

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología



TESIS

“Agenesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022”

Presentado por:

Bach. ALEXANDRA BRENDA LID MONDRAGON ARANDO
Bach. ROUSSEAU REA FELIX

Para optar el título profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Abancay – Apurímac - Perú

2022

Tesis

“Agnesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022”

Línea de investigación:

Salud Pública Estomatológica

Asesor:

Mg. CD. Orlando Fred Batallanos Barrionuevo



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

“AGENESIA DE TERCEROS MOLARES Y SU RELACIÓN CON OTRAS ANOMALÍAS DENTALES EN PACIENTES DE 16 A 24 AÑOS DE EDAD REGISTRADOS EN CLÍNICAS PRIVADAS, ABANCAY 2022”.

Presentado por el Bach. **ALEXANDRA BRENDA LID MONDRAGÓN ARANDO** y **ROUSSEAU REA FÉLIX**, para optar el Título profesional de: **CIRUJANO DENTISTA**.

Sustentado y aprobado el 28 de diciembre del 2022, ante el jurado:

Presidente : Mg. CD. Arturo Camacho Salcedo
Primer Miembro : Mg. CD. Sonia Margot Soria Serrano
Segundo Miembro : Mg. CD. Rocio Meza Salcedo
Asesor : Mg. CD. Orlando Fred Batallanos Barrionuevo

DEDICATORIA

A mis padres, quienes han sido mi pilar para seguir adelante, porque ellos son la razón de sentirme tan orgulloso de culminar una meta, gracias a ellos por confiar siempre en mí.

A la memoria de mi tío Leonidas Farfán y Celia Juro, quienes me apoyaron en el transcurso de mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor de tesis él. Dr. Orlando Fred Batállanos Barrionuevo, por el tiempo de orientación y ayuda que nos brindó en base a su experiencia y sabiduría en todo este proceso de investigación de nuestra tesis.

Al centro de diagnóstico por Imágenes Maxilofacial CEIMAX por el soporte para la realización de la investigación.

A mis maestros de la carrera de estomatología por mostrarme como avanzar profesionalmente y por impartirme todos sus conocimientos en beneficio de mi futuro.

INDICE DE CONTENIDO

Portada	i
Posportada	ii
Página de jurados	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Indice de tablas	viii
Indice de figuras	ix
Acrónimos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPITULO I.....	1
I. PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	1
I.1 Descripción de la realidad problemática	1
I.2 Identificación y formulación del problema.....	2
I.2.1 Problema general.....	4
I.2.2 Problemas específicos.....	4
I.3 Justificación de la investigación.....	4
I.4 Objetivos de la investigación.....	6
I.4.1 Objetivo general.....	6
I.4.2 Objetivos específicos	6
I.5 Delimitación de la investigación.....	6
I.5.1 Espacial.....	6
I.5.2 Temporal	7
I.5.3 Social	7

I.5.4	Conceptual.....	7
I.6	Viabilidad de la investigación	7
I.7	Limitaciones	8
CAPITULO II.....		8
MARCO TEORICO		8
2.1.	Antecedentes de investigación	8
2.1.1.	Antecedentes a nivel internacional.....	8
2.1.2.	Antecedentes a nivel nacional.....	15
2.1.3.	Antecedentes a nivel regional y local	20
2.2.	Bases teóricas	20
2.3.	Marco conceptual.....	40
CAPITULO III.....		43
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION		43
3.1.	Hipótesis.....	43
3.1.1.	Hipótesis general	43
3.1.2.	Hipótesis Específicas	43
3.2.	Método	44
3.3.	Tipo de investigación	44
3.4.	Nivel o alcance de la investigación	44
3.5.	Diseño de la investigación	45
3.6.	Operacionalización de variables.....	45
3.7.	Población, muestra y muestreo	48
3.8.	Técnica e instrumento	49
3.9.	Consideraciones éticas	49
3.10.	Procedimiento estadístico	50
CAPITULO IV		51
RESULTADO Y DISCUSION.....		51
CONCLUSIONES		69
RECOMENDACIONES.....		70
Bibliografía		71
ANEXOS		78

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de la Variable.....	47
Tabla 2	Descripción univariada del género en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas.....	51
Tabla 3	Descripción univariada de la edad en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas.....	52
Tabla 4	Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas.....	53
Tabla 5	Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según sexo en clínicas privadas.....	53
Tabla 6	Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según grupo etario en clínicas privadas.....	54
Tabla 7	Prevalencia de número de piezas dentarias con agenesia en radiografías en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	55
Tabla 8	Posición del cuadrante de la agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	56
Tabla 9	Nombre la pieza que presenta agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privada.....	57
Tabla 10	Prevalencia de estadios de Nolla en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	58
Tabla 11	Prevalencia de Anomalías de forma en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	59
Tabla 12	Prevalencia de Anomalías de tamaño en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	60
Tabla 13	Prevalencia de Anomalías de estructura en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	61
Tabla 14	Prevalencia de Anomalías de numero en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	62
Tabla 15	Anomalías de forma y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	63
Tabla 16	Anomalías de tamaño y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	64
Tabla 17	Anomalías de estructura y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	65
Tabla 18	Anomalías de número y agenesia en pacientes de 16 a 24 años en clínicas privadas.....	65

INDICE DE FIGURAS

Grafico 1	Radiografía donde se observa agenesia de molares	20
Grafico 2	Tercer molar en la mandíbula, visto de frente y de lado. v para vestibular, l para lingual, m para proximal y d para distal.	28
Grafico 3	Radiografía periapical del tercer molar inferior.....	29
Grafico 4	Descripción univariada del género en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas.....	51
Grafico 5	Descripción univariada de la edad en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas.....	52
Grafico 6	Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según sexo en clínicas privadas	53
Grafico 7	Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según grupo etario en clínicas privadas.	54
Grafico 8	Prevalencia de número de piezas dentarias con agenesia en radiografías en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	55
Grafico 9	Posición del cuadrante de la agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	56
Grafico 10	Nombre la pieza que presenta agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	57
Grafico 11	Prevalencia de estadios de Nolla en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	59
Grafico 12	Prevalencia de Anomalías de forma en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	60
Grafico 13	Prevalencia de Anomalías de tamaño en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	61
Grafico 14	Prevalencia de Anomalías de numero en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	62
Grafico 15	Anomalías de forma y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	63
Grafico 16	Anomalías de tamaño y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.....	64

ACRÓNIMOS

Et al. = Y colaboradores

FOUADY= Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán

PAD= prevalencia de anomalías dentales

UCSM= universidad católica de santa maría

SPSS=Statistical Package for Social Sciences

STHAGA=agenesia Dental Selectiva

TCCB=tomografía computarizada Cone Beam

RESUMEN

La agenesia hereditaria del tercer molar se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar anomalías dentales adicionales. El objetivo principal del estudio fue cuantificar la prevalencia de defectos dentales adicionales, como la falta de terceros molares, entre pacientes de 16 a 24 años la metodología de tipo observacional retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Se incluyeron 120 pacientes de 16 a 24 años, todos ellos con buenas características de radiografía panorámica digital para ser incluidos en la muestra. Cada radiografía se etiquetó con el código único del paciente, el sexo y la edad para su posterior análisis y por motivos estadísticos. Se encontró que, de las radiografías de la muestra, el 59,2% eran del sexo femenino, el 40,8% del sexo masculino, el 44,2% tenían entre 16 y 19 años y el 55,8% tenían entre 20 y 24.

El 100% de los pacientes presentaban agenesia, en cuanto a la prevalencia de número de piezas dentarias el 49.2% presento una pieza dental con agenesia siendo esta la más prevalente, en cuanto a la posición del cuadrante la ubicación más prevalente fue el superior derecho con un 18.3%, sobre la prevalencia de estadios de Nola se pudo apreciar que fue más prevalente en el ápice radicular completo en la pieza 1.8,2.8,3.8 y 4.8. Según sus hallazgos, los investigadores de este estudio llegan a la conclusión de que la agenesia del tercer molar está relacionada con otras anomalías dentales.

Palabras claves: agenesia, inclusión, tercer molar, supernumerario.

ABSTRACT

Hereditary third molar agenesis has been associated with an increased risk of developing additional dental anomalies. The main objective of the study was to quantify the prevalence of additional dental defects, such as missing third molars, among patients aged 16 to 24 years retrospective, descriptive, cross-sectional, observational methodology. A total of 120 patients aged 16 to 24 years were included, all of them with good digital panoramic radiographic characteristics to be included in the sample. Each radiograph was labeled with the patient's unique code, sex and age for further analysis and statistical purposes. It was found that, of the radiographs in the sample, 59.2% were female, 40.8% were male, 44.2% were between 16 and 19 years old and 55.8% were between 20 and 24 years old.

As for the prevalence of the number of teeth, 49.2% presented a tooth with agenesis being the most prevalent, as for the position of the quadrant the most prevalent location was the upper right with 18.3%, on the prevalence of Nola stages it could be seen that it was more prevalent in the complete root apex in the piece 1.8, 2.8, 3.8 and 4.8. According to their findings, the investigators of this study conclude that third molar agenesis is related to other dental anomalies.

Key words: agenesis, inclusion, third molar, supernumerary.

INTRODUCCION

Apareciendo finalmente en la edad adulta, los terceros molares suelen estar malformados. Esto incluye tanto la morfología anormal de la raíz como la de la corona, dificultades en la erupción, ausencia congénita y, a veces, incluso enfermedades relacionadas. La agenesia de este diente es una ocurrencia frecuente entre estas anomalías. La agenesia de este diente varía según los grupos, como lo muestran los informes de las investigaciones realizadas sobre este tema. Para confirmar la existencia o ausencia del tercer molar, se deben realizar radiografías a los pacientes. La edad "crítica" para analizar la agenesia de este ítem es de 16 años. La investigación ha indicado que la agenesia dental es una aberración comórbida, que puede entenderse desde una perspectiva genética. Esta anomalía va en aumento y suele estar ligada a muchas causas, algunas patológicas y otras hereditarias. (1) Como resultado, es importante identificar estos cambios en una etapa temprana para que puedan ser tratados adecuadamente. Para lograr esto, es necesario saber cómo. Este problema se manifiesta de manera diferente según el tipo de irregularidad.(2) Esto requiere un diagnóstico y una terapia tempranos basados en los factores que impulsan estas modificaciones. Para hacer esto, es vital entender cómo. La manifestación de este problema varía según el tipo de anomalía. (3) . Investigar la prevalencia de agenesia de terceros molares y otros defectos dentales entre la población de 16 a 24 años que acude a la clínica privada de Abancay 2022. Examinar anomalías dentales como la agenesia de otros dientes, inclusión dental y diente supernumerario a través de la investigación anatómica radiológica para clasificar la gravedad de la agenesia del tercer molar.

CAPITULO I

PLAN DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los órganos dentales (dientes, encías y mandíbulas) pueden verse afectados por la odontogénesis de diversas formas, incluido su tamaño, forma y cantidad. arborescente y perenne (1) (2). Debido a estas anomalías, la agenesia dental en los terceros molares es una de las más comunes, con una frecuencia que oscila entre el 9 y el 37 % a nivel mundial. (1) , estos pueden surgir por una variedad de razones, incluidas, entre otras, las de naturaleza genética o hereditaria, los efectos del medio ambiente, los cambios en la dieta u otros factores del estilo de vida, la presencia de ciertas enfermedades o trastornos, o incluso simplemente la falta de una mandíbula.(2)

El tercer molar, dens serotinus (del latín dens molaris tertius), muela del juicio o tercer molar a menudo erupciona durante el cuarto año de vida. En términos de desarrollo y emergencia, es uno de los dientes más maleables. Los terceros molares a menudo surgen entre los 16 y los 24 años, lo que hace de este un período de tiempo privilegiado para la investigación de trastornos relacionados con estos dientes. Sin embargo, en raras situaciones, esta erupción puede ser una agenesia o un retraso de dos años. (3).

Dado que la agenesia es un fenómeno común con prevalencia variable entre razas y probablemente de origen genético, es importante determinar la asociación de anomalías dentales en pacientes con agenesia del tercer molar. En este sentido Harris & Clark (2008), Según sus hallazgos, las cifras de prevalencia de agenesia en

blancos no deben extrapolarse a otros grupos después de comparar la incidencia de la afección entre blancos y negros en los Estados Unidos. La agenesia dental se ha relacionado con varias otras anomalías, lo que sugiere una base genética, como lo han demostrado otros estudios. (4) (5) (6)

Se ha encontrado a través de estudios realizados en Perú que la prevalencia de agenesia del tercer molar aumenta en presencia de anomalías dentales adicionales. Los individuos con agenesia de al menos un tercer molar tienen un mayor número de malformaciones dentales relacionadas, principalmente debido a un aumento de la agenesia de otros dientes e incluidos, en comparación con los pacientes sin agenesia de terceros molares. (7)

Además, hay muchos grupos étnicos diferentes, lo que indica que la arquitectura dental y craneofacial puede variar mucho de una persona a otra. Como resultado, la gran mayoría de las personas pueden presentar este tipo de dificultad. No es de extrañar que, con solo 16 dientes por arcada, el tamaño de los maxilares sea limitado. Es seguro asumir que esto contribuye a una alta tasa de malposiciones dentales que involucran a los terceros molares en la mandíbula. (8)

1.2. Identificación y formulación del problema

Esto dependerá del género, etnia o etapa en que se presente dicho órgano dentario, todos los cuales tienen la capacidad de incidir en el predominio del tercer molar, que es uno de los problemas que se presentan durante los tratamientos odontológicos que se realizan en el ámbito nacional. nivel. Por el momento, solo hay un puñado de estudios realizados en Perú por Idrogo L y Reátegui N; se ha demostrado que el tercer molar está casi extinguido ya que cada vez son más los que presentan retraso

en la erupción o incluso ausencia por falta de desarrollo del órgano dentario. Esto se debe al hecho de que cada vez más personas tienen problemas para desarrollar el órgano dental.(3)

La agenesia del tercer molar, que se asocia con un defecto en el desarrollo de los órganos dentarios o en el proceso de erupción, se deriva lógicamente de estos hallazgos, es muy común en todas las demografías. Los odontólogos que deseen utilizar estos elementos en sus tratamientos estomatológicos encontrarán poco interés en esta información.(5)

El propósito de este estudio es demostrar, a nivel regional, que la ausencia de terceros molares tiene un impacto significativo en el éxito de los tratamientos de ortodoncia, cirugías protésicas y otros procedimientos dentales antes mencionados. Sin embargo, está destinado a ayudar en la extracción adecuada del tercer molar, para que no cause problemas al paciente en ningún trabajo dental posterior.(4)

El tratamiento de las complicaciones dentales como la agenesia y las maloclusiones presenta un reto importante para las clínicas privadas de Abancay debido a la prevalencia de otras anomalías dentales como la agenesia de otros dientes y dientes retenidos. Tales anomalías pueden tener efectos de gran alcance en la salud y la auto percepción de los pacientes, incluido, en el peor de los casos, un impacto directo en el sentido de autoestima de los pacientes y su capacidad para llevar una vida normal. (6)

Esta investigación es importante para nuestro trabajo clínico porque si otros problemas de oclusión se pueden diagnosticar con anticipación, se pueden interceptar o evitar antes de que causen una incomodidad significativa. (9)

El presente estudio está justificado debido a la necesidad de conocer más sobre la agenesia del tercer molar en pacientes de 16 a 24 años inscritos en clínicas privadas, los factores que contribuyen al desarrollo y los procesos y/o terapias que se pueden utilizar para reducir su aparición, Abancay 2022.

1.2.1. Problema general

¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de forma en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?
2. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de tamaño en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?
3. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de estructura en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?
4. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de número en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?

1.3. Justificación de la investigación

En teoría, tiene sentido hacerlo porque nuestra investigación actual sobre la agenesia dental nos permitirá llenar algunos de los vacíos en nuestro conocimiento y

su asociación con otras anomalías dentales, agregar nuevas ideas a este cambio dental y ofrecer posibles soluciones que podrían ayudar en el diagnóstico temprano de otros problemas de oclusión más comunes, también proporcionará contexto para futuros estudios que utilicen los mismos factores para arrojar luz sobre la agenesia dental.

Los hallazgos de este estudio arrojarán luz sobre la prevalencia de agenesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes que acuden a las clínicas de Abancay, sabiendo que una parte de la población de la ciudad entre los 16 y los 24 años presenta estas anomalías.

Dado que las ausencias dentales (cuartos molares) han sido un problema durante un tiempo y continúan siendo un problema con los terceros molares, la presente investigación es socialmente justificable por la importancia que se le atribuye. Además, dará mayor conciencia a nuestra comunidad e incluso será de relevancia científica ya que brindará información a los médicos Estomatólogos, especialistas en el campo de la Odontopediatría y Ortodoncia. Es significativo ya que son relativamente pocas las investigaciones realizadas en nuestro barrio.

Dado que reconocemos que este es un tema urgente en la actualidad pero carecemos de información definitiva sobre la gravedad de la situación, creemos que este estudio nos proporcionará una base estadística sólida sobre la cual basar nuestra comprensión del mundo y que también puede servir como depósito para investigaciones futuras sobre el tema.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de forma en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.
2. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de tamaño en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.
3. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de estructura en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.
4. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de número en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Espacial

Abancay, en el sureño departamento peruano de Apurímac, sirvió como escenario del estudio, donde se utilizó el instrumento en pacientes atendidos en clínicas privadas. El rango de edad objetivo del estudio es de 16 a 24 años.

1.5.2. Temporal

El estudio realizado fue enmarcado dentro del periodo 2022 desde el mes de enero esperando culminarse a mediados de año considerando únicamente pacientes con problemas de agenesia dental atendidos en las clínicas privadas de la localidad de Abancay.

1.5.3. Social

El presente estudio, cuya limitación social es el rango de edad de la unidad de análisis (16-24), tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la agenesia dental y su correlación con otras anomalías dentales que afectan a los jóvenes de nuestra ciudad, y hacerlo de manera que puede conducir al desarrollo de estrategias efectivas para tratar y reducir esta condición.

1.5.4. Conceptual

La presente investigación se realizó para investigar la prevalencia de la agenesia de los 3ros molares y su conexión con otros defectos dentales. Tiene dos variables de estudio, ambas serán manejadas por odontólogos competentes y otros especialistas:

El proyecto está dirigido hacia los estudiantes y egresados de la carrera profesional de estomatología.

1.6. Viabilidad de la investigación

La recopilación de información y datos de la población de estudio, así como la literatura académica, el tiempo y la financiación, dan crédito a la viabilidad del proyecto.

Este estudio propuesto no implica ninguna conducta que viole las leyes aplicables, las normas éticas o los principios morales, por lo que puede proceder, además que aportara resultados buscando ampliar la información sobre que ya existe.

