

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ODONTOLOGÍA**



TESIS

**“PREVALENCIA DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS EN
PACIENTES DE 15 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO RADIOLOGICO CERO HUÁNUCO 2017”**

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

TESISTA

Bach. SUÁREZ GARGATE, Jhuliana

ASESORA

Mg. CD. Luz, ANGULO QUISPE

HUÁNUCO –PERÚ

2018

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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 12:00 P.M. del día 21 del mes de Noviembre del año dos mil dieciocho se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

Mg. C.D. Aníbal Eleuterio Espinoza Grijalva	Presidente
Mg. C.D. Sergio Abraham Fernández Briceño	Secretario
Dra. C.D. María Luz Preciado Lara	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N° 1878-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: **“PREVALENCIA DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS EN PACIENTES DE 15 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO RADIOLÓGICO CERO HUÁNUCO 2017”**, presentado por la Bachiller en Odontología, la Srta. **Suárez Gargate, Jhuliana**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola *Aprobado* por *Unanimidad* con el calificativo cuantitativo de *17* y cualitativo de *Muy bueno*

Siendo las 1:05 P.M. del día 21 del mes de Noviembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


.....
Mg. C.D. Aníbal Eleuterio Espinoza Grijalva
PRESIDENTE


.....
Mg. C.D. Sergio Abraham Fernández Briceño
SECRETARIO


.....
Dra. C.D. María Luz Preciado Lara
VOCAL



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



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: **Srta. Suárez Gargate, Jhuliana**; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **“PREVALENCIA DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS EN PACIENTES DE 15 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO RADIOLÓGICO CERO HUÁNUCO 2017”**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 21 de Noviembre del 2018 a horas 12:00 P.M. en el en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 22 de Noviembre del 2018.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

C. B. Mardenio Apac Palomino
Mg. C. B. Mardenio Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

DEDICATORIA

Dedico mi tesis de manera especial a mi padre que ahora es mi ángel;
desde cielo sigue siendo mi ejemplo para seguir adelante.

A mi mama por ser mi orgullo y por brindarme su apoyo en los buenos
y malos momentos.

A mis hermanos por su cariño y su apoyo en esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por bendecirme con una familia unida y por guiarme todo los días de mi vida.

A todos los Doctores que formaron parte de mi enseñanza académica odontológica.

Mi gratitud también a mi Asesora y jurados por guiarme durante el desarrollo de mi tesis.

También agradecer a mi amiga Cynthia y la Cd. Saldi por su apoyo para poder llevar a cabo este trabajo.

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Indice.....	iv
Indice de Cuadros.....	vi
Resumen.....	xii
Summary.....	ix
Introducción.....	x

CAPITULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Objetivo General y Específicos.....	15
1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis.....	16
1.5 Justificación.....	16
1.6 Viabilidad.....	17
1.7 Limitaciones.....	18

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes (Autor, título y conclusiones).....	19
2.2 Bases teóricas.....	33
2.3 Definición de términos.....	49
2.4 Sistema de Variables.....	49
2.5 Operacionalización de variables.....	51

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación.....	52
3.2 Diseño y esquema de investigación.....	52
3.3 Población y muestra	53
3.4 Instrumentos de recolección de datos.....	54
3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	54
3.6 Plan de tabulación y análisis.....	55
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	56
CAPITULO V: DISCUSION.....	71
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	81

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1	FRECUENCIA DE RETENCIÓN DENTARIA.....	56
CUADRO 2	DISTRIBUCIÓN DE RADIOGRAFÍAS SEGÚN SEXO.....	58
CUADRO 3	DISTRIBUCIÓN DE RADIOGRAFÍAS SEGÚN EDAD.....	59
CUADRO 4	DISTRIBUCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS.....	61
CUADRO 5	CUADRANTE DE RETENCIÓN DENTARIA.....	63
CUADRO 6	PIEZA DENTARIA RETENIDA SEGÚN EDAD.....	65
CUADRO 7	PIEZA DENTARIA RETENIDA SEGÚN SEXO.....	68

RESUMEN

El presente estudio de investigación, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017; para ello se empleó el método observacional, nivel descriptivo de tipo básico, retrospectivo y transversal.

La muestra estuvo conformada por las radiografías panorámicas digitales del archivo de Enero a Diciembre del 2017, donde se consideró los criterios de inclusión y exclusión.

Los resultados fueron de un total de 800 casos, 207 presentaron imágenes compatibles con retención dentaria, de las cuales el 151(72,9%) corresponde a los de sexo femenino y el restante 27,1% es decir 56 pacientes son de sexo masculino.

Según la frecuencia de las piezas dentarias retenidas se presenta el tercer molar superior (41,1%); canino superior (23,67%), luego tercer molar inferior (16,9%), segundo premolar inferior (4,83%), el segundo premolar superior (4,35%), el canino inferior y el incisivo central superior presentaron similar frecuencia (2,42%), primer premolar superior (1,93%), el incisivo central inferior y el primer premolar inferior también presentan similar frecuencia (0,97%) y finalmente se observó al primer molar superior en un 0,48%.

Se concluye que existe retención dentaria en un total de 25,9 %, prevaleciendo en pacientes menores de 30 años y en el sexo femenino.

También las terceras molares superiores y el cuadrante II con el 35,3% fue lo que más prevaleció en este estudio.

Palabras claves: retención dentaria, radiografías panorámicas

SUMMARY

The purpose of this study was to determine the prevalence of retained teeth in patients aged 15 to 60 years attended at the Cero Huánuco Radiological Center 2017; for this the observational method was used, descriptive level of basic, retrospective and transversal type.

The sample consisted of panoramic digital radiographs of the archive from January to December 2017, where the inclusion and exclusion criteria were considered.

The results were of a total of 800 cases, 207 presented compatible images with dental retention, of which 151 (72.9%) corresponds to the female and the remaining 27.1% ie 56 patients are male.

According to the frequency of retained teeth, the third molar is superior (41.1%), upper canine (23.67%), then third lower molar (16.9%), second lower premolar (4.83%). , the second upper premolar (4.35%), the lower canine and the upper central incisor presented similar frequency (2.42%), first upper premolar (1.93%), the lower central incisor and the first lower premolar also they presented similar frequency (0.97%) and finally the first upper molar was observed at 0.48%.

It is concluded that there is dental retention in a total of 25.9%, prevailing in patients under 30 years of age and in females. Also the upper third molars and quadrant II with 35.3% was the most prevalent in this study.

Keywords: dental retention, panoramic radiographs

INTRODUCCION

Un diente retenido es aquella pieza dentaria parcial o totalmente desarrollada que queda alojada en el interior de los maxilares después de haber pasado la época promedio normal de erupción.

Según Aboy la retención dentaria se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos jóvenes, estando muy relacionado sobre todo al erupcionar las terceras molares y los caninos, que ocupan el 1 y 2 lugar en frecuencia; siendo los más afectados las piezas dentarias permanentes.

Que de acuerdo con Moss después de los terceros molares, el canino superior se encuentra retenido con mayor frecuencia en el aspecto palatino y siendo la retención unilateral mucho más común que la bilateral.

Las etiológicas de las piezas dentarias retenidas incluyen la pérdida prematura o persistencia de los dientes deciduos, la presencia de dientes supernumerarios, traumatismos, espacios insuficientes, longitud excesiva de corona, quistes, alteraciones funcionales y hereditarias.

Mahesh confirma que las radiografías panorámicas nos proporcionan la información esencial relativa de los maxilares, se usa para el diagnóstico de patologías o alteraciones en la erupción como la retención dentaria.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las alteraciones de erupción como las piezas retenidas son muy común en las clínicas odontológicas.¹

Mientras los términos retención, inclusión e impactación se usan erróneamente ya que no son sinónimos, si bien los tres se refieren a alteraciones eruptivas.

Se denomina impactación a la detención de la erupción de un diente producida por una barrera física en el trayecto de erupción o por una posición anormal de la pieza dentaria.

Cuando no es posible identificar una barrera física, una posición o un desarrollo anormal como explicación para la interrupción de la erupción del germen hablamos de **retención primaria**.

La detención de la erupción de un diente después de su aparición en la cavidad bucal se llama **retención secundaria**.²

Y se denomina inclusión dentaria, cuando el diente se encuentra completamente cubierta por el hueso y con el saco folicular integro una vez pasado su fecha de erupción.³

Por ello se denomina diente retenido a aquella pieza que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares. Actualmente se le denomina síndrome de retención dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones de la ausencia del diente en la cavidad bucal.⁴

Las causas locales de las piezas dentarias retenidas son por la densidad del hueso que cubre el diente, alteración de fuerzas eruptivas o insuficiencia de la misma, la malposición de los gérmenes dentarios de manera que estos quedan retenidos en el hueso en posiciones diversas, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, discrepancia entre el tamaño de las piezas dentarias y la longitud de la arcada dentaria; además de interferencia de otras piezas dentarias, las cuales presentaran posición irregular, pérdida prematura de las piezas dentarias temporarias o persistencia de las mismas en la arcada dentaria, posición ectópica de la raíz dentaria, apiñamiento dentario, quistes, tumores e inflamación crónica continuada que puede provocar el aumento de la densidad de la mucosa (fibrosis gingival).⁵

Mientras que las causas generales que producen las piezas dentarias retenidas son por irradiación, cualquier enfermedad sistémica de origen endocrino o relacionado con el metabolismo del calcio y que interviene en los mecanismos de erupción dentaria influyendo negativamente, retrasándola o impidiéndola totalmente su salida.⁶

Otros factores porque se dan esta alteración son por traumas dentarios producidos en la dentición temporaria, que por la estrecha relación existente entre los ápices de los dientes temporarios y los dientes permanentes en formación pueden ser transmitidos con facilidad a la dentición permanente, pudiendo provocar lesiones en los dientes en desarrollo o cambio de dirección en los folículos de las piezas dentarias.⁷

La incidencia de retención varía en la literatura entre un 9.5 a 39 %.⁸

La frecuencia relativa de la retención dentaria varía de unos dientes a otros, siendo los terceros molares inferiores los dientes retenidos con mayor frecuencia 35%; seguidos de los caninos superiores 34%; a diferencia de los premolares superiores que muestran una frecuencia de 3% y 0,1% los segundos molares superiores.⁹

La prevalencia del segundo molar retenido es poco frecuente y cuando aparece es más común observarlo en la mandíbula, siendo en su mayoría unilaterales y posicionados con una angulación mesial.¹⁰

La presencia de otras retenciones como pueden ser los caninos inferiores, los dientes supernumerarios, premolares y segundos

molares pueden generar controversia entre los diferentes autores y series revisadas.

Encontrando que autores como Morris y Berten-Cieszynski observaron frecuencias muy altas respecto a las retenciones de caninos superiores, en cambio otros autores como Donado y cols observaron una frecuencia bastante menor.¹¹

Por su posición, las retenciones dentarias, independientemente de su clase (I, II o III), pueden clasificarse en: vertical, invertida, mesio-o disto-angular, mesio- o disto-horizontal, vestíbulo-lingual o vestíbulo-palatino.¹²

El diagnóstico de la retención dentaria viene dado por las características clínicas y el estudio radiográfico.¹³

Clínicamente se comprueba la ausencia del diente en la arcada correspondiente, la persistencia de la pieza decidua sobrepasada ampliamente la edad teórica de exfoliación o pérdida prematura del mismo. Y una serie de posibles manifestaciones o accidentes entre los cuales se destacan sobre todo los mecánicos con desplazamiento de la corona del diente vecino o la rotación de su eje.¹⁴

Mientras que con la evaluación radiográfica panorámica ha demostrado ser de gran utilidad en la identificación de las piezas dentarias retenidos, además permite evaluar la relación del diente en cuestión con las estructuras anatómicas adyacentes, dientes vecinos o lesiones asociados, así como su morfología. .

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

PROBLEMA GENERAL.

¿Cuál es la prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017?

PROBLEMAS ESPECIFICOS.

