericana. Año 2006;

Capítulo 5: pág. 95-98

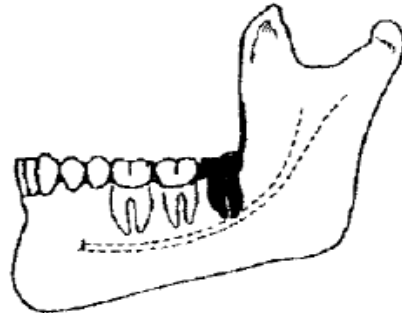
ANEXO 3

Clasificación de pell y Gregory con respecto a la rama y al segundo molar inferior



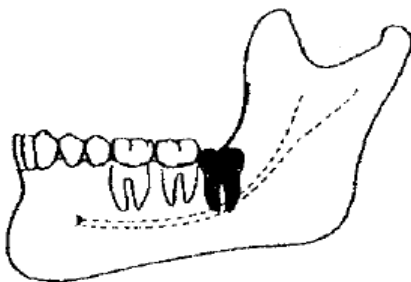
Clase I

Figura 7



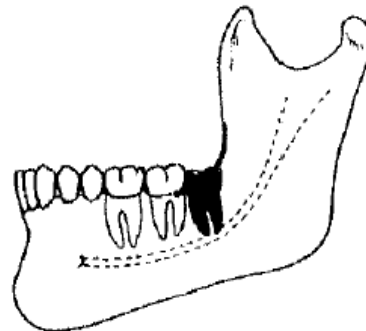
tipo A

figura 10



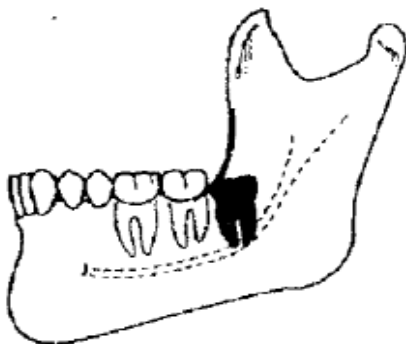
Clase II

Figura 8



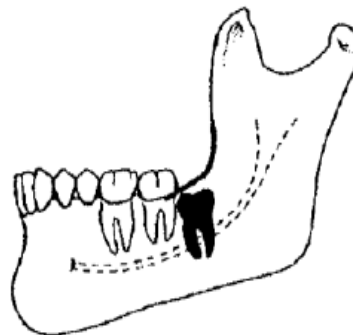
tipo B

figura 11



Clase III

Figura 9



tipo C

figura 12

Fuente: Raspall Guillermo. Cirugía oral e implantología. Editorial médica panamericana. Año 2006; Capítulo 5: pág. 104 – 105.

CONSTANCIA DE VALIDACION DE MUESTRA, EJECUCION DIAGNOSTICA



Jesús María, 27 de Abril del 2016

CONSTANCIA

Quien suscribe Jefe de Servicio de Radiología Bucal y Máxilo Facial del Departamento de Estomatología en el Hospital Militar Central, hace constar que el Interno de Estomatología **ALVA LEANDRO, Luis Ronald** con DNI 45128876, quien realizo el trabajo de investigación **“Frecuencia de la posición tipo y clase de terceros molares inferiores, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima 2015”** se le brindo el material Radiográfico y logístico las cuales fueron analizadas y sustentadas en mencionado servicio de mi especialidad, para la obtención de la muestra y resultados estadísticos adecuados solo con fines de investigación.

Sin más que argumentar se le expide la presente constancia con fines necesite el interesado

0-8400500242-+
WALTER MORA LEVANO
CORONETER
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA
BUCA Y MAXILO FACIAL
DEL HMC
COP. N.º 0059 - AINE N.º 314
CRL EP WALTER MORA LEVANO
Jefe Servicio de Radiología
Bucal y Máxilo Facial del HMC

“FRECUENCIA DE LA POSICIÓN, TIPO Y CLASE DE TERCEROS MOLARES INFERIORES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA - 2015”



E.A.P. ODONTOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

El objetivo de este instrumento es recolectar toda la información necesaria para el presente estudio de investigación, la presente ficha está diseñada para recolectar de manera individual todas las variables involucradas para dicho trabajo. Marcando con una (“x”)

NÚM. HC:

