



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN
CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS
DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. FRANKS LUIS QUISPE LIPA

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

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN
CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS
DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. FRANKS LUIS QUISPE LIPA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:



Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

PRIMER MIEMBRO

:



Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA

SEGUNDO MIEMBRO

:



Dra. EDITH CARI CHECA

ASESOR DE TESIS

:



Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Odontología, cirugía oral y medicina oral – P31



SE APRUEBA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 460-2024-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 2024 diciembre 31

VISTOS:

El expediente N° 19583-24 de fecha 27 de diciembre de 2024, presentado por el (la) Bachiller: **QUISPE LIPA FRANKS LUIS**, quien solicita nominación de jurados, fecha y hora de sustentación, para rendir el examen de Sustentación y defensa de la Tesis titulado: **POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024**, conducente para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 8°, numeral b) del Reglamento General de Grados y Títulos de la UANCV vigente, es procedente acceder a la partición del interesado;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R / de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, y;

Que, el Director de la Unidad de Investigación y el Decano de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología /Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, han revisado el expediente del interesado, y;

Estando, a la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y del Decano de la Facultad de Odontología, y en uso de las atribuciones que confiere el artículo 28° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- DECLARAR APTO, para la sustentación presencial del informe Final de Investigación, del (la) Bachiller: **QUISPE LIPA FRANKS LUIS**, para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA, en virtud a los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO.- NOMINAR JURADOS, para la sustentación presencial y defensa de la Tesis a los siguientes docentes ordinarios:

PRESIDENTE	: Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI
PRIMER MIEMBRO	: Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA
SEGUNDO MIEMBRO	: Dra. EDITH CARI CHECA
ASESOR	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

ARTÍCULO TERCERO.- PROGRAMAR FECHA Y HORA, de sustentación de tesis según se detalla:

LUGAR	: SALA DE GRADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FECHA	: VIERNES 10 DE ENERO DE 2025
HORA	: 10:00A.M.





ARTÍCULO CUARTO.- Realizado el Examen de Sustentación de Tesis, el Jurado levanta el Acta en el libro respectivo, donde indicara el resultado obtenido por el (la) Bachiller que se somete al examen.

ARTÍCULO QUINTO.- DISPONER que la comisión de Grados y Títulos de la Facultad, secretarías académicas y administrativas, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

Dr. Rindó Paul Tapia Condori
DECANO

DISTRIBUCION:

Jurados(3)
Asesor (1)
F. Odontología,
Interesado
Gabby H.



SE APRUEBA LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 156-2024-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 2024 mayo 22

VISTOS:

El Expediente N° 4597-24 de fecha 6 de mayo de 2024, presentado por (el), (la) Bach. **QUISPE LIPA FRANKS LUIS**, quien solicita Revisión de la Propuesta de Investigación y el Anexo (02 o 03) FICHA DE OPINIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVO DEL MIEMBRO DEL COMITÉ REVISOR, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

Que, el (la) Bach. **QUISPE LIPA FRANKS LUIS**, quien solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024. Para optar el título profesional de CIRUJANO DENTISTA;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R / de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, el Comité de Investigación dio su opinión favorable a la Propuesta de Investigación, el mismo que ha emitido el dictamen para que pueda ser aprobado por Resolución;

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, nomino como **ASESOR DE TESIS:** al **DR. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA**, quien debe de estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración del Trabajo de Investigación (Tesis), y;

Estando, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, titulado: POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024. Presentado por el (la) **Bach. QUISPE LIPA FRANKS LUIS**; en virtud de los considerandos expuestos.

Jr. Loreto N° 450 -Central Telefónica (051) 321192 – Juliaca – Puno-Perú – Pág. Web: www.edu.pe



ARTÍCULO SEGUNDO: RECONOCER, como ASESOR DE TESIS:
al **DR. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA.**

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

Dr. Enrique Eleuterio Zuñiga Medina
DECANO

DISTRIBUCION:
F. Odontología, (1)
Asesor (1)
Interesada, (1)
Gabby H.



SE APRUEBA INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 361-2024-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 2024 octubre 25

VISTOS:

El Expediente N° 14969-24 de fecha 14 de octubre de 2024, presentado por (el), (la) Bach. **QUISPE LIPA FRANKS LUIS**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación y del Anexo (04 o 05) FICHA DE OPINIÓN DE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

Que, (el), (la) Bach. **QUISPE LIPA FRANKS LUIS**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación, del tema titulado: **POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024;**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R / de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión favorable al Informe Final de Investigación, para que pueda ser aprobado por Resolución;

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, corrobora el asesoramiento del Informe Final de Investigación del **ASESOR DE TESIS: DR. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA, y;**

Estando, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITING**, del tema titulado: **POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024.** Presentado por el (la) Bach. **QUISPE LIPA FRANKS LUIS**; para optar el Título Profesional de **CIRUJANO DENTISTA**, en virtud a los considerandos expuestos.

Jr. Loreto N° 450 -Central Telefónica (051) 321192 – Juliaca – Puno-Perú – Pág. Web: www.edu.pe





ARTÍCULO SEGUNDO: RECONOCER, como ASESOR DE TESIS: al DR. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA.

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER que, la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELASQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Dr. Rildo Paul Tapia Condori
DECANO

DISTRIBUCION:
F. Odontología, (1)
Asesor (1)
Interesada. (1)
Gabby.



POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR C

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	12%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
5	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	1%



TÍTULO DE LA TESIS	
POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	FRANKS LUIS QUISPE LIPA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70155841
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-1734-9457
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Tipo de documento de identidad	DNI.
Número de documento de identidad	02419543
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4793-9053
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI
Tipo de documento	DNI. 30859137
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6195-2932
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA
Tipo de documento	DNI. 02374488
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2022-1260
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Dra. EDITH CARI CHECA
Tipo de documento	DNI. 01556817
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6100-1099



Datos de investigación	
Línea de investigación	Odontología, cirugía oral y medicina oral – P31
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú Departamento: Arequipa Provincia: Arequipa Distrito: Arequipa Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa Coordenadas: Longitud: -16.412625 Latitud: -71.527005</p> <p>URL Maps https://maps.app.goo.gl/2fzhEeT3TQN6QY7K8</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Mayo 2024 – Enero 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14</p> <p>Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>



Dr. Eduardo Lujan Urviola
 DIRECTOR
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Franks Luis Quispe Lipa, identificado con DNI Nro. 70155841, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

ODONTOLOGÍA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:
POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS y SU RELACION CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024

Asesorado por: DR. ENRIQUE ECEUTERIO ZUÑIGA MEDINA.

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 30 de Abril del 20 25

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
DR. ENRIQUE ZUÑIGA MEDINA
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 5071

Firma del Asesor (obligatoria)

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mis padres, por haberme brindado su apoyo incondicional y por haberme forjado como la persona que soy en día; muchos de mis logros y proyectos se deben a ustedes, incluido este. Me forjaron con muchos valores, consejos y disciplina, me impulsaron constantemente a perseguir mis objetivos.



AGRADECIMIENTO

Al concluir un capítulo difícil en mi vida, quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todos los que lo hicieron posible, especialmente a aquellos que me acompañaron en cada paso y que siempre fueron una inspiración, apoyo y fuente de fortaleza. Esto es especialmente para Dios, mis padres, mis hermanos, mis amigos, y mis futuros compañeros de trabajo. Muchas Gracias a ti por demostrar que el amor verdadero no es otra cosa que el deseo de ayudar a otra persona a superarlo

Agradezco a la Facultad de odontología y al Dr. Enrique Zúñiga Medina, quien fue mi director de tesis Y a los profesores, cuyos conocimientos y enseñanzas son la base de mi vida profesional.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	xii
AGRADECIMIENTO	xiii
ÍNDICE GENERAL.....	xiv
ÍNDICE DE TABLAS	xvii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xix
RESUMEN	xxi
ABSTRACT	xxii
INTRODUCCIÓN	xxiii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	25
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	26
	1.2.1 Problema general.....	26
	1.2.2 Problemas específicos.....	26
1.3	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	26
1.4	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
	1.4.1 Objetivo general.....	27
	1.4.2 Objetivos específicos.....	28
1.5	HIPÓTESIS.....	28
	1.5.1 Hipótesis general	28



1.5.2 Hipótesis específicas29

1.6 VARIABLES.....29

1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....30

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN31

 2.1.1. Antecedentes nivel internacional.....31

 2.1.2. Antecedentes a nivel nacional32

 2.1.3. Antecedentes a nivel regional37

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS39

 2.2.1. Terceras molares39

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS53

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN54

3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN56

3.3. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN56

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA56

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN ..57

3.6. RECOGIDA DE DATOS58

3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN58



CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS59

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS89

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÉNDICES



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.....59

TABLA 2 FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.....61

TABLA 3 FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS63

TABLA 4 FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS65

TABLA 5 FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS67

TABLA 6 FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS69

TABLA 7 FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 4.8 PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS.....71

TABLA 8 FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 3.8 PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS.....73

TABLA 9 RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES DE LA PZA 3.8 INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS75

TABLA 10 RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL



	CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS....	78
TABLA 11	RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS....	80
TABLA 12	RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS....	82
TABLA 13	RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS....	85
TABLA 14	RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS....	87



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.....	60
GRÁFICO 2 FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.....	61
GRÁFICO 3 FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	63
GRÁFICO 4 FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	65
GRÁFICO 5 FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	67
GRÁFICO 6 FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	69
GRÁFICO 7 FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 4.8 PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS.....	71
GRÁFICO 8 FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 3.8 PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN	



	RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS.....	73
GRÁFICO 9	RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES DE LA PZA 3.8 INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	75
GRÁFICO 10	RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	78
GRÁFICO 11	RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	80
GRÁFICO 12	RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	82
GRÁFICO 13	RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	85
GRÁFICO 14	RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	87



RESUMEN

Objetivo: Determinar la posición de terceros molares inferiores retenidos relacionados con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas.

Materiales y métodos: Enfoque cuantitativo, tipo retrospectivo, transversal, observacional, analítico, nivel relacional estudio realizado en 74 radiografías panorámicas, tipo de muestreo no probabilístico, las técnicas observación radiográfica, instrumentos posición de terceros molares la clasificación de Winter y Pell & Gregory y para el conducto dentario inferior la clasificación de Ezodini.

Resultados: 74 radiografías de dientes 4.8 la posición según Winter, 50% horizontal, 31.1% posición Mesioversión, 6.8 % Vertical 4.1%, Vestibuloversión 2.7%, Inclusión intraósea 1.4%, distoversión según la clasificación de Pell & Gregory: 64.9% el nivel A, 17.6% nivel B, 13.5% nivel C, 60.8% Clase 1, 27% Clase 2, 8.1% la Clase 3, el contacto de las raíces con el conducto dentario Ezzodini, 66.2% las raíces proyectadas, 16.2% ausencia de contacto, el 13.5% existe flexión de las raíces, 4.1% hay contacto sin cambios. radiografías de dientes 3.8 la posición según Winter, 39.2% horizontal, 37.8% posición Mesioversión, 5.4% Vertical, 4.1%, invertida, 2.7%, distoversión, 1.4% vestíbulo versión, según Pell & Gregory 44.6% el nivel A, 33.8% nivel B, 17.8% nivel C, 64.9% Clase 1, 17.6% Clase 2, 13.5% Clase 3. Según la clasificación de Ezzodini, 79.7% fueron las raíces proyectadas, 9.5% ausencia de contacto, el 5.4% las raíces sobrepasan, 4.1 existe flexión de las raíces. **Conclusión:** Existe relación entre la posición de terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas $P=0.000$

Palabras claves: Terceros Molares, impactados, dentario inferior



ABSTRACT

Objective: Determine the position of impacted lower third molars related to the lower dental canal in panoramic radiographs. Materials and methods: Quantitative approach, retrospective, transversal, observational, analytical, relational level study carried out on 74 panoramic radiographs, non-probabilistic sampling type, radiographic observation techniques, instruments position of third molars, the Winter and Pell & Gregory classification and for the lower dental canal the Ezodini classification. Results: 74 x-rays of teeth 4.8 position according to Winter, 50% horizontal, 31.1% Mesioversion position, 6.8% Vertical 4.1%, Vestibuloversion 2.7%, Intraosseous inclusion 1.4%, distoversion according to Pell & Gregory classification: 64.9% level A , 17.6% level B, 13.5% level C, 60.8% Class 1, 27% Class 2, 8.1% Class 3, contact of the roots with the Ezzodini dental canal, 66.2% projected roots, 16.2% absence of contact, 13.5% there is flexion of the roots, 4.1% there is contact without changes. tooth radiographs 3.8 position according to Winter, 39.2% horizontal, 37.8% position Mesioversion, 5.4% Vertical, 4.1%, inverted, 2.7%, distoversion, 1.4% vestibule version, according to Pell & Gregory 44.6% level A, 33.8% level B, 17.8% level C, 64.9% Class 1, 17.6% Class 2, 13.5% Class 3. According to Ezzodini's classification, 79.7% were projected roots, 9.5% absence of contact, 5.4% roots exceed, 4.1 exist root flexion. Conclusion: There is a relationship between the position of retained lower third molars with the lower dental canal in panoramic radiographs $P=0.000$

Keywords: Third Molars, impacted, lower teeth



INTRODUCCIÓN

La evaluación de la posición de los terceros molares inferiores retenidos y su relación con el conducto dentario inferior es un área de investigación primordial en odontología, dado que la retención de estos dientes puede tener implicaciones significativas para la salud oral y la planificación quirúrgica. Los terceros molares, o muelas del juicio, frecuentemente se encuentran en una posición retención, lo que puede derivar en complicaciones como infecciones, dolor y daño a estructuras adyacentes.

El conducto dentario inferior es una estructura anatómica de vital importancia que transita por la mandíbula y contiene el nervio dentario inferior y los vasos sanguíneos que suministran a los dientes mandibulares. La proximidad de los terceros molares inferiores a este conducto puede complicar las intervenciones quirúrgicas, como la extracción de estos dientes retenidos, incrementando el riesgo de daño neurosensorial o hemorragias (1, 2).

Las radiografías panorámicas son una herramienta esencial para la evaluación preoperatoria de la relación entre los terceros molares y el conducto dentario inferior. Estas imágenes proporcionan una visión general de la disposición de los dientes y su proximidad a estructuras críticas, facilitando la planificación quirúrgica y minimizando riesgos asociados a procedimientos invasivos (3, 4).

La literatura existente ha demostrado que la identificación precisa de la relación entre los terceros molares retenidos y el conducto dentario inferior mediante radiografías panorámicas puede mejorar los resultados quirúrgicos y reducir las complicaciones postoperatorias (5, 6). Sin embargo, a pesar de los avances en técnicas radiográficas y en la comprensión anatómica, aún persisten desafíos en



la evaluación y manejo de estos casos clínicos.

Se sugiere utilizar la radiografía panorámica para examinar la posición de los terceros molares retenidos en relación al conducto dentario inferior.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los terceros molares inferiores impactados, es considerado un problema de erupción dentaria, su prevalencia se ha demostrado en pacientes jóvenes y adultos de Europa entre 38% al 73%, en China 16.7% y 68.6%, en Colombia 49.1 % (1).

En el Perú suele ser un problema de mayor frecuencia en razón que son los últimos dientes en erupcionar, en muchos casos adoptan diversas posiciones en respecto al segundo molar y plano de oclusión (2).

Los terceros Molares retenidos se asocian con el incremento de riesgo de generar infecciones en la zona retro molar, quistes o tumores odontogénicos, lesiones cariosas en las piezas dentarias a lado, así mismo por la posición estos dientes retenidos pueden afectar el nervio dentario inferior, hace que el diagnóstico y la planificación del acto quirúrgico sean de suma importancia, ya que puede conducir a mejores resultados postoperatorios. (3).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la posición de terceros molares inferiores retenidos relacionado con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa 2024?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la posición según la clasificación de Winter de los terceros molares inferiores retenidos se relaciona con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas?

¿Existe relación entre la profundidad de los terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell y Gregory con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas?

¿De qué manera se relaciona el espacio de los terceros molares inferiores retenidos Según la clasificación de Pell y Gregory con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Relevancia Científica:

Este estudio tiene relevancia científica porque nos permitirá identificar la posición de tercer molar inferior retenido en relación con el conducto dentario inferior, dichos resultados darán un aporte a la ciencia.



Relevancia Humana

Esta La investigación estamos abordando un problema de erupción dentaria que afecta tanto a adultos como a niños y repercute en su salud.

Por lo que tiene relevancia humana

Interés personal:

Aportar esta línea de investigación con mi investigación, sustentar y optar el título profesional.

Aporte Académico

Contribución académica con resultados que brinden índices epidemiológicos, cuyos datos servirán a otros investigadores, que investigaran sobre los terceros molares retenidos.

Factibilidad

fue viable realizar, porque se tiene el apoyo de mi asesor, bibliografía necesaria, recursos económicos necesarios para poder culminar mi investigación. Así mismo se contó con instrumentos validados

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar la posición de terceros molares inferiores retenidos relacionados con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa 2024.



