

Universidad de Huánuco
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

TESIS

**LOCALIZACION ANATOMICA DEL CONDUCTO DENTARIO
INFERIOR EN RELACION A TERCERAS MOLARES EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2017.**

**Para Optar el Título Profesional de :
CIRUJANO DENTISTA**

TESISTA

MONTOYA RODRIGUEZ, Fernando Juan

ASESORA

Dra. C.D. CALZADA GONZALES Nancy Doris

**Huánuco - Perú
2019**

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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 03:00 P.M. del día 08 del mes de Julio del año dos mil diecinueve se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

Dra. C.D. Marisol Rossana Ortega Buitrón	Presidenta
Esp. C.D. Saldi Rosario Castro Martínez	Secretaria
C.D. Wilder Requez Robles	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N° 909-2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada:

“LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RELACIÓN A TERCERAS MOLARES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2017”, presentado por el Bachiller en Odontología, el Sr. **Montoya Rodríguez, Fernando Juan**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de MUY BUENO.

Siendo las 04:05 P.M. del día 08 del mes de Julio del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


.....
Dra. C.D. Marisol Rossana Ortega Buitrón
PRESIDENTA


.....
Esp. C.D. Saldi Rosario Castro Martínez
SECRETARIA


.....
C.D. Wilder Requez Robles
VOCAL



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



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que el Bachiller: **Sr. Montoya Rodríguez, Fernando Juan** ; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **"LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RELACIÓN A TERCERAS MOLARES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2017"**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 08 de Julio del 2019 a horas 03:00 P.M. en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide el presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 09 de Julio del 2019.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
[Signature]
Mg. C.B. Mardonio Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por haberme forjado por la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros y metas se los debo a ustedes entre los que se incluyen este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al fin de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis metas, logros y anhelos.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mis padres Claudio y Silvia quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más.

A mis hermanos Lincoln, Fernando, Gisela por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

RESUMEN

OBJETIVO: Asociar la localización Anatómica del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares en el Hospital Militar Central 2017

METODOLOGÍAS: se realizaron un estudio de tipo de investigación básica, de nivel relacional, prospectivo y transversal. La muestra para el estudio estuvo representada por 82 pacientes de 18 a 70 años y de ambos sexos que acudieron al área de radiología del Hospital Militar Central Lima, considerando los criterios de inclusión y exclusión Para la recolección de datos como instrumento se utilizó la ficha de observación. Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS versión 23.00 utilizando la estadística descriptiva e inferencial.

RESULTADOS: posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory, el que prevaleció fue clase I 72% tipo A y tipo A 46,3%, derecho Clase I 75,6% y tipo 43,9%. Según la clasificación de Ezoddini, en el tercer molar izquierdo presentó con mayor frecuencia ausencia de contacto en un 50,0%; y en derecho 43,9%. En el izquierdo se obtuvo una mayor frecuencia de Clase I y II según la clasificación de Pell y Gregory en los varones con un 37,8% y 14,6%, en el derecho Clase I y II según la clasificación de Pell y Gregory prevaleció en las mujeres con un 40,2% y 14,6%.

CONCLUSIONES: Según la prueba de hipótesis se acepta la hipótesis de investigación “Existe asociación significativa entre la localización anatómica del conducto dentario y las terceras molares inferiores en pacientes del Hospital Militar Central Lima. Según la clasificación de Pell y Gregory la clase I tipo A fue la posición más prevalente para ambos molares inferiores. La relación del Conducto Dentario Inferior con las Terceras Molares inferiores según la clasificación de Ezzodini, con mayor frecuencia se halló ausencia de contacto

PALABRAS CLAVE: Conducto dentario inferior, tercer molar inferior, clasificación de Ezoddini, clasificación de Pell y Gregory.

SUMMARY

OBJECTIVE: To associate the anatomical location of the Lower Duct in relation to Third Molars in the Central Military Hospital 2017

METHODOLOGIES: a basic research study of relational, prospective and transversal level was carried out. The sample for the study was represented by 82 patients from 18 to 70 years old and of both sexes who went to the radiology area of the Hospital Militar Central Lima, considering the inclusion and exclusion criteria. For the data collection as an instrument, the observation. Statistical analysis was performed in the SPSS program version 23.00 using descriptive and inferential statistics.

RESULTS: position of the left lower third molar according to the classification of Pell and Gregory, which prevailed was class I 72% type A and type A 46.3%, right Class I 75.6% and type 43.9%. According to the classification of Ezoddini, in the left third molar he presented more frequently absence of contact in 50.0%; and in law, 43.9%. In the left, a higher frequency of Class I and II was obtained according to the classification of Pell and Gregory in men with 37.8% and 14.6%, in the right Class I and II according to the classification of Pell and Gregory prevailed. in women with 40.2% and 14.6%.

CONCLUSIONS: According to the hypothesis test, the research hypothesis is accepted "There is a significant association between the anatomic location of the dental canal and the lower third molars in patients of the Lima Military Central Hospital. According to the classification of Pell and Gregory, class I type A was the most prevalent position for both lower molars. The relation of the Lower Dental Conduit to the lower Third Molars according to the Ezzodini classification, with greater frequency was found absence of contact

KEYWORDS: Lower dental canal, lower third molar, classification of Ezoddini, classification of Pell and Gregory.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMARY.....	V
INDICE.....	VI
INTRODUCCION.....	VIII

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Justificación de la investigación.....	14
1.4. Objetivo General.....	15
1.5. Objetivos específicos.....	15
1.6. Viabilidad de la investigación.....	15

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	34
2.3. Definición de términos.....	46
2.4. Hipótesis.....	48
2.5. Sistema de variables.....	48
2.5.1. Variable de Estudio	48
2.5.2 Variable de Asociación.....	48
2.6. Operacionalización de variables.....	49

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación.....	50
3.1.1. Enfoque.....	50
3.1.2. Alcance o nivel.....	50
3.1.3. Diseño.....	51
3.2. Población y muestra.....	51

3.3.	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validación de instrumentos	53
3.3.1.	Plan de recolección de datos.....	54
3.3.2.	Plan de Tabulación y Análisis.....	54
CAPITULO IV: RESULTADOS		
4.1.	Procesamiento de datos.....	55
4.2.	contrastación de hipótesis.....	63
CAPITULO V: DISCUSIONES..		
5.1.	Contrastación de los resultados.....	75
CONCLUSIONES		79
RECOMENDACIONES		80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		81
ANEXOS		90

INTRODUCCIÓN

El conducto dentario inferior (CDI) es una estructura importante en la mandíbula que permite el recorrido del paquete vásculo nervioso. Su conservación es vital para el normal funcionamiento del sistema estomatognático. Su recorrido inicia a nivel del foramen mandibular, en el límite posterior del tercio medio de la rama ascendente (1), y finaliza en el agujero mentoniano; al corte transversal tiende a ser redondeado. El CDI es el resultado de la osificación de tres procesos óseos durante la vida intrauterina, es por ello que su recorrido se divide regularmente en 4 sectores: el sector de la rama, el sector del ángulo, el sector del cuerpo mandibular y el sector del foramen mentoniano (2,3).

Las investigaciones coinciden en que el CDI se encuentra en mayor porcentaje más cercano a la tabla ósea lingual y al margen inferior de la mandíbula (4,5).

La exodoncia de los terceros molares inferiores mandibulares es uno de los procedimientos más frecuentes realizados por dentistas y cirujanos orales (6,7). Al igual que en otros procedimientos, tiene varios tipos de complicaciones postoperatorias que incluyen edema local, apertura bucal limitada y dolor (8). Sin embargo, el daño temporal o permanente del nervio alveolar inferior (IAN) se considera la complicación más grave, con una incidencia general que oscila entre aproximadamente el 0,4% y el 13,4% (9,10). Los pacientes afectados sufren parestesia o adormecimiento del labio inferior y la barbilla, lo

que lleva a morbilidad y trastornos psicológicos (11). Por lo tanto, es fundamental evaluar con precisión el riesgo de daño de IAN y comunicarse con los pacientes sobre esta complicación desagradable antes de la extracción del diente (12).

El implante dental se ha convertido en uno de los procedimientos más comunes practicados para reemplazar los dientes perdidos. Para la colocación de implantes dentales, la ubicación y evaluación de la proximidad de varias estructuras anatómicas en relación con un sitio quirúrgico planificado desempeñan un papel crucial. Entre estas estructuras, la ubicación del foramen mental, el nervio alveolar inferior (IAN) y su curso deben evaluarse para determinar la altura ósea disponible para la colocación del implante y también para evitar trastornos neurosensoriales (13,14).

Teniendo en cuenta la importancia del deterioro de la IAN en la cirugía del tercer molar, la identificación de los factores de riesgo y la prevención de su aparición son temas candentes de investigaciones intensivas (15,16). Estudios anteriores han revelado que varios parámetros clínicos y anatómicos podrían estar asociados con el daño IAN, incluida la edad, el sexo, los tipos de anestesia, las técnicas quirúrgicas, la experiencia de los cirujanos y la relación anatómica entre el canal alveolar inferior (IAC) y las raíces del tercer (17). En particular, la proximidad anatómica inherente entre las raíces del tercer molar inferior y la IAN podría ser la causa principal y el factor predecible más importante para el deterioro de la IAN después de la extracción de dientes (18).

La importancia de la evaluación prequirúrgica de la relación anatómica entre los terceros molares impactados y la IAC requiere exámenes radiográficos por

medio de radiografías panorámicas, tomografía computarizada (TC) o TC de haz cónico (CBCT) como procedimientos de rutina antes de la cirugía en la clínica. Esta información radiográfica es de gran valor para que los cirujanos evalúen el riesgo de lesión por IAN (19).

La radiografía panorámica es un examen auxiliar de gran utilidad en odontología por su capacidad para reproducir diferentes estructuras óseas anatómicas; entre las cuales se encuentra el CDI (4). Éste se observa como dos líneas radiopacas paralelas que describen una banda radiolúcida dispuesta a ambos lados de la mandíbula, las cuales describen un recorrido oblicuo hacia arriba y adelante inicialmente; luego hacia el ángulo mandibular presenta un camino rectilíneo muy próximo a la tabla ósea lingual para, finalmente, atravesar el espesor de la mandíbula de lingual a vestibular y emerger a través del agujero mentoniano dando la apariencia de una "S" itálica (20). La radiografía panorámica no describe su disposición en sentido transversal (buco-lingual), omitiendo una parte importante para su adecuada orientación espacial. Por tal motivo, la tomografía se constituye en una herramienta fundamental para el estudio, por su exactitud para evaluar altura, ancho y relación espacial en el cuerpo mandibular (13).

Cuando se realizan procedimientos quirúrgicos en la mandíbula, tales como la colocación de implantes orales, osteotomías, distracción osteogénica, reducción de fracturas, exodoncias complejas en especial del tercer molar y biopsias; la posibilidad de producir injurias al paquete vásculo nervioso está latente. El daño sobre éste puede ocasionar parestesia, hemorragias e

infecciones en la región mandibular, complicando los tratamientos y provocando en algunos casos repercusión médico legal (21)

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La mayoría de las complicaciones postoperatorias comunes son leves y reversibles, aunque el daño al nervio alveolar inferior es una de las consecuencias más graves. Las complicaciones postoperatorias, como la inflamación, el trismo y el dolor, no son difíciles de manejar, pero la pérdida funcional de las inervaciones sensoriales del labio inferior puede causar lesiones traumáticas y fibromas, tejido cicatricial y formación de mucocele en la mucosa (22).

La frecuencia de parestesia del nervio alveolar inferior oscila entre el 0,4% y el 8,4% (23), mientras que el riesgo permanente suele ser inferior al 1% (24). Aunque las incidencias de estas complicaciones son bajas, pueden ser graves. Las radiografías panorámicas son la modalidad de imagen más utilizada por los cirujanos orales y maxilofaciales para observar los terceros molares afectados y para estimar el riesgo de lesiones del nervio alveolar inferior (25,26). Se sabe que el riesgo de parestesia del nervio alveolar inferior aumenta dramáticamente cuando hay contacto directo entre el nervio y la raíz del tercer molar (27,28).

Por lo tanto, es importante evaluar la relación topográfica entre el canal mandibular y el tercer molar impactado antes de la operación. Hubo informes (29,30), que mostraron que las siguientes 4 características panorámicas se asociaron significativamente con la exposición del nervio

alveolar inferior después de la extracción del tercer molar: interrupción del canal mandibular, oscurecimiento de la raíz del tercer molar, desviación del canal mandibular y estrechamiento de Raíz del tercer molar (22). Además, muchos estudios informaron que la interrupción del canal mandibular fue la característica panorámica más encontrada que se asoció con el contacto directo entre las dos estructuras, lo que podría ser el riesgo de lesión nerviosa y parestesia (31,32).

La correcta identificación anatómica del conducto dentario inferior, de las estructuras por donde circula el nervio dentario inferior con respecto al tercer molar es esencial cuando es preciso practicar la exeresis de las cordales inferiores incluidos, puesto que la proximidad de ambas estructuras condiciona la posibilidad de lesionar dicho nervio (33).

La erupción del tercer molar, ha sido una preocupación constante para los odontólogos, ya que es causal de numerosas patologías y desordenes oclusales (29). El tercer molar se localiza en la parte más distal de los maxilares, histológicamente tienen su origen en el cordón del segundo molar permanente; aproximadamente a los 3 años, comienza la formación del órgano del esmalte y a los 6 años hacen su aparición la papila y la pared folicular, en tanto, el cierre del folículo y la ruptura del cordón ocurren a continuación (34).

El conducto mandibular, según la descripción de los textos de anatomía, es un conducto único, que se inicia por detrás y ligeramente por debajo de la línula, y se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante generalmente hasta el segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas: una externa

(conducto mentoniano) que termina en el agujero mentoniano y otra interna (conducto incisivo) que termina debajo de los incisivos anteroinferiores. Al examinarlo por secciones puede presentarse con diferentes formas: circular, oval y piriforme. Desde una perspectiva imagineológica, se ha descrito como una cinta radiolúcida entre dos líneas radiopacas (25,29).

1.2 Formulación del problema

1.2.1. PROBLEMA GENERAL.

¿Cuál es la localización Anatómica del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares en el Hospital Militar Central 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

1. ¿Cuáles son las posiciones de las terceras molares según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes adultos atendidos en el Hospital Militar Central 2017?
2. ¿Cuál es la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según la clasificación de Ezzodini?
3. ¿Cuál es la localización del conducto dentario inferior en pacientes con retrognatismo y prognatismo?
4. ¿Cuál es la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según edad y sexo?
5. ¿Cuál es la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según arcada?

1.3 Justificación de la investigación

Teórica

El Perú existen pocos estudios consignados a conocer la relación entre el conducto dentario y terceras molares. Es importante el conocimiento acerca de las diversas anomalías y variaciones que van a presentar estas estructuras para así no poder causar alteraciones en tratamientos.

La investigación es relevante en sí misma, en la medida que los resultados obtenidos puedan ser comunicados para que en base a ellos se pueda tener en cuenta la relación del nervio dentario inferior y la tercera molar inferior, en términos de utilidad científica para la intervención quirúrgica la zona de las terceras molares inferiores.

Práctica

Por todos estos factores es necesario conocer las estructuras antes mencionadas para así saber realizar un tratamiento del interferir con otras estructuras aledañas.

El estudio presenta una justificación clínica debido a que contribuirá con el cirujano dentista y al especialista en cirugía bucal y maxilofacial y a los estudiantes de odontología en poder proyectar la posibilidad de daño al nervio dentario inferior durante la extracción de las terceras molares inferiores, ya que de acuerdo a los datos obtenidos en la evaluación de la relación entre la posición de la tercera molar y la relación con el nervio dentario inferior en una radiografía panorámica se puede predecir el riesgo del acto quirúrgico que involucra dicha cirugía y de acuerdo a las características morfológicas que presentan los adultos de la ciudad de Lima.

Metodología

Este estudio ayudara a futuros profesionales para mayor referencia en sus estudios e investigaciones que realizaran en la región Lima.

1.4 Objetivo General

Asociar la localización Anatómica del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares en el Hospital Militar Central 2017

1.5. Objetivos Específicos

1. Determinar las posiciones de las terceras molares según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes adultos atendidos en el Hospital Militar Central 2017
2. Identificar la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según la clasificación de Ezzodini.
3. Relacionar del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según edad y sexo.
4. Relacionar del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según arcada.

1.5 Viabilidad de la investigación

Técnico

Se cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

Operativo

Se cuenta con materiales que involucra el estudio, para la operación del proyecto.

Económico

Para la ejecución del estudio se cuenta con los recursos económicos necesarios para llevarla a cabo, el cual será financiado en su totalidad por la investigadora.