FECHA:

a. EDAD:

b. GENERO: Femenino - Masculino

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO: POSICION TIPO Y CLASE DE TERCER MOLAR INFERIOR

ANÁLISIS DE WINTER

VERTICAL	HORIZONTAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	TRANVERSAL	Pza.
Izquierda	Izquierda	Izquierda	Izquierda	Izquierda	38
Derecha	Derecha	Derecha	Derecha	Derecha	48

ANÁLISIS DE PELL Y GREGORY CON LADO MANDIBULAR:

TERCER MOLAR INFERIOR PIEZA 48				TERCER MOLAR INFERIOR PIEZA 38			
TIPO A		CLASE I		TIPO A		CLASE I	
TIPO B		CLASE II		TIPO B		CLASE II	
TIPO C		CLASE III		TIPO C		CLASE III	

INFORME:

DIAGNOSTICO:.....



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE
ODONTOLOGÍA



EL DIRECTOR DE LA ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO, HACE CONSTAR QUE EL Sr.

Alva Leandro, Luis Ronald

Alumno egresado de la Escuela Académico Profesional de Odontología de esta Casa Superior de Estudios, ha realizado sus Prácticas Pre - Profesionales del Internado Hospitalario y Periférico, en el Hospital Militar Central en la ciudad de Lima, del 01 de enero al 31 de diciembre del 2015.

Habiendo cumplido así en forma satisfactoria el tiempo de un año.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que estime por conveniente.

Huánuco, 05 de febrero del 2016.



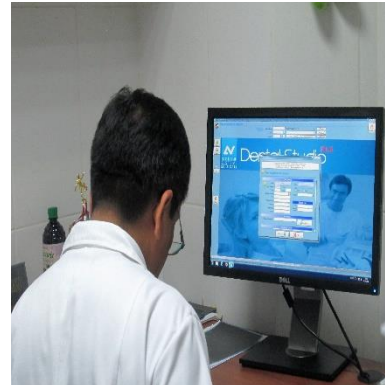
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

[Firma]
Mg. C.D. Mardenio Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

RECOLECCIÓN DE DATOS:

Acceso de historias radiográficas de pacientes atendidos en el servicio de radiología bucal y maxilofacial, del Hospital Militar Central de Lima.

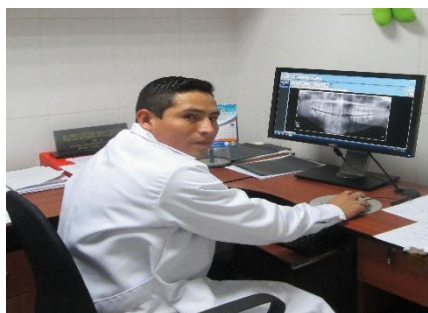
El acceso se realizó por el profesional calificado en el área de radiología quien es el CRL EP WALTER MORA LÉVANO jefe del servicio de Radiología Bucal Y Maxilo Facial del HMC.



CRITERIO DE SELECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

Selección De Radiografías Según El Criterio De Inclusión Y Exclusión

En el área de estudio radiográfico del servicio de Radiología Bucal Y Maxilo Facial



CENTRO TOMOGRAFICO ODONTO ESTOMATOLÓGICO
HOSPITAL MILITAR CENTRAL – Servicio De Radiología Bucal Y Maxilo Facial



Parte Externa



Por Dentro Tomógrafo Odonto – Estomatológico e impresora de radiografías digitales en el área de estudio radiográficos

ENTREGA DE CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE MUESTRA Y EJECUCIÓN DIAGNOSTICA



Jesús María, 27 de Abril del 2016

CONSTANCIA

Quien suscribe Jefe de Servicio de Radiología Bucal y Máxilo Facial del Departamento de Estomatología en el Hospital Militar Central, hace constar que el Interno de Estomatología **ALVA LEANDRO, Luis Ronald** con DNI 45128876, quien realizo el trabajo de investigación "**Frecuencia de la posición tipo y clase de terceros molares inferiores, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima 2015**" se le brindo el material Radiográfico y logístico las cuales fueron analizadas y sustentadas en mencionado servicio de mi especialidad, para la obtención de la muestra y resultados estadísticos adecuados solo con fines de investigación.

