



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Posición del tercer molar inferior y las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autor: Bustamante Rodriguez, Abel Eduardo Paolo

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3493-5538>

Asesor: Dr. Marroquín García, Lorenzo Enrique

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9061-3270>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Abel Eduardo Paolo Bustamante Rodriguez egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“Posición del tercer molar inferior y las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024”** Asesorado por el docente: Dr. P.H.D. M.Sc. Esp. Lorenzo Enrique Marroquín García, DNI: 07634704 ORCID: 0000-0001-9061-3270 tiene un índice de similitud de **(17) (diecisiete) %** con código **OID:14912:576371468** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor: Lorenzo E. Marroquín García
 DNI: 07634704

Lima, 20 de abril del 2026

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Dr. Rojas Ortega, Raúl Antonio

Secretario: Mg. Benavides Garay, Ana Rosa

Vocal: Mg. Guevara Sotomayor, Juan Cesar

DEDICATORIA

A la memoria de mi abuelita Carmen, a mis padres y mi hija por su amor incondicional, a mi novia por ser mi apoyo de principio a fin. Finalmente, a mis amigas de cuatro patas Chanda y Princess por acompañarme en las noches de estudio y en particular a mi querida Princess que, aunque ya no está a mi lado, la recordare siempre con mucho amor.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por las bendiciones y la fuerza que me da creer en él,

A mi asesor, por orientarme en el desarrollo de la presente investigación.

A mis profesores, por haberme impartido conocimientos a lo largo de mi trayecto Universitario.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de tablas.....	viii
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos.....	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2. Metodología	6
1.4.3 Práctica.....	6
1.5 Limitaciones de la investigación.....	6
1.5.1 Temporal.....	7
1.5.2 Espacial.....	7
1.5.3 Población o unidad de análisis	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
1.1 Antecedentes de la investigación	8
1.1.1. Antecedentes Internacionales.....	8
1.1.2. Antecedentes Nacionales	12
1.2 Bases teóricas.....	15
1.3. Formulación de hipótesis	27
1.3.1. Hipótesis general.....	27
1.3.2. Hipótesis específicas.....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	29

1.1. Método de la investigación	29
1.2. Enfoque investigativo	29
1.3. Tipo de investigación.....	30
1.4. Diseño de la investigación	30
1.5. Población, muestra y muestreo	30
1.5.1 Población.....	30
1.5.2 Muestra	31
1.5.3 Criterios de inclusión	31
1.5.4 Criterios de Exclusión.....	32
1.5.5 Muestreo	32
1.6. Variables y operacionalización	33
1.6.1 Definición operacional.....	34
1.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
1.7.1. Técnica.....	35
1.7.2. Descripción de instrumentos.....	36
1.7.3. Validación.....	37
1.7.4. Confiabilidad.....	37
1.8. Procesamiento y análisis de datos.....	38
1.9. Aspectos éticos.....	41
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
1.1. Resultados	42
1.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	42
1.1.2. Prueba de hipótesis	54
1.1.3. Discusión de resultados.....	69
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
1.1 Conclusiones	73
1.2 Recomendaciones	74
REFERENCIAS.....	76
ANEXOS	81
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	82
Anexo 2: Instrumentos.....	84
Anexo 3: Validez del instrumento	114
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.....	117

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética	118
Anexo 6: Aprobación de Enmienda.....	119
Anexo 7: formato de consentimiento informado	120
Anexo 8: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	121
Anexo 9: Informe de Turnitin.....	122
Anexo 10: Fotografías.....	124

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes de 17 a 28 años que asistieron al centro odontológico de Lima en el año 2024, según sexo.....	42
Tabla 2. Distribución de terceros molares inferiores analizados según sexo	43
Tabla 3. Distribución de terceros molares inferiores analizados según grupo etario	43
Tabla 4. Presencia de patologías en terceros molares inferiores analizados.....	44
Tabla 5. Distribución de las patologías identificadas	45
Tabla 6.. Distribución de los terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory (según clase)	46
Tabla 7. Distribución de los terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory (según posición).....	46
Tabla 8. Distribución de los terceros molares según la clasificación de Winter	46
Tabla 9. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) y presencia de patologías según la clasificación de Pell & Gregory y la clasificación de Winter	52
Tabla 10. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores respecto de los tipos de patologías identificadas (41 patologías) según la clasificación de Pell & Gregory y la clasificación de Winter	53
Tabla 11. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías	54
Tabla 12. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías	55
Tabla 13. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías	55
Tabla 14. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en mujeres.....	56
Tabla 15. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en mujeres.....	57
Tabla 16. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en varones	58
Tabla 17. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en varones	59
Tabla 18. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en adolescentes tardíos	60

Tabla 19. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en adolescentes tardíos	61
Tabla 20. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en jóvenes	62
Tabla 21. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en jóvenes	62
Tabla 22. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en adultos jóvenes.....	63
Tabla 23. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en adultos jóvenes.....	64
Tabla 24. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en mujeres	65
Tabla 25. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en varones	66
Tabla 26. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en adolescentes tardíos.....	67
Tabla 27. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en jóvenes.....	67
Tabla 28. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en adultos jóvenes	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de pacientes de 17 a 28 años que asistieron al centro odontológico de Lima en el año 2024, según grupo etario.....	42
Gráfico 2. Distribución de la presencia de patologías en las 237 piezas dentarias analizadas	44
Gráfico 3. Distribución de la presencia de patologías por piezas dentarias.....	45
Gráfico 4. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías según sexo.....	47
Gráfico 5. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías según sexo	47
Gráfico 6. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) <i>de acuerdo con la</i> clasificación de Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías según grupo etario	48
Gráfico 7. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías según grupo etario	49
Gráfico 8. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Winter y presencia de patologías según sexo.....	50
Gráfico 9. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Winter y presencia de patologías según grupo etario.....	51

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024 y presenta un enfoque cuantitativo, de tipo Básica, nivel descriptivo y un diseño observacional (no experimental), retrospectivo y transversal. Se analizaron 128 radiografías panorámicas y se empleó una ficha de recolección de datos.

De la prueba de hipótesis se concluye que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory no presenta una asociación significativa con las patologías asociadas. Cabe precisar que, se estudió esta asociación según sexo y grupos etarios no encontrándose asociación significativa en ninguno de los casos. En lo que a la posición del tercer molar inferior según Winter respecta, esta si presenta una asociación significativa con las patologías asociadas; relación que se mantuvo cuando se realizó el análisis por sexo y grupos etarios.

La patología que presentó mayor frecuencia fue la pericoronaritis (65.85%) seguido de la caries en la cara distal del segundo molar (21.95%) y la caries coronal del tercer molar (12.20%). Se evidenció también que el 100% de las terceras molares inferiores con al menos una patología pertenecieron a la clase II; asimismo, el 68.42% se encontró en la posición A y el 31.58% en la posición B, En cuanto a la clasificación de Winter las posiciones que prevalecieron fueron la horizontal, mesioangular y vertical. Adicionalmente el mayor número de casos de terceros molares inferiores que presentaron patología se dieron en varones (52.63%); asimismo, el mayor número de patologías se presentó en jóvenes de 20 a 24 años (55.26%).

Palabras clave: Tercer molar, diente impactado, radiografía panorámica, patología bucal, mandíbula.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine how the position of the lower third molar influences the associated pathologies in patients aged 17 through 28 which attended a dental center in Lima in the year 2024. A quantitative focus, descriptive type and observational design (no experimental), retrospective, and transversal. A total of 128 panoramic radiographs were analyzed and a data collection instrument was employed.

The results obtained from the hypothesis show that the position of the lower third molar according to Pell & Gregory does not have a significant association with the associated pathologies. It should be noted that this association was studied according to sex and age groups, with no significant association found in any of the cases. As for the position of the lower third molar according to Winter, there is a significant association with associated pathologies; this association remained when the analysis was performed by sex and age groups.

It should be noted that, from the analysis performed, the pathology identified most frequently was pericoronitis (65.85%), followed by caries on the distal surface of the second molar (21.95%) and coronal caries of the third molar (12.20%). It was also evident that 100% of the lower third molars that presented at least one pathology belonged to class II; likewise, 68.42% were found in position A and 31.58% in position B. Regarding Winter's classification, the prevailing positions were horizontal, mesioangular, and vertical. Additionally, the highest number of cases of lower third molars with pathology occurred in males (52.63%); likewise, the highest number of pathologies occurred in young people aged 20 to 24 years (55.26%).

Keywords: Molar, third; Tooth, Impacted; Radiography, Panoramic; Pathology, Oral; Mandible.

INTRODUCCIÓN

Determinar la relación entre las posiciones de los terceros molares inferiores con las patologías asociadas es de suma importancia para orientar las decisiones de los profesionales de la salud bucal ya que brinda nueva información sobre el tercer molar inferior. Los terceros molares inferiores son las piezas dentales que por orden de erupción toman más tiempo en desarrollarse y aparecer en la arcada mandibular. Al ser estas piezas las últimas en erupcionar la mayoría de veces no cuentan con el espacio suficiente en la arcada ocasionando que durante su erupción adopten diferentes posiciones llegando en ocasiones a invadir el espacio del diente adyacente (segundo molar inferior) causando en efecto ciertas patologías. Este estudio pretende determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024 y se encuentra estructurado según lo siguiente:

Capítulo I: Se efectúa el planteamiento del problema, se formula el problema general y los problemas específicos y a raíz de estos se propone el objetivo general y los objetivos específicos; asimismo, en este capítulo se justifica la investigación y se identifican las limitaciones que afrontó el presente estudio. Capítulo II: Presenta el marco teórico, así como el análisis de los antecedentes de investigación nacionales y extranjeros. Contiene también las bases teóricas y se formulan las hipótesis generales y específicas. Capítulo III: Detalla la metodología empleada tal es el caso del método de investigación, enfoque, tipo de investigación, diseño de investigación, población, muestra, variables y operacionalización, así como, las técnicas e instrumentos de recopilación de datos y los aspectos éticos. Capítulo IV: Efectúa un análisis descriptivo de la información recogida, se lleva a cabo la prueba de hipótesis y se efectúa la discusión de los resultados o hallazgos obtenidos respecto de las investigaciones de otros autores. Capítulo V: Contiene las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En ocasiones los maxilares mandibulares no cuentan con el espacio suficiente para albergar a las piezas dentarias correspondientes, tal es el caso de las terceras molares mandibulares que al ser la última pieza dental en erupcionar a menudo no cuenta con espacio suficiente en relación al espacio total ocupado por los dientes lo cual tiene como consecuencia que los terceros molares encuentren obstáculos para erupcionar quedando en algunas ocasiones a nivel intraóseo (1).

A fin de conocer en que condición se encuentra el tercer molar inferior se emplean, entre otros instrumentos, las radiografías panorámicas las cuales permiten apreciar las distintas estructuras anatómicas del diente e incluso procesos fisiopatológicos. Entre las patologías que pueden identificarse a través de las radiografías se tiene, por ejemplo, a la erupción de cuartos molares o a la presencia de terceros molares fuera de lugar, permitiendo así un diagnóstico oportuno y que se brinde el mejor tratamiento posible (2).

Los terceros molares, se clasifican según su posición tal es el caso de la clasificación de Winter o la clasificación de Pell & Gregory. Winter establece el nivel de la ubicación de los cordales inferiores en conexión con el eje axial de los segundos molares; sin embargo, esta

forma de clasificación no hizo ningún énfasis en la disposición anteroposterior ni en la profundidad en el hueso en donde se encontraba el tercer molar. Por ello surgió posteriormente la clasificación de Pell & Gregory (3).

Es oportuno señalar que, los terceros molares presentan una alta incidencia de retención, por lo que las patologías inducidas por el tercer molar son muy elevadas sobre todo para los terceros molares inferiores debido a sus condiciones embriológicas y anatómicas particulares (4).

Diversos estudios han investigado la relación de diversas patologías respecto del tercer molar inferior. En un estudio internacional de Ecuador sobre 277 pacientes entre los 18 a 45 años se evidenció la presencia de caries en los segundos molares, el 37% de los casos las presentaban, concluyendo que la existencia de los cordales mandibulares influye significativamente en el estado periodontal del segundo molar continuo, lo que conlleva a la formación de pérdidas óseas, bolsas periodontales y tejido cariado en la zona distal de estos (5).

Asimismo, un estudio venezolano del año 2020 concluye que si bien la presencia de lesiones vinculadas a terceros molares mandibulares retenidos no es alta; existe la posibilidad de desarrollar distintas patologías que abarcan desde hiperplasias foliculares hasta tumores agresivos, siendo de vital importancia los tratamientos quirúrgicos e histopatológico (6). Otro estudio colombiano señala que, del total de casos estudiados vinculados con los dientes cordales, que representaron el 25.1% del total (251 casos), se observó la siguiente distribución basándose en la posición y erupción: dientes incluidos (26 casos) 2,6%, retenidos (97 casos) 9,7%, retenidos y finalmente impactados (128 casos) 12,8%. Los terceros molares impactados presentaron una mayor prevalencia en una posición mesioangular, según la clasificación de

Winter; así como, prevaleció la profundidad C y clase II, según la clasificación de Pell & Gregory (7).

Del mismo modo profesionales nacionales han investigado acerca de las distintas posiciones de las terceras molares mandibulares en relación a las categorizaciones de Winter y Pell & Gregory; es así que un estudio de Huancayo observó 219 radiografías (438 piezas dentarias) concluyendo en una relación significativa entre la posición de los cordales mandibulares teniendo en cuenta a las categorizaciones de Winter, Pell & Gregory (8).

Asimismo, en una investigación en Arequipa sobre un total de 60 molares inferiores retenidos se utilizó la prueba estadística el Chi-cuadrado para poder llevar a cabo la comparación de las variables (posición del tercer molar y la condición que presenta el hueso alveolar y espacio periodontal) evidenciándose que las terceras molares inferiores impactadas si influye estadísticamente sobre la condición que presenta el hueso alveolar y el espacio periodontal (9).

Finalmente, un estudio de Lima, que tuvo como fin determinar si existe una asociación entre la caries distal del segundo molar inferior y la terceras molares inferiores impactadas, llevó a cabo un análisis de 218 radiografías de las cuales se visualiza en 123 (56,4 %) segundas molares una lesión cariosa en el tejido dental parte distal, de estos segundo molares 65 (29,8%) de ellos presentaban un tercer molar inferior con impactación en posición mesioangular según la clasificación de Winter. Llegando a la conclusión que si existe una relación significativa entre la posición de una tercera molar inferior impactada con la caries distal en el segundo molar presentes en las radiografías panorámicas. (10)

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo?

- ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario?

- ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo?

- ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 según grupo etario?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

- Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

- Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

- Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La importancia de esta investigación es teórica ya que brinda a los profesionales de la salud bucal nueva información sobre el tercer molar inferior, teniendo en consideración la posición en la que se encuentra, y sus patologías asociadas; investigación que ha sido realizada en pacientes de 17 a 28 años que asistieron en el año 2024 al centro odontológico de Lima, y que se encuentra respaldada en diversas fuentes académicas y científicas tales como trabajos de investigación, artículos y libros.

1.4.2. Metodología

Durante el desarrollo de esta investigación se empleó el método científico asegurando que se lleven a cabo los procedimientos de evaluación apropiados. Para dicho fin, se aplicó una ficha de recolección de datos lo cual ha permitido registrar los hallazgos encontrados; asimismo, ha contado con una validación de expertos. Al respecto, la aplicación de la metodología antes expuesta ha sido de importancia para esta investigación; ya que la aplicación de la referida ficha permitió el registro de todos datos que resultaron de la observación de las radiografías panorámicas, siendo de suma importancia para el análisis posterior de los mismos lo cual se dio de forma organizada y sobre el total de los registros efectuados; asimismo, gracias a la validación de los expertos los resultados que se han obtenido se encuentran respaldados.

1.4.3 Práctica

Esta investigación tiene importancia práctica porque ayudará a los odontólogos a identificar la vinculación entre las distintas posiciones de terceros molares inferiores y las distintas patologías; lo cual les permitirá que prevean, a partir de la orientación de dicha pieza dentaria, futuras enfermedades bucales y que efectúen más rápidos y acertados tratamientos con el fin de evitar complicaciones futuras para el paciente; asimismo, les permitirá tomar decisiones acertadas en cuanto a la pertinencia de la extracción de los terceros molares.

1.5 Limitaciones de la investigación

El desarrollo de la presente investigación estuvo afecta a diversos factores externos que restringieron el proceso de recolección y análisis de datos; identificándose limitaciones de carácter administrativo, técnico y logístico, lo cual permitió conocer el contexto real otorgando transparencia al estudio. Entre las limitaciones por las cuales atravesó esta investigación se encuentran las siguientes:

1.5.1 Temporal

- Restricciones de tiempo para la toma de datos en el centro odontológico de Lima donde se llevó a cabo la investigación pudiendo acceder solo en ciertos horarios. Este hecho generó un proceso de recolección fragmentado que prolongó la fase de recojo de datos respecto de lo inicialmente planificado.
- Al ser un análisis de radiografías panorámicas tomadas en el año 2024 la investigación depende de la buena conservación de las imágenes a lo largo del tiempo.

1.5.2 Espacial

- La disponibilidad del Centro Odontológico de Lima respecto del acceso al área de radiología fue rotativa (regulada) ya que el ambiente era reducido y compartido con otros investigadores por lo que había que tomar turnos. En consecuencia, la disponibilidad a las radiografías panorámicas fue condicionado a ciertos horarios lo cual requirió de coordinaciones constantes para garantizar la disponibilidad del ambiente y poder tener acceso al material imagenológico de estudio.
- Se identificó un reducido número de investigaciones similares en el Perú, que vinculen específicamente la posición del tercer molar con las patologías bucales en el rango de edad de 17 y 28 años, lo cual limita la capacidad de realizar un análisis comparativo profundo con otras realidades del entorno inmediato.

1.5.3 Población o unidad de análisis

- La población estudiada está compuesta por radiografías panorámicas que presentaron al menos un tercer molar mandibular, de pacientes con edades de 17 a 28 años.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Muscolino y Albornoz (11) en el 2026 tuvieron como objetivo “Identificar cual posición del tercer molar inferior se asocia principalmente a pericoronaritis en la población de pacientes atendidos por los residentes del Postgrado de Cirugía Bucal”. Se llevo a cabo un análisis clínico a los pacientes que asistieron a los diversos servicios del Postgrado de Cirugía Bucal de la Universidad Central de Venezuela durante el lapso de marzo a setiembre del año 2024. Para el registro de la información encontrada se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos la cual se estructuró para registrar edad, genero del paciente, sintomatología clínica y órgano dentario involucrado, posición de los cordales inferiores y el tipo de pericoronaritis. Se encontraron 40 cordales inferiores con pericoronaritis en 35 pacientes, el cual el 71% se encontró en el género femenino, la edad predominante se dio entre los 20 y 29 años que constituyo el 68.5% y un promedio etario de 24, 85 años. Asimismo, la posición vertical del cordal inferior obtuvo el 45%, con lo cual se concluye que en el grupo etario entre los 20 a 29 años la pericoronaritis se manifiesta con mayor frecuencia asimismo el estudio evidencia que esta posición se presentó mayormente en mujeres. Los cordales

mandibulares en posición vertical que presentan una erupción parcial posición B clase I cuentan con un mayor riesgo que la pericoronaritis se manifieste.