1.4.2 Objetivos específicos

- Conocer la posición según la clasificación de Winter de los terceros molares inferiores retenidos Según la clasificación de Pell y Gregory que se relacionan con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas
- Evaluar la relación entre la profundidad de los terceros molares inferiores retenidos Según la clasificación de Pell y Gregory con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas
- Evaluar la relación entre el espacio de los terceros molares inferiores retenidos Según la clasificación de Pell y Gregory con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 Hipótesis general

Existe relación altamente significativa entre la posición de terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa 2024.



1.5.2 Hipótesis específicas

- La posición según la clasificación de Winter de los terceros molares inferiores retenidos tiene relación altamente significativa con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas
- Existe relación altamente significativa entre la profundidad de los terceros molares inferiores retenidos Según la clasificación de Pell y Gregory con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas
- Existe relación altamente significativa entre el espacio de los terceros molares inferiores retenidos Según la clasificación de Pell y Gregory con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas

1.6 VARIABLES

Variable X:

Posición de terceros molares

Variable Y:

Conducto dentario inferior

1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Criterios de Valoración
1. VARIABLE X TERCEROS MOLARES INFERIORES	<ul style="list-style-type: none"> CARACTERÍSTICAS PERSONALES CLASIFICACION SEGÚN WINTER CLASIFICACION SEGÚN PELL & GREGORY 	Edad SEXO POSICIÓN Profundidad Espacio	18 a 27 años 28 a 37años 38 años a mas Femenino Masculino Vertical Disto angular Mesio angular Horizontal Vestíbulo versión Linguo versión Invertida transversal Posición A Posición B Posición C Clase I Clase II Clase III
2. VARIABLE Y CONDUCTO INFERIOR	<ul style="list-style-type: none"> CLASIFICACION SEGÚN EZZODINI 	Contacto de las raíces del tercer molar con el CDI	A. Ausencia de contacto B. Hay contacto, pero sin cambios estructurales C. Las raíces están proyectadas en el conducto D. Las raíces sobrepasan el conducto E. Existe flexión de las raíces con desviación del conducto



CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes nivel internacional

Vázquez D. et al (2018) en Costa Rica llevaron a cabo una investigación con el objetivo de relacionar entre el conducto dentario y los molares cordales empleando radiografías y tomografías. Empleando para ello una muestra de 66 cordales mandibulares retenidos de un total de 43 personas. En los resultados se encontraron 8 piezas distantes del conducto dentario, 30 piezas dentales en contacto con el conducto dentario y 28 dentro del conducto dentario; a la tomografía se encontró 53 piezas dentales distantes del conducto dentario y 12 piezas dentales en contacto o dentro del conducto, llegando a la conclusión en donde el diagnóstico mediante radiografía panorámica no es preciso. (1)

Bareiro F., Laura D. en Paraguay el 2012 llevo a cabo un estudio con el propósito de preciar la posición en las radiografías que se presenta con mayor incidencia de los molares cordales inferiores



relacionado a su posición con el conducto dentario, empleando para ello una metodología descriptiva y observacional empleando radiografías panorámicas. En los resultados se encontró que de una muestra de 138 piezas dentales en donde un 56.5% presento posición mesio-angular derecha, un 58% mesio-angular izquierdo; según la clasificación de Pell Gregory un 50.7% del lado derecho y un 58.7% izquierdo de clase II; el tipo que más incidencia presento fue A en un 50.7% y B en un 50.7%. concluyendo que en las edades de 18 a 25 años presento mayor inclusión sobre todo en mujeres, el lado izquierdo presento mayor inclinación mesioangular. (2)

2.1.2. Antecedentes a nivel nacional

Ibarra F. (2015) en Lima. Hizo un estudio con el propósito de precisar la incidencia de la Ubicación de cordales mandibulares empleando imágenes radiográficas siendo la metodología descriptiva, retrospectiva y transversal conformada por una población de 333 imágenes radiológicas de piezas dentales, la prueba de chiquadrado utilizó analizar las variables. Se encontró un 88 de género femenino y un 101 de género masculino con una edad de 21 hasta 35 años de edad, de los cuales un 70% estuvieron cerca al conducto dentario y 30% distantes, un 56.2% fueron de tipo A, llegando a la conclusión en donde se encontró relación entre la ubicación de cordales inferiores al conducto dentario inferior. (3)

Joaquín J. 2023 en Lima efectuó un Estudio con el propósito de conocer la asociación entre los corales y la clasificación de Winter



empleando imágenes radiográficas, Siendo el estudio no experimental, correlacional y transversal, en un universo de 305 radiografías y la ayuda de una ficha de datos. En los resultados se encontraron a un 43.7% posición mesioangular, un 57.8% mesioangular, en relación de la posición y la cercanía al conducto dentario inferior un p valor de 0.0004, en relación a la cercanía del conducto dentario y la posición mesioangular un p valor de 0.009. concluyo existe una correlación entre la posición de los cordales inferiores y la conducta dentaria inferior.(4)

Miranda R. 2016 en Lima llevo a cabo una investigación con el objetivo de encontrar la asociación entre el conducto dentario inferior y los cordales inferiores empleando tomografías, empleando una muestra de 117 cordales realizándoseles cortes tomografías cortes axiales de un milímetro de intervalo. En los resultados se obtuvieron que en relación a los cordales inferiores derechos y la cercanía al conducto dentario por debajo fue de 68.3%, hacia lingual en un 17.5% y un 12.7% hacia bucal; en relación a los cordales inferiores del lado izquierdo y su cercanía con el conducto dentario inferior un 68.5% por debajo, un 20.4% hacia lingual y en un 9.3% hacia bucal. Llegando a la conclusión en donde es las frecuente la ubicación de los cordales del lado izquierdo hacia el conducto dentario inferior n comparación con el lado derecho. (5)

Urteaga A. 2018 en Lima con el objetivo de conocer la cercanía de los cordales al el conducto dentario inferior empleando tomografías,



siendo estudio tipo observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal con un universo conformado por 198 cordales inferiores. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: un 51.72% varones y un 48.28% mujeres, dominando la posición vertical con un 30.3% en hombres y un 25.8% en mujeres, siendo la más reincidente en varones con un 28.3% y en mujeres en un 23.7%; en relación a la cercanía de las raíces al conducto dentario inferior la clase V fue la más incidente en un 18.7%, llegando a la conclusión en donde las tomografías son más exactas para un diagnóstico correcto.(6)

Herrera R et al. 2020 en Lima el objetivo de conocer la relación entre tomografías y radiografías observando los molares cordales inferiores estudio descriptiva, transversal y observacional en una población por 112 molares cordales empleando la clasificación de Robert Langais con la prueba de chicuadrado, kappa y kruskall. Encontró una superposición de 82.1% en imágenes radiográficas en comparación con las tomografías que se evidenciaron contacto en un 25.9%. Llegando a la conclusión en donde se encontró una concordancia de nivel bajo de las radiografías con las tomografías. (7)

Agurto A. 2016 en Lima realizaron una investigación con el fin de conocer la relación del CM con los cordales empleando radiografías y tomografías. Estudio de tipo transversal, observacional y retrospectivo en una muestra de 301 cordales en personas de



edades de 18 hasta los 85 años de edad. En los resultados se encontró una incidencia de 41.5% en contacto con el CM, y en las tomografías una incidencia de 69.77%; encontrando relación entre el CM con los cordales siendo las que entran en contacto consideradas como casos de alto riesgo. (8)

Centeno J. 2018 en Cusco llevo a cabo una investigación de diseño descriptivo, transversal, observacional y longitudinal con el propósito de conocer las complicaciones neurosensoriales al momento de realiza exodoncias de molares cordales inferiores, la muestra estuvo conformada por 21 tomografías siendo 10 de varones y 11 de mujeres. En los resultados s encontraron que un 34.6% posee una posición lingual en relación al CDI, un 57.7% no presento contacto entre el CDI con el cordal siendo la distancia de 2-3 milímetros en un 15.4%. (9)

Ortega C. 2021 en Piura realizo un estudio con el objetivo de conocer la asociación de proximidad entre el nervio mandibular y los cordales, en estudio de tipo descriptiva, cualitativa, transversal, experimental y prospectiva con una muestra conformada por 120 tomografías. En el resultado se evidencio que un 48% obtuvo una clasificación de Winter vertical, un 45% clasificación de tipo 4 de tanaka. Concluyo en donde se encontró asociación de proximidad entre los cordales y el nervio mentoniano. (10)



Machicao M. 2019 en Arequipa efectuó un estudio cuyo objetivo ha sido conocer la relación de cercanía entre el NDI y los molares cordales empleando tomografías, la prueba de chicuadrado se uso para analizar los datos, el tipo de estudio fue observacional y descriptiva, con una muestra de 59 estudios topográficos empleando 89 cordales seleccionados según criterios del autor. Siendo los resultados en u 11.5% de asociación de proximidad entre el nervio dentario inferior y los molares cordales con retención, un 28.5% de posición vertical en relación con el conducto dentario inferior, un 44.8% fue de clase, un 46% de clase B y un 25.3% de clase C. concluyendo que si se encontró asociación de proximidad en la población estudiada (11)

Melgar Z. 2021 en Ayacucho efectuaron un estudio con el fin de conocer la posición de los molares cordales según la clasificación de Pell y Gregory empleando tomografías y radiografías, empleando un diseño observacional, descriptivo y transversal con un universo conformado por 254 cordales inferiores. En los resultados se encontraron a un 31% de clase A de los cuales un 20% fue en el género femenino y 18% en la zona izquierda; respecto a la edad un 13% de clase A I y un 0.37% clase C I; en relación a la clasificación de inter un 46% mesioangular, un 27% en posición vertical y un 30% mesioangular derecha. Llegando a la conclusión en donde la más frecuente fue la clasificación de tipo AI de posición mesioangular. (12)



López M. 2021 en Lima efectuaron un estudio con el propósito de conocer la relación de proximidad entre molares cordales y el conducto dentario inferior empleando un diseño retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal empleando tomografía en un total de 140 muestras y se empleó el programa de Excel, para el análisis de la hipótesis se usó la prueba estadística chi cuadrado. En los resultados se evidenció que un 60% adoptó una posición vertical un 53.6% posición inferior en relación a la proximidad del NDI, y un 47.9% una proximidad de 1.1 a 1.9 milímetros; en relación al género en mujeres un 25.7% 1.1-1.9 milímetros de proximidad con un 32.1% de clasificación inferior. Concluyó se demostró asociación de proximidad entre el CDI y las tomografías estudiadas. (13)

2.1.3. Antecedentes a nivel regional

Padilla T. 2022 en Puno llevaron a cabo un estudio con el fin de conocer la ubicación de molares cordales mandibulares en relación a sus estructuras adyacentes empleando tomografías, para lo cual emplearon una metodología descriptiva, transversal, experimental y retrospectiva en jóvenes de 17 a 25 años de edad con un universo conformado por 110 tomografías a las cuales se les realizó una ficha de recolección de datos, la muestra fue seleccionada según criterios de los autores. Para los resultados empleó la clasificación de Pell y Gregoy demostrando que existe relación entre la ubicación de los cordales y la rama mandibular, en cuanto a la



clasificación de Ligun se encontró una relación regular con el conducto dentario y según la clasificación de Oguz Birahan se encontró una relación alta con la fosa sub maxilar. conclusión en donde hay una alta relación entre la ubicación del cordal y sus estructuras anatómicas adyacentes. (14)

Pozo K. 2016 en Huánuco efectuaron una investigación que tuvo como propósito precisar la posición del cordal inferior en asociación con el canal mandibular, empleando una metodología explicativa, correlacional y descriptiva, conformado una muestra por 30 individuo la edad osciló entre los 19 hasta los 25 años a quienes se les aplicó un cuestionario de datos y para el análisis de estadística se empleó el programa Spss V22. En los resultados se encontró 50% varones y un 50% mujeres; en relación al tipo de Pell y Gregory un 36.7% fue de clase III – C y un 26.7% clase II – B; según a la clasificación de Ezodini un 46.7% presento contacto sin alteraciones en su estructura. Llegando a la conclusión en donde la clasificación predominante fue de Clase III de Pell y Gregory tipo C sin cambios en su estructura según lo demostró la clasificación de Ezodini. (15)

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1. TERCERAS MOLARES

Embriología

La etapa de maduración de las piezas dentarias se da según sus ciclos de mineralización comenzando en el tercer o cuarto mes de vida intrauterina del neonato. No obstante, el desarrollo de sus raíces se da entre los 3 años de edad y su mineralización sucede alrededor de los 9 años. En el caso de las piezas dentales permanentes adquieren su habitación hacia el plano oclusal entre 12 hasta los 14 años. (16)(17)

Al hablar del desarrollo embriológico del tercer molar, esta es la última en desarrollarse y erupcionar comenzando con su desarrollo a los 6 años con la aparición de su germen dental, y calcificándose a partir de los 9 años de edad y a los 12 años presentar la parte coronal completa, el desarrollo de sus raíces puede ocurrir hasta en los 25 años de edad. (16)(17)

Anatomía del tercer molar

Esta pieza dental presenta una anatomía diferente presentando una mayor incidencia de inclusiones esto debido al área que presenta para su correcta erupción impactando con el segundo molar, presentado en sus porciones:(16)

- Coronaria: presenta una corona más ancha en sentido vestibular, con cúspides redondeadas y pequeñas

- Radicular: mayormente son biradiculares, en donde la raíz mesial es bífida, gruesa y achatada.

Calcificación

La calcificación del tercer molar inferior se da de la siguiente forma:(17)

Inicia su descalcificación mayormente a los nueve años de edad

- A los 10 años se observa una calcificación de 1/3 oclusal
- A los 11 años se observa una calcificación de 1/3 medio
- A los 12 años termina la calcificación de la corona
- A los 14 años termina la calcificación radicular de un 1/3 cervical
- A los 16 año termina la calcificación radicular de un 1/3 medio
- A los 20 años finaliza el proceso de calcificación

Alteraciones patológicas relacionadas a la erupción del cordal inferior

1. Patologías infecciosas

- Pericoronaritis: se trata de la inflamación del tejido blando que cubre la parte coronal de la pieza dentaria a erupcionar.

Este tipo de patología se presenta en un 82% de la población, y se puede dar en 3 tipos :(16)(17)

- Aguda congestiva



- Aguda supurada
- Crónica
- Osteítis: este tipo de patología de origen inflamatorio afecta tanto al tejido mucoso como al tejido óseo, en casos crónicos el paciente no presenta sintomatología y en casos iniciales se puede presentar los siguientes síntomas:(16)
 - Dolor intenso
 - Afectación general
 - Trismo
 - Dolor a la percusión
 - Movilidad dental

2. Patologías mecánicas

- Lesiones cariosas: este tipo de caries se presenta cuando la posición del tercer molar presenta un acceso limitado interfiriendo en una correcta higiene bucal, es por ello que los alimentos se empaquetan en estas zonas ocasionando caries tanto como para el tercer molar como para su diente contiguo. Diversos estudios coinciden que una posición mesioangular y una edad aumentada son predisponentes para presentar caries del segundo molar.(16)
- Reabsorciones patológicas: este tipo de reabsorción se presenta cuando el tercer molar ejerce presión elevada sobre la raíz del segundo molar.



3. Patologías de origen quístico

- Quiste odontogenico
- Quiste dentijero
- Quiste paradental
- Quiste radicular(17)

4. Patologías de origen tumoral

- Granuloma
- Ameloblastoma

5. Otras patologías

- Alteración periodontal del segundo molar
- Aumento de la zona pericoronaria

Etiología de las retenciones dentales inferiores

El desarrollo del tercer molar puede ocasionar alteración en sus estructuras adyacentes ya que necesita de un espacio adecuado para su correcta erupción en la zona retromolar.(17)(18)

Diversos investigadores coinciden en que el desarrollo de los maxilares con el paso del tiempo ha disminuido siendo este una de las causas de impactaciones o de agenesia de estas piezas dentales.

(17)

Retención de terceros molares inferiores

Las exodoncias de estas piezas dentales pueden ir desde simples hasta complejas dado el acceso que presenten o la obstrucción que presenten su extracción es por ello la necesidad de tener a nuestro



alcance sus respectivas imágenes radiológicas o tomografías para poder definir su correcta retención, entre estas tenemos:(16)(17)

1. Retención Mesio – Angular

Este tipo de retenciones una de las más frecuentes en alrededor de casi la mitad de la población

2. Retención horizontal

En donde el centro del tercer molar está en ángulo reto con relación al segundo molar, en este tipo de retención es necesario considerar una odontosección

3. Retención vertical

En donde el eje mayor está ubicado paralelo al eje central de los segundos molares dificultando su extracción, siendo el segundo tipo de retención más presentado

4. Retención Disto – Vestibular

Una de las retenciones más complejas ya que el ángulo disto angular esta hacia distal, necesitando de un abordamiento quirúrgico planificado.