Por lo tanto el presente estudio es viable al disponer de recursos humanos, económicos y materiales suficientes para la realización de la investigación.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

INTERNACIONALES:

Wang D, Lin T, Wang Y, Sun C, Yang L, Jiang H, et al. China 2018. “Características radiológicas de la relación anatómica entre el tercer molar impactado y el canal alveolar inferior en las imágenes de CBCT coronal: factores de riesgo de lesión nerviosa después de la extracción dental”. OBJETIVO: identificar los signos radiológicos entre la raíz del tercer molar impactado y el canal alveolar inferior (IAC) en las imágenes de TC de haz cónico (CBCT) como factores de riesgo y predictores de pronóstico asociados con el daño del nervio alveolar inferior (IAN) después de la extracción del diente. MATERIAL Y MÉTODOS: Un estudio clínico retrospectivo se realizó la participación de 136 pacientes con 257 impactadas inferiores tercerosmolares de enero de 2013 y diciembre de 2014. La función neurosensorial de la inferior del labio y el mentón se evaluó y se evaluó mediante pruebas neurosensoriales antes y después de la cirugía subjetivamente. Los datos de CBCT preoperatorios se recuperaron y analizaron para identificar los signos radiográficos asociados con la lesión IAN postoperatoria. RESULTADOS: La incidencia global de lesión IAN en nuestra cohorte de pacientes fue del 13,2%. Se encontró que las múltiples características radiográficas en las imágenes de CBCT coronal, incluido el contacto entre IAC y raíz, la posición de IAC con respecto a la raíz, la forma de IAC y el estado de corticación se asociaron significativamente con el daño de IAN

($p < 0.05$, prueba de χ^2). Además, la posición bucolingual, la forma de lágrima / mancuerna y el estado de corticación de la IAC se identificaron como predictores pronósticos independientes para el daño de la IAN. CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos indican que los signos radiográficos que incluyen el contacto directo entre la IAC y la raíz, la posición bucal / lingual de la IAC en relación con la raíz, la forma de lágrima / mancuerna y la ausencia de corticación de la IAC en las imágenes de CBCT prequirúrgicas se asocian con un alto riesgo de lesión por IAN y una perturbación neurosensorial postoperatoria (35).

Kavarthapu A, Thamaraiselvan M. India 2018. “Evaluación de la variación en el curso y la posición del nervio alveolar inferior entre la población del sur de la India: estudio tomográfico computarizado de haz cónico”. OBJETIVO: evaluar el curso y la posición de la IAN en relación con la cresta alveolar, el hueso cortical bucal, el hueso cortical lingual y el borde inferior de la mandíbula utilizando CBCT en la población del sur de la India. MATERIALES Y MÉTODOS: Un total de 139 exploraciones de CBCT se evaluaron mediante la sección sagital realizada en cada intervalo de 5 mm comenzando 1 mm posterior al foramen mental que se extiende hasta el borde anterior de la rama. Las mediciones se realizaron en imágenes seccionales como CN: cresta alveolar al nervio, BN: córtex bucal al nervio, LN: córtex lingual al nervio e IN: borde inferior al nervio. RESULTADOS: La IAN mostró un patrón ondulado desde la parte posterior a la anterior en relación con la cresta alveolar y se posicionó en una posición inferior en los machos en comparación con las hembras en la Sección uno de CN1 ($P = 0.004$). IAN estaba más lejos de la corteza

lingual en el grupo dentuloso en comparación con el grupo dentículo parcial ($P= 0.003$). Las hembras mostraron más hueso presente lingual al nervio cerca de la primera región molar. El género y la presencia o ausencia de dentición influyeron en los resultados generales. **CONCLUSIÓN:** Existe una variación considerable en la posición de la IAN a lo largo de su curso en la mandíbula. A partir de ahora, las imágenes diagnósticas avanzadas, como la CBCT, deben recomendarse enérgicamente al evaluar la posición de la IAN antes de la intervención quirúrgica avanzada con implantes, el reposicionamiento de nervios y cualquier otro procedimiento quirúrgico (36).

Tantanapornkul W, Mavin D, Prapaiphittayakun J, Phipatboonyarat N, Julphantong W, et al. Tailandia 2016. “Exactitud de la radiografía panorámica en la evaluación de la relación entre el canal mandibular y los terceros molares impactados”. **OBJETIVOS:** Para evaluar la precisión de los hallazgos radiográficos panorámicos en la predicción del contacto directo entre el canal mandibular y los terceros molares impactados en imágenes digitales en 3D, y definir el criterio panorámico para predecir el contacto directo entre las dos estructuras. **MÉTODOS:** Dos observadores examinaron radiografías panorámicas de 178 pacientes (256 terceros molares mandibulares impactados). Los hallazgos panorámicos de la interrupción de la pared del canal mandibular, aislados o con oscurecimiento de la raíz del tercer molar, la desviación del canal mandibular y el estrechamiento de la raíz del tercer molar se evaluaron para la radiografía digital 3D. El contacto directo entre el canal mandibular y los terceros molares impactados en imágenes digitales 3D se correlacionó con los hallazgos panorámicos. El criterio panorámico también se definió

para predecir el contacto directo entre las dos estructuras. RESULTADOS: Los hallazgos panorámicos de la interrupción de la pared del canal mandibular, aislados o con oscurecimiento de la raíz del tercer molar se correlacionaron estadísticamente de manera significativa con el contacto directo entre el canal mandibular y los terceros molares impactados en imágenes digitales 3D ($p < 0,005$), y se definieron como criterios panorámicos para predecir Contacto entre las dos estructuras. CONCLUSIÓN: La interrupción de la pared del canal mandibular, aislada o con el oscurecimiento de la raíz del tercer molar observada en las radiografías panorámicas fue eficaz para predecir el contacto directo entre el canal mandibular y los terceros molares impactados en imágenes digitales en 3D. La radiografía panorámica es una de las herramientas de diagnóstico eficientes para la evaluación preoperatoria de los terceros molares mandibulares impactados (37).

Huang C, Liao Y. Taiwan 2016. “Posición anatómica del canal mandibular en relación con el hueso cortical bucal en pacientes chinos con diferentes relaciones dentofaciales”. OBJETIVO: determinar la posición del canal mandibular en relación con el hueso cortical bucal en pacientes chinos con tres relaciones dentofaciales: dentición normal, retrognatismo y prognatismo. MÉTODOS: Se revisaron la tomografía computarizada de haz cónico y los cefalogramas laterales de pacientes con dentación normal, retrognatismo y prognatismo ($n = 32$ cada grupo). Se registraron las medidas de la distancia más corta desde el borde externo / bucal del canal mandibular hasta la superficie interna de la corteza bucal, y

la distancia desde la lingula de la rama hasta la raíz dorsal del primer molar. RESULTADOS: No se observaron diferencias significativas entre los tres grupos en la distribución de contacto o fusión del canal mandibular, o en el curso del canal mandibular en el lado derecho o izquierdo. Cuando la distancia más corta en la lingula en el lado izquierdo era > 2.1 mm, no se observaron casos de contacto o fusión. En el lado derecho, el 100% de los pacientes no tenían contacto o fusión cuando la distancia más corta era > 2.7 mm en la lingula. CONCLUSIÓN: La distancia más corta desde el borde externo / bucal del canal mandibular a la superficie interna de la corteza bucal medida en la lingula puede predecir el contacto o la fusión. Durante la osteotomía sagital en rama ramus, se debe tener mucho cuidado en el punto intermedio entre la lingula y el borde anterior de la rama donde el nervio alveolar inferior es el más cercano al hueso cortical (38).

Kim H, Lee J. Corea 2014. “Análisis y evaluación de las posiciones relativas de los impactos del tercer molar mandibular y del canal mandibular”. OBJETIVO: Este estudio utilizó imágenes de tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) para categorizar las relaciones entre el canal mandibular y las raíces e investigó la prevalencia del daño nervioso. MATERIALES Y MÉTODOS: A través de imágenes CBCT, se investigaron el contacto y las relaciones posicionales tridimensionales entre las raíces del tercer molar mandibular y el canal mandibular. Con estos datos, se estudió la prevalencia del daño nervioso según la presencia de contacto y las relaciones posicionales tridimensionales. También se investigaron otros factores que afectaron la prevalencia de daño nervioso.

RESULTADOS: Cuando se demostró que el tercer molar mandibular y el canal mandibular tenían contacto directo en las imágenes CBCT, la prevalencia de daño nervioso era mayor que en otros casos. Además, en los casos en que el canal mandibular era horizontalmente lingual al tercer molar mandibular y el canal mandibular estaba verticalmente al nivel cervical del tercer molar mandibular, la prevalencia de daño nervioso era mayor que en casos opuestos. El porcentaje de contacto del canal mandibular con las raíces del tercer molar mandibular fue mayor cuando el canal mandibular era horizontal lingual al tercer molar mandibular. Finalmente, la prevalencia de daño nervioso fue mayor cuando el diámetro de la luz del canal mandibular disminuyó repentinamente en el área de contacto entre el canal mandibular y las raíces, como se muestra en las imágenes de CBCT. CONCLUSIÓN: La relación tridimensional del tercer molar mandibular y el canal mandibular puede ayudar a predecir el daño nervioso y puede guiar las expectativas del paciente sobre la posibilidad y el alcance del daño nervioso (39).

Bareiro F, Duarte L. itagua. 2012. “Posición más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá hasta el año 2012”. OBJETIVO: determinar la posición radiográfica más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior. METODOLOGIA: estudio observacional descriptivo temporalmente retrospectivo con componente analítico. Fueron analizadas radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al Hospital en un periodo de

tiempo, teniendo en cuenta la edad y el género. RESULTADOS: Ingresaron al estudio 138 casos en donde, según la clasificación de Winter, tanto el lado derecho como el izquierdo mandibular presentaron mayor predominancia por la posición mesioangular (56,5%) (58%) respectivamente. Según la clasificación de Pell-Gregory, se constató que tanto para el tercer molar inferior derecho (50,7%) como para el tercer molar inferior izquierdo (58,7%) predominó la clase II. El tipo más frecuente para el lado izquierdo fue el Tipo A con un 50,7% y para el lado derecho el Tipo B con un 50,7%. En cuanto a la relación anatómica con el conducto dentario inferior, se observó que las las posiciones vertical y mesioangular ambas con 8% guardan mayor relación. Así mismo se constató que el 39,1% de los terceros molares inferiores, cualquiera sea el lado, se encontraban en posición cercana. El lado derecho con 17,4% presentó mayor relacionamiento con el conducto. CONCLUSIÓN: La franja etárea comprendida entre 18 y 25 años acumuló mayor porcentaje de inclusión, siendo también el sexo femenino el porcentaje mayor. En ambos géneros predominó la posición mesioangular, siendo en mayor proporción para el lado izquierdo. La posición vertical y mesioangular fueron observadas con mayor frecuencia en relación con el conducto dentario inferior (40).

Yoshioka I, Tanaka T, Khanal A, Habu M, Kito S, Kodama M, et al. China 2010. “Relación entre la posición del canal del nervio alveolar inferior en el segundo molar mandibular en pacientes con prognatismo y posible aparición de trastorno neurosensorio después de una osteotomía sagital de rama dividida”. OBJETIVO: evaluó la diferencia en la posición anatómica de la IAN entre pacientes con y sin

prognatismo mandibular. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Se tomaron imágenes de tomografía computarizada de 28 pacientes con prognatismo mandibular y 30 sin prognatismo. En estas exploraciones, se identificaron las IAN de la región del segundo molar mandibular al foramen mandibular en la rama mandibular. El presente estudio fue diseñado como un estudio transversal. La distancia desde el aspecto bucal del canal IAN al margen cortical bucal externo de la mandíbula en las regiones molares del segundo mandibular se midió en las imágenes de tomografía computarizada. Además, se calculó la distancia lineal entre el aspecto superior del canal IAN y la cresta alveolar en estas regiones. Además, investigamos la presencia o ausencia de contacto entre el canal de la IAN y el margen cortical bucal interno de la mandíbula desde el segundo molar inferior hasta el foramen inferior en la rama mandibular. Siguiendo, **RESULTADOS:** Se encontró una diferencia significativa en la aparición de trastornos neurosensoriales de la IAN después de la SSRO entre hombres y mujeres (prueba χ^2 (2), $p < 0,05$). Para la distancia desde el aspecto bucal del canal IAN al margen cortical bucal externo de la mandíbula en la región del segundo molar mandibular, se encontró una diferencia significativa entre los grupos con y sin alteraciones neurosensoriales (prueba de la t de Student, $p < 0,01$). Cuanto más corta sea la distancia desde el aspecto bucal del canal de la IAN al margen cortical bucal externo, más frecuente es la aparición de alteraciones neurosensoriales de la IAN. **CONCLUSIONES:** Los resultados actuales han demostrado que el sexo y la posición anatómica del canal de la IAN en el segundo molar mandibular están significativamente relacionados con la aparición de alteraciones

neurosensoriales de la IAN después de la SSRO. Por lo tanto, los cirujanos deben informar claramente a los pacientes sobre el aumento de la posibilidad de trastornos neurosensoriales después de la SSRO cuando los pacientes son mujeres y se encuentra que tienen una distancia más corta desde el aspecto bucal del canal IAN al margen cortical bucal externo (41).

Nakamori K, Fujiwara K, Miyazaki A, Tomihara K, Tsuji M, Nakai M , et al. Japón 2008. “Evaluación clínica de la relación entre el tercer molar y el canal alveolar inferior mediante imágenes panorámicas y tomografía computada”. OBJETIVOS: Predecir la relación entre los terceros molares inferiores y el canal alveolar inferior (IAC) a partir de radiografías panorámicas, y establecer criterios para el uso de la tomografía computarizada (TC). MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con 443 pacientes (695 dientes). Las variables predictoras fueron la distancia entre el tercer molar y el IAC, y los hallazgos de acuerdo con los criterios de Rood. Las variables de resultado fueron la ausencia de corticación entre el tercer molar y el IAC en la imagen de TC, y la lesión del nervio alveolar inferior (IAN). Se realizó un análisis estadístico para evaluar la relación entre el predictor y las variables de resultado. RESULTADOS: Todos los pacientes tenían radiografías panorámicas preoperatorias y 71 pacientes (119 dientes) también tenían imágenes de TC. En la exploración por TC, 48 dientes (40,3%) mostraron ausencia de corticación. La lesión de la IAN se informó en 7 casos (1,0%), 5 de los cuales mostraron ausencia de corticación; Los 2 restantes no tuvieron tomografías computarizadas. Cinco de los 48 casos que mostraron

ausencia de corticación exhibieron lesión por IAN, y ninguno de los casos con corticación exhibió lesión por IAN. En las imágenes panorámicas, los siguientes signos estaban fuertemente correlacionados con la ausencia de corticación: una relación superpuesta entre el tercer molar y el IAC; oscuridad de la raíz; y desvío y estrechamiento del IAC. **CONCLUSIÓN:** La presencia de los criterios de Rood fue un factor predictivo de una relación de contacto entre el tercer molar y el IAC, y una indicación para el examen de TC. Sin embargo, una relación superpuesta y la ausencia de los criterios de Rood no necesariamente significaban una relación separada entre el tercer molar y el IAC (42).

Ma J, Lu L, Song C . China 2008. “La posición y el curso del canal mandibular a través de la rama mandibular en pacientes con prognatismo”. **OBJETIVO:** Investigar la posición y el curso del canal mandibular a través de la rama mandibular en pacientes con prognatismo mediante tomografía computarizada, y relacionar los hallazgos con la osteotomía sagital de rama dividida, y también describir la variabilidad anatómica del canal mandibular para reducir las lesiones Nervio alveolar inferior. **MÉTODOS:** Las mandíbulas de 45 pacientes con prognatismo de clase III esquelético sometidos a osteotomía de rama sagital se examinaron mediante tomografía computarizada en espiral. La región desde un plano que contiene el punto más bajo del foramen mandibular (plano base 0) hasta 25 mm por debajo de ella se midió con una distancia de 5 mm en cada plano. Se midieron los siguientes parámetros: grosor total de la mandíbula a través del centro del canal mandibular, grosor de la placa cortical bucal y lingual, y porción más estrecha del espacio de la médula

ósea entre el canal mandibular externo y la corteza bucal y lingual. Todas las mediciones se analizaron con el paquete de software SPSS 13.0. RESULTADOS: El grosor de la mandíbula aumentó de la forma mandibular al cuerpo mandibular, no hubo diferencia estadística entre los sitios con respecto al diámetro interno del canal mandibular ($F = 1.044$, $P = 0.391$). El ancho del espacio de la médula ósea en el lado bucal fue significativamente diferente entre el plano 3,4 y el plano 0, y los anchos medidos en el lado lingual aumentaron significativamente. El ancho del espacio de la médula ósea del lado bucal en cada sitio podría clasificarse en tres tipos, el tipo separado fue el más frecuente en este estudio ($n = 391$ de $456,85.5\%$), el tipo de contacto y de fusión fueron 12.71% y 1.54% respectivamente. No hubo diferencia significativa entre el lado izquierdo y el derecho. CONCLUSIÓN: En promedio, el canal mandibular está situado más lingualmente en todos los sitios, y el ancho del espacio de la médula ósea en el lado bucal es más estrecho a $15-20$ mm por debajo del foramen mandibular. Cuando el ancho del espacio medular en el lado bucal está ausente, especialmente en el tipo de fusión, se sugiere seleccionar otro procedimiento en lugar de una osteotomía de rama dividida sagital (43).