Sin más que argumentar se le expide la presente constancia con fines necesite el interesado

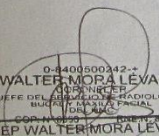
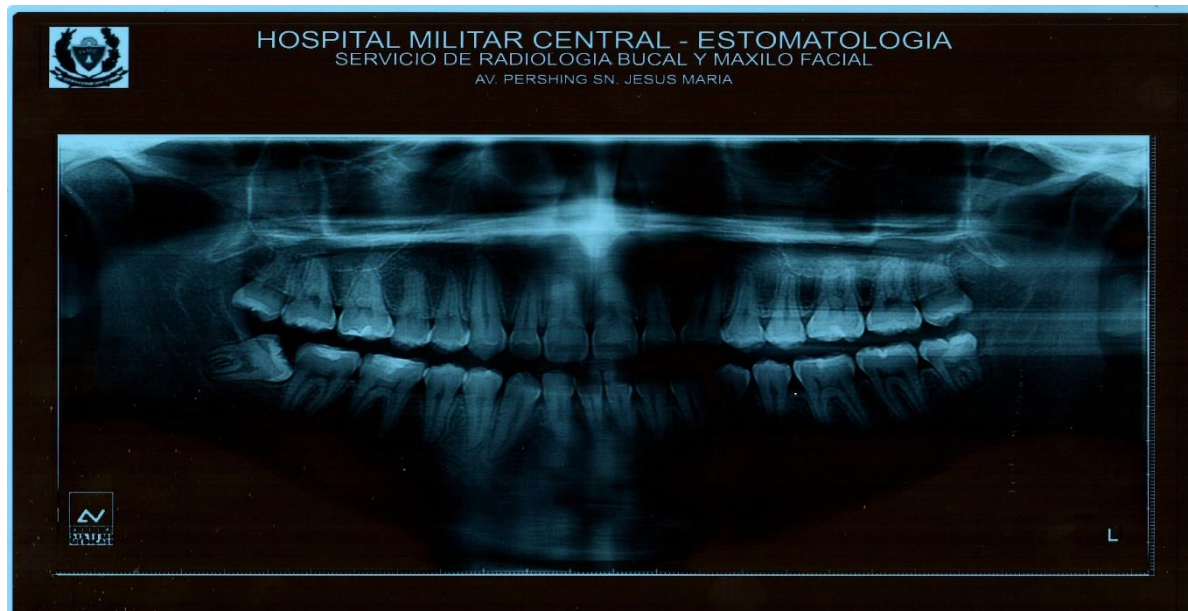

0-4400500342-1
WALTER MORA LEVANO
Jefe del Servicio de Radiología Bucal y Máxilo Facial del HMC
CRL EP WALTER MORA LEVANO
Jefe Servicio de Radiología Bucal y Máxilo Facial del HMC

