



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TERCERAS MOLARES INFERIORES NO ERUPCIONADAS RELACIONADAS CON
EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS,
HOSPITAL “ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ”, LIMA 2022

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autora:

Molina Gonzales, Andrea Pierina

Asesora:

Sotomayor Mancisidor, Merce Concepción

(ORCID: 0000-0002-5309-6582)

Jurado:

Chuna Espinoza, Jorge Dante

Peltroche Adrianzen Nimia Olimpia

Quispe Tasayco, Lucia Marisela

Lima - Perú

2023



Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	2A_Molina Gonzales Andrea Pierina_Título Profesional_2023
Fecha del Análisis:	21/06/2023
Operador del Programa Informático:	Kowashiro Diaz Miludska
Correo del Operador del Programa Informático:	mkowashiro@unfv.edu.pe
Porcentaje:	12%
Asesor:	Sotomayor Mancisidor Merce
Título:	TERCERAS MOLARES INFERIORES NO ERUPCIONADAS RELACIONADAS CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS, HOSPITAL "ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ", LIMA 2022.
Enlace:	https://secure.arkund.com/old/view/163519530-921126-764061#Fc87TgRRDETRvXR8hZ7tfv7MVhABGgHqgEkmROydlriBpVOBf47v53F7Xdj6z5SrUKfaKIWpVoOZnOk23abbdbt2rp1r59q5dq6dy7mcy4VcyIVcyIVcyIVcDLIII50M8iQ3mWSRTQ61KKOcCuqkNpVUUU0NvWijnQ76pDeddNFND7MYY5wJ5mQ2k0wxzcbw/P6elyf1/39cf84butFX557ssZ7xn3H7x8=

Jefe de la Oficina de Grados
y Gestión del Egresado:



AMÉRICO ALEJANDRO MUNAYCO MAGALLANES



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TERCERAS MOLARES INFERIORES NO ERUPCIONADAS
RELACIONADAS CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR EN
RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS, HOSPITAL “ULDARICO ROCCA
FERNÁNDEZ”, LIMA 2022**

Línea de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista en Odontología

Autora

Molina Gonzales, Andrea Pierina

Asesor

Sotomayor Mancisidor Merce Concepción

(ORCID: 0000-0002-5309-6582)

Jurado

Chuna Espinoza, Jorge Dante

Peltroche Adrianzen Nimia Olimpia

Quispe Tasayco, Lucia Marisela

Lima, Perú

2023

Dedicatoria

A mis padres que siempre estuvieron conmigo a lo

largo de todo este proceso y son el motor que

impulsa mis sueños.

Hoy que acabo mi etapa de pregrado, les dedico a

ustedes padres este logro, como una meta más

cumplida.

Agradecimiento

Quiero agradecer a todas las personas que fueron mi
soporte para lograr este objetivo.

Gracias a mi asesor, Dr. Merce Concepción
Sotomayor Mansicidor por su apoyo incondicional,
por su guía y aporte en el transcurso de la
investigación. Usted formó parte importante de esta
historia con sus aportes profesionales que lo
caracterizan.

Agradecer a todos mis docentes de la universidad
los cuales estimo mucho, ya que me apoyaron en
todo momento tanto en el ámbito académico como
personal.

ÍNDICE

	Pag
Resumen	
Abstract	
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1. Descripción y formulación del problema.....	01
1.2. Antecedentes.....	03
1.3. Objetivos.....	08
• Objetivo General	
• Objetivos Específicos	
1.4. Justificación.....	09
1.5. Hipótesis.....	10
II. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	11
III. MÉTODO.....	20
3.1. Tipo de investigación.....	20
3.2. Ámbito de temporal y espacial.....	20
3.3. Variables.....	20
3.4. Población y muestra.....	20
3.5. Instrumentos.....	22
3.6. Procedimientos.....	22
3.7. Análisis de datos.....	22
3.8. Consideraciones éticas.....	23
IV. RESULTADOS.....	24
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	36

VI.	CONCLUSIONES.....	38
VII.	RECOMENDACIONES.....	39
VIII.	REFERENCIAS.....	40
IX.	ANEXOS.....	44

Resumen

Este estudio se determinó la relación entre los caudales mandibulares y el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas vistas en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, Lima, 2022. Metodología utilizada en este estudio, tipo de estudio: Cuantitativo, Básico, Transversal, Correlación, Retrospectivo, Hipotético Deductivo, Descriptivo, con una muestra de 122 radiografías panorámicas; resultando un 62,3% cerca del canal mandibular y el 37,7% restante no cerca del canal mandibular; según la pieza dentaria, y según el porcentaje de las piezas mas próximas el 27.7% se encontró que era de la pieza 3.8 y el 34.6% restante correspondía a la pieza 4.8, entre el tercer molar inferior y el conducto dentario inferior; por género, según placas radiográficas panorámicas, el 52,46% eran femeninas y el 47,54% restante varones; en cuanto a la edad, la proximidad de los terceros molares inferiores al canal dentario inferior muestra que el 50% tiene una edad mayor a 33 años y el 50% restante tiene una edad menor a 33 años, siendo la edad más relativa en las observaciones tiene 33 ± 0.46 años. Se concluye que debido a los resultados obtenidos, la mayoría de porcentajes son cercanos en el canal dentario inferior; en segundo lugar, existe diferencia significativa ($p= 0.030$) entre el tercer molar inferior y el canal dentario inferior según la pieza dentaria; en tercer lugar, según sexo se concluye que el sexo femenino presenta mayor proximidad al canal dentario inferior, y por último, según edad no hay diferencia significativa ($p= 0.905$) entre la proximidad de terceros molares inferiores y dientes inferiores al conducto dentario inferior.

Palabras clave: Panorámicas, erupción, tercera molar, conducto dentario.

Abstract

This study determined the relationship between the mandibular flows and the lower dental canal in panoramic radiographs seen at the Uldarico Rocca Fernández Hospital, Lima, 2022. Methodology used in this study, type of study: Quantitative, Basic, Cross-sectional, Correlation, Retrospective, Hypothetical Deductive, Descriptive, with a sample of 122 panoramic radiographs; resulting in 62.3% near the mandibular canal and the remaining 37.7% not near the mandibular canal; According to the tooth, and according to the percentage of the closest teeth, 27.7% was found to be from tooth 3.8 and the remaining 34.6% corresponded to tooth 4.8, between the lower third molar and the lower dental canal; By gender, according to panoramic radiographic plates, 52.46% were female and the remaining 47.54% were male; Regarding age, the proximity of the lower third molars to the lower dental canal shows that 50% are older than 33 years and the remaining 50% are younger than 33 years, being the most relative age in the observations. He is 33 ± 0.46 years old. It is concluded that due to the results obtained, the majority of percentages are close in the lower dental canal; secondly, there is a significant difference ($p= 0.030$) between the lower third molar and the lower dental canal depending on the tooth; Thirdly, according to sex, it is concluded that the female sex has greater proximity to the lower dental canal, and finally, according to age, there is no significant difference ($p= 0.905$) between the proximity of lower third molars and lower teeth to the lower dental canal.

Key words: Panoramic, eruption, third molar, dental canal.

I. INTRODUCCIÓN

El canal dentario inferior (ICC) se origina en el inicio de la mandíbula y finaliza en el foramen mentoniano. Su recorrido se divide en cuatro partes: la rama, el ángulo, el cuerpo mandibular y el sector de apertura mental. La primera parte de esto es una pendiente hacia abajo y hacia adelante. En la banda de la comisura de la mandíbula inferior forma una línea recta, y en su último fragmento se refiere a la órbita formada por la apertura de la mente hacia los lados superior y posterior. La "S" en cursiva se refiere a esta ortografía. (Alanoca, 2016; Kuffel, 2019)

Según la clasificación de Winter, la perspectiva del 3er molar se correlaciona con el eje largo del segundo molar: vertical (los dos ejes son paralelos, esta ubicación es más común), disto-angular (los ejes crean un ángulo abierto hacia atrás), meso-angular (esta es la retención más fácil), horizontal (el eje del 3er molar es paralelo al borde del maxilar inferior, este es un tipo de retención que es difícil de quitar), rotado (la corona del 3er molar sigue hacia abajo). Trayectoria angular anterior (mirando el eje oblicuo hacia las mejillas y sus raíces hacia la lengua) y angular lingual (poco común, se puede determinar que el eje oblicuo es lingual y los ápices hacia la tabla externa). (Osunde y Saheed, 2015)

1.1. Descripción y formulación del problema

Un examen radiográfico panorámico ayuda a hacer a tener un diagnóstico más preciso a nuestros pacientes, lo que nos permite evaluar los dientes, la mandíbula y sus regiones, así como observar las referencias anatómicas, que son necesarias para un diagnóstico integral para el éxito del tratamiento. (Pineda, 2016)

Esta técnica detecta un cóccix inferior dañado y cerrado, traumatismo, enfermedad mandibular extensa, dentición mixta y proximidad al nervio alveolar, que atraviesa la espina de Spix por medio de la mandíbula y se extiende hasta el agujero mentoniano, además en condiciones normales corre peor por vía oral y próximo a los ápices radiculares de los terceros

molares, las características entre los molares y el VPN son las siguientes: imagen profunda de los molares con radioslides, cavilización de los molares, estrechamiento de los pies, presencia de grietas en dicho canal, cambios en la cortical del nervio dentario, desviación súbita del VPN de los dientes inferiores, estrechamiento del canal, por lo tanto de su importancia en el diagnóstico según el tratamiento quirúrgico adecuado. (Gay et al., 2016)

El objetivo de este estudio es determinar la densidad de ubicación de los molares inferiores no erupcionados en relación al nervio dentario inferior mediante radiografías panorámicas tomadas en el año 2022 de pacientes atendidos en el Hospital “Uldarico Roca Fernández” de Lima.