Ojeda et al. (12) en el 2024 tuvieron como objetivo “Determinar la ubicación de los cordales mandibulares y su repercusión en el desarrollo de patologías en el segundo molar”. Se determino realizar un estudio descriptivo, de corte puntual, basada en información previa. La muestra estuvo conformada por 262 ortopantomografías panorámicas, en cada radiografía se localizaron la tercera y segunda molar mandibular. Para categorizar la profundidad en que se encuentra los cordales mandibulares se aplicaron las clasificaciones de Pell & Gregory y en cuanto a la ubicación la clasificación de Winter. Asimismo, se examinó los hallazgos radiográficos compatibles con pérdida de hueso periodontal en la cara distal del segundo molar mandibular, caries en el segundo molar adyacente y reabsorción de la raíz del segundo molar. Los hallazgos fueron analizados con estadística descriptiva en Excel. Se utilizo el análisis estadístico de chi cuadrado para establecer posibles asociaciones entre las variables del presente estudio. RESULTADOS: La posición más frecuente Según Pell & Gregory es clase I posición A y según Winter es la inclinación mesioangular y la patología más prevalente es la perdida de hueso periodontal en la cara distal del segundo molar mandibular. Se concluye, que la tercera molar mandibular presenta como posición más frecuente la clase I A con inclinación mesioangular, esta posición ocasiona perdida de hueso periodontal en la cara distal del segundo molar mandibular. En conclusión, la tercera molar mandibular presenta como posición más frecuente la clase I A con inclinación mesioangular, esta posición ocasiona perdida de hueso periodontal en la cara distal del segundo molar

Mirot et al. (13) en el 2024 tuvieron como objetivo “Explicar ciertas complicaciones asociadas a la erupción del tercer molar”. El estudio adopto por realizar una revisión bibliográfica entre diciembre 2022 y Julio 2023, utilizando la información disponible en internet, seleccionando así 39 referencias bibliográficas y libros de texto especializados.

RESULTADOS: La investigación determinó que el tercer molar es la pieza dental que con mayor frecuencia no logra completar su erupción en la posición correcta, causando diversas complicaciones como problemas infecciosos, mecánicos y tumorales. Estas complicaciones se pueden presentar con dolor o no en los pacientes. Concluyendo que es fundamental que los profesionales de la salud bucal tengan pleno conocimiento de las complicaciones que en ocasiones provoca la erupción dental, principalmente el tercer molar inferior, ya que a menudo esta pieza dental presenta problemas de infección como es el caso de la pericoronaritis

Kaye et al. (14) en el 2021 tuvieron como objetivo “Examinar si la pérdida del segundo molar difería según el estado inicial del tercer molar adyacente, teniendo en cuenta el estado general de salud bucal del individuo como la higiene bucal, caries y periodontitis en hombres adultos”. Se adoptó por analizar datos de los participantes del estudio longitudinal dental que tuvieron al menos 1 segundo molar presente al inicio del estudio. Se clasificaron los segundos molares según el estado del tercer molar en el mismo cuadrante: no erupcionados, erupcionados o ausentes. La pérdida de dientes y la pérdida de hueso alveolar se confirmaron radiológicamente. En cada diente se evaluaron caries y restauraciones, cálculos y profundidad de sondaje. Es así que se estimaron los peligros de la pérdida del segundo molar con modelos de regresión de riesgos proporcionales para datos correlacionados, controlando por edad, tabaquismo, educación, ausencia del primer molar, índices de cálculo, caries y periodontitis en toda la boca. El análisis incluyó a 966 hombres y 3024 pares de segundos molares/primeros molares. El seguimiento fue de 22 ± 11 años (mediana 24, rango 3-38 años). Al inicio del estudio, 163 terceros molares no habían hecho erupción, 990 habían hecho erupción y 1.871 habían hecho erupción ausente. RESULTADOS: La prevalencia de periodontitis en los segundos molares no difirió según el estado del tercer molar. La frecuencia de caries distal fue más baja en los segundos molares adyacentes al tercer molar que no erupcionó y más elevada en los segundos molares adyacentes a los cordales molares erupcionados. En relación con los

terceros molares ausentes, los riesgos de pérdida de segundos molares adyacente no aumentaron significativamente. Se concluye que la investigación mostro similares cuando utilizaron la pérdida de hueso alveolar como indicador de periodontitis. Los hallazgos sugieren que los terceros molares retenidos no están vinculados con una mayor probabilidad de pérdida de segundos molares en hombres adultos.

Luzuriaga y López (5) en el 2020 tuvieron como objetivo “Describir el estado periodontal de los segundos molares mandibulares adyacentes a terceros molares mandibulares”. Realizaron un estudio descriptivo de corte puntual, para lo cual se tuvo en consideración a 277 pacientes entre los 18 a 45 años de edad que acudieron a la clínica odontológica de la referida universidad para extraerse los terceros molares mandibulares. Se realizó una investigación descriptiva transversal para lo cual se tuvo en consideración a 277 pacientes entre los 18 a 45 años de edad que acudieron a la clínica odontológica de la referida universidad para extraerse los terceros molares mandibulares. Se llevo a cabo un examen clínico en el cual se analizaron diversas variables tales como: estado del tejido gingival, profundidad de sondaje y la detección de tejido carioso en segundos molares mandibulares, las radiografías panorámicas fueron también estudiadas para conocer de forma certera cual es la posición en la que se presenta la tercera molar mandibular y la dimensión vertical de la cresta ósea distal de los segundos molares. RESULTADOS: La investigación mostró como resultados obtenidos (i) medida de la profundidad del surco gingival al sondaje por distal de los segundos molares normal (de 1 a 3mm) en el 31% de los casos, mientras que se hallaron profundidades mayores a 3mm en el 69% de los casos; (ii) en cuanto a la disminución del tejido óseo el 43% de los casos no evidenció esto, el 35% tuvo pérdida tenue, el 22% media y el 1% pérdida severa. (iii) en cuanto a la presencia de caries en los segundos molares el 37% de los casos las presentaban (26% en la cara distal; la mayoría de casos se presentaron en la cara oclusal. Concluyendo de esta forma que la existencia de los cordales mandibulares influye

significativamente en el estado periodontal del segundo molar continuo, lo que conlleva a la formación de pérdidas óseas, bolsas periodontales y tejido cariado en la zona distal de estos

Mantilla et al. (7) en el 2019 tuvieron como objetivo “Determinar la prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados en pacientes atendidos en la clínica Odontológica de la Universidad Santo tomas, Bucaramanga durante el periodo de 2015 al 2017”. Realizaron una investigación basada en los hallazgos de los registros radiográficos para lo cual se realizó un estudio sobre 613 radiografías panorámicas tomadas por la clínica Odontológica de la Universidad Santo Tomás. RESULTADOS: Se evidenció un predominio de dientes incluidos, retenidos o impactados (25.6%) lo cual se considera a los dientes cordales y caninos. De un total de casos estudiados vinculados con los dientes cordales, que representaron el 25.1% del total (251 casos), se observó la siguiente distribución basándose en la posición y erupción: dientes incluidos (26 casos) 2,6%, retenidos (97 casos) 9,7%, retenidos y finalmente impactados (128 casos) 12,8%. Concluyendo que los terceros molares impactados presentaron una mayor prevalencia en una posición mesioangular, según la clasificación de Winter; así como, prevaleció la profundidad C y clase II, según la clasificación de Pell & Gregory.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Pajuelo (10) en el año 2025 tuvo como objetivo “Determinar la asociación de la impactación del tercer molar inferior con la caries distal del segundo molar en radiografías panorámicas de la Universidad Norbert Wiener en 2024” El estudio realizado fue retrospectivo, transversal, observacional cuantitativo, no experimental, para este fin se llevó a cabo un análisis de 218 radiografías panorámicas de adultos de pacientes que fueron atendidos en la clínica odontológica de la universidad Norbert Wiener, donde los datos obtenidos se organizaron según: sexo, edad, posición de terceras molares y segundas molares con caries

distal. RESULTADOS: La investigación demostró que en las radiografías panorámicas se visualizan en 123 de ellas (56,4 %) segundos molares con una lesión cariosa en el tejido dental parte distal, de estos segundos molares 65 (29,8%) de ellos presentaban un tercer molar inferior con impactación en posición mesioangular según la clasificación de Winter. Al respecto, se llegó a la conclusión de que si existe una relación significativa entre la posición de una tercera molar inferior impactada con la caries distal en el segundo molar presentes en las radiografías panorámicas.

Cayllahua (15) en el 2022 tuvo como objetivo” Realizar una investigación en la ciudad de Ica-Perú si existe una relación entre las caries que se originan en las caras distales de los segundos molares inferiores con la ubicación de los cordales inferiores”. Se llevó a cabo un análisis de las radiografías panorámicas tomadas por la Clínica de la Facultad de Odontología en el periodo 2019, el estudio consistió en analizar 252 ortopantomografías en las cuales se apreciaban los terceros molares inferiores. Este estudio contempló una investigación básica, descriptiva, cuantitativa con un diseño retrospectivo, transversal. RESULTADOS: El análisis de los datos evidencio lo siguiente: (i) El 27.8% de los casos presentaron caries distal en el segundo molar y su inexistencia en el 72.2%. Respecto a la ubicación de terceros molares inferiores se observó una mayor incidencia en el lado izquierdo de 54.6% predominando la posición mesioangular (con el 32.4%) en ambos sexos; sin embargo, en cuanto al sexo las mujeres presentaron una mayor frecuencia de terceros molares en la posición mesioangular (36.8%) hombres (24.79%). Se concluyó gracias a los resultados obtenidos y a la aplicación de la prueba estadística Chi Cuadrado que las caries distales en segundos molares ocasionadas por posición de terceros molares inferiores en ortopantomografías presentan un impacto significativo para la posición mesioangular

Lizana et al. (16) en el 2021 tuvo como objetivo “diagnosticar las diversas patologías vinculadas a la erupción de los terceros molares inferiores dado que estas piezas dentales

presentan con regularidad complicaciones en el proceso de erupción a causa de perturbaciones embrionarias, mecánicas o generales”. Se realizó un estudio de carácter descriptivo con diseño de investigación documental de artículos científicos basados en el análisis especializado de los cordales mandibulares, la investigación se orientó a desglosar la etiopatogenia y las variantes clínicas que intervienen en la erupción del cordal mandibular. El proceso de análisis investigativo abarcó las etapas de la odontogénesis y las variables anatómicas que altera la erupción dentaria, integrando además los hallazgos radiográficos asociadas a la erupción de los cordales mandibulares. Finalmente se llevó a cabo una clasificación de las patologías según su naturaleza, permitiendo diferenciar cuadros tales como: alteraciones embrionarias vinculada a fases de la odontogénesis, infecciosos mecánicos y neurológicos. RESULTADOS: En gran porcentaje (64%) las alteraciones eruptivas son de origen infeccioso presentando con mayor incidencia a la pericoronaritis, en pacientes de 20 a 30 años. La falta de espacio retromolar y la mala posición dentaria provoca daños anatómicos en el segundo molar, reabsorción ósea y disfunción en ATM. En el análisis de las variantes embrionarias se visualizaron los quistes radiculares en un 65% de los casos, se presentaron los queratoquistes y quiste dentigero como hallazgos secundarios, ubicándose en su mayoría en la parte posterior del maxilar inferior. Finalmente, los hallazgos en el campo neurológico se confirmaron que la estrecha ubicación entre los plexos vasculonerviosos y la pieza dentaria con lleva a fenómenos irritativos. Se concluyó que los cordales mandibulares son las piezas dentarias que tienen una alta incidencia de presentar complicaciones ya sean mecánicas por falta de espacio, infecciosas como la pericoronaritis, factores embrionarios vinculados a la mala posición del germen dentario, en lo que a los accidentes neurológicos respecta estos son causados por la amplia vascularización e inervación de los espacios en donde erupciona los cordales, ya que se encuentra muchas veces sometido en una mala posición anatómica vinculada con plexos vasculares y nerviosos importantes.

Vera (17) en el 2019 tuvo como objetivo “Determinar la prevalencia de las terceras molares impactadas en pacientes de 20 a 30 años de edad en el Centro de Diagnostico X Imágenes DXM, año 2018” El estudio adopto por examinar una muestra conformada por 417 pacientes con las características antes mencionadas y con el fin de alcanzar el objetivo se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. La información recolectada de las radiografías bajo análisis se registró en fichas de datos las cuales fueron creadas específicamente para este fin. Entre los datos recogidos se tuvieron al sexo, edad, número de pieza dentaria, índice de dificultad, categorización según Pell & Gregory y según Winter. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: (i) prevalencia ligeramente dominante de terceras molares impactadas en varones (132/152) 86,8%, respecto de la mujeres (220/265) 83%; (ii) por edad las cordales impactadas en las personas intervenidas que tienen 20 años fue superior a (80/88) 90,9%; (iii) el cuadrante cuatro fue el más frecuente (299/352) 84,9%, lo cual indica que el diente más perjudicado fue el 4.8; (iv) la ubicación más frecuente fue la segunda clase en el cuadrante número 4 (se presentaron 281 incidencias, es decir, 79.8%) esto según la clasificación de Pell & Gregory. Según Winter. RESULTADOS: El cuadrante 4 resultó ser el más destacado en el estudio, la posición vertical fue la más común en este cuadrante (35.5%), y el índice de dificultad indicó que la mayoría de los participantes experimentaron una dificultad moderada en esta área (53.1% equivalente a 187 casos). Se concluyo que existe una mayor prevalencia de presentar cordales impactadas en personas cuyo rango de edad se encuentran entre los 20 a 30 años.

1.2 Bases teóricas

Tercer molar

Corresponde a la última pieza dental en erupcionar cronológicamente, su erupción generalmente se da entre los 18 y 25 años. Por otro lado, su proceso de calcificación transcurre

a una edad temprana entre los 08 y 10 años y se da por terminada en el periodo de la adolescencia entre los 15 a 17 años. No obstante, el proceso total de la formación de la raíz termina entre los 20 y 25 años de edad.

Estas piezas dentarias al ser las últimas en erupcionar en la boca, presentan muchas veces problemas ya que no encuentran el espacio suficiente en la arcada dental para poder erupcionar de manera adecuada, lo cual ocasiona que se sitúen en una posición inadecuada produciendo patologías tales como: Maloclusión, pericoronaritis, caries en la cara distal del segundo molar, quiste dentígero, dolor retromolar, queratoquiste Odontogénico etc.

Tercer molar inferior

Es la pieza dental que presenta una gran variedad de posicionamientos, dimensiones, formas y enfermedades asociadas; asimismo, es en su mayoría de casos es birradicular pero también puede tener tres o incluso más raíces y con diferentes disposiciones. Esta pieza dentaria en lo particular no cuenta con el espacio necesario para erupcionar siendo así la causa más común de no erupción de dicha pieza dentaria.

La ubicación precisa de esta pieza dentaria se da dentro del espacio limitado por la cara distal del segundo molar y el inicio de la rama ascendente mandibular; teniendo en cuenta esta localización el tercer molar puede verse afectado en su recorrido de erupción y al no encontrar espacio suficiente en su trayecto puede impactar con el segundo molar. La tercera molar al tomar distintas posiciones en el proceso de erupción podría tener distintas patologías.

Cordales dentales: Anatomía y morfología

Los terceros molares presentan una alta gama de formas anatómicas (en cuanto al aspecto radicular, coronal, dimensión y número) mayor a cualquiera otra pieza dental. A nivel oclusal morfológicamente es bastante variable, puede presentar de cinco a más cúspides y

puede llegar a presentar un diámetro de corona incluso mayor al del segundo molar inferior. En cuanto a la raíz morfológicamente puede presentar una o varias raíces, comúnmente en la arcada superior presentan tres raíces; sin embargo, en la arcada inferior solo dos raíces. Relativo al tamaño puede observarse distintos tamaños tanto radicular como coronal; asimismo, en cuanto a cómo se presentan en número en muchos casos se suele encontrar la ausencia de estas y en algunos casos se presentan en un número mayor sobre todo en lo que respecta al maxilar superior.

En cuanto a los maxilares que presentan una dimensión reducida estos dificultan la erupción de las últimas piezas dentarias, motivo por el cual los terceros molares suelen no adoptar una posición correcta en la arcada dental.

En relación a lo previamente descrito, la falta del espacio suficiente a nivel mandibular en relación al espacio total ocupado por los dientes tiene como consecuencia que los terceros molares encuentren obstáculos para erupcionar quedando en algunas ocasiones a nivel intraóseo (1).

Erupción del tercer molar inferior y el espacio necesario para su erupción.

Se determina mediante la relación entre la distancia de la cara distal del segundo molar hasta el borde anterior de la rama ascendente mandibular y el diámetro mesiodistal de la corona del cordal inferior. Si el resultante de este cociente es mayor o igual a 1, se puede asumir que hay menos del 70% de posibilidades de erupción del tercer molar inferior; caso contrario (resultado entre 0 y 0.99) existe una posibilidad de erupción de un 30% (4).

➤ Ganss Ratio o Coeficiente “C”

Olive y Basford (1981) definieron el coeficiente de espacio para el tercer molar según lo siguiente:

$$C = \frac{AB}{CD}$$

Donde:

AB: distancia disponible para el tercer molar

CD: Diámetro mesiodistal.

- **Distancia AB:** Distancia entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Para su cálculo se traza sobre la radiografía una línea del plano oclusal inferior, otra perpendicular a ésta en el punto más distante de la corona del segundo molar, y otra perpendicular a la primera en el borde anterior a la rama mandibular. La conjunción de los puntos donde se interceptan estas líneas constituye el espacio disponible en la cual se pueden ubicar los terceros molares.
- **Distancia CD:** Lo constituye el diámetro tomado en milímetros (de mesial a distal) de las coronas de los terceros molares. Sobre las radiografías se dibujan dos líneas rectas paralelas al borde mesial y distal de la corona; así como, una línea perpendicular a las dos líneas antes mencionadas.

Cabe precisar que “Coeficiente C” fue variado por Ganss et al. (1993), dándole la nueva denominación de Ganss Ratio. Si el Ganss Ratio era ≥ 1 , habría un 70% de posibilidades de erupción y si era < 1 habría grandes probabilidades de que este se encuentre retenido (18).