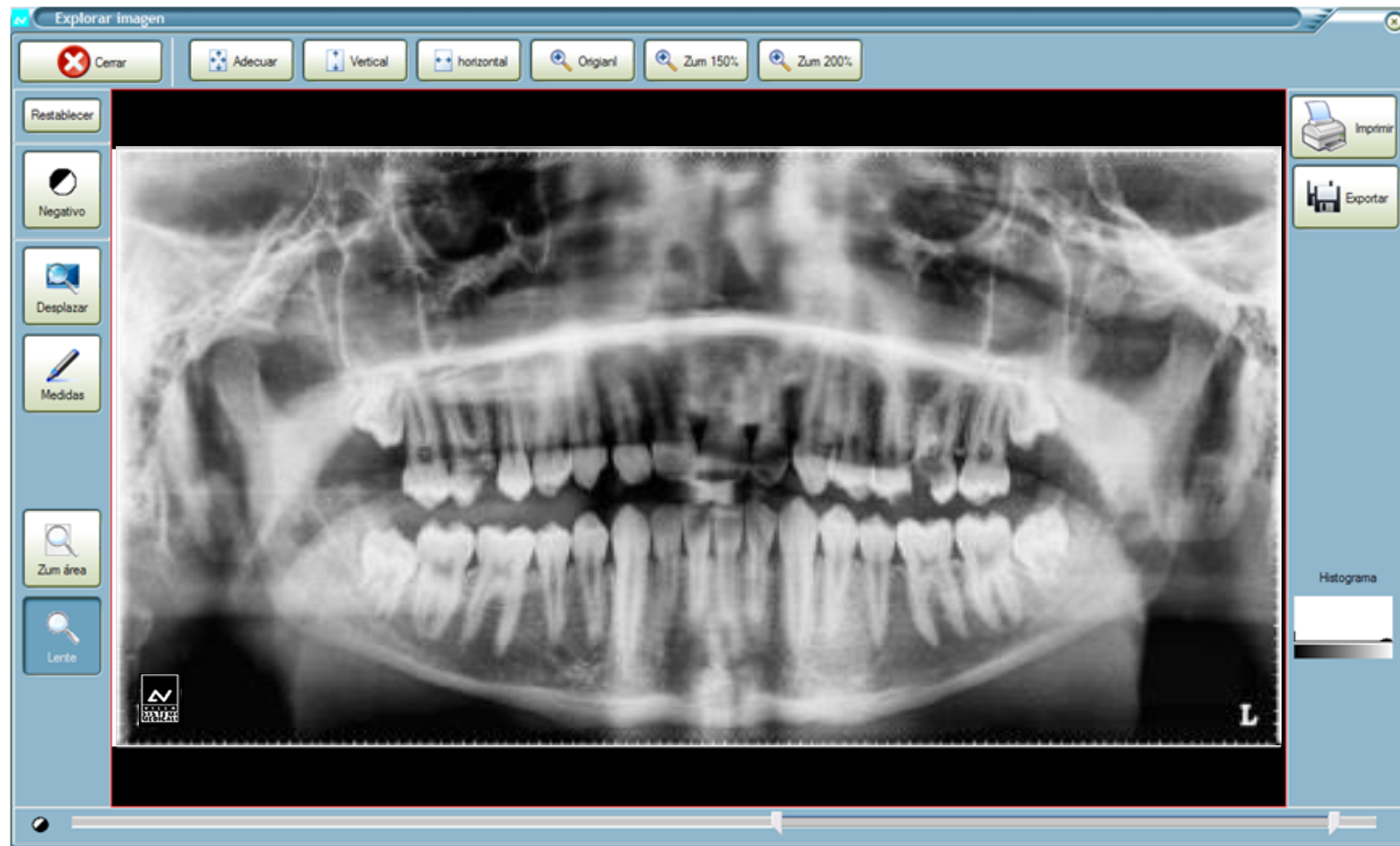
IMAGEN RADIOGRÁFICA EN LA COMPUTADORA E IMAGEN RADIOGRÁFICA DIGITAL IMPRESA



FICHA GENERAL DE RECOLECCION DE DATOS INDIVIDUALES DE TERCERAS MOLARES INFERIORES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA 2015

[illegible]