El empleo de rayos X. es una parte importante de la odontología, debido a que la mayoría de los usuarios necesitan de este examen, la presentación y ubicación de la mandíbula se determina en base al examen mencionado, donde se puede encontrar su ubicación en la rama de la mandíbula, hueso y correspondencia que existe con respecto al eje mayor del 2° molar. (Barreiro y Duarte, 2019)

Las corrientes menos profundas tienen grados variables en comparación con las estructuras adyacentes en las que se encuentran, siendo las más reconocidas Langlais, Pell y Gregory e Winter. Por ello, es importante ofrecer un examen de rayos X que arroje resultados sobre la pieza dentaria antes mencionada, por ejemplo, diferentes estructuras en la parte inferior de la cola, la radiografía panorámica permite transmitir información de cierta manera. (Roca, 2020)

Los molares inferiores son los dientes que causan serios problemas cuando se caen, desde los 8-9 años hasta que salen a los 16-20 años. (Del Puerto et al., 2017) Los molares inferiores son los últimos en erupcionar y normalmente lo hacen en un espacio muy pequeño, provocando una gran inflamación y gingivitis en la zona.

La radiografía panorámica permite ver imágenes de la estructura facial del maxilar, mandíbula, observar las ubicaciones y proximidad de la corrección anatómica de los dientes inferiores y cola inferior. (Blondeau y Daniel, 2017) La evidencia científica es limitada, informó Kuffel en un estudio en Ecuador que tuvo como objetivo identificar la incidencia, ubicación y clase de los terceros molares faltantes según la clasificación propuesta por Pell y Gregory, a partir de un estudio de 200 imágenes de este tipo de placa en personas con la misma edad doce y veinticuatro años para completar el formulario utilizado en este trabajo, lo que da como resultado que la ubicación de profundidad sea común a la caudal inferior superior, así como la cola inferior en posición C y la clase II sean comunes en la caudal inferior. (Uribe, 2017)

Problema general

¿Cuál es la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas al conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022?

1.2. Antecedentes

Internacionales

Kuffel (2019); Ecuador. Escribió una tesis para ver la relación entre la posición y posición de las corrientes inferiores según la clase de Pell y Gregory. Tracé 200 radiografías ortopantográficas de personas de 12 a 24 años, dando como resultado el fondo relativo de la parte inferior desde arriba y desde abajo, llegando a la situación C. Desde la articulación de la caudal hasta la correlación con la rama ascendente de la parte inferior la caudal, la mandíbula y el segundo molar pertenecen a la clase II dentro del rango normal.

Villavicencio (2017); Costa Rica. Realizó un estudio “Frecuencia de posición de tercera mejilla inferior en radiografías panorámicas de pacientes del Centro Radiológico Tomodent, Guanacaste - Costa Rica, 2015” para determinar la asociación de flujos inferiores de Rx

ortopantográficas. El estudio realizado en Costa Rica en 2015 fue un estudio transversal retrospectivo y observacional. Se estudiaron un total de 308 caudales inferiores utilizando la clasificación de Pell y Gregory, que define su calado y clase de Langlais. Se logra la proximidad al conducto dental inferior. Noventa y cinco por ciento niveles de confianza uno $p < 0.05$. Resultó que había 210 caudales (68,2%) cerca del canal dentario inferior. La forma más conocida proviene de la Zona Oscura, una brecha con cuarenta y una piezas (13,3 %), y el sitio profundo más común fue el Sitio A con ciento setenta y dos flujos (55,8 %). Como resultado, existe una relación entre la posición de la profundidad de la caudal y el conducto dentario inferior.

Bozzatello (2002); Argentina Realizó una investigación sobre la incidencia de los flujos inferiores de acuerdo al sexo, edad, índice craneofacial, síntomas y su correspondencia, y un tipo de arco de detención según la clasificación propuesta por Winter y Pell y Gregory. Seleccionó ciento sesenta y dos individuos de ambos sexos, noventa y dos mujeres que representan el 56,8 por ciento y 70 hombres que representan el 43,2 por ciento, con un rango de 17 a 81 años. De los ciento sesenta y dos individuos examinados, 54 presentaban solo retención de un solo lado (33,3%) y 108 presentaban retención bilateral 66,7%, por lo que identificaron dos retenciones bilaterales, cada una en un lado ($2/3$ y $1/3$ de los sujetos proporcionalmente) En proporción al sexo, el stop inferior de la cola se observó en machos del prototipo a 67.1% y en féminas a 66.3 %.

Ibarra (2017); Ecuador. Este estudio se enfoca en la localización de terceros molares inferiores mediante radiografías panorámicas tomadas a pacientes atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) N° 6 en el Centro de Atención Ambulatoria CAA en Guayas Central, Ecuador. Guayaquil, Ecuador, 2014 y 2015. Este estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo. Considerando 189 radiografías panorámicas. Las variables consideradas fueron: Proximidad del canal dentario inferior (Langlais), profundidad del tercer

molar (Pell y Gregory), el sexo, la edad y el número de molares. Se encontraron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas en el análisis univariado. Mientras que para el análisis bivariado utilizaron la prueba de Chi-cuadrado, la prueba corregida de Yates, la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba U de Mann Whitney. El nivel de confianza del estudio fue del 95% y $p < 0.05$. El estudio utilizó 189 radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al Centro de Tratamiento Policlínico Central del Guayas (CAA #6) en Guayaquil, Ecuador, de 2014 a 2015; que cumplían con los criterios de inclusión. Las radiografías incluyeron 333 grupos de molares, de los cuales 88 eran femeninos y 101 masculinos; la edad media fue de 28,6 años y 6,2 SD, 233 molares (70%) se encontraron próximo al canal dentario inferior, mientras que 100 molares (30%) no se conservaron cerca del canal dentario inferior. Entre 233 molares encontrados cerca del espacio del canal inferior, la imagen más común resultó ser "grupo oscuro", donde 71 casos representan el 21,4%. Posteriormente se encontró que el tipo A era el más frecuente, con un total de 187 molares (56,2%) según las ubicaciones profundas de Pell y Gregory. Así, se puede decir que existe una relación entre la posición de los terceros molares mandibulares y la proximidad del canal dentario inferior en las radiografías panorámicas de pacientes con edades entre 18 y 65 años.

Nacionales

Aranda (2012); Lima. Se vio la relación entre la proximidad de las raíces de la cola inferior y la proximidad del canal dentario inferior, el estudio proporciona 653 radiografías panorámicas, de las cuales 327 fueron de acuerdo con las instrucciones dadas. Obtenido el 59% de hueso 340 no tiene relación entre el molar y el canal, y el 41% de hueso 237 tiene relación entre diente y canal, se encontró que el patrón que más prestó atención es el adelgazamiento y retención de ciento cuarenta y dos dientes, es decir. (60%).

Tirado (2015); Lima. "Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central FAP";

Perú, realizaron una investigación con el objetivo de encontrar la relación de los flujos inferiores con el género de las personas que reciben atención en dicho hospital. Treinta personas de ambos sexos, en la clase 18-40 años; y se elaboraron placas ortopantográficas, actualmente desde el primer mes hasta el sexto mes del 2011. Se obtuvo puntaje alto para CLASE II POSICIÓN B, abajo a la derecha, que es una radiografía normal de 39.2 L masculino y feminas. LA INSTALACIÓN CLASE II B se representa más a menudo por la cola inferior izquierda en las radiografías masculinas y femeninas con un total de 37,7 litros. Resultó que gran parte de los que pertenecen a esta categoría conviven entre las edades de 18 y 29 años, la participación del 39,6 por ciento. Y clasificación pongo A entre treinta y cuarenta 37.5%. De acuerdo a la sistematización de Pell y Gregory, se concluyó que la CLASE II LOCALIZACIÓN B predomina en la región caudal inferior del lado derecho e izquierdo, tanto en machos como en hembras. CLASE II LOCALIZACIÓN B es superior en el ángulo inferior derecho y región caudal izquierda entre los 18 y 40 años de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory. La estación A de clase I afecta la cola inferior izquierda y derecha entre los 30 y 40 años. Al igual que Pell y Gregory, no existe una relación entre los efectos presentados en nuestro trabajo y la hipótesis de que el ESTADO DE CLASE II es más alto independientemente del género.

Pozo (2016); Huánuco. “Posición del tercer molar en relación a la posición del canal mandibular en pacientes adultos jóvenes de Huánuco 2016”, donde se tuvo como objetivo conocer la posición de la parte inferior de la cola en relación al canal maxilar en adultos mayores jóvenes. En Huánuco 2016 se tuvo una correlación de tipo descriptiva de la correlación principal, fue dada por 30 personas de 19 a 25 años hombres y mujeres. Se recolectó refiriéndose a su registro de visitas utilizando SPSS 20 utilizando perturbaciones y estadísticas descriptivas que se dividieron a la mitad para ambos sexos. Según PELL y GREGORY, según la barra inferior izquierda, la CLASE III TIPO C de mayor tamaño fue del 36,7%, segundo

lugar CLASE II TIPO B 26.7% según clase Ezodin, la posición de la cola inferior izquierda correspondiente a la posición de la mandíbula superior fue más alta en comparación con ningún cambio 46.7%. La clasificación GREGORY III TIPO C fue mayor en los dos molares derecho e izquierdo. Según la clase Ezodin, la correlación con mayor prevalencia fue que está presente, pero sin cambios orgánicos en una u otra mandíbula.

Verde (2017); Lima. El estudio investigó la recurrencia, localización e incidencia de las muelas del juicio inferiores y su distribución a lo largo de la tabla mandibular, considerando individuos de 18 a 30 años, participaron del estudio 3690 pacientes tratados, de un total de 451 basados en muelas del juicio inferiores. De los 306 casos de examen radiográfico ortopantográfico relativo, 135 son pacientes masculinos y 171 son pacientes femeninas, se examinaron 205 muelas del juicio en pacientes masculinos y 246 en pacientes femeninas; 231 corresponden al dentario 3.8 y 220 al coxis 4.8, de los cuales la mayoría se presentó en posición vertical con 52.11%, seguido de la posición Mesio-angular con 35.25%, horizontal y distoangular. cada uno con 5.76% y finalmente la ubicación transversal con 1.11%. Se encuentra que las corrientes de menor impacto están asociadas con la Clase I 117 (52.47%) y la Clase II 106 (47.53%).