Los terceros molares y su clasificación

Los terceros molares, se clasifican según su posición tal es el caso de la clasificación de Winter o la clasificación de Pell & Gregory las cuales explican sus clasificaciones en función a las diversas estructuras anatómicas que presentan:

➤ **Clasificación de Winter**

Fue propuesta en 1926 y establece el nivel de la ubicación de los cordales inferiores en conexión con el eje axial de los segundos molares. Como producto de esta correlación pudo clasificar los terceros molares en:

- **Vertical:** En esta posición hay un paralelismo entre los ejes longitudinales del segundo y tercer molar.
- **Mesioangular:** En esta posición su eje presenta una inclinación hacia adelante formando un ángulo con respecto a una línea imaginaria horizontal entre 30° y 80°.
- **Distoangular:** Se asemeja a la anterior, pero en este caso la corona presenta distintas angulaciones orientadas hacia la rama ascendente mandibular.
- **Horizontal:** El tercer y segundo molar se encuentran en una posición cruzada
- **Mesioangular invertida:** El eje mayor del diente presenta una inclinación antero inferior que supera los 90°.
- **Distoangular invertida:** Parecido a la anterior, pero con una angulación postero inferior del eje mayor del diente superior a 90°.
- **Linguoangular:** El eje mayor del diente presenta una inclinación lingual con el ápice orientado hacia la tabla externa.
- **Vestibuloangular:** El eje mayor del diente presenta una inclinación hacia vestibular y sus raíces hacia lingual.

Sin embargo, esta forma de clasificación no hizo ningún énfasis en la disposición anteroposterior ni en la profundidad en el hueso en donde se encontraba el tercer molar. Por ello surgió posteriormente otra clasificación en 1942, la cual fue presentado por Pell & Gregory (3).

➤ **Clasificación Pell & Gregory**

Determina el nivel de inclusión de los terceros molares inferiores, clasificándolo según el nivel de profundidad en relación al plano oclusal del segundo molar inferior en una escala (A, B, C), además evalúa el tamaño del diente y el espacio disponible para su erupción, espacio que está disponible entre la cara distal del segundo molar inferior y la región anterior de la rama ascendente mandibular (clase I, II o III).

a) Correspondencia entre el tercer molar y la rama ascendente mandibular

- **Clase I:** Se cuenta con suficiente espacio desde la cara distal del segundo molar hasta la rama ascendente mandibular, superando el diámetro transversal del tercer molar.
- **Clase II:** No se cuenta con suficiente espacio disponible para la erupción del tercer molar ya que la relación espacio entre la cara distal del segundo molar hasta la rama ascendente mandibular es menor que el ancho del que presenta la tercera molar
- **Clase III:** La posición del tercer molar esta parcial o totalmente incluido en la rama ascendente mandibular.

b) Profundidad del tercer molar

- **Posición A:** Las cúspides del tercer molar se encuentran al nivel o más alto con referencia al plano oclusal del segundo molar.
- **Posición B:** La cúspide vestibular del tercer molar se encuentra por debajo del plano oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.
- **Posición C:** Las cúspides del tercer molar se encuentran al nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Radiografía panorámica

También conocida como Rayos X panorámicos es un examen por imágenes que se enfoca en reproducir estructuras anatómicas del maxilar superior e inferior. Los fines clínicos de esta técnica son de diagnóstico; así como, para el desarrollo de diversas investigaciones.

La radiografía panorámica permite la apreciación de distintas estructuras anatómicas óseas e incluso de procesos fisiopatológicos, facilitando al profesional un mayor y mejor conocimiento en el campo estomatognático. A través de la radiografía panorámica también se puede revisar a lo largo del tiempo si los dientes están desarrollándose de forma normal o si presentan alguna patología monitoreando así su crecimiento ya sea en la zona maxilar o mandibular. Entre las patologías que pueden identificarse a través de las radiografías se tiene, por ejemplo, a la erupción de cuartos molares o a la presencia de terceros molares fuera de lugar permitiendo así un diagnóstico oportuno y que se brinde el mejor tratamiento posible (2).

Condiciones que propician la presencia de patologías asociadas a la erupción del tercer molar

La rama de la medicina que se enfoca en el estudio de los mecanismos subyacentes de las enfermedades, así como las causas de los trastornos ya sean estos fisiológicos o anatómicos se denomina Patología.

Los terceros molares presentan una alta incidencia de retención, por lo que las patologías inducidas por el tercer molar son muy elevadas sobre todo para los terceros molares inferiores debido a sus condiciones embriológicas y anatómicas particulares (4).

➤ Condiciones embriológicas

Si bien la iniciación de la calcificación de los cordales se inicia a los 8 y 10 años de edad, la calcificación de la parte de la corona dental concluye entre los 15 a 16 años; por otro

lado, la raíz completa su calcificación hasta los 25 años. El cordal crece normalmente de atrás hacia adelante y de abajo hacia arriba, el eje de erupción de los terceros molares es oblicuo ya que el diente en su trayecto de crecimiento tira de las raíces no calcificadas esto marca su inclinación primitiva y en algunos casos le da un lugar adecuado en la arcada situándose a continuación de la parte posterior del segundo molar, en otros casos el trayecto se ve interrumpido por una impactación contra la cara distal del segundo molar. El enderezamiento del diente termina, generalmente a los 18 años y solo un 20% de los terceros molares cuentan con la ubicación correcta dentro de la arcada dentaria. En ese sentido, para que el tercer molar se enderece y consiga su erupción al llegar al plano oclusal es indispensable que la corona del cordal se refleje en la cara distal del segundo molar (4).

➤ **Condiciones anatómicas**

El desarrollo regular del tercer molar sufre frecuentemente alteraciones anatómicas; principalmente el poco espacio que origina la inclusión del mismo. Cabe precisar que, el referido espacio a lo largo de la evolución filogenética se ha visto reducido de forma gradual no habiéndose detectado variaciones en las magnitudes de las piezas dentarias

En la mandíbula neolítica existía un espacio considerable conformado por el lado distal del tercer molar y la rama ascendente, sin embargo, esta condición anatómica ha sufrido cambios, disminuyendo el tamaño de este espacio como consecuencia el tercer molar queda parcialmente atrapado internamente en la rama mandibular. (4).

Patologías asociadas a la erupción del tercer molar

a) Infecciosas

- **Pericoronaritis:** Se trata de un padecimiento de tipo inflamatorio que se da en las coronas de los dientes que se encuentran en proceso de erupción específicamente en los tejidos blandos que los envuelven. Es una de las enfermedades bucales que se presenta

más comúnmente. Se han observado porcentajes de Pericoronaritis entre el 8 y el 40% y se cree que esto es debido a la obstrucción del capuchón pericoronario o a la presencia de quistes al momento de que el diente erupciona lo cual traerá consigo infecciones bacterianas (19).

- **Osteítis:** Patología asociada a la inflamación de la mucosa del hueso, de ser agudo presenta síntomas como la movilidad dental, un intenso dolor al tacto, trismo, etc. (19).

b) Mecánicas.

- **Caries:** En ocasiones debido a la complicada ubicación en que se encuentra la tercera molar, trae como consecuencia un limitado acceso a la zona afectada, realizando así una higiene bucal deficiente ya que el cepillado no llega a barrer en su totalidad con los alimentos, ocasionando así lesiones cariosas en los terceros molares y en ocasiones al diente adyacente. En estas circunstancias el tratamiento más indicado sería la extracción de la tercera molar. En una investigación llevada a cabo por Mc Ardle y Cols detectaron que al incrementar la edad de los pacientes que presentaban terceros molares mesioanguladas aumentaba la tendencia de producir caries al segundo molar; siendo la conclusión de la investigación que uno de los agentes que favorecían la protección del segundo molar frente a las caries es la extracción de los terceros molares mesioangulares (20).
- **Reabsorción patológica:** La presión de la corona del tercer molar en erupción puede traer como consecuencia una reabsorción patológica de la raíz del segundo molar; cuando la patología no envuelve la pulpa es recomendable que el tercer molar se extraiga, pero si está afecta la pulpa y el tercer molar no está tan inclinado se puede

dejar este y extraer el segundo molar tratando de ubicar el tercero en el lugar del segundo (3).

Es preciso mencionar que, hay pocos estudios sobre la reabsorción radicular de dientes sanos adyacentes a un diente impactado; sin embargo, constituye un hecho probable sobre todo cuando se trata de retenciones mesioangulares y horizontales (19).

c) Patología quística.

- **Quistes odontogénicos:** Aquellos que se dan a consecuencia de los terceros molares son poco comunes. El recubrimiento de estos quistes está compuesto de un epitelio que se originó en el desarrollo del diente; entre estos tenemos: Restos de Malassez (que persisten luego de formada la raíz), epitelio de esmalte reducido (que persisten luego de formarse el esmalte) y restos de la lámina dental (se originan en el epitelio oral y persisten luego del desarrollo del diente) (21).

- **Quiste folicular o dentígero y queratoquiste odontogénico:** Estos quistes en ocasiones crecen de manera considerable llegando a invadir zonas como el ángulo y la rama ascendente mandibular; la mayoría de los casos se originan con intervención del tercer molar inferior. Este tipo de quistes pueden llegar a desarrollar procesos infecciosos supurativos a tal grado de producir osteítis, osteomielitis tumefacción intrabucal, etc. Estas lesiones a menudo crecen de manera asintomática. En la mayoría de los casos son descubiertos por un examen radiográfico de rutina. El tratamiento más común es la extracción tanto del quiste folicular del cordal y el molar incluido (22).

- **Quiste paradental:** La inflamación periapical crónica en la región pericoronaria, puede desencadenar la formación de quiste, como consecuencia de la proliferación de células

epiteliales residuales del órgano del esmalte. Debido a las molestias que ocasiona (trismo, dificultad para cerrar la boca, dolor intenso, etc.) se recomienda la extracción del diente. Este tipo de quiste se desarrolla generalmente en personas de 20 a los 40 años de edad (22).

- **Quiste radicular:** Se originan a partir de los restos epiteliales periapicales, los cuales proliferan hacia el ápice radicular induciendo la formación de granulomas perirradiculares. (22).

d) Patología tumoral.

- **Granuloma:** Los granulomas se originan a partir de una respuesta inflamatoria debido a infecciones prolongadas, suelen localizarse en la cara posterior de los terceros molares, aunque pueden extenderse a otras superficies. Radiográficamente se observa como un engrosamiento del tejido que rodea la raíz, la cual desaparece al realizar la extracción del diente. (22).
- **Ameloblastoma y tumores malignos:** Los terceros molares en ocasiones están asociados con la formación de quistes foliculares y queratoquistes. Estos quistes, si no se extirpan completamente, pueden transformarse en ameloblastomas. Por consiguiente, es fundamental remitir todo tejido obtenido durante la extracción de un cordal para su estudio histopatológico (22).

e) Otras patologías

- **Aumento del espacio pericoronario:** Las coronas de estos dientes tienen un tejido folicular circundante, el cual en ocasiones – mientras se produce el desarrollo del

folículo dental - presentan cambios histopatológicos pudiendo variar de un epitelio reducido del esmalte a un epitelio escamoso estratificado ocasionando una tumefacción.

- **Lesión periodontal distal a nivel del segundo molar:** Las piezas dentales contiguas a piezas dentarias impactadas presentan una mayor probabilidad de sufrir enfermedades periodontales. En ocasiones se presentan las terceras molares impactadas ocasionando una reducción del hueso alveolar distal al segundo molar. Cabe señalar que, de presentarse las piezas dentarias en esta posición dificulta la higiene oral en esta zona favoreciendo procesos inflamatorios.

Grupo etario

Teniendo en consideración la teoría de la adultez emergente popularizada por el psicólogo Jeffrey Arnett, se clasificó a las personas de acuerdo a rangos de edades específicos (23).

En ese sentido, se obtuvieron los grupos etarios siguientes:

- Adolescentes tardíos (17 a 19 años): caracterizada por un desarrollo físico y psicológico en curso.
- Adultos emergentes o jóvenes (20 a 24 años): Transición a la independencia lo cual puede afectar la salud y manejo de enfermedades.
- Adultos jóvenes estables: Mayor madurez y consolidación de hábitos lo cual puede influir en el control de patologías

1.3. Formulación de hipótesis

1.3.1. Hipótesis general

Hi. La posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

➤ **Hipótesis nula**

Ho: La posición del tercer molar inferior no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

1.3.2. Hipótesis específicas

H₁. La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

➤ **Hipótesis nula**

Ho: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

H₂. La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

➤ **Hipótesis nula**

Ho: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

H₃. La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

➤ **Hipótesis nula**

H₀: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

H₄. La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

➤ **Hipótesis nula**

H₀: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo básica, nivel descriptivo, diseño observacional (no experimental), retrospectivo y transversal; asimismo, emplea un método hipotético deductivo. Al respecto, se analizaron radiografías panorámicas tomadas a pacientes entre 17 y 28 años durante el año 2024 las cuales fueron proporcionadas por el área de radiografía de un centro odontológico de Lima. El análisis efectuado fue respecto a la frecuencia en la que aparecen posicionados los terceros molares inferiores y sus patologías asociadas (24).

1.1. Método de la investigación

El presente estudio emplea el método hipotético – deductivo ya que se cuenta con una premisa teórica (hipótesis) la cual a través de la observación y la recolección de datos se busca confirmar o rechazar.

1.2. Enfoque cuantitativo

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo ya que se basa en la medición numérica y el análisis estadístico para probar la hipótesis planteada. Se precisa que, para esta investigación se recolectaron datos que han sido procesados mediante la utilización de herramientas estadísticas para determinar la existencia de la relación entre las variables.

1.3. Tipo de investigación

Tipo básica, ya que tiene como finalidad generar nuevo conocimiento que permita dilucidar la relación entre las distintas posiciones que presentan los terceros molares mandibulares y sus patologías asociadas.

1.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es observacional (no experimental), retrospectivo y descriptivo transversal. Es observacional porque los fenómenos estudiados (posición del tercer molar / patologías asociadas) han sido observados y registrados tal como han sido identificados en las radiografías panorámicas sin efectuar manipulación alguna; es retrospectiva ya que los datos se efectuaron a través de registros existentes (radiografías panorámicas) de pacientes atendidos en el pasado (año 2024); es nivel descriptivo, por cuanto su finalidad consiste en especificar las propiedades y rasgos clínicos del tercer molar mandibular (halladas en las radiografías panorámicas) en la muestra seleccionada, permitiendo detallar la prevalencia de diversas posiciones y su asociación con las patologías observadas; asimismo, es transversal ya que recolecta datos de un momento único del tiempo (radiografía panorámica tomada en un momento puntual sin seguimiento evolutivo).

1.5. Población, muestra y muestreo

1.5.1 Población

Está constituida por las radiografías panorámicas tomadas a personas entre 17 y 28 años de edad que asistieron como pacientes a un centro odontológico de Lima y que fueron tomadas en el año 2024. La cantidad de radiografías que cumplieron con los criterios de inclusión fue de 145, cantidad que constituye la población en la presente investigación.

1.5.2 Muestra

El tamaño de la muestra fue determinado aplicando la fórmula propuesta por Murray y Larry (2005) la cual constituye una técnica probabilística, específicamente un muestreo aleatorio simple (25).

Al respecto, como el tamaño de la población es una cantidad finita (población = 145) se ha utilizado la siguiente fórmula para el cálculo:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N-1)E^2 + Z^2pq} \quad \Rightarrow \quad n = \frac{145(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(145-1)0.03^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)}$$

Donde:

“n” = El tamaño de la muestra sobre la cual se realizará la investigación.

“N” = Universo o tamaño de la población.

“Z” = Parámetro estadístico que dependerá del grado de confianza

“p” = Éxito = Probabilidad de que suceda del evento investigado

“q” = (1-p) = Fracaso = Probabilidad de que no suceda el evento investigado

“E” = Precisión = Error máximo que se podría permitir en términos de proporción

En ese sentido, luego de la aplicación de la fórmula se obtiene un valor de muestra de 128 radiografías (n=128).

1.5.3 Criterios de inclusión

- Pacientes, hombres o mujeres, que asistieron a un centro odontológico de la Lima durante el año 2024.

- Pacientes con edades comprendidas entre los 17 y 28 años al momento de la toma radiográfica.
- Radiografías panorámicas tomadas en un centro odontológico de Lima.
- Radiografías panorámicas tomadas exclusivamente en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024.
- Radiografías que evidencien la presencia del tercer molar inferior (izquierdo, derecho o ambos).
- Radiografías panorámicas que muestren imágenes nítidas (buena calidad).

1.5.4 Criterios de Exclusión

- Registros donde no se puedan verificar la edad exacta del paciente.
- Registros donde no se puedan verificar la fecha de la toma de la radiografía panorámica.
- Radiografías panorámicas que no presenten terceros molares inferiores.
- Radiografías panorámicas que se encuentren deterioradas o distorsiones, impidiendo el correcto estudio de imagen.

1.5.5 Muestreo

El Muestreo que será empleado es de tipo probabilístico.

1.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Escala Valorativa
X₀ : Patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años	Alteraciones patológicas de origen dental o periodontal derivadas de la presencia o erupción del tercer molar.	Conjunto de síntomas de una enfermedad. En el marco del objeto de estudio, los terceros molares incluidos pueden causar la destrucción de la pared distal del segundo molar de igual modo bolsas periodontales complicándose con pericoronaritis (inflamación alrededor de la corona del molar), entre otros	<ul style="list-style-type: none"> - Pericoronaritis - Caries en la cara distal del segundo molar. - Maloclusión - Quiste dentígero - Dolor retromolar - Queratoquiste odontogénico 	<ul style="list-style-type: none"> - Ítem 1 - Ítem 2 - Ítem 3 (...) - Ítem “n” <p>Numero de ítems consignados en la “ficha de recolección de datos” correspondientes a una determinada patología asociada.</p>	De razón	-De 0,1,2, 3... “n”
Y₀ : Posición del tercer molar inferior	Ubicación y orientación espacial del tercer molar inferior respecto del segundo molar y la rama ascendente mandibular	El tercer molar inferior puede tomar diferentes posiciones en el trayecto de su erupción La categorización de Winter y de Pell & Gregory clasifican a las piezas dentarias llamadas terceros molares respecto de la posición que puedan presentar de acuerdo a sus distintas estructuras anatómicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Posición de los terceros molares según clasificación de Winter (vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, mesioangular invertida, distoangular invertida, linguoangular y vestibuloangular). - Posición de los terceros molares según clasificación de Pell & Gregory (Clase I, Clase II, Clase III. Posición A, Posición B y Posición C). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ítem 1 - Ítem 2 - Ítem 3 (...) - Ítem “n” <p>Numero de ítems consignados en la “ficha de recolección de datos” correspondientes a una determinada posición del tercer molar inferior.</p>	De razón	-De 0,1,2, 3... “n”

1.6.1 Definición operacional

Variable independiente:

- **X₀: Patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años**

Los terceros molares inferiores que están incluidos o se encuentran en una mala posición pueden ocasionar patologías en la pared que comparten con el segundo molar, provocando así su destrucción. También pueden formar bolsas periodontales complicándose con pericoronaritis (inflamación alrededor de la corona del molar), entre otros. Cabe precisar que, es importante conocer la incidencia de estas patologías según la posición anómala del tercer molar inferior, sexo y el grupo etario.