Clasificación de los terceros molares retenidos

Esto se da con el fin de designar el tipo de impactación de acuerdo a su ubicación al momento de su erupción, entre ellas tenemos:(17)



1. Clasificación de Winter

Según su ubicación en los planos coronales y sagitales son:(18)

- Vertical
- Mesio – angular
- Horizontal
- Disto – angular
- Invertido

Incidencia

Diversas investigaciones coinciden en que presenta una incidencia del 48% en la población, no obstante, es necesario precisar que esto varía de acuerdo a la raza.

2. Clasificación de Abu-el-naj

Este tipo de clasificación se da de acuerdo a la profundidad de estas piezas dentales en relación al nervio alveolar mandibular, esta se divide en 3:(18)(19)

- Tipo I: en donde la raíz de los terceros molares se encuentra por arriba del nervio dentario mandibular
- Tipo II: se presentan en dos clases:
 - Clase A en donde la raíz de estas piezas dentales está asociada con el nervio dentario mandibular



- Clase B en donde las raíces de estas piezas dentales se encuentran más profundas interceptando al nervio dentario mandibular
- Tipo III: en donde las terceras molares se encuentran debajo del nervio dentario mandibular.

Conducto Mandibular

Este canal anatómicamente es único, iniciándose por debajo de la línula extendiéndose de manera oblicua hacia abajo, este conducto mandibular mayormente va hasta el segundo premolar en donde se divide en dos estas son :(17)(18)

- Rama externa o conducto mentoniano, que finaliza en el agujero mentoniano.
- Rama interna o conducto incisivo que finaliza en la zona incisal mandibular.

En una evaluación seccional presenta las siguientes formas:

- Forma Oval
- Forma Circular
- Forma piriforme

Radiográficamente se observa:

Una zona radiolúcida en forma de cinta delimitada en ambos lados por líneas radiopacas

Embriología del conducto mandibular

Este conducto se desarrolla en el primer arco branquial, estos arcos se originan a partir de la cuarta o quinta semana de embarazo.

El cartílago de este arco presenta:(18)(20)

- Una parte dorsal conocida como proceso maxilar que va debajo de la zona ocular.
- Una parte ventral, conocida como cartílago de Meckel, que con el desarrollo van desapareciendo.
- La mandíbula va desarrollándose de forma análoga mediante la osificación del tejido mesenquimático.

Anatomía del conducto mandibular

Este conducto aloja al nervio dentario inferior que inerva tres grupos dentales estos son:

- Incisivos deciduos
- Molares deciduos
- Dentición permanente

Según Carter y Keen de acuerdo a la variación anatómica dividieron al nervio dentario inferior en 3:(18)(20)

- Tipo 1: presenta un único tronco nervioso que accesa al apice de las piezas dentales mandibulares.
- Tipo 2: Esta presenta ramificaciones cortas



- Tipo 3: esta presenta en su porción inicial una separación en, una que inerva al tercer y segundos molares y la otra que se encuentra hacia apical inervando el sector anterior desde el primer premolar.

Morfología

Este conducto se halla ubicado en zona media de la cara interna en maxilar inferior enervado por nervios y vaso, la parte anterior está limitada por la "espinas de Spix". (20)

Este conducto pasa por el cuerpo de la mandíbula formando una concavidad para finalizar en el agujero mentoniano.

Diversos análisis radiográficos concuerdan en que el nervio dentario inferior presenta una posición plexiforme procedentes de la musculatura circundante es por ello que algunas veces no se elimina del todo la sintomatología dolorosa con técnicas anestésicas del NDI.

Se pueden observar dos ramas terminales estas son:(20)

- El mentoniano
- El incisivo

Relación radiográfica de las raíces con el conducto mandibular

Este nervio dental debido a su gran recorrido suele estar relacionado con sus estructuras adyacentes.



En una radiografía de tipo panorámico se puede ver su relación hasta con 12 estructuras adyacentes, mencionaremos las mas importantes:(20)

- Agujero mentoniano
- Ápices
- Dentarios
- Cuerpo mandibular
- Rama mandibular
- Angulo mandibular

En la zona apical se puede ver mayor cercanía sobre todo en los molares cordales.

Esta asociación se puede determinar midiendo el contacto entre ambas estructuras empleando radiografías panorámicas, no obstante, en caso de tener dudas se puede optar por otro tipo de estudios diagnósticos.(18)(20)

Para conocer su estrecha relación se tiene que tener en cuenta:

- La raíz del cordal afecta la radiolucides del conducto.
- Se puede observar dentro del conducto a la raíz del tercer molar
- No se observan cortes de radiolucides
- Se observa raíces flexionadas del tercer molar

Es de gran utilidad el establecer un diagnóstico correcto para evitar las siguientes complicaciones:



- Mala técnica anestésica
- Parestesia
- Neurapraxia
- Axonotmesis
- Neurotmesis

Dado el trayecto del nervio dentario es importante no lesionar a este ya que se pueden ver afectadas:(20)

- Estructuras dentales
- Estructuras musculares
- Tejido oseo

Nervio dentario alveolar inferior

Esta rama es una de las más sensitivas y funcionales dada su inervación a:(18)(20)

- Tejido óseo
- Piezas dentales inferiores
- Tejido gingival vestíbulo – anterior
- Tejidos blandos de la zona mentoniana

Este nervio va desde el cráneo por el agujero oval difurcandose hacia la rama mandibular.

El nervio alveolar ingresa por la mandíbula prosiguiendo al canal mandibular

Radiografía panorámica



Este tipo de radiografía es considerada como una prueba rápida y de gran utilidad diagnóstica ya que se puede evidenciar las siguientes zonas:(18)(19)

- Estructuras adyacentes
- Piezas dentarias completas
- Raíces de los terceros molares

El estudio radiológico y clínico estará orientado a evitar complicaciones de su exodoncia en casos donde este nervio este atravesado por la raíz del tercer molar se puede ver la construcción del canal dental con una reducción de su radiopacidad.

En las imágenes de radiología se pueden ver superposiciones tales como:

- Superposición
- Banda oscura
- Adelgazamiento
- Discontinuidad
- Cambio de dirección

Tomografía

ya que las tomografías ofrecen diferentes cortes se pueden analizar de manera más precisa la mandíbula.(20)

Ventajas

- No existe superposición de imágenes



- Imágenes en los tres planos
- Se pueden observar secciones topográficas
- Imágenes claras
- Irradiación mínima
- Comodidad

Desventajas

- Equipo costoso
- Costo elevado

Lesiones del nervio dentario causadas por extracciones

Este tipo de lesiones presenta una incidencia que va desde 0.35% hasta un 8.4% causando las siguientes lesiones(19)

1. Neuropraxia

usualmente se da por la tracción o traumatismo del nervio dentario que se pueden clasificar en 3:

- Grado 1: que se manifiesta por la compresión suave del tronco nervioso
- Grado 2: en el que existe una compresión elevada ocasionando edema y bloque nerviosos.
- Grado 3: Ocurre una tracción severa que causa la desmielinización de la vaina de mielina



2. Axonotmesis

Este tipo de lesión ocurre por el aplastamiento del nervio desencadenando una parestesia crónica que tiene una recuperación de la paciente lenta (19)

3. Neurotmesis

Este tipo de lesión se da cuando existe una alteración en toda la estructura nerviosa tales como:(20)

- Vaina de mielina
- Axón
- Tejido conectivo

Afecciones sensitivas (19)(20)

- Anestesia: que se presenta por la pérdida de sensibilidad en la zona donde inerva este nervio.
- Ipuestesia: que se presenta como la reducción al momento de percibir estímulos
- Disestesia: este tipo de lesión es rápida en donde cualquier estímulo resulta doloroso
- Hiperestesia: se presenta como una sensibilidad aumentada frente a algún estímulo
- Parestesia: que se presenta como una sensación de ardor que es rápida e irregular.



2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Tercer molar: este tipo de pieza dentaria es la última en erupcionar, suele poseer diferentes formas y posiciones lo que complica su extracción.
- Conducto mandibular: este conducto se relaciona con los dientes premolares y molares que nacen en la cara media de la rama mandibular descendiendo en sentido antero-inferior formando una curvatura.
- Retención dental: es la retención de la totalidad de la pieza dental o parcial ubicada dentro de la mandíbula.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Enfoque: Cuantitativo

Se considero el enfoque cuantitativo descrito por Vara A. (22) porque utilizaremos datos numéricos, "confiables, herméticos y rigurosos".

Tipo:

Se considero según la clasificación Supo J: (21) describe los 4 tipos

- **Tipo observacional:**

Se caracteriza este tipo de investigación donde solo se observan las variables investigadas, posición las terceras molares inferiores retenidos relacionado con el conducto dentario inferior.

- **Tipo retrospectivo:**

Se caracteriza este tipo por trabajar con datos secundarios que se encuentran en documentos (historias clínicas) en este caso mediante el análisis de imágenes panorámicas.

- **Tipo transversal:**

Las variables de estudio se evaluaron en un solo determinado de tiempo

- **Tipo analítico:**

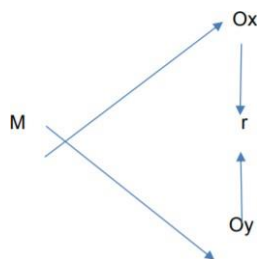
Se analizaron dos variables analíticas

• **Nivel**

Según José supo (21) es de nivel relacional porque se buscó la relación de las variables posición del tercer molar retenido y el conducto dentario inferior.

• **Diseño**

El diseño no experimental, correlacional en este estudio no se manipularon las variables analíticas, solamente se observó las variables en su contexto Natural. (21)



Dónde:

M: Muestra

Ox: Posición de terceros molares inferiores retenidos

Oy: Conducto dentario inferior

R: Relación de la Posición TMI y CDI

3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Es el método cuantitativo donde se realiza el análisis estadístico a través del análisis numérico antes de sacar conclusiones sobre la población. (22)

3.3. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

Clínica odontológica de la UANCV de Arequipa

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población estuvo conformada por las 74 radiografías panorámicas de pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la UANCV filial de Arequipa

Muestra:

Según Vara A. En caso de una población pequeña es mejor Trabajar con la totalidad de la población 50 radiografías panorámicas de pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la UANCV filial de Arequipa

Criterios de Inclusión

- Las radiografías panorámicas con tercer molar inferior retenido de pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la UANCV filial de Arequipa
- Las radiografías panorámicas con tercer molar inferior retenido de pacientes de ambos sexos.
- Las radiografías panorámicas con tercer molar inferior retenido de pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión



- Las radiografías panorámicas poco nítidas, con defectos donde no se pueda observar.
- Las radiografías panorámicas de pacientes que no tengan tercer molar retenido.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Técnicas

La técnica que se utilizó para la evaluación de ambas variables es la observación radiográfica

Instrumento

	Variables	Instrumentos
V1	Posición de terceros molares inferiores	Clasificación de Winter Clasificación de Pely & Gregory
V2	Conducto dentario inferior	Clasificación de Ezzodini

Validación de instrumentos

los instrumentos que se utilizaron para medir ambas variables, utilizamos la clasificación de Winter y Pely & Gregory y Clasificación de Ezzodini ampliamente utilizados en varias investigaciones e incluso en revistas indexadas. Por lo que no son necesarios someter a procesos de validación



(22)

3.6. RECOGIDA DE DATOS

Para la ejecución y procesar la propuesta se procedió del siguiente modo:

- Se presento solicitud al director de clínica para la autorización del uso de las radiografías panorámicas.
- Se realizo la observación radiográfica de las radiografías panorámicas
- Se procedió a la elaboración de la matriz de sistematización de datos para luego enviar al estadístico para el tratamiento estadístico de los de las variables.
- Se completó el informe de la investigación
- .

3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Procedió al desarrollo de la matriz de sistematización y tratamiento de datos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

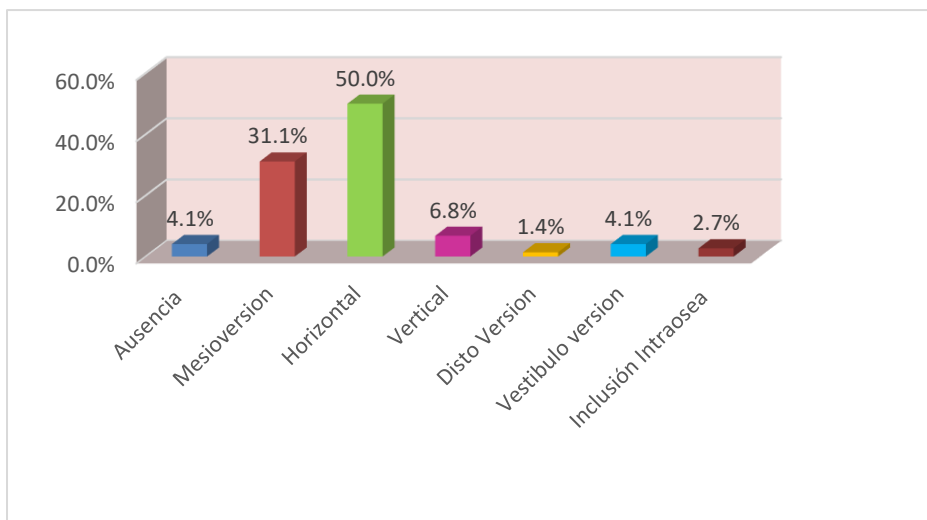
FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES
RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

POSICIÓN PZA 4.8	F	%
Ninguna	3	4.1
Mesioversion	23	31.1
Horizontal	37	50.0
Vertical	5	6.8
Disto Version	1	1.4
Vestibulo versión	3	4.1
Inclusión Intraosea	2	2.7
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 1

FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



INTERPRETACIÓN

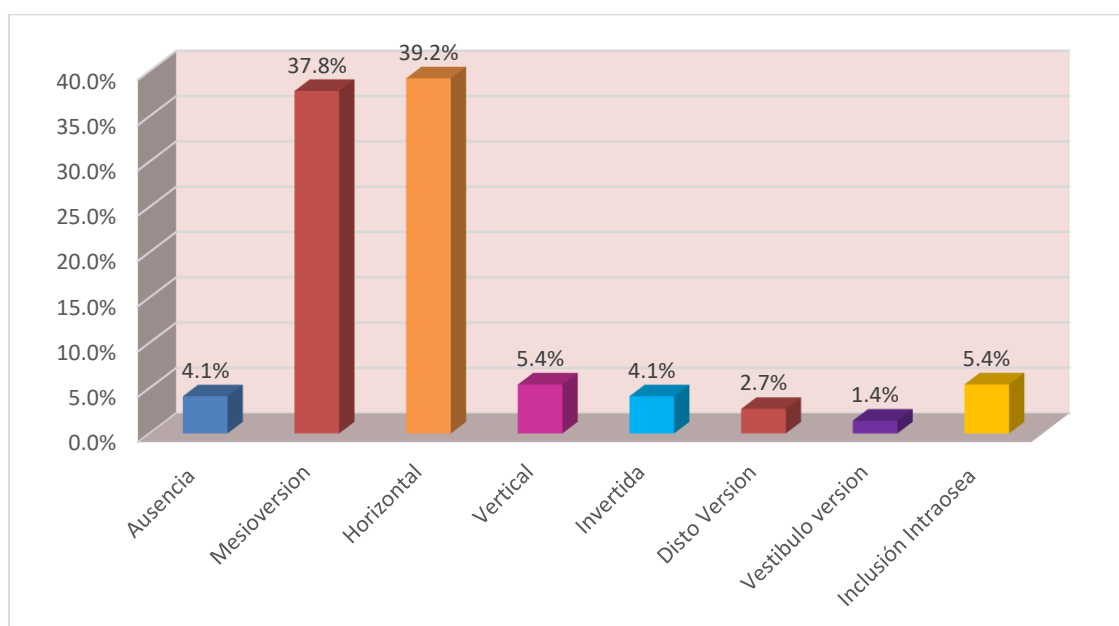
En la tabla N°1 se observa la frecuencia de la posición en la pza 4.8 de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Winter en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: la posición horizontal predominó con 50.0%, seguido de la posición Mesioversión con 31.1%, Vertical con 6.8%, Vestibuloversión con 4.1%, Inclusión intraósea con 2.7%, Disto versión con 1.4%, y finalmente 4.1% ausencia de terceros molares

TABLA 2
FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

POSICIÓN PZA 3.8	F	%
Ausencia	3	4.1
Mesioversion	28	37.8
Horizontal	29	39.2
Vertical	4	5.4
Invertida	2	4.1
Disto Version	3	2.7
Vestibulo versión	1	1.4
Inclusión Intraosea	4	5.4
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 2
FRECUENCIA DE LA POSICIÓN EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WINTER EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Fuente: tabla 2