Proaño (2016); Lima. Realizó una investigación titulada “Proximidad al nervio alveolar inferior de los terceros molares en posición Mesio-angular en pacientes de 20 a 30 años” con el objetivo de observar sus características entre masculino y femenino y la edad, encontrar qué lado de la mandíbula tiene mayor proporción y si los peligros radiográficos aumentan con la edad, y ver la validez de las placas ortopantográficas en relación a otros trabajos. Ayuda con el diagnóstico actual. En este trabajo se vieron las características de compatibilidad de incertidumbre radiográfica de placas ortopantográficas de personas ingresadas en el área quirúrgica de American University. Se recogieron cuarenta y dos imágenes ortopantográficas de personas de entre 20 y 30 años que tenían un total de sesenta y ocho menos de flujo en la

posición mesioangular. Para incluir el estudio radiográfico se utilizó la observación con el King Negatoscopio digital. Se encontró que el grosor cortical máximo menos la mandíbula era el más visible en las estimaciones de Rood, porque no había correlación entre el género y la edad, y también parecía que los dientes correspondientes al lado derecho representaban más compromiso. Que en el otro lado y no se observó entre la edad y el aumento de las características radiológicas. Las ortopantomografías de los pacientes estudiados muestran signos de riesgo superiores a otras investigaciones que podrían utilizarse como un buen indicador de predicción de riesgo radiográfico.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022.

Objetivos específicos

1. Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto del dentario inferior en radiografías panorámicas, acuerdo la edad, en pacientes que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022.

2. Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, acuerdo sexo, en pacientes que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022.

3. Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, según la pieza dentaria, en pacientes que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022.

1.4. Justificación

Teórico

La posición de los caudales mandibulares siempre ha sido un problema para los cirujanos dentales debido a su anatomía compleja habitual, ya sea ubicación, situación y cumplimiento con las estructuras adyacentes. El propósito de este estudio es mejorar el conocimiento de los cirujanos dentales, así como de nuestros futuros dentistas. La perspectiva del trabajo es importante porque los jóvenes y adultos tienen una gran cantidad de pacientes con problemas posturales, dolor y molestias, además, existe interés de pacientes y profesionales para realizar procedimientos quirúrgicos caudales inferiores.

Social

Para facilitar esta localización y posiciones caudales inferiores, se debe utilizar la radiografía panorámica para un mejor diagnóstico y observación de los puntos de referencia anatómicos adyacentes, uno de los cuales es el haz vascular-nervioso del diente inferior, del que más se beneficiará el paciente y el cirujano dentista. Este estudio es un aporte importante para el Departamento de Cirugía Oral del Centro Hospitalario y otros centros de Lima, Perú, con imágenes panorámicas para ayudar a tomar mejores decisiones durante los procedimientos quirúrgicos.

Debemos llevar el control de los contextos a los que ingresamos para trabajar con el flujo, estos datos y lo que recibimos es para beneficio de estudiantes, profesionales y en su mayoría pacientes.

Práctico/Clínico

Reconoce además en el ámbito clínico que está y ha sido formado en un adecuado diagnóstico y adecuada planificación del tratamiento para poder realizar una adecuada operación o procedimiento quirúrgico, minimizando posibles problemas preoperatorios, quirúrgicos y postoperatorios.

1.5. Hipótesis

HI: Existe relación entre la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas con el conducto dentario inferior en observaciones de radiografías panorámicas en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima, 2022.

H0: No existe relación entre la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas con el conducto dentario inferior en observaciones de radiografías panorámicas en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Embriología y desarrollo*

Dentro de la mandíbula pequeña y adulta hay un pasaje a través de un canal llamado mandíbula o mandíbula; donde va el VAN dentario inferior, que inerva e hidrata el maxilar inferior. (Del Puerto et al., 2017)

El canal mandibular de un niño y de un adulto imita el canal primitivo del feto, formado como resultado de la continua formación bacteriana de los dientes temporales y permanentes en el canal, lo que a su vez provoca la progresión de sus respectivos alvéolos.

El canal dentario inferior se encuentra en la parte interna de la rama ascendente mandibular a la altura de la espina de SPIX, desde el punto de partida a la altura del agujero superior, desciende hacia el hueso y entra, baja y sale; saliendo a nivel de los primeros y segundos premolares, en los llamados forámenes mentonianos. A medida que se desgasta, el canal revela la curvatura de la fosa anterior, que se divide en anterior y posterior hasta alcanzar el orificio mentoniano y el canal incisivo a menos de 5 mm del ápice de la raíz del tercer párpado. Una masa densa y esponjosa llamada tejido esponjoso se forma dentro de la mandíbula inferior y rodea el canal dental inferior. (Uribe, 2017)

Mejor que este canal, comienza dentro de la rama detrás de la columna SPIX y corre en diagonal hacia abajo y hacia adelante. A la altura de los premolares, se divide en externa e interna. Tienen conductos accesorios que se dirigen a cada alvéolo. (Albornoz et al., 2017)

El canal dental inferior se encuentra 8-9 mm superior al borde inferior de la mandíbula inferior. Si se desgasta, pasa milímetros por debajo de los ápices radiculares, también puede ser lingual lateral o bucal a las raíces. Con relación al extremo inferior de la cola, pasa regularmente a 5 mm de su punta, y cuando se incluye, puede presentarse entre las dos raíces. (Patel et al., 2017)

Según Osunde y Saheed (2015), el pezón caudal parte del epitelio porque la singularidad es que el pezón de la mejilla desciende del segundo molar. El origen del tercer molar aparece desde la punta de la capa dental. Su endurecimiento se produce a la edad de 8-10 años, de los quince a los dieciséis años termina el endurecimiento de la corona, solo hacia los veinticinco años termina su forma y endurecimiento. A medida que el hueso se desarrolla, las raíces no calcificadas se desplazan hacia atrás, lo que puede revelar la barra de salida oblicua y su afectación habitual en el plano distal del 2° molar, el agrandamiento de las cajas y la salida de zonas todavía no endurecidas, que, para alcance su perspectiva estándar, el tercero debe pasar por una órbita llamada elipse de Capdepont, que sube, las fosas nasales detrás. Solo "alrededor de 20 muelas del juicio suelen estar enfocadas". (Osunde y Saheed, 2015)

Además, el evento de colisión se vuelve más profundo y, por lo tanto, la proximidad de la cola al canal del nervio alveolar (Jimoh) es igual a 1.3: 1 en mujeres y hombres, termina con las raíces caudales inferiores de la mandíbula moviéndose lentamente hacia adelante. El desarrollo de la mandíbula inferior en las hembras también termina con la vista de la cola inferior en la cavidad oral, es decir, su progresión se vuelve predominante cuando erupcionan los tercios (Badenoch et al., 2016)

Relaciones caudales inferiores de las raíces mandibulares con el canal dentario inferior de las radiografías panorámicas, es importante que los colegas cirujanos dentistas conozcan la anatomía y determinen la posición de la cola para realizar un buen diagnóstico y luego realizar un buen tratamiento quirúrgico. (Agrada, 2016) Este tipo de extracción se realiza en todos los pacientes, independientemente de si sus dientes están perfectos o no, así como en personas a las que les faltan dientes para la reparación ósea, que es uno de los procedimientos quirúrgicos más importantes en la boca.

El canal dentario inferior (CDI) se origina al comienzo de la mandíbula y termina en el orificio mentoniano. Se desarrolla en un óvalo con cada aumento y es visible en la radiografía

como 2 rayas pálidas similares, que en el camino hablan de la banda oscura que se ha formado a los dos lados de la mandíbula inferior. Su recorrido se distribuye en cuatro partes, que se completan gracias a la calcificación de los tres métodos óseos. Las partes son: rama, ángulo, cuerpo mandibular y sector del agujero mentoniano. La primera parte de esto es una pendiente hacia abajo y hacia adelante. En la banda angular de la mandíbula es recto, y en su fragmento decisivo apunta hacia arriba y hacia atrás en la órbita para nacer en el foramen de la mente. La "S" en cursiva se refiere a esta ortografía. (Alanoca, 2016; Kuffel, 2019) Por supuesto, el CDI se encuentra más cerca de la pared lingual, que no es visible en las radiografías panorámicas. Los estudios han corroborado que este ícono brinda información valiosa que le permite al profesional evaluar cada tema y planificar correctamente sus actividades, lo que sigue siendo lo principal debido al precio y la simplicidad. Sin compromiso, la investigación obtenida por TCCB agrega algunas cosas donde es precisa para lograr una mayor precisión. (Pérez et al., 2015) Los rayos X son de gran ayuda en el análisis. En todos ellos es posible encontrar señales que indiquen la proximidad de corrientes bajo el CDI, que se encargan de subsanar errores de cálculo y cuando es necesario informar a las aisladas para utilizar la más representada, por ejemplo, Cone Beam. Tomografía computarizada (TCCB) (Laca, 2015).

El nervio dentario inferior, que anatómicamente es una división distante, está en constante correspondencia interna con todas las estructuras cercanas a él. La radiografía panorámica revela gran parte de este trayecto y la correspondencia del conducto o canal con estructuras tales como el agujero mentoniano, las partes apicales de las piezas dentarias inferiores, el cuerpo, borde y rama de la mandíbula. (Verde, 2017).

Probablemente, el daño de esta distribución corresponde al potencial de una persona para parálisis, sangrado e infección de la región mandibular, daños que además de causar molestias al paciente, pueden tener consecuencias médico legales. Muchos otros elementos se agrupan en orden ascendente, como la edad de una persona, el estado de salud o el uso de un

cirujano y las habilidades que utiliza. Ninguno de ellos se puede arreglar. Por lo tanto, la comprensión previa y la organización pueden reducir permanentemente la posibilidad de que ocurran. (Laca, 2015)

En cuanto a la falta de conexión, las radiografías muestran que existe una brecha oscura entre ambas divisiones, que proyecta el tejido óseo del cuerpo de la mandíbula, que actúa como un viaducto disyuntivo entre ambas organizaciones.

Según Villavicencio (2017), nos dice que, si existen dudas sobre la correspondencia obligatoria de las raíces de la pieza y el nervio, y lo examinado en ortopantografía cubre incertidumbres paralelas, es razonable optar por otras técnicas que lo permitan. Eso disparar desde diferentes ángulos, lo que permite un análisis mucho más conveniente. Con base en estos criterios, se evalúa lo siguiente para determinar la relación: Las raíces de cola se cruzan y son visibles bajo la radio luminancia del canal. Las raíces de los caudados inferiores están en el foramen y la corteza subyacente es visible, por lo que puede verse que las raíces no se extienden más allá del canal caudal inferior. No hay signos de radiolucidez del canal, se observa la corteza cerebral intacta, pero se observa una pequeña aproximación entre ambas estructuras. Las raíces son curvas y el canal suele elegir también está curvatura.