Variable dependiente:

- **Y₀: Posición del tercer molar inferior**

El tercer molar inferior puede tomar diferentes posiciones en el trayecto de su erupción. Al respecto, existen algunas clasificaciones en cuanto a la posición que pudieran presentar, tal es el caso de la clasificación de Winter o la formulada por Pell & Gregory que categorizan a los terceros molares según su posición respecto de sus distintas estructuras anatómicas. La correspondiente a Winter categorizó a estas piezas dentarias retenidas teniendo en consideración su posición dentro del maxilar; Pell & Gregory en cambio utilizó la posición del tercer molar en relación con su posición teniendo de referencia al eje axial del segundo molar inferior, la profundidad del tercer molar y la rama ascendente mandibular.

1.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.7.1. Técnica

- Se solicitó el permiso a un centro odontológico de Lima para poder obtener las radiografías panorámicas correspondientes a personas cuyas edades se encuentren entre los 17 y 28 años que hayan sido pacientes de dicho centro odontológico durante el año 2024. En atención a la referida solicitud se autorizó el ingreso para fines estrictamente académicos vinculados al recojo de información para el desarrollo de la investigación.
- Se llevó a cabo la observación de las radiografías panorámicas lo cual permitió identificar la posición del tercer molar y que patologías presentaron. Cabe precisar que, la población inicial estuvo constituida por 160 radiografías panorámicas; sin embargo, tras la aplicación del criterio de inclusión y exclusión, se determinó una población elegible de 145 unidades, los cuales conformaron el marco muestral definitivo. Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula de población finita sobre la base de las 145 unidades elegibles, considerando un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%. El resultado fue una muestra de 128 radiografías panorámicas, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple.
- De la visualización de las radiografías panorámicas cada observación fue registrada en la “ficha de recolección de datos” cuyo formato fue elaborado para el presente estudio y validado previamente por un juicio de expertos. En cuanto al análisis de las variables, para determinar la posición del tercer molar inferior se visualizó cada imagen y se aplicó la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory. En cuanto a las patologías asociadas, se examinó el área pericoronaria y las estructuras adyacentes para identificar la presencia de patologías tales como caries, pericoronaritis, etc.
- Para asegurar la objetividad en la observación de las variables, la técnica incluyó una fase de calibración; este proceso se realizó mediante un análisis de una muestra piloto

junto a un especialista en radiología oral, garantizando que los criterios diagnósticos aplicados a la variable dependiente e independiente sean consistentes. Se procesó el índice de Kappa de Cohen para asegurar que las observaciones efectuadas fueran consistentes con las del experto.

- Se aseguró que el manejo de la información respetara la Ley de Protección de Datos Personales, manteniendo el anonimato de los pacientes mediante la asignación de códigos numéricos a cada una de las radiografías panorámicas observadas.
- Una vez completada la fase de recolección de datos, se creó una matriz de datos en Microsoft Excel, la cual permitió la generación de tablas y gráficos que permitan resumir, organizar y presentar de mejor manera los datos obtenidos de la muestra (aplicación de estadística descriptiva).
- Asimismo, se contó con el apoyo técnico de un especialista en estadística. Bajo su asesoría, se realizó la limpieza de datos y la ejecución de las pruebas de contraste de hipótesis (Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher y razón de Verosimilitud) para lo cual se utilizó el software estadístico “IBM Statistics 27”. Este soporte permitió verificar el cumplimiento de los supuestos estadísticos y la correcta interpretación de los datos obtenidos, asegurando la fuerza y coherencia de los resultados finales (aplicación de estadística inferencial).

1.7.2. Descripción de instrumentos

- El instrumento principal utilizado fue la observación ya que gracias a ello se hizo la lectura de las imágenes de las radiografías panorámicas.
- Se revisaron las radiografías panorámicas de personas cuyas edades se encontraron entre los 17 y 28 años y que fueron pacientes en un centro odontológico de Lima en el año 2024; a fin de determinar que patologías presentaron.

- Se empleó una “ficha de recolección de datos” para la recopilación y registro de información que permitió llevar a cabo su análisis, a fin de alcanzar el objetivo de la investigación (edad, sexo, posición del tercer molar y patología asociada). Esta herramienta ayudó también para la comparación de los resultados obtenidos.
- Se utilizó la herramienta Microsoft Excel para la creación de tablas y gráficos para las comparaciones que esta investigación requirió, además permitió obtener porcentajes correspondientes a cada variable. Se empleó también la herramienta Microsoft Word para la elaboración de la tesis.
- Se utilizó el software estadístico “IBM Statistics 27” lo cual ayudó a comprobar la hipótesis de estudio de manera automatizada y eficiente, minimizando así los errores humanos.

1.7.3. Validación

El estudio que se llevó a cabo fue validado por un juicio de expertos de tres docentes de la Universidad Norbert Wiener. Los documentos que evidencian la validación del instrumento se encuentran en el Anexo 3 del presente documento.

1.7.4. Confiabilidad

Para garantizar la confiabilidad de los hallazgos radiográficos se realizó un proceso de calibración con un especialista de radiología oral, docente de la Universidad Norbert Wiener (experto).

Es oportuno señalar que, para el cálculo del coeficiente Kappa - el cual es una medida que ayudó a mostrar el nivel de acuerdo entre el investigador y el experto - se seleccionó una submuestra aleatoria simple de 26 piezas dentarias. La selección aleatoria garantizó una representación no sesgada respecto de los resultados obtenidos por el investigador y por el

experto durante la observación de las radiografías panorámicas, en cuanto a la posición del tercer molar y la presencia de patologías.

Al respecto, se evidenció un acuerdo total entre la información recogida por el investigador y el experto ($Kappa = 1$ en cuanto a la presencia de patologías, la posición del tercer molar según Winter y la “Posición” según Pell & Gregory), lo cual representa una concordancia perfecta según la escala de Landis y Koch quienes propusieron una escala para interpretar el coeficiente de Kappa de Cohen (26).

En cuanto a “Clase” según Pell & Gregory, debido a la baja variabilidad en la submuestra sujeta a calibración - dada la constante de la posición Clase II - el coeficiente Kappa no pudo ser calculado; sin embargo, como se obtuvo un acuerdo bruto entre el investigador y el experto se evidencia una alta consistencia.

1.8. Procesamiento y análisis de datos

- Se obtuvieron las imágenes de las radiografías panorámicas tomadas en el año 2024 a personas cuyos rangos de edades se encontraron entre los 17 y 28 años; dichas radiografías correspondieron a pacientes de un centro odontológico de Lima.
- Se realizó una recolección de los datos tales como: N° de paciente, N° de pieza dentaria (3.8 ó 4.8), sexo, edad, posición del tercer molar según clasificación de Pell & Gregory (posición: A, B o C /clase: I, II o III) y según la clasificación de Winter (angulación: vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, invertida, linguoangular o vestibuloangular); así como, respecto de las patologías asociadas (maloclusión, pericoronaritis, caries en la cara distal del segundo molar, quiste dentígero, caries coronal de la tercera molar o queratoquiste odontogénico); a fin de que sean sometidos a un análisis estadístico descriptivo y una adecuada transcripción de los datos obtenidos.

Posteriormente se realizó el correspondiente almacenamiento y gestión de datos en la Ficha de Recolección de Datos.

- Se realizó un análisis de frecuencias respecto de la posición del tercer molar y sobre las diversas patologías que se presentaron, para esto se usaron herramientas estadísticas y gráficos para presentar la información, entre estos se pueden mencionar: Gráficos de columnas y de barras, para hacer notorio los resultados de las frecuencias, y gráficos circulares, para evidenciar los resultados en porcentajes correspondientes a cada una de las variables.
- Se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado a efectos de conocer el grado de asociación de las variables y garantizar una óptima prueba de hipótesis, para lo cual se tuvo en consideración lo siguiente:

Nivel de significancia:

NC= 0.95

$\alpha = 0.05$ (margen de error)

Prueba de Chi-cuadrado

Si $f \leq 20\%$ casillas con valor inferior a 5: Test de Chi-cuadrado óptima.

Si $f > 20\%$ casillas con valor inferior a 5: Test de Chi-cuadrado débil (se invalida Chi-cuadrado). En los casos identificados bajo este supuesto se utilizó la Prueba Exacta de Fisher para tablas pequeñas 2x2. Adicionalmente, en los casos donde se incumplió el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (superiores a 2x2), lo cual invalidó el chi-cuadrado e hizo que la Prueba Exacta sea impráctica o inadecuada, se optó por usar la “Razón de Verosimilitud”.

- Para la aplicación de las pruebas estadísticas antes mencionadas se utilizó el software estadístico “IBM Statistics 27” lo cual ayudó a comprobar la hipótesis de estudio de manera automatizada y eficiente, minimizando así los errores humanos.

Es oportuno sustentar la coherencia estadística de las herramientas antes mencionadas, las cuales se decidieron utilizar para determinar el grado de asociación entre las variables. El análisis de los datos se basó en la estadística inferencial para contrastar las hipótesis planteadas, dado que las variables de estudio son de naturaleza cualitativa nominal se seleccionó la prueba de Chi-cuadrado la cual es una herramienta estándar para determinar la independencia o asociación entre categorías en ciencias de la salud (27)

Para asegurar la validez de los resultados, se evaluó el cumplimiento de los supuestos de frecuencias esperadas antes mencionados, si más del 20% de las casillas presentan frecuencias esperadas menor a 5, el estadístico Chi-cuadrado pierde potencia y puede generar conclusiones erróneas (28).

En tales escenarios, para tablas pequeñas de contingencia 2x2 se aplicó la Prueba Exacta de Fisher, mientras que para tablas de mayores dimensiones (superiores a 2x2), lo cual invalidó el Chi-cuadrado e hizo que la Prueba Exacta de Fisher sea impráctica o inadecuada - se empleó la Razón de Verosimilitud, estadístico más correcto en estas circunstancias por ser más robusto y preciso ante frecuencias bajas en modelos complejos (29). Toda evaluación se realizó con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, criterio convencional que permite minimizar el error Tipo I en las investigaciones (29).

Es importante mencionar que, cuando en la prueba de hipótesis una tendencia en varios subgrupos desaparece o se invierte cuando estos grupos se combinan, se está ante un fenómeno denominado la paradoja de Simpson (30). En estas situaciones el análisis desagregado por subgrupos se considera el correcto para asegurar la validez de las inferencias y evitar conclusiones sesgadas (31).

1.9. Aspectos éticos

- La información que contiene este trabajo no presentó implicaciones éticas ya que sólo se realizó una revisión y estudio de radiografías panorámicas de personas, hombres o mujeres, que fueron atendidos en un centro odontológico de Lima.
- Se puso especial énfasis en el cuidado y la protección de la información extraída de la base de datos proporcionada por el centro odontológico de Lima, los mismos que no han sido empleados para fines diferentes al objeto de la presente investigación.
- Se guardó el anonimato de las personas que fueron atendidas en el referido centro odontológico en el año 2024 cuyas radiografías panorámicas fueron objeto de análisis. Se usaron números para identificarlos en lugar de nombres (Paciente N°1, Paciente N°2, etc.).

Se precisa que, la investigación se basó en los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress en 1979 (32) siguiendo las directrices del Informe de Belmont (33) lo cual garantiza el respeto al principio de autonomía mediante el anonimato de las radiografías panorámicas estudiadas protegiendo la privacidad y confiabilidad de los datos de los pacientes en el centro odontológico de Lima (34). El principio de beneficencia se cumple al generar evidencia científica sobre la posición de los terceros molares y su relación con patología asociadas que ayude a los odontólogos a diagnosticar mejor las patologías asociadas a los terceros molares, mientras que la no maleficencia se asegura al tratarse de un estudio observacional retrospectivo sin poner en riesgo a los pacientes a los cuales se les tomó la radiografía (35). Finalmente, el principio de justicia se refleja en la selección aleatoria de la muestra (32); basada en criterios de inclusión y exclusión técnicos (33).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1.1. Resultados

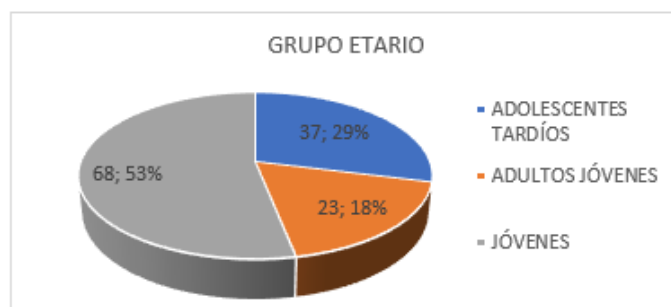
1.1.1. Análisis descriptivo de antec

Los datos recogidos arrojaron información en cuanto a la distribución de frecuencias teniendo en cuenta el sexo, edad, presencia de patologías y la posición en la que se encontraron los terceros molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory y la clasificación de Winter.

Tabla 1. Distribución de pacientes de 17 a 28 años que asistieron al centro odontológico de Lima en el año 2024, según sexo.

SEXO	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Masculino	64	50.00%
Femenino	64	50.00%
TOTAL	128	100.00%

Gráfico 1. Distribución de pacientes de 17 a 28 años que asistieron al centro odontológico de Lima en el año 2024, según grupo etario.



En cuanto a la distribución según edades señalar que el 28.91% de radiografías panorámicas analizadas correspondieron a pacientes cuyas edades se encontraron en el rango de 17 a 19 años (adolescentes tardíos), el 53.13% a pacientes entre los 20 y 24 años (jóvenes) y el 17.97 % entre los 25 y 28 años (adultos jóvenes).

Tabla 2. Distribución de terceros molares inferiores analizados según sexo

	PIEZA 4.8	PIEZA 3.8	AUSENCIA PIEZA 4.8	AUSENCIA PIEZA 3.8	TOTAL
Femenino	58	59	6	5	128
Masculino	61	59	3	5	128
TOTAL	119	118	9	10	256

Tabla 3. Distribución de terceros molares inferiores analizados según grupo etario

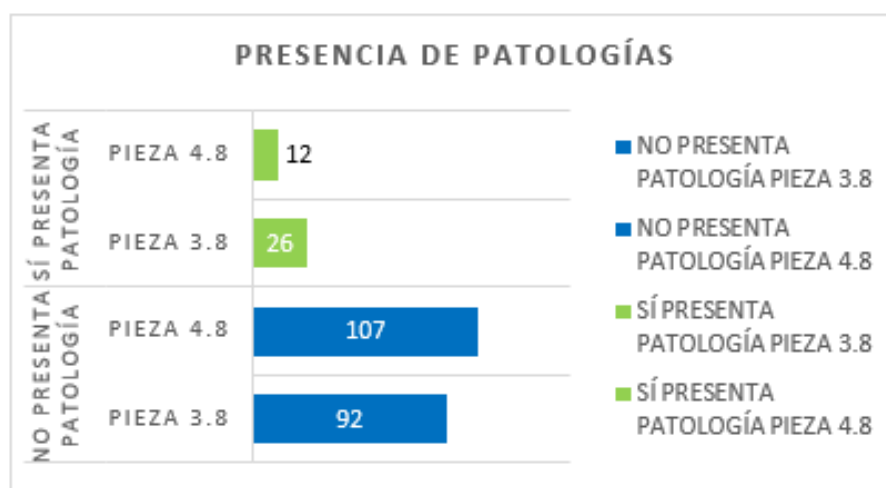
	PIEZA 4.8	PIEZA 3.8	AUSENCIA PIEZA 4.8	AUSENCIA PIEZA 3.8	TOTAL
Adolescentes tardíos	35	33	2	4	74
Jóvenes	65	64	3	4	136
Adultos jóvenes	19	21	4	2	46
TOTAL	119	118	9	10	256

En cuanto a las piezas dentarias bajo análisis señalar que en el total de 128 radiografías panorámicas se observaron 237 terceros molares inferiores y 19 ausencias de las referidas piezas.

Tabla 4. Presencia de patologías en terceros molares inferiores analizados

PRESENCIA DE PATOLOGÍAS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
NO PRESENTA PATOLOGÍA	199	83.97%
SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	38	16.03%
TOTAL	237	100.00%

Gráfico 2. Distribución de la presencia de patologías en las 237 piezas dentarias analizadas



Se evidencia que la mayor parte de patologías identificadas se dio en la pieza dentaria 3.8 representando un 68.43% del total de piezas dentarias que presentó al menos una patología; y el 10.97% del total de piezas dentarias analizadas.

Es oportuno precisar que, del total de 38 piezas dentarias que presentaron patologías, 35 presentaron 01 patología y 03 presentaron 02 patologías. En ese sentido, en el total de 38 piezas dentarias antes mencionadas se identificaron 41 patologías.