INTERPRETACIÓN

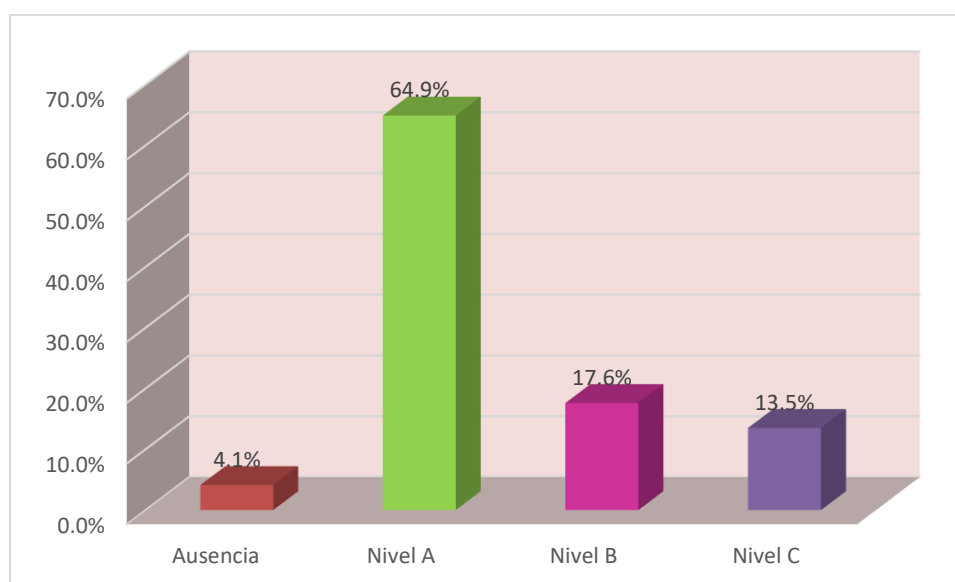
En la tabla N°2 se observa la frecuencia de la posición en la pza 3.8 de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Winter en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: la posición horizontal predominó con 39.2%, seguido de la posición Mesioversion con 37.8%, Vertical con 5.4%, Inclusionintraósea con 5.4%, Invertida con 4.1%, Distoversion con 2.7%, Vestibuloversion con 1.4% y finalmente el 4.1% presentaron ausencia de los terceros molares

TABLA 3
FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

PROFUNDIDAD PZA 4.8	F	%
Ausencia	3	4.1
Nivel A	48	64.9
Nivel B	13	17.6
Nivel C	10	13.5
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 3
FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 3



INTERPRETACIÓN

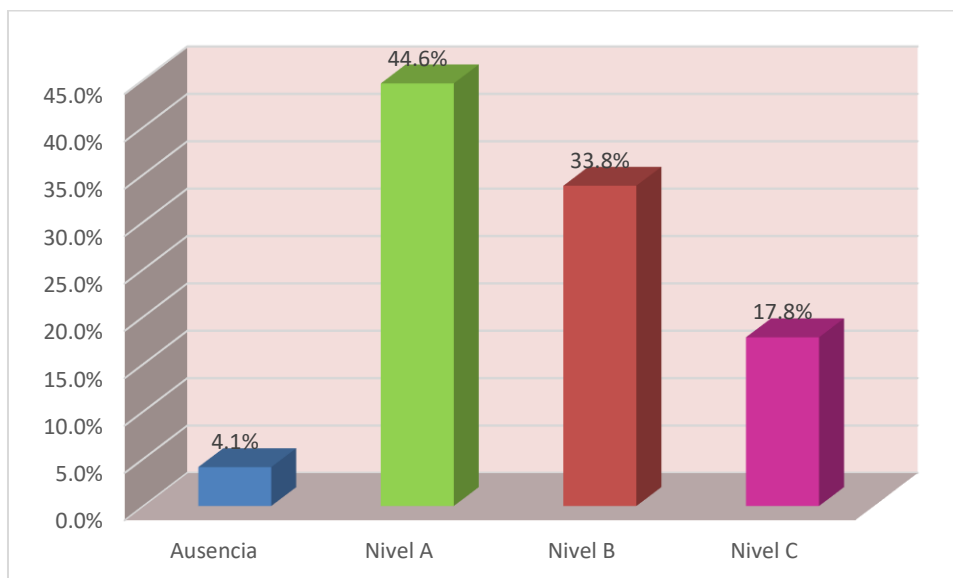
En la tabla N°3 se observa la frecuencia de la profundidad en la pza 4.8 de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell & Gregory en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: la profundidad de la pieza 4.8 que predominó según la clasificación de Pell & Gregory: 64.9% fue el nivel A, seguido del nivel B con 17.6%, nivel C con 13.5% y finalmente el 4.1% presentaron ausencia de terceros molares.

TABLA 4
FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

PROFUNDIDAD PZA 3.8	F	%
Ausencia	3	4.1
Nivel A	33	44.6
Nivel B	25	33.8
Nivel C	13	17.8
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 4
FRECUENCIA DE LA PROFUNDIDAD EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 4



INTERPRETACIÓN

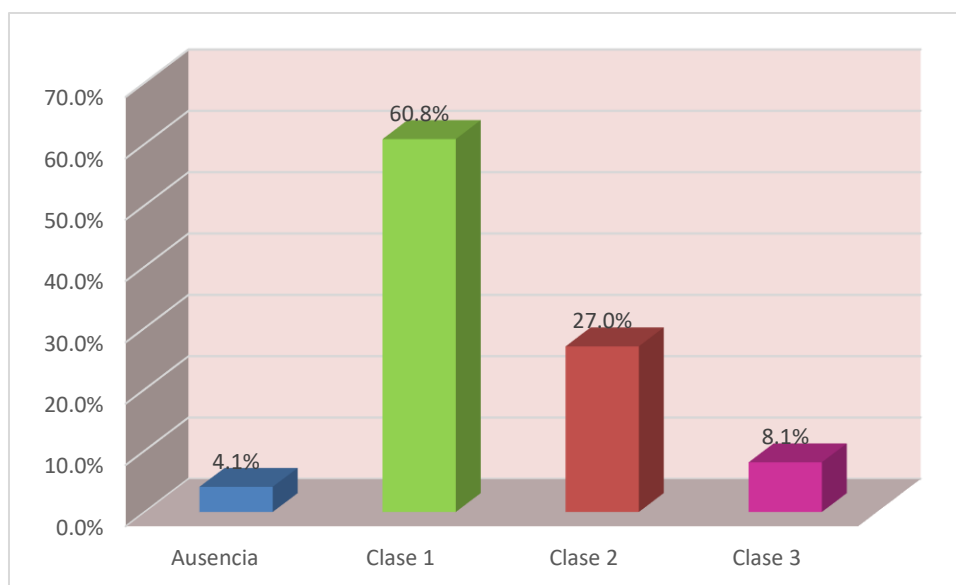
En la tabla N°4 se observa la frecuencia de la profundidad en la pza 3.8 de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell & Gregory en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías la profundidad según la clasificación de Pell & Gregory : que predominó con 44.6% fue el nivel A, seguido del nivel B con 33.8%, nivel C con 17.8% y finalmente el 4.1% presentaron ausencia de terceros molares.

TABLA 5
FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

ESPACIO PZA 4.8	F	%
Ausencia	3	4.1
Clase 1	45	60.8
Clase 2	20	27.0
Clase 3	6	8.1
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 5
FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 4.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 5



INTERPRETACIÓN

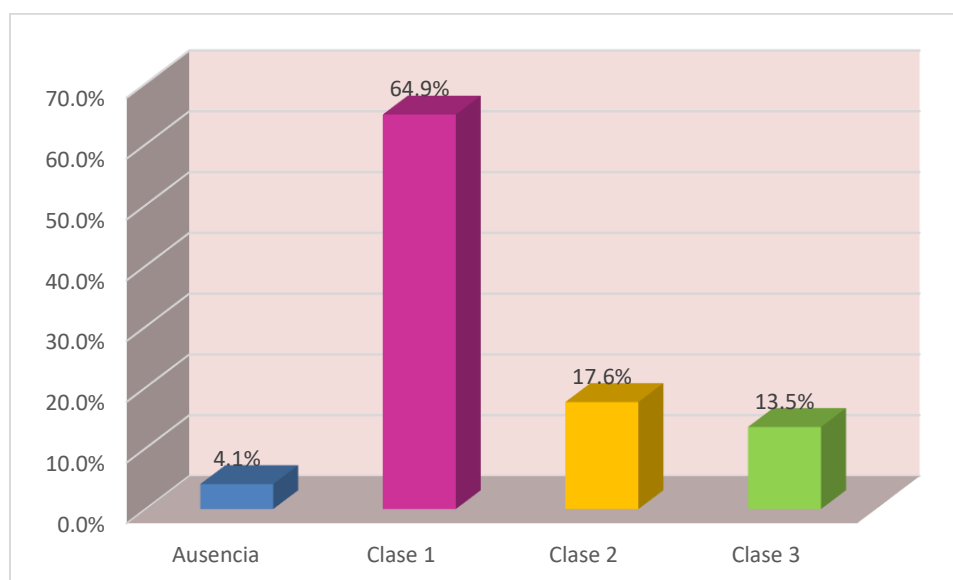
En la tabla N°5 se observa la frecuencia del espacio en la pza 4.8 de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell & Gregory en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: el espacio que predominó con 60.8% fue la Clase 1, seguido de la Clase 2 con 27.0%, la Clase 3 con 8.1% y finalmente el 4.1% presentaron ausencia de terceros molares.

TABLA 6
FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

ESPACIO PZA 3.8	F	%
Ausencia	3	4.1
Clase 1	48	64.9
Clase 2	13	17.6
Clase 3	10	13.5
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 6
FRECUENCIA DEL ESPACIO EN LA PZA 3.8 DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 6



INTERPRETACIÓN

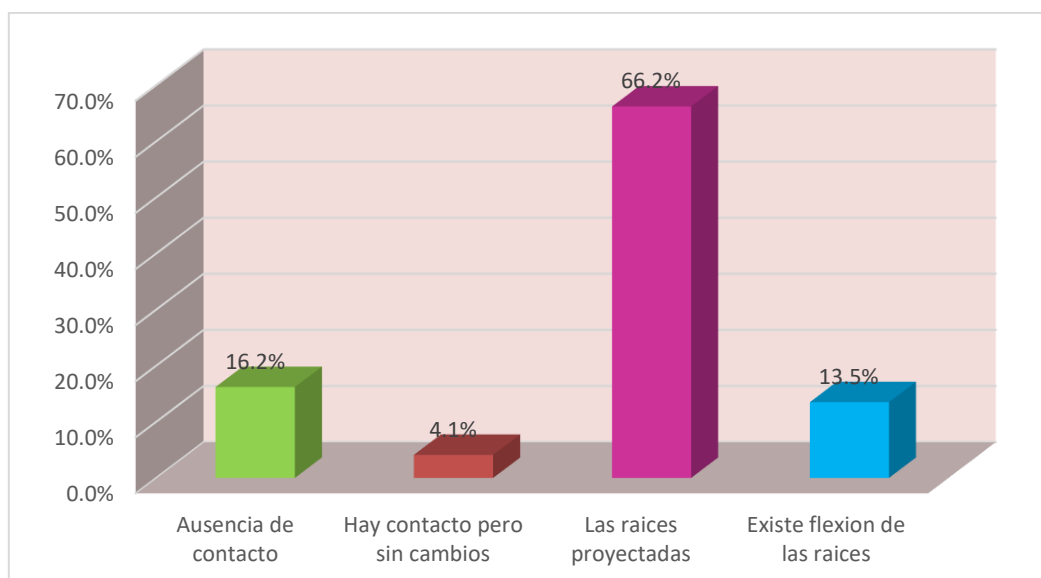
En la tabla N°6 se observa la frecuencia del espacio en la pza 3.8 de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell & Gregory en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: el espacio que predominó con 64.9% fue la Clase 1, seguido de la Clase 2 con 17.6%, la Clase 3 con 13.5% y finalmente el 4.1% presentaron ausencia de terceros molares.

TABLA 7
FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 4.8
PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS

CLASIFICACION DE EZZODINI	F	%
Ausencia de contacto	12	16.2
Hay contacto, pero sin cambios	3	4.1
Las raíces proyectadas	49	66.2
Existe flexión de las raíces	10	13.5
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 7
FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 4.8
PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS



Fuente: tabla 7



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°7 se observa frecuencia de la localización de las raíces Pza 4.8 proximidad del conducto dentario inferior en radiografías panorámicas

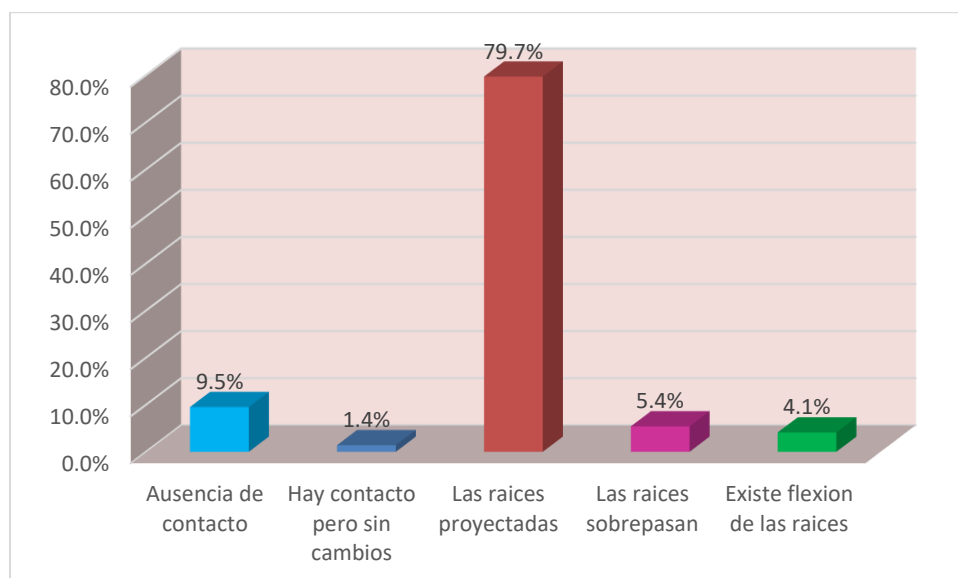
De un total de 74 radiografías: según la clasificación de Ezzodini, el contacto de las raíces con el conducto dentario predominó con 66.2% fueron la clasificación de raíces proyectadas, el 16.2% presentaron ausencia de contacto, el 13.5% existe flexión de las raíces y finalmente la clasificación hay contacto sin cambios con un 4.1%.

TABLA 8
FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 3.8
PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS

CLASIFICACION DE EZZODINI	F	%
Ausencia de contacto	7	9.5
Hay contacto, pero sin cambios	1	1.4
Las raíces proyectadas	59	79.7
Las raíces sobrepasan	4	5.4
Existe flexión de las raíces	3	4.1
TOTAL	74	100.00

Fuente: matriz de sistematización de datos

GRÁFICO 8
FRECUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA RAÍCES PZA 3.8
PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS



Fuente: tabla 8



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°8 se observa frecuencia de la localización de las raíces Pza 3.8 proximidad del conducto dentario inferior en radiografías panorámicas

De un total de 74 radiografías: según la clasificación de Ezzodini, el contacto de las raíces con el conducto dentario predominó con 79.7% fueron la clasificación de raíces proyectadas, el 9.5% presentaron ausencia de contacto, el 5.4% las raíces sobrepasan, el 4.1% existe flexión de las raíces y finalmente la clasificación hay contacto sin cambios con un 1.4%.