Ezoddini (2010) evaluó la correlación entre las raíces caudales mandibulares y el canal mandibular y puso un signo para cada sentido comenzando con "A", incluyendo "E", "A" define pérdida de unión, "B" es unión, pero sin proyección de intercambio organizado. Las raíces "C" en el canal, las raíces "D" cruzan el canal y "E" es la desviación del canal de la curvatura de la raíz. Esta clasificación cubre gran parte de las tipologías comentadas en la publicación, porque crea una ortografía específica para cada correlación y no presenta problemas en el estudio de placas ortopantográficas. (Proano, 2016)

Clasificación de Robert Langlais: Reporta los hallazgos radiográficos a nivel del canal dentario inferior y sugiere una correspondencia igual con la raíz caudal inferior, con o sin punto de referencia entre estas correcciones anatómicas. Tiene 5 calificaciones:

- No superposición: cuando existe un trayecto entre la raíz y el canal inferior. Este es el único signo con esta función, porque los restos están definidos por la adición entre la raíz del tercer molar y el canal dentario.
- Banda oscura: cuando la consistencia de la raíz es baja en el área donde el canal del diente inferior está por encima de la raíz.
- Adelgazamiento: cuando el espesor del canal dentario inferior ha disminuido por encima de las raíces.
- Interrupción: cuando la cortical del conducto dentario inferior se convierte en un obstáculo al superponerse las raíces.
- Redirección: Esto es cuando el canal mandibular se desvía de su camino superponiéndose a las raíces. Uno de los principales nervios que componen el sistema estomatognático es el nervio dentario, el cual se relaciona con otros parámetros anatómicos y es independiente. (Pérez et al., 2015)

Una buena exploración radiológica y clínica para realizar un buen diagnóstico y por tanto un adecuado tratamiento de todo ello requieren del conocimiento de la estructura y funciones de los componentes del aparato dental, así como de las características individuales de cada paciente. Para intervenir adecuadamente con el paciente donde se debe brindar atención dental de alta calidad.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Caudales inferiores

Lo que tenemos es que Hellman, Bjorky Broadnet y Richardson, Turley, citados por Schulhof, afirman que los maxilares caudales deben ser evaluados y procesados utilizando

diversas habilidades a partir de la historia clínica, incluido el procesamiento de imágenes, y encontrar esa preservación de la mandíbula. la madurez de la cola inferior y el desarrollo de la mandíbula son deficientes, por lo que podemos estimar colocando medidas seguras en placas ortopantográficas, donde se encuentra el recorrido de XI (rama ascendente del punto medio) hacia la superficie distal de los dientes 2° molar mandibular según Ricketts, si a 30 mm la emisión dentaria es uniforme, su mandíbula progresa correctamente, si la distancia es de 25-29 mm, la mandíbula se desarrolla incorrectamente, lo que permite la erupción de las colas inferiores, hay mala visión, si es menos de 25 mm, la mandíbula no es un lugar suficientemente malo para que salgan las colas inferiores debido al avance. (Uribe, 2017)

Esta parte puede considerarse imaginaria porque está delimitada por dos planos: por adelante, el plano formado por el perfil distal del 2° molar y su prolongación de la base mandibular, y la parte superior del plano horizontal de la columna vertebral SPIX borde de la mandíbula inferior, glándula parótida. (Albornoz et al., 2017)

2.2.2. Canal dentario inferior

El canal dentario inferior está conformado por el VAN, cuyo trayecto es a nivel del agujero maxilar en el tercio de esta rama, relacionado con la espina de Spix, para luego descender en dirección antero inferior a 0.95 % de casos son canales divididos. La parte inferior del canal dentario va a la abertura mandibular, incluido el segundo molar, desciende a los dientes en el plano muerto apical y se apoya más en la mesa vestibular y el borde de las plantas, y luego gradualmente de uno del molar al segundo premolar forma un cóncavo anterosuperior y termina en el agujero mentoniano; aquí se divide en el canal mentoniano y el canal incisivo antes de desaparecer en el cuerpo mandibular. (Patel et al., 2017).

2.2.3. Radiografías panorámicas

Como herramienta de diagnóstico se utiliza la radiografía panorámica (también llamada ortopantomografía), durante la cual se obtienen detalles anatómicos de la cara, incluidos los

maxilares, el maxilar inferior, los dientes, las estructuras de soporte y la articulación temporomandibular, en una sola imagen, lo que permite la evaluación de muchas lesiones y enfermedades, fracturas faciales y dentales, incluyendo fracturas de mandíbula, terceros molares y diversas patologías relacionadas. (Patel et al., 2017)

Esta es una técnica odontológica, donde un tubo de rayos X con un marco y una película se moviliza alrededor de la cabeza de la persona de manera circular; esta transición, que el dispositivo realiza de manera armoniosa, y el tubo de rayos X y el soporte del marco están contruidos para girar horizontalmente en un círculo alrededor de la cabeza del paciente por medio de los ejes de rotación, la persona debe colocarse de manera que solo las divisiones en el túnel de quemado son visibles en la imagen y aquellas áreas que no están contenidas en la trayectoria se separan debido al movimiento de rotación, cuando se completa dicha transición, a lo largo de la película, sus principales aportes son:

1. Permite observar las estructuras óseas de la cara y los dientes.
2. Reducir la cantidad de radiación a la que se expone una persona
3. rapidez y sencillez de la prueba
4. Descubrimiento de caries relacionadas con la pulpa, patologías periodontales y cambios de punta radicular
5. Tienes una imagen en dos direcciones

La ortopantografía tiene la desventaja de agregar y definir iconografías no observables y placas intraorales, pero tiene la ventaja de observar diferentes áreas. Las indicaciones son visión de la cola, fractura de huesos y dientes, enfermedad periodontal donde las bolsas son > 6 mm. (Patel et al., 2017)

2.2.4. Clasificación de las terceras molares

2.2.4.1. Clasificación según Winter. Perspectiva del tercer molar con respecto al eje longitudinal del segundo molar. (Osunde y Saheed, 2015)

1. Verticales. - Los dos ejes son paralelos y se dan en un 38%, esta posición es la más común.
2. Disto angular. - Los ejes crean un ángulo de apertura invertido, esto ocurre en un 6%.
3. Mesio angular. - Esta es la retención más fácil, ocurre cuando los ejes forman un ángulo del ápice superior anterior cercano a los 43°.
4. Horizontal. - El eje del tercer molar es paralelo al borde de la mandíbula, es un tipo de retención de difícil remoción, se presenta en menos del 3%.
5. Invertido - La corona del tercer molar sigue un desarrollo hacia abajo.
6. Vestíbulo angular. - Esta posición es rara, nótese que el eje oblicuo es al vestibular y sus raíces a la lengua.
7. Linguo angular. - No es común, se puede argumentar que el eje oblicuo es hacia lingual y las puntas hacia la tabla externa.

2.2.4.2 Clasificación según Pell y Gregory. Relación de la tercera muela inferior con la rama que sube mandibular y la segunda molar. (Pell y Gregory, 2016)

1. Clase I: Es el espacio necesario entre la rama ascendente mandibular y la cara distal de la segunda molar para alojar a la tercera muela.
2. Clase II: Insuficiente de la superficie de la rama ascendente del maxilar inferior y la cara distal de la tercera molar, debida que el diámetro Mesio distal de la corona de la tercera es mayor.
3. Clase III: Tercera muela está totalmente o parcialmente por dentro de la rama del maxilar.

2.2.4.3 Según Serna. Profundidad relativa de la tercera molar (Serna, 2016)

1. Posición A: La parte más superior de la caudal está a horizonte o por arriba del recto oclusal de la 2da molar.

2. Posición B: El punto más superior de la caudal se encuentra entre el plano oclusal y la raya del cuello de la 2da muela.

3. Posición C: El sitio más superior de la caudal se encuentra al mismo horizonte de la raya del cuello de la 2da molar o por debajo de está.

2.2.4.4 Clasificación según Langlais. El canal mandibular es una estructura notable por donde pasan vasos sanguíneos y nervios, perteneciente al nervio dentario de la mandíbula, se forma desde la cavidad de la mandíbula hasta la rama interna de la mandíbula, pasa por la parte superior de las raíces y molares hasta terminar en el agujero mentoniano, y luego pasa las puntas de los incisivos hasta juntar los bordes del otro lado con el correspondiente. (Mantillo, 2019).

La relación del canal dentario inferior y su proximidad a las raíces caudales del maxilar inferior. (Alanoca, 2016).

1. Intacto: las raíces caudales no muestran proximidad al canal dentario inferior.

2. Fenómeno de la zona oscura: observe la banda oscura que cruza las puntas de la raíz de la cola.

2. Disminución del diámetro del conducto dentario inferior: el radio del conducto dentario mandibular se estrecha al cruzar la raíz caudal.

3. Interrupción del canal dentario mandibular: El mencionado canal está estacionario o ausente, pasando por encima de las raíces caudales.

4. Cambio en la dirección del canal dentario inferior: describe una curva visible cerca de las regiones caudales.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Cuantitativo, Fundamental, Transversal, Correlativo, Retrospectivo, Descriptivo, Hipotético Deductivo.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se desarrollará durante los meses de abril a septiembre durante el año 2022. Ya que el estudio tuvo como objetivo determinar la proximidad de caudales inferiores en relación con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022, durante el periodo mencionado teniendo un total de 122 placas radiográficas.

3.3. Variables

Variable 1

Terceros molares

Variable 2

Conducto dentario inferior

Co-variables

Edad, sexo, pieza dentaria

3.4. Población y muestra

Población

Pacientes que fueron atendidos en el hospital Uldarico Rocca en Villa el Salvador de EsSalud en el servicio de Odontología de Lima, 2022, estará comprendida por 180 placas radiografías panorámicas.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 122 radiografías panorámicas.