Gráfico 3. Distribución de la presencia de patologías por piezas dentarias

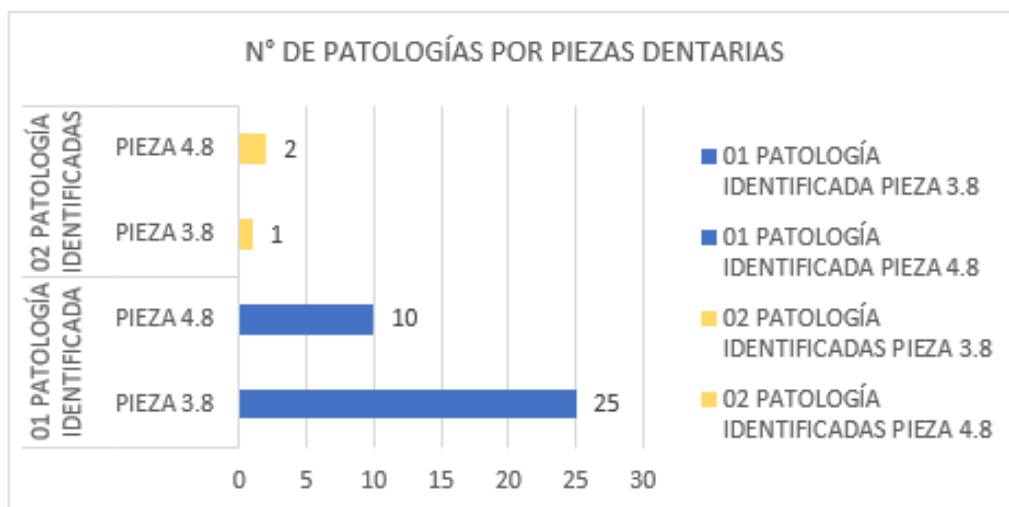


Tabla 5. Distribución de las patologías identificadas

PATOLOGÍAS	Frecuencia	Frecuencia
	Absoluta	Relativa
CARIES CORONAL TERCER MOLAR	5	12.20%
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	9	21.95%
PERICORONARITIS	27	65.85%
TOTAL	41	100.00%

En cuanto a las posiciones en las que se encontraron los terceros molares inferiores bajo análisis (237 terceros molares inferiores), teniendo en consideración la clasificación formulada de Pell & Gregory (Clase / Posición) y la clasificación formulada por Winter, señalar lo siguiente:

Tabla 6.. Distribución de los terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory (según clase)

CLASE	Frecuencia	Frecuencia
	Absoluta	Relativa
CLASE I	29	12.24%
CLASE II	208	87.76%
Total	237	100.00%

Tabla 7. Distribución de los terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory (según posición)

POSICIÓN	Frecuencia	Frecuencia
	Absoluta	Relativa
POSICION A	146	61.60%
POSICION B	82	34.60%
POSICION C	9	3.80%
Total	237	100.00%

Tabla 8. Distribución de los terceros molares según la clasificación de Winter

POSICIÓN	Frecuencia	Frecuencia
	Absoluta	Relativa
HORIZONTAL	32	13.50%
MESIOANGULAR	174	73.42%
VERTICAL	29	12.24%
VESTIBULOANGULAR	2	0.84%
Total	237	100.00%

De la información recogida - anteriormente descrita - se procedió con el análisis correspondiente de las variables que el presente estudio involucra:

a) Conocer en la muestra las posiciones que adoptaron las terceras molares inferiores de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory y la presencia o ausencia de patologías, según sexo:

Gráfico 4. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías según sexo

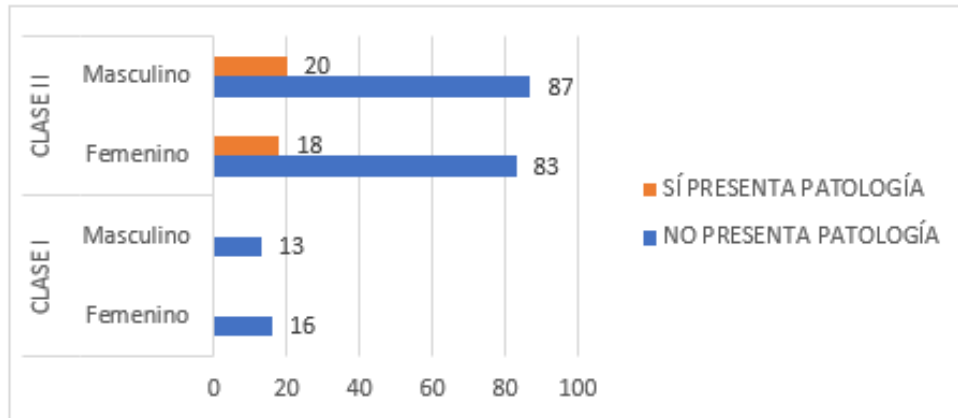
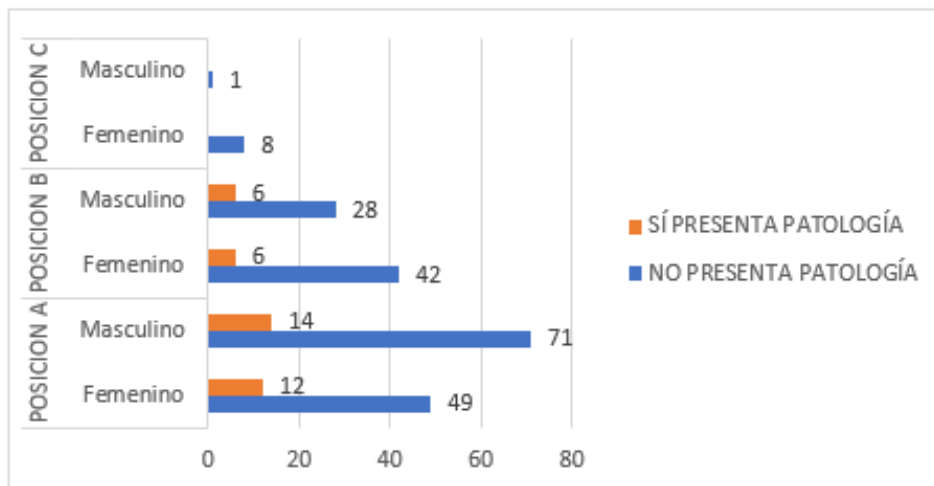


Gráfico 5. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías según sexo



Se evidencia que de la muestra analizada solo presentaron algún tipo de patologías piezas que corresponden a la Clase II; es decir, aquellas que no contaron con suficiente espacio disponible para su erupción (100% de las 41 patologías identificadas pertenecieron a la Clase

II).; sin embargo, se precisa que no todas las piezas identificadas como Clase II (208 de 237) presentaron patologías, solo el 16.03% de estas. Asimismo, dentro de las piezas Clase II que presentaron patologías (38 piezas dentarias) el 68.42% se identificó en POSICIÓN A y el 31.58% en POSISICIÓN B es decir hubo un mayor número de patologías en aquellos casos donde las cúspides del tercer molar se encontraron al nivel o más alto con referencia al plano oclusal del segundo molar. Adicionalmente, el mayor número de piezas dentarias que presentaron patologías (20 piezas) correspondieron a varones (52.63%)

b) Conocer en la muestra la posiciones que adoptaron las terceras molares inferiores de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory y la presencia o ausencia de patologías según grupo etario:

Gráfico 6. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) *de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías según grupo etario*

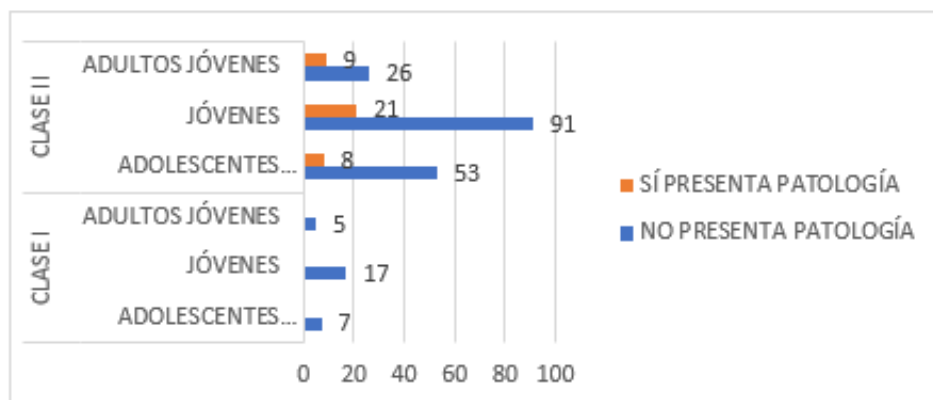
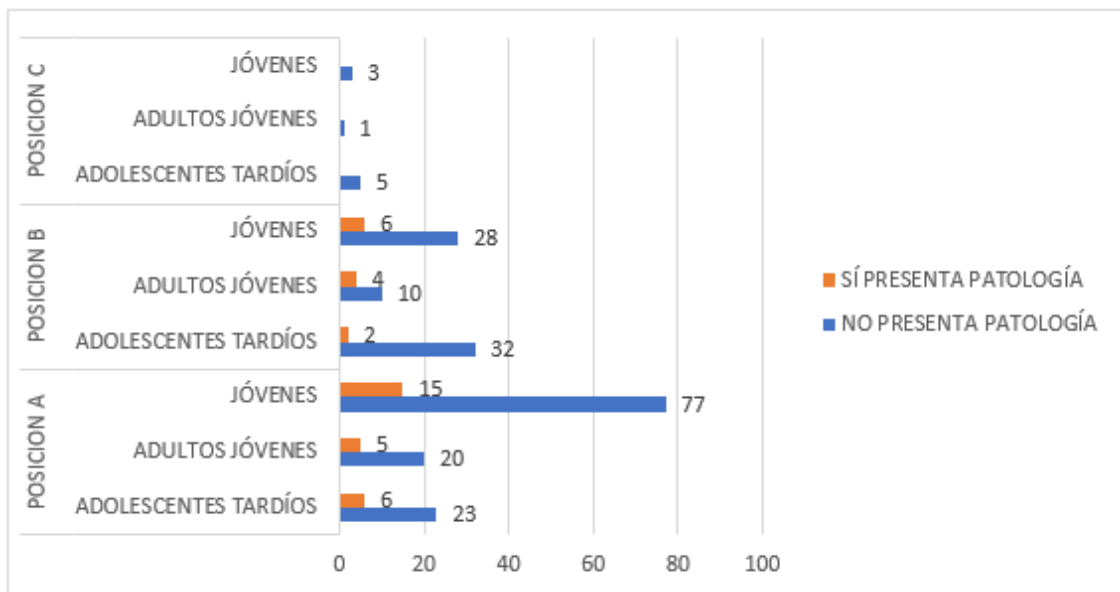


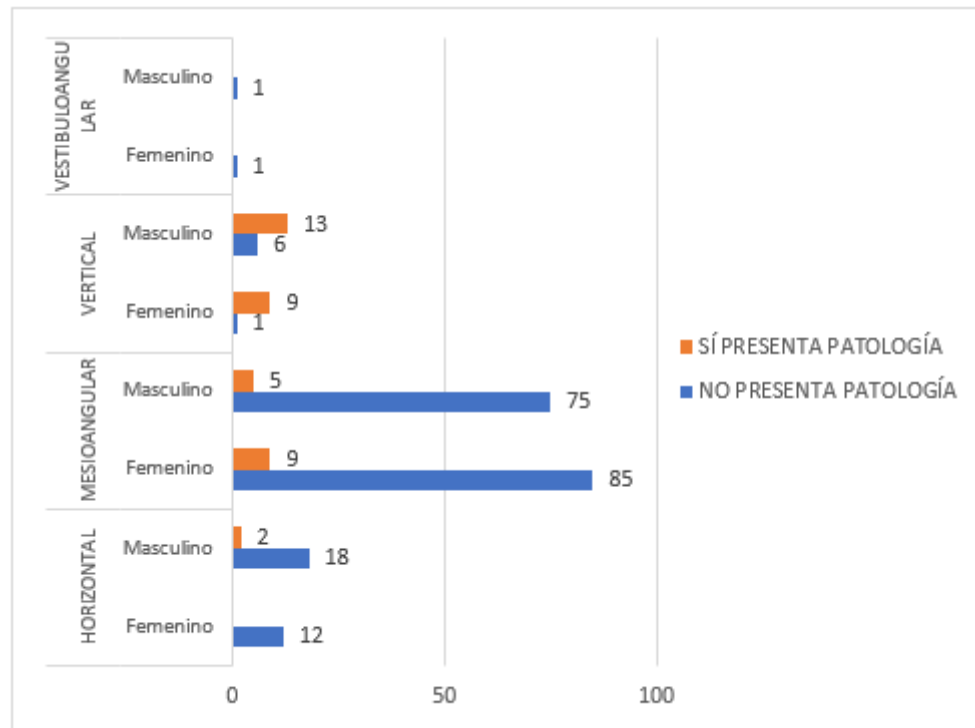
Gráfico 7. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías según grupo etario



Se precisa que, el mayor número de patologías se presentó en jóvenes con edades de 20 a 24 años de edad representando un 55.26% de piezas con patologías identificadas (15 piezas en POSICIÓN A y 6 piezas en POSICIÓN B), seguido por los adultos jóvenes de 25 a 27 años con un 23.68% (5 piezas en POSICIÓN A y 4 piezas en POSICIÓN B) y finalmente los adolescentes tardíos de 18 y 19 años de edad con el 21.05% del total de piezas con patologías identificadas (6 piezas en POSICIÓN A y 2 piezas en POSICIÓN B).

c) Conocer en la muestra la posiciones que adoptaron las terceras molares inferiores de acuerdo con la clasificación de Winter y la presencia o ausencia de patologías según sexo:

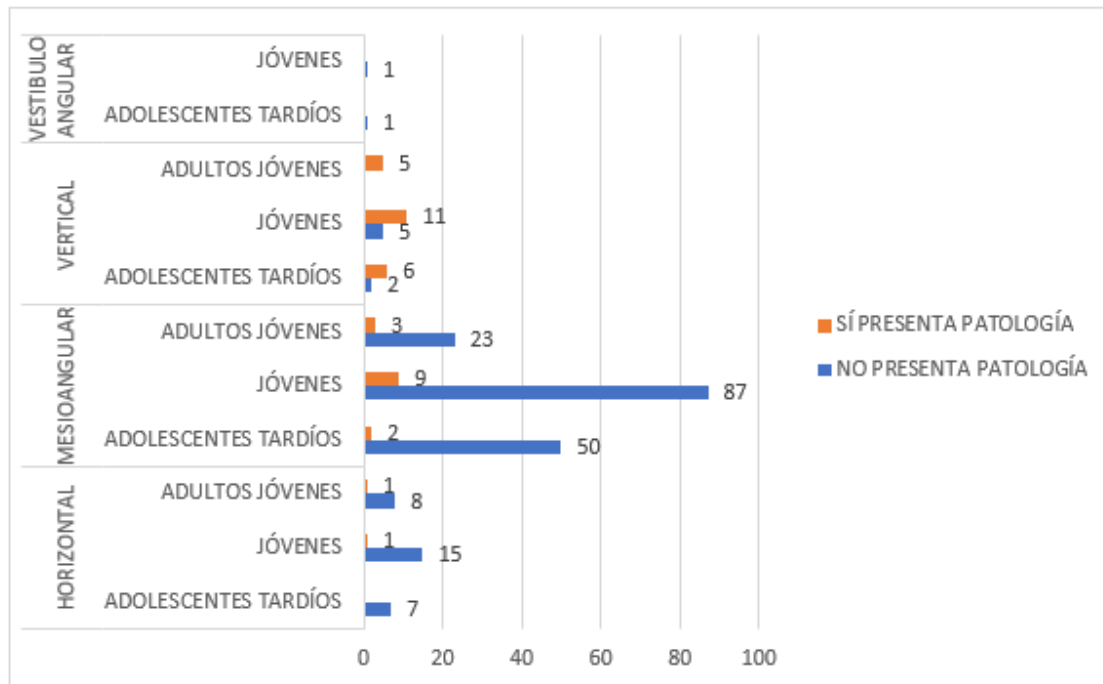
Gráfico 8. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Winter y presencia de patologías según sexo



En ese sentido, se puede determinar que de la muestra analizada (237 piezas) solo presentaron algún tipo de patologías piezas que se encontraron en la posición HORIZONTAL, MESIOANGULAR Y VERTICAL, se precisa que no todas las piezas identificadas en estas posiciones presentaron patologías, solo el 0.84%, 5.91 y el 9.28% del total, 2, 14 y 22 piezas respectivamente (en total 38 piezas de las 237). Asimismo, el mayor número de piezas dentarias que presentaron alguna de las 03 posiciones antes mencionadas se presentó en varones con un 52.63% y las mujeres obtuvieron un 47.37%.

d) Conocer en la muestra la posiciones que adoptaron las terceras molares inferiores de acuerdo con la clasificación de Winter y la presencia o ausencia de patologías según grupo etario:

Gráfico 9. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) de acuerdo con la clasificación de Winter y presencia de patologías según grupo etario



Es preciso señalar que, el mayor número de patologías se presentó con mayor frecuencia en jóvenes con edades de 20 a 24 años representando un 55.26% de piezas con patologías identificadas (01 piezas en posición HORIZONTAL, 09 en posición MESIOANGULAR y 11 en posición VERTICAL), seguido por los adultos jóvenes de 25 a 27 años con un 23.68% (01 piezas en posición HORIZONTAL, 03 en posición MESIOANGULAR y 05 en posición VERTICAL) y finalmente los adolescentes tardíos de 18 y 19 año de edad con el 21.05% del total de piezas con patologías identificadas (02 en posición MESIOANGULAR y 06 en posición VERTICAL)

- e) Conocer en la muestra la posición del tercer molar inferior y la presencia o ausencia de patologías.

Tabla 9. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores (237 piezas) y presencia de patologías según la clasificación de Pell & Gregory y la clasificación de Winter

Etiquetas de fila	POSICION A			POSICION B			POSICION C		TOTAL GENERAL
	CLASE I	CLASE II	TOTAL POSICION A	CLASE I	CLASE II	TOTAL POSICION B	CLASE II	TOTAL POSICION C	
HORIZONTAL		24	24		8	8			32
NO PRESENTA PATOLOGÍA		22	22		8	8			30
SÍ PRESENTA PATOLOGÍA		2	2						2
MESIOANGULAR	27	72	99	1	65	66	9	9	174
NO PRESENTA PATOLOGÍA	27	64	91	1	59	60	9	9	160
SÍ PRESENTA PATOLOGÍA		8	8		6	6			14
VERTICAL	1	22	23		6	6			29
NO PRESENTA PATOLOGÍA	1	6	7						7
SÍ PRESENTA PATOLOGÍA		16	16		6	6			22
VESTIBULOANGULAR					2	2			2
NO PRESENTA PATOLOGÍA					2	2			2
Total general	28	118	146	1	81	82	9	9	237

De la información recogida se evidencia que el 83.97% de las piezas dentarias analizadas (199 piezas) no presentan ningún tipo de patología, dichas piezas se encuentran en un 14.57% dentro de la CLASE I y 85.43% dentro la CLASE II de acuerdo a la Clasificación de Pell & Gregory; asimismo, el 60.30% se encontró en la Posición A, el 35.18% en la Posición B y el 4.52% en la Posición C de acuerdo a la referida clasificación. Vale precisar que, según Winter el 80.40% de las piezas que no presentaron patología se encontraban en posición Mesioangular y el 15.08% en la posición Horizontal, el 3.52% en la posición vertical y el restante de 1.01% se presentó en posición Vestibuloangular.

Adicionalmente se evidencia que el 16.03% de las piezas dentarias analizadas (38 piezas) presentan algún tipo de patología, dichas piezas se encuentran 100% dentro de la CLASE II de acuerdo a la Clasificación de Pell & Gregory; asimismo, el 68.42% se encontró en la Posición A y el 31.58% en la Posición B de acuerdo a la referida clasificación. Vale precisar que, según Winter el 57.89% de las piezas que presentaron al menos una patología se

encontraban en posición Vertical y el 36.84% en la posición Mesioangular, el restante de 5.26% se presentó en posición Horizontal.

Tabla 10. Distribución de la posición de los terceros molares inferiores respecto de los tipos de patologías identificadas (41 patologías) según la clasificación de Pell & Gregory y la clasificación de Winter

	CLASE II		TOTAL GENERAL
	POSICION A	POSICION B	
HORIZONTAL	3		3
CARIES CORONAL TERCER MOLAR	2		2
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	1		1
MESIOANGULAR	10	6	16
CARIES CORONAL TERCER MOLAR	3		3
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	5	3	8
PERICORONARITIS	2	3	5
VERTICAL	16	6	22
PERICORONARITIS	16	6	22
TOTAL, GENERAL	29	12	41

De la información recogida se evidencia que el 100% de las patologías identificadas (41 patologías) se encuentran dentro de la CLASE II de acuerdo a la Clasificación de Pell & Gregory; asimismo, el 70.73% se encontró en la Posición A y el 29.27% en la Posición B de acuerdo a la referida clasificación. Vale precisar que, según Winter el 53.66% de las patologías identificadas se encontraban en posición Vertical, el 39.02% en la posición Mesioangular, el restante de 7.32% se presentó en posición Horizontal. Asimismo, entre las patologías más recurrentes se encuentran la pericoronaritis con un 65.85% de casos, seguida por la caries en la cara distal del segundo molar con el 21.95% y 12.20% correspondiente a caries coronal del tercer molar.