1.7. Limitaciones

Obtener radiografías de los pacientes fue el desafío inicial cuando comenzó el desarrollo de la tecnología, pero actualmente se están investigando soluciones para abordar este obstáculo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. Antecedentes a nivel internacional

Medina y Del Pozo (2021) en su estudio, titulado "Asociación entre agenesia bucal y maloclusión en pacientes jóvenes", se realizó en la capital de Venezuela. Su estudio se propuso responder a la pregunta: "¿Existe una conexión entre los niños que no tienen todos sus dientes permanentes y las maloclusiones?" en la gran región de Caracas de Venezuela. para la **metodología**: Hubo un total de 1.188 niños y adolescentes sanos cuyos registros de ortodoncia y radiografías panorámicas fueron revisados. Una maloclusión fue diagnosticada en el paciente por el Dr. Angle. Las estadísticas descriptivas, las diferencias de medias y las correlaciones se calcularon utilizando el nivel de significación de 0,05 de la prueba t de Student y la prueba rho de Pearson, respectivamente. **Resultando**, Por tanto, la prevalencia de agenesia fue del 5,6%, con una media de 1,64 y afectando con mayor frecuencia al sexo femenino que al masculino. (1,44:1). Los

sitios más frecuentes de enfermedad fueron los incisivos laterales maxilares y los segundos premolares mandibulares (30,55%). El número de dientes faltantes se correlacionó significativamente con la Clase III. La maloclusión fue más frecuente entre las personas con agenesia dental (Clase I 52%, Clase II 31% y Clase III 17%) que entre el grupo control (77%, 14% y 9%, respectivamente).

Concluyendo: Se descubrió que la incidencia y la distribución de la agenesia dental diferían entre los sexos, siendo las mujeres más propensas a verse afectadas. La maloclusión de clase II se correlacionó positivamente con el número de dientes impactados, y esta relación fue estadísticamente significativa. (10).

Yagnam, et al (2020) realizaron un estudio sobre la prevalencia de agenesia bucal en pacientes remitidos para evaluación de ortodoncia en Santiago de Chile. El propósito de esta investigación fue documentar la microdoncia de los incisivos laterales permanentes superiores y comparar la incidencia de agenesia en la población chilena contemporánea por género, diente impactado y clase esquelética. La **metodología** utilizando un diseño transversal descriptivo, los investigadores de este estudio contaron el número de pacientes con agenesia dental en 278 radiografías panorámicas tomadas al inicio del tratamiento de ortodoncia para 9.207 pacientes en una clínica privada en Chile en 2017. **Los resultados** muestran que las pacientes femeninas tuvieron una mayor incidencia de agenesia que los pacientes masculinos, siendo la prevalencia de agenesia del 3,02%. Se encontró que los segundos premolares tenían la mayor prevalencia de agenesia, mientras que no se evidenció la asociación de agenesia en ninguna clase esquelética en particular. Según la teoría evolutiva, el desarrollo del tercer

molar está llegando a su fin, por lo que se deben realizar más investigaciones para describir su frecuencia en la población humana. (11)

Huilcarema (Ecuador - 2018) el objetivo principal de este estudio, fue detectar la agenesia de terceros molares en el C.O.I. privado. población y, más precisamente, categorizar los casos de agenesia dental según sexo, región (1,8), región (2,8), región (3,8) y región (4,8) de la boca. La **metodología** de los datos que se utilizaron fue descriptivos, observacionales y transversales. Se evaluaron un total de sesenta radiografías panorámicas con la ayuda de un formulario de registro. La clínica privada en Riobamba conocida como C.O.I. Los es donde se tomaron y obtuvieron estas radiografías. **resultados** obtenidos fue que, en general, faltaba el 60% de los terceros molares; las diferencias de sexo indicaron que la agenesia era más común en los hombres (21 % frente a 15 %); y el fragmento #1.8 tuvo la mayor tasa de agenesia. Al comparar el maxilar y la mandíbula, la investigación descubrió que la agenesia del tercer molar es más frecuente en el maxilar (44 % frente a 43 %). En **conclusión**, la agenesia dental es más frecuente en el maxilar superior, sin embargo, no existe relación entre sexos ($p=0,910$). La agenesia es más común en la pieza del tercer molar 1.8 (37%) en comparación con los otros tres terceros molares. (12)

San Román, et al (México - 2018) tuvieron como objetivo determinar mediante radiografías la presencia o no de gérmenes de terceros molares en un grupo de pacientes jóvenes. En la **metodología** como parte del diseño transversal analítico y comparativo del estudio (México), se examinaron 513 radiografías panorámicas de niños entre 7 y 18. Una comparación de la prevalencia e incidencia de la agenesia del tercer molar por cuadrante, sexo y edad condujo a

su descubrimiento; Se encontró que 245 de las radiografías panorámicas pertenecían a mujeres y 268 a hombres; cuando se eliminó este grupo de edad del estudio, la frecuencia de agenesia de los gérmenes de los terceros molares se redujo a 27,3%; se observó una mayor proporción de agenesia en los cuadrantes superiores, especialmente en el lado izquierdo; y en cuanto a la frecuencia de agenesia del germen del tercer molar, 161 pacientes. El análisis de comparación por género reveló un valor de Chi-cuadrado de $p=0,63$, lo que sugiere que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los sexos. Esta investigación encontró una frecuencia mucho mayor de agenesia germinal del tercer molar de lo que se observa a escala mundial. Como este diente a menudo no muestra síntomas de calcificación a una edad temprana, es posible que algunos casos de fallas radiográficas para ver la agenesia del tercer molar hayan sido inexactos. (13)

Canche (2017) Se presentó su estudio, titulado "Prevalencia de agenesia dental de terceros molares en estudiantes de odontología". El **Objetivo** de este estudio fue averiguar qué tan común era la agenesia dental entre estudiantes de pregrado. La **metodología** Se utilizaron estadísticas descriptivas, observacionales y prospectivas para analizar 75 niños de FOUADY, considerando factores como el sexo, la edad y la presencia o ausencia de agenesia unilateral o bilateral. **Resultando** así, un total de 20 (26,6%) de los 75 estudiantes evaluados presentaban agenesia dentaria del tercer molar, con una proporción 1:1 de hombres y mujeres con la misma tasa de agenesia. **Conclusión:** Tal como lo documentan en la literatura internacional Díaz en 2009 (25,9%) y García en 2008 (24,75%), aunque Pérez en 2008 solo un 19%, la

prevalencia de agenesia fue completamente predominante en los terceros molares de los participantes de la investigación, en un 26,6 % del total de casos analizados. (14)

Sánchez, et al (2016) tuvieron como objetivo comparar la impactación y agenesia de los terceros molares basados en estudios radiográficos en una muestra de Monterrey, Nuevo León y de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Fue un estudio experimental, descriptivo y comparativo realizado de mayo a octubre de 2015, los investigadores analizaron radiografías panorámicas de 100 estudiantes, todos con edades entre 18 y 23 años. En ambos grupos, la impactación mesioangular en el maxilar inferior (22,31%) y la impactación vertical en el maxilar superior (24,83%) fueron los tipos de impactación más frecuentes. Nuevo León tuvo una tasa de 11.75 por ciento de agenesia de terceros molares, mientras que en Chiapas la tasa fue de 9.69. por ciento. Con el uso de una prueba t (5% de nivel de significancia). Entonces, al comparar la profundidad relativa del tercer molar entre las muestras de Chiapas y Nuevo León, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0526$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con respecto a la prevalencia de agenesia del tercer molar ($p=0,2981$) o la categorización de Winter ($p=0,1335$). (15)

Marcianes, et al (2016) presentaron su estudio titulado “Prevalencia de los patrones de anomalías dentarias” Cuyo **Objetivo** el objetivo fue conocer la tasa de EAP entre los 100 pacientes más recientes estudiados de forma continua. Para la **metodología** se evaluaron retrospectivamente los 100 pacientes más recientes con uO-FJD, que eran de ambos sexos, de origen caucásico y que

tenían entre 8 y 15 años de edad. Se detectaron aberraciones como hipodoncia, aislamiento de microformas, dientes pequeños, erupción retardada, infraoclusión de molares primarios, desplazamiento palatino de caninos, transposición (CPmSup o C-llatInf), distoangulación del segundo premolar mandibular no erupcionado y taurodontismo. La conexión de dos o más anormalidades se denominó PAD "sensu stricto" y la existencia comprobada de una sola anormalidad, "POSIBLE PAD". Así, el 18% de las personas tenía EAP "sensu stricto", mientras que el 16% tenía "EAP posible". Hay una superposición del 34% entre las dos categorías. **Concluyendo**, en resumen, los PAD son bastante comunes. Todo médico debe comprender esta noción, ya que es razonable sospechar más anomalías en un paciente o su familia después de descubrir una.

(16)

Colorado y Huitzil (2015) tuvieron como objetivo averiguar qué tan común es la agenesia del tercer molar en esta región y, más específicamente, dónde es más común geográficamente. Se seleccionaron al azar 100 ortopantomografías de pacientes de 15 a 25 años de edad de la historia clínica electrónica del consultorio de Córdoba, Veracruz. Se les miró con un negatoscopio para ver si tenían terceros molares; Se excluyeron los pacientes que ya habían sido intervenidos quirúrgicamente o a los que se les había extraído estos órganos dentarios. Los factores de presencia y agenesia se tuvieron en cuenta al registrar los hallazgos. **Resultados** La agenesia estuvo presente en el 22% de los pacientes que examinamos; el cuadrante inferior derecho presentó la mayor frecuencia de agenesia. La evidencia de los estudios encuestados apoya la hipótesis nula, sugiriendo que entre el 20% y el 25% de la población experimenta

agenesia en al menos un órgano oral. **Conclusión:** Se observó agenesia en el 22% de los individuos que examinamos; el cuadrante inferior derecho tuvo la mayor prevalencia de agenesia. La idea era correcta ya que las publicaciones previamente revisadas afirman que alrededor del 20% al 25% de la población tenía algún tipo de órgano dental que había sufrido agenesia sin especificar en qué cuadrante había ocurrido. (17)

Bedoya, et al (2015) tuvo por **objetivo** determinar la prevalencia de anomalías dentales en una muestra de pacientes de ortodoncia. Para ello la **metodología** el estudio utilizó 277 radiografías panorámicas de pacientes que visitaron un consultorio de ortodoncia entre 2007 y 2011 y fue de naturaleza descriptiva y transversal. No se incluyeron las radiografías distorsionadas, teñidas, alargadas o borrosas. El tamaño, la forma, la cantidad, la anodoncia, la hipodoncia, la oligodoncia, la anodoncia y los dientes supernumerarios de las anomalías dentales investigadas contenía dientes grandes y pequeños, así como raíces dentales y dientes de esmalte extra, incluyendo fusión, gemación, concrecencia, laceración, invaginación y evaginación. Para guardar y transmitir, como una perla. **Resultando** Como resultado, la anodoncia (14,4 %) fue la anomalía dental más común entre los pacientes, seguida de la microdoncia (5,1 %), la retención (10,8 %) y los dientes extra (3,6 %). La transposición fue un problema para el 3,8% de los hombres, pero no para ninguna de las mujeres ($p=0,009$). La existencia de retención y el número de dientes extra mostraron una correlación significativa ($p=0,047$).

Se **Concluyo** que la anodoncia, la retención, la microdoncia y los dientes supernumerarios fueron las anomalías dentales más prevalentes en los

individuos investigados. En este conjunto de datos, los hombres tenían más probabilidades de experimentar transposición que las mujeres. Existe un vínculo entre la retención y el desarrollo de una dentición completa. (18)

2.1.2. Antecedentes a nivel nacional

Condori (2020) tuvo como objetivo evaluar la incidencia de agenesia de terceros molares en el grupo de pacientes de 11 a 18 años en el Centro Radiológico Ceradent. Esta investigación utiliza datos de 262 radiografías panorámicas digitales recopiladas del Centro Radiológico Ceradent para proporcionar un análisis observacional retrospectivo, cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental. Para el método de observación, utilizamos el programa Real Scan 2.0. Además, empleamos un formulario de recolección de datos que fue verificado dos veces por tres especialistas. Los hallazgos recogidos del total de las muestras (262) los datos revelaron que la agenesia ocurre el 26,7% de las veces. En ese contexto, se reveló que el sexo femenino presentó el mayor porcentaje de agenesia de terceros molares, con 14,1%, frente al sexo masculino, que presentó una prevalencia de 12,6%. La agenesia del tercer molar es más frecuente en la arcada superior (23,3% vs. 9,9%) que en la arcada inferior. La proporción de terceros molares ausentes fue mayor en la hemiarcada superior izquierda (18,3 %), seguida de la hemiarcada superior derecha (15,3 %), la hemiarcada inferior izquierda (8,4 %) y la hemiarcada inferior derecha (7,6 %). Además, el análisis del número de hemiarcas afectados reveló que la mayor incidencia de agenesia del tercer molar se localizaba en una única hemiarcada.

Conclusiones La agenesia del tercer molar representa el 26,7 % de los casos, es más frecuente en el sexo femenino (14,1 %) y en la arcada superior (23,3 %), y

puede presentarse en una sola hemiarcada (dependiendo del número de hemiarcadas impactadas por la presencia de agenesia). (19)

Lagos (2018) El propósito de este estudio fue caracterizar las características de la prevalencia de posición dentaria del tercer molar en pacientes de 18 a 30 años de un hospital de Huancayo en el año 2017. La **metodología** que se usó en la presente investigación este estudio se catalogó como descriptivo ya que se centró en las características clínicas y radiográficas que se utilizaron para determinar la ubicación de los terceros molares incluidos en pacientes de 18 a 30 años en un hospital de Huancayo. **Resultando:**Se encontró que las posiciones horizontales, mesioanguladas y distoangulares eran las posturas más comunes en todos los grupos de edad, sexos y orientaciones en el sistema de clasificación del estudio. (8)

Miranda (2018) el propósito de este estudio fue examinar la asociación entre la agenesia de terceros molares y otros defectos dentales en pacientes de 14 a 20 años en el centro de imágenes de la Universidad Católica de Santa Mara de Arequipa en 2015 y 2016. En la **metodología Para** que este estudio avance, se debe implementar la Técnica de Observación. Las unidades de estudio incluyen personas de 14 a 20 años con radiografías panorámicas recolectadas en 2015 y 2016. Hubo una prevalencia de agenesia del tercer molar de 20,71 por ciento en la población estudiada, lo que es sustentado por otros estudios que discuten esta condición, algunos de los cuales reportan valores muy similares. Nuestros hallazgos, junto con los de otros que varían en pequeña o gran proporción, **concluyendo**, se descubrió que la anomalía más común fue la inclusión dental,

que se presentó en el 20,44 % de la población estudiada, seguida de la agenesia de otros dientes en el 7,90 %.(7)

Suarez (2018) el propósito de este estudio fue evaluar las tasas de agenesia del tercer molar en pacientes de una clínica radiológica en Chiclayo, Perú, entre 2015 y 2017. Debido al enfoque utilizado el tamaño de la muestra se calculó a partir de 291 radiografías panorámicas, siendo esta una investigación cuantitativa, no experimental, retrospectiva, observacional, de corte transversal en la que se debe presentar la siguiente información: Se utilizaron radiografías panorámicas para establecer el año (2015-2017), edad (14-18), género (masculino y femenino), y presencia o ausencia de agenesia del tercer molar. interpretación experta de rayos x. Un centro radiológico de Chiclayo encontró que entre 2015 y 2017, el 64,6% de los pacientes presentaron agenesia de terceros molares; El 30,9% de los pacientes con agenesia tenían entre 14 y 18 años; Finalmente, el 2015 tuvo la mayor prevalencia de agenesia de terceros molares, con 23,0%, siendo el 40,2% de los afectados del sexo masculino. Conclusión: el 64% de los casos cursan con agenesia; no existen diferencias estadísticamente significativas por edad, sexo o año; los machos están más predispuestos. (20)

Untiveros. (2018) El propósito de este estudio fue evaluar si la agenesia del tercer molar era común o no entre los pacientes de 14 a 19 años que fueron atendidos en Cedident Digital, Lima en 2016. El diseño de investigación fue retrospectivo, descriptivo y observacional; el instrumento fue un formulario de recolección de datos; y el tamaño de la muestra fue de 256 placas radiográficas (112 masculinas y 144 femeninas); Se seleccionaron como criterios de inclusión radiografías panorámicas digitales que cumplieran con los estándares de calidad

y pacientes de 14 a 19 años de edad, Las personas con antecedentes de extracción del tercer molar y enfermedad sistémica pueden mostrarse en radiografías panorámicas digitales. Esta investigación encontró que, entre aquellos con agenesia del tercer molar, el 21,88 por ciento eran mujeres y el 35,71 por ciento eran hombres. Al comparar los sexos, la prevalencia de agenesia del tercer molar fue mayor en el sexo femenino (64,29 por ciento) que en el masculino (35,71), No hubo diferencia estadísticamente significativa al 95% en la frecuencia de agenesia entre los sexos o los diferentes cuadrantes; la mayor frecuencia fue de 36,36 por ciento, que correspondió a agenesia en dos terceros molares. Se infiere que la incidencia de agenesia de terceros molares ha fluctuado en la última década, pero se mantiene entre 13% y 30%. (21)

Velasco (2017) El propósito de este estudio fue evaluar la tasa a la que se detectaría la agenesia del tercer molar inferior en las radiografías panorámicas de los pacientes atendidos por el servicio de diagnóstico de la Clínica Dental de UC San Diego. Se incluyeron pacientes de ambos sexos en el análisis de las radiografías panorámicas de 1846, y el rango de edad de revisión fue de 12 a 30 años; se excluyeron los pacientes con un número sustancial de fragmentos perdido demasiado pronto, o a personas que ahora se someten o han sido tratadas previamente con ortodoncia, en el que se buscaron los gérmenes dentales de los terceros molares inferiores, y en el que se encontró a 384 personas con esta anomalía. Según los hallazgos, esto se ve en el lado izquierdo del cuerpo con más frecuencia que en cualquier otro lado (47,7 % de las veces), y en ambos lados solo el 23,7 % de las veces. La incidencia de agenesia fue mayor en hombres (22,8%) que en mujeres (19,4%), y la diferencia fue

estadísticamente significativa. También se observaron preferencias de ubicación, con hombres (45,9%) y mujeres (48,1%) favoreciendo el lado izquierdo. Del mismo modo, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de experimentarlo en el lado derecho (32,5 % frente a 30,2 %), los hombres prefieren experimentarlo en ambos lados (30,2 %) (22).