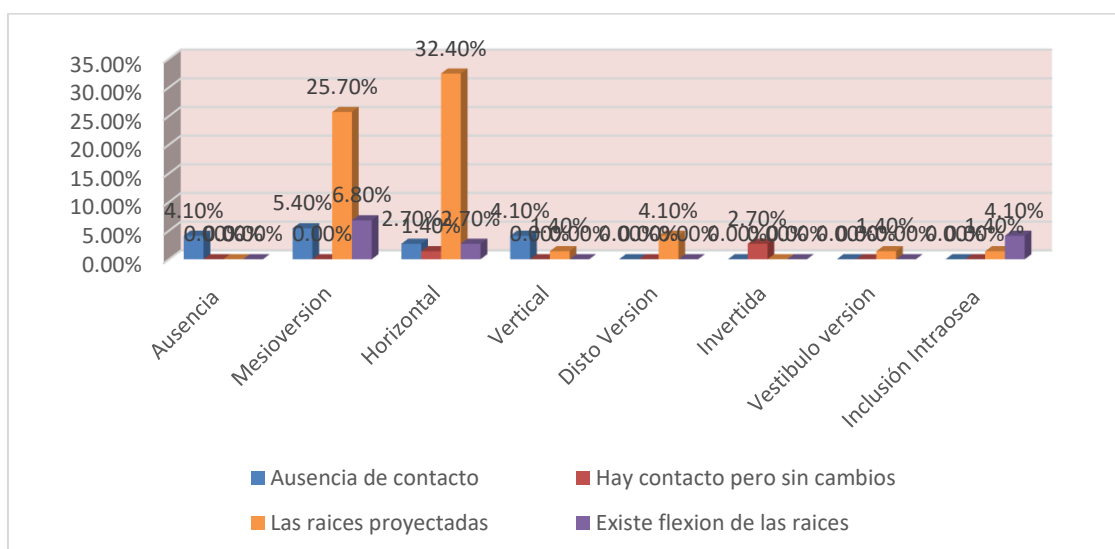
TABLA 9
RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES DE LA PZA 3.8 INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

POSICIÓN PZA 3.8	CLASIFICACION DE EZZODINI									
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Existe flexión de las raíces		TOTAL	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia	3	4.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Mesioversion	4	5.40	0	0.00	19	25.70	5	6.80	28	37.90
Horizontal	2	2.70	1	1.40	24	32.40	2	2.70	29	39.20
Vertical	3	4.10	0	0.00	1	1.40	0	0.00	4	5.50
Disto Versión	0	0.00	0	0.00	3	4.10	0	0.00	3	4.10
Invertida	0	0.00	2	2.70	0	0.00	0	0.00	2	2.70
Vesibuloversión	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	1	1.40
Intraósea	0	0.00	0	0.00	1	1.40	3	4.10	4	5.50
TOTAL	12	16.30	3	4.10	49	66.40	10	13.60%	74	100.00

$\chi^2 = 93.4736$ gl = 3 $\alpha = 0.05$ Valor de p = 0.000

Fuente: matriz de sistematización

GRÁFICO 9
RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES DE LA PZA 3.8 INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla9



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°9 se observa la relación entre la posición de los terceros molares Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, De un total de 74 radiografías El 4.10% presenta ausencia de terceros molares

El 37.90% (28) de las piezas 3.8 presentaron la posición Mesioversion: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 5.4% de las raíces mostraron ausencia de contacto, 25.70% de las raíces mostraron raíces proyectadas, el 6.80% mostraron flexión de las raíces.

El 39.20% (29) de las piezas 3.8 presentaron posición Horizontal: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior, el 2.7% mostraron ausencia de contacto, el 1.4% mostraron contacto, pero sin cambios, el 32.40% mostraron raíces proyectadas, el 2.70% mostraron flexión de las raíces.

El 5.50% (4) de las piezas 3.8 presentaron posición Vertical: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 4.7% mostraron ausencia de contacto, el 1.4% mostraron raíces proyectadas.

El 4.10% (3) de las piezas 3.8 presentaron posición Disto versión: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 4.10% mostraron raíces proyectadas.

El 2.70% (2) de las piezas 3.8 presentaron posición invertida, y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 2.7% mostraron contacto, pero sin cambios.

El 1.40% (1) de las piezas 3.8 presentaron posición Vestíbulo versión, y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario



inferior el 1.4% mostraron raíces proyectadas.

El 5.50% (4) de las piezas 3.8 presentaron posición Inclusión intraósea, y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.4% mostraron raíces proyectadas y el 4.10% mostraron flexión de las raíces.

Se obtuvo un p-valor de $0,000 < 0.05$ (nivel de significancia) podemos concluir que existe relación entre la posición de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas.

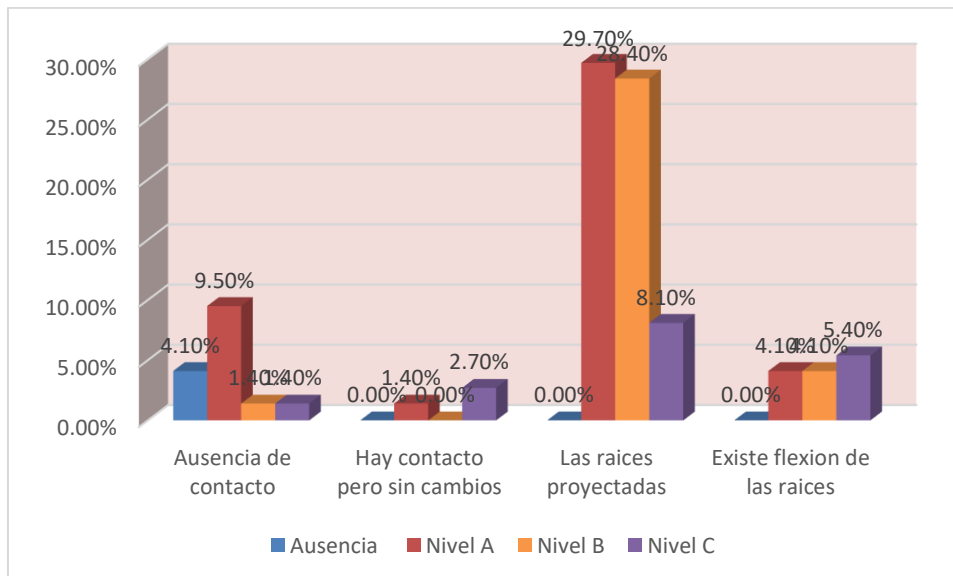
TABLA 10
RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

PROFUNDIDAD	CLASIFICACION DE EZZODINI									
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Existe flexión de las raíces		TOTAL	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia	3	4.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Nivel A	7	9.50	1	1.40	22	29.70	3	4.10	33	44.70
Nivel B	1	1.40	0	0.00	21	28.40	3	4.10	25	33.90
Nivel C	1	1.40	2	2.70	6	8.10	4	5.40	13	17.60
TOTAL	12	16.40	3	4.10	49	66.20	10	13.60	74	100.0

$X^2 = 29.47644$ gl = 3 $\alpha = 0.05$ Valor de p = 0.000

Fuente: matriz de sistematización

GRÁFICO 10
RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 10



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°10 se observa la relación entre la profundidad de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: El 4.10% presenta ausencia de terceros molares.

El 44.70% (33) de las piezas 3.8 presentaron profundidad en nivel A: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 9.50% mostraron ausencia de contacto, el 1.40% contacto, pero sin cambios, 29.7% mostraron raíces proyectadas y el 4.10% mostraron flexión de las raíces.

El 33.90% (25) de las piezas 3.8 presentaron profundidad en nivel B: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.40% mostraron ausencia de contacto, 28.4% mostraron raíces proyectadas y el 4.10% mostraron flexión de las raíces

El 17.60% (13) de las piezas 3.8 presentaron profundidad en nivel C: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.40% mostraron ausencia de contacto, 2.70% contacto, pero sin cambio, 8.10% mostraron raíces proyectadas y el 4.10% mostraron flexión de las raíces.

Se obtuvo un p-valor de $0,000 < 0.05$ (nivel de significancia) podemos concluir que existe relación entre la profundidad de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas.

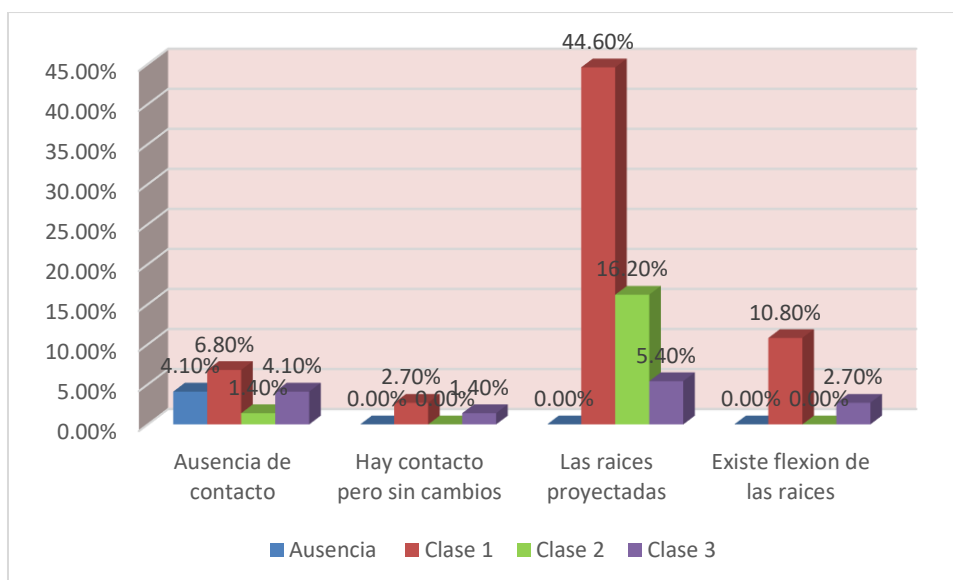
TABLA 11
RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

ESPACIO	CLASIFICACION DE EZZODINI								TOTAL	
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Existe flexión de las raíces		F	%
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia	3	4.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Clase 1	5	6.80	2	2.70	33	44.6	8	10.80	48	64.90
Clase 2	1	1.40	0	0.00	12	16.20	0	0.00	13	17.60
Clase 3	3	4.10	1	1.40	4	5.40	2	2.70	10	13.60
TOTAL	12	16.40	3	4.10	49	66.20	10	13.50	74	100.0

$X^2 = 24.49254$ gl = 3 $\alpha = 0.05$ p = 0.000

Fuente: matriz de sistematización

GRÁFICO 11
RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 11



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°11 se observa la relación entre el espacio de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas.

De un total de 74 radiografías: El 4.10% presenta ausencia de terceros molares. El 64.90% (48) Pza 3.8 presentaron espacio en Clase 1: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 6.80% mostraron ausencia de contacto, el 2.70% contacto, pero sin cambios, 44.6% mostraron raíces proyectadas y el 10.80% mostraron flexión de las raíces.

El 17.60% (13) Pza 3.8 presentaron espacio en Clase 2: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.40% mostraron ausencia de contacto, el 2.70% contacto, pero sin cambios, 44.6% mostraron raíces proyectadas y el 10.80% mostraron flexión de las raíces.

El 13.60% (10) Pza 3.8 presentaron espacio en Clase 3: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 4.10% mostraron ausencia de contacto, el 1.40% contacto, pero sin cambios, 5.40% mostraron raíces proyectadas y el .80% mostraron flexión de las raíces.

Se obtuvo un p-valor de $0,000 < 0.05$ (nivel de significancia) podemos concluir que existe relación entre el espacio de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas

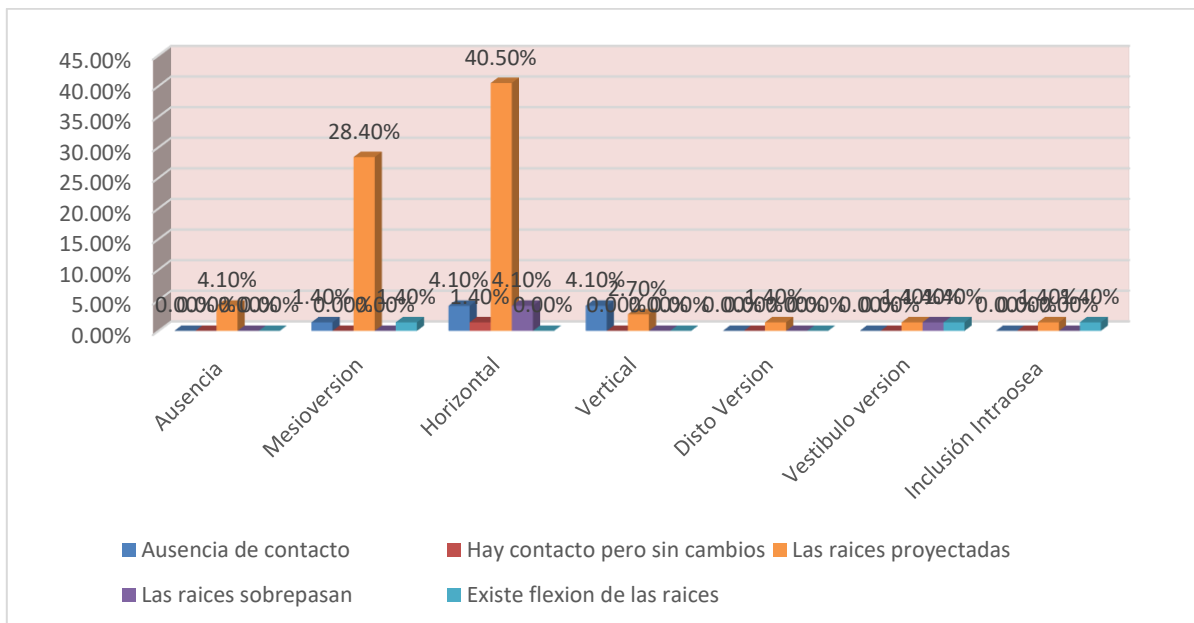
TABLA 12
RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

POSICIÓN PZA 4.8	CLASIFICACION DE EZZODINI											
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Las raíces sobrepasan		Existe flexión de las raíces		TOTAL	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia	0	0.00	0	0.00	3	4.10	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Mesioversion	1	1.40	0	0.00	21	28.40	0	0.00	1	1.40	23	31.20
Horizontal	3	4.10	1	1.40	30	40.50	3	4.10	0	0.00	37	50.10
Vertical	3	4.10	0	0.00	2	2.70	0	0.00	0	0.00	5	6.80
Disto Versión	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	0	0.00	1	1.40
Vestíbulo versión intraósea	0	0.00	0	0.00	1	1.40	1	1.40	1	1.40	3	4.20
TOTAL	7	9.60	1	1.40	59	79.90	4	5.50	3	4.20	74	100

$X^2= 43.9769$ $gl = 4$ $\alpha= 0.05$ Valor de $p= 0.00767$

Fuente: matriz de sistematización

GRÁFICO 12
RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 13



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°12 se observa la relación entre la posición de los terceros molares de la Pza 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: El 4.10% presenta ausencia de terceros molares.

El 31.20% (23) de la Pzas 4.8 presentaron posición Mesioversión: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.40% mostraron ausencia de contacto, el 28.40% mostraron raíces proyectadas, el 1.40% mostraron flexión de las raíces.

El 50.10% (37) de las piezas 4.8 presentaron posición Horizontal: y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 4.10% mostraron ausencia de contacto, el 1.4% mostraron contacto, pero sin cambios, el 40.50% mostraron raíces proyectadas, el 4.10% las raíces sobrepasan.

El 6.80% (5) de las piezas 4.8 presentaron posición Vertical, y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 4.1% mostraron ausencia de contacto, el 2.7% mostraron raíces proyectadas.

El 1.40% (1) de las piezas 4.8 presentaron posición Disto versión, y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.40% mostraron raíces proyectadas.

El 4.20% (3) de las piezas 4.8 presentaron posición Vestibuloversion, y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.4% mostraron raíces proyectadas, el 1.4% las raíces proyectadas, el 1.40% las raíces sobrepasan, l 1.40% mostraron flexión de las raíces

El 2.80% (2) de las piezas 4.8 presentaron posición Inclusión intraósea, y localización de las raíces en relación de la proximidad del conducto dentario



inferior el 1.4% mostraron raíces proyectadas y el 1.40% mostraron flexión de las raíces.

Se obtuvo un p-valor de $0,00767 < 0.05$ (nivel de significancia) podemos concluir que existe relación entre la posición de los terceros molares de la Pza 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas

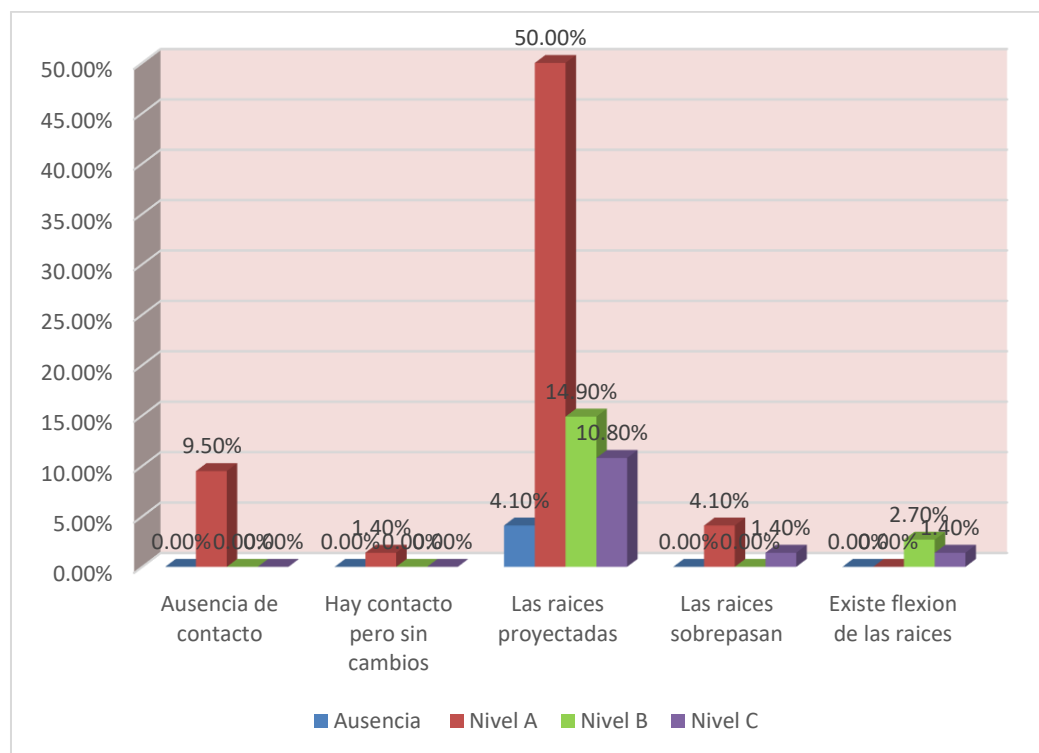
TABLA 13
RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

PROFUNDIDAD	CLASIFICACION DE EZZODINI										TOTAL	
	Ausencia de contacto		Hay contacto pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Las raíces sobrepasan		Existe flexión de las raíces			
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia	0	0.00	0	0.00	3	4.10	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Nivel A	7	9.50	1	1.40	37	50.00	3	4.10	0	0.00%	48	65.00
Nivel B	0	0.00	0	0.00	11	14.90	0	0.00	2	2.70%	13	17.60
Nivel C	0	0.00	0	0.00	8	10.80	1	1.40	1	1.40%	10	13.60
TOTAL	7	9.50	1	1.40%	59	79.80	4	5.50%	3	4.10%	74	100%

$X^2 = 12.944272$ $gl = 4$ $\alpha = 0.05$ Valor de $p = 0.37310$

Fuente: matriz de sistematización

GRÁFICO 13
RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 14



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°13 se observa la relación entre la profundidad de los terceros molares de la Pza 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: El 4.10% presenta ausencia de terceros molares.