- ❖ ¿Cuál es la frecuencia de retención dentaria según el sexo y la edad en los pacientes atendidos en el centro radiológico cero?
- ❖ ¿Cuáles son las piezas dentarias que se encuentran retenidos con mayor frecuencia?
- ❖ ¿Cuál es la prevalencia de retención dentaria según el cuadrante más frecuente?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Registrar la frecuencia de retención dentaria según el sexo y la edad en los pacientes atendidos en el centro radiológico cero
- Identificar las piezas dentarias retenidas con mayor frecuencia.

- Conocer la prevalencia de retención dentaria según el cuadrante más frecuente.

2.3 HIPOTESIS

Ha

La prevalencia de piezas dentarias retenidas es alta en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017

Ho

La prevalencia de piezas dentarias retenidas no es alta en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACION TEÓRICO

El presente trabajo de investigación nos permitirá ampliar mayor conocimiento sobre esta alteración de erupción dentaria en relación a los estudios ya existente.

JUSTIFICACION PRÁCTICA

Los resultados del presente estudio nos permitirán dar un aporte más lo que actualmente se presenta en la población, para incrementar futuros trabajos sobre la retención dentaria.

JUSTIFICACION SOCIAL

Se considera que el presente investigación es importante ya que desde algunos años se ha ido dando retención dentaria (como las terceras molares y caninos superiores); actualmente siguen presentándose inclusive con sintomatología.

1.6 VIABILIDAD O FACTIBILIDAD.

TECNICO

Contamos con todos los conocimientos y las habilidades necesarias de los recursos humanos, para llevar acabo nuestra investigación.

OPERATIVO

Se cuenta con todo los materiales que involucra el trabajo de investigación, para la realización del proyecto.

ECONOMICO

Se cuenta con los suficientes recursos económicos para llevarlo a cabo este proyecto, porque será financiado en su totalidad por el investigador.

Por lo tanto el estudio es viable ya que dispone de recursos humanos, económicos y materiales para la realización de la investigación.

1.7 LIMITACIONES.

La limitación a consideración es el costo real de las radiografías digitales, pero se buscara estrategia para superar esta limitación, pues emplearemos radiografías panorámicas digitales de los archivos con que cuenta este centro radiológico.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Quevedo J y Cols en el año 2017(Cuba), realizaron un estudio sobre “Causas locales de caninos permanentes retenidos en pacientes de la Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez de Calixto García”.

Con el objetivo de determinar las principales causas locales de caninos permanentes retenidos en pacientes ingresados en el Servicio de Ortodoncia de la Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez del municipio de Calixto García. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en el período comprendido de enero de 2012 a enero de 2013; el universo investigativo estuvo representado por los pacientes ingresados en el Servicio de Ortodoncia. La muestra quedó conformada por 108 pacientes comprendidos entre los 10 y 19 años de edad, que acudieron a consulta, a los cuales se les realizó el diagnóstico de diente retenido.

Obteniendo Al analizar la distribución de pacientes con caninos permanentes retenidos, según el sexo observó que del total de

pacientes (108) el sexo femenino fue el más afectado con el 58,3%.

Los caninos retenidos en la posición Intraósea del maxilar fueron observados en 38 pacientes (35,2%) 18 del sexo masculino y 20 del femenino, lo que representa el 16,7% y el 18,5%, respectivamente. Con esta situación de caninos retenidos, en mandíbula se observaron seis pacientes (5,6%) de ellos dos (1,9%) del sexo masculino y cuatro (3,7%) del femenino.

En la posición subgingival, en el maxilar se observaron 61 pacientes (56,5%), 24 del sexo masculino (22,2%) y 37 del femenino (34,3%) La causa local mayoritaria fue la discrepancia hueso diente negativa observada en 45 pacientes (41,7%), pues generalmente, por la falta de espacio en la arcada, el incisivo lateral no puede desplazarse y queda retenido a su nivel. En orden descendiente le continúan el mantenimiento prolongado de los caninos temporarios en 23 pacientes (21,3%) y la pérdida prematura de dientes temporarios en 17 pacientes (15,7%) que provocó el rompimiento del equilibrio dentario.

Concluyendo que la retención canina predominó en el sexo femenino en proporción de 1,4/1, respecto al sexo masculino. La afección, fue observada mayoritariamente en la posición subgingival y particularmente en el maxilar superior. La discrepancia hueso diente negativa, el mantenimiento.

Prolongado de los caninos temporarios y la pérdida prematura de dientes temporarios fueron las principales causas locales de la retención canina.¹⁶

Salazar C en el año 2016(Ecuador), realizó un estudio sobre “Prevalencia de caninos superiores retenidos en pacientes mayores de 14 años atendidos en el club de Leones Quito central en el periodo enero-diciembre 2015”. Cuyo propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de caninos superiores retenidos en pacientes atendidos en el área de cirugía del club de Leones Quito Central durante el periodo Enero- Diciembre 2015. Se realizó una investigación descriptiva observacional y retrospectiva, se analizó una muestra de 44 radiografías panorámicas, que incluía los variables edad, género, situación, posición y desarrollo de la raíz. Como resultado de este estudio arrojaron que dentro de la muestra, el 46% corresponden a la edad entre 14 a 17 y 18 a 24 años, mientras que el 8% a la edad de 25 a 30 años. En cuanto al género hay un predominio el género femenino.

Los pacientes con retención Unilateral se establece que hay un total de 18 pacientes con retención de la pieza 1.3, mientras que en la pieza 2.3 existen 19 pacientes.

Por otra parte se determinó un total de 7 pacientes que presentaron retención bilateral: para un total de 51 caninos retenidos estudiados.

En el marco de la clasificación de la pieza 1.3 hay predominio de la situación II y III, posición disto horizontal, estado de la raíz incompleta y población masculina. En tanto la pieza 2.3, hay predominio de situación II, posición vertical, mesioangular, raíz incompleta y predominio en población masculino. Llegando a la conclusión que el 46% hay más prevalencias de caninos retenidos en la escala de edad de 14 a 24 años y predominio en género femenino, también mayor prevalencia retención de canino unilateral.¹⁷

Muino E y Cols en el año 2016(Argentina), realizaron un estudio de “Caninos superiores retenidos por palatino radiografía panorámica para evaluar y ubicarlos en el arco dentario”. Con el objetivo de determinar la prevalencia de caninos superiores retenidos en pacientes atendidos en el área de cirugía de este club. Se realizó un estudio sobre caninos retenidos por palatino, utilizando radiografías panorámicas para evaluar, y trazos sobre ellos. Donde se

Obtuvieron que el 85% de los caninos superiores retenidos se encuentra hacia palatinas, el 15% hacia vestibulares.

Falta de espacio y de desarrollo vertical están asociados con impactaciones vestibulares; las cúspides impactadas vestibularmente, si erupcionan, lo hacen verticalmente y en una posición más alta en el alveolo.

La densidad ósea palatina, la presencia de una mucosa más gruesa, así como una posición más horizontal, hace que las cúspides caninas desplazadas hacia palatino raramente erupcionan sin la necesidad de un tratamiento ortodóncico complejo.

Las retenciones palatinas de caninos superiores ocurren dos veces más en pacientes del sexo femenino que masculino, tiene una alta incidencia familiar y son 5 veces más comunes en pacientes de raza blanca que en aquellos de ascendencia asiática

Llegando a las conclusión de que Es de utilidad el uso del trazado lineal de la figura geométrica romboidal sobre una RX panorámica, como ayuda en la toma de decisiones para la ubicación de caninos retenidos por palatino después de valorar clínicamente su factibilidad.¹⁸

Troya E y Cols en el año 2016(Cuba), realizaron un estudio sobre “Tratamiento quirúrgico de caninos retenidos en el municipio colón. Años 2013–2014”. Con el propósito de describir el comportamiento de los caninos retenidos en el municipio Colón, provincia Matanzas.

Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva, transversal. La muestra estuvo constituido por todos los pacientes (40 casos) que recibieron atención en la consulta multidisciplinaria (Ortodoncia – Máxilo Facial) de la Clínica

Estomatológica, en el período comprendido entre enero de 2013 a diciembre de 2014 y que tenían el diagnóstico de canino retenido.

Los datos fueron tomados a partir del interrogatorio y del examen físico bucal, a cada paciente, lo cual fue realizado por el ortodoncista y el especialista en máxilo facial, apoyados con un estudio radiológico

(vista panorámica), que incluye verificar la presencia del diente impactado, evaluar la morfología y estructura del diente impactado, asegurarse que no hay obstáculos para la desinclusión ortodóncico y localizar exactamente el grado de inclusión y la localización exacta de los dientes retenidos.

Donde se demuestra que La edad con más predominó fue los 14 años, con 11 adolescentes, para un 27.5 %; seguido de los 15 y 16 años, con 9 casos en cada uno, para 22.5 %. El sexo estuvo compartido en 20 casos para cada uno, representando un 50 % para el masculino y un 50 % para el femenino.

La raza que más predominó fue la blanca con 36 casos, para un 90 % del total con caninos retenidos.

También se observan la relación entre el tipo de canino y la localización del mismo, donde el diente más afectado fue el superior derecho, en 17 casos, para un 42.5 %; seguido del superior izquierdo en 13 adolescentes,

(32.5 %). La localización (tabla 3) más representada fue la palatina en 24 pacientes, para un 60.0 %; seguida de la vestibular con 10 casos, para un 25.0 %. Al observar las arcadas dentarias la superior estuvo afectada por 30 caninos retenidos, para un 75.0 % y la arcada inferior o mandibular se afectó con 10 dientes retenidos, para un 25 %.

Las patologías asociadas a los caninos retenidos más frecuentes fueron los quistes dentígero que se presentó en 2 casos, para un 5.0 %; el odontoma

visto en un caso, para un 2.5 %; las infecciones en 2 pacientes, (2.5 %); la rizólisis de dientes vecinos que se observó en 2 adolescentes, para un 5.0 %.

Se concluyen que el manejo ortodóncico de caninos superiores retenidos puede ser muy complejo y requiere de un cuidadoso y bien planeado abordaje interdisciplinario.¹⁹

Castañeda D y Cols en el año 2015(Colombia), realizaron un estudio “Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá”. Con el objetivo de determinar la prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados mediante el análisis de radiografías panorámicas en pacientes de centros radiográficos de Bogotá, Colombia.

Se analizó una muestra 3000 radiográficas panorámicas digitales, seleccionadas por conveniencia, de pacientes de 18 años de edad en adelante.

Como resultado de ellos, hay un total de 1042(34.7%) pacientes al menos con un molar, canino o supernumerario retenido, incluido o impactado, de las cuales 441(42,3%) fueron hombres y 601(57,7%) mujeres.

En un mismo paciente se encontró la existencia de varios diagnósticos, un grupo de 166(5,53%) presenta dientes incluídas, 291(9,70%) dientes retenidos y 747(24,9%) dientes impactados. Y presencia de terceras molares incluídas fueron el 11%, dientes retenidas 23%, se observaron con mayor frecuencia las piezas retenidas en el maxilar superior que la mandíbula. Llegaron a la conclusión de que la prevalencia de piezas retenidas, incluídas e impactadas fueron 34.7%.²⁰

Pereyra I y Cols en el año 2014(Argentina), realizaron un estudio sobre “Piezas dentarias retenidas: nuestra experiencia. El objetivo de este estudio se determinó la frecuencia de las piezas dentarias retenidas en la población que concurre al Servicio de Odontología del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, Argentina.

Se analizaron 107 casos en un periodo de 12 meses, desde Marzo de 2012 a Marzo de 2013. Como resultado vemos que el promedio de edad predominante fue entre los 15 y 20 años

(35%); las cirugías en retenidos se presentaron mayormente en el sexo femenino con el 61% que en el masculino con 39%; en las posiciones, los mesioangulados son los más frecuentes, con un total de 49 casos (46%), le siguen los molares en posición horizontal con 13 casos (12%). Los distoangulados 12 casos (11%) y los verticales con 6 casos (5%). Tuvimos 4 casos de translaveolares (4%), supernumerarios y los ubicados en posición palatina 2%. Las piezas incluidas con mayor frecuencia fueron los terceros molares inferiores arrojando 47 caso para la pieza 48 (44%) y 38 casos para la pieza 38 (35%), seguidos de las molares superiores representando 8 casos para la pieza 18 (7%) y 6 casos para la pieza 28 (6%), 2 casos de supernumerarios (2%). Por último, solo un caso para las piezas 23, 33 y 21 dándonos un porcentaje de 1% cada uno.