Reyes (2016) el propósito de esta investigación fue determinar con qué frecuencia se presenta la agenesia de terceros molares en pacientes adolescentes del Centro Radiológico Dentomaxilofacial Hanny X de Lima, Perú, en el año 2016. El estudio utilizó un diseño descriptivo, básico, retrospectivo, transversal, y su población estuvo constituida por todas las radiografías panorámicas recolectadas en el Centro Radiológico Dentomaxilofacial Hanny X; la muestra fue de 520 radiografías tomadas a pacientes de 11 a 19 años. El análisis estadístico se realizó con SPSS, versión 22.00, programa de estadística descriptiva. **Resultando** 320 (61,5%) de los 520 pacientes (un total del 100%) eran mujeres, mientras que 200 pacientes, o el 38%, eran hombres. 150 casos, o el 28,8%, tenían imágenes compatibles con agenesia del tercer molar. La agenesia del tercer molar se presenta con mayor frecuencia en el maxilar inferior (44,7%) y con menor frecuencia en el maxilar superior (42%), según la arcada. con 25 casos, predominó en hemiarcas 1 y 2. Llegando así a la **Conclusión** mostró que el 28,8% de los adolescentes que acudieron al Centro Radiológico Dentomaxilofacial Hanny X presentaban agenesia de terceros molares. La condición más común en los pacientes de la investigación fue la agenesia de terceros molares en el maxilar superior. (23)

2.1.3 .Antecedentes a nivel regional y local

No se encontraron estudios en la región relacionadas a las variables de estudio

2.2. Bases teóricas

Agenesia Dental

Cuando los gérmenes dentales no crecen ni se desarrollan, esta condición se llama agenesia (24). En los caucásicos, la agenesia dental suele afectar a los terceros molares en 10 a 25% de la población afectada; varía significativamente del 2 al 10% y afecta a uno o dos dientes, particularmente incisivos o segundos premolares, en alrededor del 80% de la población. La agenesia dental puede ser aleatoria (adquirida) o familiar (congénita). En comparación con los dientes deciduos, los dientes permanentes lo experimentan con más frecuencia. (25). Además, la falta de dientes se asocia con una variedad de afecciones sistémicas, como el síndrome de Down, el síndrome de Wolf Hirschhorn, la displasia ectodérmica y otras. La evolución de la especie humana, que se cree que reduce el número de dientes en el arco debido a factores como el cambio en nuestra dieta actual en comparación con la de nuestros antepasados, se cree que es responsable de esta anomalía de la agenesia dental. Alteraciones de las arcadas dentarias.

Grafico 1 Radiografía donde se observa agenesia de molares



Fuente: Gutiérrez, Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología,

Las siguientes son algunas de las muchas hipótesis que se han propuesto para explicar la agenesia:

- Interrupción laminar
- Anomalías en el epitelio
- No se puede construir un arco por falta de espacio
- El proceso de evolución de las especies
- Enfermedades que afectan al bebé en desarrollo en el primer mes de embarazo y provocan falta de dientes.
- Radioterapia.

Por último, pero no menos importante, la literatura emplea una amplia variedad de explicaciones evolutivas para la rara condición conocida como agenesia dental. Según la teoría filogenética, la disminución del número de dientes y las variaciones de tamaño y forma son el resultado de cambios evolutivos en la especie, específicamente de la hipofunción masticatoria. Debido a esta menor necesidad de masticar, el concepto de disminución de la terminal dentaria de Adloff predice que el tercer molar se extinguirá en los seres humanos. La desaparición paulatina de los dientes es un signo evolutivo. (26)

Causas de la agenesia dental

Si bien Daz (2009) señala que la agenesia dental generalmente se manifiesta en ambos lados de la boca y tiene un fuerte componente genético, otras fuentes apuntan a una variedad de otros factores como desencadenantes potenciales.(27)

Factores medioambientales: Van desde lo mecánico y físico hasta lo infeccioso, farmacológico y químico.

- **Agentes físicos:** radiación ionizante (radioterapia y quimioterapia usadas para tratar el cáncer, con dosis determinadas por la exposición durante los años de desarrollo cuando los gérmenes orales se forman por primera vez) (radioterapia y quimioterapia usadas para tratar el cáncer, con dosis determinadas por la exposición durante los años de desarrollo cuando los gérmenes orales se forman por primera vez) desarrollando).
- **Agentes mecánicos:** Los pacientes con un patrón de desarrollo esquelético horizontal o braquifacial, traumatismo regional antes del inicio de la producción de germen dentario, discrepancia óseo-dentaria donde hay escasez de espacio y disminución del ángulo gonial distintivo están relacionados con agenesia del tercer molar. Fracturas óseas relacionadas con la odontología, operaciones y otros procedimientos médicos. (28)
- **Agentes infecciosos:** La prevalencia de enfermedades transmisibles en los niños, como sífilis, tuberculosis y otras.
- **Agentes farmacológicos y químicos:** Las enfermedades transmisibles prevalentes en los niños incluyen sífilis, tuberculosis y otras. (28)

Factores filogenéticos: Si no come lo suficiente mientras está en una dieta de banda, sus mandíbulas no se desarrollarán adecuadamente y no obtendrá sus incisivos laterales adultos, segundos premolares o terceros molares. Esta es una ilustración de una teoría de la evolución que propone que, debido a cambios en el sistema masticatorio, los últimos dientes de cada juego de dientes finalmente se caen. (28)

Factores genéticos: Es la regulación genética del número, forma, tamaño y posición de las piezas dentales lo que permite la formación del germen dental, aunque Nue

argumenta que este no es el único factor en juego. (29) La agenesia dental es un rasgo autosómico dominante causado por mutaciones en el gen MSX1. Además, la agenesia dental puede ser provocada por traumatismos sufridos durante el período perinatal, así como por cambios en la dieta, el metabolismo o el sistema endocrino de la madre.

Tipos De Agenesia

a) Oligodoncia por ausencia de molares

La oligodoncia autosómica dominante provoca la pérdida de la mayoría de los dientes permanentes y otros dientes, como los segundos premolares y los incisivos centrales inferiores, pueden seguir su ejemplo. (30)

Los molares de la dentición primaria pueden estar ausentes en los peores casos. Los dientes que hay allí pueden ser más pequeños en el medio y atrás, o pueden tener la forma de granos de arroz. El fenotipo de haploinsuficiencia resultaría de las mutaciones, lo que sugiere que causan una pérdida de función. (30) Esto es según una investigación realizada por (Kolenc, 2004) Hasta ahora, el síntoma más grave documentado se observa en individuos que son heterocigotos para el locus PAX9, lo que demuestra el mecanismo de haploinsuficiencia e indica que mutaciones sin sentido y sin sentido adicionales pueden permitir que las proteínas conserven parte de su actividad biológica. (30)

b) Hipodoncia con ausencia de segundos premolares y Terceros molares

La paradontosis de este tipo se hereda de forma autosómica dominante. Es posible la pérdida de otros dientes, pero el segundo premolar y el tercer molar suelen estar ausentes en pacientes con esta afección. Este gen se expresa primero en la mesénquima odontogénica en desarrollo. Los genes que codifican las proteínas MSX

actúan como represores transcripcionales y desempeñan un papel importante en la formación de patrones, la morfogénesis y la histogénesis en diferentes etapas de desarrollo. (30)

Se expresan en células indiferenciadas multipotentes que pueden dividirse o perecer e influir en la señalización epitelial-mesenquimatosa a lo largo del desarrollo craneofacial. (31) Desde una etapa temprana del desarrollo, este gen se expresa en la mesénquima odontogénica. (30)

c) Hipodoncia con ausencia de incisivos y premolares

(Kolenc, 2004) La mayoría de las personas con hipodoncia hereditaria tienen este tipo. Un grupo de científicos finlandeses ha estado investigando sus fundamentos genéticos durante más de diez años. (30)

Los dientes ausentes con mayor frecuencia fueron los incisivos centrales en la mandíbula (47 %), los incisivos laterales en el maxilar (30 %) y los segundos premolares en ambas mandíbulas (17 %). Los terceros molares fueron excluidos del estudio. No hay efecto en los molares y premolares. 30 varias anomalías de la dentición están vinculadas a este tipo de hipodoncia, incluidos los caninos maxilares ectópicos desplazados por palatino, los premolares rotados y el taurodontismo, que los autores consideran parte de la variabilidad en la expresividad. (30)

Aunque se han descartado mutaciones en MSX1, MSX2, EGF, EGFR y FGF-3, todas las cuales se han relacionado con el desarrollo dental, se desconoce la causa de esta afección. (31)

Clasificación De La Agenesia Dental

La falta de dientes al nacer se puede denominar de diferentes formas, como hipodoncia, oligodoncia, anodoncia, agenesia dental, aplasia dental, etc. en

diferentes zonas de la arcada dentaria) dentro de esta categoría existen variaciones (pérdidas distribuidas por todos los cuadrantes de la boca). (Roig y Morelló 2006).

(32)

1) Anodoncia

Aplasia Dentaria

Si una persona nace sin dientes, tiene edentulismo completo. Es una anomalía rara que afecta ambas mandíbulas y, a menudo, está relacionada con una afección más grande, como la displasia ectodérmica hereditaria; se presenta en dos formas: unilateral y bilateral. (33)

Anodoncia Verdadera: En ausencia de todos los componentes dentales necesarios. (33)

Anodoncia Falsa: Falta de dientes en el sentido clínico debido a la extracción.. (33)

Se subdivide en:

Agenodoncia: No presenta dientes de leche u otros sustitutos de los dientes permanentes.

Ablastodoncia: Pérdida completa de los dientes permanentes. (33)

Etiología: Los cambios evolutivos en los dientes pueden rastrearse hasta sus orígenes en la herencia y también pueden estar relacionados con síndromes, trastornos sistémicos, inflamación y radiación. (33)

2) Oligodoncia

La falta de más de seis dientes en la dentición temporal y/o permanente al nacer se denomina oligodoncia, y es una aberración del desarrollo dentario a veces ligada a síndromes y cambios sistémicos. (34)

La pérdida selectiva de dientes o agenesia (Oligodontia, STHAG) es una anomalía común de la dentición humana que se ha relacionado con un síndrome que involucra anomalías en otras partes del cuerpo. (34)

Algunos autores, clasifican la oligodoncia de la siguiente manera:

Verdadera o absoluta: Ocurre cuando ninguno de los gérmenes que causan las caries puede multiplicarse.

Falsa o relativa: Cuando los dientes no se pueden ver regularmente en la clínica pero se ha confirmado que están allí mediante radiografías.

Adquirida o inducida: Como era de esperar, esto sigue a la pérdida de un diente.

Las lesiones en los dientes, las infecciones, la exposición excesiva a la radiación, las anomalías hormonales y las enfermedades sistémicas como el raquitismo, la sífilis, el sarampión en el embarazo y los trastornos intrauterinos graves son causas ambientales de la oligodoncia.(34)

Se subdivide en:

Oligogenodoncia: menos de diez dientes primarios.

Oligoblastodoncia: Falta de un conteo de dientes permanentes que sume más de dieciséis. (34)

3) Hipodoncia

Ha habido discusiones previas sobre qué causa la hipodoncia, cómo se transmite, por qué ocurre con más frecuencia en la dentición permanente, cuánto duran sus efectos y por qué las raíces temporales de la afección no se reabsorben. Su condición médica parecía tener una base genética.

Según las posibles causas, Euler clasifica la hipodoncia en uno de tres tipos:

Hipodoncia filogenética: La falta de bacterias en el maxilar superior es un sello distintivo de esta afección y es más notoria en los dientes más alejados de cada serie. (35)

La mayoría de los científicos atribuyen muchas observaciones recientes (disminución de tamaño, reducción de cúspides, etc.) a la regresión evolutiva. Se ha hablado mucho sobre las causas de estos signos filogenéticos. (35)

Hipodoncia ectodérmica: Esto es bastante notable, ya que estas anomalías, que son inducidas por la inhibición del ectodermo, suelen presentarse con características adicionales. Nunca encontrará un solo caso de hipodoncia ectodérmica que no pertenezca a un patrón más amplio. (35)

Hipodoncia traumática o por enfermedad: Enfermedades como la sífilis y la tuberculosis son raras y sin consecuencias.

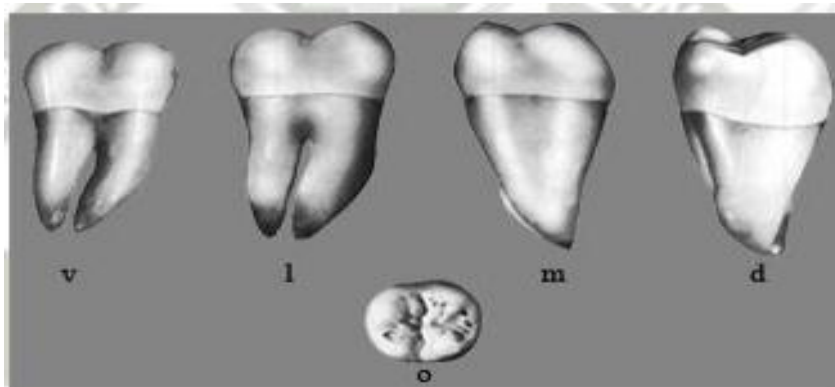
Tercer molar

El tercer juego de molares, a veces llamado "molar de la cordura", "muelas del juicio" o "muelas del juicio". (36) Los dientes, que forman parte de la dentición permanente, se asientan en la parte posterior de la boca, concretamente en la tuberosidad maxilar del maxilar superior, y en el espacio retromolar de la rama ascendente completa del maxilar inferior. (37)

Dado que el tercer molar se desarrolla en un espacio tan restringido y tiene una propensión a que sus raíces se inclinen, puede ser una fuente de consternación para el dentista tratante e incluso de incomodidad física para el paciente. Esto se debe a que el tercer molar está relacionado con una serie de anomalías, que incluyen infecciones, inflamaciones, dolores, caries, impactación del segundo molar permanente y otros problemas. (ATM), posicionamiento inadecuado de los dientes, lo

que puede conducir a complicaciones y más trabajo de ortodoncia. (38) La denominación "densensus et sapientia et intellectus" se le otorga a Hieronymus Cardus debido a que la aparición de este diente comienza entre los 18 y los 25 años. La mediana de edad de erupción para las mujeres es de 20 años, mientras que para los hombres es de aproximadamente 19,9 años. de edad. (37)

Grafico 2 Tercer molar en la mandíbula, visto de frente y de lado. v para vestibular, l para lingual, m para proximal y d para distal.



Fuente: Velazco 2017

Tercer molar superior

Consideraciones anatómicas:

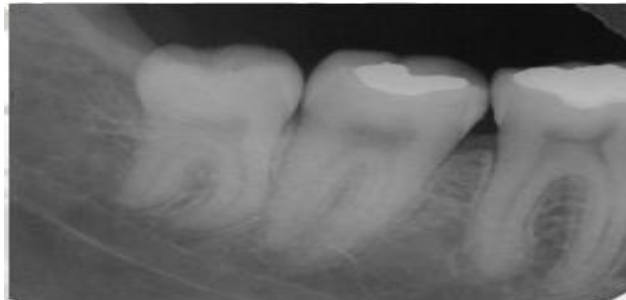
Los terceros molares superiores generalmente comienzan a salir entre los 18 y los 25 años y crecen hasta una longitud típica de 18 milímetros. (39) Según Figún M. (39), Este segmento coronario tiene una longitud de 6,8 mm. Aunque es de 11 mm en la dirección vestibulo-palatina, es de solo 9 mm en la mesiodistal; la forma coronaria más común es la tricúspide, que está determinada por el número de cúspides que tiene.

Tercer molar inferior

Consideraciones anatómicas:

El tercer molar en la mandíbula inferior, también llamado molar mandibular, emerge en último lugar entre los dientes permanentes (40). Su sección coronal es de 7 mm y su sección radicular de 10 mm de largo, para una longitud total de 17 mm en promedio. El diámetro mesio-distal del tercer molar inferior es mayor que el del tercer molar superior, con 10,5 mm, pero el diámetro vestibulo-lingual es menor, con 9,5 mm. Las formas pentacúspide (trapezoidal) y tetracúspide (cuadrangular) son visibles en la región coronaria. (37) La raíz exhibe la mayoría de las irregularidades en su forma, disposición y peculiaridades. (17). El tipo más común de estructura radicular es la uniradicular, que parece una pirámide cuadrada, y el segundo tipo más común es la birradicular, que tiene dos raíces total o parcialmente diferenciadas y acomoda el tabique intraalveolar. y por último los de varias raíces. (37)

Grafico 3 Radiografía periapical del tercer molar inferior



Fuente: Velazco 2017

Desarrollo Y Brote De Terceros Molares Superior E Inferior

El proceso de erupción y formación del tercer molar es el más dinámico en la dentición humana, con las hembras madurando y desarrollando su yema dental

antes que los machos, especialmente en las semanas previas al nacimiento, cuando el impacto de los factores ambientales internos es mayor. (41)

El tercer molar de la mandíbula nace en la "zona fértil" del ángulo mandibular, y en su camino hacia su lugar de descanso final en el arco dental, hace una curva cóncava de enderezamiento hacia atrás y hacia arriba. (41)

Hay muchos factores que pueden afectar la rapidez o la lentitud con la que una persona madura, y algunos de ellos son de naturaleza genética y están relacionados con el sexo, como el hecho de que las niñas maduran antes que los niños, como lo demuestra, por ejemplo, el hecho de que desarrollan antes su dentición permanente. (41)

Entre 12 y 20 meses después de la formación de la corona, se alcanza el plano de oclusión y unos meses más tarde se produce el cierre apical de la raíz. (41)

Anomalías Dentarias

Agenesia de otros dientes

Sin mineralización de la corona en las radiografías panorámicas o periapicales y sin antecedentes de extracción, se ha diagnosticado agenesia en todos los dientes excepto en el tercer molar. Debido a la necesidad crítica de establecer la agenesia de la pieza, se requiere un examen radiológico para descartar la posibilidad de un germen tardío o un sitio ectópico. El segundo molar mandibular tiene la menor prevalencia de agenesia en comparación con el segundo premolar superior y los incisivos laterales. Dado que la calcificación puede ser un proceso tardío, la confirmación radiográfica de la agenesia del segundo molar inferior permanente no debe realizarse antes de los 6 años. De manera similar, aunque en menor medida que la agenesia del segundo premolar superior, es la ausencia de los incisivos

laterales. La agenesia canina ocurre con muy poca frecuencia y rara vez. La agenesia de uno o dos dientes es la forma más común y generalmente ocurre en ambos lados de la boca. Solo en casos de ausencia bilateral en lugar de unilateral de los incisivos laterales maxilares (mandíbula superior) el maxilar es diferente de la mandíbula. (42)

Dientes Supernumerarios

Cuando el número de dientes en la boca de una persona ya es máximo, un diente adicional se denomina supernumerario. La mayoría de los casos de dientes extra, llamados dientes supernumerarios, son causados por un desarrollo anormal del órgano dental durante la embriogénesis y se consideran problemáticos. Puede encontrarlos en la dentición primaria, secundaria o permanente. Las estadísticas también sugieren que la mandíbula superior es la ubicación más frecuente de esta afección, además de ser más común en hombres que en mujeres. Los accidentes, en su mayoría mecánicos, como cambios en la conformación armónica de la arcada dentaria que conducen a trastornos estéticos y oclusión, son posibles resultados de tener un elemento retenido. Estas son una solución común porque alivian la presión que de otro modo se ejercería sobre los elementos vecinos y, en muchos casos, permiten que la erupción dental normal se desarrolle sin obstáculos. (43)