$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(180) \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(180-1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$\frac{180 \times 3.8416 \times 0.25}{179 \times 0.0025 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$179 \times 0.0025 + 3.8416 \times 0.25$$

$$n = 122.18$$

Donde:

N = población (180)

n = muestra

Z = nivel de confianza al 95% equivale a 1.96

e = error muestral al 5% equivale a 0.05

p = 0.5

q = 0.5

Criterios de inclusión

1. Pacientes que fueron atendidos en el hospital Uldarico Rocca Fernandez - EsSalud en Villa el Salvador.
2. Pacientes candidatos a extracción quirúrgica selectiva de terceros molares inferiores.
3. Las edades de los pacientes deben ser mayores de los 18 años.
4. Pacientes atendidos en el año 2022.

Criterios de exclusión

1. Los pacientes que son menores de 18 años.
2. Los pacientes con enfermedades sistémicas.

3. Pacientes que no se atienden en el hospital Uldarico Rocca Fernández – EsSalud en Villa El Salvador.

4. Pacientes que no se atendieron durante el año 2022

3.5. Instrumentos

Esta técnica es el análisis de documentos y su herramienta es una hoja de recolección que se debe preparar para integrar los datos radiográficos. Las siguientes técnicas de investigación se dan como principios fundamentales directa e indirectamente utilizando habilidades de investigación utilizando tarjetas y elementos de financiación.

3.6. Procedimiento

Para la observación de las placas se dio en un lugar tranquilo y con semioscuridad. La posición de la cola inferior se utilizó según la clasificación propuesta por Pell y Gregory y se registró en los archivos de los dientes 48 y 38. Luego se confirmó la proximidad y se establece la correlación entre la base de la cola y el canal del diente en base al conocimiento ya establecido. Si solo hubo un flujo subordinado, se completó esa parte de los datos y el flujo faltante se marcará como ausente.

3.7. Análisis de datos

Una vez disponibles los datos necesarios para el estudio, se analizan los resultados utilizando las variables objeto de estudio y las frecuencias y proporciones determinadas mediante el programa estadístico SPSS 25. Se realiza un análisis univariante de las variables, obteniéndose las réplicas dominantes y de referencia, así como refinando la media y la desviación estándar de los puntos de cuantificación. En una demostración previa de la prueba de colocación normal de Kolmogorov-Smirnov, también se realizó un estudio bivariado de las variables mediante la prueba estadística de chi-cuadrado.

3.8. Consideraciones éticas

La aprobación para este estudio se obtendrá del Coordinador de Servicios del Hospital de EsSalud y del Encargado de Cirugía Oral y Maxilofacial. No se identificaron objeciones a la conducta, ya que solo se realizó una revisión cinematográfica panorámica de los testigos en este hospital. El anonimato de los datos se mantiene numerando cada placa de rayos X.

Este estudio debe ser aceptado porque considera elementos de altruismo, fracaso, independencia y justicia, en línea con el Pacto de Personalidad de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

IV. RESULTADOS

Este estudio busca la relación de la posición de las terceras molares con el CDI respecto a la edad, sexo y número de pieza dental. Debido a que las terceras molares son las que en la mayoría de casos tienen mayor cantidad de problemas tanto en la erupción como en la posición y en relación con referencias anatómicas como por ejemplo el conducto dentario inferior.

Descripción de resultados: Resultados de la variable proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior.

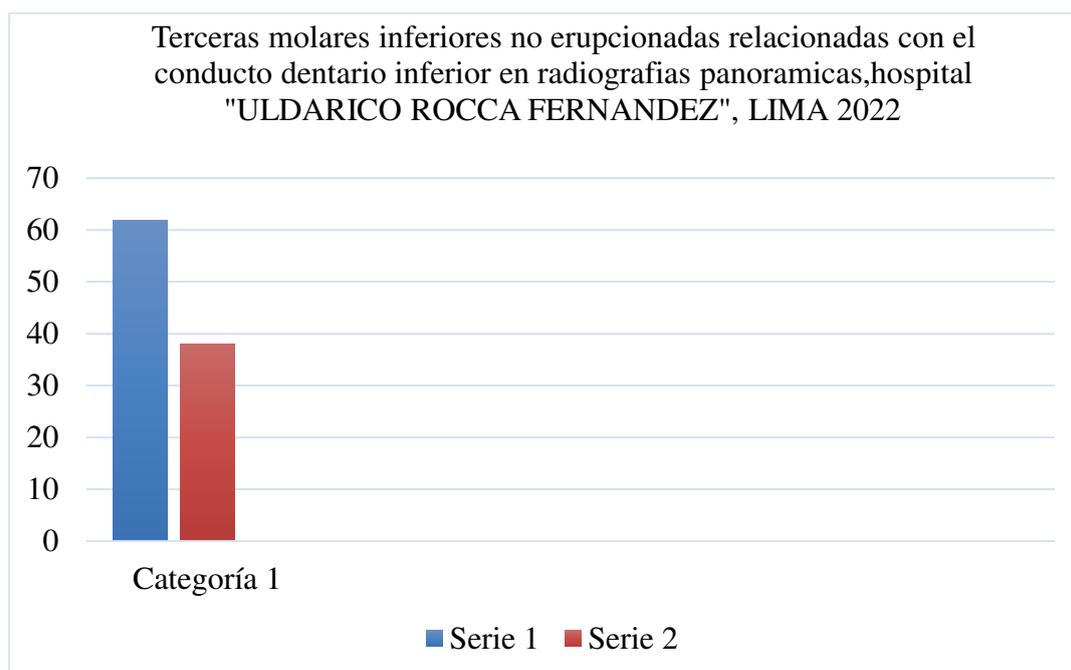
Tabla 1

Frecuencia porcentual de variable

Series	Frecuencia	Porcentaje
Serie 1: Terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas	76	62.3
Serie 2: Terceras molares inferiores no erupcionadas no relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas	46	37.7
TOTAL	122	100

Figura 1

Distribución porcentual de datos de la variable



Nota. En la tabla 1 y figura 1 se puede observar que el 62,3 % es próximo al conducto dentario inferior y el 37,7% no próximo al conducto dentario inferior.

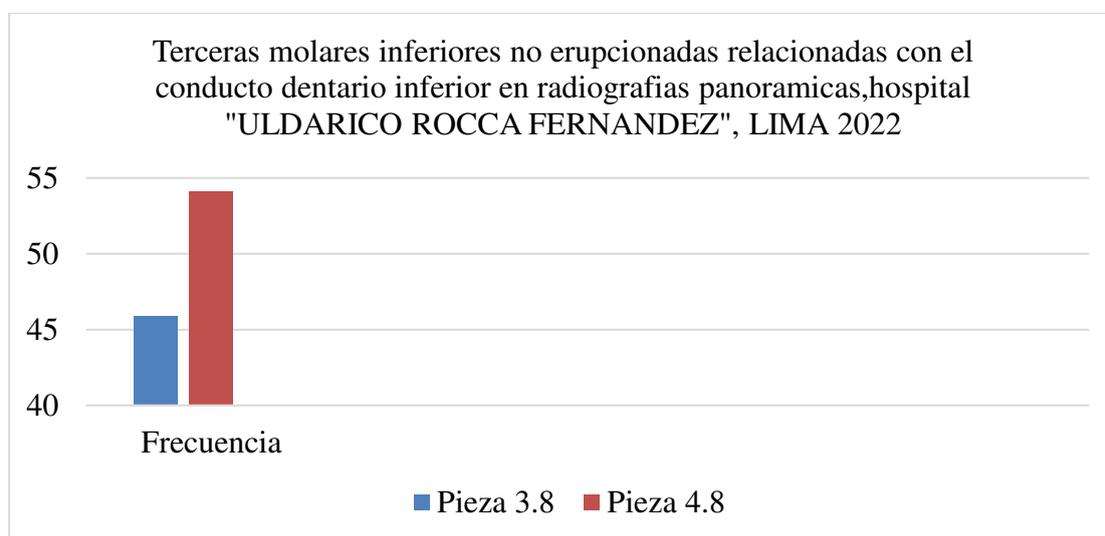
Tabla 2

Distribución porcentual de datos de pieza dentaria

Pieza Dentaria	Frecuencia	Porcentaje
Pieza 3.8	56	45.91
Pieza 4.8	66	54.09
TOTAL	122	100

Figura 2

Distribución porcentual de datos de piezas dentarias



Nota. En la tabla 2 y figura 2 se puede observar que el 45.91% son piezas 3.8 y el otro 54.09 % correspondieron a la pieza 4.8.

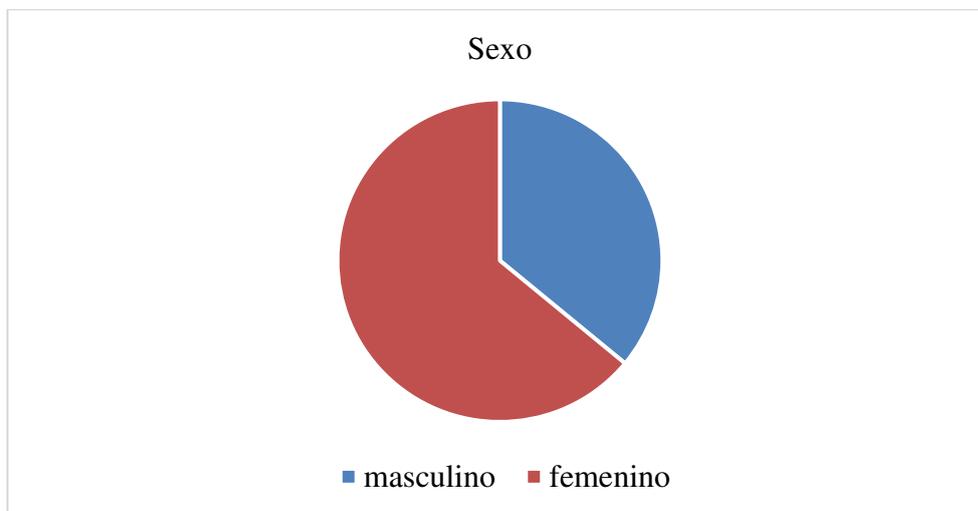
Tabla 3

Porcentaje de datos según la variable sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	58	47.54
Femenino	64	52.46
TOTAL	122	100

Figura 3

Distribución porcentual de datos de la variable sexo



Nota. En la tabla 3 y figura 3 se puede observar que el 52,46 % son de sexo femenino y el 47,54% representa al sexo masculino. Teniendo mayor porcentaje el sexo femenino.