Llegando a la conclusión que este estudio retrospectivo en relación con otras publicaciones de similares características, observamos que se encuentra en un nivel satisfactorio con respecto al panorama de trabajo internacional, dado a que se realizaron 107 tratamientos quirúrgicos en 1 año.²¹

Bareiro F y Cols en el año 2014 (Itauguá), realizaron un estudio “Posición más frecuente de retención de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá hasta el año 2012”.

Con el objetivo determinar radiográficamente la Posición más frecuente de los terceros molares mandibulares retenidas y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes que acudieron a consulta odontológica en el Hospital Nacional de Itauguá hasta el año 2012. Se realizó un estudio observacional descriptivo con componente analítico temporalmente retrospectivo. La Población de estudio fue la de los pacientes de sexo femenino y masculino a partir de 18 años de edad con uno o más terceros molares retenidos que acudieron al Hospital Nacional de Itauguá en el Departamento de Odontología. Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial hasta el año 2012.

Fueron incluidos los pacientes de sexo masculino y femenino a partir de 18 años de edad que presentaban uno o más terceros molares mandibulares retenidos. Fueron excluidos los Pacientes con Historias Clínicas con datos incompletos, que no presentaron Radiografía panorámica y/o cuyas Radiografías no cumplían con los criterios de calidad radiográfica. Patología sistémica (disfunción endócrina, malnutrición, oxicefalea, progeria y acondroplasia) que influyo sobre la posición de los terceros molares retenidos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia respetándose los principios de bioética.

En el resultado se ha observado que en cuanto al sexo predominó en la muestra el sexo femenino en un 55,1%. La posición más frecuente encontrada para los terceros molares

inferiores izquierdos retenidos según la clasificación de Winter fue la mesioangular (58,0%)

En cuanto a la relación con el conducto dentario inferior, el 32,6% de los terceros molares inferiores retenidos presentan una relación Asimétrica²²

ANTECEDENTES NACIONALES.

Cachay C, en el año 2017(Lima), realizo un estudio “Prevalencia de piezas dentarias impactadas y retenidas en pacientes adultos del servicio de radiología bucal. HMC. LIMA. 2016”. Con el propósito de determinar la prevalencia de piezas dentarias impactadas y retenidas en pacientes adultos del Servicio de Radiología Bucal del Hospital Militar Central. Lima. 2016.

Para ello empleamos el método descriptivo, prospectivo, transversal, analizándose las historias clínicas radiográficas del archivo del Hospital Militar Central.

Obtuvo en total de datos observados (100%), el mayor grupo estuvo conformado por pacientes con edades entre 20 a 40 años (84,9%), seguido en frecuencia por 36 pacientes entre los 41 a 60 años (13,7%) y solo una persona cuya edad oscila entre los 61 a 74 años (1,4%).

Según las radiografías realizadas se presentó mayor frecuencia en el sexo femenino (72,6%); siendo el restante perteneciente a pacientes de sexo masculino (27,4%).

La impactación dentaria se presenta con una frecuencia del mayor que las retenciones, tercer molar inferior izquierdo es el diente con mayor frecuencia de impactación y retención dentaria, el canino se presenta con más frecuencia en retención dentaria que en impactación dentaria, las impactaciones y las retenciones dentarias se presentaron más en varones y en edades de 20 a 40 años de edad.

Se concluye, que existe mayor frecuencia de impactación dentaria que de retención dentaria.²³

Larico B, en el año 2015(Puno), realizo un estudio sobre “Hallazgos radiográficos de las anomalías dentarias de número y erupción en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad nacional del altiplano en el año 2014”.El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar los hallazgos radiográficos de Anomalías Dentarias de número y erupción en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano en el año 2014, Puno 2015.

Fue un estudio de tipo no experimental de diseño descriptivo–transversal, retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 100 radiografías panorámicas digitales de los pacientes atendidos en la Clínica odontológica, aquellos que fueron tomadas durante el año 2014; como anomalías de número de consideraron: agenesias y supernumerarios, y como anomalías

de erupción se consideraron: dientes retenidos, impactados e incluidos. Para el análisis de los datos se presentó los resultados en tablas de frecuencia y distribución con sus respectivas gráficas. Obteniendo que Los dientes impactados constituyeron la anomalía dental con mayor frecuencia (44.5%) en los pacientes, seguido de retenidos (42.3%), incluidos (13%).

Los resultados mostraron 14 casos de agenesias y 4 casos de dientes supernumerarios. El diente supernumerario más frecuente fue el mesiodens, en posición caudal.

Se llega a la conclusión que las anomalías más frecuentes fueron los dientes impactados y retenidos, en la muestra las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar anomalías de número y erupción. El grupo etario de 21 – 30 años fue el que presento mayor frecuencia de anomalías dentarias.²⁴

Vega D, en el año 2015(Chiclayo), realizo un estudio “Prevalencia de anomalías dentales en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en un centro de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Chiclayo, 2012 – 2013”. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de anomalías dentales en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en un centro de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Chiclayo.

El diseño del estudio fue descriptivo y retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 423 radiografías panorámicas del centro

de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Chiclayo; se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada para los objetivos del estudio.

Los resultados sobre las anomalías de erupción; se muestra que el 41.3% de los dientes impactados corresponden al maxilar inferior, sin embargo los dientes retenidos muestran un 5.4% de prevalencia en el maxilar superior.

Se **Concluyó** que la prevalencia de anomalías dentales en radiografías panorámicas en la ciudad de Chiclayo fue de 65.7% del grupo que corresponde a jóvenes de 19 a 25 años el resultado es 18%, De esta manera se concluye que las anomalías dentales son más frecuentes en adolescentes y en relación según sexo fue más frecuente en mujeres con un 55.6% que en hombres. También se concluye que los dientes retenidos predominan más en el sexo femenino y los dientes impactos en el sexo masculino.²⁵

Trejejo A, en el año 2014(Lima), realizó un estudio. “Prevalencia de anomalías dentarias evaluadas en radiografías panorámicas en Perú”. Con el propósito de determinar la prevalencia de anomalías dentarias (AD), evaluadas en radiografías panorámicas en pacientes atendidos en el Servicio de Radiología, de la Sede de Posgrado en Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Se realizó un diseño descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se examinaron todas las radiografías panorámicas tomadas de enero a diciembre del 2011. Obteniendo que de 1710 radiografías panorámicas, solo 418 (24.44%) presentaban AD y 756 unidades dentarias con alguna AD; La impactación dental, fue la alteración más prevalente presente en 301 (39.81%) unidades dentarias y la retención, que se observó en 246 (32.41%) unidades, y también fue la AD más observada entre los adultos mayores, con una frecuencia de 22 retenciones, de las cuales 04 eran supernumerarios y 02 ectópicas, siendo las unidades dentarias 4.8 y 3.8, las más registradas respectivamente.

Llegando a la conclusión, que las impactaciones dentarias fueron las más prevalentes en el estudio, no se encontró asociación de ninguna AD con respecto al género.²⁶

ANTECEDENTES LOCALES.

No existen antecedentes locales o regionales.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Erupción Dentaria

Es un proceso fisiológico en el que concurren diferentes aspectos: la odontogénesis y simultáneamente a esta, se desplazan los gérmenes en las arcadas, emergiendo en la cavidad bucal y estableciéndose su funcionalidad.²⁷

La erupción incluye todo proceso embriológico desde la formación de los gérmenes dentarios, hasta la calcificación, formación de la corona y raíz.

Las dos capas germinativas que participan en la formación de los dientes son: el epitelio ectodérmico que origina el esmalte y el ectomesénquima que forma el complejo dentinopulpar, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Los dientes se desarrollan a partir de los brotes epiteliales, que normalmente empiezan a formarse en la porción anterior de los maxilares y luego avanzan en dirección posterior. Cada diente se desarrolla a través de los estadios de yema, caperuza y campana.²⁸

2.2.1.1 FASES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA

Diferentes autores distinguen tres fases en la erupción:

LA FASE PRE ERUPTIVA: corresponde a la etapa en que se completa la calcificación de la corona. Por tanto, esta fase termina con el inicio de la formación de la raíz.²⁸

LA FASE ERUPTIVA PRE FUNCIONAL, o erupción activa, es la etapa en la que el diente ya está presente en la boca sin establecer contacto con el antagonista. Cuando el diente perfora la encía, su raíz presenta aproximadamente entre la mitad y los dos tercios de su longitud final. .²⁹

LA FASE DE ERUPCIÓN FUNCIONAL: comienza en el momento en que contacta con el antagonista y comienza a realizar la función masticatoria.³⁰

2.2.1.2 LA CRONOLOGÍA NORMAL DE LA ERUPCIÓN DENTARIA

La cronología de la erupción dentaria en la población mundial, se ha propuesto según referimos: el brote del primer molar permanente y el incisivo central inferior de los 5 años y medio a los 7 años, el incisivo central superior y el incisivo lateral inferior de los 6 a los 7 años y medio, el incisivo lateral superior de los 7 años y medio a los 9 años, las primeras bicúspides superiores e inferiores y el canino inferior de los 9 a los 11 años, el canino superior y las dos bicúspides superiores e inferiores de los 10 a los 13 años, los segundos molares de los 11 a los 14 años y los terceros molares de los 16 a los 22 años. En el sexo femenino tienen una erupción adelantada de medio a un año antes.³¹ **(tabla 1)**

TABLA N° 8: Cronología de erupción de dientes permanentes			
PIEZA	CALCIFICACION		
	COMIENZA	ERUPCIONA	TERMINA
INCISIVO CENTRAL SUPERIOR	12 meses	7 años	10 años
INCISIVO LATERAL SUPERIOR	12 meses	8 años	11 años
INCISIVO CENTRAL INFERIOR	12 meses	7 años	10 años
INCISIVO LATERAL INFERIOR	12 meses	8 años	11 años
CANINO SUPERIOR	26 meses	10-13 años	13-16 años
CANINO INFERIOR	26 meses	10-13 años	13-16 años
PRIMER PREMOLAR SUPERIOR	36 meses	9-10 años	12 años
SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR	4 años	10-11 años	13 años
PRIMER PREMOLAR INFERIOR	36 meses	9-10 años	12 años
SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR	4 años	10-11 años	13 años
PRIMER MOLAR SUPERIOR	25 semanas V.I.	6 años	9 años
SEGUNDO MOLAR SUPERIOR	4 años	12 años	14 años
TERCER MOLAR SUPERIOR	9 años	18-25 años	20-27 años
PRIMER MOLAR INFERIOR	25 semanas V.I.	6 años	9 años
SEGUNDO MOLAR INFERIOR	4 años	12 años	14 años
TERCER MOLAR INFERIOR	9 años	18-25 años	20- 27 años

FUENTE: Figun y Garino. "Anatomía Dentaria"

TABLA 1.

FUENTE FIGUN Y GARINO "ANATOMIA DENTARIA

2.2.1.3 ESTADÍOS DE NOLLA

Ante la sospecha de un retraso en la erupción, los diez períodos descritos por Nolla nos proporcionan un instrumento radiográfico muy útil. De estos, los estadios de especial interés son: el estadio número 6 en el que se completa la formación de la corona y se inicia su migración intra alveolar y el estadio número 8 en el que formados ya 2/3 de raíz se inicia la erupción en boca.

En cuanto a su cierre apical, los dientes permanentes, completan su formación radicular aproximadamente unos tres años y medio después de su erupción.

- 0. Ausencia de Cripta:** Sin calcificación. No hay imagen radiográfica puede observarse, un espesamiento tenue.
- 1. Presencia de Cripta:** Radiográficamente, se observa solo una línea circular radiopaca, encerrando una zona radiolúcida.
- 2. Calcificación inicial:** Radiográficamente, se observa dentro de la cripta; comienza la mineralización de cúspides (separadas en premolares y molares).
- 3. Un tercio de la corona completa:** imagen radiopaca de mayor tamaño, continúa la mineralización de las cúspides. Fusión de las cúspides.