Meniz C. Madrid 2004. “El diagnóstico por imagen en la prevención de las lesiones del nervio dentario en la cirugía del tercer molar Estudio descriptivo-comparativo entre la ortopantomografía y la tomografía transversal”. OBJETIVO: determinar El diagnóstico por imagen en la prevención de las lesiones del nervio dentario en la cirugía del tercer molar Estudio descriptivo-comparativo entre la

ortopantomografía y la tomografía transversal. METODOLOGIA: Para el desarrollo de nuestro trabajo se utilizaron, en una primera fase, 480, mandíbulas desecadas sobre las que se detectaron 50 casos que reunían los criterios de inclusión establecidos. En una segunda fase, se seleccionaron 112 casos sobre 532 pacientes que fueron remitidos para ser intervenidos por presentar retención de terceros molares inferiores. En ambas fases, se analizaron, entre otros, aspectos anatómicos del conducto dentario, así como una serie de signos radiológicos a nivel dentario y del conducto. En cuanto a la visualización radiológica del conducto, la radiografía panorámica ofreció una visión aceptable, que pudo complementarse en un alto porcentaje con la utilización de cortes tomográficos. Los signos radiológicos que presuponían un íntimo contacto entre el tercer molar y el conducto dentario fueron fundamentalmente el oscurecimiento de la raíz y la pérdida de corticación del conducto. RESULTADOS: podemos establecer que uno de los métodos diagnósticos más adecuados para la prevención de las lesiones del nervio dentario inferior durante las intervenciones de los terceros molares, será la utilización conjunta de la ortopantomografía junto a la tomografía transversal, lo que nos ofrecerá una imagen tridimensional. CONCLUSIÓN: El análisis de resultados permitió determinar que no existen diferencias significativas entre ambas muestras objeto de estudio. Anatómicamente, el conducto dentario resulto ser de mayores dimensiones en los varones, a la vez que en estos los terceros molares más frecuentemente encontrados fueron los horizontales, siendo en el caso de las mujeres los verticales (44).

NACIONAL:

Yepez M. Cusco Perú. 2016. “Posición del canal mandibular y de terceras molares mandibulares según las clasificaciones Ezoddini y

Pell-Gregory, centro radiológico Ceres-cusco. 2016”. OBJETIVO:

Determinar la posición del canal mandibular y la posición de las terceras molares mandibulares según las clasificaciones Pell Gregory y Ezoddini en ortopantomografías del Centro Radiológico CERES, Cusco, 2016.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron 207 ortopantomografías que presentaron las dos terceras molares inferiores con las raíces completas, donde se utilizó la clasificación de Pell-Gregory para estudiar la posición de las terceras molares y la clasificación de Ezoddini para estudiar la posición del canal mandibular, y en donde RESULTADOS: según Pell-

Gregory, tanto el lado derecho como el izquierdo mandibular presentaron mayor predominancia de la clase I posición A (48.3%) y (42%) respectivamente. Asimismo, el sexo femenino es el que predomina en esta posición (26.8%). Según Ezoddini, el contacto entre la raíz de la tercera molar y el canal mandibular es el más predominante en el lado derecho (35.7%) y en el izquierdo la raíz de la tercera molar proyectada sobre el canal mandibular (36.2%), la cual también predomina en el sexo femenino (23.4%), existiendo una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la posición del canal mandibular según la clasificación de Ezoddini. CONCLUSIONES: Existe una relación estadísticamente significativa entre ambas clasificaciones donde se observa que la

ausencia de contacto entre las raíces de las terceras molares presentaron mayor relacionamiento con la posición IAN (45).

Hospinal M. Lima Perú 2016. “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”. OBJETIVO:

Determinar la 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. MATERIALES y METODOS:

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo.

Se evaluó un total de 301 terceras molares inferiores de pacientes atendidos en el Instituto de Diagnostico Maxilofacial, las cuales fueron observadas mediante radiografía panorámica y tomografía

computarizada. RESULTADOS: Se encontró con mayor frecuencia que había 125 molares que estaban en no contacto con el canal mandibular (41.5%). Asimismo, al estudio tomográfico se encontró que había alta

frecuencia de molares hacia inferior del canal mandibular (69.77%). Por otro lado, se encontró que existe asociación estadísticamente significativa al determinar la asociación del canal mandibular con las terceras molares

en una radiografía panorámica y tomografía computarizada ($p=0.000$).

CONCLUSION: Existe asociación al evaluar el canal mandibular con las terceras molares mediante radiografía panorámica y tomografía computarizada de haz cónico. Sin embargo, aquellos que presenten

contacto del canal con las terceras molares deben ser considerados pacientes con alto riesgo de lesión del nervio (46).

Linares A. Arequipa Perú 2015. “Distancia del canal de nervio dentario inferior con respecto a los ápices de los primeros molares inferiores por tomografía computarizada Cone Beam Arequipa-2015”.

OBJETIVO: Establecer la distancia del conducto del nervio dentario inferior con respecto a los ápices de las raíces mesiales y distales de los primeros molares inferiores mediante la Tomografía Computarizada Cone Beam. METODOLOGÍA: La investigación la realizamos haciendo la revisión de 50 Tomografías Computarizadas, proporcionadas por el Centro de Imagenología CIMAX; de las cuales 26 fueron aptas para la investigación por los criterios de inclusión y exclusión. Es así que se trabajó realizando diferentes mediciones entre los ápices mesiales y distales de los primeros molares inferiores mediante el programa computarizado Sirona; siendo factible la investigación porque se contó con la amplia colaboración de las instalaciones del Centro de Imagenología CIMAX. RESULTADOS: La distancia del ápice mesial presenta una diferencia significativa en comparación al ápice distal con respecto al CDI. $p=0.02111$, La distancia del ápice mesial presenta una diferencia significativa en comparación al ápice distal con respecto al CDI. $p=0.01394$ La distancia del ápice mesial de la pieza 3.6 no presenta una diferencia estadística significativa en comparación al ápice mesial de la pieza 4.6 con respecto al CDI. $p=0.5720$ Luego de haber realizado el presente trabajo, se abrieron muchas puertas para seguir investigando y

se llegó a la CONCLUSIÓN: que la proximidad entre la ubicación de los ápices mesiales y distales de las raíces del primer molar inferior es estrecha al conducto dentario inferior, con un promedio de 6.95mm en el ápice mesial y 5.85mm en el ápice distal. Por lo tanto es recomendable difundir los resultados obtenidos en ésta investigación ya que son de mucha importancia para el Cirujano Dentista y así mismo recomendar a los Docentes dar mayor información sobre el uso de Tomografías y sus beneficios en favor de los diagnósticos (47).

Herrera K. Lima Perú (2010) “Prevalencia de terceras Molares Mandibulares Retenidas Atendidas En El Centro Quirúrgico De La Clínica Especializada En Odontología De La Universidad San Martin De Porres Realizadas Entre El Año 2005 – 2009”. OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la posición de las terceras molares inferiores retenidas en los pacientes atendidos en el Centro Quirúrgico de la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad San Martín de Porres realizadas entre el año 2005 – 2009 METODOLOGÍA: La muestra estuvo constituida por 80 radiografías panorámicas o periápicales, localizadas en las historias clínicas de pacientes atendidos en el centro quirúrgico de la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad San Martín de Porres entre el año 2005 - 2009. Para el registro de los datos, se procedió a la fotografía de las radiografías para posteriormente determinar el tipo de posición según la clasificación según Winter; este dato, más el sexo, edad y número de pieza dentaria fueron considerados como variables de

nuestra investigación. RESULTADOS: Nuestros resultados demostraron que las terceras molares retenidas en la mandíbula según la clasificación de Winter se dan básicamente en tres posiciones, mesioangular, horizontal y vertical. CONCLUSIÓN: Se concluyó que la posición según la Clasificación de Winter la posición mesioangular es la más frecuente y que la edad, sexo y número de la pieza dentaria no tiene influencia sobre esta posición (48).

Pilcon O. Lima Perú. 2015 “Variantes de Posición del Nervio Dentario Inferior – Ápice de las molares mediante estudio tomográfico Cone Beam en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2012 – 2014”. OBJETIVO: determinar las Variantes de Posición del Nervio Dentario Inferior – Ápice de las molares mediante estudio tomográfico Cone Beam en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2012 – 2014. METODOLOGIA: Siendo el estudio identificar las variantes de la posición del nervio dentario inferior en relación a los ápices de los molares mediante estudio tomográfico cone beam; se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Salud del Niño a los servicios de Cirugía Oral y Máxilo Facial en edades que oscilan entre 15 y 17 años, registrados desde enero 2012 hasta julio del 2014, se seleccionó 30 pacientes por el método probabilístico de muestreo por cuotas. RESULTADOS: de 30 tomografías revisadas (59 hemiarquadas), fueron: _ 24 hemiarquadas presentan posición vestibular, lo que representa el 40,7%; _ 16 hemiarquadas presentan posición apical, lo

que representa 27,1% _ 19 hemiarcadas presentan posición lingual, lo que representa 32,2%. La variante de posición del nervio dentario inferior – ápice de los molares más prevalente es la posición vestibular con un 40,7% del total de muestras. CONCLUSIONES: nuestra conclusión nos lleva a conocer que la posición del nervio dentario inferior es más prevalente hacia vestibular 40.7% (49).

REGIONAL:

No se encontraron investigaciones a nivel regional

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

Anatomía de la Mandíbula

La mandíbula es un elemento óseo móvil del craneal, situado en la parte inferior. Que consta de un cuerpo y dos ramas. Presenta la cara anterior convexa, la posterior cóncava y los bordes inferior y superior o alveolar. La sínfisis mandibular localizada en la cara anterior y en la línea media representa la huella de la fusión de las piezas laterales que integran la mandíbula (12).

El foramen mentoniano se encuentra equidistante a los dos bordes mandibulares y localizados en una vertical que pasa entre los dos premolares o en uno de éstos, dando paso a vasos y nervios. Las cuatro apófisis geni o espinas mentonianas (dos superiores y dos inferiores) se

localizan en la cara posterior y sirven de inserción a los músculos genioglosos y geniohioideos. La línea milohioidea, localizada también en la cara posterior, sirve de inserción al músculo que lleva su nombre y termina en la rama. Por encima y por debajo de esta línea se encuentran las fositas sublingual y submandibular respectivamente que alojan a las glándulas salivares. El borde alveolar muestra cavidades excavadas para las raíces de los dientes (alvéolos). El borde inferior contiene a la fosa digástrica, ligeramente lateral a la línea media en donde se inserta el vientre anterior del músculo digástrico. El ángulo mandibular está formado por las ramas y el cuerpo de la mandíbula (50).

Las ramas son rectangulares y alargadas, tienen dos caras, una lateral y otra medial, además de cuatro bordes. En las caras existen superficies rugosas para la inserción de los músculos pterigoideo medial y masetero. Respectivamente cada rama asciende verticalmente desde la cara posterior del cuerpo y termina para dar lugar al cóndilo (de forma elíptica) con su eje mayor orientado transversalmente. Éste presenta una fosita rugosa en donde se inserta el músculo pterigoideo lateral. La apófisis coronoides tiene forma triangular y sirve de inserción al músculo temporal. La escotadura sigmoidea es ancha, profunda, cóncava y establece comunicación entre la región pterigoidea y la maseterina, dando paso a vasos y nervios maseterinos (51).

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR

Es un conducto único, que se inicia por detrás y ligeramente por debajo de la línula, y se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante

generalmente hasta el segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas: una externa (conducto mentoniano) que termina en el agujero mentoniano y otra interna (conducto incisivo) que termina debajo de los incisivos antero inferiores (31).

Al examinarlo por secciones puede presentarse con diferentes formas: circular, oval y piriforme. Desde una perspectiva imaginológica, se ha descrito como una cinta radiolúcida entre dos líneas radiopacas. Embriológicamente, el conducto mandibular inferior se forma a partir del primer arco branquial. Los arcos branquiales aparecen entre la cuarta y quinta semana del desarrollo intrauterino (17).

El cartílago del primer arco branquial está formado por una porción dorsal llamada proceso maxilar, que se extiende hacia adelante debajo de la región correspondiente al ojo, y una porción ventral, el proceso mandibular o cartílago de Meckel. En el curso del desarrollo, ambos procesos, el maxilar y el cartílago de Meckel, experimentan regresión y desaparecen. El mesénquima del proceso maxilar dará origen más tarde al premaxilar, maxilar, hueso cigomático y parte del hueso temporal por osificación membranosa (5).

El maxilar inferior se forma de manera análoga por osificación membranosa del tejido mesenquimático que rodea al cartílago de Meckel. Una pequeña porción del cartílago de Meckel experimenta transformación fibrosa (50).

Algunos anatomistas han descrito en el feto y el niño pequeño, que el maxilar inferior está recorrido por otro conducto, llamado conducto de Serres, subyacente al conducto mandibular. El de Serres solo contiene vasos sanguíneos. Desde el nacimiento tiende a obliterarse y a desaparecer muy pronto. Sin embargo, se encuentra a veces en el adulto su orificio posterior por debajo y por detrás del orificio del conducto dentario inferior y su orificio anterior situado por delante del agujero mentoniano. Otros investigadores han descrito la formación prenatal del conducto mandibular (52).

Carter & Keen describen tres tipos de posición del conducto dentario inferior, Tipo I: el conducto dentario inferior situado muy cerca de las raíces dentarias; Tipo II: el conducto dentario inferior está situado inferior a las raíces de los molares mandibulares, las conexiones del conducto dentario inferior con las raíces dentarias son, por lo tanto, más largas y oblicuas; Tipo III: el conducto dentario inferior se encuentra más posterior e inferior que en los tipos anteriores. Estos autores además, indican que el Tipo I, es mucho más común que los Tipos II y III, en una relación de 75% el Tipo I, un 12.5% para el Tipo II y 12.5% el Tipo III (53).

NERVIO DENTARIO INFERIOR

Está situado en sus inicios entre el músculo pterigoideo externo por fuera y la aponeurosis interpterigoidea por dentro, envuelto en un manguito celulo-grasoso que lo rodea totalmente desde su origen hasta un centímetro por encima de la espina Spix. Se dirige luego hacia abajo

y afuera describiendo una curva descendente de concavidad anterosuperior; la arteria maxilar interna la cruza en forma superficial, mientras que el nervio lingual y la cuerda del tímpano se hallan por delante y adentro del nervio, respectivamente. Se desliza más abajo entre la aponeurosis interptergoidea con el músculo pterigoideo interno que están por dentro y la rama ascendente de la mandíbula por fuera, entrando con la arteria dentaria en el conducto mandibular o canal dentario inferior (50).

El nervio está situado detrás de sus vasos y por fuera del nervio lingual y sigue una trayectoria hacia adelante terminando en la zona de los premolares en donde emerge a través del agujero mentoniano para dar origen al nervio mentoniano, pero antes inerva los dientes mandibulares a través de los filetes dentarios o alveolares; en su trayecto anterior al nervio mentoniano se expande en un ramillete de filetes cubiertos por el músculo cuadrado del mentón e inerva las partes blandas de la región mentoniana; piel y mucosa labial, glándulas, labiales y surco gingivolabial inferior de la zona. El nervio incisivo que se distribuye en la región del mentón, origina filetes dentarios para los incisivos y caninos inferiores; filetes óseos destinado a los alvéolos correspondientes y al periodonto, y filetes gingivales. Por observaciones clínicas, se sospecha que el nervio incisivo cruza la línea media y se anastomosa con el del lado opuesto (54).

2.2.2 TERCERAS MOLARES

Definición

Es el órgano terminal de la serie dentaria. Tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de formas, tamaño, disposición y anomalías (55).

Las muelas del juicio, cordales o terceros molares son el tercer molar, que suele aparecer a las edades entre 16 y 25 años (20), pudiendo incluso no hacerlo nunca, aunque pueden aparecer a edades más tempranas o mucho más adelante. En algunas ocasiones no erupcionan las cuatro muelas, erupcionando solo algunas de ellas.

Se llaman muelas del juicio ya que a la edad en que aparecen las personas tienen un juicio más desarrollado y completo que cuando aparece el resto de la dentición definitiva (39).