1.1.2. Prueba de hipótesis

Hi. La posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Ho: La posición del tercer molar inferior no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 11. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,310 ^a	1	,012		
Corrección de continuidad ^b	5,026	1	,025		
Razón de verosimilitud	10,881	1	<.001		
Prueba exacta de Fisher				,006	,004
Asociación lineal por lineal	6,283	1	,012		
N de casos válidos	237				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,65.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (clase) y las patologías asociadas se empleó la prueba exacta de Fisher debido a las bajas frecuencias esperadas que se visualizaron en las tablas de contingencia (25% de las casillas superaron un recuento menor a 5). Al respecto, el análisis arrojó una relación estadísticamente significativa ($p=0.006$) por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase) sí influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 12. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,179 ^a	2	,336
Razón de verosimilitud	3,600	2	,165
Asociación lineal por lineal	1,588	1	,208
N de casos válidos	237		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1,44.

La aplicación de la prueba Chi-cuadrado para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y las patologías asociadas cumplió con los requisitos de frecuencias esperadas. Al respecto debido a que el $p=0.336$ es mayor al nivel de significancia establecido no se puede concluir que exista una asociación estadísticamente significativa entre las variables motivo por el cual no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0), concluyendo que la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 13. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	88,007 ^a	3	<.001
Razón de verosimilitud	64,249	3	<.001
Asociación lineal por lineal	23,697	1	<.001
N de casos válidos	237		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,32.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Winter y las patologías asociadas, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas

grandes (2x4), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p < 0.001$ (altamente significativo) motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Winter sí influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

H₁. La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

H₀: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

Tabla 14. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en mujeres

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,370 ^a	1	,066		
Corrección de continuidad ^b	2,140	1	,144		
Razón de verosimilitud	5,788	1	,016		
Prueba exacta de Fisher				,127	,056
Asociación lineal por lineal	3,341	1	,068		
N de casos válidos	117				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,46.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (clase) y las patologías asociadas en mujeres se empleó la prueba exacta de Fisher debido a las bajas frecuencias esperadas que se visualizaron en las tablas de contingencia (25% de las casillas superaron un recuento menor a 5). Al respecto, el análisis arrojó una relación estadísticamente significativa ($p=0.127$) mayor al nivel de significancia establecido motivo por el cual no se puede concluir que exista una asociación estadísticamente significativa

entre las variables motivo por el cual no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase) no influye en las patologías asociadas en pacientes mujeres de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 15. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en mujeres

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,623 ^a	2	,269
Razón de verosimilitud	3,801	2	,149
Asociación lineal por lineal	2,504	1	,114
N de casos válidos	117		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1,23.

La aplicación de la prueba Chi-cuadrado para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y las patologías asociadas en mujeres cumplió con los requisitos de frecuencias esperadas. Al respecto debido a que el $p=0.269$ es mayor al nivel de significancia establecido no se puede concluir que exista una asociación estadísticamente significativa entre las variables motivo por el cual no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0), concluyendo que la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes mujeres de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 16. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en varones

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,916 ^a	1	,088		
Corrección de continuidad ^b	1,725	1	,189		
Razón de verosimilitud	5,047	1	,025		
Prueba exacta de Fisher				,122	,081
Asociación lineal por lineal	2,892	1	,089		
N de casos válidos	120				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,17.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (clase) y las patologías asociadas en varones se empleó la prueba exacta de Fisher debido a las bajas frecuencias esperadas que se visualizaron en las tablas de contingencia (25% de las casillas superaron un recuento menor a 5). Al respecto, el análisis arrojó una relación estadísticamente significativa ($p=0.122$) mayor al nivel de significancia establecido motivo por el cual no se puede concluir que exista una asociación estadísticamente significativa entre las variables motivo por el cual no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase) no influye en las patologías asociadas en pacientes varones de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 17. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en varones

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,226 ^a	2	,893
Razón de verosimilitud	,390	2	,823
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	120		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,17.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y las patologías asociadas en hombre, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x3), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de 0.823 motivo por el cual se acepta la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes varones de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Es oportuno señalar que, si bien al analizar las variables “posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase)” respecto de la “presencia de patología asociada” se obtuvo que sí existe una asociación estadística significativa entre dichas variables ($p < 0.05$), al realizar un análisis por separado teniendo en consideración al “sexo” se encontró que no existe una asociación significativa entre dichas variables ni en el grupo de mujeres ni en el grupo de varones. Esta desaparición de asociación en los subgrupos analizados (hombres y mujeres) indica que la asociación inicial encontrada era falsa por lo que es correcto considerar los resultados del análisis estratificado (por hombres y por mujeres) obtenido; en ese sentido, con un $p > 0.05$ tanto para los varones como para las mujeres indica que no existe una asociación

significativa entre las variables “posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase)” respecto de la “presencia de patología asociada”

H₂. La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

H₀: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

Tabla 18. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en adolescentes tardíos

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,040 ^a	1	,308		
Corrección de continuidad ^b	,161	1	,689		
Razón de verosimilitud	1,856	1	,173		
Prueba exacta de Fisher				,587	,398
Asociación lineal por lineal	1,025	1	,311		
N de casos válidos	68				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,82.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (clase) y las patologías asociadas en adolescentes tardíos se empleó la prueba exacta de Fisher debido a las bajas frecuencias esperadas que se visualizaron en las tablas de contingencia (25% de las casillas superaron un recuento menor a 5). Al respecto, el análisis arrojó una relación estadísticamente significativa ($p=0.587$) mayor al nivel de significancia establecido motivo por el cual no se puede concluir que exista una asociación estadísticamente significativa entre las variables motivo por el cual no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0)

de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase) no influye en las patologías asociadas en pacientes adolescentes tardíos (17 a 19 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 19. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en adolescentes tardíos

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,025 ^a	2	,134
Razón de verosimilitud	4,478	2	,107
Asociación lineal por lineal	3,751	1	,053
N de casos válidos	68		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,59.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y las patologías asociadas en adolescentes tardíos, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x3), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de 0.107 motivo por el cual se acepta la hipótesis nula (Ho) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes adolescentes tardíos (17 a 19 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 20. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en jóvenes

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,807 ^a	1	,051		
Corrección de continuidad ^b	2,556	1	,110		
Razón de verosimilitud	6,524	1	,011		
Prueba exacta de Fisher				,073	,039
Asociación lineal por lineal	3,778	1	,052		
N de casos válidos	129				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,77.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (clase) y las patologías asociadas en jóvenes se empleó la prueba exacta de Fisher debido a las bajas frecuencias esperadas que se visualizaron en las tablas de contingencia (25% de las casillas superaron un recuento menor a 5). Al respecto, el análisis arrojó una relación estadísticamente significativa ($p=0.073$) mayor al nivel de significancia establecido motivo por el cual no se puede concluir que exista una asociación estadísticamente significativa entre las variables motivo por el cual no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase) no influye en las patologías asociadas en pacientes jóvenes (20 a 24 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 21. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en jóvenes

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,630 ^a	2	,730
Razón de verosimilitud	1,112	2	,574
Asociación lineal por lineal	,057	1	,812
N de casos válidos	129		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,49.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y las patologías asociadas en jóvenes, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x3), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p=0.574$ motivo por el cual se acepta la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes jóvenes (20 a 24 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 22. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Clase) y presencia de patologías en adultos jóvenes

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,659 ^a	1	,198		
Corrección de continuidad ^b	,512	1	,474		
Razón de verosimilitud	2,750	1	,097		
Prueba exacta de Fisher				,570	,258
Asociación lineal por lineal	1,618	1	,203		
N de casos válidos	40				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,13.

Para evaluar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (clase) y las patologías asociadas en adultos jóvenes se empleó la prueba exacta de Fisher debido a las bajas frecuencias esperadas que se visualizaron en las tablas de contingencia (50% de las casillas superaron un recuento menor a 5). Al respecto, el análisis arrojó una relación estadísticamente significativa ($p=0.570$) mayor al nivel de significancia establecido motivo por el cual no se puede concluir que exista una asociación estadísticamente significativa entre las variables motivo por el cual no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase) no influye en las patologías asociadas en pacientes adultos jóvenes de (25 a 28 años)atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 23. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Pell & Gregory (Posición) y presencia de patologías en adultos jóvenes

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,676 ^a	2	,713
Razón de verosimilitud	,881	2	,644
Asociación lineal por lineal	,077	1	,781
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,23.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell & Gregory (Posición) y las patologías asociadas en adultos jóvenes, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x3), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p=0.644$ motivo por el cual se acepta la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory

(Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes adultos jóvenes (25 a 28 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

H₃. La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.

H₀: La posición del tercer molar inferior no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024, según la clasificación de Winter y según sexo.

Tabla 24. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en mujeres

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,569 ^a	3	<.001
Razón de verosimilitud	34,621	3	<.001
Asociación lineal por lineal	13,548	1	<.001
N de casos válidos	117		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,15.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Winter y las patologías asociadas en mujeres, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x4), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p < 0.001$ (altamente significativo) motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Winter sí influye en las patologías

asociadas en pacientes mujeres de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 25. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en varones

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,732 ^a	3	<.001
Razón de verosimilitud	34,026	3	<.001
Asociación lineal por lineal	10,724	1	,001
N de casos válidos	120		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Winter y las patologías asociadas en varones, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x4), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p < 0.001$ (altamente significativo) motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Winter sí influye en las patologías asociadas en pacientes varones de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

H₄: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

H₀: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.

Tabla 26. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en adolescentes tardíos

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,024 ^a	3	<.001
Razón de verosimilitud	23,309	3	<.001
Asociación lineal por lineal	8,527	1	,003
N de casos válidos	68		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,12.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Winter y las patologías asociadas en adolescentes tardíos, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x4), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p < 0.001$ (altamente significativo) motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Winter sí influye en las patologías asociadas en pacientes adolescentes tardíos (17 a 19 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 27. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en jóvenes

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,054 ^a	3	<.001
Razón de verosimilitud	27,528	3	<.001
Asociación lineal por lineal	11,053	1	<.001
N de casos válidos	129		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,16.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Winter y las patologías asociadas en jóvenes, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron

frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x4), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p < 0.001$ (altamente significativo) motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Winter sí influye en las patologías asociadas en pacientes jóvenes (20 a 24 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Tabla 28. Prueba Chi-cuadrado respecto de la posición según Winter y presencia de patologías en adultos jóvenes

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,683 ^a	2	<.001
Razón de verosimilitud	17,778	2	<.001
Asociación lineal por lineal	5,338	1	,021
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1,13.

Para analizar la relación entre la posición del tercer molar inferior según la clasificación de Winter y las patologías asociadas en adultos jóvenes, dado que más del 20% de las celdas obtuvieron frecuencias esperadas menor a 5 violando el supuesto de frecuencias esperadas en tablas grandes (2x4), se utilizó la prueba de Razón de Verosimilitud la cual arrojó un valor de $p < 0.001$ (altamente significativo) motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula (H_0) de independencia, concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Winter sí influye en las patologías asociadas en pacientes adultos jóvenes (20 a 24 años) atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

1.1.3. Discusión de resultados

Se analizaron 128 radiografías panorámicas en las cuales se observaron 237 terceros molares inferiores y 19 ausencias de las referidas piezas. De las 237 piezas dentarias analizadas, 117 correspondían a mujeres (49.37%) y 120 a varones (50.63%). En lo que al análisis por grupos etarios respecta, 68 de ellas (28.69%) corresponden a adolescentes tardíos (dentro del rango de 17 a 19 años), 129 (54.43%) a jóvenes (dentro del rango de 20 a 24 años) y 40 (16.88%) a adultos jóvenes (dentro del rango de 25 a 28 años).

Del total de 237 terceros molares inferiores analizados el 16.03%, 38 piezas, presentó al menos una patología; de estas el 100% se encontraron dentro de la CLASE II; asimismo, el 68.42% se encontró en la Posición A y el 31.58% en la Posición B de acuerdo a la clasificación de Pell & Gregory. Vale precisar que, según Winter el 57.89% de las piezas que presentaron al menos una patología se encontraban en posición Vertical y el 36.84% en la posición Mesioangular, el restante de 5.26% se presentó en posición Horizontal. Este resultado difiere de lo hallado por **Daniela Mantilla et. al (2019)** quien estudió la prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados en 613 radiografías panorámicas obteniendo entre los resultados que existe una mayor prevalencia de terceros molares impactados en una posición Mesioangular según la clasificación de Winter; así como de piezas en Posición C según Pell & Gregory. Vale precisar que, existió una prevalencia de piezas en la Clase II lo cual coincide con lo hallado en el presente estudio. (7)

De las patologías identificadas en las 38 piezas dentarias (41 patologías) el 65.85% fueron casos de pericoronaritis, el 21.95% casos de caries en la cara distal del segundo molar y el 12.20% caries coronal del tercer molar. En lo que respecta a la cara distal del segundo molar señalar que el estudio realizado por **Katherine Luzuriaga et al. (2020)** sobre el estado periodontal de la referida pieza, adyacente al tercer molar mandibular, obtuvo entre otros resultados, que la presencia de caries en los segundos molares se dio en el 37% de los 277 casos

analizados (pacientes entre los 18 a 45 años de edad) concluyendo de esta forma que la existencia de los cordales mandibulares influye significativamente en el estado periodontal del segundo molar continuo (5). Asimismo, coincide con lo señalado por **Mirot R. (2024)** quien revisó 39 referencias bibliográficas encontrando que la pericoronaritis, caries dental, entre otros; son las más comunes; asimismo, señala que las complicaciones que en ocasiones provocan la erupción dental del tercer molar inferior son problemas de infección como es el caso de la pericoronaritis en mayoría de los casos. (13)

El mayor número de piezas dentarias que presentaron patologías correspondieron a varones (20 piezas equivalente al 52.63%) de los cuales 14 se encontraban en la Posición A y 6 en la Posición B según Pell & Gregory; asimismo, el mayor número de patologías se presentó en jóvenes representando un 55.26% de piezas con patologías identificadas (15 piezas en Posición A y 6 piezas en posición B), seguido por los adultos jóvenes con un 23.68% (5 piezas en Posición A y 4 piezas en Posición B) y finalmente los adolescentes tardíos con el 21.05% (6 piezas en Posición A y 2 piezas en Posición B).

Solo presentaron algún tipo de patologías piezas que se encontraron en la posición Horizontal, Mesioangular y Vertical. Al respecto, el mayor número de piezas dentarias que presentaron alguna de las 03 posiciones antes mencionadas se presentaron en varones con un 52.63% y las mujeres obtuvieron un 47.37%. Se precisa que no todas las piezas identificadas en estas posiciones presentaron patologías solo el 6.25%, 8.04% y 75.86% respectivamente. Asimismo, señalar que la patología que más se presentó en la posición Vertical, posición más frecuente, fue la pericoronaritis lo cual difiere de lo expuesto por **Cindy Cayllahua (2022)** quien observó en su análisis de datos (252 ortopantomografías) que prevalecía la posición mesioangular con una mayor incidencia de caries distales en el segundo molar; concluyendo que las caries distales antes mencionadas tienen un impacto significativo para la posición mesioangular; del mismo modo **Sánchez Pajuelo (2025)** en su estudio respecto de la

asociación de la impactación del tercer molar inferior con la caries distal del segundo molar en 218 radiografías panorámicas de adultos concluye que sí existe una relación significativa entre la posición de una tercera molar inferior impactada con la caries distal en el segundo molar. (15)

El mayor número de patologías se presentó en jóvenes, representando un 55.26% de piezas con patologías identificadas (01 piezas en posición Horizontal, 09 en posición Mesioangular y 11 en posición Vertical), seguido por los adultos jóvenes con un 23.68% (01 piezas en posición Horizontal, 03 en posición Mesioangular y 05 en posición Vertical) y finalmente los adolescentes tardíos con el 21.05% del total de piezas con patologías identificadas (02 en posición Mesioangular y 06 en posición Vertical). Lo previamente mencionado se alinea con lo concluido por **Lisset Vera (2019)** en su estudio prevalencia de terceros molares impactados en pacientes de 20 a 30 años sobre una muestra conformada por 417 pacientes, quien identificó que existe una mayor prevalencia de presentar cordales impactadas en personas cuyo rango de edad se encuentran entre los 20 a 30 años (jóvenes y adultos jóvenes). (17)

De la información recogida, se llevó a cabo la prueba de hipótesis concluyendo que la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase / Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Asimismo, la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase / Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes mujeres ni varones de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024. Es importante precisar que este análisis en sub grupos (mujeres y varones) permitió identificar la verdadera asociación entre las variables citadas en el presente párrafo.

Del mismo modo, la posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory (Clase/Posición) no influye en las patologías asociadas en pacientes adolescentes tardíos, jóvenes o adultos jóvenes atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

Adicionalmente, la posición del tercer molar inferior según Winter sí influye en las patologías asociadas en pacientes mujeres y pacientes hombres de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024; asimismo tiene una asociación significativa al aplicarse el análisis para cada uno de los grupos etarios (adolescentes tardíos, jóvenes y adultos jóvenes). Es oportuno señalar que, de la data recogida el mayor número de piezas que presenta patologías se da cuando la pieza dentaria se encuentra en posición Vertical, asimismo, cuando se encuentran dentro del grupo etario Jóvenes.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1 Conclusiones

- En la muestra bajo análisis prevalece la cantidad de piezas que no presentan patologías, es así que del total de piezas dentarias analizadas (237) solo 38 piezas, presentan al menos una patología; de estas el 100% se encontraron dentro de la CLASE II; asimismo, el 68.42% se encontró en la Posición A y el 31.58% en la Posición B de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory. Vale precisar que, según Winter el 57.89% de las piezas que presentaron al menos una patología se encontraban en posición Vertical y el 36.84% en la posición Mesioangular, el restante de 5.26% se presentó en posición Horizontal.
- El mayor número de piezas dentarias que presentan patologías (20 piezas) corresponden a varones (52.63%); asimismo, el mayor número de patologías se presentó en jóvenes con un 55.26% del total de piezas con patologías identificadas, seguido por los adultos jóvenes con un 23.68% y finalmente los adolescentes tardíos con el 21.05% del total de piezas con patologías identificadas.
- La posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory no presenta una asociación significativa con las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

- La posición del tercer molar inferior según Winter presenta una asociación significativa con las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.
- La posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory no presenta una asociación significativa con las patologías asociadas en pacientes mujeres ni en pacientes varones de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.
- La posición del tercer molar inferior según Pell & Gregory no presenta una asociación significativa con las patologías asociadas en pacientes adolescentes tardíos, ni en pacientes jóvenes ni en pacientes adultos jóvenes atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.
- La posición del tercer molar inferior según Winter presenta una asociación significativa con las patologías asociadas en pacientes mujeres y en pacientes varones de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.
- La posición del tercer molar inferior según Winter presenta una asociación significativa con las patologías asociadas en pacientes adolescentes tardíos, en pacientes jóvenes y en pacientes adultos jóvenes atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.