4. **Dos tercios de corona completa:** Imagen radiopaca de mayor tamaño que el estadio 3. Se observa el comienzo de los depósitos de la dentina.
5. **Corona casi completa:** Imagen radiopaca que supera en tamaño a la mitad de la corona; se insinúa la forma coronal.
6. **Corona completa:** Radiográficamente se observa la corona totalmente calcificada, hasta la unión del cemento y el esmalte. Se observa la forma de la corona definitiva.
7. **Un tercio de raíz completado:** Se observa corona totalmente calcificada y el inicio de la prolongación radicular (un tercio radicular).
8. **Dos tercios de raíz completada:** Se observa corona totalmente calcificada y longitud de la raíz es igual o mayor a la altura de la corona. Paredes del conducto divergentes y amplio ápice.
9. **Raíz casi completa, ápice abierto:** Se observa la longitud de la raíz mayor a la altura de la corona. Paredes del canal radicular, paralelas y al ápice, aun parcialmente abierto.
10. **Ápice cerrado:** se observa corona y raíz totalmente calcificadas con el ápice cerrado. ³² **(TABLA 2)**

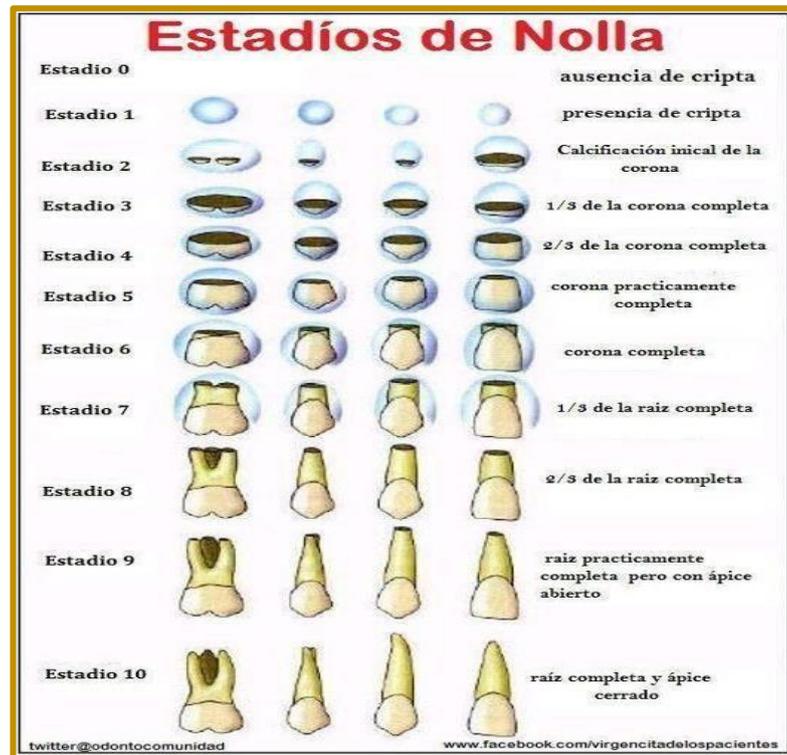


TABLA 2.

FUENTE MEDINA Y CARDONA. 2015

“ESTADIOS DE NOLLA”

2.2.2 RETENCION DENTARIA.

Se define como piezas dentarias retenidas aquel diente que llegada su época normal de erupción pierde fuerza y se queda detenido parcial o totalmente, permaneciendo en el maxilar sin erupcionar ³³ la formación radicular podría estar completamente formado ³⁴

2.2.2.1 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RETENCIÓN DENTARIA.

Son múltiples las causas que determinan una retención dentaria.

Se dividen en embriológicos, locales y generales

a) FACTORES EMBRIOLÓGICOS.

Situación alejada del diente y época tardía su erupción.

A pesar de que el eje de erupción sea correcto, el diente cuyo germen está malposicionado debe recorrer una distancia mayor para alcanzar su posición normal en la arcada por lo que es probable que detenga el empuje eruptivo antes de haber alcanzado su posición.²³

Por ejemplo el canino superior, diente en su fase de germen está situado muy alto, en la profundidad del maxilar y cerca de la órbita, y que se dirige a su lugar correspondiente en la arcada muy tardíamente, cuando los dientes adyacentes ya han erupcionado. Se encuentra, pues, con espacio cerrado por el incisivo lateral hacia delante y el primer premolar por detrás.

Lo mismo ocurre con el tercer molar inferior, que nace en la zona distal de la apófisis alveolar e intenta erupcionar en un espacio conflictivo cuando ya todos los dientes están presente

.³⁵

b) FACTORES GENERALES.

Cualquier enfermedad sistémica de origen endocrino (la más frecuente es el hipotiroidismo) o relacionada con el metabolismo del calcio y que intervenga en los mecanismos de la erupción dentaria que pueden influir negativamente, retrasándola o impidiéndola totalmente. ³⁶

También se ha asociado la presencia de dientes retenidos en la trisomía 21, oxicefalia (cráneo en pirámide), acondroplasia, síndrome de Crouzon y en las fisuras labiopalatinas. Y es de carácter hereditaria. ³⁵

c) FACTORES LOCALES.

Son variables la más importante es

➤ **Densidad del hueso que cubre al diente.**

Cuando existe demasiada condensación ósea existe la posibilidad que el diente pierda la fuerza de erupción y quede sumergido dentro del maxilar, esta alteración es conocida como enostosis. También sucede en los casos que se realiza una extracción prematura de un diente temporal, en este caso, se producirá la cicatrización tanto del hueso como de la encía (fibrosis gingival).³⁷

➤ **Impedimento por dientes vecinos**

Cuando existe una prematura extracción de órganos dentales temporarios los dientes vecinos ocupan el espacio vacío constituyendo así un obstáculo mecánico para la erupción del diente permanente.³² (tabla 3)

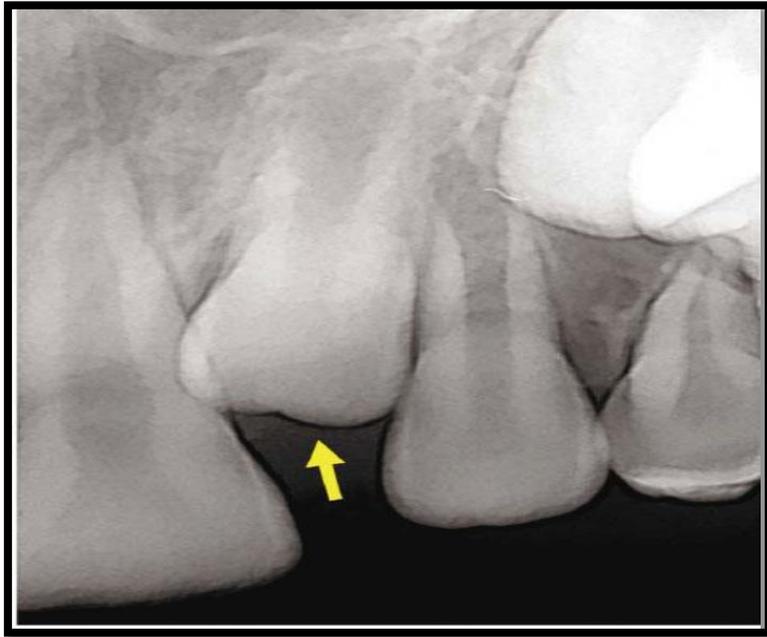


TABLA 3

FUENTE MEDINA Y CARDONA. 2015

“Diente retenido por migración de
dientes vecino”

➤ **La falta de espacio en los maxilares poco desarrollados.**

Está a menudo relacionada con la discrepancia entre las dimensiones de los maxilares (y, por tanto, de los procesos alveolares) y las de la arcada dentaria.

También la situación de macrodoncia, que acentuará la discrepancia dentoalveolar, puede predisponer a la retención dentaria.³⁸

La persistencia prolongada de los dientes temporales.

La retención prolongada de un diente temporal más allá de la época normal de exfoliación, produce una interferencia mecánica que desvía el diente permanente hacia una posición que favorece la malposición o la impactación.³² (tabla 4)



TABLA 4

FUENTE MEDINA Y CARDONA. 2015

“Persistencia de incisivo central inferior
temporario”

➤ **la inflamación crónica no infecciosa**

Se trata de un cambio de calidad del tejido gingival que se convierte en un tejido más denso y fibroso debido a que la encía sufre un

trauma oclusal que favorece su hiperqueratinización y su fibrosis.³² (Tabla 5)



TABLA 5

FUENTE MEDINA Y CARDONA. 2015

“Fibrosis por trauma oclusal”

2.2.2.2 FRECUENCIAS DE LAS RETENCIONES DENTARIAS.

Lo más aprobado es la estadística según Bertencieszynski, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

- Tercer molar inferior 35%.
- Canino superior 34%.

- Tercer molar superior 9%.
- Segundo premolar inferior 5%.
- Canino inferior 4%.
- Incisivo central superior 4%.
- Segundo premolar superior 3%.

- Primer premolar inferior 2%.
- Incisivo lateral superior 1.5%.
- Incisivo lateral inferior 0.8%.
- Primer premolar superior 0,8%.
- Primer molar inferior 0.5%.
- Segundo molar inferior 0.5%.
- Primer molar superior 0,4%
- Incisivo central inferior 0.4%.
- Segundo molar superior 0.1%.³⁹

2.2.2. 3 TIPOS DE RETENCIÓN DENTARIA

- a) **Retención primaria:** Es cuando un diente permanece dentro del hueso.

- b) **Retención Secundaria:** La detención de la erupción de un diente después de su aparición en cavidad bucal sin existir barrera física en el camino eruptivo, ni una posición anormal del diente.

- c) **Retención Ectópica:** Es el diente retenido que se halla en posición anormal pero cerca de su lugar habitual.

d) Retención Heterópica: Es el diente retenido alejado de su posición habitual de erupción.⁴⁰

2.2.2.4 FORMAS DE RETENCION DENTARIA.

A. Retención Intraósea: el diente está totalmente rodeado por tejido óseo.

B. Retención sub-mucosa: el diente está cubierto por mucosa gingival.⁴¹

2.1.4.5 CLASIFICACIÓN PARA DIENTES RETENIDOS

Ries Centeno clasifica los caninos retenidos de acuerdo a tres criterios: número de dientes retenidos, posición de estos dientes en los maxilares y presencia o ausencia de dientes en la arcada.

La retención puede ser simple o bilateral.

La localización puede ser vestibular, palatina o lingual y los caninos retenidos pueden estar en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.⁴¹

a) CANINOS

Clase I: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino.

Retención unilateral.

Clase II: Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral.

Clase III: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.

Clase IV: Maxilar dentado. Dientes ubicados en el lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V: Maxilar dentado. Dientes ubicados en vestibular o palatino (Retenciones mixta o transalveolares).

Clase VI: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado palatino.

Clase VII: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado vestibular.⁴¹

b) TERCEROS MOLARES

Existen varias clasificaciones:

- Vertical.
- Meso angulado.
- Disto angulado.
- Horizontal.
- En vestíbulo versión.
- En linguo-versión Invertido.³⁵

2.2.3 DIAGNOSTICO.

Ante la sospecha de retención dentaria, el diagnóstico pasa por la realización de un examen clínico (presunción diagnóstica) seguido de un examen radiográfico (confirmación diagnóstica).⁴²

EXAMEN CLÍNICO

En la exploración clínica es fundamental evaluar todos los signos y síntomas que nos llevarán a pensar en unas posibles retenciones dentarias de una o varias piezas dentarias.