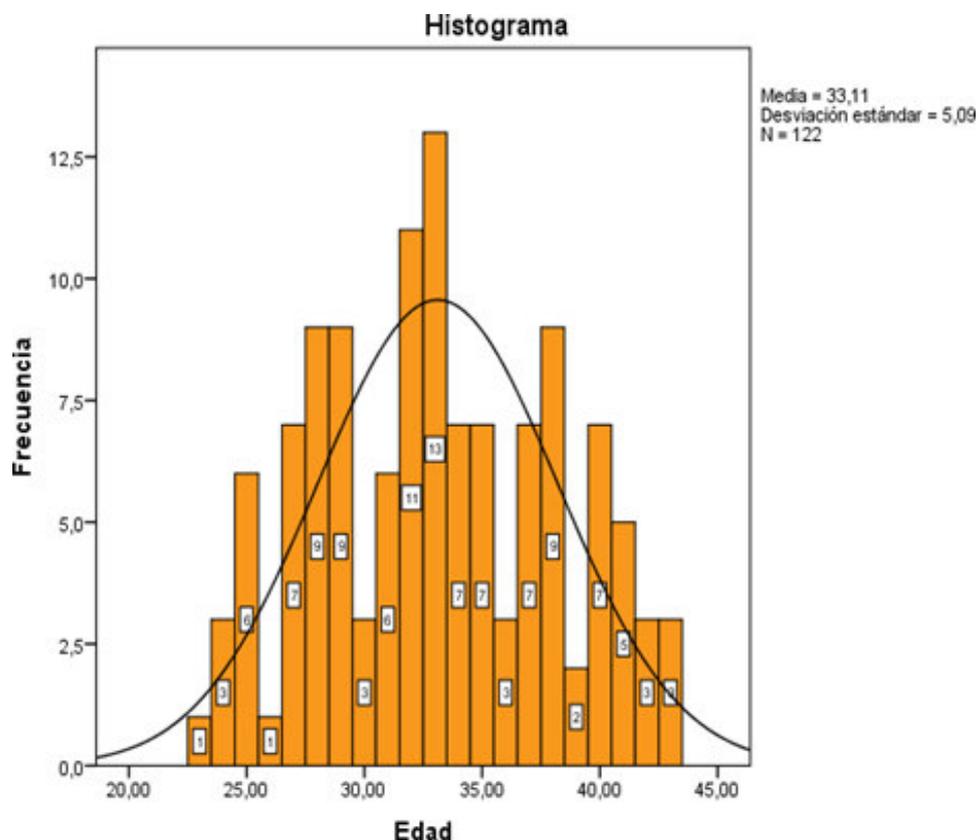
Tabla 4

Porcentaje según de variable edad

N	Valido	122
	Perdido	33
Media		33.1148
Error estándar de la media		0.46079
Mediana		33.0000
Moda		33.00
Desviación estándar		5.08960
Varianza		25.904
Asimetría		0.080
Error estándar de asimetría		0.219
Curtosis		0.869
Error estándar de curtosis		0.435
	Mínimo	23.00
	Máximo	43.00
Percentiles	25	29.0000
	50	33.0000
	75	37.0000

Figura 4

Distribución porcentual de datos de la variable edad



Nota. En la tabla 4 y figura 4 se ve como promedio de edad 33,11 años en los pacientes, el 50 % de la presenta más de 33 años de edad y el 50% tiene menos de 33 años de edad. La edad más relativa en las observaciones es de $33 \pm 0,46$ y los datos se comportan por debajo de la curva de forma leptocúrtica (cuando la distribución es más empinada que la curva normal) con asimétrica hacia la derecha.

4.1. Contrastación de hipótesis

Contraste de hipótesis específico 1

Proximidad de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, hospital “Uldarico Rocca Fernandez”
Lima 2022, según la pieza dentaria

H0: No existe diferencia significativa entre la proximidad de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior según la pieza dentaria en radiografías panorámicas, Hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022.

Ha: Existe diferencia significativa entre la proximidad de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior según la pieza dentaria en radiografías panorámicas, Hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022.

Tabla 5

Estadísticos de prueba. Cálculo del estadístico prueba no paramétrica: U de Mann Whitney

Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior	
U de Mann-Whitney	2946.500
W de Wilcoxon	5361.500
Z	0.088
Sig. asintótica (bilateral)	0.930

Nota. En la tabla 5 se trabaja como la variable de agrupación la pieza dentaria.

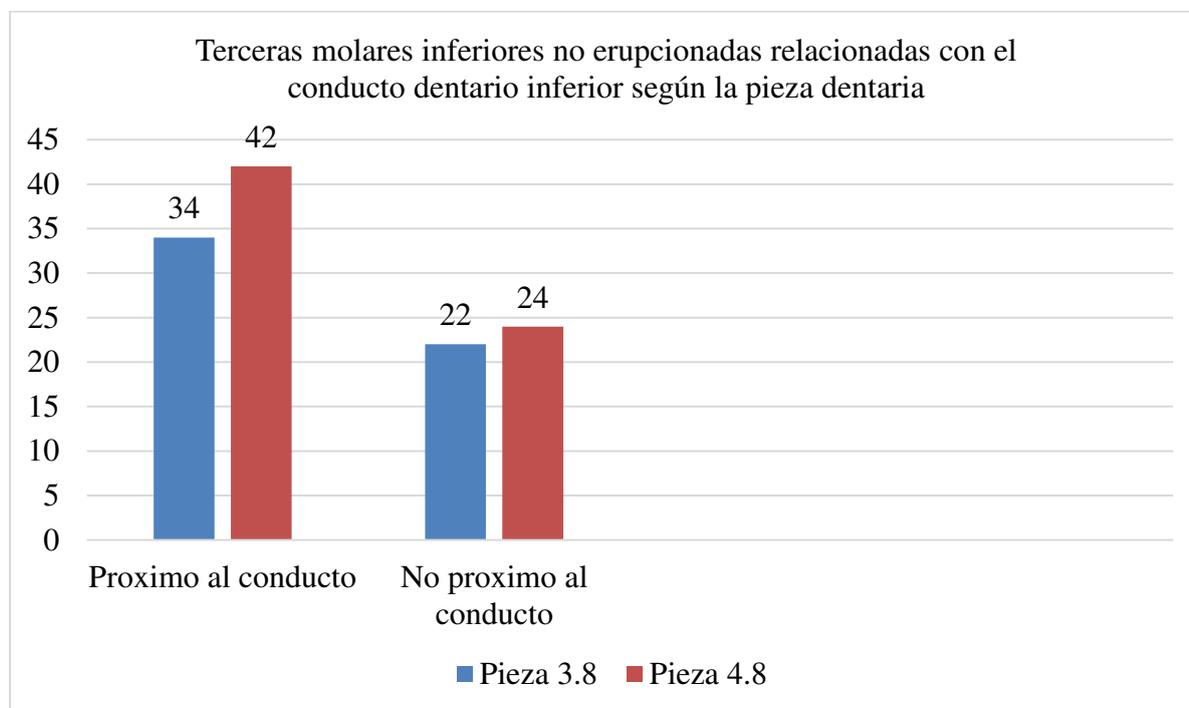
Tabla 6

Proximidad de la Tercera molar inferior al conducto dentario inferior con respecto a la pieza dentaria

		Pieza dentaria		TOTAL
		Pieza 3.8	Pieza 4.8	
Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior	Próximo al conducto	34 27.7%	42 34.6%	76 62.3%
	No próximo al conducto	22 16.8%	24 20.9%	46 37.7%
TOTAL		56 45.9%	66 54.1%	122 100%

Figura 5

Proximidad de la Tercera molar inferior al conducto dentario inferior con respecto a la pieza dentaria



Nota. En la tabla 6 y figura 5 se muestra que el 62.3% de las piezas dentarias están próximos al conducto dentario (pieza 3.8 y 4.8), donde el 34.6% corresponde a la pieza 4.8 y el 27.7% corresponde a la pieza 3.8; donde podemos decir que la pieza dentaria más próxima al conducto dentario es la pz. 4.8

Nivel de Significancia (alfa)

$\alpha = 0.05$ es decir el 5%

Estadística de prueba

N= 122

U de Mann Whitney = 2946.50

P- valor= 0.030

a) Regla de decisión según el nivel de significancia:

Aceptar H_0 si: $p\text{-valor} \geq 0.05$

Rechazar H_0 si: $p\text{-valor} < 0.05$

b) Decisión estadística

Se rechaza la Hipótesis H_0 siendo el p-valor menor que el nivel de significancia ($\alpha=0.05$)

Por lo tanto, se puede decir que no existe diferencia significativa entre la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior según la pieza dentaria.

Contraste de hipótesis específico 2

Terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, hospital "Uldarico Rocca Fernandez" Lima 2022, según el sexo

H_0 : No existe diferencia significativa entre las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas según el sexo, Lima - 2022.

H_a : Existe diferencia significativa entre las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas según el sexo, Lima - 2022.

Tabla 7

Estadísticos de prueba. Cálculo del estadístico Prueba no Paramétrica: U de Mann Whitney

Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior	
U de Mann-Whitney	1483.000
W de Wilcoxon	3563.000
Z	-2.294
Sig. asintótica (bilateral)	0.032

Nota. En la tabla 7 se trabaja como variable de agrupación al sexo.