Existen cuatro muelas cordales, una por cada cuadrante bucal, y se sitúan en la última posición de la línea de la dentadura, al fondo de la boca. Las muelas del juicio suelen afectar a otros dientes al desarrollarse, empujándolos o saliendo "torcidos" (45)

Su anatomía varía mucho, puede tener entre una y cuatro raíces y entre uno y seis conductos y puede tener conductos en forma de C. Puede estar significativamente inclinado en sentido distal y/o vestibular lo que crea un problema aún mayor para el acceso comparado con el segundo molar. Cuando esto ocurre se suelen extraer (22).

La corona del tercer molar inferior presenta una variedad de forma, tamaño y estado. La corona puede ser normal, pequeña o grande; con un número normal de cúspides o ser tri, tetra o multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales. Ningún molar tiene características parecidas a las que presenta el tercer molar inferior, en lo que respecta a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces. En su conjunto, las raíces del tercer molar inferior pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario. Dentro de este cono se dibujan todas las presentaciones posibles de las raíces del tercer molar, excepción hecha de las dirigidas en el sentido de sus nombres y las raíces divergentes. Por lo general este tercer molar es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida, es aplastada en sentido mesiodistal, y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la raíz mesial. Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular. En muchas ocasiones la bifidez de la raíz mesial hace al molar trirradicular; en otros casos raíces supernumerarias, con enanismo o gigantismo, se acoplan a cualquiera de las raíces. Puede asimismo haber molares con sus raíces fusionadas (disposición cónica), pudiendo ser variable el número de conductos radiculares (55).

Región del Tercer Molar Mandibular

Se sitúa en la unión de la rama ascendente con el cuerpo de la mandíbula. En cuanto a sus relaciones: Por delante, el segundo molar y el hueso que la separa del tercero. Este hueso, cuando se trata de un tercer molar erupcionado, tiene la forma de una pirámide de base inferior, y cuyo vértice suele estar truncado (27). Por detrás, se sitúa el denominado hueso distal al que se adscribe la forma de una pirámide truncada. Realmente se trata de un área ósea mayor o menor que queda comprendida entre la cara distal del tercer molar y la rama ascendente de la mandíbula. Por fuera, el tercer molar inferior está limitado por la cortical externa de la mandíbula, engrosada a este nivel por la línea oblicua externa lo que hace que el hueso bucal del tercer molar, en numerosas ocasiones, tenga un grosor considerable. Por dentro, el tercer molar inferior está separado de la cavidad bucal y del suelo de la boca por la cortical interna, o hueso lingual del citado molar. A diferencia del hueso bucal este es delgado e incluso dehiscente, lo que hace previsible que las relaciones entre el nervio lingual y el tercer molar sean muy próximas. Por abajo se sitúa el conducto dentario, el cual establece relaciones de vecindad más o menos estrechas con las raíces del tercer molar (56).

Erupción del Tercer Molar Mandibular

La erupción del tercer molar se produce en el inicio de la vida adulta (18 a 25 años), por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal. Este nombre es atribuido a Hieronimus Cardus quien

habló de “dens sensus et sapientia et intellectus” en clara referencia a la edad que suele erupcionar. (39) Los terceros molares mandibulares son los últimos dientes que hacen erupción y con frecuencia se ha utilizado todo el espacio disponible, en muchos casos dando como resultado frecuentes complicaciones en la erupción por el corto espacio produciéndose malposiciones, agregadas a inflamación y post-infección de la encía pericoronaria (57).

Según Logan y Kronfeld modificado por Schour, para el tercer molar mandibular el inicio de la calcificación se da de 8 a 10 años de edad, finalización de la corona de 12 a 16 años, la erupción de 17 a 21 años y la finalización de la raíz de 18 a 25 años de edad (58).

En el intento de erupción, el tercer molar inferior produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad, que tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares (55). Otro hecho destacable es el lugar donde se produce la odontogénesis del tercer molar inferior, ocurre en una zona muy fértil de la mandíbula en la que se produce un crecimiento hacia distal que va a arrastrar el germen dentario a situaciones tales que obligan a su eje mayor a inclinarse hacia la horizontal. Estos hechos hacen que para erupcionar en el lugar topográfico que le corresponde deba de seguir una trayectoria oblicua hacia adelante y hacia arriba, eje de erupción hasta ocupar su posición correcta (56). Debe recordarse que la agenesia de los terceros molares se presenta aproximadamente en un 5 al 10% de los pacientes

dependiendo de la raza. Esto debe considerarse como una disminución de su potencial vital, es decir que el cordal podría considerarse como un órgano vestigial sin propósito o función (59).

Clasificación de la Posición del Tercer Molar Mandibular

Clasificación de Winter

Winter propuso una clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar (60).

Por lo tanto puede ser: ·

Vertical ·

Mesioangular ·

Distoangular ·

Horizontal ·

Mesioangular Invertida ·

Distoangular Invertida ·

Linguoangular ·

Bucoangular ·

Invertido

Para los autores como Lidholm y col., y Krutsson y col., los cordales en posición mesioangular tienen de 22 a 34 veces más posibilidades de provocar patología que un tercer molar erupcionado o en inclusión intraósea completa. La posición distoangular tiene un riesgo de 5 a 12 veces mayor de dar patología (59).

Clasificación de Pell y Gregory

Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones del cordal con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso (45).

Relación del Tercer Molar con Respecto a la Rama Ascendente de la Mandíbula y al Segundo Molar. -

Clase I. Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. -

Clase II. El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. -

Clase III. Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

Profundidad Relativa del Tercer Molar en el Hueso Mandibular. -

Posición A. El punto más alto del diente está a nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar. -

Posición B. El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar. -

Posición C. El punto más alto del diente está a nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar (59).

2.2.3. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

La radiografía Panorámica es una técnica destinada a obtener en una sola imagen las piezas dentarias y sus estructuras de soporte. Tiene la gran ventaja de brindar la anatomía completa del área maxilofacial con baja dosis de radiación para el paciente. La indicación de esta técnica incluye, evaluación de traumatismos, enfermedades extensas de los maxilares, dentición mixta, dientes retenidos (61).

Estas radiografías son de gran utilidad para diagnosticar lesiones sin manifestación clínica, denominados “hallazgos radiográficos” y además se mencionó reiteradamente su indicación en pacientes con trismus. Es empleada con frecuencia por su técnica sencilla y sin molestias para el paciente. Se utiliza como “screening test”, es decir el examen radiográfico previo de los maxilares y las estructuras que los rodean, para evaluar la posibilidad de detectar alguna alteración patológica. Es un estudio poco costoso para una evaluación inicial y formulación diagnóstica, de gran importancia por su significación clínica y también para la evaluación de grandes poblaciones. En los últimos años, el equipamiento para obtener radiografías panorámicas se halla en plena evolución tecnológica, convirtiéndose en un aparato totalmente versátil y necesario para la consulta diaria. La incorporación de la informática en los equipos de última generación ha mejorado significativamente la calidad de operatividad de imágenes, debido a los microprocesadores,

los movimientos y las variables que estos manejan, logrando obtener imágenes de mejor definición y de gran valor diagnóstico. Múltiples publicaciones se orientaron al estudio de patologías, en diferentes poblaciones, utilizando esta técnica. En base a lo expuesto, es de destacar que el estudio por imágenes en grupos de pacientes, ha constituido un tema de gran interés en el campo de la Epidemiología y en tal sentido. La radiografía panorámica tiene como ventaja una visión completa de ambas arcadas dentarias, sus estructuras vecinas y brinda la posibilidad de observar en una sola radiografía todas las piezas dentarias de una persona, estado de los cóndilos, reborde óseo, y estado del hueso (61). Se sugiere entonces la indicación de Rx panorámicas como instrumento de diagnóstico, puesto que es la mejor manera de adelantarse a los diferentes procesos patológicos trayendo consecuencias, no solamente locales, como relaciones dentales, fonación, deglución, sino también alteraciones maxilofaciales en mayor o menor grado al producirse obstáculos que impiden que el proceso coordinado de crecimiento y desarrollo de los maxilares se efectúe normalmente.⁸ La radiografía panorámica es un tipo de examen imagenológico que abarca en la mandíbula generalmente desde un cóndilo hasta el cóndilo del lado opuesto (62).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR:

El conducto alveolar inferior (CAI) contiene estructuras del sistema nervioso periférico y circulatorio, constituyéndose en la estructura anatómica más

importante para identificar y así preservar y evitar lesionar, en aquellos procedimientos efectuados en la región mandibular, no solo por cirujanos maxilofaciales sino por cualquier profesional o especialista, a quienes sea de su pertinencia procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos en dicha región corporal (63).

NERVIO DENTARIO INFERIOR

El nervio dentario inferior es puramente sensitivo y brinda sensibilidad a través de sus filetes a todas las piezas dentarias mandibulares y al tejido óseo, y también brinda sensibilidad a la encía vestibular anterior, y a las partes blandas de la región mentoniana (64).

TERCERAS MOLARES

Son comúnmente llamadas las muelas del juicio y están situadas en los extremos de las arcadas superior e inferior sumando cuatro terceras molares en total. Debido a su ubicación y las diversas patologías que presenta, el tratamiento de estas piezas son realizadas por un especialista para preservar la integridad de la misma y de estructuras circundantes (65).

MANDÍBULA

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

cuyos extremos libres emergen dos prolongaciones o ramas ascendentes (66).

2.4. HIPÓTESIS.

2.4.1. Hipótesis de Investigación (Hi):

El conducto dentario inferior está separado con los terceros molares observados en la radiografía panorámica en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2017.

2.4.2. Hipótesis Nula (Ho):

El conducto dentario inferior no está separado con los terceros molares observados en la radiografía panorámica en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2017.

2.5. VARIABLES.

2.5.1. Variable de Estudio

Conducto dentario inferior

2.5.2. Variable de Asociación

Tercera molar inferior

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DIMENCIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE ESCALA DE MEDICION
Variable de Estudio			
Terceras Molares Inferiores.	Clasificación de Pell y Gregory	CLASE I CLASE II CLASE III TIPO A TIPO B TIPO C	Cualitativa Nominal Politómica
Variable de Asociación			
Relación de Terceras Molares Inferiores y el Conducto Mandibular.	Clasificación de Ezoddini	A. En contacto B. Separado C. Las raíces están proyectadas en el conducto D. Las raíces sobrepasan el conducto	Cualitativa Nominal Politómica
Variable Interviniente			
Edad	Datos generales del informe radiográfico	Años	Cuantitativa Discreta
Sexo	Datos generales del informe radiográfico.	Femenino Masculino	Cualitativo Dicotómico

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

- ✓ Según la finalidad del investigador: Básica

Tiene como objetivo mejorar el conocimiento per se, más que generar resultados o tecnología, que beneficien a la sociedad en el futuro inmediato (67).

3.1.1. Enfoque

Observacional.- No existe intervención de ningún tipo por parte del investigador, de manera que los datos observados y la información consignada refleja la evolución natural de los eventos (68).

Transversal.- son medidas en una sola ocasión; bajo esta condición, si realizamos comparaciones entre estas mediciones se les suele llamar entre muestras independientes, aunque el nombre correcto sería entre grupos independientes (68).

Descriptivo.- Porque el estudio propone este tipo de investigación describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés (69).

3.1.2. Alcance o nivel

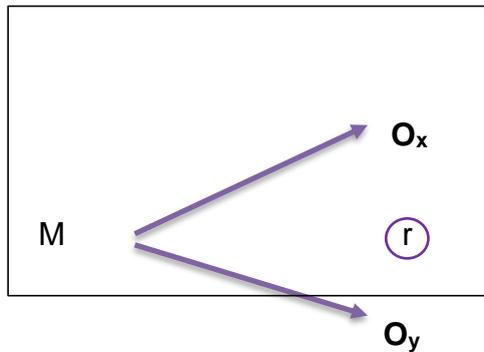
Relacional

Porque el estudio propone este tipo de investigación describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés (69).

Metodo de investigacion

Inductivo – Deductivo

3.1.3.. Diseño



Dónde:

M: Representa una muestra del estudio (radiografías panorámica)

Ox: Observación variable (tercera molar inferior)

Oy: Observación variable (nervio dentario inferior)

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por 1550 radiografías panorámicas tomadas en el año 2016 y 2017 en el área de radiología del Hospital Militar Central Lima 2018.

3.2.2. Muestra

Muestreo probabilístico

FORMULA PARA MUESTRA INFITA

$$n = \frac{Z^2 N P Q}{E^2 (N-1) + Z^2 P Q}$$

Dónde:

n : ¿?

Z : Nivel de confianza : 1.96

P : Evento favorable : 0.50

Q : Evento desfavorable : 0.50

E : Error estimado : 0.01

N : Población : 1550

Reemplazando la formula tenemos:

$$n = \frac{3.8416 \times 1550 \times 0.30 \times 0.70}{0.01^2 (1549) + 3.8416 \times 0.30 \times 0.70}$$

$$n = \frac{1349.12}{16,4504}$$

$$n = 82.$$

Por tanto, la muestra estuvo conformado por 82 pacientes adultos de la ciudad de Lima.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Radiografías panorámicas digitales de pacientes de 18 a 70 años.

- ✓ Radiografías panorámicas digitales de pacientes sin tratamiento ortodóntico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Radiografías panorámicas digitales con lesiones y/o malformaciones maxilofaciales.
- ✓ Radiografías panorámicas digitales con antecedentes de exodoncia de alguna tercer molar.
- ✓ Radiografías panorámicas digitales de pacientes con tratamiento de ortodoncia.
- ✓ Radiografías panorámicas digitales de pacientes post tratamiento ortodóntico.
- ✓ Radiografías panorámicas digitales con tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

3.3. técnicas e instrumentos de recolección de datos, validación de instrumentos

TÉCNICA

Observación

INSTRUMENTO

Ficha de Observación, La ficha de observación permitió recoger todos los datos obtenidos de las radiografías panorámicas, con relación a los pacientes de la localización anatómica del nervio dentario inferior relacionado al tercer molar inferior.

La técnica de recolección de datos fue la observación, los instrumentos fueron la ficha de observación, que luego fueron validados (validez de contenido) por juicio de expertos (tres profesionales).

3.3.1. Plan de recolección de datos

1. Se solicitó autorización al director del Hospital Militar Central y al Jefe del área de radiología, para la ejecución del estudio.
2. Se identificaron a la muestra de estudio (radiografías panorámicas de pacientes de 18 a 70 años), que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
3. Luego se determinó la ubicación del nervio dentario dentario inferior según la clasificación Ezzodini
4. Se determinó la ubicación de las terceras molares según la clasificación pelly y Gregory.

3.3.2. Plan de Tabulación y Análisis

La información obtenida a través de las fichas de observación del localización del nervio dentario inferior relacionado a la tercera molar inferior, se ingresará a una base de datos en forma automatizada empleando el software estadístico SPSS versión 24.0 los resultados serán reportados en cuadros estadísticos y gráficos.

Para el proceso inferencial se aplicó el test no paramétrico de independencia de criterios (Chi cuadrado), se construirán intervalos confidenciales del 95% para el parámetro proporción.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos

Tabla 1
Características generales de los pacientes según sexo atendido en el Hospital Militar Central Lima 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	45	54,9	54,9	54,9
Masculino	37	45,1	45,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

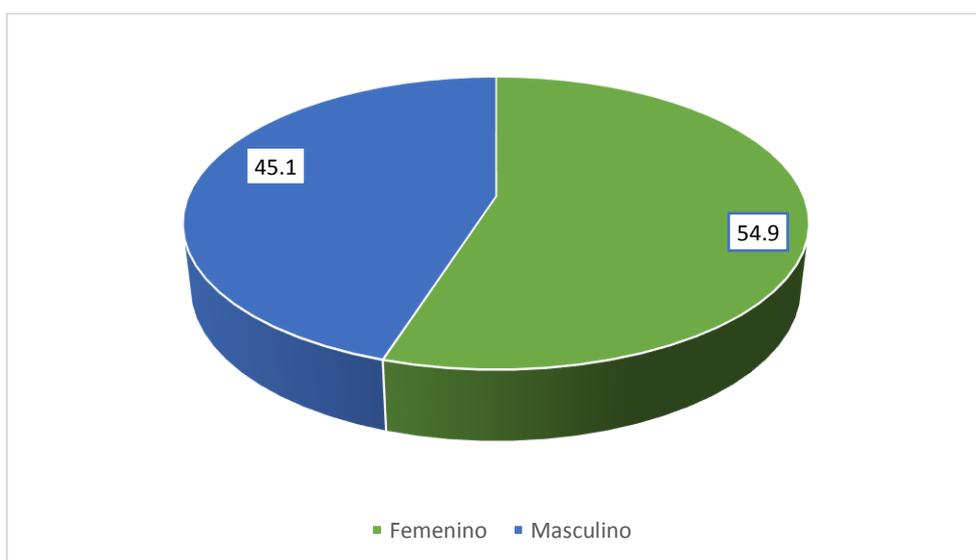


Gráfico 1
Paciente estudiados según sexo atendidos en el el Hospital Militar Central Lima 2017

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sexo, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de sexo femenino 54,9%, seguido en frecuencia por pacientes de sexo masculino con un 45,1%.