- **Inspección:** Ausencia o Persistencia del diente temporal, Desplazamiento y mal posiciones dientes adyacentes.
- **Palpación:** Abultamiento mucosa vestibular o palatina.⁴³

EXAMEN RADIOLÓGICO

Son examen complementario que constituye un valioso aporte en el diagnóstico de las anomalías del crecimiento, desarrollo de los dientes y maxilares.⁴⁴

La radiografía panorámica.

es una proyección amplia de los maxilares, dientes, senos maxilares, fosas nasales y ATM, que nos permite evaluar la presencia de piezas retenidas, el grado de impactación, eventuales patologías asociados y estructuras nobles adyacentes.⁴⁵

2.4 DEFINICION DE TERMINOS

Anomalías Dentarias

Se define como la alteración del tamaño, número, forma, estructura y erupción que sufre algunas piezas dentarias con respecto al resto de piezas.⁴⁶

Trastorno eruptivo: Son las alteraciones en la cronología de la erupción dentaria, que con más frecuencia afectan a la dentición permanente.^{47}} **Erupción Dentaria:** es un proceso fisiológico en el que diente rompe la mucosa bucal y hace su aparición en la boca, que está íntimamente relacionado al crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales.⁴⁸

Diente Retenido. Es cuando la pieza dentaria llegada su época normal de erupción permanece total o parcialmente dentro del maxilar o en la mandíbula sin alcanzar su posición en la arcada dentaria.^{49}}

Radiografía panorámica: También llamada ortopantomografía, es una técnica radiológica destinada a obtener una única imagen de las estructuras faciales que incluya las arcadas maxilar y mandibular y sus estructuras de sostén.⁵⁰

2.5 VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO O DE INTERÉS.

Retención dentaria

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN.

Edad.

Sexo.

2.6. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptuales	Dimensión	Indicadores	Tipo de variables Escala
Variable de estudio				
RETENCION DENTARIA	Es aquella pieza que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares	TIPO DE PIEZAS DENTARIAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Terceras molares. ➤ Caninos. ➤ Premolares. ➤ Incisivos ➤ Molares. 	Cualitativo Nominal Politómica
		LOCALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maxilar Superior. ➤ Maxilar Inferior 	Cualitativo Nominal dicotómica
		CUADRANTES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 ➤ 2 ➤ 3 ➤ 4 	Cualitativo Nominal Politómica
Variable de Caracterización				
SEXO	Características biológicas que diferencian hombres y mujeres	SEXO	Masculino Femenino	Cualitativo Nominal dicotómica
EDAD	Años de vida, sin contar la vida intrauterina	Años	De 15 a 60 años	Cualitativo ordinal

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la finalidad del investigador: **Básica.**

Según la intervención del investigador: **Descriptiva.**

Según el número de mediciones de la variable de estudio:

Transversal

Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:

Retrospectivo.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

➤ Descriptivo.

METODO DE INVESTIGACIÓN.

➤ Inductivo-Deductivo.

3.2 DISEÑO DE INVESTICACION.

Investigación descriptiva

M ----- 0

Donde:

M: representa una muestra con quien vamos a trabajar.

O: representa la información relevante que recogemos de la muestra

3.3 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION:

La población estuvo conformada por los pacientes de 15 a 60 años que acudieron al centro radiología CERO Huánuco 2017.

MUESTRA:

Se empleó el tipo de muestra no probabilístico.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DOCUMENTAL

- ❖ Ficha de observación de las piezas dentarias, se registró si presenta o no retención dental.

INSTRUMENTO MECÁNICO

- ❖ Radiografías panorámicas digitales.

3.5 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS, TECNICAS DE RECOJO VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.

TECNICA

Observación.

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

INSTRUMENTO.

Ficha de observación:

Este Instrumento que usamos nos permitió recoger todos los datos obtenidos de las radiografías panorámicas, con relación a los pacientes con presencia o no de piezas dentarias retenidas.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Radiografías panorámicas digitales de pacientes de 15 a 60 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Radiografías panorámicas digitales de pacientes de 60 años a más.
- Radiografías panorámicas digitales de pacientes menores de 15 años.

- Radiografías panorámicas digitales de pacientes con piezas dentarias impactadas.
- Radiografías panorámicas digitales con antecedentes de exodoncia de alguna pieza ausente en boca.
- Paciente con agenesia dentaria.

3.6 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.

El procesamiento de datos

Se realizó en el paquete estadístico spss22, en el cual ingresara la información encontrada en el estudio.

A. ESTADISTICA DESCRIPTIVA

- Moda

CAPITULO IV

RESULTADOS

En este capítulo los datos se representan por medio de cuadros y gráficos para observar su comportamiento de las variables. La muestra estuvo conformado por 800 radiografías panorámicas digitales en pacientes de 15 a 60 años obtenidas de la base de datos del centro radiológico Cero Huánuco entre los meses enero a diciembre del 2017, obteniéndose los siguientes ;

CUADRO N° 01

FRECUENCIA DE RETENCIÓN DENTARIA

Retención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	207	25,9	25,9
No	593	74,1	100,0
Total	800	100,0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

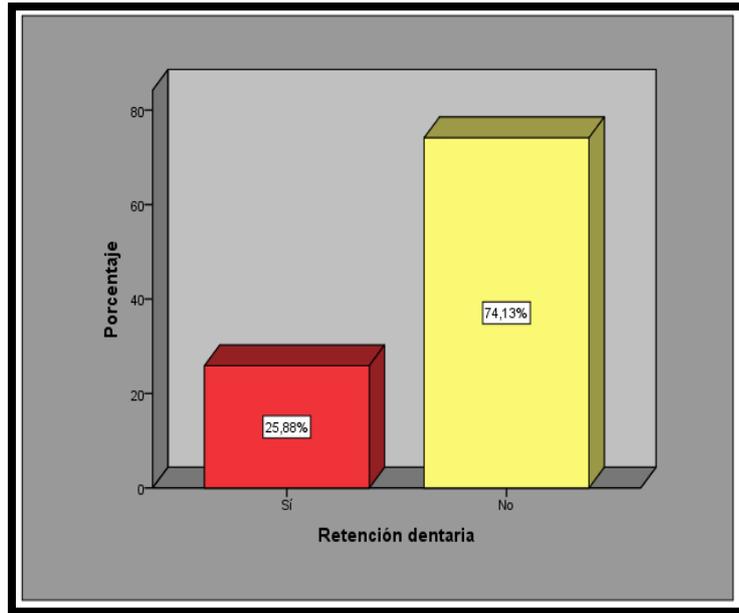


GRÁFICO N° 01 FRECUENCIA DE RETENCIÓN DENTARIA

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En primer cuadro nos muestra la prevalencia de retención dentaria en la población de estudio; observándose los siguientes resultados:

Se llegó a analizar un total de 800 radiografías panorámicas, registrándose una frecuencia de retención total de 207 que corresponde al 25,9% de pacientes que presentan retención de alguna pieza dentaria.

CUADRO N° 02

DISTRIBUCIÓN DE RADIOGRAFÍAS SEGÚN SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	56	27,1	27,1
Femenino	151	72,9	100,0
Total	207	100,0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

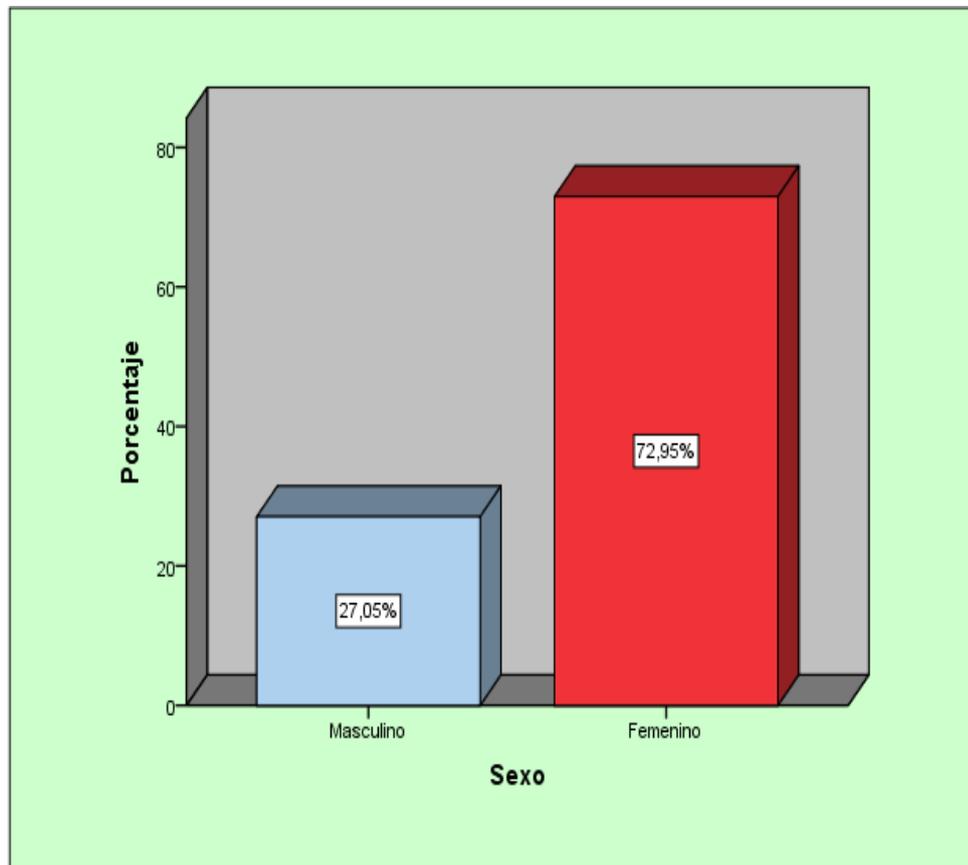


GRÁFICO N° 02 DISTRIBUCIÓN DE RADIOGRAFÍAS SEGÚN SEXO

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En el cuadro se observa la distribución de radiografías de los pacientes según el sexo de estos; observándose:

Del total de radiografías de pacientes con retención dentaria; un 27,1% son de sexo masculino, mientras que el 72,9% restante, corresponde a los de sexo femenino.

CUADRO N° 03
DISTRIBUCIÓN DE RADIOGRAFÍAS SEGÚN EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<= 30	162	78,3	78,3
31 - 45	34	16,4	94,7
46+	11	5,3	100,0
Total	207	100,0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

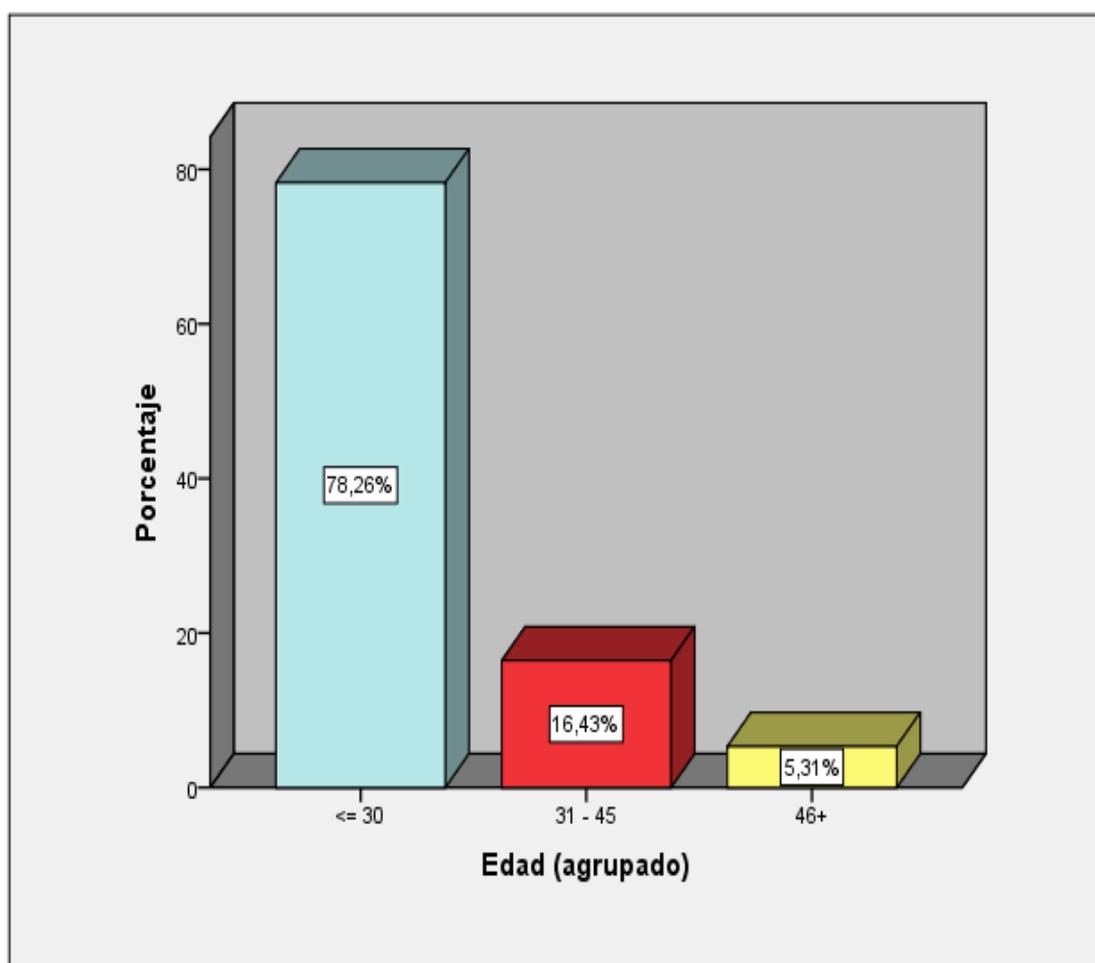


GRÁFICO N° 03 DISTRIBUCIÓN DE RADIOGRAFÍAS SEGÚN EDAD

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En cuanto a la edad, los pacientes con retención dentaria pertenecen a los siguientes grupos de edad:

En las radiografías observadas, estas pertenecían en mayor frecuencia al grupo de edad compuesto por pacientes menores de 30 años, con un 78,3%

(162), seguido por pacientes de 31 a 45 años, en un 16,4% (34) y finalmente, a los mayores de 46 años en solo el 5,3% (11 radiografías).