Aunque la etiología de esta anomalía no se ha explicado a fondo, se han propuesto varios procesos como causas probables, entre ellos: Activación de la lámina dental en ciertas áreas Los cultivos in vitro de gérmenes dentales separados respaldan la hipótesis de la dicotomía de los gérmenes dentales. -Anomalías del desarrollo: el labio hendido, el paladar hendido y la disostosis cleidocraneal se asocian con una prevalencia anormalmente alta de dientes supernumerarios. En la mayoría de los

casos, el maxilar se ve afectado en lugar de la mandíbula. En el maxilar, son más frecuentes a nivel de los incisivos, luego de los molares y finalmente de los premolares; en la mandíbula, son más comunes a nivel de los premolares. Si le crees a Langlade, los machos tienen dientes supernumerarios en una proporción de 10 a 1. (44)

Es necesario un manejo extenso porque el mesiodiente, el supernumerario más común, generalmente se encuentra entre los incisivos centrales superiores y puede provocar complicaciones como reabsorción, brechas y erupción anormal de dientes permanentes o quistes foliculares si no se controla. imágenes radiográficas de estas enfermedades, Aunque puede haber una diferencia en tamaño y forma entre los dientes permanentes y los dientes supernumerarios en algunos casos, un análisis histológico no mostraría distinción entre los dos. (45)

Inclusión Dentaria

A veces, las personas usan incorrectamente los términos "inclusión", "impacto" y "retención" de manera intercambiable. A pesar de que los tres términos se refieren a cambios repentinos, no son intercambiables. Cuando el camino normal de erupción de un diente está bloqueado por una barrera detectable clínica o radiográficamente (otro diente, hueso o tejido blando), o cuando el diente mismo está en una posición anormal, esto se conoce como impactación. Cuando la erupción de un germen dentario que aún no ha aparecido en la cavidad oral se detiene por razones distintas a una barrera física o una posición o desarrollo anormal, llamamos a este fenómeno retención. Por otro lado, la inclusión engloba tanto la retención como la impactación porque se refiere a un diente que no ha sido expulsado del hueso. (46)

Si excluimos los terceros molares, la prevalencia estimada de inclusión dentaria se sitúa entre el 1,6% y el 2,1%. Según diversas teorías evolutivas descritas por diferentes autores (Hooton), la reducción del tamaño mandibular y la función masticatoria a lo largo del tiempo han condicionado a los terceros molares a ser las piezas más frecuentemente retenidas, mientras que la expansión de la cavidad craneal ha tenido el efecto contrario. Alternativamente, la existencia de barreras mecánicas como la hiperplasia gingival, el aumento de la densidad ósea por pérdida temprana de un diente temporal, los dientes supernumerarios, la micrognatia, los quistes radicales y foliculares, etc., pueden dificultar la correcta alineación de los dientes y la mordida conjunta, produce escasez de espacio en el sitio de erupción favoreciendo la retención dentaria. Por último, pero no menos importante, las teorías embrionarias parecen explicar con precisión la génesis de estas variaciones, cuya base genética potencial sigue siendo desconocida. La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que la proliferación anormal de la capa epitelial externa del esmalte, la proliferación excesiva de la lámina dental degenerativa y la división temprana inadecuada del germen dental son los culpables de la caries dental. (47)

Radiografía panorámica

Se puede obtener una imagen bidimensional del maxilar, la mandíbula, la articulación temporomandibular y los dientes mediante el método radiológico conocido como radiografía panorámica. Los pacientes están expuestos a menos radiación, el procedimiento toma menos tiempo, el paciente está más tranquilo e incluso puede usarse en pacientes que tienen problemas para abrir la boca. La imagen carece del detalle anatómico proporcionado por la radiografía periapical, por ejemplo en la evaluación de caries o enfermedad periodontal, o por tomografía computarizada de

haz cónico (CBCT), que permite la evaluación de estructuras óseas y dentales en las tres dimensiones del espacio. Otro inconveniente es la superposición de estructuras, lo que puede dar lugar a malas interpretaciones. Sin embargo, es importante enfatizar que, si las estructuras anatómicas que una radiografía intenta representar no están presentes, la radiografía no (48)

Es posible reconocer el CDI en una radiografía como una banda radiotransparente con bordes radioopacos; esto corresponde a las cortezas basales superior e inferior que rodean el canal; su curso se puede rastrear entre el agujero mandibular y el agujero mentoniano entre la rama y el cuerpo mandibular; su ancho varía según los pacientes. Debido a su proximidad a las raíces de los dientes inferiores, el CDI a menudo se superpone con las coronas de los molares y el segundo premolar, lo que aumenta la radiotransparencia entre las coronas y los conductos y requiere un tratamiento adicional. investigaciones como TCCB, por ejemplo.(48)

Se pueden ver diferentes proyecciones cuando las raíces del tercer molar se superponen al CDI. Por ejemplo, el canal puede ser excavado por el paquete vascular-nervioso, y esto se puede ver en la imagen de la raíz del diente. Como resultado de la proximidad del tercer molar al molar, la trayectoria se modifica y la curva radiográfica resultante en la dirección apical del canal es evidencia de este cambio. Sin embargo, el cambio en la trayectoria del canal también puede resultar del contacto del tercer molar con la raíz, lo que hace que la densidad del tejido dental en esa zona disminuya. Por lo tanto, cuando el CDI cruza la raíz del tercer molar, es posible ver evidencia de una interrupción o discontinuidad de la cortical superior, inferior o ambas al mismo tiempo. Sin embargo, una perforación del canal por encima

de las raíces del tercer lunar podría provocar una constricción en el diámetro del canal. (49)

Criterios de Calidad de una Radiografía Panorámica

La calidad de las radiografías se mantiene mediante un enfoque sistemático del control de calidad que se basa en un conjunto predeterminado de acciones.

a) Evidencia el objeto de la técnica:

Las regiones de enfoque de una radiografía deben reproducirse con precisión. La cabeza y el cuello del paciente deben estar libres de objetos metálicos, incluidas prótesis, collares, aretes y otras joyas, antes de que se pueda tomar una radiografía panorámica. El plano focal debe estar centrado en el plano sagital medio y los bordes de la incisión de los incisivos del paciente deben colocarse en un dispositivo de posicionamiento con una muesca (bloque de mordida) para garantizar que se observe la posición correcta del paciente. El plano sagital medio debe estar en el centro del plano focal. Para evitar la distorsión, el paciente debe colocarse de manera que el plano de Frankfort quede paralelo al suelo y el mentón esté nivelado con el plano oclusal. La mejor manera de ver las puntas de los dientes inferiores es que el paciente se pare con la espalda y la columna rectas, el cuello extendido y trague mientras mantiene la lengua contra el paladar. (50)

b) Equilibrio entre densidad y contraste

Las radiografías que carecen de suficiente densidad y contraste serán difíciles de leer. La densidad y el contraste en la radiografía están determinados principalmente por los miliamperios, los kilovoltios y el tiempo de exposición del equipo, pero el procesamiento de la película también juega un papel importante. La película debe moverse a la misma velocidad que el haz de luz a través de la rendija del colimador

para obtener la imagen más nítida posible. Estas películas son extremadamente sensibles a la luz, lo que significa que no deben exponerse; en cambio, requieren una disminución de la luz durante el desarrollo, durante el cual se debe usar una bombilla. La mayoría de los dispositivos panorámicos del mercado actual muestran movimientos continuos en lugar de ubicaciones fijas. Esto permite optimizar la forma del plano focal para mostrar los dientes y el hueso que los soporta. 15 vatios, y la fuente de luz debe estar al menos a 1,22 metros de la superficie que se ilumina. (50)

c) Menor distorsión posible

La posición de la película o la curvatura de las estructuras que se visualizan no juegan un papel significativo en la mayoría de las distorsiones radiográficas; más bien, la causa es un ángulo incorrecto para el haz de rayos X.

d) Nitidez y Resolución de la imagen

La nitidez de una imagen está determinada por la claridad con la que se puede distinguir la transición entre dos estructuras con diferentes radiodensidades. La resolución de la imagen de una radiografía indica qué tan bien distingue los detalles entre los objetos pequeños cercanos. Dado que ambos se ven afectados por el mismo conjunto de parámetros geométricos, este par está inextricablemente vinculado. Es preferible, para fines de diagnóstico clínico, mejorar las circunstancias en las que se pueden generar fotografías de alta claridad y resolución. (50)

e) Brillo y contraste:

El contraste y el brillo de una radiografía panorámica deben ser perfectos para la visualización. Una placa con secciones claras y oscuras bien delineadas tendrá lo que se conoce como una escala de contraste de grises corta, ya que habrá muy

pocas sombras de gris entre las regiones en blanco y negro. a la plancha, mientras que una plancha con sólo dos tonalidades, blanco y negro, tiene poco contraste.

Radiografía panorámica digital

Los campos de la medicina y la odontología se beneficiaron enormemente del desarrollo de la tecnología de rayos X; sin embargo, el descubrimiento de posibles efectos negativos para la salud impulsó el desarrollo de principios de precaución para limitar la exposición de los pacientes a la radiación. (51)

Las películas de rayos X con mayor sensibilidad a los rayos X estuvieron disponibles con el tiempo. La investigación de la NASA (Administración Nacional de Aeronáutica y del Espacio) también condujo al desarrollo de sistemas de radiología digital. La introducción de la radiología digital en la odontología se puede atribuir a Francis Mouyen, quien desarrolló el primer sensor digital en 1984.

A diferencia de la radiografía tradicional, que se basa en películas para la captura de imágenes, la radiología digital tiene como objetivo crear imágenes digitales. Los píxeles, o "componentes de imagen", son los componentes básicos de una imagen digital; la computadora asigna un valor numérico a cada píxel y guarda los datos de la imagen de esta manera. Cada píxel de una imagen de radiología digital tendrá un tono de escala de grises diferente según este número, que va de 0 (negro) a 255 (muy claro) (blanco). 24, 26, 28 La resolución de una imagen está determinada por el tamaño de sus píxeles, que forman filas y columnas para crear una matriz; cuanto más pequeños son los píxeles, mayor es la resolución. La resolución de la pantalla utilizada para descifrar imágenes digitales debe ser la misma que la de la matriz.(51)

Gracias al software de los sistemas digitales, el operador de un sistema de radiografía panorámica digital puede ajustar el contraste y el brillo de la imagen para

distinguir mejor las sutiles variaciones en los tonos grises del edificio. La calidad de la imagen no se verá afectada por los ajustes de ampliación. (51) Y la radiología digital tiene otros beneficios, que incluyen:

- La cantidad de radiación emitida ha disminuido.
- Monitoreo inmediato y conectividad para radiografía
- La imagen se guardará y transmitirá digitalmente.
- Debido a que no usaremos líquidos de revelado, el costo de usar películas radiográficas disminuirá con el tiempo.(51)

Características de una radiografía panorámica de alta calidad

De acuerdo con los hallazgos de Langland y Langlais, los siguientes dominios necesitan diferenciación:

Zona 1. Dentición: Es importante que la línea de la sonrisa se refleje en la suave curva de la línea de los labios, lo que resultará en una abertura entre los dientes superiores e inferiores. Es importante que el tamaño de los dientes posteriores sea consistente en todo el arco. Los premolares no deben superponerse excesivamente entre sí. Tanto los caninos como los premolares del maxilar inferior y maxilar superior, respectivamente, deben mantener sus coronas y ápices.

Zona 2. Senos y nariz: Se aprecia la sombra del paladar duro y algunas imágenes fantasma del paladar a nivel de los senos maxilares; la lengua debe estar tocando el paladar para que no se interponga en el camino de estas estructuras en el momento de la exposición; los tejidos blandos y el cartílago de la nariz no deben ser visibles.

Zona 3. Cuerpo mandibular: Es importante que la corteza inferior de la mandíbula tenga una textura suave y continua. No es posible que haya imágenes fantasmas o imágenes múltiples del hueso hioides en esta región. No se recomienda elevar la

altura de la línea media de esta región, ni en la arcada superior ni en la arcada inferior.

Zona 4 y 6. Los cóndilos deben estar aproximadamente en el medio de la película, en ambos lados y al mismo nivel con respecto al plano horizontal. Es importante que los cóndilos de ambos lados tengan el mismo tamaño. Ningún lado debe tener un cóndilo más grande o más pequeño.

Zona 5. Rama mandibular y columna vertebral: Ambos lados de la rama mandibular deben tener la misma longitud. Aunque muchas veces la columna vertebral no es visible, en el caso de que lo sea, no debe cubrir la rama mandibular y la distancia entre ambas debe ser la misma en ambos lados.(52)

Anatomía radiológica normal de los dientes

La dentina es el componente principal de los dientes; el esmalte cubre la corona y el cemento cubre la superficie de la raíz. También hay una película delgada de cemento en la superficie de la raíz. Por regla general, la capa de esmalte proporciona una imagen radiopaca superior a la de los tejidos. Esto se debe al hecho de que el esmalte es la sustancia natural más densa del cuerpo, ya que está compuesto por un 90% de sustancia mineral. La dentina está mineralizada en un 75% y, aunque tiene un contenido mineral más bajo que el hueso, tiene un aspecto radiológico bastante similar al del hueso. El cincuenta por ciento del cemento contiene minerales, pero los radiólogos generalmente no pueden detectarlos porque son muy pequeños y se mezclan muy bien con la dentina. En las radiografías de las regiones cervicales de los dientes, ya sea en las superficies mesial o distal, entre la cresta cervical de la capa de esmalte y la cresta de la cresta alveolar, se pueden ver áreas radiolúcidas difusas con bordes poco claros. Localice estas regiones entre la cresta cervical de la

capa de esmalte y la cresta alveolar. La pulpa presente en los dientes sanos se puede ver en las radiografías ya que está formada por tejido blando. La pulpa llena la corona, los vértices radiculares, las cámaras y los conductos radiculares del diente. (53)

Exámenes radiográficos extraorales

Todas las proyecciones de la región orofacial se toman con películas que se colocan fuera de la boca y se incluyen en los exámenes radiológicos extraorales. Al examinar áreas de la boca que no están completamente cubiertas por radiografías intraorales o al tratar de obtener una mejor vista del cráneo y las estructuras faciales, los dentistas recurren con frecuencia a estas proyecciones. Cuando hay signos o síntomas particulares, puede ser beneficioso examinar la mandíbula, el maxilar y cualquier otro hueso facial en busca de signos de enfermedad o lesión. (53)

2.3. Marco conceptual

- **Odontogénesis:** La dentición que surge de estos tejidos puede ser temporal o permanente. El desarrollo de los dientes implica una serie de etapas y una amplia gama de procesos biológicos y embriológicos.. (14)
- **Diente cordal:** La muela del juicio, o tercer molar, es un diente permanente que suele salir entre los 18 y los 25 años. Otro nombre que se le da es muela del juicio .(24)
- **Agnesia de tercer molar:** El germen del tercer molar no se ha desarrollado por falta de desarrollo.. (49)
- **Congénito:** Es una referencia a las cualidades con las que nace la persona, las cuales están conectadas con las circunstancias a las que fue expuesta

mientras se desarrollaba en el vientre de su madre. Estas características se denominan fenotipo del individuo.

- **Frecuencia:** Es la reiteración de un hecho o de un acontecimiento ya enunciado. Además, se refiere a la cantidad de veces que un proceso periódico se repetirá dentro de un tiempo determinado. (3)
- **Radiografías panorámicas:** Para adquirir una imagen radiográfica se utiliza un tipo de radiografía conocida como radiografía dental. Esta forma de radiografía es una herramienta de diagnóstico esencial para un chequeo dental.(49)
- **Erupción:** En odontología, "erupción dental" se refiere al proceso por el cual un diente empuja a través de la mucosa oral y emerge de las encías para hacerse visible en la boca; (34)
- **Agnesia:** Una de las anomalías craneofaciales más significativas es la ausencia de dientes al nacer.
- **Prevalencia:** Es el número de personas en un grupo o población en un momento específico que comparten una cualidad o atributo particular. También se conoce como la frecuencia de ocurrencia. (51)
- **Posición:** Identifica la postura o postura que adopta ante una determinada circunstancia y adopta en un momento determinado. Describe la posición o lugar que asumen. (14)
- **Herencia poligénica:** Es un patrón de herencia que también se conoce como multifactorial, y se define como una situación en la que los rasgos fenotípicos están determinados no solo por factores genéticos, sino también por factores ambientales. Por lo general, varios genes están involucrados en el proceso.

(49)

- **Posición invertida:** El tercer molar muestra una posición invertida de la raíz y la corona en relación con los otros molares.²⁷
- **Posición Mesioangular:** Los terceros molares forman un ángulo variable de unos 45 grados con los segundos molares, con sus ejes apuntando en esa dirección.⁽⁴⁹⁾
- **Anomalías Dentales:** Las deformidades congénitas de los tejidos dentales durante la odontogénesis se conocen como anomalías dentales. Estos pueden variar en términos de forma, cantidad y tamaño. Los dientes son creados por un proceso llamado odontogénesis. ⁽⁵⁴⁾
- **Taurodontismo:** Un diente con esta forma tiene una superficie de mordida cuadrada y un cuerpo alargado que retrocede la raíz. Las características únicas de los dientes de taurodont incluyen cámaras pulpares alargadas y un desplazamiento apical de la bifurcación o trifurcación de las raíces. Por lo tanto, la distancia entre la línea cemento-amélica y la bifurcación de la raíz es mayor que la distancia oclusal cervical. ⁽⁵⁵⁾
- **Mesiodens:** Los mesiodens de la línea media maxilar son poco comunes en la dentición temporal pero comunes en la dentición permanente, donde pueden causar problemas con la oclusión, la estética y la erupción de los incisivos centrales permanentes. ⁽⁵⁶⁾
- **Gemelacion:** Ocurre cuando un germen dental intenta dividirse pero falla, lo que lleva al desarrollo inacabado de dos dientes. El diente resultante tiene un surco incisal a bucal y una corona con un diámetro mesiodistal mayor que el promedio.^{(54).}

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

3.1.2. Hipótesis Específicas

1. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de forma en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.
2. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de tamaño en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.
3. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de estructura en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.
4. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de número en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

3.2. Método

Hernández et al (54) Para desarrollar correctamente las etapas del proceso de investigación, es necesario definir investigación como el conjunto de aplicaciones coordinadas de un método.

Es así que para el estudio en desarrollo se aplicará el Método Inductivo, dado que en base a un razonamiento que a partir de la observación de casos particulares orienta hacia conclusiones generales (55). Quiere decir que para llegar a definir la relación entre las variables, previamente se razonara sobre aspectos particulares de cada anomalía.

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación se clasifica:

- **Según su enfoque:** es cuantitativo, ya que es factible medir y cuantificar la variable y sus dimensiones gracias a que utilizará el análisis estadístico. (56)
- **Según la intervención del investigador:** El investigador no intervendrá activamente en el estudio, sino que se apoyará en técnicas que permitan la observación pasiva y el registro de los fenómenos. (57)
- **Según el momento en que ocurre el fenómeno:** es retrospectivo, pues el estudio iniciara después de que ha ocurrido el fenómeno (58)
- **Según la fuente de acopio de datos:** es Documental, ya que se apoyará en registros y documentos para obtener la información necesaria. (57)

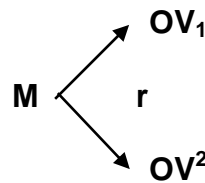
3.4. Nivel o alcance de la investigación

La presente investigación es de alcance Correlacional, para **Hernández et al** (54) este alcance busca especificar las propiedades y características importantes de cada

variable para después establecer la posible relación entre ambas. Quiere decir que, pretende recolectar y medir información de manera independiente sobre la variable Agenesia de terceros morales y la variable Anomalías dentales, para evaluar si existe relación entre sí y determinar el grado de correlación existente.