Tabla 2

Distribución de los pacientes según edad atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
18 a 37 años	62	75,6	75,6
38 a 57 años	16	19,5	19,5
58 a 70 años	4	4,9	4,9
Total	82	100,0	100,0

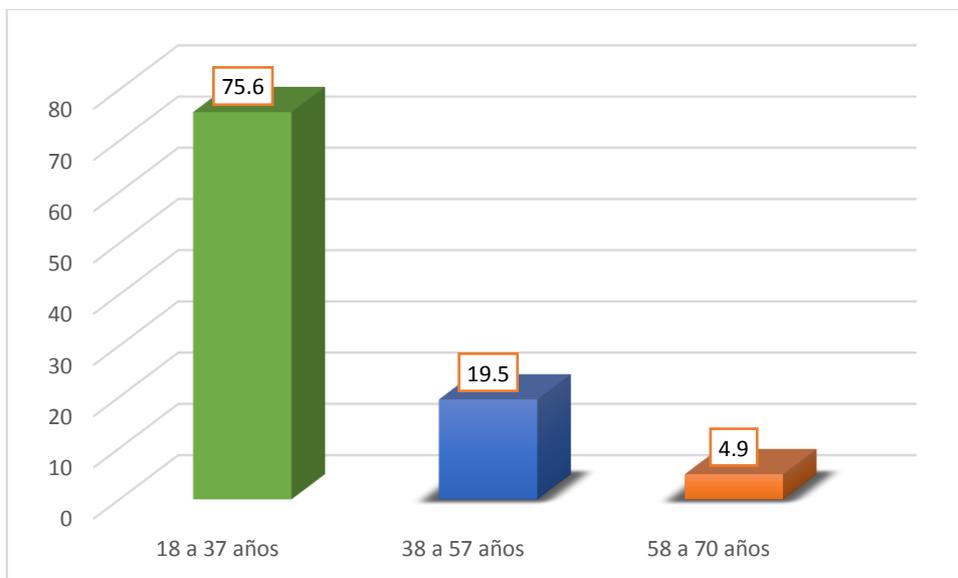


Gráfico 2

Distribución de los pacientes según edad atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2017

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sus edades, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 18 a 37 años (75,6%), seguido en frecuencia por pacientes de 38 a 57 años 19,5% y finalmente, los paciente de 58 a 70 años 4,9%.

Tabla 3

Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory (Clase) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Clase I	59	72,0	72,0
Clase II	18	22,0	22,0
Clase III	5	6,1	6,1
Total	82	100,0	100,0

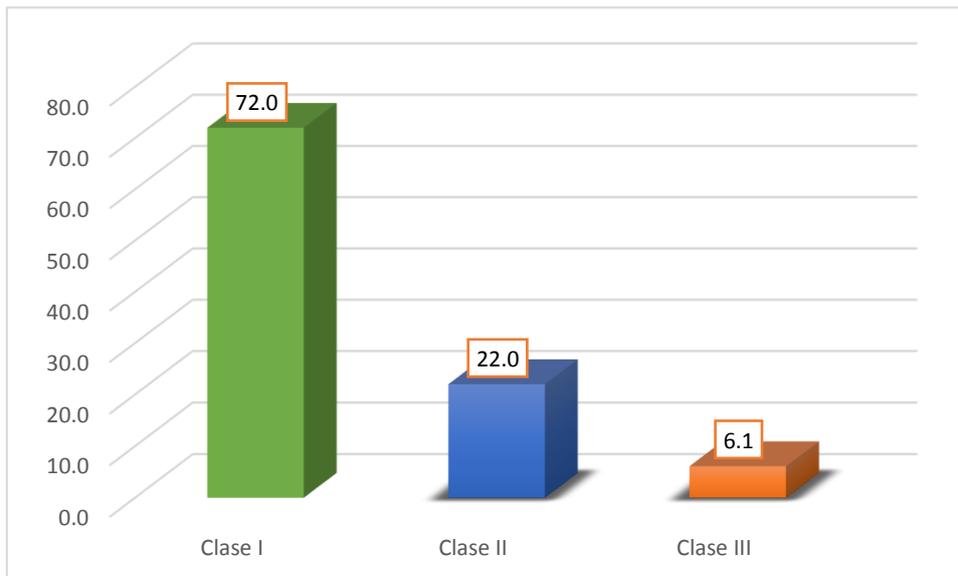


Gráfico 3

Posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y Gregory (Clase) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

Interpretación:

Con relación a la posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory, el que prevaleció fue Clase I 72,0%, seguido de la clase II con un 22,0%, en un porcentaje menor la clase III con un 6,1%.

Tabla 4
Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory (Tipo) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tipo A	38	46,3	46,3	46,3
Tipo B	21	25,6	25,6	72,0
Tipo C	23	28,0	28,0	100,0
Total	82	100,0	100,0	

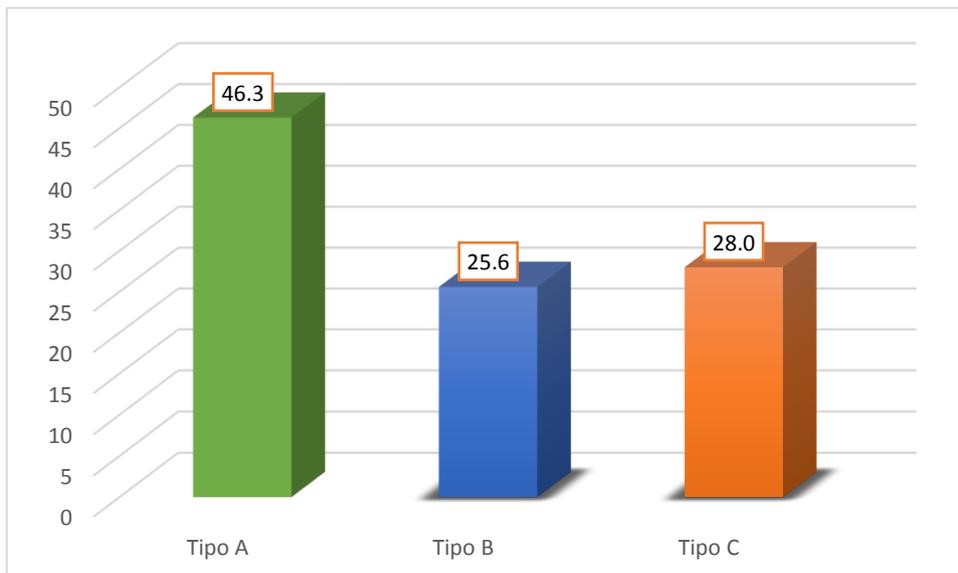


Gráfico 4
Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory (Tipo) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

Interpretación:

Con relación a la posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory, el que prevaleció fue tipo A 46,3%, seguido del tipo C con un 28,0% y finalmente tipo B con un 25,6%.

Tabla 5
Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory (clase) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Clase I	62	75,6	75,6
Clase II	18	22,0	22,0
Clase III	2	2,4	2,4
Total	82	100,0	100,0



Gráfico 5
Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory (clase) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

Interpretación:

Con relación a la posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory, el que prevaleció fue Clase I 75,6%, seguido de la clase II con un 22,0%, en un porcentaje menor la clase III con un 2,4%.

Tabla 6

Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory (tipo) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tipo A	36	43,9	43,9	43,9
Tipo B	23	28,0	28,0	72,0
Tipo C	23	28,0	28,0	100,0
Total	82	100,0	100,0	

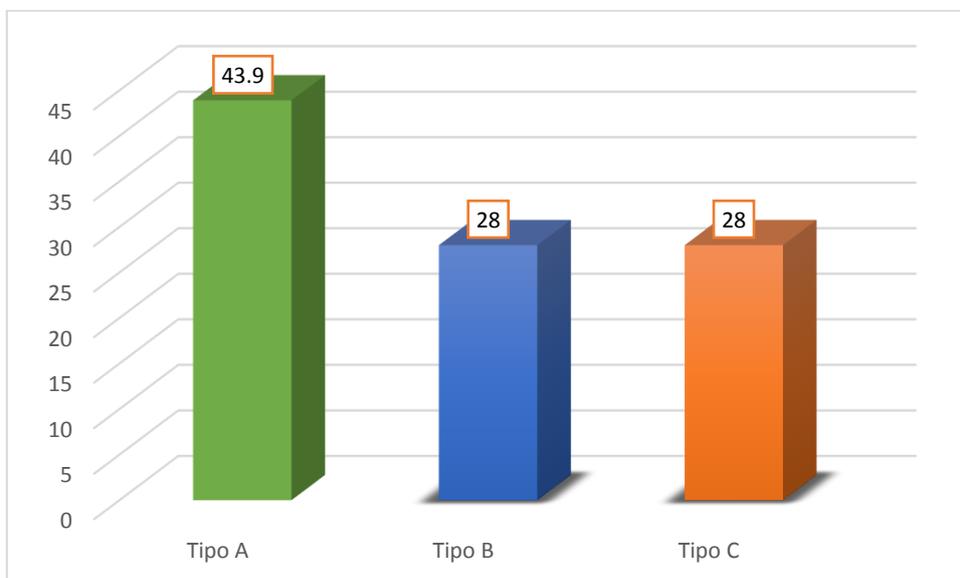


Gráfico 6

Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory (tipo) en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2019

Interpretación:

Con relación a la posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory, el que prevaleció fue tipo A 43,9%, y el tipo B y C tuvieron igual porcentaje de presentación con un 28%.

Tabla 7

CLASIFICACIÓN DE EZODDINI: Posición del tercer molar izquierdo con relación al conducto dentario inferior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de contacto	41	50,0	50,0	50,0
Hay contacto pero sin cambios estructurales	26	31,7	31,7	81,7
Las raíces están proyectadas en el conducto	9	11,0	11,0	92,7
Las raíces sobrepasan el conducto	3	3,7	3,7	96,3
Existe flexión de las raíces con desviación del conducto	3	3,7	3,7	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Tabla 7

CLASIFICACIÓN DE EZODDINI: Posición del tercer molar izquierdo con relación al conducto dentario inferior



Gráfico 7

CLASIFICACIÓN DE EZODDINI: Posición del tercer molar izquierdo con relación al conducto dentario inferior

Interpretación:

La posición del tercer molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezoddini, se presentó con mayor frecuencia ausencia de contacto en un 50,0%; seguido hay contacto pero sin cambios estructurales 31,7%, mientras la relación las raíces tan proyectadas en el conducto fue en un 11%; y finalmente en menor porcentaje 3,7% las raíces sobrepasan el conducto, y existe desviación de las raíces con desviación del conducto.

Tabla 8

CLASIFICACIÓN DE EZODDINI: Posición del tercer molar derecho con relación al conducto dentario inferior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de contacto	36	43,9	43,9	43,9
Hay contacto pero sin cambios estructurales	26	31,7	31,7	75,6
Las raíces están proyectadas en el conducto	10	12,2	12,2	87,8
Las raíces sobrepasan el conducto	6	7,3	7,3	95,1
Existe flexión de las raíces con desviación del conducto	4	4,9	4,9	100,0
Total	82	100,0	100,0	

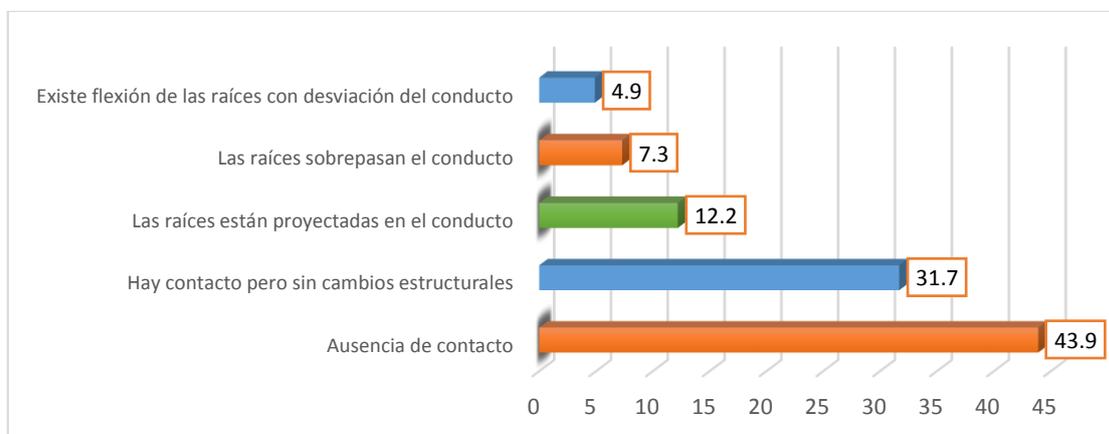


Gráfico 8

CLASIFICACIÓN DE EZODDINI: Posición del tercer molar derecho con relación al conducto dentario inferior

Interpretación:

La posición del tercer molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular según la clasificación de Ezoddini, se presentó con mayor frecuencia ausencia de contacto en un 43,9%; seguido hay contacto pero sin cambios estructurales 31,7%, mientras la relación las raíces tan proyectadas en el conducto fue en un 12,2%; en menor porcentaje 7,3% las raíces sobrepasan el conducto, y finalmente con un 4,9% existe desviación de las raíces con desviación del conducto.

4.2. contrastación de hipótesis

Tabla 9

Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory (clase) de acuerdo al sexo

SEXO	Pell y Gregory clase 3.8			Total	p
	Clase I	Clase II	Clase III		
Femenino	31 37,8%	12 14,6%	2 2,4%	45 54,9%	0,452
Masculino	28 34,1%	6 7,3%	3 3,7%	37 45,1%	
Total	59 72,0%	18 22,0%	5 6,1%	82 100,0%	

Interpretación:

En la tabla 9 se obtuvo una mayor frecuencia de Clase I y II según la clasificación de Pell y Gregory en los varones con un 37,8% y 14,6% respectivamente, mientras que en el sexo femenino predominó la clase III con un 3,7%. del total de radiografías panorámicas observadas. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,452) no existe diferencia significativa en la posición del tercer molar inferior izquierdo según sexo.

Tabla 10
Posición del tercer molar inferior izquierdo según la clasificación de Pell y Gregory (tipo) de acuerdo al sexo

SEXO	Pell y Gregory tipo 3.8			Total	P
	Tipo A	Tipo B	Tipo C		
Femenino	18 22,0%	12 14,6%	15 18,3%	45 54,9%	0,386
Masculino	20 24,4%	9 11,0%	8 9,8%	37 45,1%	
Total	38 46,3%	21 25,6%	23 28,0%	82 100,0%	

Interpretación:

En la tabla 10 se obtuvo una mayor frecuencia de tipo A según la clasificación de Pell y Gregory en los varones con un 24,4%, mientras que en el sexo femenino predominó el tipo B y tipo C con un 14,6% y 18,3% respectivamente. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,389) no existe diferencia significativa en la posición del tercer molar inferior izquierdo según sexo.

Tabla 11**Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory (clase) de acuerdo al sexo**

SEXO	Pell y gregory clase 4.8			Total	p
	Clase I	Clase II	Clase III		
Femenino	33	12	0	45	0,173
	40,2%	14,6%	0,0%	54,9%	
Masculino	29	6	2	37	
	35,4%	7,3%	2,4%	45,1%	
Total	62	18	2	82	
	75,6%	22,0%	2,4%	100,0%	

Interpretación:

En la tabla 11 se obtuvo que la Clase I y II según la clasificación de Pell y Gregory prevaleció en las mujeres con un 40,2% y 14,6% respectivamente, mientras que en el sexo femenino predominó la clase III con un 2,4% del total de radiografías panorámicas observadas. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,173) no existe diferencia significativa en la posición del tercer molar inferior derecha según sexo.

Tabla 12**Posición del tercer molar inferior derecho según la clasificación de Pell y Gregory (tipo) de acuerdo al sexo**

SEXO	Pell y gregory tipo 4.8			Total	p
	Tipo A	Tipo B	Tipo C		
Femenino	18 22,0%	12 14,6%	15 18,3%	45 54,9%	0,494
Masculino	18 22,0%	11 13,4%	8 9,8%	37 45,1%	
Total	36 43,9%	23 28,0%	23 28,0%	82 100,0%	

Interpretación:

En la tabla 12 se obtuvo que el tipo B y C según la clasificación de Pell y Gregory prevaleció en las mujeres con un 14,6% y 18,3% respectivamente, mientras que tipo A se presentó en igual porcentaje con un 22,0% del total de radiografías panorámicas observadas. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,494) no existe diferencia significativa en la posición del tercer molar inferior derecho según sexo.