CUADRO N° 04
DISTRIBUCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS

Pieza dentaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tercer molar superior	85	41,1	41,1
Tercer molar inferior	35	16,9	58,0
Canino superior	49	23,6	81,6
Canino inferior	5	2,4	84,1
Segundo premolar superior	9	4,3	88,4
Segundo premolar inferior	10	4,8	93,2
Incisivo central superior	5	2,4	95,7
Primer premolar superior	4	1,9	97,6
Primer premolar inferior	2	,97	98,6
Primer molar superior	1	,48	99,0
Incisivo central inferior	2	,97	100,0
Total	207	100,0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

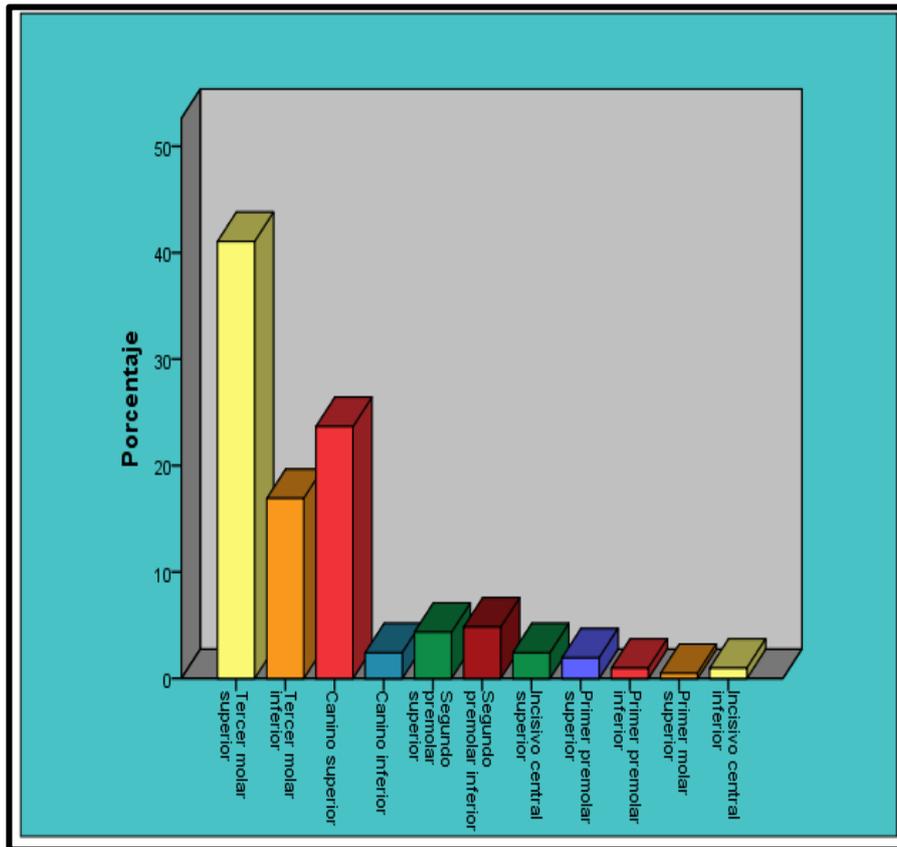


GRÁFICO N° 04 DISTRIBUCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

De las retenciones dentarias, el que se presenta con mayor frecuencia es el tercer molar superior (41,1%); seguido del canino superior (23,6%), luego observamos al tercer molar inferior (16,9%), en frecuencia de retención continua el segundo premolar inferior (4,83%), el segundo premolar superior (4,35%), el canino inferior y el incisivo central superior presentaron similar frecuencia (2,42%). Además, existe retención del primer premolar superior (1,93%), el incisivo central inferior y el primer premolar inferior también presentan similar frecuencia (0,97%) y finalmente se observó al primer molar superior en un 0,48%.

CUADRO N° 05
CUADRANTE DE RETENCIÓN DENTARIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	I	48	23,2	23,2
	II	73	35,3	58,5
	III	25	12,1	70,5
	IV	18	8,7	79,2
	I y II	33	15,9	95,2
	I y IV	1	,5	95,7
	II y IV	2	1,0	96,6
	III y IV	7	3,4	100,0
	Total	207	100,0	

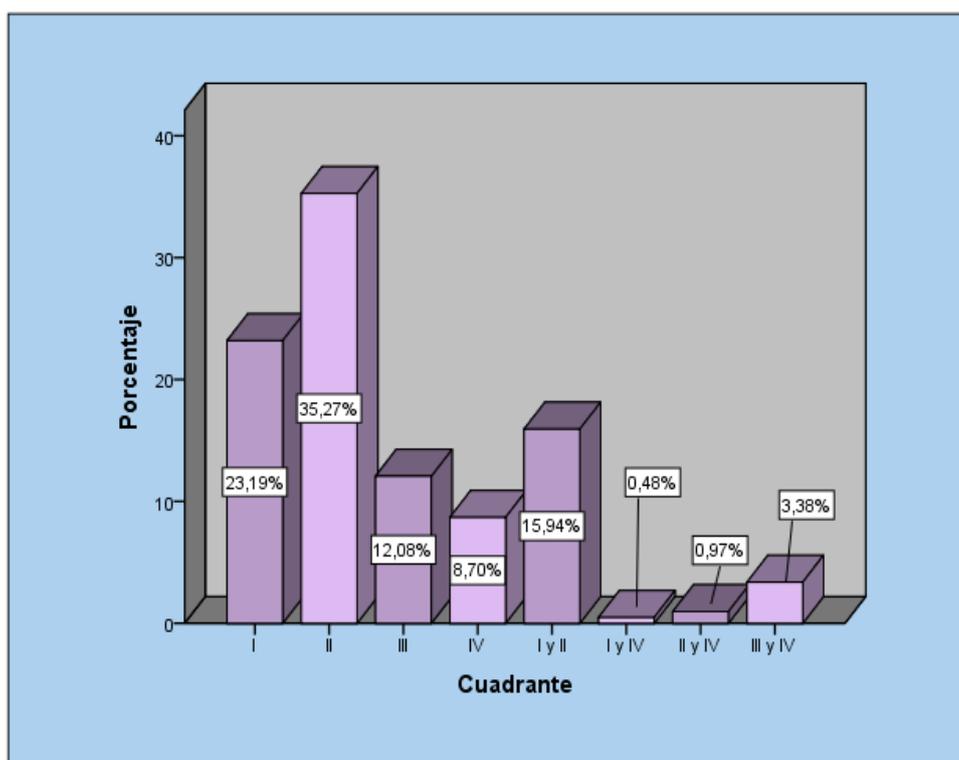


GRÁFICO N° 05 CUADRANTE DE RETENCIÓN DENTARIA

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En cuanto al cuadrante afectado por la retención dentaria; observamos que el más afectado fue el segundo cuadrante (35,3%), seguido del primer cuadrante (23,2%), el primer y segundo cuadrante juntos en un 15,9%.

En frecuencia se registró en cuarto lugar al tercer cuadrante (12,1%), el cuarto cuadrante fue afectado en un 8,7%; los cuadrantes tercero y cuarto conjuntamente fueron afectados en un 3,4%, el segundo y cuarto cuadrante en un 1% y finalmente, el primer y cuarto cuadrante en un 0,5%

CUADRO N° 06

PIEZA DENTARIA RETENIDA SEGÚN EDAD

Pieza dentaria retenida		Edad			Total
		<= 30	31 - 45	46+	
Tercer molar superior	Recuento	63	20	2	85
	% del total	30,4%	9,7%	1,0%	41,1%
Tercer molar inferior	Recuento	24	5	6	35
	% del total	11,6%	2,4%	2,9%	16,9%
Canino superior	Recuento	38	8	3	49
	% del total	18,4%	3,9%	1,4%	23,7%
Canino inferior	Recuento	5	0	0	5
	% del total	2,4%	0,0%	0,0%	2,4%
Segundo premolar superior	Recuento	9	0	0	9
	% del total	4,3%	0,0%	0,0%	4,3%
Segundo premolar inferior	Recuento	10	0	0	10
	% del total	4,8%	0,0%	0,0%	4,8%
Incisivo central superior	Recuento	5	0	0	5
	% del total	2,4%	0,0%	0,0%	2,4%
Primer premolar superior	Recuento	4	0	0	4
	% del total	1,9%	0,0%	0,0%	1,9%
Primer premolar inferior	Recuento	2	0	0	2
	% del total	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Primer molar superior	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%
Incisivo central inferior	Recuento	2	0	0	2
	% del total	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Total	Recuento	162	34	11	207
	% del total	78,3%	16,4%	5,3%	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,364	20	,081
N de casos válidos	207		