3.5. Diseño de la investigación

El diseño que sigue la presente investigación es No experimental – Transversal, para **Cortez e Iglesias** (56) estos diseños se aplican cuando durante la investigación no se van a manipular las variables de estudio y únicamente se procede a observar el fenómeno tal y como se da en su contexto ya existente, los datos se observan y recolectan en un solo momento y en un único tiempo. Además, considerando el alcance de la investigación, el diseño presenta el siguiente esquema:



Donde:

M: Muestra

OV₁: Agenesia de terceros molares

OV₂: Anomalías dentales

r: Índice de correlación

3.6. Operacionalización de variables

En este estudio se estudiará las siguientes variables:

Variable 1: AGENESIA DE TERCEROS MOLARES

Definición conceptual: Ya sea causada por una sola mutación o un grupo, esta condición describe la falta de terceros molares. Esta condición es el resultado de una interrupción en el desarrollo de la lámina dental, que comienza alrededor del quinto mes de vida intrauterina y dura todo el camino hasta el nacimiento. (28)

Definición operacional: Dado que los terceros molares son las piezas que provocan la mayor cantidad de patologías asociadas a su ausencia, se plantea un estudio mediante el análisis radiológico para evaluar la agenesia considerando las siguientes dimensiones:

- Frecuencia
- Ubicación en la arcada
- Estadios de Nolla

Variable 2: ANOMALIAS DENTALES

Definición conceptual: Diferentes entidades patológicas resultantes de trastornos del desarrollo pueden causar malformaciones de los tejidos dentarios. Estas desviaciones del desarrollo normal de los dientes pueden ser causadas por factores etiológicos, genéticos o ambientales. (60).

Definición operacional: Dado que la agenesia de terceros molares podría provocar la presencia de otras anomalías dentales o viceversa, en el análisis radiológico se evaluará también la presencia de las dimensiones mencionadas a continuación:

- De forma
- De tamaño
- De estructura
- De número

Tabla 1 Operacionalización de la Variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Variable 1</p> <p>AGENESIA DE TERCEROS MOLARES</p> <p><u>Definición conceptual</u></p> <p>Ausencia de alguno de los terceros molares debido a alteraciones genéticas aisladas o sindrómicas.</p>	<p>FRECUENCIA</p> <p>Número de veces que se repite la anomalía en la cavidad oral del participante.</p>	Número de agencias	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 	Cualitativa ordinal
	<p>UBICACIÓN EN LA ARCADA</p> <p>Localización de la pieza dental de acuerdo a la división de las arcadas dentarias.</p>	Arco mandibular	<ul style="list-style-type: none"> • Inferior derecho: Pieza N°48 Inferior • izquierdo: Pieza N°38 	Cualitativa nominal
		Arco maxilar	<ul style="list-style-type: none"> • Superior derecho: Pieza N°18 Superior • izquierdo: Pieza N°28 	
	<p>ESTADIOS DE NOLLA</p> <p>Nolla divide el desarrollo dentario en 11 estadios que abarcan desde «0», el cual denota la ausencia de la cripta, hasta el cierre apical de los dientes mono y multirradiculares. (61)</p>	Nolla 0	Ausencia de cripta	
		Nolla 1	Presencia de cripta	
		Nolla 2	Inicio de calcificación	
		Nolla 3	1/3 de la corona	
		Nolla 4	2/3 de la corona	
		Nolla 5	Corona casi completa	
		Nolla 6	Corona completa	
		Nolla 7	1/3 de la raíz	
Nolla 8		2/3 de la raíz		
Nolla 9		Raíz casi completa		
Nolla 10	Raíz completa y ápice cerrado			
<p>Variable 2</p> <p>ANOMALÍAS DENTALES</p> <p><u>Definición conceptual</u></p> <p>Son malformaciones de los tejidos del diente, comprenden diferentes entidades patológicas que derivan de trastornos del desarrollo.</p>	<p>DE FORMA</p> <p>Anomalías que provocan una variación en la forma normal de la pieza dental. (62)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoidismo • Dens in dente • Taurodontismo • Perlas del esmalte • Alteraciones radiculares • Gemelacion • Fusión 	<p>No presenta</p> <p>Si presenta</p>	Cualitativa nominal
	<p>DE TAMAÑO</p> <p>Son anomalías del volumen dental, sea en mayor o menor tamaño. La morfología dental es normal ya que solo esta alterado el tamaño. (62)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Microdoncia • Macrodoncias 		
	<p>DE ESTRUCTURA</p> <p>Anomalía por la que los dientes que presentan un aspecto opalescente, con apariencia de fragilidad. (62)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amelogénesis • Dentinogénesis • Displasias 		
	<p>DE NÚMERO</p> <p>Cuando existe una disminución o cuando hay dientes de más. (62)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperodoncia • Hipodoncia 		
<p>COVARIABLES</p>	<p>SEXO</p> <p>Rasgos y características sexuales del participante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	No corresponde	Cualitativa nominal dicotómica
	<p>EDAD</p> <p>Años de vida vividos por el participante, desde su nacimiento.</p>	<p>De 16 a 18 años</p> <p>De 19 a 21 años</p> <p>De 22 a 24 años</p>		Cuantitativa ordinal

Fuente: Elaboración propia

3.7. Población, muestra y muestreo

En el presente estudio, la población está conformada por un total de 200 radiografías panorámicas seleccionadas en el último semestre de la clínica privada Ceimax ubicada en la ciudad de Abancay.

El tamaño de la muestra está conformada por 120 radiografías panorámicas, para determinar el tamaño de la muestra la selección será no probabilística y por conveniencia, en base a los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Radiografías panorámicas de pacientes de ambos sexos cuyas edades oscilen entre 16 a 24 años.
- Radiografías panorámicas de pacientes que no se sometieron a exodoncia quirúrgica de terceros molares.
- Radiografías panorámicas que cumplan con los criterios de calidad.
- Radiografías panorámicas que no presenten dificultad para observar las estructuras anatómicas de las cuatro zonas de los terceros molares.

Criterios de exclusión

- Radiografías panorámicas de pacientes cuyas edades no se encuentren en el rango establecido, quiere decir, menores de 16 años y mayores de 24 años de edad.
- Radiografías panorámicas de pacientes con antecedentes de exodoncia del tercer molar.
- Radiografías panorámicas que presenten errores radiográficos (Fallas de posicionamiento, presencia de artefactos, movimiento del paciente, etc.)

La **muestra de estudio** estará conformada por aquellas Radiografías panorámicas que hayan cumplido con los criterios de inclusión.

3.8. Técnica e instrumento

Técnica

Este estudio empleó la observación directa y estructurada, un método de recopilación de datos que implica vigilar de cerca el fenómeno o evento de interés, anotar los detalles relevantes y registrar esta información para su posterior análisis. Cabezas et al (55) señalan que esta técnica es importante en la investigación científica porque permite obtener datos verídicos e información confiable para desarrollar el tema de investigación. Está estructurado porque el investigador contará con un elemento técnico adecuado para el registro de datos, haciéndolo directo cuando el investigador hace contacto personal con el fenómeno que está tratando de investigar.

Instrumentos:

- **Instrumento Mecánico:** Radiografías panorámicas, las cuales serán sometidas a una evaluación e interpretación a cargo del investigador.
- **Instrumento documental:** Para registrar toda la información sobre agenesia de terceros molares vista en radiografías panorámicas, el investigador deberá crear una ficha de observación basada en las dimensiones e indicadores de las variables de estudio. (*Ver anexo N°02*).

3.9. Consideraciones éticas

Los datos fueron recolectados en la clínica privada Ceimax, para lo cual previamente se solicitó por escrito la autorización para el acceso a dicha información y se asegura que esta información únicamente será utilizada para fines pertinentes a la presente investigación. Dado que solo se trabajarán con los códigos de las

radiografías, mas no con los datos personales del paciente, se garantiza el anonimato y confidencialidad de los mismos.

Así mismo, el autor se compromete en mantener el secreto profesional y respecto los lineamientos establecidos en el Código de Ética y Deontológico del Colegio Odontológico del Perú, y otros similares establecidos por la Universidad Tecnológica de los Andes.

3.10. Procedimiento estadístico

Se realizó una revisión y un análisis cuidadoso de cada radiografía, y los datos resultantes se ingresó en una base de datos integrada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para su almacenamiento en el instrumento.

El análisis descriptivo de las variables incluyó la aplicación de pruebas de normalidad y de frecuencia absolutas y relativas, también se calculará el promedio de desviación estándar. Se utilizó la prueba de correlación "r" de Pearson para conocer el nivel de asociación entre las variables.

con un nivel de confianza del 95%, un nivel de significación del 5% con un valor critico de 1.96; estos procedimientos se realizarán en el programa estadístico SPSS versión 24.

CAPITULO IV

RESULTADO Y DISCUSION

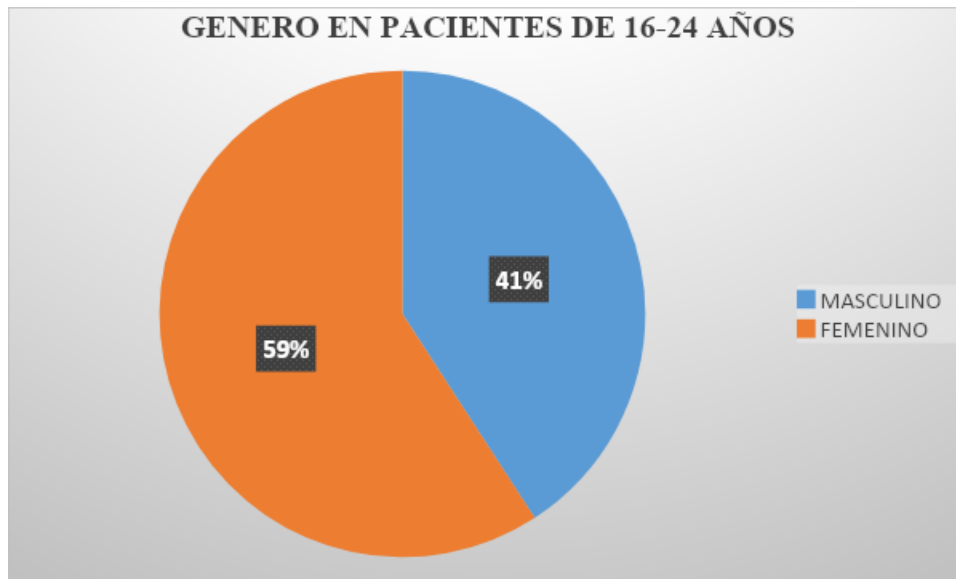
4.1 RESULTADOS

Tabla 2 Descripción univariada del género en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas.

SEXO	n	%
MASCULINO	49	40.8
FEMENINO	71	59.2
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Grafico 4 Descripción univariada del género en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas



Descripción: En la **tabla 1** se puede observar la descripción univariada del sexo en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas, donde el género femenino fue es más prevalente con un 59.2%(71) y el masculino con un 40.8%(49).

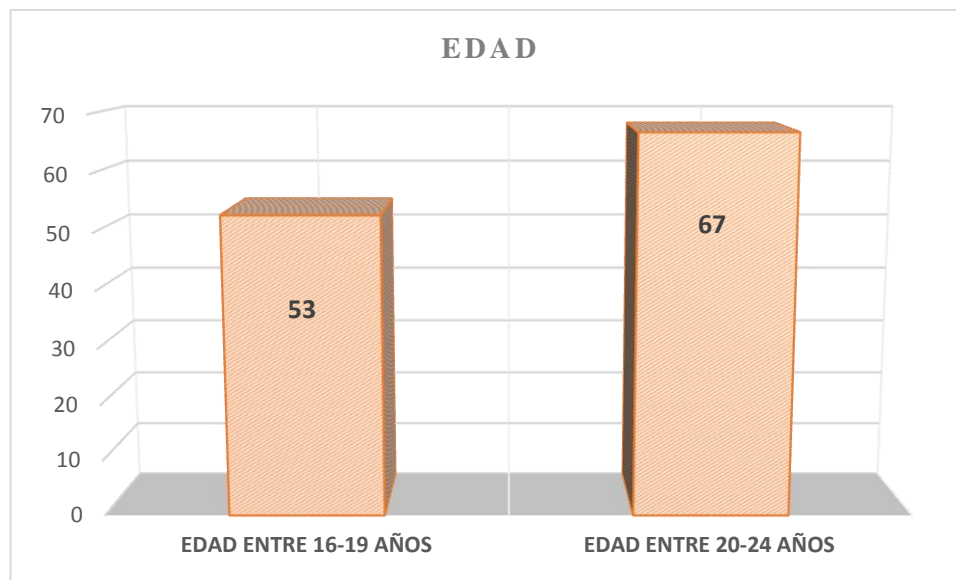
Tabla 3 Descripción univariada de la edad en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas

N	Media	D.E	Mínimo	Máximo
120	20.03	3.440	6	24

EDAD	N	%
EDAD ENTRE 16-19 AÑOS	53	44.2
EDAD ENTRE 20-24 AÑOS	67	55.8
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Grafico 5 Descripción univariada de la edad en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas



Descripción: En la **tabla 2** se observa el promedio de edad que fue de 20 años con una desviación estándar de ± 3.40 años, siendo la edad mínima de 16 años y una máxima de 24 años, además al agrupar la edad se evidencia que: el primer grupo es de 20-24 años con un 55.8% seguido del grupo de 16-19 años con un 44.2% (53).

Tabla 4 Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad en clínicas privadas

AGENESIA	n	%
SI presenta Agenesia	120	100
No presenta agenesia	0	0
Total	120	100

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

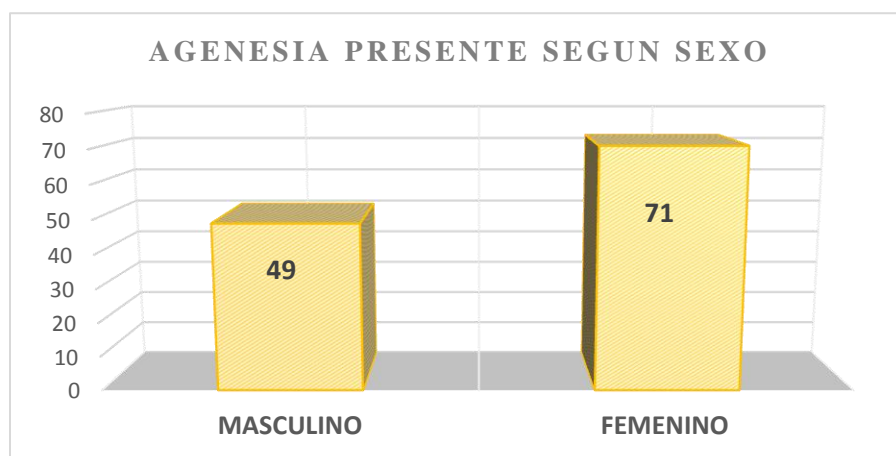
Descripción: En la **tabla 3** presenta la prevalencia de agenesia donde se observa que el 100%(120) de los pacientes evaluados si presentan agenesia.

Tabla 5 Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según sexo en clínicas privadas.

AGENESIA	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		Total	
	N	%	n	%	n	%
Si presenta agenesia	49	41	71	59	120	100
Total	49	41	71	59	120	100

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Grafico 6 Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según sexo en clínicas privadas



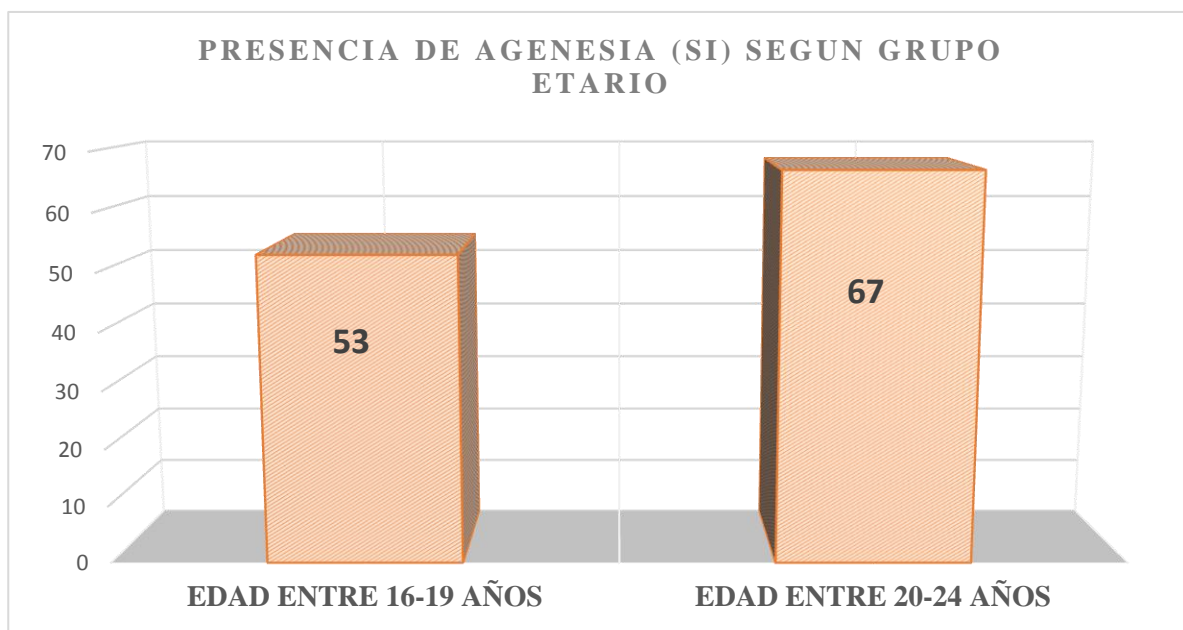
Descripción: En la **tabla 4** muestra que el sexo femenino presenta mayor prevalencia de agenesia con 59%(71), seguido de un 41%(49) del género masculino.

Tabla 6 Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según grupo etario en clínicas privadas.

GRUPO ETARIO	AGENESIA		Total	
	PRESENCIA DE AGENESIA (SI)		n	%
	N	%		
EDAD ENTRE 16-19 AÑOS	53	44.2	53	44.2
EDAD ENTRE 20-24 AÑOS	67	55.8	67	55.8
Total	120	100.0	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Grafico 7 Prevalencia de Agenesia en terceros molares en pacientes de 16-24 años edad según grupo etario en clínicas privadas.