Tabla 13**Clasificación del tercer molar inferior izquierdo según Ezoddini de acuerdo al sexo**

Ezoddini 3.8	SEXO		Total	P
	Femenino	Masculino		
A	22 26,8%	19 23,2%	41 50,0%	0,573
B	13 15,9%	13 15,9%	26 31,7%	
C	5 6,1%	4 4,9%	9 11,0%	
D	2 2,4%	1 1,2%	3 3,7%	
D	3 3,7%	0 0,0%	3 3,7%	
Total	45 54,9%	37 45,1%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Ezoddini de la posición del molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular, se obtuvo que en el sexo femenino predominó los cinco tipos A, B, C, D y E. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,573) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior derecho según el sexo.

Tabla 14**Clasificación del tercer molar inferior derecho según Ezoddini de acuerdo al sexo**

		SEXO			P
		Femenino	Masculino	Total	
Ezoddini 4.8	A	22 26,8%	14 17,1%	36 43,9%	0,485
	B	12 14,6%	14 17,1%	26 31,7%	
	C	7 8,5%	3 3,7%	10 12,2%	
	D	2 2,4%	4 4,9%	6 7,3%	
	D	2 2,4%	2 2,4%	4 4,9%	
	Total	45 54,9%	37 45,1%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Ezoddini de la posición del molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular, se obtuvo que en el sexo femenino predominó los cinco tipos A, B, con 26,8% y 8,5% respectivamente, mientras que tipo B y D predominó en el sexo masculino. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,485) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior derecho según el sexo.

Tabla 15**Clasificación del tercer molar inferior izquierdo según clasificación de Pell y Gregory (clase) de acuerdo al grupo etareo**

Pell y Gregory	Grupo etareo			Total	P
	18 a 37 años	38 a 57 años	58 a 70 años		
Clase I	40 48,8%	15 18,3%	4 4,9%	59 72,0%	0,131
Clase II	17 20,7%	1 1,2%	0 0,0%	18 22,0%	
Clase III	5 6,1%	0 0,0%	0 0,0%	5 6,1%	
Total	62 75,6%	16 19,5%	4 4,9%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Pell Gregory, se obtuvo que en el grupo etareo 18 a 37 años predominó la clase I, II y III con 48,8%, 20,7% y 6,1% respectivamente. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,131) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior izquierdo según grupo etareo.

Tabla 16
Clasificación del tercer molar inferior izquierdo según clasificación de Pell y Gregory (tipo) de acuerdo al grupo etareo

Pell y Gregory	Grupo etareo			Total	P
	18 a 37 años	38 a 57 años	58 a 70 años		
Tipo A	26 31,7%	8 9,8%	4 4,9%	38 46,3%	0,092
Tipo B	15 18,3%	6 7,3%	0 0,0%	21 25,6%	
Tipo C	21 25,6%	2 2,4%	0 0,0%	23 28,0%	
Total	62 75,6%	16 19,5%	4 4,9%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Pell Gregory, se obtuvo que en el grupo etareo 18 a 37 años predominó el tipo A, B y C con 31,7%, 18,3% y 25,6% respectivamente. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,092) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior izquierdo según grupo etareo.

Tabla 17**Clasificación del tercer molar inferior derecho según clasificación de Pell y Gregory (clase) de acuerdo al grupo etareo**

Pell y gregory	Grupo etareo			Total	p
	18 a 37 años	38 a 57 años	58 a 70 años		
Clase I	42 51,2%	16 19,5%	4 4,9%	62 75,6%	0,074
Clase II	18 22,0%	0 0,0%	0 0,0%	18 22,0%	
Clase III	2 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	2 2,4%	
Total	62 75,6%	16 19,5%	4 4,9%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Ezoddini de la posición del molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular, se obtuvo que en el grupo etareo 18 a 37 años predominó la clase I, II y III con 51,2%, 22,0% y 2,4% respectivamente. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,074) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior derecho según grupo etareo.

Tabla 17
Clasificación del tercer molar inferior derecho según clasificación de Pell y Gregory (tipo) de acuerdo al grupo etareo

Pell y Gregory	Grupo etareo			Total	P
	18 a 37 años	38 a 57 años	58 a 70 años		
Tipo A	25 30,5%	7 8,5%	4 4,9%	36 43,9%	0,063
Tipo B	16 19,5%	7 8,5%	0 0,0%	23 28,0%	
Tipo C	21 25,6%	2 2,4%	0 0,0%	23 28,0%	
Total	62 75,6%	16 19,5%	4 4,9%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Pell y Gregory, se obtuvo que en el grupo etareo 18 a 37 años predominó el tipo A, B y C con 30,5%, 19,5% y 25,6% respectivamente. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,063) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior derecho según grupo etareo.

Tabla 18
Clasificación del tercer molar inferior izquierdo según clasificación de Ezoddini de acuerdo al grupo etareo

Ezoddini	Grupo etareo			Total	p
	18 a 37 años	38 a 57 años	58 a 70 años		
A	31 37,8%	9 11,0%	1 1,2%	41 50,0%	0,705
B	18 22,0%	6 7,3%	2 2,4%	26 31,7%	
C	8 9,8%	0 0,0%	1 1,2%	9 11,0%	
D	3 3,7%	0 0,0%	0 0,0%	3 3,7%	
D	2 2,4%	1 1,2%	0 0,0%	3 3,7%	
Total	62 75,6%	16 19,5%	4 4,9%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Ezoddini de la posición del molar inferior izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular, se obtuvo que en el sexo femenino predominó los cinco tipos A, B, C, D y E con 37,8%, 22,0%, 9,8, 3,7 y 2,4 respectivamente. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,705) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior derecho según el grupo etareo.

Tabla 18
Clasificación del tercer molar inferior derecho según clasificación de Ezoddini de acuerdo al grupo etareo

Ezoddini	Grupo etareo			Total	p
	18 a 37 años	38 a 57 años	58 a 70 años		
A	26 31,7%	8 9,8%	2 2,4%	36 43,9%	0,355
B	19 23,2%	5 6,1%	2 2,4%	26 31,7%	
C	10 12,2%	0 0,0%	0 0,0%	10 12,2%	
D	3 3,7%	3 3,7%	0 0,0%	6 7,3%	
D	4 4,9%	0 0,0%	0 0,0%	4 4,9%	
Total	62 75,6%	16 19,5%	4 4,9%	82 100,0%	

Interpretación:

En la presente tabla según la clasificación de Ezoddini de la posición del molar inferior derecho con relación a la ubicación del canal mandibular, se obtuvo que en el sexo femenino predominó los cinco tipos A, B, C, D y E con 31,7%, 23,2%, 12,2, 3,7 y 4,9 respectivamente. Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p > 0,05$ (0,705) no existe diferencia estadísticamente significativa en la posición del tercer molar inferior derecho según el grupo etareo.

Prueba chi-cuadrado:

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,393 ^a	8	0,009

Según la prueba chi-cuadrado el valor de $p < 0,05$ (0,009) existe diferencia estadísticamente significativa. Existe asociación significativa entre la localización anatómica del conducto dentario y las terceras molares inferiores en pacientes del Hospital Militar Central Lima.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las terceras molares son las últimas piezas dentales que se desarrollan en la cavidad oral y alrededor de un 40% de ellas, quedan parcial o totalmente impactadas (70).

El maxilar inferior (mandíbula) contiene en su interior al conducto alveolar inferior (CAI) por el cual transita el paquete vásculonervioso (nervio, vena y arteria dentaria inferior), este nace en la cara medial de la rama mandibular, en el foramen mandibular, protegido por la línula, y luego desciende por el tejido esponjoso del hueso en sentido anteroinferior, apical a los dientes inferiores y progresivamente más vestibular en su recorrido, siguiendo una curva de concavidad anterosuperior y finalizando en el agujero mentoniano. (71).

En cualquier procedimiento quirúrgico que involucre el Conducto Alveolar Inferior CAI el éxito junto a un pronóstico favorable del mismo, requiere que el profesional maneje fundamentos teóricos de la técnica quirúrgica empleada, como el conocimiento claro y preciso de las relaciones y variables del área quirúrgica que se va a intervenir, en este caso el conducto alveolar inferior con otras estructuras anatómicas de la zona (72).

Debido a que la mayoría de ellas son terceras molares inferiores y que en muchos de los pacientes los ápices de las mismas se encuentran en muy estrecha relación con el CDI, su localización debe ser tomada en cuenta para la planificación de las extracciones quirúrgicas y evitar la lesión de estructuras tan importantes para el sistema estomatognático, como son la vena, la arteria y el nervio dentario inferior (71) (73).

Una de las principales variables del estudio lo conforma el canal mandibular o conducto dentario inferior (CDI) que es una estructura importante en la

mandíbula, ya que permite el recorrido del paquete vasculo-nervioso, constituido por arteria, vena alveolar y el nervio dentario inferior (74).

En los últimos años, diferentes estudios se han centrado en los puntos de referencia normales y sus estructuras naturales para una mejor identificación de las lesiones patológicas y el diagnóstico, y posteriormente un mejor plan de tratamiento. En este sentido, se considera que el haz neurovascular en la mandíbula inferior es uno de los puntos de referencia más importantes e importantes (75,76).

Es necesario contar con información adecuada y adecuada sobre las variaciones en la trayectoria del canal mandibular y su topografía (77). La vista panorámica es una de las radiografías más comunes en odontología utilizada por muchos dentistas como un método de diagnóstico de imágenes de rutina en problemas de mandíbula y traumas (78).

La precisa predicción preoperatoria del contacto directo entre el nervio alveolar inferior y el tercer molar impactado es muy útil para advertir a los pacientes del riesgo potencial de disestesia postoperatoria y obtener el consentimiento informado. La evaluación radiológica es esencial para evaluar la relación entre estas 2 estructuras, y las imágenes panorámicas se usan más comúnmente para este propósito (77).

La proximidad anatómica de las raíces del tercer molar y el canal mandibular puede provocar lesiones nerviosas durante la extracción de los terceros molares. Para evitar esta complicación, varios estudios han propuesto factores de riesgo basados en los hallazgos panorámicos (79).

Sin embargo, como un examen bidimensional, no proporciona información diagnóstica específica sobre la relación entre el tercer molar y el canal mandibular. El conocimiento de esta información de relación permite una gestión segura en casos de impacciones graves (80).

Se analizaron las características demográficas de los pacientes atendidos en el área de radiología del Hospital Militar Central, siendo el género femenino 54,9% (45) y el grupo etario predominante entre 18 - 37 años 75,6% (62).

Wang et al sus hallazgos indican que los signos radiográficos que incluyen el contacto directo entre la IAC y la raíz, la posición bucal / lingual de la IAC en relación con la raíz, no concuerdan con los resultados obtenidos en nuestro estudio donde según la clasificación Ezoddini prevaleció ausencia de contacto en la tercera molar izquierda y derecha, estos resultados coinciden con lo obtenido por Yopez Existe una relación estadísticamente significativa entre ambas clasificaciones donde se observa que la ausencia de contacto entre las raíces de las terceras molares presentaron mayor relacionamiento con la posición IAN.

Mientras que Tantanapornkul et al, mediante el uso de imágenes digitales en 3D fue eficaz para predecir el contacto directo entre el canal mandibular y los terceros molares impactados (81).

Por ello, es muy importante el conocimiento morfológico del CDI al realizar tratamientos, debido a que puede implicar consecuencias clínicas y quirúrgicas desfavorables, que son desde dificultades en la técnica de la anestesia para el bloqueo del nervio dentario inferior, la ubicación de implantes orales hasta la extracción de terceras molares. Por lo tanto, si no se reconoce la ubicación de este canal con relación a otras estructuras anatómicas como referencia aumenta el riesgo de lesión del nervio, causando discapacidad sensorial postoperatoria en el paciente, como parestesia (81).

De acuerdo a la prueba de hipótesis se acepta la hipótesis de investigación "existe asociación significativa entre la localización anatómica del conducto dentario y las terceras molares inferiores, coincide con lo encontrado por Hospinal encontró asociación al evaluar el canal mandibular con las terceras molares mediante radiografía panorámica y tomografía computarizada de haz cónico. Sin embargo, aquellos que presenten contacto del canal con las terceras molares deben ser considerados pacientes con alto riesgo de lesión del nervio.

Kim H, en el estudio que realizó, la relación tridimensional del tercer molar mandibular y el canal mandibular puede ayudar a predecir el daño nervioso y puede guiar las expectativas del paciente sobre la posibilidad y el alcance del daño nervioso.

Cabe señalar que los cambios en el estilo de vida humano han dado lugar a mandíbulas más pequeñas. Por lo tanto, el espacio disponible para los terceros molares, que son los últimos dientes en erupción, ha disminuido (82). Además, la mineralización retrasada del tercer molar y la maduración física temprana es una posible etiología de la alta tasa de impacto de los terceros molares (83).

Además, las diferencias raciales pueden afectar el tiempo de maduración y erupción y también el tamaño de la mandíbula; Esto explicaría las diferentes tasas de incidencia reportadas para diferentes países (84).

CONCLUSIONES

1. Según la prueba de hipótesis se acepta la hipótesis de investigación “Existe asociación significativa entre la localización anatómica del conducto dentario y las terceras molares inferiores en pacientes del Hospital Militar Central Lima.
2. Según la clasificación de Pell y Gregory la clase I tipo A fue la posición más prevalente para ambos molares inferiores.
3. La relación del Conducto Dentario Inferior con las Terceras Molares inferiores según la clasificación de Ezzodini, con mayor frecuencia se halló ausencia de contacto
4. De acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory según clases de las terceras molares inferiores izquierda y derecha no existe diferencias significativas.
5. De acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory según tipos de las terceras molares inferiores izquierda y derecha no existe diferencias significativas.
6. Hay predominio del tipo A (en contacto) en las terceras molares inferiores izquierda y derecha en el rango de 18 a 37 años de edad, según la clasificación Ezoddini.
7. Hay predominio del tipo A (en contacto) en las terceras molares inferiores izquierda y derecha en el sexo femenino, según la clasificación Ezoddini.

RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones similares con una muestra mayor incluyendo otros recursos imagenológicos tales como tomografías computarizadas, y en diferentes grupos etáreos.
2. Ejecutar investigaciones de localización del conducto dentario inferior pero relacionado a terceras molares impactadas, incluidos considerando mayor número de muestra.
3. Difundir los resultados obtenidos en el estudio, localización del conducto dentario inferior relacionado a los terceros molares inferiores es de vital importancia para disminuir el riesgo de trauma en los diferentes procedimientos invasivos mandibulares y es muy útil para advertir a los pacientes del riesgo potencial de disestesia postoperatoria y obtener el consentimiento informado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Da Fontura R, Vasconcellos H, Campos A. Morphologic basis for the intraoral vertical ramus osteotomy: anatomic and radiographic localization of the mandibular foramen. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 660-5.
2. Poirot G, Delttre JF, Palot C, Flament JB. The inferior alveolar artery in its bony course. *Surg Radiol Anat* 1986; 8: 236-44.
3. Ylikontiola L. Comparison of three radiographic methods used to locate the mandibular canal in the buccolingual direction before bilateral sagittal split osteotomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93: 736-42.
4. Kieser J., Paulin M., Law B. Intrabony course of the inferior alveolar nerve in the edentulous mandible. *Clin . anat.* 2004; 17:107-111.
5. Jin H, Kim B. Mandibular osteotomies after drawing out the infeior alveolar nerve along the canal. *Aesth Plast Surg* 2003; 27: 126-9.
6. Li N., Zaho B., Tan C. intramandibular course and anatomic structure of the inferior alveolar nerve canal. *Zhogua Kopu Qing Yi Xue Zazhi.* 2001; 36(6):446-447.
7. Levine M. Inferior alveolar nerve canal position: A clinical and radiographic study. Oral abstract session 5: maxillofacial reconstruction/orthognathic surgery. AAOMS 2003.
8. Susarla S, Blaeser B, Magalnick D. Cirugía de tercer molar y complicaciones asociadas. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2003; 15 : 177–86
9. Cheung L, Leung Y, Chow L, Wong M, Chan E, Fok Y. Incidencia de déficits neurosensoriales y recuperación después de la cirugía del tercer molar inferior: un estudio clínico prospectivo de 4338 casos. *Int J Oral Maxilofac Surg.* 2010; 39: 320–6.
10. Valmaseda E, Berini L, Gay C. Daño en el nervio alveolar inferior después de la extracción quirúrgica del tercer molar inferior: un estudio prospectivo de 1117 extracciones quirúrgicas. *Cirugía Oral Oral Med. Oral Pathol Oral Radiol.* 2001; 92 : 377–83

11. Lopes V, Mumanya R, Feinmann C, Harris M. Cirugía del tercer molar: una auditoría de las indicaciones para la cirugía, las quejas postoperatorias y la satisfacción del paciente. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 33 : 33–5.
12. Bataineh A. Deterioro del nervio sensorial después de la cirugía del tercer molar mandibular. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59 : 1012–7.
13. Kieser J, Kieser D, Hauman T. El curso y la distribución del nervio alveolar inferior en la mandíbula edéntula. *J Craniofac Surg* 2005; 16: 6-9.
14. Wadu S, Penhall B, Townsend G. Variabilidad morfológica del nervio alveolar inferior humano. *Clin Anat* 1997; 10: 82-7
15. Guerrero M, Nackaerts O, Beinsberger J, et al. Trastornos sensoriales del nervio alveolar inferior después de la evaluación del tercer molar mandibular impactado mediante tomografía computarizada de haz cónico y radiografía panorámica: un estudio piloto. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70 : 2264–70.
16. Xu G, Yang C, Fan X, et al. Relación anatómica entre el tercer molar mandibular impactado y el canal mandibular como factor de riesgo de lesión del nervio alveolar inferior. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 51 : e215–9.
17. Selvi F, Dodson T, Nattestad A, Robertson K, Tolstunov L. Factores que se asocian con una lesión del nervio alveolar inferior en pacientes de alto riesgo después de la extracción de los terceros molares. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 51 : 868–73
18. Hasegawa T, Ri S, Shigeta T, et al. Factores de riesgo asociados con lesión del nervio alveolar inferior después de la extracción del tercer molar mandibular: un estudio comparativo de imágenes preoperatorias mediante radiografía panorámica y tomografía computada. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 42 : 843–51.
19. Xu G, Yang C, Fan X, et al. Relación anatómica entre el tercer molar mandibular impactado y el canal mandibular como factor de riesgo de lesión del nervio alveolar inferior. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 51 : e215–9.
20. Poirot G, Delttre J, Palot C, Flament J. The inferior alveolar artery in its bony course. *Surg Radiol Anat* 1986; 8: 236-44.