1.2 Recomendaciones

- Priorizar el seguimiento temprano de los terceros molares inferiores que muestren características de Clase II y se ubiquen en la Posición A según Pell & Gregory; así como, de los que se encuentren en la posición Vertical en la posición de Winter en los centros odontológicos; ya que, en la investigación realizada se obtuvo que el 100% de las patologías se encontraron en piezas Clase II, con el 68.42% en la posición A; asimismo, el 57.89% se encontró en la posición Vertical según la clasificación de Winter.

- Implementar campañas detección y atención estomatológica preventiva con un enfoque en la edad las cuales deben ser organizadas por los centros de salud; asimismo, sería conveniente que éstas se lleven a cabo en coordinación con los Institutos y Universidades dado que el mayor número de casos de patologías se dio en pacientes jóvenes (55.26% de piezas con patologías identificadas).
- Se recomienda a los especialistas en cirugía oral, centros odontológicos y odontólogos en general priorizar la clasificación de Winter como principal criterio para la evaluación, diagnóstico y planificación de una extracción dental: ya que, los resultados obtenidos señalan que la clasificación de Winter es relevante en la detección de riesgo de la presencia de patologías.
- Fomentar la realización de nuevos estudios prospectivos y de mayor alcance que aborden la asociación entre la posición de los terceros molares inferiores y la presencia de patologías, lo cual debería estar a cargo de las facultades de odontología y los programas de posgrado, dado que se identificó una escasez de investigaciones en los últimos 05 años sobre este tema; asimismo, se recomienda tener como referencia la presente investigación en el desarrollo de otros estudios.

REFERENCIAS

1. Palacios Colán M. Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la UPC periodo febrero 2011-diciembre 2012; 2014. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10757/322116>.
2. Fuentes R, Arias A, Borie-Echevarría E. Radiografía Panorámica: Una Herramienta Invaluable para el Estudio del Componente Óseo y Dental del Territorio Maxilofacial. *International Journal of Morphology*. 2021.
3. Radi Londoño JN. Evaluación del tercer molar. *Revista Facultad de Odontología - Univesidad de Antioquia*. 1993;; p. 40-42.
4. Ochoa Santana K, Paulino Medina L. Patologías asociadas a terceros molares retenidos y semiretenidos en pacientes que acuden a la escuela de Odontología Dr. Rene Puig Bentz de la Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña en el periodo de Enero-Julio 2015. *Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña*. 2015;; p. 20-33.
5. Luzuriaga Chávez K, López Jurado S. Estado periodontal del segundo molar adyacente al tercer molar mandibular. Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/11119>.
6. Berasmo A, Jadwiga S, Villaroel M. Prevalencia de patologías en terceros molares mandibulares retenidos con imagen radiolúcida asociada en pacientes del post grado de cirugía Bucal de la universidad central de Venezuela (2010-2019). Caracas; 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8929577>.

7. Mantilla Mantilla D, Mogollón Sanabria LV, Hernández Rodríguez JK. Prevalencia de Dientes Incluidos, Retenidos e Impactados, en Radiografías Panorámicas De La Universidad Santo Tomás, Bucaramanga de 2015 a 2017 Colombia; 2019.
8. Vargas Ramos J. Posición de cordales mandibulares según las clasificaciones Winter, Pell & Gregory en pacientes atendidos en la clínica de estomatología de la Universidad Privada Franklin Roosevelt, Huancayo Perú- 2019 Huancayo; 2019.
9. Pineda Pineda RP. Condición del hueso alveolar y del espacio periodontal en terceros molares inferiores retenidos en posición vertical, mesioangular y horizontal en radiografías periapicales de la consulta privada. Arequipa: Universidad Católica Santa Fe; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/76792fbd-f5bb-4ef6-974c-e1be9baa1e38>.
10. Pajuelo Sánchez JL. Asociación de la impactación de tercer molar inferior con la caries distal del segundo molar en radiografías panorámicas de la Universidad Norbert Wiener,2024. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2025. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/5c021441-69f9-4678-b10a-31856bcf60b2>.
11. Muscolino A, Albornoz E. Relación de la pericoronitis con respecto a la posición del tercer molar inferior en el postgrado de cirugía bucal de la Universidad Central de Venezuela. 2026. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/revecibu/article/view/22138>.
12. Ojeda N, Yanina R, Sanabria S, Fretes V, Bañuelos F, Insfrán JMG. Evaluación radiográfica del tercer molar mandibular y su influencia en las patologías del segundo molar mandibular, estudio transversa. Revista Científica Odontológica. 2024.

13. Mirot R. BLPP,ea. Complicaciones bucales asociadas a la erupción del tercer molar. Columna Médica. 2024 Abril.
14. Kave E, Heaton B, Aljoghaiman EA, Singhal A, García RI. Estado del tercer molar y riesgos de perder el segundo molar adyacente. Estados Unidos; 2021.
15. Cayllahua Puma C. Caries distal en segundo molar asociada a terceras molares inferiores en ortopantomografías de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2019 Perú; 2022.
16. Carranza Lizana G, Huamán Quispe S. Patologías asociadas con la erupción del tercer molar. Chiclayo; 2021. Disponible en:
<https://revistamedical.com/index.php/whj/article/view/16>.
17. Vera Moreyra L. Prevalencia de las terceras molares impactadas e pacientes de 20 a 30 años de edad en el Centro de Diagnóstico Perú; 2019.
18. Larrazábal Morón C. Estudio anatómico del Tercer Molar Mandibular incluido; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=8039>.
19. Arteagoitia I, Alvarez J, Barbier L, Santamaría J, Santamaría G. Erupción del tercer molar, patología asociada. País Vasco; 2012.
20. McArdle LW, Renton TF. Distal cervical caries in the mandibular second molar: indication for the prophylactic removal of the third molar. 2006;: p. 44; 42-45.
21. Moncada R, Salazar C, Coromoto C, Bogarín J. Lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Maracaibo Venezuela; 2005.

22. Gay C, Berini L. Tratado de Cirugía Bucal.; 2004. Disponible en https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000100008.
23. Jeffrey Jensen A. Adulthood Emergent: A theory of development from the end of adolescence to the decade of the twenties. *American Psychologist*. 2020 mayo;(55(5), 469–480): p. 469–480.
24. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6th ed. México D.F: McGraw-Hill; 2014.
25. Spiegel MR, Stephens LJ. Estadística. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2009. Disponible en: https://pubhtml5.com/skfd/ehri/Estadística_Serie_Schaum_4ta_edición_-_Murray_R._Spiegel.pdf_%281%29/.
26. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data ; 1977. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843571/>.
27. Pallás JMA, Villa. JJ. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Disponible en. Barcelona: España; 2019. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/metodos-de-investigacion-clinica-y-epidemiologica/argimon-pallas/978-84-9113-007-9>.
28. Dawson-Saunders B, Trapp R. Bioestadística médica. México D.F.: Manual Moderno; 2005. Disponible en: <https://www.casadellibro.com.co/libro-bioestadistica-medica-4-ed/9789707291348/1046679>.
29. Díaz de Rada Igúzquiza V. Análisis de datos de encuesta. 1st ed. UOCE, editor. Madrid: España; 2014.
30. Pearl J. Understanding Simpson's Paradox. *The American Statistician*. 2014.

31. Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*. 2000;(144-154).
32. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica (Principles of Biomedical Ethics)*. 4th ed. Barcelona: Masson; 1999.
33. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. *El Informe Belmont: Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación*. Washington, DC.; 1979. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>.
34. Congreso de la República del Perú. Ley N° 29733: Ley de Protección de Datos Personales.: *Diario Oficial El Peruano*; 2011 [cited 2026. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>.
35. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Fortaleza, Brasil: 64ª Asamblea General; 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿De qué manera la posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>a) ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo?</p> <p>b) ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario?</p> <p>c) ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>a) Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.</p> <p>b) Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.</p> <p>c) Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Hi: La posición del tercer molar inferior influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024.</p> <p>Ho: La posición del tercer molar inferior no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p><u>H₁</u>: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.</p> <p>Ho: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.</p> <p><u>H₂</u>: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.</p> <p>Ho: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Pell & Gregory no influye en</p>	<p>Variable independiente</p> <p>X₀: Patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años.</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Y₀: Posición del tercer molar inferior.</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Método y diseño de la investigación:</p> <p>Método: Hipotético-Deductivo</p> <p>Diseño: observacional (no experimental), retrospectivo y descriptivo transversal.</p>

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>d) ¿De qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 según grupo etario?</p>	<p>d) Determinar de qué manera la posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.</p>	<p>las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.</p> <p><u>H₃</u>: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.</p> <p>Ho: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según sexo.</p> <p><u>H₄</u>: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.</p> <p>Ho: La posición del tercer molar inferior de acuerdo con la clasificación de Winter no influye en las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años según grupo etario.</p>		

Anexo 2: Instrumentos

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN PACIENTES DE 17 A 28 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO ODONTOLÓGICO DE LIMA, EN EL AÑO 2024”

POSICIÓN DEL TERCER MOLAR

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
1	PACIENTE 1	PIEZA 3.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
2	PACIENTE 1	PIEZA 4.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
3	PACIENTE 2	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
4	PACIENTE 2	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
5	PACIENTE 5	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	-
6	PACIENTE 5	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
7	PACIENTE 6	PIEZA 3.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
8	PACIENTE 6	PIEZA 4.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
9	PACIENTE 7	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
10	PACIENTE 7	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
11	PACIENTE 8	PIEZA 3.8	Femenino	17	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
12	PACIENTE 8	PIEZA 4.8	Femenino	17	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
13	PACIENTE 9	PIEZA 3.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
14	PACIENTE 9	PIEZA 4.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
15	PACIENTE 10	PIEZA 3.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
16	PACIENTE 10	PIEZA 4.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
17	PACIENTE 11	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
18	PACIENTE 11	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
19	PACIENTE 13	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
20	PACIENTE 13	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
21	PACIENTE 14	PIEZA 3.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES CORONAL TERCER MOLAR	-
22	PACIENTE 14	PIEZA 4.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
23	PACIENTE 15	PIEZA 3.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
24	PACIENTE 15	PIEZA 4.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
25	PACIENTE 16	PIEZA 3.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
26	PACIENTE 16	PIEZA 4.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	CARIES CORONAL TERCER MOLAR
27	PACIENTE 18	PIEZA 3.8	Femenino	26	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
28	PACIENTE 18	PIEZA 4.8	Femenino	26	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
29	PACIENTE 19	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
30	PACIENTE 20	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION B	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
31	PACIENTE 20	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
32	PACIENTE 21	PIEZA 4.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
33	PACIENTE 22	PIEZA 3.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES CORONAL TERCER MOLAR	-
34	PACIENTE 22	PIEZA 4.8	Femenino	22	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
35	PACIENTE 23	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
36	PACIENTE 23	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
37	PACIENTE 24	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
38	PACIENTE 24	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
39	PACIENTE 25	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
40	PACIENTE 25	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
41	PACIENTE 27	PIEZA 3.8	Masculino	24	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	CARIES CORONAL TERCER MOLAR
42	PACIENTE 28	PIEZA 3.8	Femenino	20	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
43	PACIENTE 28	PIEZA 4.8	Femenino	20	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
44	PACIENTE 29	PIEZA 3.8	Femenino	25	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
45	PACIENTE 29	PIEZA 4.8	Femenino	25	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
46	PACIENTE 30	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
47	PACIENTE 31	PIEZA 3.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
48	PACIENTE 31	PIEZA 4.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
49	PACIENTE 32	PIEZA 3.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
50	PACIENTE 32	PIEZA 4.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
51	PACIENTE 33	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION B	VESTIBULOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
52	PACIENTE 33	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
53	PACIENTE 34	PIEZA 3.8	Femenino	26	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
54	PACIENTE 35	PIEZA 3.8	Masculino	27	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
55	PACIENTE 35	PIEZA 4.8	Masculino	27	CLASE II	POSICION B	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
56	PACIENTE 36	PIEZA 3.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
57	PACIENTE 36	PIEZA 4.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
58	PACIENTE 37	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
59	PACIENTE 37	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
60	PACIENTE 38	PIEZA 3.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
61	PACIENTE 38	PIEZA 4.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
62	PACIENTE 39	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
63	PACIENTE 39	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
64	PACIENTE 40	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
65	PACIENTE 40	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
66	PACIENTE 41	PIEZA 3.8	Femenino	25	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
67	PACIENTE 42	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
68	PACIENTE 42	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
69	PACIENTE 44	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
70	PACIENTE 44	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
71	PACIENTE 45	PIEZA 3.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	-
72	PACIENTE 46	PIEZA 3.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
73	PACIENTE 46	PIEZA 4.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
74	PACIENTE 47	PIEZA 3.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
75	PACIENTE 47	PIEZA 4.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
76	PACIENTE 48	PIEZA 3.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
77	PACIENTE 48	PIEZA 4.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
78	PACIENTE 49	PIEZA 3.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
79	PACIENTE 49	PIEZA 4.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
80	PACIENTE 50	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
81	PACIENTE 50	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
82	PACIENTE 51	PIEZA 3.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
83	PACIENTE 52	PIEZA 3.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
84	PACIENTE 52	PIEZA 4.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
85	PACIENTE 53	PIEZA 3.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
86	PACIENTE 53	PIEZA 4.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
87	PACIENTE 54	PIEZA 3.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
88	PACIENTE 54	PIEZA 4.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
89	PACIENTE 55	PIEZA 3.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
90	PACIENTE 55	PIEZA 4.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION B	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
91	PACIENTE 56	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
92	PACIENTE 56	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
93	PACIENTE 57	PIEZA 3.8	Masculino	18	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
94	PACIENTE 57	PIEZA 4.8	Masculino	18	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
95	PACIENTE 58	PIEZA 3.8	Masculino	18	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
96	PACIENTE 58	PIEZA 4.8	Masculino	18	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
97	PACIENTE 59	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
98	PACIENTE 59	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
99	PACIENTE 60	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
100	PACIENTE 60	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
101	PACIENTE 61	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
102	PACIENTE 61	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
103	PACIENTE 62	PIEZA 3.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
104	PACIENTE 62	PIEZA 4.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
105	PACIENTE 63	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
106	PACIENTE 65	PIEZA 3.8	Masculino	24	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
107	PACIENTE 65	PIEZA 4.8	Masculino	24	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
108	PACIENTE 66	PIEZA 3.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
109	PACIENTE 66	PIEZA 4.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
110	PACIENTE 67	PIEZA 3.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
111	PACIENTE 67	PIEZA 4.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
112	PACIENTE 68	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
113	PACIENTE 68	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
114	PACIENTE 69	PIEZA 4.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
115	PACIENTE 70	PIEZA 3.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
116	PACIENTE 70	PIEZA 4.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
117	PACIENTE 72	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
118	PACIENTE 72	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
119	PACIENTE 73	PIEZA 3.8	Masculino	24	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
120	PACIENTE 73	PIEZA 4.8	Masculino	24	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
121	PACIENTE 74	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
122	PACIENTE 74	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
123	PACIENTE 75	PIEZA 3.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
124	PACIENTE 75	PIEZA 4.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES CORONAL TERCER MOLAR	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR
125	PACIENTE 76	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION B	VESTIBULOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
126	PACIENTE 76	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
127	PACIENTE 77	PIEZA 4.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
128	PACIENTE 79	PIEZA 3.8	Masculino	24	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
129	PACIENTE 79	PIEZA 4.8	Masculino	24	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
130	PACIENTE 80	PIEZA 3.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
131	PACIENTE 80	PIEZA 4.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	-
132	PACIENTE 81	PIEZA 3.8	Masculino	17	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
133	PACIENTE 82	PIEZA 3.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
134	PACIENTE 82	PIEZA 4.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
135	PACIENTE 84	PIEZA 3.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
136	PACIENTE 84	PIEZA 4.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
137	PACIENTE 85	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
138	PACIENTE 85	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
139	PACIENTE 86	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
140	PACIENTE 86	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
141	PACIENTE 87	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
142	PACIENTE 87	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
143	PACIENTE 88	PIEZA 4.8	Masculino	21	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
144	PACIENTE 89	PIEZA 4.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
145	PACIENTE 91	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
146	PACIENTE 91	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
147	PACIENTE 92	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
148	PACIENTE 92	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
149	PACIENTE 93	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
150	PACIENTE 93	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE I	POSICION A	VERTICAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
151	PACIENTE 94	PIEZA 3.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
152	PACIENTE 94	PIEZA 4.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
153	PACIENTE 95	PIEZA 3.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
154	PACIENTE 95	PIEZA 4.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
155	PACIENTE 96	PIEZA 3.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
156	PACIENTE 96	PIEZA 4.8	Masculino	26	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
157	PACIENTE 97	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
158	PACIENTE 97	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
159	PACIENTE 99	PIEZA 3.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
160	PACIENTE 99	PIEZA 4.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
161	PACIENTE 101	PIEZA 3.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	-
162	PACIENTE 101	PIEZA 4.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
163	PACIENTE 102	PIEZA 3.8	Femenino	26	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
164	PACIENTE 102	PIEZA 4.8	Femenino	26	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
165	PACIENTE 103	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
166	PACIENTE 103	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
167	PACIENTE 104	PIEZA 3.8	Femenino	27	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
168	PACIENTE 104	PIEZA 4.8	Femenino	27	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
169	PACIENTE 105	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
170	PACIENTE 105	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
171	PACIENTE 106	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
172	PACIENTE 106	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
173	PACIENTE 107	PIEZA 3.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	-
174	PACIENTE 107	PIEZA 4.8	Femenino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
175	PACIENTE 108	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
176	PACIENTE 108	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
177	PACIENTE 109	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
178	PACIENTE 109	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
179	PACIENTE 110	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
180	PACIENTE 110	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
181	PACIENTE 111	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
182	PACIENTE 111	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
183	PACIENTE 112	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
184	PACIENTE 112	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
185	PACIENTE 114	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION B	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
186	PACIENTE 114	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
187	PACIENTE 116	PIEZA 3.8	Masculino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
188	PACIENTE 116	PIEZA 4.8	Masculino	19	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
189	PACIENTE 117	PIEZA 3.8	Masculino	17	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
190	PACIENTE 117	PIEZA 4.8	Masculino	17	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
191	PACIENTE 119	PIEZA 4.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
192	PACIENTE 120	PIEZA 3.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
193	PACIENTE 120	PIEZA 4.8	Femenino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
194	PACIENTE 121	PIEZA 3.8	Masculino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
195	PACIENTE 121	PIEZA 4.8	Masculino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
196	PACIENTE 122	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
197	PACIENTE 122	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE I	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
198	PACIENTE 123	PIEZA 3.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
199	PACIENTE 123	PIEZA 4.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
200	PACIENTE 124	PIEZA 3.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION B	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
201	PACIENTE 124	PIEZA 4.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
202	PACIENTE 125	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
203	PACIENTE 125	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
204	PACIENTE 126	PIEZA 3.8	Femenino	25	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
205	PACIENTE 126	PIEZA 4.8	Femenino	25	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
206	PACIENTE 127	PIEZA 4.8	Masculino	18	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
207	PACIENTE 128	PIEZA 4.8	Masculino	27	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
208	PACIENTE 129	PIEZA 3.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
209	PACIENTE 129	PIEZA 4.8	Femenino	19	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
210	PACIENTE 130	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	-
211	PACIENTE 130	PIEZA 4.8	Femenino	21	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
212	PACIENTE 131	PIEZA 3.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION B	VERTICAL	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
213	PACIENTE 131	PIEZA 4.8	Masculino	25	CLASE II	POSICION C	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
214	PACIENTE 132	PIEZA 3.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
215	PACIENTE 132	PIEZA 4.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
216	PACIENTE 133	PIEZA 3.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
217	PACIENTE 133	PIEZA 4.8	Masculino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
218	PACIENTE 134	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
219	PACIENTE 134	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
220	PACIENTE 135	PIEZA 3.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
221	PACIENTE 135	PIEZA 4.8	Masculino	22	CLASE II	POSICION A	VERTICAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
222	PACIENTE 136	PIEZA 3.8	Femenino	25	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
223	PACIENTE 137	PIEZA 3.8	Femenino	21	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	SÍ PRESENTA PATOLOGÍA	PERICORONARITIS	-
224	PACIENTE 137	PIEZA 4.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
225	PACIENTE 138	PIEZA 3.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
226	PACIENTE 138	PIEZA 4.8	Femenino	23	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
227	PACIENTE 139	PIEZA 3.8	Masculino	22	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
228	PACIENTE 139	PIEZA 4.8	Masculino	22	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
229	PACIENTE 140	PIEZA 3.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
230	PACIENTE 140	PIEZA 4.8	Masculino	20	CLASE II	POSICION B	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
231	PACIENTE 142	PIEZA 3.8	Masculino	23	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
232	PACIENTE 142	PIEZA 4.8	Masculino	23	CLASE II	POSICION B	HORIZONTAL	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
233	PACIENTE 143	PIEZA 3.8	Femenino	26	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
234	PACIENTE 143	PIEZA 4.8	Femenino	26	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
235	PACIENTE 144	PIEZA 4.8	Femenino	24	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