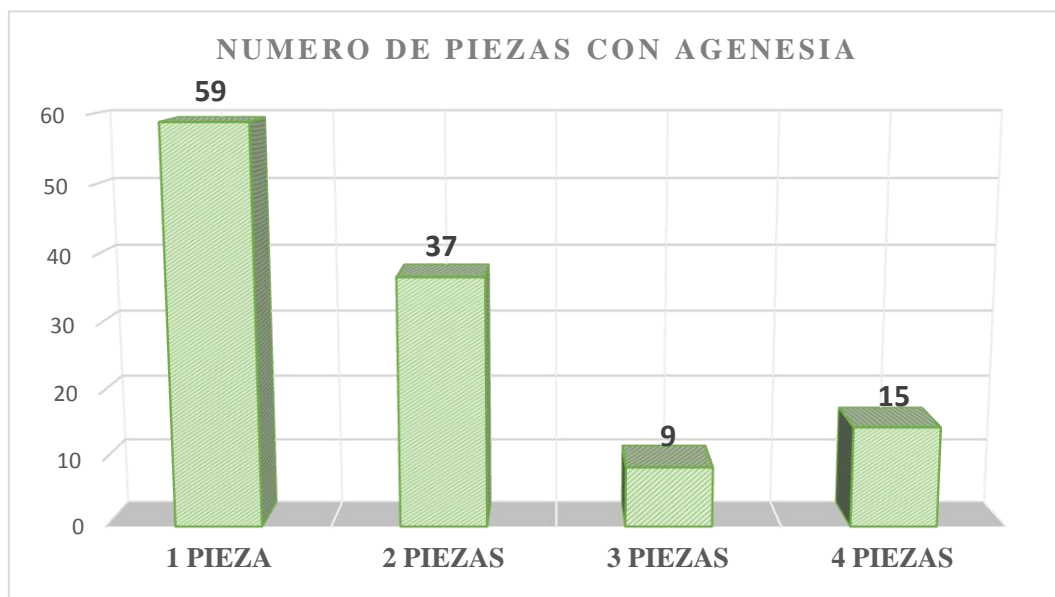
Descripción: En la **tabla 5** el grupo etario que presenta agenesia es el de 20-24 años con un 55.8% (67) seguido del grupo de 16-19 años con un 44.2%(53).

Tabla 7 Prevalencia de número de piezas dentarias con agenesia en radiografías en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.

Número de piezas con Agenesias	n	%
1 PIEZA	59	49.2
2 PIEZAS	37	30.8
3 PIEZAS	9	7.5
4 PIEZAS	15	12.5
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Gráfico 8 Prevalencia de número de piezas dentarias con agenesia en radiografías en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.



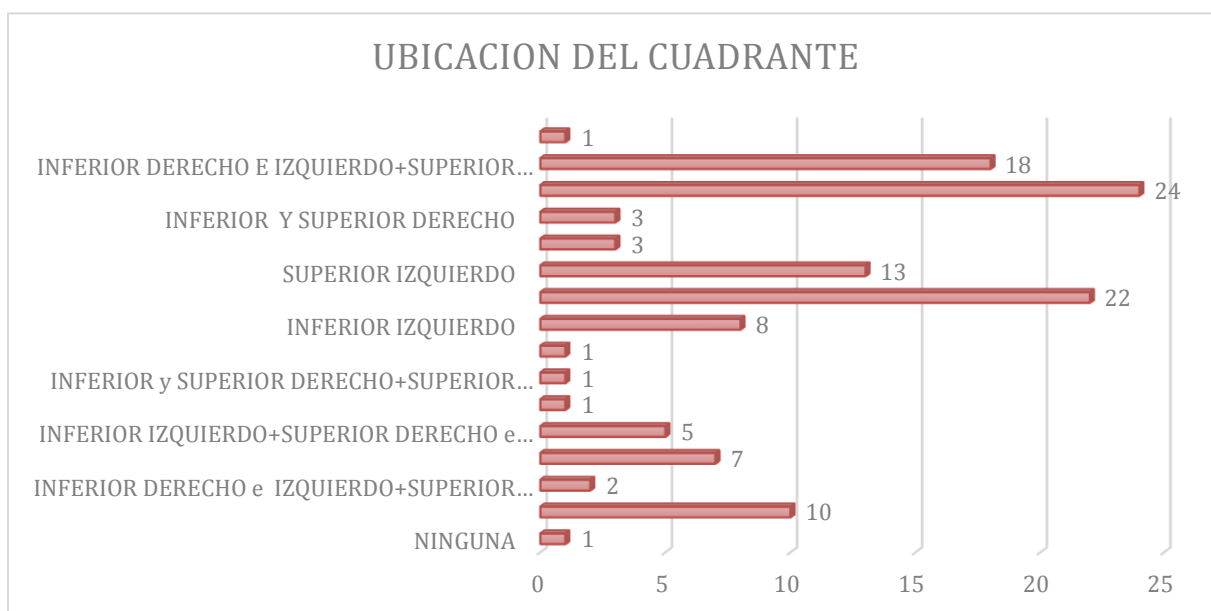
Descripción: En la tabla 6 muestra la prevalencia de número de piezas con agenesia donde se puede mostrar que el 49.2%(59) presenta la agenesia de sola 1 pieza, seguida de agenesia de 02 piezas con un 30.8%(37).

Tabla 8 Posición del cuadrante de la agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.

Cuadrante de ubicación	N	%
Ninguna	1	.8
Inferior derecho	10	8.3
Inferior derecho e Izquierdo superior derecho	2	1.7
Inferior derecho e izquierdo	7	5.8
Inferior Izquierdo superior derecho e izquierdo	5	4.2
Inferior derecho superior izquierdo	1	.8
Inferior y superior derecho superior izquierdo	1	.8
Inferior y superior izquierdo	1	.8
Inferior izquierdo	8	6.7
Superior derecho	22	18.3
Superior izquierdo	13	10.8
Inferior Izquierdo superior derecho	3	2.5
Inferior y superior derecho	3	2.5
Superior derecho e izquierdo	24	20.0
Inferior derecho e Izquierdo superior derecho e izquierdo	18	15.0
Inferior y superior derecho	1	.8
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Grafico 9 Posición del cuadrante de la agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.



Descripción: En la **tabla 7** muestra la posición del cuadrante donde presenta la mayor cantidad de agenesia, siendo el cuadrante superior derecho e izquierdo el más prevalente con una 20%(24) seguido del cuadrante superior derecho con un 18.3%(22).

Tabla 9 Nombre la pieza que presenta agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privada

PIEZA QUE PRESENTA AGENESIA	N	%
PIEZA 1.8	22	18.3
PIEZA 3.8 - 4.8	7	5.8
PIEZA 1.8 - 2.8 - 3.8	4	3.3
PIEZA 2.8 - 4.8	1	.8
PIEZA 1.8 - 2.8 - 4.8	1	.8
PIEZA 2.8	17	14.2
PIEZAS 3.8	8	6.7
PIEZAS 4.8	9	7.5
PIEZAS 1.8 - 2.8 - 3.8 - 4.8	17	14.2
PIEZAS 1.8 - 3.8	3	2.5
PIEZA 1.8 - 2.8	26	21.7
PIEZA 1.8 - 4.8	3	2.5
PIEZAS 1.8 - 3.8 - 4.8	2	1.7
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Grafico 10 Nombre la pieza que presenta agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas.



Descripción: En la tabla 8 se evidencia las piezas dentarias con mayor agenesia, donde el 21.7%(26) se presenta en las piezas de 1.8 y 2.8, seguido del 14.2%(17) de las piezas 2.8 y 3.8 y 4.8.

Tabla 10 Prevalencia de estadios de Nolla en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ESTADIOS DE NOLLA	PIEZA 1.8		PIEZA 2.8		PIEZA 3.8		PIEZA 4.8	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	79	65.8	67	55.8	44	36.7	39	32.5
Ausencia de cripta	0	0	0	0	0	0	0	0
Presencia de cripta	0	0	0	0	0	0	0	0
Inicio de calcificación	0	0	0	0	0	0	0	0
1/3 de la corona	1	.8	1	.8	1	.8	1	.8
Corona completa en 1/3	0	0	2	1.7	2	1.7	3	2.5
Corona casi completa	2	1.7	3	2.5	0	0	3	2.5
Corona completa	3	2.5	3	2.5	7	5.8	8	6.7
Raíz formada en 1/3	6	5.0	4	3.3	16	13.3	14	11.7
Raíz formada en 2/3	9	7.5	10	8.3	10	8.3	8	6.7
Raíz casi completa y ápice abierto	9	7.5	11	9.2	15	12.5	14	11.7
Ápice radicular completo	11	9.2	19	15.8	25	20.8	30	25.0
TOTAL	120	100	120	100	120	100	120	100

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: En la tabla 9 se presenta los diferentes estadios de Nolla de las piezas 1.8-2.8-3.8-4.8, donde ninguna es el más prevalente en las 4 piezas dentarias con un 65.8%.55.8%,36.7%,32.5% de forma respectiva, además el estadio nolla de raíz completa y ápice es el segundo más prevalente con un 7.5%, 9.2%,12.5% y un 11.7% de forma respectiva.

Grafico 11 Prevalencia de estadios de Nolla en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

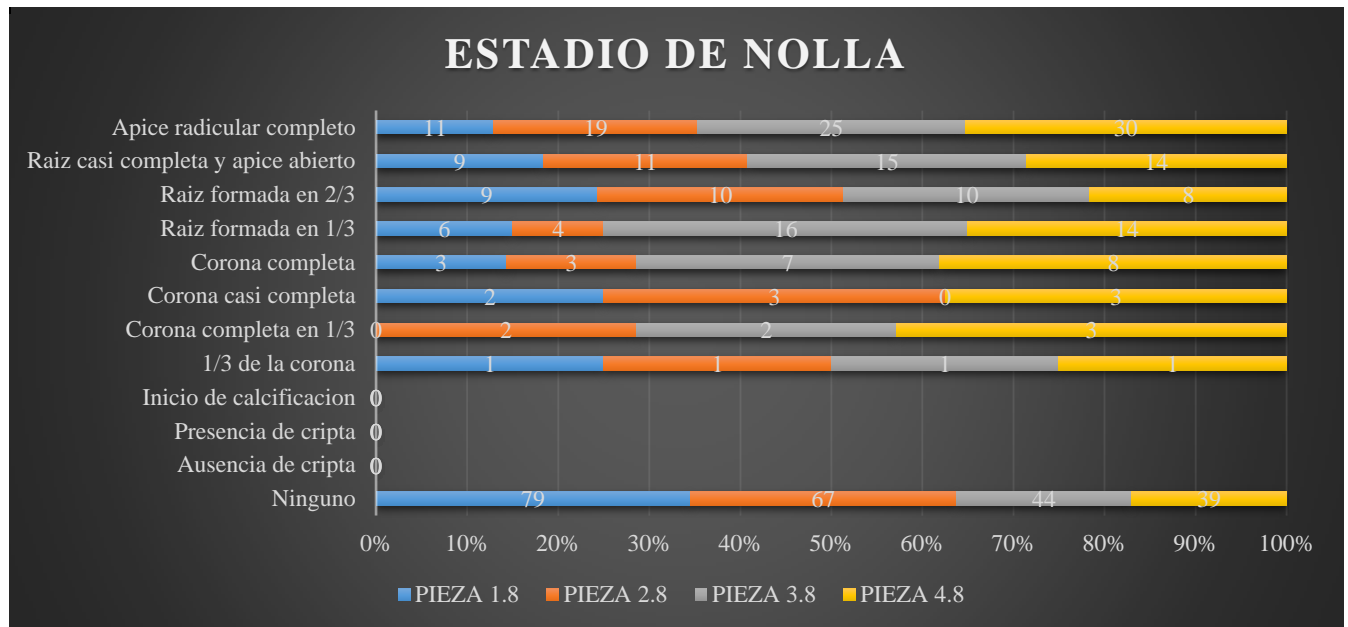


Tabla 11 Prevalencia de Anomalías de forma en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE FORMA	n	%
No presenta	27	22.5
Dens in dente (invaginado)	31	25.8
Alteraciones radiculares	62	51.7
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: La **tabla 10** se observa la prevalencia de anomalías de forma donde con un 51.7%(62) las alteraciones radiculares son las más prevalentes, seguido con un 25.8%(31) presenta Dens in dente.

Grafico 12 Prevalencia de Anomalías de forma en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

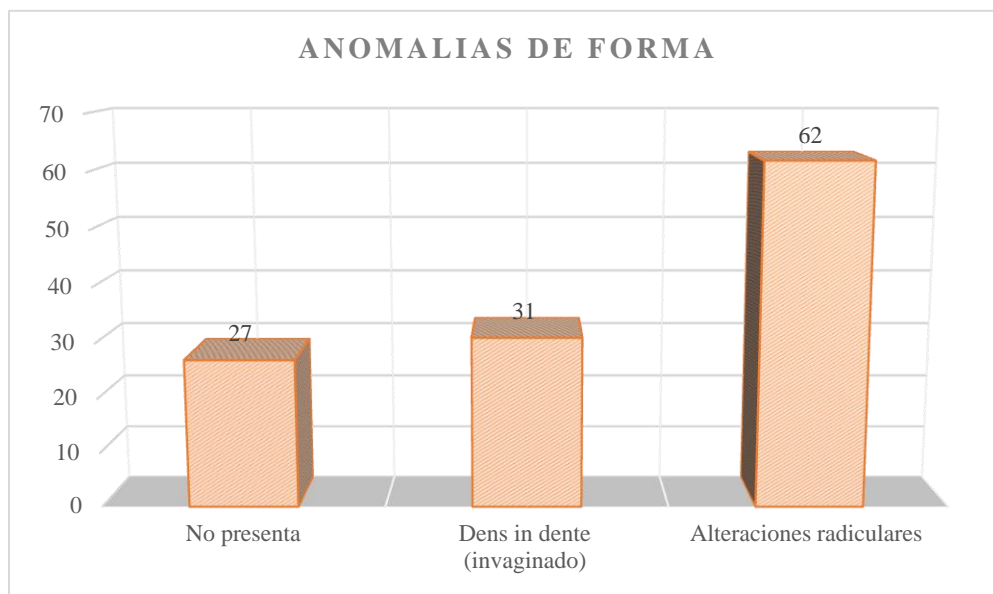


Tabla 12 Prevalencia de Anomalías de tamaño en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE TAMAÑO	n	%
No presenta	84	70.0
Microdoncia	34	28.3
Macrodoncia	2	1.7
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: La **tabla 11** presenta anomalías de tamaño donde el 70%(84) no presenta ningún tipo de anomalía.

Grafico 13 Prevalencia de Anomalías de tamaño en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

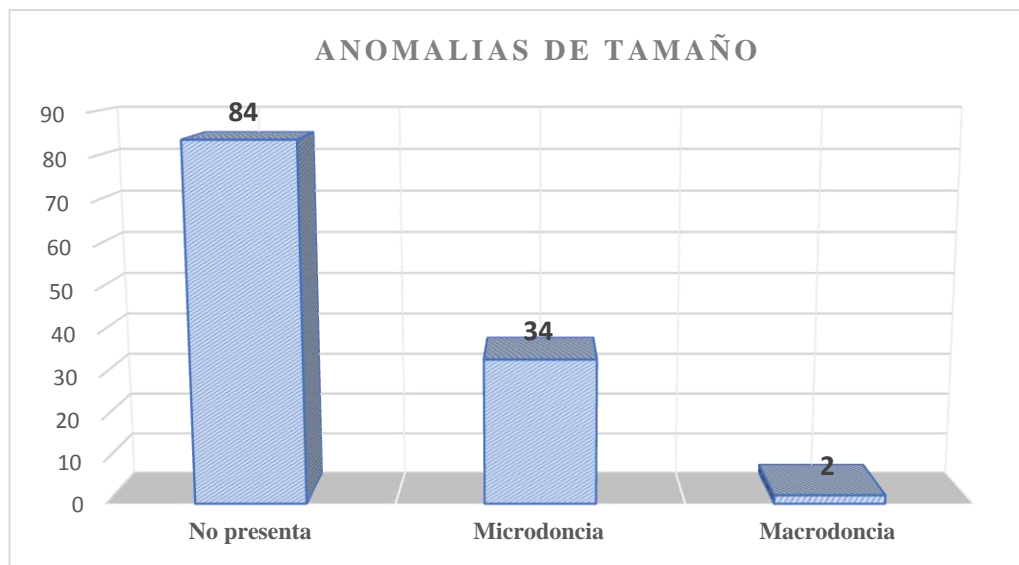


Tabla 13 Prevalencia de Anomalías de estructura en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE ESTRUCTURA	n	%
no presenta	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: Tabla 12 se puede evidenciar las anomalías de estructura donde ninguna de las piezas evaluadas presenta con un 100% (120)

Tabla 14 Prevalencia de Anomalías de numero en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE NUMERO	n	%
Hiperodoncia	9	7.5
Hipodoncia	111	92.5
Total	120	100.0

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: En la **tabla 13** se puede observar la prevalencia de anomalías de numero de un total de 120 piezas evaluadas el 92.5%(111) presenta hipodoncia y solo el 7.5%(9) Hiperodoncia.

Grafico 14 Prevalencia de Anomalías de numero en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

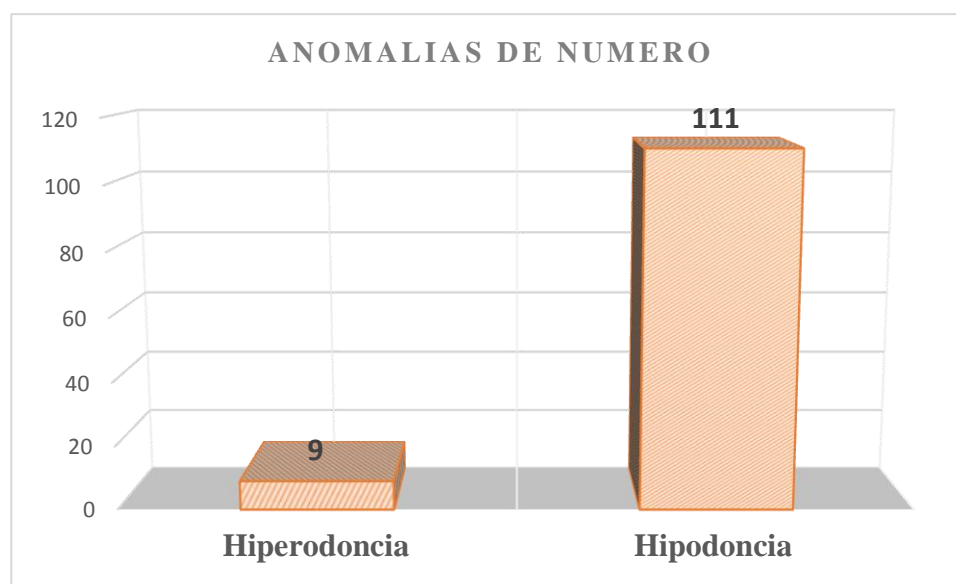


Tabla 15 Anomalías de forma y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE FORMA	PRESENTA AGENESIA (SI)		Total	
	N	%	n	%
No presenta	27	22.50	27	22.50
Dens in dente (invaginado)	31	25.80	31	25.80
Alteraciones radiculares	62	51.70	62	51.70
Total	120	100.00	120	100.00

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: En la **tabla 14** se pretende realizar tablas cruzadas, pero la evaluar se encuentra que de 62 piezas (51.7%) presentan alteraciones radiculares, seguida de un 25.8%(31) que presenta Dens in dente.