El 65.00% (48) de la Pzas 4.8 presentaron profundidad en nivel A, en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 9.50% mostraron ausencia de contacto, el 1.40% contacto, pero sin cambios, 50.0% mostraron raíces proyectadas y el 4.10% las raíces sobrepasan.

El 17.60% (13) de la Pzas 4.8 presentaron profundidad en nivel B, en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 14.90% mostraron raíces proyectadas y el 2.70% mostraron flexión de las raíces.

El 13.60% (10) de la Pzas 4.8 presentaron profundidad en nivel C, en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 10.80% mostraron raíces proyectadas y el 1.40% las raíces sobrepasan y el 1.40% mostraron flexión de las raíces.

Se obtuvo un p-valor de $0,37310 > 0.05$ (nivel de significancia) podemos concluir que no existe relación entre la profundidad de los terceros molares de la Pza 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas.

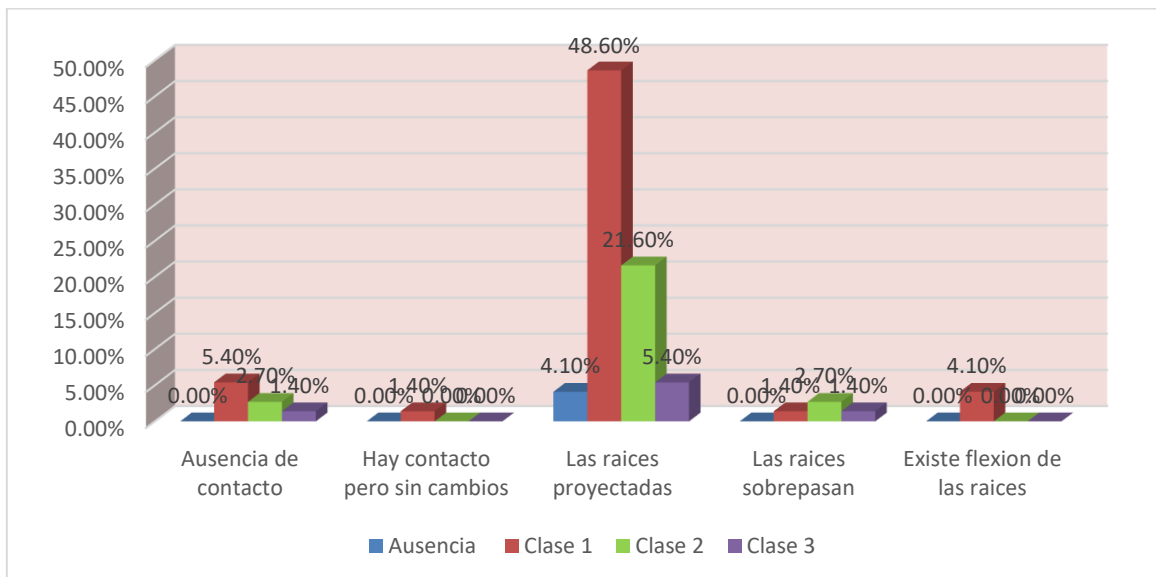
TABLA 14
RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

ESPACIO	CLASIFICACION DE EZZODINI											
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Las raíces sobrepasan		Existe flexión de las raíces		TOTAL	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia	0	0.00	0	0.00	3	4.10	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Clase 1	4	5.40	1	1.40	36	48.60	1	1.40	3	4.10	45	60.90
Clase 2	2	2.70	0	0.00	16	21.60	2	2.70	0	0.00	20	27.00
Clase 3	1	1.40	0	0.00	4	5.40	1	1.40	0	0.00	6	8.20
TOTAL	7	9.50	1	1.40	59	79.70	4	5.50	3	4.10	74	100.00

$\chi^2 = 6.690759$ gl = 4 $\alpha = 0.05$ $p = 0.7811$

Fuente: matriz de sistematización

GRÁFICO 14
RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



Fuente: tabla 15



INTERPRETACIÓN

En la tabla N°14 se observa la relación entre el espacio de los terceros molares de la Pza 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas. De un total de 74 radiografías: El 4.10% presenta ausencia de terceros molares.

El 60.90% (40) de la Pzas 4.8 presentaron espacio en Clase 1, en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 5.40% mostraron ausencia de contacto, el 1.40% contacto, pero sin cambios, 48.6% mostraron raíces proyectadas y el 1.40% las raíces sobrepasan, el 4.10% existe flexión de las raíces.

El 27.00%(20) de la Pzas 4.8 presentaron espacio en Clase 2, en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 2.70% mostraron ausencia de contacto, el 21.60% mostraron raíces proyectadas y el 2.70% las raíces sobrepasan

El 8.20% (6) de la Pzas 4.8 presentaron espacio en Clase 3, en relación de la proximidad del conducto dentario inferior el 1.40% mostraron ausencia de contacto, 5.40% mostraron raíces proyectadas y el 1.40% las raíces sobrepasan

Se obtuvo un p-valor de $0,7811 > 0.05$ (nivel de significancia) podemos concluir que no existe relación entre el espacio de los terceros molares de la Pza 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación, basados en el análisis de 74 radiografías panorámicas del tercer molar inferior derecho (4.8) y 74 del izquierdo (3.8), evidencian que las posiciones más frecuentes según la clasificación de Winter fueron la horizontal y la mesioangular, hallazgos que concuerdan con diversos estudios previos tanto nacionales como internacionales. En el caso del 4.8, el 50% presentó una posición horizontal y el 31.1% mesioangular, lo que coincide con los resultados de Bareiro y Laura en Paraguay (2y 3) donde la posición mesioangular fue también predominante en ambos lados mandibulares, y con Joaquín,(4) quien reportó una frecuencia del 57.8% en mesioangular. Similarmente, para el 3.8, la posición horizontal alcanzó un 39.2% y la mesioangular un 37.8%, en concordancia con lo descrito por Melgar (12) quien encontró que la posición mesioangular tipo A1 fue la más común en su muestra. Esto sugiere una tendencia regional en la presentación de los terceros molares inferiores con inclinaciones mesioangulares o horizontales, lo que refuerza su implicancia clínica al ser posiciones con mayor grado de dificultad quirúrgica.

Según la clasificación de Pell y Gregory, los niveles A y clases 1 y 2 predominaron en ambas piezas dentarias, destacando en el 4.8 un 64.9% para el nivel A y un 60.8% para clase 1, lo cual es comparable con lo observado por Ibarra, (3) quien también encontró una mayor frecuencia de nivel A y clases 1 o 2. El nivel A indica una menor profundidad de inclusión respecto a la cresta alveolar, lo que puede sugerir una menor complejidad quirúrgica; sin embargo, esto debe analizarse junto a la clase ósea y la posición angular para una evaluación más completa.



Respecto a la relación con el **conducto dentario inferior (CDI)**, la mayoría de los terceros molares presentó raíces proyectadas sobre el conducto según la clasificación de Ezzodini: 66.2% para el 4.8 y 79.7% para el 3.8. Este hallazgo es alarmante desde el punto de vista clínico, ya que indica una alta probabilidad de contacto o proximidad directa entre las raíces y el CDI, lo cual puede incrementar el riesgo de complicaciones neurosensoriales posoperatorias. Comparativamente, estudios como el de Vázquez et al. (1) demostraron que la panorámica puede sobreestimar esta proximidad, hallando discrepancias significativas entre lo observado en radiografías y tomografías. Herrera et al. (7) corroboran esto al encontrar un 82.1% de superposición en radiografías frente a un 25.9% de contacto real en tomografías.

La presencia de **flexión radicular (13.5% para el 4.8 y 4.1% para el 3.8)** y **raíces sobrepasadas o en contacto sin cambios** también refleja variaciones morfológicas que complican la exodoncia, como lo evidenciaron **Urteaga y Agurto (6, 8)** quienes subrayan la importancia del uso de tomografías para un diagnóstico más certero en casos de contacto cercano.

Los resultados obtenidos también muestran similitudes con los reportados por Machicao y Ortega, (10 y 11) quienes hallaron asociaciones significativas entre la posición del molar y su proximidad al CDI, reforzando la necesidad de realizar una evaluación preoperatoria integral que incluya tanto la clasificación angular como la ósea, así como el análisis tridimensional de las raíces y el canal mandibular. En cuanto a diferencias notables, el estudio de Pozo (15) en Huánuco reportó una mayor prevalencia de la clase III – C, lo que contrasta con los niveles A y clases 1 predominantes en nuestro estudio. Esto podría deberse a diferencias en la muestra poblacional, el rango etario o los criterios de inclusión

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe relación altamente significativa entre la posición de terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa 2024. Según tablas 9-12 con resultados de ($P = 0.000$, $P = 0.000$, $P = 0.000$ y $P = 0.007$)

SEGUNDA: La posición según la clasificación de Winter de los terceros molares inferiores retenidos tiene relación altamente significativa con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, según las tablas 9 y 12 con resultados de ($p=0.000$ y $p=0.007$), donde el tercer molar (4.8), tiene posición 50% horizontal, 31.1% posición Mesioversión, 6.8 % Vertical 4.1%, Vestibuloversión 2.7%, Inclusión intraósea 1.4%, distoversión, el contacto de las raíces con el conducto dentario Ezzodini, 66.2% las raíces proyectadas, 16.2% ausencia de contacto, el 13.5% existe flexión de las raíces, 4.1% hay contacto sin cambios; los terceros molares (3.8) el 39.2% horizontal, 37.8% posición Mesioversión, 5.4% Vertical, 4.1%, invertida, 2.7%, distoversión, 1.4% vestibulo versión, Según la clasificación de Ezzodini, 79.7% fueron las raíces proyectadas, 9.5% ausencia de contacto, el 5.4% las raíces sobrepasan, 4.1 existe flexión de las raíces



TERCERA: Existe relación altamente significativa entre la profundidad de los terceros molares (3.8) inferiores retenidos con el conducto dentario inferior según tabla 10 y con $P=0.000$, no encontrándose relación altamente significativa entre la profundidad de los terceros molares 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario inferior según tabla 13 y con $P=0.37310$. donde el tercer molar (4.8) según la clasificación de Pell & Gregory: 64.9% el nivel A, 17.6% nivel B, 13.5% nivel C, el contacto de las raíces con el conducto dentario Ezzodini, 66.2% las raíces proyectadas, 16.2% ausencia de contacto, el 13.5% existe flexión de las raíces, 4.1% hay contacto sin cambios. Tercer molar (3.8) según Pell & Gregory 44.6% el nivel A, 33.8% nivel B, 17.8% nivel C, y Según la clasificación de Ezzodini, 79.7% fueron las raíces proyectadas, 9.5% ausencia de contacto, el 5.4% las raíces sobrepasan, 4.1 existe flexión de las raíces.

CUARTA: Existe relación altamente significativa entre el espacio de los terceros molares inferiores 3.8 retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas según tabla 10 y con $P=0.000$, no encontrándose relación altamente significativa entre el espacio de los terceros molares inferiores 4.8 retenidos con el conducto dentario inferior según tabla 14 y con $P=0.7811$. según la clasificación de Pell & Gregory: el Tercer molar (4.8) donde 60.8% Clase 1, 27% Clase 2, 8.1% la Clase 3, el contacto de las raíces con el conducto dentario Ezzodini, 66.2% las raíces proyectadas, 16.2% ausencia de contacto, el 13.5% existe flexión de las raíces,



4.1% hay contacto sin cambios. Tercer molar (3.8) 64.9% Clase 1, 17.6% Clase 2, 13.5% Clase 3. Según la clasificación de Ezzodini, 79.7% fueron las raíces proyectadas, 9.5% ausencia de contacto, el 5.4% las raíces sobrepasan, 4.1 existe flexión de las raíces.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A los cirujanos dentistas que realizan intervenciones quirúrgicas solicitar una radiografía panorámica en cada caso clínico que se va realizar una intervención quirúrgica para evitar complicaciones.
- SEGUNDA:** Al director de Clínica de la UANCV. Gestionar la compra de equipos de imagenología de última tecnología, para el nuevo licenciamiento, de esa manera se pueda obtener exámenes auxiliares que contribuyan a la atención de los pacientes con calidad.
- TERCERA:** A Los pacientes que tienen tercer molar retenido, asistir a la consulta del Cirujano Maxilo facial, para su intervención quirúrgica de los terceros molares retenidos.
- CUARTA:** A los Bachilleres de la Facultad de la UANCV, realizar estudios sobre esta línea de investigación con imágenes tomográficas



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vazques D., Subiran B. Osende N. I Estudio comparativo de la relación de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas y tomografías Cone Beam. Costa Rica. Rev. Científica Odontologica. 2016; 12(1):14-18.
2. Federico B. Laura D. Most common position of including mandibular third molar and its anatomical relationship with the inferior dentary canal in patients of National Hospital of Itauguá until 2012. Itaugua-Brasil. Rev. Nacional. 2014;6(1):40–48.
3. Ibarra F. Frecuencia de la localizacion de las terceras molares inferiores en radiografias panoramicas de pacientes atendidos en el centro de atencion ambulatorio central Guayas. Tesis para el titulo de Especilidad. Guayaquil-Ecuador. Universidad Cayetano Heredia. 2017. 60pp.
4. Joaquin J. Relación entre la posición de terceros molares y su cercanía con el CDI según clasificación Winter y clasificación Langlais en radiografías panorámicas del IDM, Lima - 2023. Tesis para el titulo de Cirujano Dentista. Huancayo, Perú. Universidad Continental. 2023. 73pp.
5. Miranda R. Relacion del tercer molar inferior con el conducto dentario inferior en tomografias computarizadas de haz conico. Tesis para el titulo de Cirujano Dentista. Lima, Perú. Universidad Científica del Sur. 2016. 66pp.
6. Urteaga A. Proximidad de terceras molares inferiores al conducto dentario inferior mediante estudio tomográfico de haz cónico. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de SAn Agustín. 2018. 72pp



7. Herrera R., Rios L., Leon R. Beltran J. Concordancia entre la radiografía panorámica y la tomografía computarizada de haz cónico en la relación de los terceros molares mandibulares con el conducto dentario inferior. Lima-Perú. Rev. Estomatol. Herediana. 2020;30(2):86–93.
8. Agurto A. Asociación del canal mandibular con las terceras molares evaluadas mediante radiografía panorámica y tomografía computarizada de haz cónico en pacientes de 18 a 85 años del instituto de diagnóstico maxilofacial. Tesis para el título de Cirujano Dentista. Lima,Perú. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2024. 92pp.
9. J. Centeno. Relacion anatomica de los terceros olares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior medante tomografiascone beam en el centro radiologicoo ceradent-2018. Tesis para el titulo de Cirujano Dentista. Cusco. Perú. Universidad Andina del Cusco. 2019. 67pp.
10. Ortega c. relacion entre posicion del tercer molar y su aproximacion al nervio mandibular en pacientes de un consultorio odontologico lima 2018-2020. Tesis para el titulo de Cirujano Dentista. Piura,Perú. Universidad Cesar Vallejo. Universidad Cesar Vallejo. 2021. 53pp.
11. Machicao M. Relación de proximidad de terceros molares retenidos con el nervio dentario inferior en tomografías computarizadas del servicio de diagnostico por imagenes del centro odontológico de la UCSM, Arequipa-2019. Tesis para el titulo de Cirujano Dentista. Arequipa,Perú. Universidad Catolica de Santa Maria. 2019. 75pp.
12. Melgar Z. Posiciones más frecuentes de terceros molares inferiores según la clasificación de pell & gregory y winter en el centro de tomografía y radiología maxilofacial - Ayacucho 2021. Tesis para el titulo de Cirujano



- Dentista. Pimentel, Perú. Universidad Señor de Sipá. 2021. 76pp.
13. Lopez M. Proximidad del tercer molar con el conducto dentario inferior en tomografías computarizadas de pacientes atendidos en el centro de diagnóstico maxilofacial CEDIMAX – 2020. Tesis para el título de Cirujano Dentista. Tesis para el título de Cirujano Dentista. Lima, Perú. Universidad Norbert Wiener. 2021. 89pp.
 14. Padilla T. Relación de la posición de terceras molares inferiores con estructuras corcundantes mediante cone beam en Puno-Perú. Puno - Perú. Rev. Acciones Medicas. 2022;1(4):30-40.
 15. Pozo K. Posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular en pacientes adultos jóvenes de la ciudad de Huánuco 2016. Tesis para el título de Cirujano Dentista. Huanuco, Perú. Universidad de Huanuco. 2016. 98pp.
 16. Garcia A. Grado de dificultad en terceras molares inferiores extraídos a pacientes del servicio de odontología - cirugía bucal maxilofacial del hospital guillermo almenara irigoyen, 2017. Tesis para el título de Cirujano Dentista. Lima, Perú. Universidad Alas Peruanas. 2018. 81pp.
 17. Baldarrago S. Frecuencia de complicaciones posoperatorias de cirugías de 3ros molares impactados en historias clínicas de pacientes de 16 a 28 años de edad de la clínica CIRUMAQP, Arequipa 2020-2021. Tesis para el título de Cirujano Dentista. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María. 2023. 79pp.
 18. Contreras W. Excluir del Reporte de Similitud Relación del canal mandibular con el tercer molar inferior en radiografías panorámicas en el Centro Radiológico de Ayacucho. Tesis para el título de Cirujano Dentista .