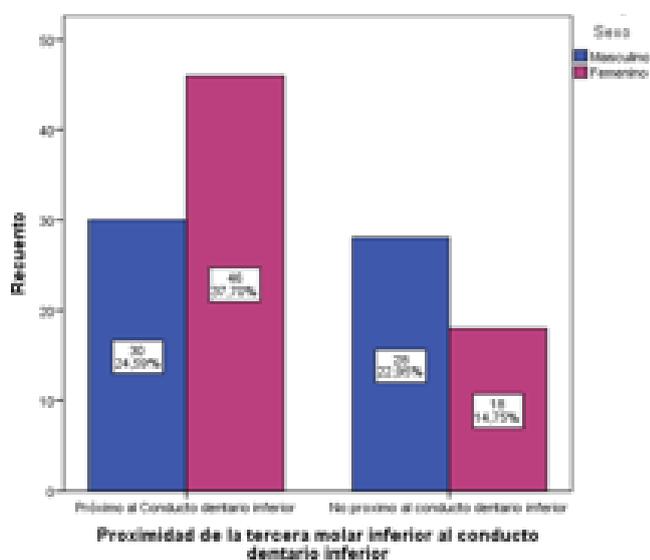
Tabla 8

Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior respecto al sexo

		Sexo		TOTAL
		Masculino	Femenino	
Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior	Próximo al conducto	30 24.6%	46 37.7%	76 62.3%
	No próximo al conducto	28 23.0%	18 14.7%	46 37.7%
TOTAL		58 47.5%	64 52.5%	122 100%

Figura 6

Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior respecto al sexo



Nota. En la tabla 8 y figura 6 observamos que el 62.3% de piezas dentarias están próximas al conducto dentario inferior el 24.6% de ella pertenecen a pacientes de sexo masculino y el otro 37.7% pertenecen al sexo femenino. Por ello podemos decir que predomina el sexo femenino en cuanto a la proximidad de las piezas dentarias al conducto dentario inferior.

Nivel de Significancia (alfa)

$\alpha = 0.05$ es decir el 5%

Estadística de prueba

N= 122

U de Mann Whitney = 1483.00

P- valor= 0.032

a) Regla de decisión según el nivel de significancia:

Aceptar H_0 si : p-valor ≥ 0.05

Rechazar H_0 si : p-valor < 0.05

b) Decisión estadística

Se rechaza la Hipótesis H_0 siendo el p-valor menor que el nivel de significancia ($\alpha=0.05$)

Por lo tanto, se puede decir que existe diferencia significativa entre la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior según el sexo, donde predomina mujeres, Lima, 2022.

Contraste de hipótesis específico 3

Terceras molares mandibulares no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, hospital “Uldarico Rocca Fernandez” lima 2022 según la edad

H0: No existe diferencia significativa de las terceras molares mandibulares no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, hospital “Uldarico Rocca Fernandez” Lima, 2022 según la edad.

Ha: Existe diferencia significativa de las terceras molares mandibulares no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, hospital “Uldarico Rocca Fernandez” Lima, 2022 según la edad.

Tabla 9

Estadísticos de prueba. Cálculo del estadístico Prueba no Paramétrica: U de Mann Whitney

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencias de medias	Diferencias de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad	Se asumen varianzas iguales	0.657	0.419	0.120	0.120	0.905	0.11442	0.95467	-1.77577	2.00460

Nota. En la tabla 9 se trabaja como variable de agrupación a la edad.

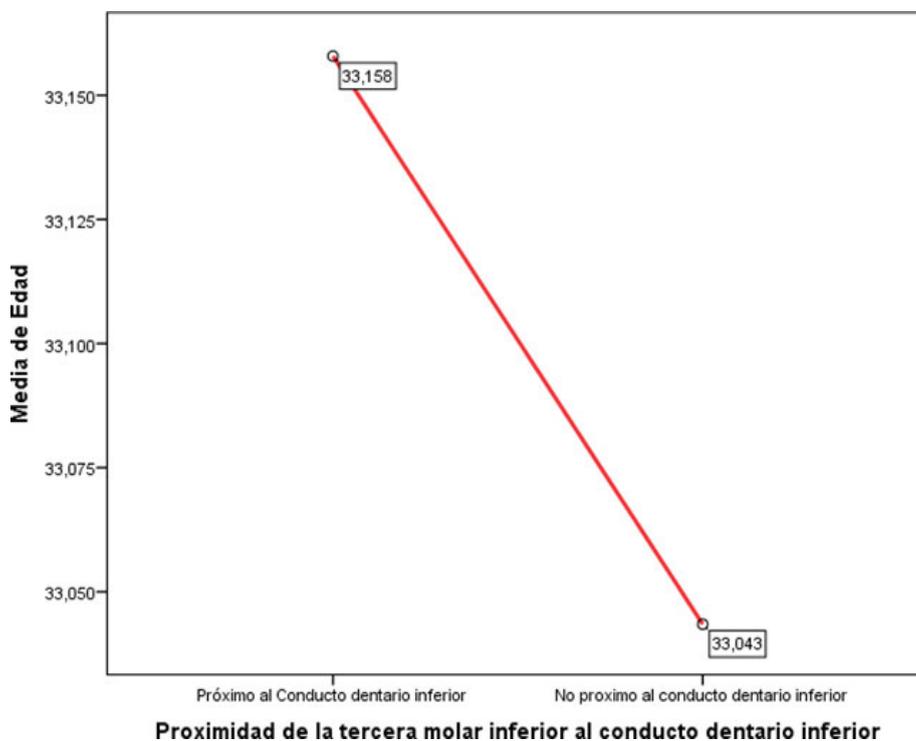
Tabla 10

Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior respecto a la edad

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de Confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inf.	Límite sup.		
Próximo al conducto dentario inferior	76	33.1579	4.96132	0.56910	32.0242	34.2916	23.00	43.00
No próximo al conducto dentario inferior	46	33.0435	5.34979	0.78878	31.4548	34.6322	24.00	43.00
TOTAL	122	33.1148	5.08960	0.46079	32.2025	34.0270	23.00	43.00

Figura 7

Proximidad de la tercera molar inferior al conducto dentario inferior respecto a la edad



Nota. En la tabla 10 y figura 7 se ve que el 50 % es mayor a 33 años de edad y el otro 50% es menor a 33 años de edad y la edad más relativa en las observaciones es de 33 años.

Nivel de Significancia (alfa)

$\alpha = 0.05$ es decir el 5%

Estadística de prueba

$N = 122$

$t = 0.130$

P- valor= 0.905

a) Regla de decisión según el nivel de significancia:

Aceptar H_0 si : $p\text{-valor} \geq 0.05$

Rechazar H_0 si: $p\text{-valor} < 0.05$.

b) Decisión estadística

Se acepta la Hipótesis H_0 siendo el p-valor mayor que el nivel de significancia ($\alpha=0.05$)

Por lo tanto, se puede decir que no existe diferencia significativa entre la proximidad de las terceras molares mandibulares al conducto dentario inferior según la edad, Lima 2022.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de este estudio fue determinar molares asociados al canal dentario inferior en radiografías panorámicas, Hospital “Uldarico Rocca Fernandez” Lima, 2022, donde se confirmarán los resultados y se contrastarán con otros factores.

El resultado confirma que en cuanto a la proximidad del tercer molar inferior al canal dentario inferior se encontró que el 62,3% están cerca del canal dentario inferior y el 37,7% restante no están cerca del canal dentario inferior. Si bien en las inmediaciones de las piezas se encontró que el 27,7% eran de la sección 3.8 y el 34,6% restante corresponde a la sección 4.8; diferentes datos con Pozo que realizó una investigación con respecto al izquierdo según la clasificación propuesta por Pell y Gregory del tercer molar mandibular, el predominio de Clase III tipo C fue 36,7%, seguido de la clase II tipo B con un 26,7%, la ubicación del tercer molar mandibular izquierdo con relación a la ubicación del canal mandibular, según la clasificación de Ezoddin, fue en mayor porcentaje con contacto, pero sin cambios estructurales, 46,7%; concluyendo que, según la clasificación de Pell y Gregory, la Clase III tipo C fue la posición más común para ambos molares. A través la clasificación de Ezoddin, la relación fue con mayor incidencia donde hay contacto, pero sin cambios estructurales en ambos molares; Villavicencio M. también se opone a esta información realizaron el estudio “Prevalencia de posición mandibular en Centro de Radiología Tomodend, Guanacaste - Costa Rica, 2017” en radiografías panorámicas digitales de pacientes visitantes, donde el tipo de imagen más común resultó ser “discontinuidad de banda oscura” en 13,3% y la posición de profundidad más frecuente fue la posición A en 55,8%.

La conclusión es que hay una relación entre la posición profunda de los terceros molares mandibulares y su cercanía al canal dentario inferior. En la variable sexo se encuentra que el 52,46% eran mujeres, quienes son más dominantes en la vecindad de los terceros molares con

el canal dentario inferior, en las radiografías panorámicas digitales, y a partir de los datos de la variable edad, la edad media o promedio de 33.11 años se observa en los evaluadores.

La consideración de estas variables en odontología es necesaria debido a la estrecha conexión del tercer molar con el canal mandibular. La principal complicación observada antes de la extracción fue la pericoronitis y el trismo después de la cirugía. Conocer la anatomía del conducto mandibular y sus estrechas relaciones que permiten trabajar con seguridad y eficacia, y así evitar los riesgos como la presencia de complicaciones nerviosas asociadas al daño del nervio alveolar. Y este resultado contradice a Proaño R, quien realizó un estudio concluye que no hay relación entre la edad y el crecimiento de los signos radiográficos, donde las radiografías panorámicas muestran predicciones de riesgo muy parecidas a estudios previos, por lo que puede interpretarse como un buen indicador de predicción de riesgo radiográfico.

VI. CONCLUSIONES

- El 62,3 % de los terceros molares mandibulares se encuentra próximo al conducto dentario inferior y el otro 37,7% no próximo al conducto dentario inferior, por lo que hay gran frecuencia de proximidad con el conducto dentario inferior.
- Existe diferencia significativa entre la proximidad de las terceras molares inferiores derecha e izquierdo con el conducto dentario inferior. Siendo la pieza 4.8 la más próxima al CDI.
- El sexo femenino presentó mayor frecuencia de proximidad al conducto dentario inferior.
- No hay diferencia significativa entre la proximidad de las terceras molares inferiores con el conducto dentario inferior según la edad.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar más investigación relacionada con la proximidad del canal inferior y la punta del tercer molar en odontología para la prevención de la mala práctica en la odontología.
- Controles constantes al momento de la erupción de los terceros molares para evitar complicación de impactación que afecten a piezas adyacentes.
- Evaluaciones tridimensionales, con tomografía computarizada de haz cónico, adecuada identificación de regiones anatómicas de los maxilares, sobre todo a nivel del canal dentario inferior.
- Uso de equipos avanzados como equipos de tomografía para un mejor diagnóstico.