21. Ylikontiola L. Comparison of three radiographic methods used to locate the mandibular canal in the buccolingual direction before bilateral sagittal split osteotomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93: 736-42.
22. Szalma J., Lempel E., Jeges S., Szabó G., Olasz L. El valor pronóstico de la radiografía panorámica del daño al nervio alveolar inferior después de la extirpación del tercer molar mandibular: estudio retrospectivo de 400 casos. *Cirugía oral. Medicación oral Pathol Oral. Radiol oral. Endod.* 2010; 109 (2): 294–302.
23. Jerjes W., Swinson B., Moles D, El-Maaytah M., Banu B., Upile T., Kumar M., Al Khawalde M., Vourvachis M., Hadi H., Kumar S., Hopper C Deterioro sensorial permanente después de la cirugía del tercer molar: un estudio prospectivo. *Cirugía oral. Medicación oral Pathol Oral. Radiol oral. Endod.* 2006; 102 (4): e1 – e7.
24. Gomes A, Vasconcelos B, Silva E, Caldas F., Pita N Sensibilidad y especificidad de la pantomografía para predecir el daño del nervio alveolar inferior durante la extracción de terceros molares inferiores impactados. *J. Oral Maxilofac. Surg.* 2008; 66 (2): 256–259.
25. Tantanapornkul W., Okochi K., Bhakdinaronk A., Ohbayashi N., Kurabayashi T. Correlación del oscurecimiento de la raíz del tercer molar mandibular impactado en imágenes panorámicas digitales con hallazgos tomográficos computarizados de haz cónico. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2009; 38 (1): 11-16
26. Hasegawa T., Ri S., Shigeta T., Akashi M., Imai Y., Kakei Y., Shibuya Y., Komori T. Factores de riesgo asociados con lesión del nervio alveolar inferior después de la extracción del tercer molar mandibular: Un estudio comparativo de imágenes preoperatorias mediante radiografía panorámica y tomografía computada. *En t. J. Oral Maxilofac. Surg.* 2013; 42 (7): 843-851.
27. Rood J Grados de lesión en el nervio alveolar inferior sostenido durante la remoción de los terceros molares mandibulares impactados por la técnica de división lingual. *Br. J. Oral Surg.* 1983; 21 (2): 103-116.
28. Sedaghatfar M., August M, Dodson T,. Los hallazgos radiográficos panorámicos como predictores de la exposición del nervio alveolar inferior

- después de la extracción del tercer molar. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2005; 63 (1): 3–7.
29. Neves F, Souza T, Almeida S, Haiter F, Freitas D, Bóscolo F. Correlación de radiografías panorámicas y hallazgos de TC de haz cónico en la evaluación de la relación entre los terceros molares mandibulares impactados y el canal mandibular. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2012; 41 (7): 553–557.
30. Palma C, García B, Larrazabal C., Peñarrocha M. Signos radiográficos asociados con daño del nervio alveolar inferior después de una extracción del tercer molar inferior. *Medicina. Patol oral Cir. Oral Bucal* 2010; 15 (6): e886 – e890.
31. Park W, Choi J, Kim J, Kim B, Kim H, Lee S Integridad cortical del canal alveolar inferior como predictor de parestesia después de la extracción del tercer molar. *Mermelada. Mella. Asoc.* 2010; 141(3): 271–278.
32. Tantanapornkul W, Okouchi K, Fujiwara Y, Yamashiro M, Maruoka Y, Ohbayashi N, Kurabayashi T., Un estudio comparativo de la tomografía computarizada de haz cónico y la radiografía panorámica convencional en la evaluación de la relación topográfica entre el mandibular Canal y tercer molares impactados. *Cirugía oral. Medicación oral Pathol Oral. Radiol oral. Endod.* 2007; 103 (2): 253–259.
33. Ries G. Estudio radiográfico de los maxilares y de sus estructuras, en: RIES CENTENO G.A *Cirugía Bucal* 9na ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1987
34. Olmos V, Beltrán C, Estudio sobre la impactación del tercer molar mandibular. *Oris* N° 5. Enero- Marzo. 1995
35. Wang D , Lin T , Wang Y , Sun C , Yang L , Jiang H, et al. China 2018. Características radiológicas de la relación anatómica entre el tercer molar impactado y el canal alveolar inferior en las imágenes de CBCT coronal: factores de riesgo de lesión nerviosa después de la extracción dental. *Arch Med Sci.* Abril de 2018; 14 (3): 532-540.
36. Kavarthapu A, Thamaraiselvan., Evaluación de la variación en el curso y la posición del nervio alveolar inferior entre la población del sur de la India: estudio tomográfico computarizado de haz cónico. *Indian J Dent Res.* 2018 julio-agosto; 29 (4): 405-409.

37. Tantanapornkul W, Mavin D, Prapaiphittayakun J, Phipatboonyarat N, Julphantong W, et al. Exactitud de la radiografía panorámica en la evaluación de la relación entre el canal mandibular y los terceros molares impactados. Arch Med Sci. Abril de 2018; 14 (3): 532-540.
38. Huang C, Liao Y. Posición anatómica del canal mandibular en relación con el hueso cortical bucal en pacientes chinos con diferentes relaciones dentofaciales. J Formos Med Assoc. 2016 Nov; 115 (11): 981-990
39. Kim H, Lee J. Análisis y evaluación de las posiciones relativas de los impactos del tercer molar mandibular y del canal mandibular. J Coreano Assoc Oral Maxilofac Surg. Diciembre 2014; 40 (6): 278-84.
40. Bareiro F, Duarte L. 2012 itagua. Posición más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá hasta el año 2012 [revista nacional] Paraguay 2014
41. Yoshioka I, Tanaka T, Khanal A, Habu M, Kito S, Kodama M, et al. Relación entre la posición del canal del nervio alveolar inferior en el segundo molar mandibular en pacientes con prognatismo y posible aparición de trastorno neurosensorio después de una osteotomía sagital de rama dividida. J Oral Maxillofac Surg. Diciembre 2010; 68 (12): 3022-7
42. Nakamori K, Fujiwara K, Miyazaki A, Tomihara K, Tsuji M, Nakai M, et al. Evaluación clínica de la relación entre el tercer molar y el canal alveolar inferior mediante imágenes panorámicas y tomografía computada. J Oral Maxillofac Surg. 2008 Nov; 66 (11): 2308-13.
43. Ma J, Lu L, Song C. China 2008. La posición y el curso del canal mandibular a través de la rama mandibular en pacientes con prognatismo. Shanghai Kou Qiang Yi Xue. Abril 2008; 17 (2): 200-3.
44. Meniz C. El diagnóstico por imagen en la prevención de las lesiones del nervio dentario en la cirugía del tercer molar Estudio descriptivo-comparativo entre la ortopantomografía y la tomografía transversal [tesis] España 2004
45. Yopez M. "Posición del canal mandibular y de terceras molares mandibulares según las clasificaciones Ezoddini y Pell-Gregory, centro

- radiológico Ceres-cusco. 2016". [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional De San Antonio Abad Del Cusco. Perú 2016.
46. Hospinal M. 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 Pregrado]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima Perú 2016.
47. Linares A. Arequipa. Distancia del canal de nervio dentario inferior con respecto a los ápices de los primeros molares inferiores por tomografía computarizada Cone Beam Arequipa 2015. [Tesis Pregrado]. Universidad Católica de Santa María; Arequipa: Perú 2015
48. Herrera K. Prevalencia De Terceras Molares Mandibulares Retenidas Atendidas En El Centro Quirúrgico De La Clínica Especializada En Odontología De La Universidad San Martín. Perú 2010.
49. Pilcon O. Variantes de Posición del Nervio Dentario Inferior – Ápice de las molares mediante estudio tomográfico Cone Beam en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2012 – 2014 [TESIS BACHILLER] PERU 2015.
50. Valdivieso G, Escalona A, Couto F. Patología mandibular. Lesiones de carácter odontogénico. *An Radiol Mex.* 2005;1(1):47-54.
51. Sorolla J. Anomalías craneofaciales. *Rev. Med. Clin. Cond.* 2010; 21(1): 5-15.
52. López J, Vergara M, Rudolph M, Guzmán C. Prevalencia de variables anatómicas en el recorrido de los conductos mandibulares. Estudio mediante tecnología de Cone Beam. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.* 2010; 22(1): 23-32.
53. Suazo I, Morales C, Cantín M, Zavando D. Aspectos Biométricos del conducto dentario inferior. *Int. J. Morphol.* 2007; 25(4):811-16.
54. Martínez A. Anestesia bucal. 1era edición. Editorial Panamerica, 2009. 188 páginas.
55. Ries G. Cirugía Bucal. 9º Edición. Buenos Aires: Librería "El Ateneo" Editorial, 1991.
56. Lopez J. Cirugía Oral. Madrid: Mc Graw – Hill Interamericana, 1997.

57. Bhaskar S. Histología y Embriología, Bucal, De Orban. 11º Edición. St. Louis, Missouri. U.S.A.: Mosby, 1991.
58. Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. 2º Edición. Sao Paulo –Brasil: Artes Médicas Latinoamérica, 2004.
59. Gay C, Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Madrid: Ediciones Ergón, 2003.
60. Donado M. Cirugía Bucal, Patología y Técnica. 3ª edición. Editorial Masson. 2005.
61. Rushton V, Horner K. (1996) The use of panoramic radiology in dental practice. J Dent. 24:185-201.
62. Duterloo, Hernan S. (1992) Atlas de la Dentición Infantil Diagnóstico Ortodontico y Radiología Panorámica
63. Turvey T. Intraoperative complications of sagittal osteotomy of the mandibular ramus. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43(7): 504-509.
64. Figun M, Garino R (2007) Anatomía Odontológica: Funcional y Aplicada. (2º ed) Argentina. Editorial El Ateneo.
65. Mettes T, Ghaemina H, Nienhuijs M, Perry J, Van der Sanden W, Plasschaert A. Extracción quirúrgica versus retención para el tratamiento de las muelas de juicio impactadas asintomáticas. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 6(3):1-21.
66. Mario E. Figun. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 2ª Edición. Librería “El Ateneo” Editorial Buenos Aires. 2003, pag. 120.
67. Supo J. como empezar una tesis tu proyecto de investigacion en un solo día. Bioestatisca EIRL. 4ta ed. Perú. 2015
68. Supo J. Metodología de la investigación científica para ciencias de la salud. 2ª Ed. Arequipa Perú 2014.
69. Tamayo M. Manual de proyecto de investigación. 2 ed. Colombia: ICN; 2009.
70. García F, Toro O, Vega M, Verdejo M. Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 años, Antofagasta, Chile. Int J Morphol. 2009;27(3):727-36.

71. Suazo I, Morales C, Cantín M, Zavando D. Biometric aspects of the mandibular canal. *Int J Morphol* 2007; 25(4): 811-816.
72. 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(12):145-51.
73. Beltrán J, Abanto L, Meneses A. Disposición del conducto dentario inferior en el cuerpo mandibular. Estudio anatómico y tomográfico. *Acta Odontol Venez.* 2007;45(3):421-5.
74. Simpson de Paula J, De Castro R, De Castro A, Lopes k. Evaluación de la simetría bilateral de canal mandibular en radiografías panorámicas. *Acta Odontol Venez.* 2011; 49(2):4-27.
75. Kim ST, Hu KS, canción WC, Kang MK, Park HD, Kim HJ. Localización del canal mandibular y la topografía de sus estructuras neurovasculares. *J Craniofac Surg.* 2009; 20 : 936–939.
76. Vázquez L, Saulacic N, Belser U, Bernard JP. Eficacia de las radiografías panorámicas en la planificación preoperatoria de los implantes mandibulares posteriores: un estudio clínico prospectivo de 1527 pacientes tratados consecutivamente. *Clin. Implantes Orales Res.* 2008; 19 : 81–85.
77. Bogdán S, Huszár T, Joób Fancsaly A, Németh Z, Pataky L, Barabás J. La importancia clínica de las variaciones del curso del canal mandibular. *Fogorv Sz.* 2006; 99 : 169–173.
78. Mraiwa N, Jacobs R, van Steenberghe D, Quirynen M. Evaluación clínica e implicaciones quirúrgicas de los desafíos anatómicos en la mandíbula anterior. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2003; 5 : 219–225.
79. Szalma J., Lempel E., Jeges S., Szabó G., Olasz L. El valor pronóstico de la radiografía panorámica del daño al nervio alveolar inferior después de la remoción del tercer molar mandibular: estudio retrospectivo de 400 casos. *Cirugía oral. Medicación oral Pathol Oral. Radiol oral. Endod.* 2010; 109 (2): 294–302.
80. Neves FS, Souza TC, Almeida SM, Haiter-Neto F., Freitas DQ, Bóscolo FN. Correlación de radiografías panorámicas y hallazgos de TC de haz cónico en la evaluación de la relación entre los terceros molares mandibulares

- impactados y el canal mandibular. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2012; 41 (7): 553-557
81. Blum IR. Opiniones contemporáneas sobre el encaje seco (osteítis alveolar): una evaluación clínica de la estandarización, la etiopatogenia y el manejo: una revisión crítica. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31: 309-17.
 82. Eshghpour M, Mortazavi H, Mohammadzadeh Rezaei N, Nejat A. Efectividad del enjuague bucal con té verde en el control del dolor postoperatorio después de la extirpación quirúrgica de los terceros molares afectados: ensayo clínico doble ciego aleatorizado. *Daru* 2013; 21: 59.
 83. Hashemipour MA, Tahmasbi-Arashlow M, Fahimi-Hanzaei F. Incidencia de terceros molares mandibulares y maxilares impactados: un estudio radiográfico en una población del sudeste de Irán. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18: e140-5.
 84. Almendros-Marqués N, Alaejos-Algarra E, Quinteros-Borgarello M, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Factores que influyen en la eliminación profiláctica de terceros molares inferiores asintomáticos e impactados. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37: 29-35.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSITENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPÓTESIS
General	General	Variable de Estudio	Hipótesis Nula (Hi)
¿Cuál es la localización Anatómica del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares en el Hospital Militar Central 2017?	Asociar la localización Anatómica del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares en el Hospital Militar Central 2017	Conducto dentario inferior	El conducto dentario inferior está separado con los terceros molares observados en la radiografía panorámica en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2017.
Específicos	Específicos	Variable Independiente	Hipótesis Alterna (Ho)
<p>¿Cuáles son las posiciones de las terceras molares según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes adultos atendidos en el Hospital Militar Central 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según la clasificación de Ezzodini?</p> <p>¿Cuál es la localización del conducto dentario inferior en pacientes con retrognatismo y prognatismo?</p> <p>¿Cuál es la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según edad y sexo?</p> <p>¿Cuál es la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según arcada?</p>	<p>Determinar las posiciones de las terceras molares según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes adultos atendidos en el Hospital Militar Central 2017?</p> <p>Identificar la relación del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según la clasificación de Ezzodini.</p> <p>Determinar la localización del conducto dentario inferior en pacientes con retrognatismo y prognatismo.</p> <p>Relacionar del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según edad y sexo.</p> <p>Relacionar del Conducto Dentario Inferior en Relación a Terceras Molares según arcada.</p>	Tercera molar inferior	<p>Hipótesis Nula (Ho):</p> <p>El conducto dentario inferior no está separado con los terceros molares observados en la radiografía panorámica en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima 2017.</p>



MINISTERIO DE DEFENSA
EJERCITO DEL PERU
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

CONSTANCIA

EL SEÑOR CRL EP JEFE DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA BUCAL Y MÁXILO FACIAL – DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CRL LUIS ARIAS SCHEREIBER”.