- Huancayo, Perú. Universidad privada de Huancayo. 2023. 76pp.
19. De la Cruz K. Frecuencia de la posición de terceras molares mandibulares en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad señor de sipan en el año 2016-2017. Tesis para el título de Cirujano Dentista . Pimentel, Perú. Universidad Señor de Sipan. 2017. 59pp.
 20. Serrano J. Frecuencia en la posición de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes de 18-30 años que acuden a la Universidad Alas Peruanas en el año 2018. Tesis para el título de Cirujano Dentista . Lima, Perú. Universidad Alas Peruanas. 2018. 127pp.
 21. Supo J. Seminarios de investigación científica. Arequipa-Perú. 2da. edición: Editorial BIOESTADISTICO EIRL. 2014
 21. Vara AA, 7 Pasos para elaborar una tesis . Lima Perú. 1ra edición, Editorial Macro impresores. 2015.
 22. Ezzodini F, Zangouie M, Navab A, Fotoohi F. Precisión diagnóstica de la radiografía panorámica para determinar la posición del tercer molar impactado en relación al canal dental anatómico en comparación con la cirugía. Irán J Radiol. 2010; 7 (2)



APÉNDICES

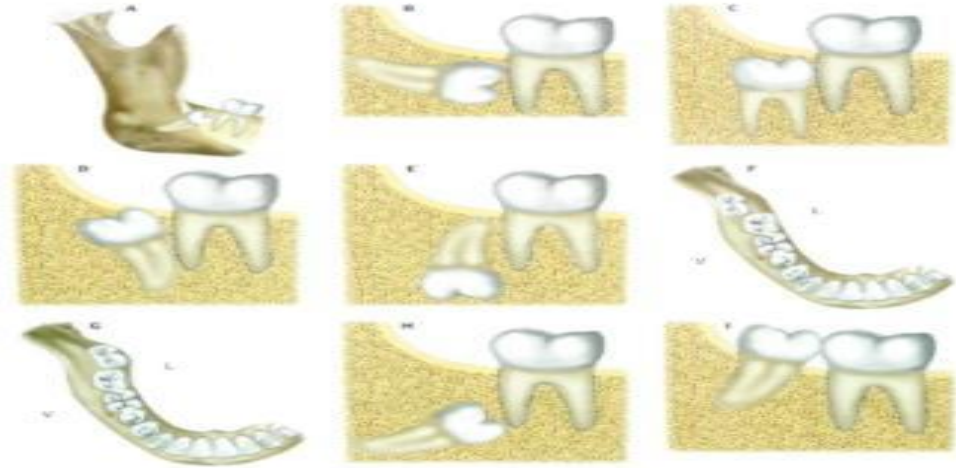


APÉNDICE N°1: Matriz de consistencia

POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024						
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACION
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	V.I. TERCEROS MOLARES	<ul style="list-style-type: none"> CARACTERÍSTICAS PERSONALES CLASIFICACION SEGÚN WINTER CLASIFICACION SEGÚN PELL & GREGORY 	Edad	18 a 27 años 28 a 37 años 38 años a mas
¿Cuál es la posición de terceros molares inferiores retenidos relacionado con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa 2024?	Determinar la posición de terceros molares inferiores retenidos relacionados con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa 2024.	Existe relación altamente significativa entre la posición de terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas de pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Arequipa 2024.			SEXO	Femenino Masculino
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas			POSICIÓN	Vertical Disto angular Mesio angular Horizontal Vestíbulo versión Linguo versión Invertida transversal
¿Cuál es la posición según la clasificación de Winter de los terceros molares inferiores retenidos que se relaciona con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas?	Conocer la posición según la clasificación de Winter de los terceros molares inferiores retenidos que se relacionan con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas	La posición según la clasificación de Winter de los terceros molares inferiores retenidos tiene relación significativa con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas			Profundidad	Posición A Posición B Posición C
¿Existe relación entre la profundidad de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas?	Evaluar la relación entre la profundidad de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas	Existe relación altamente significativa entre la profundidad de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas	V.D. CONDUCTO INFERIOR	CLASIFICACIÓN DE EZZODINI	Contacto de las raíces del tercer molar con el CDI	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de contacto Hay contacto, pero sin cambios estructurales Las raíces están proyectadas en el conducto Las raíces sobrepasan el conducto Existe flexión de las raíces con desviación del conducto
¿De qué manera se relaciona el espacio de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas?	Evaluar la relación entre el espacio de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas	Existe relación altamente significativa entre el espacio de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas				

APÉNDICE Nº2

VARIABLE X

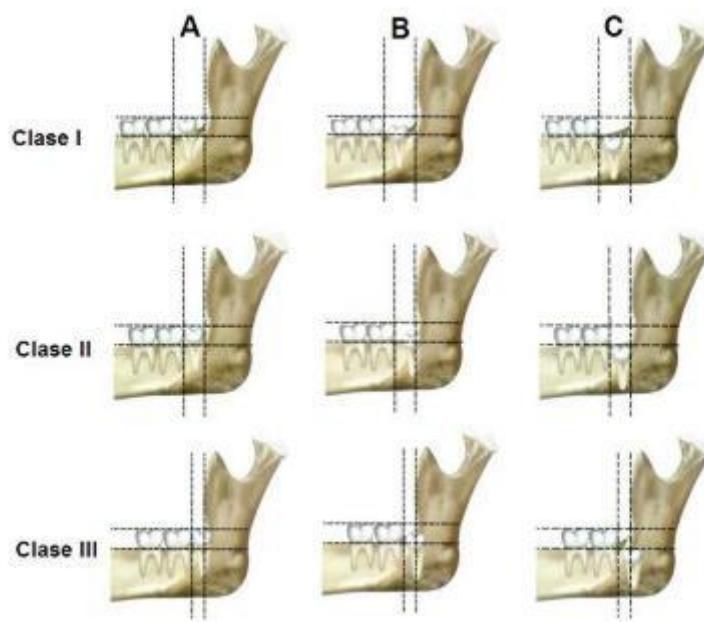


POSICIÓN:

- A. Mesioversion
 - B. Horizontal
 - C. Vertical
 - D. Disto versión
 - E. Invertida
 - F. Vestibuloversión
 - G. Linguoversión
 - H. inclusión intraósea
- FUENTE: (2)

APÉNDICE Nº3

CLASIFICACIÓN SEGÚN PELL & GREGORY:



PROFUNDIDAD:

- Nivel A (1)
- Nivel B (2)
- Nivel C (3)

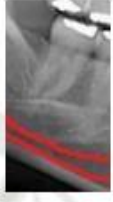




ESPACIO

- Clase 1 (1)
- Clase 2 (2)
- Clase 3 (3)

FUENTE: (2)

APÉNDICE Nº4

VARIABLE Y

	A. Ausencia de contacto	B. Hay contacto pero sin cambios estructurales	C. Las raíces están proyectadas en el conducto	D. Las raíces sobrepasan el conducto	E. Existe flexión de las raíces con desviación del conducto
CLASIFICACIÓN DE EZZODINI					
PIEZA 3.8					
PIEZA 4.8					

FUENTE: (22)



APÉNDICE N°6: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ID	POSICIÓN 4.8	POSICIÓN 3.8	PROFUNDIDAD 4.8	PROFUNDIDAD 3.8	ESPACIO 4.8	ESPACIO 3.8	CLASIFICACION EZZODINI	CLASIFICACION EZZODINI
1	Mesioversion	Mesioversion	nivel B	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Existe flexión de las raíces
2	Mesioversion	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
3	Mesioversion	horizontal	nivel B	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
4	Mesioversion	Mesioversion	nivel B	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
5	horizontal	Mesioversion	nivel B	nivel B	Clase 1	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
6	Mesioversion	Mesioversion	nivel C	nivel B	Clase 2	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
7	Mesioversion	Mesioversion	nivel C	nivel C	Clase 2	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
8	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
9	ausencia	Mesioversion	ausencia	nivel A	ausencia	Clase 3	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
10	Mesioversion	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
11	Mesioversion	Mesioversion	nivel A	nivel B	Clase 2	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
12	Mesioversion	inclusion intraosea	nivel A	nivel C	Clase 1	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
13	disto version	disto version	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
14	horizontal	vertical	nivel B	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
15	horizontal	horizontal	nivel B	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
16	ausencia	Mesioversion	ausencia	nivel A	ausencia	Clase 3	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
17	ausencia	Mesioversion	ausencia	nivel A	ausencia	Clase 3	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
18	horizontal	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 3	Clase 3	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
19	horizontal	inclusion intraosea	nivel A	nivel B	Clase 3	Clase 2	Las raíces proyectadas	ausencia de contacto
20	Mesioversion	inclusion intraosea	nivel A	nivel C	Clase 1	Clase 3	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
21	Mesioversion	inclusion intraosea	nivel A	nivel C	Clase 1	Clase 3	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
22	inclusion intraosea	vertical	nivel C	nivel A	Clase 1	Clase 1	ausencia de contacto	Existe flexion de las raíces



23	inclusion intraosea	Mesioversion	nivel C	nivel B	Clase 2	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
24	vertical	Mesioversion	nivel A	nivel C	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	ausencia de contacto
25	horizontal	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
26	Mesioversion	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 1	Clase 1	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
27	horizontal	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
28	Mesioversion	Mesioversion	nivel B	nivel B	Clase 1	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
29	Mesioversion	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 2	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
30	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel B	Clase 2	Clase 1	Las raíces proyectadas	ausencia de contacto
31	horizontal	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
32	vestibulo version	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces sobrepasan
33	vestibulo version	Mesioversion	nivel A	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
34	Mesioversion	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
35	Mesioversion	invertida	nivel A	nivel C	Clase 1	Clase 1	hay <u>contacto</u> pero sin cambios	Las raíces proyectadas
36	vestibulo version	Mesioversion	nivel B	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Existe flexion de las raíces
37	horizontal	vestibulo version	nivel B	nivel C	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
38	Mesioversion	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
39	Mesioversion	disto version	nivel A	nivel B	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
40	horizontal	horizontal	nivel B	nivel B	Clase 2	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
41	horizontal	horizontal	nivel B	nivel C	Clase 2	Clase 3	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
42	vertical	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 1	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
43	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 2	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
44	vertical	horizontal	nivel B	nivel A	Clase 1	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
45	Mesioversion	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
46	horizontal	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	hay <u>contacto</u> pero sin cambios	hay <u>contacto</u> pero sin cambios



48	horizontal	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
49	Mesioversion	ausencia	nivel A	ausencia	Clase 1	ausencia	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
50	horizontal	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
51	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 3	Clase 1	Existe flexion de las raíces	Las raíces proyectadas
52	Mesioversion	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
53	horizontal	disto version	nivel C	nivel A	Clase 3	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
54	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
55	horizontal	ausencia	nivel A	ausencia	Clase 2	ausencia	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
56	horizontal	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 2	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
57	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 2	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
58	horizontal	Mesioversion	nivel C	nivel A	Clase 3	Clase 1	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
59	horizontal	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 1	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
60	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
61	horizontal	Mesioversion	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
62	horizontal	horizontal	nivel A	nivel C	Clase 2	Clase 2	ausencia de contacto	ausencia de contacto
63	horizontal	vertical	nivel A	nivel A	Clase 2	Clase 1	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
64	horizontal	horizontal	nivel C	nivel C	Clase 2	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
65	horizontal	horizontal	nivel C	nivel C	Clase 2	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
66	horizontal	horizontal	nivel C	nivel C	Clase 2	Clase 2	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas
67	horizontal	ausencia	nivel A	ausencia	Clase 2	ausencia	ausencia de contacto	Las raíces proyectadas
68	horizontal	invertida	nivel C	nivel C	Clase 3	Clase 3	hay contacto, pero sin cambios	Las raíces sobrepasan
69	horizontal	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 2	Clase 3	Las raíces proyectadas	Las raíces sobrepasan
70	horizontal	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 2	Clase 3	Las raíces proyectadas	Las raíces sobrepasan
71	vertical	horizontal	nivel A	nivel B	Clase 1	Clase 2	Las raíces proyectadas	ausencia de contacto
72	Mesioversion	horizontal	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	ausencia de contacto
73	vertical	vertical	nivel A	nivel A	Clase 1	Clase 1	ausencia de contacto	ausencia de contacto
74	horizontal	Mesioversion	nivel B	nivel A	Clase 1	Clase 1	Las raíces proyectadas	Las raíces proyectadas

APÉNDICE N°7: FOTOGRAFÍAS



Foto N° 1: Exploración de la cavidad bucal del tercer molar

Foto N° 2: Observación de la radiografía panorámica en el megatelescopio

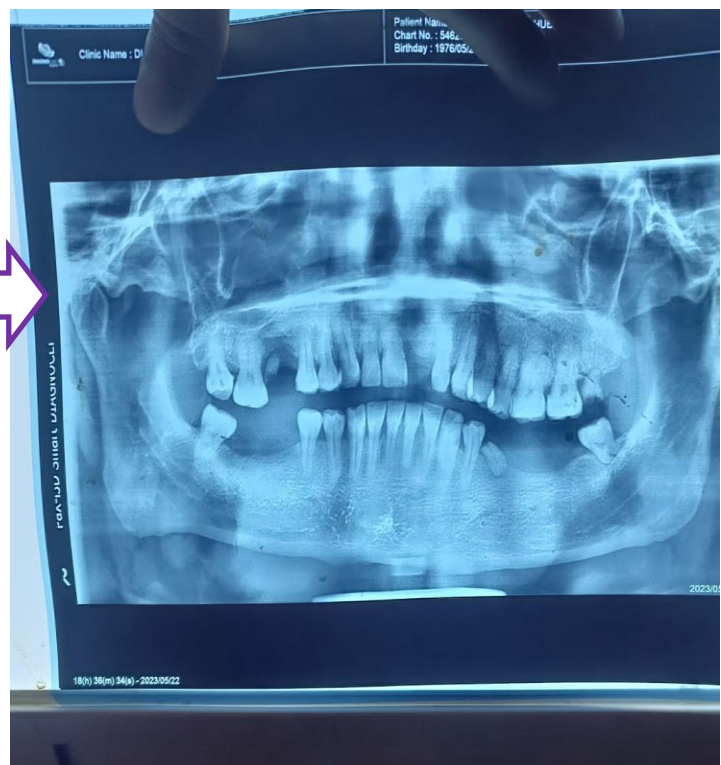




Foto N° 3: Palpación en la zona del tercer molar inferior derecho

Foto N° 4: Análisis de la pieza 4.8 según su posición





UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



ARTÍCULO CIENTÍFICO

**POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN
CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS
DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024**

PRESENTADO POR:

Bach. FRANKS LUIS QUISPE LIPA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA



Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

JULIACA – PERÚ

2025



POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024.

POSITION OF RETAINED LOWER THIRD MOLARS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE LOWER DENTAL CANAL IN PANORAMIC X-RAYS OF PATIENTS FROM THE DENTAL CLINIC OF THE ANDEAN UNIVERSITY, NESTOR CACERES VELASQUEZ, AREQUIPA 2024

Quispe FL.¹

Facultad de Odontología
Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
Juliaca, Perú

¹Bachiller en Odontología

RESUMEN

Objetivo: Determinar la posición de terceros molares inferiores retenidos relacionados con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas.