VIII. REFERENCIAS

- Agrada B. (2016). Frecuencia de la localización de las terceras molares y proximidad al CDI en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en servicio de Radiología de la Clínica Privada en la ciudad de Ayacucho-Perú, 2014 y 2015. [Tesis de segunda Especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Alanoca A. (2016), Frecuencia de la localización de los terceros molares en radiografías panorámicas de pacientes de 18 a 35 años, que acuden a la caja petrolera de salud en la Paz, Bolivia durante el período 2012-2013. [Tesis de segunda Especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Albornoz R., Calles C., Mora O., Ramos M., Tomich D. y Eizaguirre J. (2017). Evaluación de estructuras adyacentes al conducto dentario inferior en región del tercer molar mediante tomografía cone-beam. *Acta Odontol Venez*, 54:1-13.
- Aranda L. (2012). Frecuencia de la proximidad del conducto dentario inferior con las raíces de las terceras molares en pacientes de la clínica dental de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2008-2010. [Tesis para optar por el título de Cirujano Dentista, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Badenoch-Jones E., Lynham A. y Loessner D. (2016) Consent for third molar tooth extractions in Australia and New Zealand: a review of current practice. *Aus Dent Journal*, 61: 203-7.
- Barreiro F. y Duarte L. (2019). Most common position of including mandibular third molar and its Anatomical relationship with the inferior dentary canal in patients of National Hospital of Itauguá until 2012. *Rev. Nac (Itauguá)*, 6(1):40-8.
- Blondeau F. y Daniel N. (2017) Extracction of Impanted Mandibular Third Molars: Postoperative Complications and Their Risk Factors. *J Can Dent Assoc.*, 73(4): 325.

- Bozzatello J. (2002). Estudio estadístico del tercer molar inferior retenido, en la ciudad de Córdoba –Argentina. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cordova]. Del Puerto Horta M., Casas Insua L. y Cañete Villafranca R. (2017). Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. Rev Médica Electrón, 36:752-62.
- Gay Escoda C., Piñera Penalva M. y Valmaseda Castellón E. (2016). Cordales incluidos. Exodoncia quirúrgica. Complicaciones. Tratado de Cirugía Bucal. 3era. Edit España; 1:387-57.
- Ibarra F. (2017). Frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el centro de atención ambulatorio central guayas (CAA # 6), Guayaquil - Ecuador, 2014-2015. [Tesis pregrado, Universidad Nacional de Guayaquil].
- Kuffel V. (2019) Clasificación de la posición de los terceros molares y su mayor incidencia. - uil [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
- Mantilla J. (2019). Frecuencia de contacto de la tercera molar retenida y el canal mandibular en imágenes tomográficas obtenidas en el centro de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Lima, durante el periodo de Enero a Octubre del 2008.- Trujillo [Tesis de Bachiller en Estomatología, Universidad Nacional de Trujillo].
- Osunde OD. y Saheed BD. (2015). Effect of age, sex and level of surgical difficulty on inflammatory complications after third molar surgery. J Maxillofac Oral Surg, 14(1):7-12.
- Patel S., Mansuri S., Shaikh F. y Shah T. (2017). Impacted mandibular third molars: a retrospective study of 1198 cases to assess indications for surgical removal, and correlation with age, sex and type of impaction - a single institutional experience. J Maxillofac Oral Surg, 16(1):79-84.

- Pell GJ. y Gregory CT. (2016). Impacted mandibular third Molars: classification and modified technique for removal. *Dent Dig*; 39(9):325-38.
- Perez Cabrea D., Alcolea Rodriguez J. y Viltres Pedraza G. (2015). Longitud normal del cuerpo mandibular y la posible erupción de terceros molares inferiores. *Multimed*, 19(3): 1-16.
- Pineda Z. (2016), Frecuencia de la localización de las terceras molares y proximidad al CDI en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en centro de Radiología e imagen Maxilofacial en Cuautitlan Izcalli, México. Durante el 2013-2014. [Tesis de segunda Especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Pozo K. (2016). Posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular en pacientes adultos jóvenes de la ciudad de Huánuco 2016. [Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista, Universidad de Huánuco].
- Proaño R. (2016). Proximidad al nervio alveolar inferior de los terceros molares en posición mesio angular en pacientes de 20 a 30 Años. [Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista, Universidad Las Américas].
- Roca J. (2020). Influence of operator's professional experience in the postoperative course after surgical extraction of the impacted lower third molar: *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 12, 805-812.
- Serna L. (2016). Frecuencia de la localización de las terceras molares y su proximidad al CDI en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en centro Radiológico privado de la ciudad de Ambato Tungurahua Ecuador durante el período 2013- 2014. [Tesis de segunda Especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Tirado Delgado J. (2015). Posición más frecuente de terceros molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital central FAP [Tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

Uribe S. (2017). Radiographic prediction of inferior alveolar nerve injury in third molar surgery. *Evid Based Dent*, 18(3):88-9.

Verde Ríos D. (2017). Posiciones e Inclusiones de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017 [Tesis, Universidad Inca Gaecilaso de la Vega].

Villavicencio Conejo M. (2017). Frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el centro radiológico Tomodent, Guanacaste- Costa Rica, 2015 [Tesis, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

IX. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIBLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas al conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022?</p> <p>Problemas específicos 1. ¿Cuál es la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas al conducto del dentario inferior en radiografías panorámicas, acuerdo la edad, en pacientes que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022? 2. ¿Cuál es la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas al conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, acuerdo sexo, en pacientes</p>	<p>Objetivo general Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas al conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022.</p> <p>Objetivos específicos 1. Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto del dentario inferior en radiografías panorámicas, acuerdo la edad, en pacientes que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022. 2. Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con la relación al conducto dentario inferior en radiografías panorámicas, acuerdo sexo, en pacientes</p>	<p>Hipótesis general • HI Existe relación entre la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas con el conducto dentario inferior en observaciones de radiografías panorámicas en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima, 2022. • H0 No existe relación entre la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas con el conducto dentario inferior en observaciones de radiografías panorámicas en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima, 2022.</p> <p>Hipótesis específicas H0= No existe diferencia significativa de la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior según la pieza dentaria de los pacientes en las placas radiográficas panorámicas, hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022 H1= Existe diferencias significativas de la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto</p>	<p>Variable Proximidad de la tercera molares no erupcionadas al conducto dentario inferior.</p> <p>Covariables: Pieza dentaria Sexo Edad</p>	<p>Método de investigación: Método científico Tipo de investigación: descriptivo - comparativo Nivel de investigación: Descriptivo correlacional Diseño de la investigación: noexperimental Población y muestra Población: El estudio se realizó en el hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022. La población estará comprendida por 180 placas panorámicas Muestra: La muestra estuvo comprendida por 122 placas radiográficas panorámicas Técnicas de procesamiento y análisis de datos. ANÁLISIS DESCRIPTIVO: La información se presentará entablas y barras, gráficos mostrando el</p>

<p>que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022? 3. ¿Cuál es la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas al conducto dentario inferior en radiografías panorámicas según la pieza dentaria, en pacientes atendidos que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022?</p>	<p>que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022. 3. Determinar la localización de las terceras molares inferiores no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas según la pieza dentaria, en pacientes atendidos que acuden al hospital “Uldarico Rocca Fernández” de Lima, 2022.</p>	<p>dentario inferior según la pieza dentaria de los pacientes en las placas radiográficas panorámicas hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022. H0=No existe diferencias significativas de la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior según el sexo de los pacientes en las placas radiográficas panorámicas hospital “Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022. H1= Existe diferencia significativa de la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior según el sexo de los pacientes en las placas radiográficas panorámicas en el hospital,”Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022. H0= No existe diferencia significativa en la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior según la edad en las placas radiográficas panorámicas en el hospital,”Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022 H1= Existe diferencia significativa en la proximidad de las terceras molares inferiores al conducto dentario inferior según la edad en las placas radiográficas panorámicas en el hospital,”Uldarico Rocca Fernández”, Lima 2022.</p>	<p>número, frecuencia y porcentaje. ANÁLISIS INFERENCIAL: Se realizará el análisis bivariado utilizando las pruebas de χ^2 y t-student, para evaluar la relación o asociación y el nivel de significación. PAQUETES ESTADÍSTICOS Se utilizará el programa estadístico SPSS versión 25 en español.</p>
--	--	---	---

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADORES	INDICE	ESCALA
Proximidad de la tercera molar inferior no erupcionadas relacionadas con el conducto dentario inferior	Es la cercanía de las raíces de las terceras molares mandibulares al conducto dentario inferior.	Cualitativo o Politémica	<p>No próxima al conducto dentario inferior</p> <p>a) El Conducto se observa intacto</p> <p>Próxima al conducto dentario inferior</p> <p>b) Banda oscura</p> <p>c) Cambio de dirección del conducto dentario inferior</p> <p>d) Discontinuidad del conducto dentario inferior</p> <p>e) Adelgazamiento del conducto dentario inferior</p>	Clasificación según Robert Langlais	Nominal
Pieza dentaria	Nomenclatura de la pieza dentaria.	Cualitativo o Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Pieza 3.8 • Pieza 4.8 	Nomenclatura por cuadrantes Obtgm	Nominal
Sexo	Genotipo del paciente	Cualitativo o Dicótomo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Características físicas externas	Nominal
Edad	Número de años cumplidos cronológicamente al momento de la toma radiográfica	Cuantitativa discreta	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, etc	DNI	De Razón

Anexo 3. Ficha de recolección de datos**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

N°.....

No Próximo al CDI:

El conducto se observa intacto

Próximo al CDI:

Banda oscura

Cambio de dirección del conducto
dentario inferiorDiscontinuidad del conducto
dentario inferiorAdelgazamiento del conducto
dentario inferior

Pieza dentaria:

Pieza 3.8

Pieza 4.8

Sexo

Masculino

Femenino

Edad ____ años