Grafico 15 Anomalías de forma y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

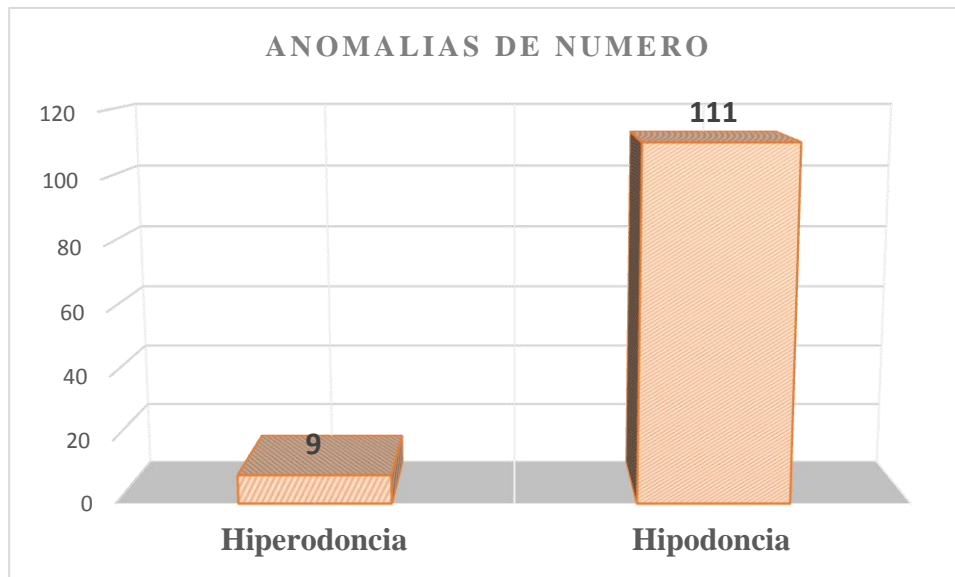


Tabla 16 Anomalías de tamaño y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE TAMAÑO	PRESENTA AGENESIA (SI)		Total	
	N	%	n	%
No presenta	84	70	84	70
Microdoncia	34	28.3	34	28.3
Macrodoncia	2	1.7	2	1.7
Total	120	100	120	100

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: En la tabla 15 se pretende evaluar las anomalías de tamaño y agenesia dental donde se presenta que el 70%(84) no presenta ningún tipo de anomalías de tamaño, seguido de un 28.3% (34) que si presenta microdoncia.

Grafico 16 Anomalías de tamaño y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

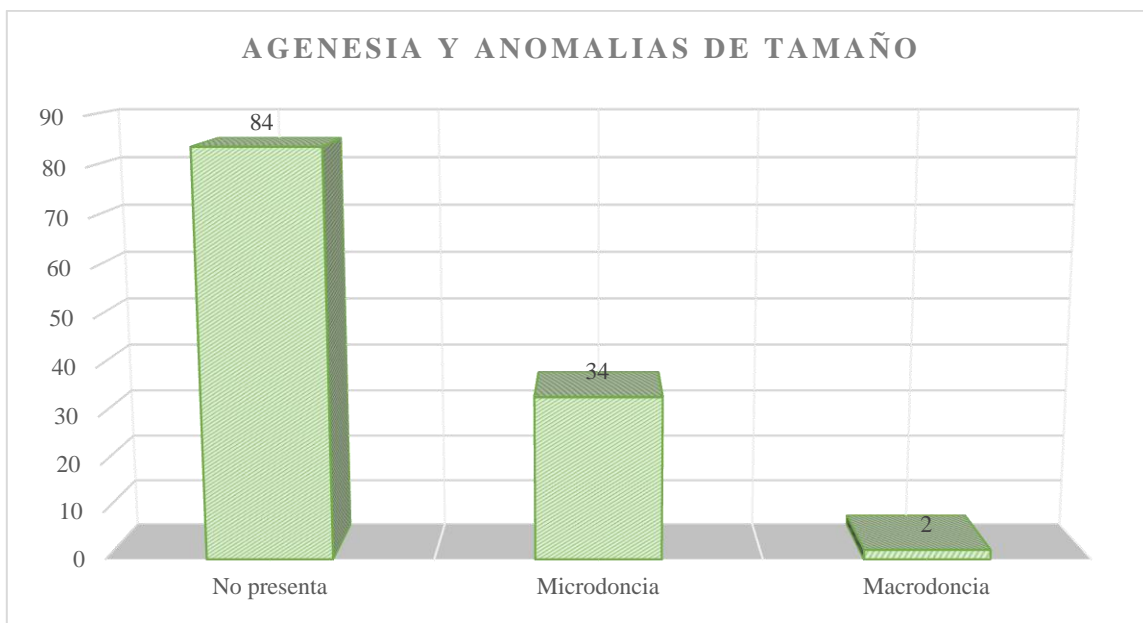


Tabla 17 Anomalías de estructura y agenesia en pacientes de 16-24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE ESTRUCTURA	PRESENTA AGENESIA (SI)		Total	
	N	%	N	%
No presenta	120	100	120	100
Total	120	100	120	100

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: La **tabla 16** se evidencia que si presentan agenesia dental y además no presenta ningún tipo de anomalía de estructura.

Tabla 18 Anomalías de número y agenesia en pacientes de 16 a 24 años en clínicas privadas

ANOMALIAS DE NUMERO	PRESENTA AGENESIA (SI)		Total	
	N	%	n	%
Hiperodoncia	9	7.5	9	7.5
Hipodoncia	111	92.5	111	92.5
Total	120	100	120	100

Fuente: elaboración de la matriz de datos recolectado por los investigadores

Descripción: La **tabla 17** presenta anomalías de número y agenesia donde el 92.5%(111) presentan hipodoncia.

4.2 DISCUSION DE RESULTADOS

El propósito de este estudio fue evaluar si los individuos de 16 a 24 años que asistieron a clínicas privadas en Abancay 2022 tenían una mayor prevalencia de agenesia de terceros molares en comparación con pacientes con otros defectos dentales. 120) de las piezas si presenta agenesia dental , en mujeres debido a que fue el sexo más prevalente con un 59.2%(71), el grupo etario más prevalente fue: 20-24 años con un 55.8%, además que la agenesia se presenta de forma mayoritaria en 1 pieza con un 49.2%(59) siendo el cuadrante superior derecho e izquierdo donde se presenta la mayor cantidad de agenesia y la pieza 1.8 y 2.8 las más afectadas, en cuanto a las diferentes anomalías las de forma presentan un 51.7% (62) las de tamaño con un 70% y no presentan anomalías de estructura.

Al realizar las comparaciones con los encontrado por el autor Condori (2020) se evidencia que este autor presento: que de un total de las muestras (262) tuvo como resultados que la frecuencia de agenesia es de 26.7%, resultado que difiere totalmente con lo encontrado en la presente investigación debido a que se encontró la agenesia de un 100%. Para el autor Condori (2020), Según los hallazgos, las mujeres son más propensas a experimentar agenesia del tercer molar que los hombres. La agenesia del tercer molar es más común en la arcada superior, con la incidencia más alta (25 %) en la hemiarcada superior izquierda y la incidencia más baja (13 %) en la hemiarcada superior derecha; dichos resultados concuerdan con los presentado en la actual investigación, varia en cuanto algunos porcentajes.

Autores como Miranda (2018) Nuestros resultados son consistentes con los de trabajos previos que discuten la agenesia del tercer molar; algunos de estos trabajos arrojan números muy similares a los encontrados en nuestra investigación, mientras

que otros presentan varianzas porcentuales menores o mayores. Esto nos lleva a la siguiente conclusión: la inclusión dentaria es la anomalía más común, afectando al 20,44 por ciento del grupo analizado. Resultado que difieren con lo encontrado debido a que el 100% de las radiografías estudiadas si presenta agenesia.

Suarez (2018) “Frecuencia de agenesia de terceros molares en pacientes de un centro radiológico de la ciudad de Chiclayo, 2015-2017” encontró que el 64,6% de los pacientes con esta condición fueron atendidos en el centro radiológico de Chiclayo durante ese periodo de tiempo. Frío. Se encontró agenesia del tercer molar en todos los individuos del estudio actual. Según un estudio reciente (2018), la prevalencia de la falta de terceros molares se ha mantenido relativamente estable entre el 13 % y el 30 % durante la última década.

De acuerdo con los hallazgos del estudio actual, los pacientes con agenesia del tercer molar tenían una conexión más fuerte (100 % frente a 21,31 %) que los del grupo de control (que no tienen agenesia del tercer molar). Nuestra investigación es consistente con la de los doctores Celikoglu, bayram y nur, quienes encontraron que las personas con agenesia de al menos un tercer molar tenían significativamente más probabilidades de tener otras anomalías dentales (42,9 % versus 0 %). grupo de dicho estudio. en el que se utilizó el 16,3% de individuos sin agenesia de terceros molares.

Los individuos con agenesia del tercer molar tienen más probabilidades de tener anomalías dentales adicionales que los pacientes sin esta agenesia, incluida la agenesia de otros dientes, inclusión dental y dientes supernumerarios, como lo afirman estos autores. Además de contribuir a otros problemas con la salud oral y dental de los pacientes, esta aberración cada vez más común podría dificultar la

progresión normal de la oclusión dental, lo que lleva a una desalineación del sistema estomatognático.

Esto discrepa con Vallejos Z (2016) Observó que una proporción menor (55,2 %) de su muestra tenía agenesia del tercer molar que nosotros (63,0 %). Además, vimos que el 8,7% de las radiografías en la población analizada por Loayza y Cárdenas g presentaban agenesia. Investigaciones anteriores en comunidades negras e indias encontraron una tasa de anomalía sustancialmente más baja (5,83% y 11,50%, respectivamente) que la que se mostró en Venezuela. Es crucial que investiguemos la agenesia de los terceros molares en nuestra propia comunidad a la luz de estudios recientes que muestran una tasa de ocurrencia desproporcionadamente alta en la población estudiada en comparación con otras. Al planificar tratamientos dentales, es importante tener en cuenta la prevalencia de otras anomalías que se ha demostrado que afectan la función y la apariencia. Nuestros hallazgos sugieren que el 20,44 por ciento de la población tiene algún tipo de anomalía dental, siendo la inclusión el tipo más común.

CONCLUSIONES

1. Se encontró que los pacientes entre las edades de 16 y 24 años tenían una agenesia del tercer molar que estaba sustancialmente relacionada con otras anomalías dentales.
2. Los pacientes entre 16 y 24 años tienen más probabilidades de tener una forma dental anormal debido a la agenesia del tercer molar; entre este grupo de edad.
3. Las personas entre 16 y 24 años tenían agenesia del tercer molar; entre esas personas, se encontró que tenía microdoncia y macrodoncia.
4. No se encontró correlación entre la agenesia de los terceros molares y las anomalías de la estructura dental en pacientes de 16 a 24 años, ya que todos presentaban una estructura dental normal.
5. En cuanto a la correlación entre la agenesia de terceros molares y las anomalías en el número dentario en pacientes de 16 a 24 años.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda hacer un estudio comparativo donde se presente un grupo con agenesia en terceras molares y otro grupo sin agenesia de terceras molares para poder determinar si existe relación con las anomalías dentales en cada grupo.
2. Sería beneficioso realizar más investigaciones para diversas poblaciones de nuestro país, teniendo en cuenta el origen étnico y el origen, ya que la agenesia del tercer molar se asocia cada vez más a otras anomalías en nuestro medio, lo cual es de interés para los odontólogos y estudiantes de odontología. único para cada grupo en estudio.
3. Se recomienda realizar más investigaciones utilizando radiografías de personas de edades avanzadas, donde se pueda considerar una mayor variedad de anomalías dentales en desarrollo, número y erupción.
4. Realizar investigaciones utilizando no solo radiografías panorámicas sino también tomografías; esto permitirá múltiples cortes, lo que permitirá una evaluación más precisa.

Bibliografía

1. San Roman J PAMRRSGARM. Evaluación radiográfica de la presencia/agenesia de terceros molares en una población infantil Mexicana. Mexico: Rev Dialnet 22(1). ; 2020.
2. Jiménez A SE. Frecuencia de agenesia dentales en pacientes que acudieron a un Centro Radiológico en Guadalajara Mexico: Rev Tamé ; 8(22); 2019.
3. Gonzales E, Mok B, Chillon A. Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares. : Medisan. 2014; 8(1): 34-44.; 2014.
4. Al-Nlmri. Maxillary palatal canine impaction displacement in subjects with congenitally missing maxillary lateral incisors: Universidad de ciencia y tecnologia ; 2009.
5. Garib DG, Peck S&GSC. Increased occurrence of dental anomalies associated with second-premolar agenesis. Angle Orthod. 74, editor.; 2009.
6. Miziara R, Mendes C, Wiesel C, Simões A. A statistical study of the association of seven dental anomalies in the Brazilia population Brasil: Int. J. Morphol., 26(2):403-6, 2008; 2008.
7. Miranda A. Prevalencia de la agenesia de terceros molares y su relacion con otras anomalias dentales en pacientes de 14 a 20 años en el centro de imagenes de la Universidad Catalica de Santa Maria , Arequipa 2015 Arequipa: Universidad Catolica de Santa Maria; 2015.
8. Lagos N. Prevalencia de posicion dentaria del tecer molar en pacientes de 18 a 30 años de un hospital de Huancayo 2017 Huancayo: Universidad Continental; 2018.
9. Almendros N, Berini LGC. Infuence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications.: Oral Surg Oral Med Oral.; 102., 725(32): p.; 2006.
10. Medina A, Del Pozo R. asociación entre agenesia dental y maloclusión en pacientes pediátricos Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2021.
11. Yagnam K, Rozas I, Abdala N, Roman V, Tapia C. Prevalencia de agenesia dental en pacientes evaluados en ortodoncia, Santiago de Chile Chile: Revista Odontologica Vital; 2020.

12. Huilcarema F. Diagnóstico radiológico de agenesia de terceros molares en escolares y adolescentes. Riobamba, 2018 Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2018.
13. San Roman H, Guillen A, Martinez R, Rodriguez S, Rangel A, Rosales M. Evaluación radiográfica de la presencia/agenesia de terceros molares en una población infantil Mexicana Mexico: Universidad Autónoma de San Luis Potosi; 2018.
14. Canche M, Aguilar L, Lama E, Rodriguez M. Prevalencia de agenesias dentarias de terceros molares en estudiantes de odontología: Universidad Autonoma de Yucatan; 2017.
15. Sanchez G, Sanchez R, Nakagoshi M, Arizpe J. Impactación y agenesia de terceros molares en Nuevo León y en los altos de Chiapas, México Vol. 3 n2(, editor. Mexico: Revista Mexicana de estomatologia; 2016.
16. Marcianes M, Dominguez R, De la Cruz C, Garcia P. Prevalencia de los patrones Madrid; 2016.
17. Colorado M, Huitzil E. Agenesia de terceros molares en pacientes del Centro del estado de Veracruz Mexico: Rev Tamé 2015; 4(11); 2015.
18. Bedoya A:CL, Gordillo L, Yusti A, Tamayo J, Perez A, Jaramillo M. Anomalías dentales en pacientes de ortodonciade la ciudad de Cali, Colombia Colombia: Institución Universitaria Colegios de Colombia; 2015.
19. Condori D. Frecuencia de agenesia de los terceros molares en pacientes de 11 a 18 años de edad atendido en el centro de radiologico Ceradent del año 2019 Cuzco: Universidad Andina del Cuzco; 2020.
20. Suarez E. Frecuencia de Agenesia de terceras molares en pacientes de un centro radiologico de la ciudad de Chilcayo Plmentel: Universidad Señor de Sipan; 2018.
21. Frecuencia de agenesia del del tercer molar en pascientes de 14 a 19 años de edad atendidos en cedident digital, Lima 2016 Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.
22. Velasco P. Estudio radiografico de agenesia de terceros molares inferiores segun

- genero en radiografias panoramicas del servicio de diagnostico en la clinica odontologica de la UCSM, Arequipa- 2017 Arequipa: Universidad Catolica de Santa Maria; 2017.
23. Reyes C. Prevalencia de agenesia de terceras molares en pacientes adolescentes atendidos en el centro radiologico Dentomaxilofacial Hanny por Lima, 2016 Huanuco: Universidad de Huanuco; 2016.
 24. Centeno G. Cirugía Bucal Buenos Aires: 9º Edición Editorial: "El Ateneo"; 1992.
 25. Chímenos E. Radiología en Medicina Bucal. Barcelona: Editorial Masson ; 2005.
 26. Souza E, Hirono T, Bataglioni C. Association of a Temporomandibular Disorder and Eagles Syndrome: Case Report: Braz Dent J (1996) 7(1): 53-58 ISSN 0103-6440; 1996.
 27. Díaz R ER. Agenesia en dentición permanente: Salud Pública; 2009.
 28. Jara R EDVCMJ, Gandía J BC. Association Between Third Molar Agensis and Craniofacial Structure Development. American : Association of Orthodontists; 2015.
 29. Solis L. Prevalencia de la agenesia y posición de los terceros molares en emaxilar en la clínica UCSG semestre A-2016 Chile: Universidad Católica de Santiago; 2016.
 30. Brito A. Agenesia dentaria y dientes supernumerarios en niños con dentición mixta Guayaquil; 2014.
 31. Kolenc F. Agenesias dentarias: en busca de las alteraciones genéticas responsables de la falta de desarrollo. 385-395 9, editor.: Med oral patol oral ciru bucal; 2004.
 32. Porras I CK. Oligodoncia: reporte de caso.: Odovtoc.UCR.; 12: 81-84; 2010.
 33. F- C. Estudio de un caso de agenesia en pacientes de 5 años con antecedentes hereditarios Guayaquil; 2014.
 34. Guzmán E TPLC. Oligodoncia: reporte de un caso clínico 2012 , 11:124-12 , editors.: Rev. Usta Salud; 2012.
 35. M. S. Relación entre la agenesia dentaria y las dimensiones craneofaciales España; 2015.