Nº	PACIENTE	Nº DE PIEZA	SEXO	EDAD	PELL Y GREGORY (CLASE)	PELL Y GREGORY (POSICION)	WINTER	PRESENTA PATOLOGÍA	PATOLOGÍA 1	PATOLOGÍA 2
236	PACIENTE 145	PIEZA 3.8	Femenino	22	CLASE I	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-
237	PACIENTE 145	PIEZA 4.8	Femenino	22	CLASE II	POSICION A	MESIOANGULAR	NO PRESENTA PATOLOGÍA	-	-

“FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA”

Para piezas que presentaron algún tipo de patologías

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	5
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 5
SEXO	MASCULINO
EDAD	20
Nº DE PIEZA DENTAL	PIEZA 3.8

(*) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	X
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	8
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 6
SEXO	FEMENINO
EDAD	24
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(*) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY							
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL							
		MESIOANGULAR		X		X			
		DISTOANGULAR							
		HORIZONTAL							
		INVERTIDA							
		LINGUANGULAR							
		VESTIBULOANGULAR							

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY							
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL		X		X			
		MESIOANGULAR							
		DISTOANGULAR							
		HORIZONTAL							
		INVERTIDA							
		LINGUANGULAR							
		VESTIBULOANGULAR							

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ITEM*	44
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 29
SEXO	FEMENINO
EDAD	25
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(*1) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ITEM*	46
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 30
SEXO	MASCULINO
EDAD	19
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(*1) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY						
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C	
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL		X		X		
		MESOANGULAR						
		DISTOANGULAR						
		HORIZONTAL						
		INVERTIDA						
		LINGUOANGULAR						
		VESTIBULOANGULAR						

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY						
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C	
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL						
		MESOANGULAR		X			X	
		DISTOANGULAR						
		HORIZONTAL						
		INVERTIDA						
		LINGUOANGULAR						
		VESTIBULOANGULAR						

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	55
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 35
SEXO	MASCULINO
EDAD	27
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	71
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 45
SEXO	25
EDAD	MASCULINO
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	X
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER			X			X	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER							
			X			X	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	90
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 55
SEXO	FEMENINO
EDAD	22
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	93
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 57
SEXO	MASCULINO
EDAD	18
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES			CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
			CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL		X			X	
		MESOANGULAR						
		DISTOANGULAR						
		HORIZONTAL						
		INVERTIDA						
		LINGUANGULAR						
		VESTIBULOANGULAR						

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES			CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
			CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL		X		X		
		MESOANGULAR						
		DISTOANGULAR						
		HORIZONTAL						
		INVERTIDA						
		LINGUANGULAR						
		VESTIBULOANGULAR						

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	94
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 57
SEXO	MASCULINO
EDAD	18
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CABA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	95
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 58
SEXO	MASCULINO
EDAD	18
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CABA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL		X		X		
	MESIOANGULAR						
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUANGULAR						
VESTIBULOANGULAR							

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL		X		X		
	MESIOANGULAR						
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUANGULAR						
VESTIBULOANGULAR							

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	97
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 59
SEXO	19
EDAD	MASCULINO
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(*). Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	99
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 60
SEXO	MASCULINO
EDAD	20
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(*). Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL		X		X		
		MESIOANGULAR					
		DISTOANGULAR					
		HORIZONTAL					
		INVERTIDA					
		LINGUANGULAR					
	VESTIBULOANGULAR						

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL		X		X		
		MESIOANGULAR					
		DISTOANGULAR					
		HORIZONTAL					
		INVERTIDA					
		LINGUANGULAR					
	VESTIBULOANGULAR						

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	116
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 70
SEXO	FEMENINO
EDAD	24
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	124
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 75
SEXO	MASCULINO
EDAD	25
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	X
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	X
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER			X		X		

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER							
			X		X		

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	131
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 80
SEXO	FEMENINO
EDAD	24
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	X
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	133
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 82
SEXO	MASCULINO
EDAD	21
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY							
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C		
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL							
		MESIOANGULAR		X		X			
		DISTOANGULAR							
		HORIZONTAL							
		INVERTIDA							
		LINGUOANGULAR							
		VESTIBULOANGULAR							

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY							
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C		
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL		X		X			
		MESIOANGULAR							
		DISTOANGULAR							
		HORIZONTAL							
		INVERTIDA							
		LINGUOANGULAR							
		VESTIBULOANGULAR							

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	137
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 85
SEXO	FEMENINO
EDAD	21
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	161
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 101
SEXO	FEMENINO
EDAD	23
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	X
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL		X		X		
	MESIOANGULAR						
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUOANGULAR						
VESTIBULOANGULAR							

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL						
	MESIOANGULAR		X			X	
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUOANGULAR						
VESTIBULOANGULAR							

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	162
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 101
SEXO	FEMENINO
EDAD	23
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(*). Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	163
Nº DE PACIENTE	102
SEXO	FEMENINO
EDAD	26
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(*). Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER			X		X		

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
CLASIFICACIÓN DE WINTER			X		X		

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ITEM*	165
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 103
SEXO	FEMENINO
EDAD	21
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ITEM*	173
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 107
SEXO	FEMENINO
EDAD	18
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	X
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY							
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C		
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL		X		X			
		MESIOANGULAR							
		DISTOANGULAR							
		HORIZONTAL							
		INVERTIDA							
		LINGUANGULAR							
		VESTIBULOANGULAR							

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY							
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C		
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL							
		MESIOANGULAR		X			X		
		DISTOANGULAR							
		HORIZONTAL							
		INVERTIDA							
		LINGUANGULAR							
		VESTIBULOANGULAR							

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	175
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 108
SEXO	MASCULINO
EDAD	19
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	176
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 108
SEXO	MASCULINO
EDAD	19
Nº DE PIEZA DENTAL	4.8

(* Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis)

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL		X		X		
	MESIOANGULAR						
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUOANGULAR						
	VESTIBULOANGULAR						

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL		X		X		
	MESIOANGULAR						
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUOANGULAR						
	VESTIBULOANGULAR						

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ITEM*	185
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 114
SEXO	MASCULINO
EDAD	20
Nº DE PIEZA DENTAL	3,8

(*) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ITEM*	191
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 119
SEXO	FEMENINO
EDAD	23
Nº DE PIEZA DENTAL	4,8

(*) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER	VERTICAL		X			X	
	MESOANGULAR						
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUOANGULAR						
	VESTIBULOANGULAR						

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER	VERTICAL						
	MESOANGULAR		X			X	
	DISTOANGULAR						
	HORIZONTAL						
	INVERTIDA						
	LINGUOANGULAR						
	VESTIBULOANGULAR						

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	200
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 124
SEXO	MASCULINO
EDAD	25
Nº DE PIEZA DENTAL	3,8

(*1) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	210
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 130
SEXO	FEMENINO
EDAD	21
Nº DE PIEZA DENTAL	3,8

(*1) Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	X
QUISTE DENTÍGERO	
CARIES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTÓGENICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY						
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C	
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL		X			X	
		MESOANGULAR						
		DISTOANGULAR						
		HORIZONTAL						
		INVERTIDA						
		LINGUOANGULAR						
		VESTIBULOANGULAR						

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY						
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C	
CLASIFICACIÓN DE WINTER		VERTICAL						
		MESOANGULAR				X		
		DISTOANGULAR						
		HORIZONTAL						
		INVERTIDA						
		LINGUOANGULAR						
		VESTIBULOANGULAR						

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	212
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 131
SEXO	MASCULINO
EDAD	25
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(*). Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	
CARES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INDIVIDUALIZADA"

Nº DE ORDEN / ÍTEM*	223
Nº DE PACIENTE	PACIENTE 137
SEXO	FEMENINO
EDAD	21
Nº DE PIEZA DENTAL	3.8

(*). Considera el total de 237 piezas dentarias bajo análisis

PATOLOGÍA ASOCIADA	
MALOCCLUSIÓN	
PERICORONARITIS	X
CARES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR	
QUISTE DENTÍGERO	
CARES CORONAL 3ER MOLAR	
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	
	VERTICAL		X				X
	MESIOANGULAR						
	DISTOANGULAR						
HORIZONTAL							
INVERTIDA							
LINGUOANGULAR							
VESTIBULOANGULAR							

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES		CLASIFICACIÓN DE PELL & GREGORY					
CLASIFICACIÓN DE WINTER		CLASE I	CLASE II	CLASE III	POSICIÓN A	POSICIÓN B	POSICIÓN C
	VERTICAL						
	MESIOANGULAR		X		X		
	DISTOANGULAR						
HORIZONTAL							
INVERTIDA							
LINGUOANGULAR							
VESTIBULOANGULAR							

Anexo 3: Validez del instrumento



Universidad
Norbert Wiener

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Ascanoa Olazo Jimmy*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos
 1.4 Autor(es) del Instrumento: BUSTAMANTE RODRIGUEZ, ABEL EDUARDO PAOLO
 1.5 Título de la Investigación: POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y LAS PATOLOGIAS ASOCIADAS EN PACIENTES DE 17 A 28 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO ODONTOLÓGICO DE LIMA EN EL AÑO 2024

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente Busta1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					8	40
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0,96$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

Lima, 17 de FEBRERO del 2026

Firma y sello

[Firma]
 M.D. JIMMY A. ASCANO OLAZO
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 14537



Universidad
Norbert Wiener

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Huayllas Paredes, Betzobé*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos
 1.4 Autor(es) del Instrumento: BUSTAMANTE RODRIGUEZ, ABEL EDUARDO PAOLO
 1.5 Título de la Investigación: POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y LAS PATOLOGIAS ASOCIADAS EN PACIENTES DE 17 A 28 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO ODONTOLÓGICO DE LIMA EN EL AÑO 2024

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente Busta1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.					
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					24	15
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{39}{50} = 0.78$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

Lima, 17 de FEBRERO del 2026

Mg. Esp. *Betzobé*
 PERUANO DENTISTA
 ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
 COP. 19117 - RNE. 2039

Firma y sello



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Rotoms y or Ayala Milagritos*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos
 1.4 Autor(es) del Instrumento: BUSTAMANTE RODRIGUEZ, ABEL EDUARDO PAOLO
 1.5 Título de la Investigación: POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y LAS PATOLOGIAS ASOCIADAS EN PACIENTES DE 17 A 28 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO ODONTOLOGICO DE LIMA EN EL AÑO 2024

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente Busta1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					16	30
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{46}{50} = 0.92$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

Lima, 14 de Febrero del 2026

Milagritos
 Dra. Milagritos Soriano Ayala
 REHABILITACIÓN ORAL
 Firma y sello

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

1. Aplicación del coeficiente Kappa respecto de la presencia de patologías

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
INVESTIGADOR - PRESENCIA DE PATOLOGÍA * EXPERTO - PRESENCIA DE PATOLOGÍA	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%

Medida de acuerdo	Kappa	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
		1,000	,000	5,099	<.001
N de casos válidos		26			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

2. Aplicación del coeficiente Kappa respecto de la posición según Pell & Gregory

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
INVESTIGADOR - PELL & GREGORY (POSICIÓN) * EXPERTO - PELL & GREGORY (POSICIÓN)	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%

Medida de acuerdo	Kappa	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
		1,000	,000	5,657	<.001
N de casos válidos		26			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

3. Aplicación del coeficiente Kappa respecto de la posición según Winter

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
INVESTIGADOR - WINTER * EXPERTO - WINTER	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%

Medida de acuerdo	Kappa	Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
		1,000	,000	6,583	<.001
N de casos válidos		26			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Se aprecia el coeficiente Kappa = 1 en todos los casos lo cual evidencia un acuerdo total entre el investigador y el experto respecto del total de ítems analizados.

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 12 de junio de 2025

Investigador(a)
Abel Eduardo Paolo Bustamante Rodriguez
Exp. N°:1072-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN PACIENTES DE 17 A 28 AÑOS QUE ACUDIERON AL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER, EN EL AÑO 2024" con fecha 03/06/2025.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Abel Eduardo Paolo Bustamante Rodriguez

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La vigencia de la aprobación es de dos años (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, la Renovación de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Ms. Angelica Karina Minoza Galarreta
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6: Aprobación de Enmienda



Universidad
Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

APROBACIÓN DE ENMIENDA

Lima, 26 de enero del 2026.

Autor Responsable:

ABEL EDUARDO PAOLO BUSTAMANTE RODRÍGUEZ

Exp. N°: 1072-2025.

De mi consideración:

El Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener, tras evaluar la solicitud presentada, **APRUEBA LA ENMIENDA** del proyecto, originalmente titulado "Posición del tercer molar inferior y las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años que acudieron al centro odontológico de la universidad Norbert Wiener en el año 2024" y aprobado por el CIEIC el 13/06/2025, Versión N.º 1. El detalle de la enmienda se consigna en la sección "Cambios aprobados"; de ser el caso, se incorpora el nuevo título.

Autor(es):

ABEL EDUARDO PAOLO BUSTAMANTE RODRÍGUEZ

Cambios aprobados:

Se aprueba la modificación del título el cual ahora será "Posición del tercer molar inferior y las patologías asociadas en pacientes de 17 a 28 años atendidos en un centro odontológico de Lima en el año 2024". Dicha información también estará contemplada en cada fragmento del proyecto.

Alcance de la aprobación:

La aprobación de enmienda confirma que las modificaciones cumplen con las buenas prácticas éticas y no alteran el balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación ni la confidencialidad de los datos previamente evaluados.

Obligaciones del investigador

- Esta aprobación no amplía ni modifica la vigencia otorgada en la constancia de aprobación inicial del proyecto; esta se mantiene en todo lo no modificado por la enmienda. Asimismo, los cambios rigen desde la fecha de emisión.
- Para fines administrativos o académicos, debe presentar ambos documentos: la constancia de aprobación del proyecto y la constancia de aprobación de enmienda. Cualquier cambio adicional requiere nueva evaluación del CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angélica Karina Mijangos Calvezeta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 7: formato de consentimiento informado

La presente investigación contiene un análisis de datos existentes; por lo tanto, no necesitó la participación de individuos. En ese sentido la aplicación del formato de consentimiento informado “No Aplica”.

Anexo 8: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



Universidad
Norbert Wiener

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN N° 012-2026-UPNW

Yo, **Khristian Vígil Vega**, identificado con D.N.I. N° 44025157, en mi calidad de Representante Legal de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A., con R.U.C. N° 20466246370, ubicado en Av. República de Chile N° 388, distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima.

Otorgo la AUTORIZACIÓN, al Sr. **Abel Eduardo Paolo Bustamante Rodríguez**, identificado con D.N.I. N° 41197665, del programa académico de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A., para que aplique su instrumento de recolección de datos en el marco de su investigación titulada **"POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN PACIENTES DE 17 A 28 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO ODONTOLÓGICO DE LIMA EN EL AÑO 2024"**, dentro de las instalaciones de nuestra institución de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

Asimismo, autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, contribuyendo con la comunidad educativa.

Sobre la recopilación de información de las radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el Centro Odontológico Universidad Norbert Wiener, es importante señalar que el numeral 6 del artículo 2 de la Constitución Política del Perú¹, reconoce el derecho que toda persona tiene a que los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, no suministren informaciones que afecten la intimidad personal y familiar; al respecto, en mérito de dicha disposición fue aprobada la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales (LPDP), que define al titular de los datos personales como la persona natural a quien corresponden los datos personales; asimismo, en su artículo 17 establece que los titulares de los bancos de datos personales están obligados a guardar confidencialidad, a menos que medie consentimiento previo, expreso e inequívoco del titular de los datos personales, resolución judicial consentida o ejecutoriada, o cuando medie razones de defensa nacional, seguridad pública o la sanidad pública². En consecuencia, toda recopilación, almacenamiento y uso de

¹ Constitución Política del Perú de 1993

"Artículo 2.- Toda persona tiene derecho:

(-)

6. A que los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, no suministren informaciones que afecten la intimidad personal y familiar."

² Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales

"Artículo 17. Confidencialidad de datos personales

El titular del banco de datos personales, el encargado y quienes intervengan en cualquier parte de su tratamiento están obligados a guardar confidencialidad respecto de los mismos y de sus antecedentes. Esta obligación subsiste aun después de finalizadas las relaciones con el titular del banco de datos personales.

El obligado puede ser relevado de la obligación de confidencialidad cuando medie consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco del titular de los datos personales, resolución judicial consentida o ejecutoriada, o cuando medie razones fundadas relativas a la defensa nacional, seguridad pública o la sanidad pública, sin perjuicio del derecho a guardar el secreto profesional."

Anexo 10: Fotografias








17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uap.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.unica.edu.pe	2%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
4	Internet	hdl.handle.net	2%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-08-25	1%
6	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
7	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.ug.edu.ec	<1%
9	Internet	www.slideshare.net	<1%
10	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
11	Internet	revistas.uautonoma.cl	<1%