IMAGEN 1. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DIGITAL COMO INSTRUMENTO LISTA PARA SER ANALIZADA



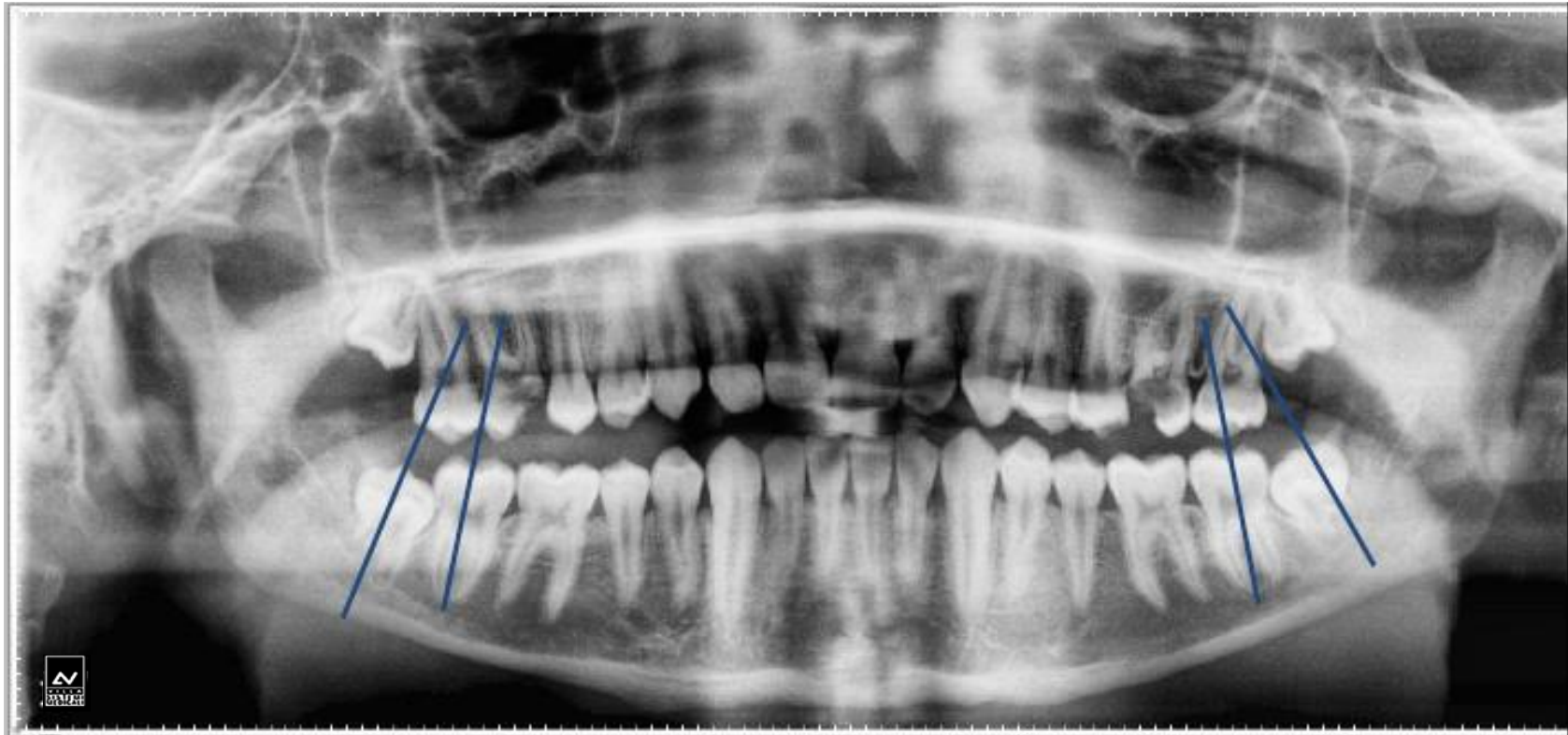
FICHA: # 230

EDAD: 20 años

GENERO: Femenino

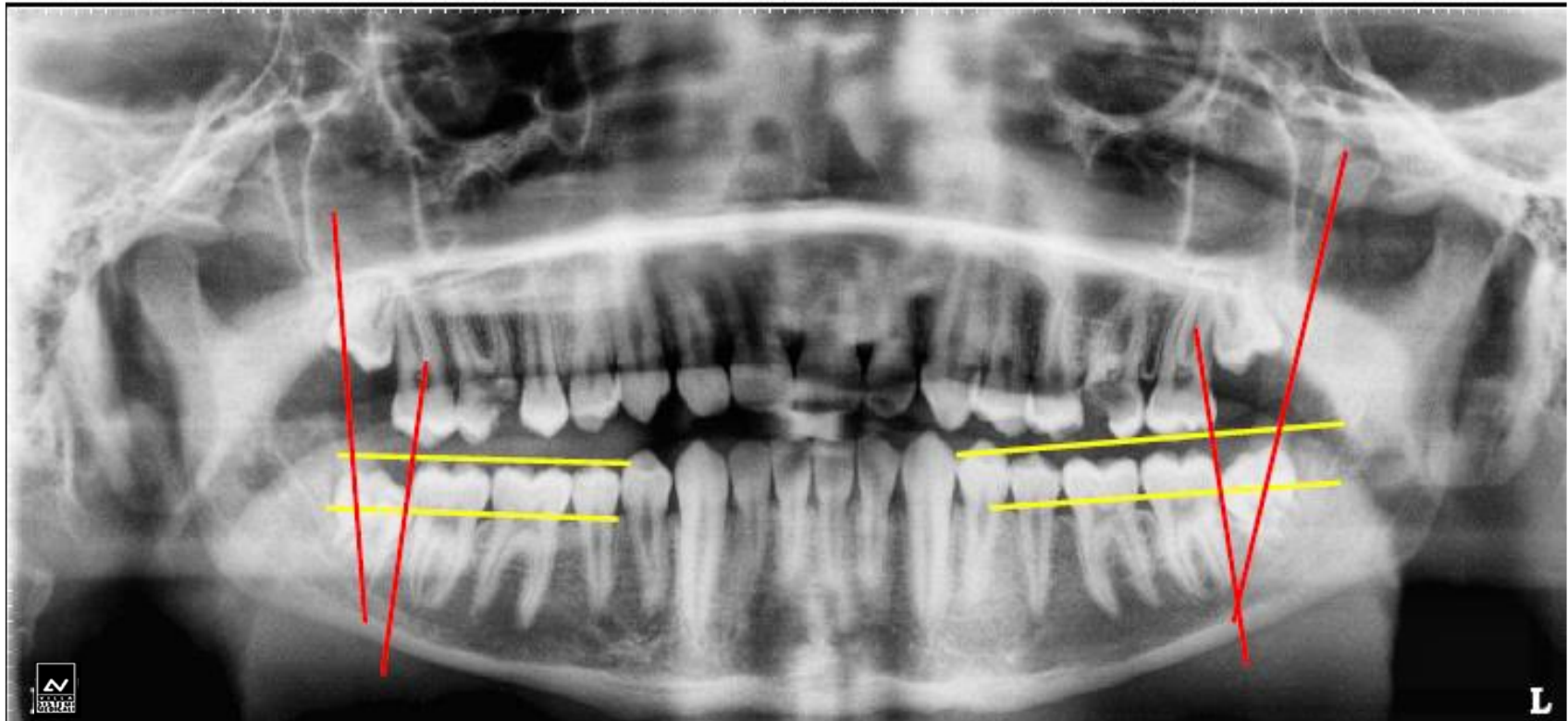
FECHA: 11/05/2015

IMAGEN 2. TRAZO REALIZADO PARA EL ANÁLISIS DE LA CLASIFICACIÓN DE WINTER.



LÍNEAS AZULES PARA DETERMINAR LA ANGULACIÓN ENTRE LOS EJES LONGITUDINALES DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR. **PZA. 38 POSICION MESIOANGULADA** **PZA. 48 POSICION MESIOANGULADA**

IMAGEN 3. TRAZO REALIZADO PARA AL ANÁLISIS DE TIPO Y CLASE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY



LÍNEAS AMARILLAS: PLANO OCLUSAL Y CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR

LÍNEAS ROJAS: TANGENTES A LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA

PZA. 38 TIPO B – CLASE II PZA. 48 TIPO B – CLASE II

"FRECUENCIA DE LA POSICIÓN, TIPO Y CLASE DE TERCEROS MOLARES INFERIORES, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA - 2015"



EAP ODONTOLÓGICA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