Materiales y métodos: Enfoque cuantitativo, tipo retrospectivo, transversal, observacional, analítico, nivel relacional estudio realizado en 74 radiografías panorámicas, tipo de muestreo no probabilístico, las técnicas observación radiográfica, instrumentos posición de terceros molares la clasificación de Winter y Pell & Gregory y para el conducto dentario inferior la clasificación de Ezodini.

Resultados: 74 radiografías de dientes 4.8 la posición según Winter, 50% horizontal, 31.1% posición Mesioversión, 6.8 % Vertical 4.1%, Vestibuloversión 2.7%, Inclusión intraósea 1.4%, distoversión según la clasificación de Pell & Gregory: 64.9% el nivel A, 17.6% nivel B, 13.5% nivel C, 60.8% Clase 1, 27% Clase 2, 8.1% la Clase 3, el contacto de las raíces con el conducto dentario Ezzodini, 66.2% las raíces proyectadas, 16.2% ausencia de contacto, el 13.5% existe flexión de las raíces, 4.1% hay contacto sin cambios. radiografías de dientes 3.8 la posición según Winter, 39.2% horizontal, 37.8% posición Mesioversión, 5.4% Vertical, 4.1%, invertida, 2.7%, distoversión, 1.4% vestibulo versión, según Pell & Gregory 44.6% el nivel A, 33.8% nivel B, 17.8% nivel C, 64.9% Clase 1, 17.6% Clase 2, 13.5% Clase 3. Según la clasificación de Ezzodini, 79.7% fueron las raíces proyectadas, 9.5% ausencia de contacto, el 5.4% las raíces sobrepasan, 4.1 existe flexión de las raíces. **Conclusión:** Existe



relación entre la posición de terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas $P=0.000$

Palabras claves: Terceros Molares, impactados, dentario inferior.

ABSTRACT

Objective: Determine the position of impacted lower third molars related to the lower dental canal in panoramic radiographs. **Materials and methods:** Quantitative approach, retrospective, transversal, observational, analytical, relational level study carried out on 74 panoramic radiographs, non-probabilistic sampling type, radiographic observation techniques, instruments position of third molars, the Winter and Pell & Gregory classification and for the lower dental canal the Ezodini classification. **Results:** 74 x-rays of teeth 4.8 position according to Winter, 50% horizontal, 31.1% Mesioversion position, 6.8% Vertical 4.1%, Vestibuloversion 2.7%, Intraosseous inclusion 1.4%, distoversion according to Pell & Gregory classification: 64.9% level A, 17.6% level B, 13.5% level C, 60.8% Class 1, 27% Class 2, 8.1% Class 3, contact of the roots with the Ezzodini dental canal, 66.2% projected roots, 16.2% absence of contact, 13.5% there is flexion of the roots, 4.1% there is contact without changes. tooth radiographs 3.8 position according to Winter, 39.2% horizontal, 37.8% position Mesioversion, 5.4% Vertical, 4.1%, inverted, 2.7%, distoversion, 1.4% vestibule version, according to Pell & Gregory 44.6% level A, 33.8% level B, 17.8% level C, 64.9% Class 1, 17.6% Class 2, 13.5% Class 3. According to Ezzodini's classification, 79.7% were projected roots, 9.5% absence of contact, 5.4% roots exceed, 4.1 exist root flexion. **Conclusion:** There is a relationship between the position of retained lower third molars with the lower dental canal in panoramic radiographs $P=0.000$

Keywords: Third Molars, impacted, lower teeth

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares inferiores, comúnmente conocidos como muelas del juicio, presentan con

frecuencia problemas eruptivos debido a la falta de espacio en la arcada dentaria, lo que puede llevar a su retención o impactación¹. Esta



condición puede asociarse a complicaciones como dolor, infecciones, quistes, reabsorción de raíces vecinas y dificultades durante su exodoncia². Uno de los factores más relevantes a considerar durante su evaluación prequirúrgica es la proximidad al conducto dentario inferior (CDI), el cual alberga al nervio alveolar inferior, cuya lesión puede provocar parestesia temporal o permanente³.

Las radiografías panorámicas constituyen una herramienta diagnóstica esencial en la práctica odontológica, permitiendo la valoración de la posición de los terceros molares retenidos y su relación con estructuras anatómicas importantes como el CDI⁴. Aunque no ofrecen información tridimensional precisa como la tomografía computarizada, su uso sigue siendo común por su bajo costo y accesibilidad⁵. La identificación de signos radiográficos predictivos, como el oscurecimiento de la raíz o la desviación del conducto, permite al clínico anticipar el grado de dificultad quirúrgica y el riesgo de complicaciones⁶.

Diversas clasificaciones han sido propuestas para describir la posición

de los terceros molares, destacándose las de Winter y Pell & Gregory, que evalúan factores como la angulación, la profundidad y la relación con la rama mandibular⁷. El conocimiento detallado de estas relaciones anatómicas es fundamental para la planificación quirúrgica y la toma de decisiones clínicas adecuadas⁸. La evaluación panorámica de estos casos también puede revelar diferencias relacionadas con el sexo, la edad y características anatómicas individuales que influyen en el riesgo de lesión del nervio alveolar inferior⁹.

Por lo tanto, el estudio de la posición de los terceros molares inferiores retenidos y su relación con el CDI mediante radiografías panorámicas adquiere gran importancia clínica, ya que permite una adecuada planificación quirúrgica, minimiza los riesgos y mejora los resultados del tratamiento¹⁰.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, tipo retrospectivo, transversal, observacional, analítico, nivel relacional estudio realizado en 74 radiografías panorámicas, tipo de muestreo no probabilístico, las

técnicas observación radiográfica, instrumentos posición de terceros molares la clasificación de Winter y Pell & Gregory y para el conducto dentario inferior la clasificación de Ezodini

RESULTADOS

TABLA N°1

RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES DE LA PZA 3.8 INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

POSICIÓN PZA 3.8	CLASIFICACION DE EZZODINI								TOTAL	
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Existe flexión de las raíces		F	%
	f	%	F	%	F	%	F	%		
Ausencia	3	4.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Mesioversión	4	5.40	0	0.00	19	25.70	5	6.80	28	37.90
Horizontal	2	2.70	1	1.40	24	32.40	2	2.70	29	39.20
Vertical	3	4.10	0	0.00	1	1.40	0	0.00	4	5.50
Disto Versión	0	0.00	0	0.00	3	4.10	0	0.00	3	4.10
Invertida	0	0.00	2	2.70	0	0.00	0	0.00	2	2.70
Vesbuloversión	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	1	1.40
Intraósea	0	0.00	0	0.00	1	1.40	3	4.10	4	5.50
TOTAL	12	16.30	3	4.10	49	66.40	10	13.60%	74	100.00

$$X^2 = 93.4736 \quad gl = 3 \quad \alpha = 0.05 \quad p = 0.000$$

Fuente: matriz de sistematización de datos

Existe relación entre la posición de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas.

TABLA N°2

RELACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

PROFUNDIDAD	CLASIFICACION DE EZZODINI								TOTAL	
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Existe flexión de las raíces		F	%
	f	%	F	%	F	%	F	%		
Ausencia	3	4.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Nivel A	7	9.50	1	1.40	22	29.70	3	4.10	33	44.70
Nivel B	1	1.40	0	0.00	21	28.40	3	4.10	25	33.90
Nivel C	1	1.40	2	2.70	6	8.10	4	5.40	13	17.60
TOTAL	12	16.40	3	4.10	49	66.20	10	13.60	74	100.0

$$X^2 = 29.47644 \quad gl = 3 \quad \alpha = 0.05 \quad p = 0.000$$

Fuente: matriz de sistematización de datos

Existe relación entre la profundidad de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámica.

TABLA N°3

RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO DE LA PZA 3.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS

ESPACIO	CLASIFICACION DE EZZODINI								TOTAL	
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Existe flexión de las raíces		F	%
	f	%	F	%	F	%	F	%		
Ausencia	3	4.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Clase 1	5	6.80	2	2.70	33	44.6	8	10.80	48	64.90
Clase 2	1	1.40	0	0.00	12	16.20	0	0.00	13	17.60
Clase 3	3	4.10	1	1.40	4	5.40	2	2.70	10	13.60
TOTAL	12	16.40	3	4.10	49	66.20	10	13.50	74	100.0

$$X^2 = 24.49254 \quad gl = 3 \quad \alpha = 0.05 \quad p = 0.000$$

Fuente: matriz de sistematización de datos

Existe relación entre el espacio de los terceros molares de la Pza 3.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas

TABLA N°4

RELACIÓN ENTRE LA POSICION DE LA PZA 4.8 DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS CON EL CONDUCTO DENTARIO EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS



POSICIÓN PZA 4.8	CLASIFICACION DE EZZODINI											
	Ausencia de contacto		Hay contacto, pero sin cambios		Las raíces proyectadas		Las raíces sobrepasan		Existe flexión de las raíces		TOTAL	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Ausencia	0	0.00	0	0.00	3	4.10	0	0.00	0	0.00	3	4.10
Mesioversion	1	1.40	0	0.00	21	28.40	0	0.00	1	1.40	23	31.20
Horizontal	3	4.10	1	1.40	30	40.50	3	4.10	0	0.00	37	50.10
Vertical	3	4.10	0	0.00	2	2.70	0	0.00	0	0.00	5	6.80
Disto Versión	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	0	0.00	1	1.40
Vestibulo versión	0	0.00	0	0.00	1	1.40	1	1.40	1	1.40	3	4.20
intraósea	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	1	1.40	2	2.80
TOTAL	7	9.60	1	1.40	59	79.90	4	5.50	3	4.20	74	100

$$X^2 = 43.9769 \quad gl = 4 \quad \alpha = 0.05 \quad p = 0.00767$$

Fuente: matriz de sistematización de datos.

Existe relación entre la posición de los terceros molares de la Pza 4.8 inferiores retenidos con el conducto dentario en radiografías panorámicas

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio confirman que la posición de los terceros molares inferiores retenidos tiene una relación significativa con la proximidad al conducto dentario inferior (CDI), observada mediante signos radiográficos en panorámicas. Este hallazgo concuerda con estudios recientes que identifican al tipo de retención mesioangular y la profundidad tipo B de Pell y Gregory como los factores más frecuentes en los que se observa una relación estrecha con el CDI (11,12).

Uno de los principales desafíos clínicos radica en determinar con precisión esta relación anatómica antes de la cirugía, dado que el contacto directo entre las raíces del molar y el CDI puede derivar en daño

al nervio alveolar inferior. Diversos estudios han señalado que signos como el oscurecimiento de la raíz, la desviación del conducto y la pérdida de la corticalidad son indicadores importantes de contacto o cercanía entre estas estructuras (13,14). En este sentido, Singh et al. (15) y Deshpande et al. (16) coincidieron en que la visualización de estos signos en radiografías panorámicas representa un alto valor predictivo de riesgo neurosensorial.

Sin embargo, la panorámica presenta limitaciones inherentes. Aunque es útil por su disponibilidad, bajo costo y menor exposición a radiación, puede subestimar o sobrestimar la verdadera relación entre el molar y el CDI debido a la superposición de estructuras y la falta de información tridimensional (17). Por ello, algunos autores recomiendan el uso de tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) como herramienta complementaria cuando los signos en la panorámica son sugestivos de proximidad crítica, ya que mejora la visualización espacial y permite una planificación quirúrgica más segura (18,19).



Karameh et al. (20) demostraron que el uso de CBCT mejora significativamente la identificación del CDI y reduce el riesgo de lesiones postoperatorias al nervio alveolar. No obstante, su indicación debe ser justificada para evitar una exposición innecesaria a la radiación, reservándose para los casos en que los signos panorámicos sean concluyentes o dudosos.

En comparación con investigaciones previas, este estudio confirma la utilidad de la panorámica como primera línea diagnóstica, pero también destaca la importancia de una evaluación cuidadosa y del juicio clínico para decidir cuándo recurrir a técnicas más avanzadas. Asimismo, la consistencia de los hallazgos con estudios en otras poblaciones sugiere que los patrones de inclusión y su relación con el CDI son similares a nivel global (11,15,19), lo que favorece la aplicabilidad clínica de estas conclusiones.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el carácter retrospectivo y la falta de correlación con hallazgos intraoperatorios. Para estudios futuros, se recomienda integrar

CBCT y seguimiento postoperatorio neurológico a fin de evaluar la precisión diagnóstica de la panorámica en relación con los resultados clínicos reales.

CONCLUSIÓN:

Existe relación entre la posición de terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas $P=0.000$

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bozkurt P, Görürgöz C. Detecting direct inferior alveolar nerve—third molar contact and canal decorticalization by cone-beam computed tomography to predict postoperative sensory impairment. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2020;121(3):259–263.
2. Uzun C, Sumer A, Sumer M. Assessment of the reliability of radiographic signs on panoramic radiographs to determine the relationship between mandibular third molars and the inferior alveolar canal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2020;129(3):260–271.
3. Datta S, Malick R, Menon S, et



- al. Correlation of panoramic radiological and intra-operative findings of impacted mandibular 3rd molar in relation to inferior alveolar canal: A prospective study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2020;19(1):55–63.
4. Ghaemina H, Meijer GJ, Soehardi A, et al. Position of the impacted third molar in relation to the mandibular canal: Diagnostic accuracy of cone beam computed tomography compared with panoramic radiography. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(9):964–971.
5. Monaco G, Montevecchi M, Bonetti GA, et al. Reliability of panoramic radiography in evaluating the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars. *J Am Dent Assoc.* 2004;135(3):312–318.
6. Nakamori K, Fujiwara K, Miyazaki A, et al. Clinical assessment of the relationship between the third molar and the inferior alveolar canal using panoramic images and computed tomography. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(11):2308–2313.
7. Rood JP, Shehab BA. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1990;28(1):20–25.
8. Szalma J, Lempel E, Jeges S, Szabó G, Olasz L. The prognostic value of panoramic radiography of inferior alveolar nerve damage after mandibular third molar removal: retrospective study of 400 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;109(2):294–302.
9. Winter GB. Principles of Exodontia as Applied to the Impacted Mandibular Third Molar: A Complete Treatise on the Operative Technic with Clinical Diagnoses and Radiographic Interpretations. St. Louis: American Medical Book Co.; 1926.
10. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classification and modified techniques for removal. *Dent Digest.* 1933;39:330–338.
11. Ingh AK, Khanal N, Dhungel S. Proximity of mandibular third molar roots with inferior alveolar



- canal: A radiographic study. *J Chitwan Med Coll.* 2020;10(1):44–47.
12. Datta S, Malick R, Menon S, et al. Correlation of panoramic radiological and intra-operative findings of impacted mandibular 3rd molar in relation to inferior alveolar canal: A prospective study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2021;20(4):689–695.
13. Alhammadi MS, et al. Dentomaxillofac Radiol. 2022;51(3):20210374.
14. Ghaeminia H, Meijer GJ, Soehardi A, et al. Position of the impacted third molar in relation to the mandibular canal: Diagnostic accuracy of CBCT vs panoramic radiography. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(9):964–971.
15. Singh AK, Khanal N, Dhungel S. Proximity of mandibular third molar roots with inferior alveolar canal: A radiographic study. *J Chitwan Med Coll.* 2020;10(1):44–47
16. Deshpande P, Guledgud MV, Patil K. Proximity of impacted mandibular third molars to the inferior alveolar canal and its radiographic predictors: A panoramic radiographic study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2012;12(2):145–151.
17. Rood JP, Shehab BA. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1990;28(1):20–25.
18. Uzun C, Sumer A. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020;129(3):260–71.
19. Szalma J, Lempel E, Jeges S, Szabó G. Prognostic value of panoramic radiography for inferior alveolar nerve damage after mandibular third molar removal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;109(2):294–302.
20. Karamah R, Abu-Ta'a MF, Beshtawi KR. Identification of the inferior alveolar canal using CBCT vs panoramic radiography: A retrospective comparative study. *BMC Oral Health.* 2023;23(1):445.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 30-04-2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Franks Luis Quispe Lipa

Dirección: Av. EE.UU No 421 Alto San Martín - Mariano Melgar

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70155841

Teléfono: 904884510 email: lvancitoty3@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Facultad de Odontología

Escuela Profesional o Mención: Escuela profesional de Odontología

Título o Grado Académico a optar: Cirujano Dentista

Asesor: Dr. Enrique Eleuterio Zuñiga Medina

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y SU RELACIÓN CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA NESTER CÁCERES VELÁSQUEZ, AREQUIPA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): TERCEROS MOLARES, IMPACTADOS, DENTARIO INFERIOR

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}? 2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional
- Nacional

Línea de investigación: odontología, cirugía oral y medicina oral - P31


Firma de Autor



huella digital

30, Abril, 2025
Fecha