Deja constancia:

Que, el Sr. MONTOYA RODRIGUEZ, FERNANDO JUAN, con DNI 72876955, interno de la Universidad de Huánuco, realizó su trabajo de investigación titulado “LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RELACIÓN A TERCERAS MOLARES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2017”. Procedió a realizar la recolección de datos del mencionado tema a investigar desde el mes de Diciembre del 2018 a Febrero del 2019.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado para los fines que considere pertinente.

Jesús María, 23 de Mayo del 2019.



084005002-O+
WALTER MORA LEVANO
Colonel EP
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA BUCAL Y
MAXILOFACIAL DEL HMC



FICHA DE OBSERVACIÓN

LOCALIZACION ANATÓMICA DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR RELACIONADO A LA TERCERA MOLAR INFERIOR EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2017.

1. CARACTERISTICAS PERSONALES

Sexo: F M

Edad: _____

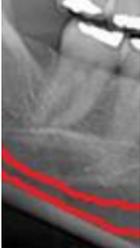
Grupo etario: 18 a 37 años

38 a 57 años

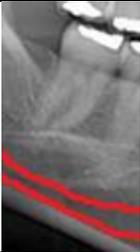
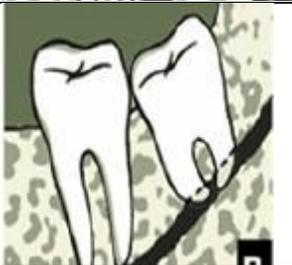
58 A 70 años

2. CARACTERÍSTICAS RADIOGRAFICAS

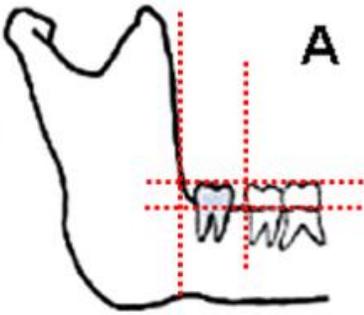
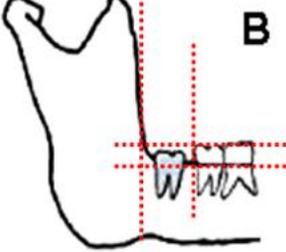
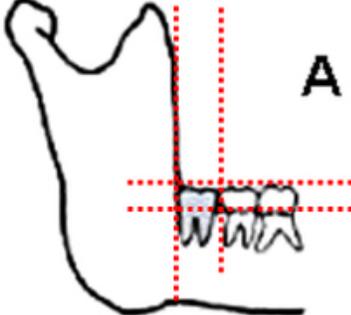
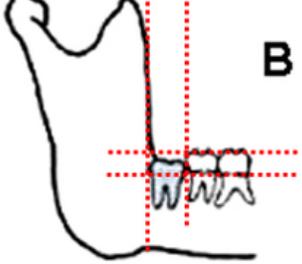
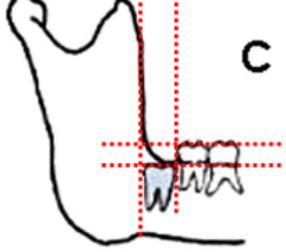
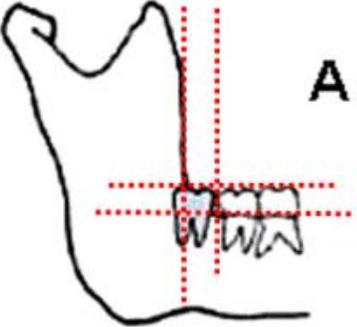
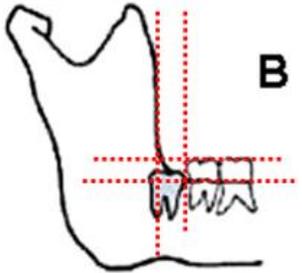
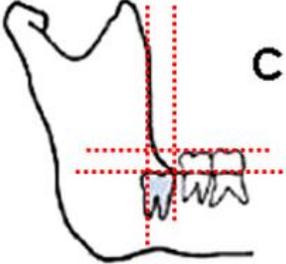
POSICION DE TERCERAS MOLARES SEGÚN CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY

		Derecha	izquierda
			
2			
3			
4			
5			

RELACION DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN TERCERAS MOLARES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE EZODDINI

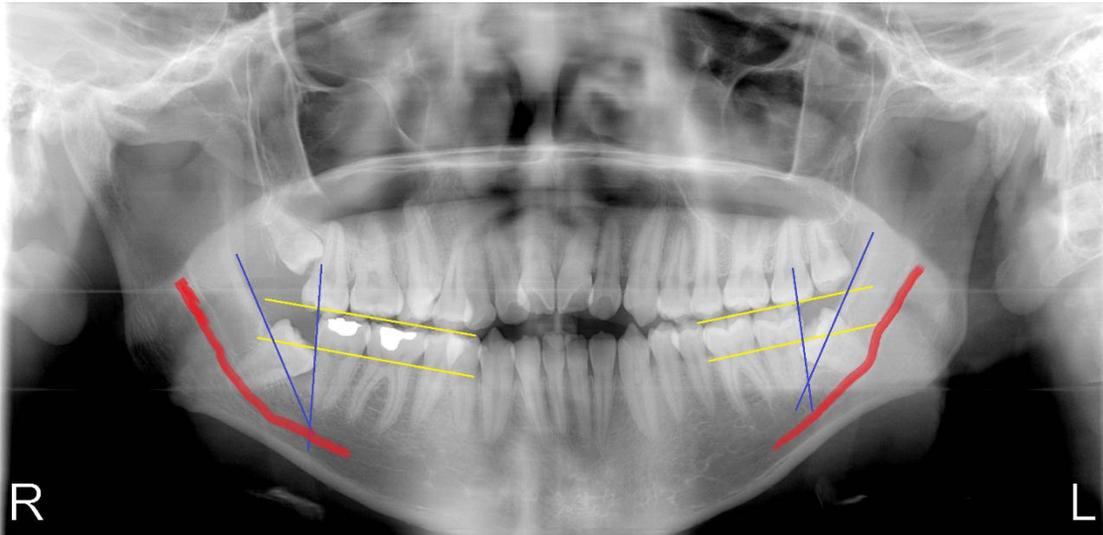
		Derecha	Izquierda
			
2			
3			
4			
5			

CLASIFICACION DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RELACION A TERCERAS MOLARES SEGÚN LA ARCADA

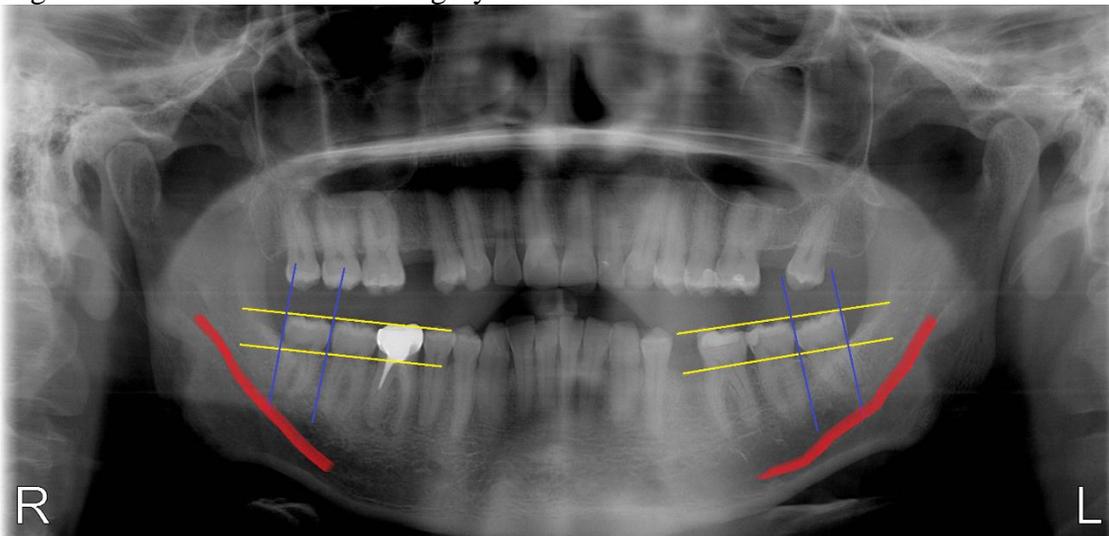
		D	I		D	I		D	I
1	 <p style="text-align: right;">A</p>			 <p style="text-align: right;">B</p>			 <p style="text-align: right;">C</p>		
2	 <p style="text-align: right;">A</p>			 <p style="text-align: right;">B</p>			 <p style="text-align: right;">C</p>		
3	 <p style="text-align: right;">A</p>			 <p style="text-align: right;">B</p>			 <p style="text-align: right;">C</p>		

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

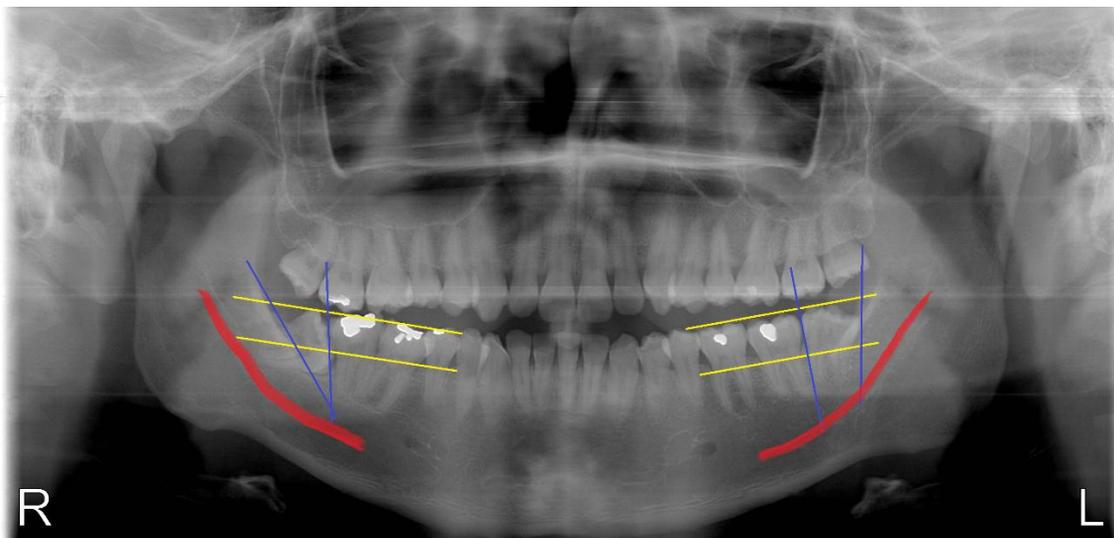
Fuente: Ezoddini F, Zangouie M, Navab A, Fotoohi F. Precisión diagnóstica de la radiografía panorámica para determinar la posición del tercer molar impactado en relación al canal dental anatómico en comparación con la cirugía. Irán J Radiol. 2010; 7 (2): 91 - 6



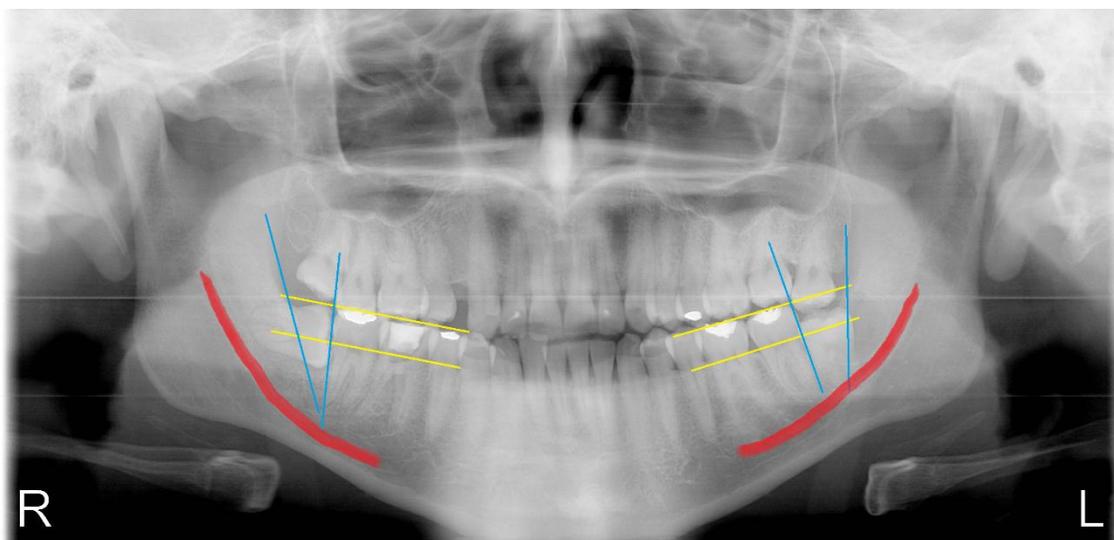
Pieza 3.8 clase III tipo C.
Pieza 4.8 clase III tipo C.
Según clasificación de Pell & Gregory



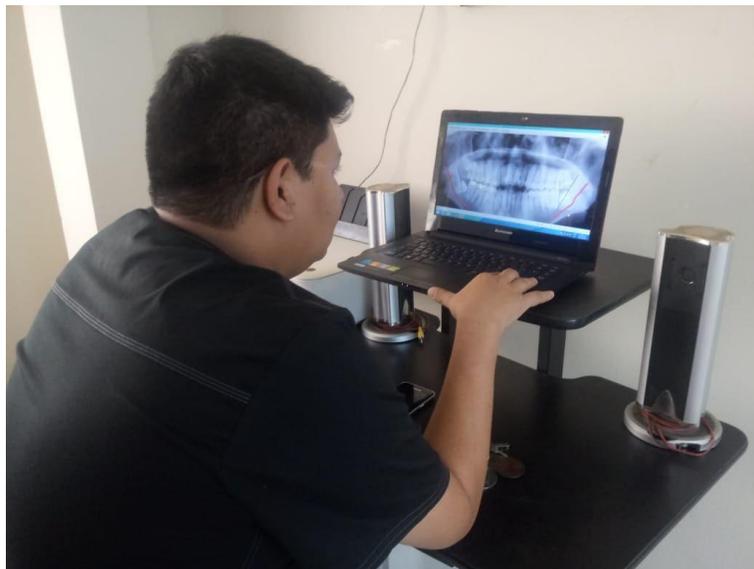
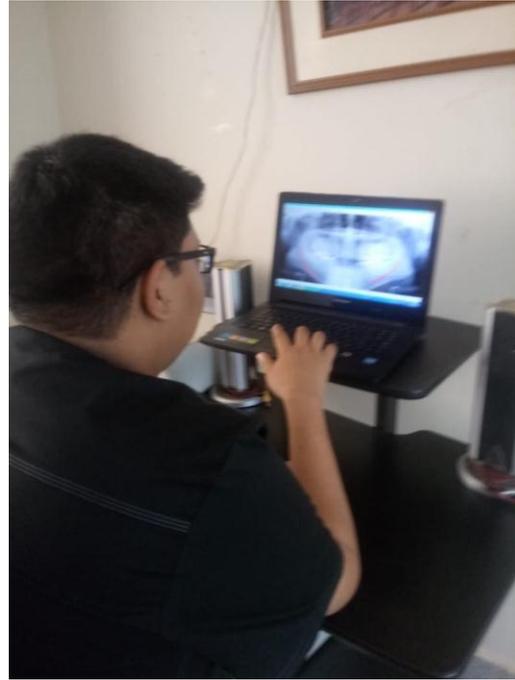
Pieza 3.8 clase I tipo A.
Pieza 4.8 clase I tipo A.
Según clasificación de Pell & Gregory



Pieza 3.8 clase I tipo A.
Pieza 4.8 clase I tipo C.
Según clasificación de Pell & Gregory



Pieza 3.8 clase I tipo B.
Pieza 4.8 clase II tipo B.
Según clasificación de Pell & Gregory



Visualización de radiografías panorámicas para realizar la clasificación de ezoddini y clasificación de Pell & Gregory