36. Gay C BL. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid: Ergón S.A; 1ra edición; 2004.
37. S. U. Frecuencia de agenesia del tercer molar en pacientes de 14 a 19 años de edad en Cecident Digital, Lima: Privada Norbert Wiener; ; 2018.
38. San Roman J PAMRRSGARM. Evaluación radiográfica de la presencia/agenesia de terceros molares en una población infantil Mexicana. 22(1). , editor.: Rev Dialnet (Internet). 2018; 2018.
39. Figún M GR. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. edición. 2, editor. Buenos Aires: El Ateneo; ; 2007.
40. C. L. Estudio anatómico del tercer molar mandibular incluido. España: Universidad de Valencia; 2015.
41. Donado M MJ. Cirugía bucal Patología y técnica Barcelona: 4ta edición, el Sevier Masson; 2014.
42. Padros E. Bases diagnosticas terapéuticas y posturales del funcionalismo craneofacial. tomo II; 2007.
43. Ulfohn A, Guilligan J. La extracción dentaria Técnica y Clínica 1 España: Edicion Editorial Medica Panamericana Barcelona; 2014.
44. Sailer H, Pajarola G. Atlas de Cirugia Oral 1° Madrid : Elsevier MASSON Madrid-España; 2004.
45. Medeiros P. Cirugia de Dientes Incluidos 1° Venezuela: Actualidad Medico Odontologicas Latinoamericana,; 2006.
46. Lopez A, Martin G. Cirugia Oral y Maxilofacial 3° Edicion: Editorial Medica Panamericana. Madrid-España; 2011.
47. Sander O. Tratado de Cirugia Oral y Maxilofacial 1° Edicion: Editorial Actualidad Medico Odontologica Latinoamericana, Caracas-Venezuela; 2007.
48. S. W. Radiología Oral. cuarta edición ed. Principios e interpretación, 187, 205-6, ; 2002.
49. Gay Escoda C PMVVBL. Dientes incluidos Causas de la nclusión dentaria. Posibilidades terapéuticas ante una inclusión dentaria.. 3rd ed. Ergon TdCBe, editor. España; 2004.
50. White C GP. Radiología oral Principios e interpretación España: Ediciones

- Harcourt; : 205 - 216; 2002.
51. Herrera R. Radiología digital en la evaluación de calcificaciones en tejidos blandos. 9216166th ed.: Kiru.; 2012.
 52. R. FMR. Anatomía Odontológica. Funcional y aplicada. 2nd ed.: Editorial El Ateneo.; 2003.
 53. Ustrell J. Manual de Ortodoncia, Barcelona: Editorial publicaciones y ediciones; 2001.
 54. Velez Dea. alteraciones y anomalías dentarias : Universidad CES.
 55. Gomes R, Habckost C, Junqueira L, Figueiredo P, al e. Taurodontism in Brazilian patients with tooth agenesis and first and second-degree relatives: a case-control study.: Arch Oral Biol. agosto de 2012;57(8):1062-9.; 2012.
 56. Colak H URTEHMTMCT. Investigation of prevalence and characteristics of mesiodens in a non-syndromic 11256 dental outpatients.: Rev Med Pharmacol Sci. octubre de 2013;17(19):2684-9. ; 2013.
 57. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta ed. Toledo M, Mares J, Rocha M, Garcia Z, editors. D.F. México: McGraw Hill Education; 2014.
 58. Cabezas E, Andrade D, Torres J. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Primera electrónica ed. Andrade D, editor. Sangolquí: Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE; 2018.
 59. Cortés M, Iglesias M. Generalidades sobre Metodología de la Investigación. Primera ed. Polkey A, editor. México: Universidad Autónoma del Carmen; 2004.
 60. Perez I, Müggenburg M. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Red de Revistas Científicas de América Latina. 2007 enero - abril; 4(1).
 61. Veiga J, De la Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada. Medicina, Seguridad y trabajo. 2008; LIV(210).
 62. García F A. Agenesia del Tercer Molar en Pacientes Atendidos en la Clínica Odontológica de la universidad de Antofagasta. Chile: Int J Morphol 2009; 27(2):393-402; 2009.

63. Ilerna Online. Blog de ILERNA online. [Online].; 2018 [cited 2022 enero 03. Available from: <https://www.ilerna.es/blog/fp-online/anomalias-dentales-tamano-y-numero/>.
64. Martinez V, Ortega A. Comparacion de los metodos de Nolla, Demirjian y Moorrees en la estimación de la edad dental. Revista Odontologica Mexicana. 2017 Julio-setiembre; 21(3).
65. Rivas R, Canto M. Anomalías de número, forma y tamaño de los dientes. Acta Médica del Centro. 2007; 1(2).
66. (PCM). PdCdMdP. Decreto Supremo No. 044- 2020-PCM. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. [Online].; LIMA- 2020 [cited 2021 MAYO 27. Available from: cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf.
67. Chappuzeau E, Cortes D. Anomalías de la dentición en desarrollo: Agencias y supernumerarios Chile: Revista dental de Chile; 2008.
68. Medina A, Del Pozo R. Asociación entre agenesia dental y maloclusión en pacientes pediátricos.: Revista De Odontopediatria Latinoamericana; 2013.
69. Mattheeuws N, Dermaut L, Martens G. Has Hypodontia increased in caucasians during the 20th century? a meta analysis: Eur J Orthod, 26(1):99 103; 2004.
70. Proffit w, Fields H, Sarver D. Contemporary Orthodontics Estados Unidos: Elsevier Health Sciences; 2014.
71. Cuairan V, Gaitan L, Hernandez A. Agenesia dental en una muestra de pacientes ortodónticos del Hospital Infantil de Mexico Mexico: Rev ADM; 1997.
72. Garcia H, Beltran V. Agenesia del tercer molar en una etnia originaria del Norte de Chile: Chile: Int. J. Morphol.; 2008.
73. Larmour C, Mossey P, Thind B, Forgie A, Stirrups D. Hypodontia- a retrospective review of prevalence and etiology Part I.: Quintessence Int., 36:263-70; 2005.
74. Pineda P, Fuentes R, Sambuesa A. Prevalencia de agenesia dental en niños con dentición mixta de las clínicas odontológicas docente asistencial de la universidad de la frontera Piura: Int. J Morphol. 29(4); 2011.

75. Mogollon L, Huapaya O. prevalencia de anomalías dentarias en pacientes con fisura labio alveolo palatina atendidos en el instituto especializado de salud del niño. Lima: Odontol. Sanmarquina. 2008; 11(2):56-59.; 2008.
76. Calduch R. Métodos y técnicas de investigación internacional. Segunda electrónica ed. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014.

ANEXOS

Anexo N°01 Matriz de consistencia

Título: Agenesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

Línea de investigación: Salud pública Odontológica

Autores:

Planteamiento del problema	Hipótesis	Objetivos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición del dato	Método
<p><u>Problema General</u></p> <p>¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?</p> <p><u>Problemas Específicos</u></p> <p>1. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de forma en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?</p> <p>2. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de tamaño en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?</p> <p>3. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de estructura en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?</p> <p>4. ¿De qué manera la agenesia de terceros molares se relaciona con anomalías dentales de número en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022?</p>	<p><u>Hipótesis General</u></p> <p>La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p><u>Hipótesis Específicas</u></p> <p>1. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de forma en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p>2. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de tamaño en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p>3. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de estructura en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p>4. La agenesia de terceros molares se relaciona significativamente con anomalías dentales de número en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p>	<p><u>Objetivo General</u></p> <p>Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p><u>Objetivos Específicos</u></p> <p>1. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de forma en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p>2. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de tamaño en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p>3. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de estructura en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p> <p>4. Determinar el grado de relación entre la agenesia de terceros molares y anomalías dentales de número en pacientes de 16 a 24 años registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.</p>	<p>AGENESIA DE TERCEROS MOLARES</p>	<p>FRECUENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de agenesias 	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Método INDUCTIVO</p>
				<p>UBICACIÓN EN LA ARCADEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Arco mandibular ● Arco maxilar 		
				<p>ESTADIOS DE NOLLA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nolla 0 ● Nolla 1 ● Nolla 2 ● Nolla 3 ● Nolla 4 ● Nolla 5 ● Nolla 6 ● Nolla 7 ● Nolla 8 ● Nolla 9 ● Nolla 10 	<p>Cualitativa nominal</p>	
			<p>ANOMALIAS DENTALES</p>	<p>DE FORMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conoidismo ● Dens in dente ● Taurodontismo ● Perlas del esmalte ● Alteraciones radiculares 	<p>Cualitativa nominal</p>	
				<p>DE TAMAÑO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Microdoncia ● Macrodoncias 		
				<p>DE ESTRUCTURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Displasias ● Amelogénesis ● Dentinogénesis 		
				<p>DE NÚMERO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hiperodoncia ● Hipodoncia 		

Tipo, Nivel y Diseño de la investigación	Población y muestra	Técnicas e Instrumentos	Estadística
<p>Tipo: Cuantitativo – Observacional - Retrospectivo – Documental Nivel: Correlacional Diseño: No experimental - Transversal.</p>	<p>Población: 120 radiografías panorámicas seleccionadas al azar en la clínica privada Ceimax de Abancay. Muestra: Método De muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando los criterios de selección.</p>	<p>Técnica: Observación Directa y Estructurada. Instrumento: - Radiografía panorámica - Ficha de observación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Microsoft Office: Excel - Programa estadístico SPSS 24 - Análisis descriptivo - Prueba de correlación "r" de Pearson - Nivel de confianza 95% y nivel de significancia 5%.

Anexo N°02: Instrumento de recolección

FICHA DE OBSERVACION

Agenesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

A. SOBRE EL PARTICIPANTE:			
Clínica	:		
N° de Radiografía	:		
Edad	:		
Sexo:		Femenino	Masculino
B. SOBRE LA AGENESIA DEL TERCER MOLAR:			
1. ¿Se aprecia agenesia de al menos un tercer molar?		a) SI b) NO	
2. ¿Cuál es el número de agenesias que se aprecia en la radiografía?		a) 1 b) 2 c) 3 d) 4	
3. ¿En qué cuadrante se ubica la agenesia? De ser necesario, marque más de una opción.		a) Inferior derecho b) Inferior izquierdo c) Superior derecho d) Superior izquierdo	
4. ¿Cuál es la pieza que presente agenesia? De ser necesario, marque más de una opción.		a) Pieza N°18 b) Pieza N°28 c) Pieza N°38 d) Pieza N°48	
5. De acuerdo a los estadios de Nolla, ¿en qué estadio se encuentran los terceros molares?			N° pieza
a) Ausencia de cripta			
b) Presencia de cripta			
c) Inicio de calcificación			
d) 1/3 de la corona			
e) Corona completa en 1/3			
f) Corona casi completa			
g) Corona completa			
h) Raíz formada en 1/3			
i) Raíz formada en 2/3			
j) Raíz casi completa y ápice abierto			
k) Ápice radicular completo			
C. SOBRE OTRAS ANOMALIAS DENTALES			
6. ¿Se aprecia la presencia de anomalías dentales de forma?		a) No presenta b) Si presenta: b.1) Conoidismo b.2) Dens in dente (invaginado) b.3) Taurodontismo b.4) Perlas del esmalte b.5) Alteraciones radiculares b.6) Gemelación b.7) Fusión	
7. ¿Se aprecia la presencia de anomalías dentales de tamaño?		a) No presenta b) Si presenta: b.1) Microdoncia b.2) Macrodoncias	

<p>8. ¿Se aprecia la presencia de anomalías dentales de estructura?</p>	<p>a) No presenta b) Si presenta b.1) Amelogénesis b.2)Dentinogénesis b.1) Displasia</p>
<p>9. ¿Se aprecia la presencia de anomalías dentales de forma?</p>	<p>a) No presenta b) Si presenta: b.1) Hiperodoncia b.2) Hipodoncia</p>
<p>Observaciones:</p>	

Anexo N°03: Formato Juicio de Expertos

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Agenesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

Nombre del Experto: _____

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL INSTRUMENTO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado		
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables		
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado		
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el instrumento		
5. Suficiencia	El instrumento comprende todos los indicadores en cantidad y calidad		
6. Intencionalidad	El instrumento es adecuado para medir los indicadores de la investigación		
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado		
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores		
9. Estructura	La estructura del instrumento responde a las preguntas de la investigación		
10. Pertinencia	El instrumento es útil y oportuno para la investigación		

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre: _____
No. DNI: _____

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Agnesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.


Nombre del Experto: Uriel Carrion Herrera

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL INSTRUMENTO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	✓	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	✓	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	✓	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el instrumento	✓	
5. Suficiencia	El instrumento comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	✓	
6. Intencionalidad	El instrumento es adecuado para medir los indicadores de la investigación	✓	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	✓	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	✓	
9. Estructura	La estructura del instrumento responde a las preguntas de la investigación	✓	
10. Pertinencia	El instrumento es útil y oportuno para la investigación	✓	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Ninguna .


Nombre: Uriel Carrion Herrera
No. DNI: 07259557

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Agenesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

Nombre del Experto:

Jorge Jairo Vera Hurtado

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL INSTRUMENTO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	✓	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	✓	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	✓	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el instrumento	✓	
5. Suficiencia	El instrumento comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	✓	
6. Intencionalidad	El instrumento es adecuado para medir los indicadores de la investigación	✓	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	✓	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	✓	
9. Estructura	La estructura del instrumento responde a las preguntas de la investigación	✓	
10. Pertinencia	El instrumento es útil y oportuno para la investigación	✓	

III. OBSERVACIONES GENERALES

NINGUNA



Jorge Jairo Vera Hurtado
Mag. C.D. Jorge Jairo Vera Hurtado

Nombre: *Jorge Jairo Vera Hurtado*
No. DNI: *4221987*

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Agenesia de terceros molares y su relación con otras anomalías dentales en pacientes de 16 a 24 años de edad registrados en clínicas privadas, Abancay 2022.

Nombre del Experto: Kelly Malpartida Valderrama

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL INSTRUMENTO

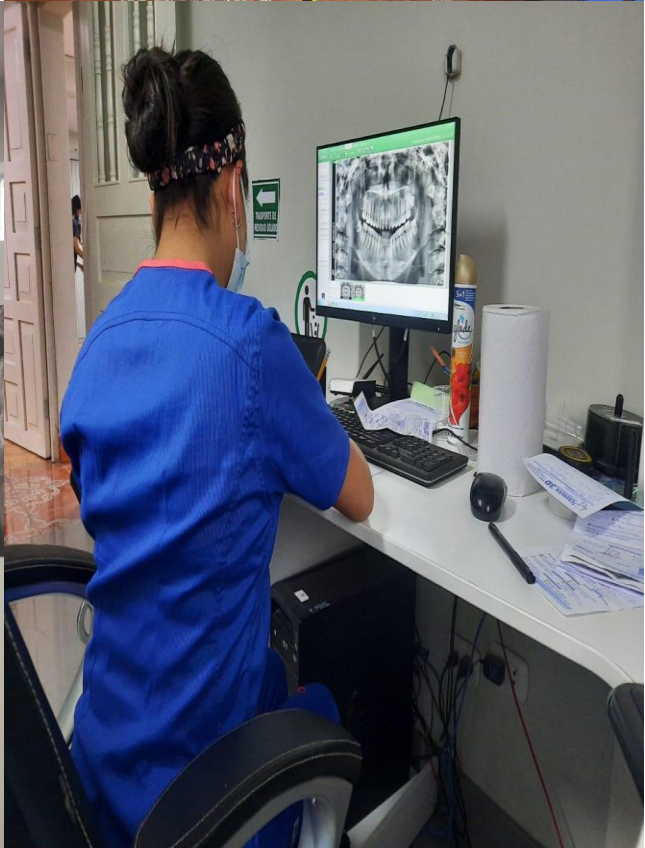
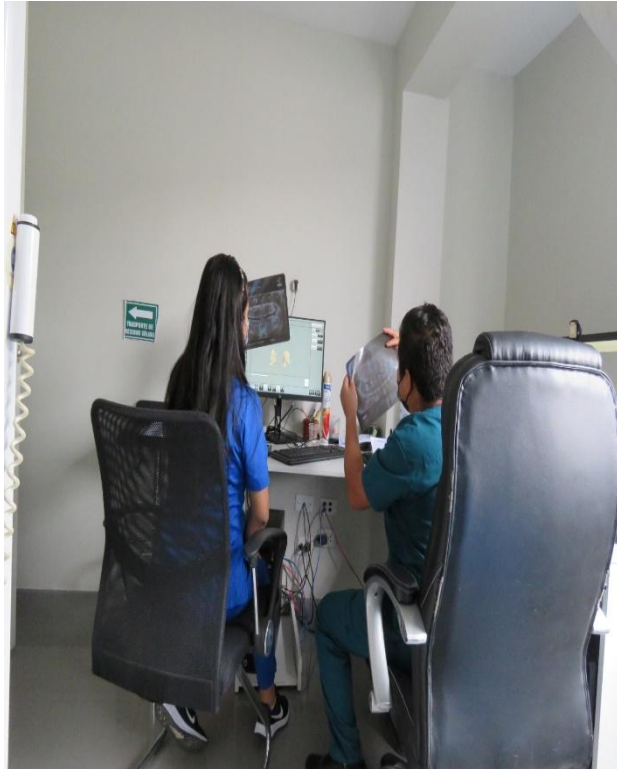
Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	✓	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	✓	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	✓	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el instrumento	✓	
5. Suficiencia	El instrumento comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	✓	
6. Intencionalidad	El instrumento es adecuado para medir los indicadores de la investigación	✓	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	✓	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	✓	
9. Estructura	La estructura del instrumento responde a las preguntas de la investigación	✓	
10. Pertinencia	El instrumento es útil y oportuno para la investigación	✓	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Ninguna

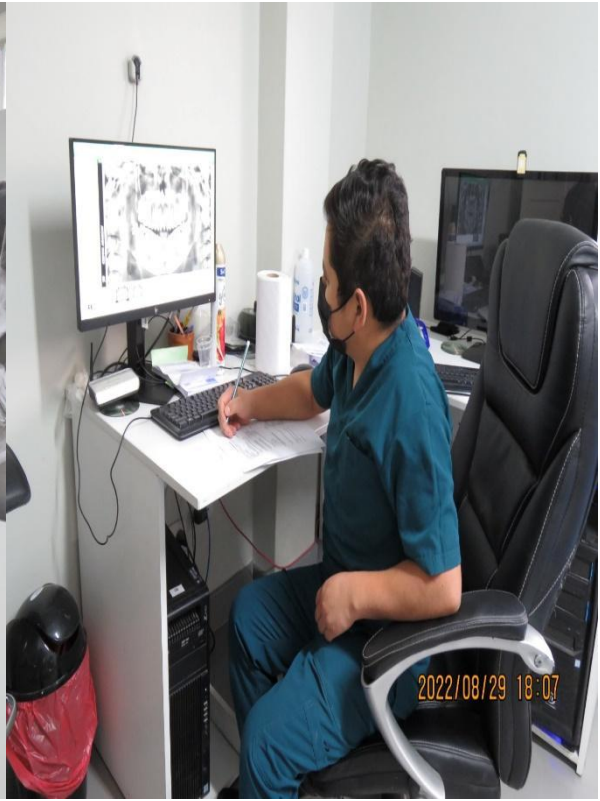


Nombre: Mag. Kelly Malpartida Valderrama
No. DNI: 41889928









CUADRO DE
N.º de historia : 20220325_115649
Nombre :
A Sexo : Masculino Fecha de nacimiento : 18/02/1998 Edad : 24Y



27/09/2022

Av. Elias 110 Abancay . Cel Rpc 992694777