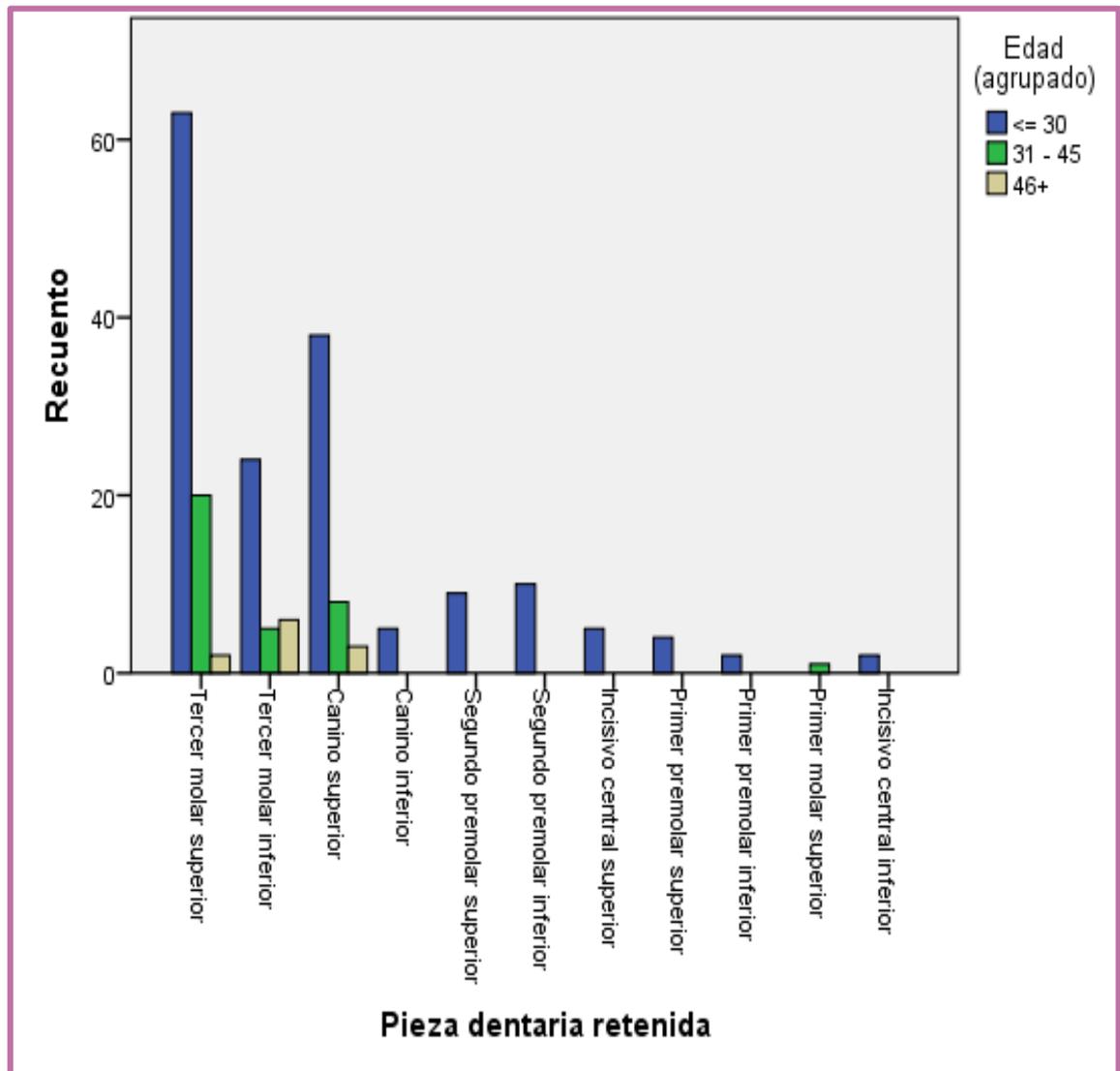


GRÁFICO N° 06 PIEZA DENTARIA RETENIDA SEGÚN EDAD.

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

El cuadro N° 06, presenta la retención dentaria según la edad de los pacientes; observamos:

El tercer molar superior retenido se presentó con mayor frecuencia en pacientes menores de 30 años en 30,4%, seguido de pacientes de 31 a 45 años en un 9,7% y en mayores de 46 años solo en 1%; mientras que el tercer molar inferior retenido se presentó también con mayor frecuencia en pacientes menores de 30 años en 11,6%, seguido de pacientes mayores de 46 años en un 2,9% y en de 31 a 45 años en un 2,4%.

El canino superior se registró en el 18,4% en pacientes menores de 30 años, en 31 a 45 años en un 3,9% y en mayores de 46 años solo en 1,4%; el canino inferior solo se presentó en menores de 30 años en un 2,4%.

El segundo premolar superior (4,3%), el segundo premolar inferior (4,8%) el incisivo central superior (2,4%), incisivo central inferior (1%), primer premolar superior (1,9%), y primer premolar inferior (1%) solo se presentaron en pacientes menores de 30 años de edad.

Solo se registró un caso de retención del primer molar y se observó en un paciente de 31 a 45 años (0,5%).

Al contraste estadístico, mediante la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada, observamos que el valor de $p \text{ sig.} = 0,081$ ($p > 0,05$), por lo que aceptamos la hipótesis nula y concluimos que no existe relación entre las variables de estudio, es decir, la retención dentaria no se relaciona con la edad de los pacientes.

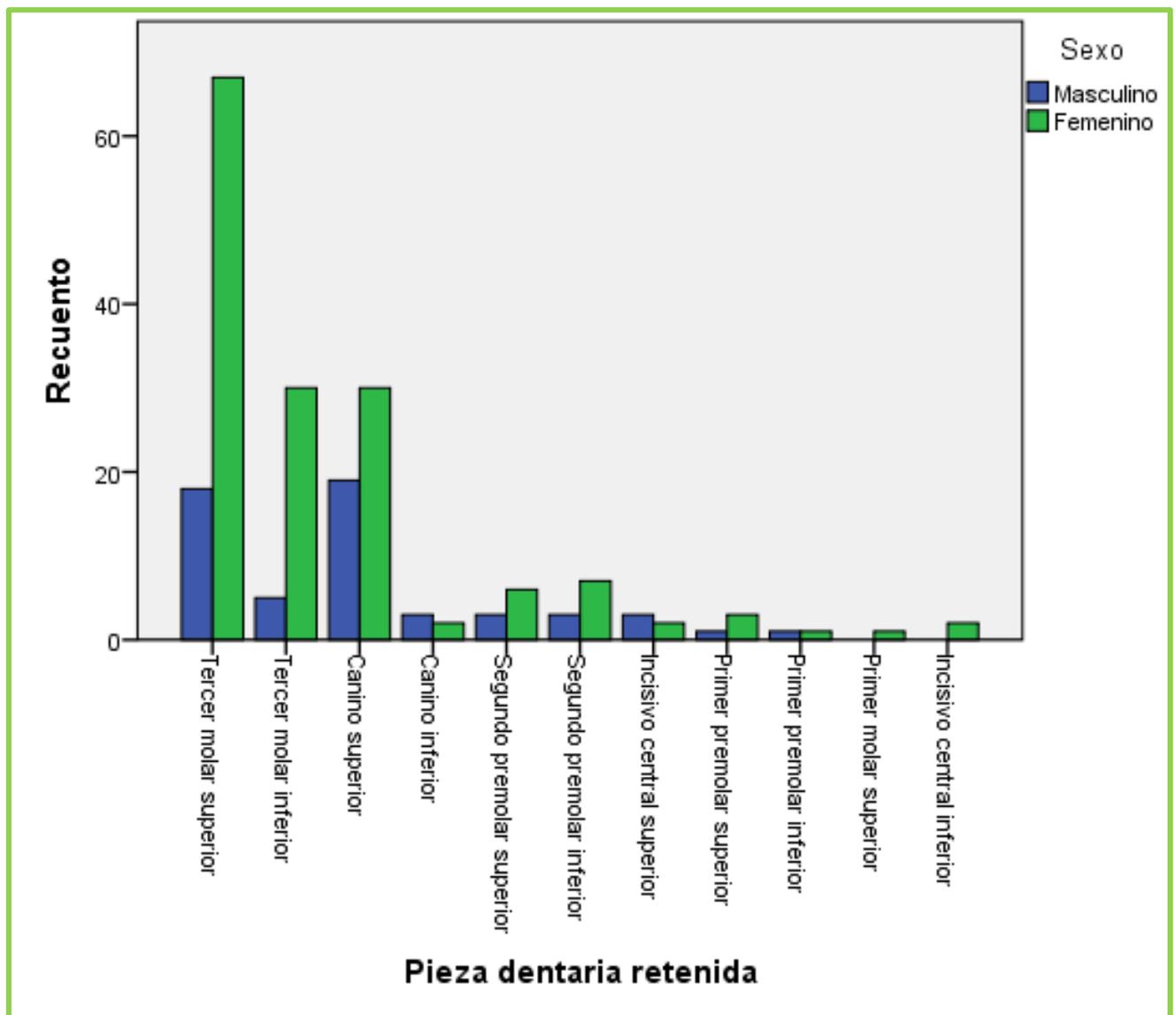
CUADRO No. 07
PIEZA DENTARIA RETENIDA SEGÚN SEXO

Pieza dentaria retenida		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Tercer molar superior	Recuento	18	67	85
	% del total	8,7%	32,4%	41,1%
Tercer molar inferior	Recuento	5	30	35
	% del total	2,4%	14,5%	16,9%
Canino superior	Recuento	19	30	49
	% del total	9,2%	14,5%	23,7%
Canino inferior	Recuento	3	2	5
	% del total	1,4%	1,0%	2,4%
Segundo premolar superior	Recuento	3	6	9
	% del total	1,4%	2,9%	4,3%
Segundo premolar inferior	Recuento	3	7	10
	% del total	1,4%	3,4%	4,8%
Incisivo central superior	Recuento	3	2	5
	% del total	1,4%	1,0%	2,4%
Primer premolar superior	Recuento	1	3	4
	% del total	0,5%	1,4%	1,9%
Primer premolar inferior	Recuento	1	1	2
	% del total	0,5%	0,5%	1,0%
Primer molar superior	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	0,5%	0,5%
Incisivo central inferior	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	1,0%	1,0%
Total	Recuento	56	151	207
	% del total	27,1%	72,9%	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,170	10	,126
N de casos válidos	207		

GRÁFICO N° 07 PIEZA DENTARIA RETENIDA SEGÚN SEXO.



INTERPRETACION Y COMENTARIO:

El último cuadro presenta la retención dentaria según el sexo de los pacientes; observamos:

El tercer molar superior retenido se presentó con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino (32,4%) y el restante, en los de sexo masculino (8,7%); mientras que el tercer molar inferior se dio en mujeres en 14,5% y en varones, en 2,4%.

El canino superior retenido se registró en 14,5% en pacientes de sexo femenino y en 9,2% en los de sexo masculino; para el caso del canino inferior, observamos en mujeres al 1,4% y en un 1% en varones.

El segundo premolar superior se presenta en mayor porcentaje (2,9%) en mujeres que en varones (1,4%); para el caso del inferior, también se presenta en mayor porcentaje en mujeres (3,4%) que en varones (1,4%)

El primer premolar superior también se observa ligeramente más en mujeres (1,4%) que en varones (0,5%); el primer premolar inferior se presenta en ambos sexos en similar frecuencia (1%).

En cuanto a la retención del incisivo central superior, en contraste al resto, se presentó más en varones (1,4%), que en mujeres (1%).

La retención del primer molar superior (0,5%) y el incisivo central inferior (1%) se observaron solo en unas pacientes de sexo femenino.

Al contraste estadístico, mediante la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada, observamos que el valor de $p \text{ sig.} = 0,126$ ($p > 0,05$), por lo que aceptamos la hipótesis nula y concluimos que no existe relación entre la retención dentaria y el sexo de los pacientes.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de piezas dentarias retenidas en radiografías panorámicas digitales de los pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro Radiológico Cero Huánuco 2017, se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Una vez obtenido los resultados, se aprecian que de las 800 radiografías evaluadas en este centro radiológico fueron en total 207 que corresponde el 25,9% presentó retención de alguna pieza dentaria. Lo que es mayor lo reportado por Larico en Puno 2015 fue de (42.3%), y por Trevejo 2014, Colombia (32.41%); mientras que en los estudios realizado por Castañeda D en Colombia 2015 fue de 9,70% siendo en menor proporción.

En cuanto al sexo los dientes retenidos en este estudio predominan más en el género femenino con 72,9%, mientras el sexo masculino en un 27,1%,

por lo que se encontró resultados similares por varios autores como Bareiro en Itauguá 2014 donde muestra el sexo femenino en un 55,1% con más

predominio. Pero se discrepa con el estudio "Prevalencia de piezas dentarias impactadas y retenidas en pacientes adultos del servicio de radiología bucal

del Hospital Militar LIMA. 2016 realizado por Cachay, donde se presentaron más en varones que mujeres con 23.3%.

En el análisis de la distribución de las piezas dentarias que se presenta con mayor frecuencia es el tercer molar superior (41,1%); seguido del canino superior (23,67%), luego observamos al tercer molar inferior (16,9%) y así sucesivamente; en cuanto al cuadrante afectado con mayor frecuencia es el II, pero se discrepa con los estudios presentado por Pereyra en Argentina 2014 donde Las piezas retenidas con mayor prevalencia fueron los terceros molares inferiores arrojando 47 caso para la pieza 48 (44%) y 38 casos para la pieza 38 (35%), seguidos de las molares superiores representando 8 casos para la pieza 18 (7%) y 6 casos para la pieza 28 (6%), 2 casos de supernumerarios (2%). Y Por último, solo un caso para las piezas 23, 33 y 21 dándonos un porcentaje de 1% cada uno; concluyendo que en la arcada inferior predomina más.