El objetivo de este instrumento es recolectar toda la información necesaria para el presente estudio de investigación, la presente ficha está diseñada para recolectar de manera individual todas las variables involucradas para dicho trabajo. Marcando con una ("x")

NÚM. HC: #230

FECHA: 11/05/2015

a. EDAD: 20 años

b. GENERO: Femenino - Masculino

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO: POSICION TIPO Y CLASE DE TERCER MOLAR INFERIOR

ANÁLISIS DE WINTER

VERTICAL	HORIZONTAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	INVERTIDA	BUCAL	LINGUAL	Pza.
Izquierda	Izquierda	Izquierda X	Izquierda	Izquierda	Izquierda	Izquierda	38
Derecha	Derecha	Derecha X	Derecha	Derecha	Derecha	Derecha	48

ANÁLISIS DE PELL Y GREGORY CON LADO MANDIBULAR:

TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO				TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO			
TIPO A		CLASE I		TIPO A		CLASE I	
TIPO B	X	CLASE II	X	TIPO B	X	CLASE II	X
TIPO C		CLASE III		TIPO C		CLASE III	

INFORME:

- * SEGUN EL ANALISIS DE WINTER LA PIERA:
3.8 POSICIÓN MESIOANGULADA
4.8 POSICIÓN MESIOANGULADA
- * SEGUN EL ANALISIS DE PELL Y GREGORY. LA PIERA
3.8 PROFUNDIDAD Ó TIPO B - RELACIÓN A LA RAMA CLASE II
4.8 PROFUNDIDAD Ó TIPO B - RELACIÓN A LA RAMA CLASE II

DIAGNOSTICO: PZA: 38 MESIOANGULADA, TIPO B, CLASE II

PZA: 48 MESIOANGULADA, TIPO B, CLASE II