Pero existen estudios que le da credibilidad a los resultados de esta investigación que la prevalencia de piezas dentarias retenidas con mayor frecuencias se encuentra en los cuadrantes del maxilar superior como lo realizo vega en Chiclayo 2014 muestran un 5.4% y menor a esto en el maxilar inferior, también Castañeda 2015 Colombia, que las terceras molares retenidas 23%, se observaron con mayor frecuencia del maxilar superior que la mandíbula.

Con respecto a la retención dentaria según la edad encontramos tanto en las terceras molares, caninas, incisivos y premolares predomina en pacientes menores de 30 años con porcentajes respectivos. Así mismo se encontró resultados similares por Pereyra en Argentina 2014 en su estudio sobre piezas dentarias retenidas donde la edad predominante es de 15 a 20 años en 35%.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de retención dentaria en este estudio es un 25,9%.
2. El tercer molar superior (41,1%) es el diente que se encuentra en mayor frecuencia de retención en relación de las otras piezas dentarias.
3. El canino Superior es la segunda pieza dentaria con mayor prevalencia de retención.
4. El primer molar Superior es la pieza dentaria con menor frecuencia de retención.
5. El segundo cuadrante 35,3% es el más afectado con retención dentaria.
6. Las piezas dentarias retenidas se presentan con mayor frecuencia en menores de 30 años de edad, sin embargo, no existe relación estadística ($p > 0,05$)
7. El sexo femenino 72,9% es el más afectado con las retenciones dentarias , sin embargo, no existe relación estadística ($p > 0,05$)

RECOMENDACIONES

1. Dar mayor importancia sobre el conocimiento de la retención de las piezas dentarias.
2. Se recomendaría hacerse un estudio en radiografías oclusales en pacientes que presenta retención dental para conocer con exactitud la posición exacta que se encuentra esta alteración para tener referencia en caso de exodoncia.
3. Al presentar signo o síntoma de una posible retención dentaria acudir al odontólogo que según su criterio clínico determinar el procedimiento a seguir; ya que estos pueden alterar y desencadenar problemas de oclusión.
4. Tener los criterios de diagnósticos claros sobre retención dentaria

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huaynaca N. La tercera molar retenida-impactado e incluido. Rev. Act Clin Med. 2012; 25.
2. Pereyra I, Dante M, Montero M, Zabalza G. Piezas dentarias retenidas: nuestra experiencia. Conicet.2014; 2: 14 y 17.
3. Wikipedia. Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud. disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/lista_de_c%
c3%
b3digos_cie-10](http://es.wikipedia.org/wiki/lista_de_c%c3%b3digos_cie-10) (consulta: 13 de abril 2015).
4. Rodríguez Y, kowalyszyn K. Evaluación clínica y radiográfica de erupción ectópica de canino permanente superior derecho retenido. reporte de un caso. Acta bioclinica. 2016; 6 (11).
5. Velázquez A. Tercer molar superior retenido en seno maxilar. Correo científico médico. 2015; 1.
6. Vázquez D, Subiran B, Osende N, Estévez A, Vautier M, Hecht P. Estudio comparativo de la relación de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas y tomografías cone beam. investigación. Rev Cient Odontol.2016; 12 (1): 14-18.
7. Pentón V, Vélizaguila Z, Herrera I. Diente retenido-invertido. presentación de un caso.Medisur.2013lorié A. Terceros molares retenidos. Rev inf cient.2015;92(4).
8. lorié A. Terceros molares retenidos. Rev inf cient.2015;92(4).

9. Navia C, Mendoza C. Segundo premolar superior retenido y exodoncia quirúrgica en una adolescente. Rev invest e inf en salud. 2016; 11 (28).
10. Rodríguez N, Rodríguez E, Jorge E, Aragón A. Molar inferior supernumerario retenido. Mediciego. 2012; 17 (supl.1).
11. Dutú A. Estudio epidemiológico de las retenciones dentarias en una muestra de 2.000. Madrid .2012
12. Tamashiro T, Arias P. Alternativa en el manejo del paciente quirúrgico en 1,570 casos de terceros molares retenidos. Rev odonto Mexicana.2010; 14(1).
13. Gladia R, Toledo M, Cabaleiro Z. Retención dentaria múltiple. presentación de un caso. Cuba.2015.
14. Sáez A, García I. Análisis de las retenciones dentarias en población ortodóncico. Ortod esp. 2004; 44(1):14-24.
15. Soldevilla I, Orellana O, Rodríguez E. Desinclusión de dientes retenidos mediante aparatología removible.AIC. 2003; 6. (12):41 - 45.
16. Quevedo JL, Mas M, Mayedo R. Causas locales de caninos permanentes retenidos en pacientes de la clínica estomatológica René Guzmán Pérez de Calixto García. CCM. 2017; 21 (3). 1560 y 4381.}
17. Salazar C. Prevalencia de caninos superiores retenidos en pacientes mayores de 14 años atendidos en el club de leones quito central en el periodo enero-diciembre 2015. Quito.2016.

18. Muiño E, Rollero I, Haenggi M. Caninos superiores retenidos por palatino radiografía panorámica para evaluar ubicarlos en el arco dentario. RAAO .2016; 4 (2).
19. Troya E, Martínez J, Padilla E, Matos M. Tratamiento quirúrgico de caninos retenidos en el municipio colón años 2013–2014. Rev med electrón .2016; 38(2). 1684 y 1824.
20. Castañeda D A, Briceño CR, Sánchez AE, Rodríguez A, Castro D, Barrientos S. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá. Universitas odontológicas. 2015; 34(73).
21. Pereyra L, Dante m, montero m, zabalza, g. piezas dentarias retenidas: nuestra experiencia. Conicet.2014 (2):14 y 17.
22. Bareiro F, Duarte I. Posición más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del hospital nacional de Itauguá hasta el año 2012. Rev Nac.2014; 6 (1).40 y 48.
23. Cachay C. Prevalencia de piezas dentarias impactadas y retenidas en pacientes adultos del servicio de radiología bucal HMC Lima 2017.
24. Larico B. Hallazgos radiográficos de las anomalías dentarias de número y erupción en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad nacional del altiplano en el año 2014. Puno. 2015.

25. Vega D. Prevalencia de anomalías dentales en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en un centro de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Chiclayo 2012 -2013. Chiclayo. Usat. 2015.
26. Trevejo A. Prevalencia de anomalías dentarias evaluadas en radiografías panorámicas en Perú. Odous científica. 2014; 15 (2).
27. Bruna M, Gallardo N, Mourelle MR, Nova MJ. Estudio de la erupción de la dentición permanente en niños y adolescentes de la comunidad de Madrid. Dent cient.2012; 9(3):159-164.
28. Valenzuela M. Cronología de la erupción dentaria permanente en niños de Ucayali, comunidad indígena de Perú. Madrid. Panamericana. 2014.
29. Bruna M. Estudio cronológico y eruptivo de la dentición permanente en una muestra de la comunidad de Madrid. España. Universidad complutense .2012.
30. Barbería L. Erupción dentaria, prevención y tratamiento de sus alteraciones. universidad complutense. Madrid. 2001.
31. Morgado D, García A. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. Mediciego. 2011; 17(2).
32. Rosas M. Prevalencia de dientes retenidos en radiografías panorámicas de pacientes entre 11 y 20 años en la ciudad de Cochabamba enero – marzo 2015. Bolivia.2015.
33. Vázquez D, Rodríguez M, Reyna A, Mesa M, Méndez I. Presentación de un paciente geriátrico con retención de tercer molar mandibular. Cient médico. 2013; 17 (2).

34. Escoda G. Cirugía bucal. 2. España. Panamericana. 2004.
35. Donado M. cirugía bucal. 3. Madrid .Elsevier masson.2005.
36. Macias E. Cobo J. Abordaje ortodóncico quirúrgico de las inclusiones dentarias. Rcoe. 2005; 10(1)69-82.
37. Hecht P, Martínez E. Frecuencias de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas-presentación de un estudio en 1000 pacientes. Acta odontológica venezolana.2012; 50 (1).
38. Vásquez D. Frecuencias de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. Art 11asp. 2012.
39. Escoda G, Berini A. Tratado de cirugía bucal. tomo I. España. Ergon. 2004.
40. Suarez L. Tratamiento para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior. Guayaquil.2012.
41. Rojas M. Técnica quirúrgica para terceros molares retenidos en posición anómala en pacientes de 22 años. Guayaquil. 2016.
42. Sáez A, García I. Análisis de las retenciones dentarias en población ortodóncico. Ortod.2004; 44 (1):14-24.
43. Guime k. Tratamiento quirúrgico de los caninos retenidos en pacientes de 12 a 15 años de edad.Guayaquil.2012.
44. Alcántara C. Prevalencia y distribución de agenesias dentarias y dientes supernumerarios en pacientes de 7 a 18 años de edad atendidos en el centro médico naval enero 2003- julio 2004. Lima.2005.

45. Figueroa G. Estudio radiológico retrospectivo y comparativo de la situación y posición que adoptan las terceras molares inferiores retenidos en hombres y mujeres de 18 a 30 años de la ciudad de Ambato en el periodo 2005-2010. Ecuador. 2011.
46. Phillip S, Lewis R, George P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2. Barcelona. Elsevier. 2004.
47. Propdental.com [internet]. Barcelona: clínicas propdental sl; 2017. [actualizado abril 2017; citad 4 abr2017]. disponible en: <https://www.propdental.es/erupcion-dental/>
48. Margado S, García A. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. *medicugo*. 2011; 1 (7):1-7.
49. Martínez N, Díaz D, Guerra O, Pérez a, Guilian M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. *Hospital militar .Rev haban cient méd* .2013; 12(5).
50. Stuart W, Pharoah. M. "Radiología Oral. Principios e interpretación". Radiografía panorámica. Cuarta Ed. 2002. Editorial Mosby. Madrid. Pág. 205.

ANEXOS

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACION	HIPOTESIS	VARIABLES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Cuál es la frecuencia de retención dentaria según el sexo en los pacientes atendidos en el centro radiológico cero? ❖ ¿Cuáles son las piezas dentarias que se encuentran retenidos con mayor frecuencia? ❖ ¿Cuál es la prevalencia de retención dentaria según el cuadrante más frecuente? 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registrar la frecuencia de retención dentaria según el sexo y edad en los pacientes atendidos en el centro radiológico cero. ➤ Identificar las piezas dentarias retenidas con mayor frecuencia. ➤ Conocer la prevalencia de retención dentaria según el cuadrante más frecuente. 	<p>JUSTIFICACION TEORICA</p> <p>El presente trabajo de investigación nos permitirá ampliar mayor conocimiento sobre esta alteración de erupción dentaria en relación a los estudios ya existente.</p> <p>JUSTIFICACION PRÁCTICA</p> <p>Los resultados del presente estudio nos permitirán dar un aporte más lo que actualmente se presenta en la población, para incrementar los futuros trabajos sobre la retención dentaria.</p> <p>JUSTIFICACION SOCIAL</p> <p>Se considera que el presente investigación es importante ya que desde algunos años se ha ido dando retención dentaria (como las terceras molares inferiores y caninos superiores) y que actualmente siguen presentándose inclusive con sintomatología.</p>	<p>HIPOTESIS ALTERNATIVA (Ha)</p> <p>La prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017 es aproximadamente 36,5%.</p> <p>HIPOTESIS NULA (HO)</p> <p>La prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017 no es Aproximadamente el 36,5%.</p>	<p>VARIABLE DE ESTUDIO</p> <p>Piezas dentarias retenidas.</p> <p>VARIABLE DE CARACTERIZACION</p> <p>Edad. Sexo.</p>



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
E.A.P. ODONTOLOGÍA



FICHA DE OBSERVACION

TITULO DE INVESTIGACION: prevalencia de piezas dentarias retenidas en pacientes de 15 a 60 años atendidos en el centro radiológico Cero Huánuco 2017.

N° DE PACIENTE:

EDAD:

SEXO: FEMENINO

MASCULINO

PIEZAS:

CUADRANTE: I

II

III

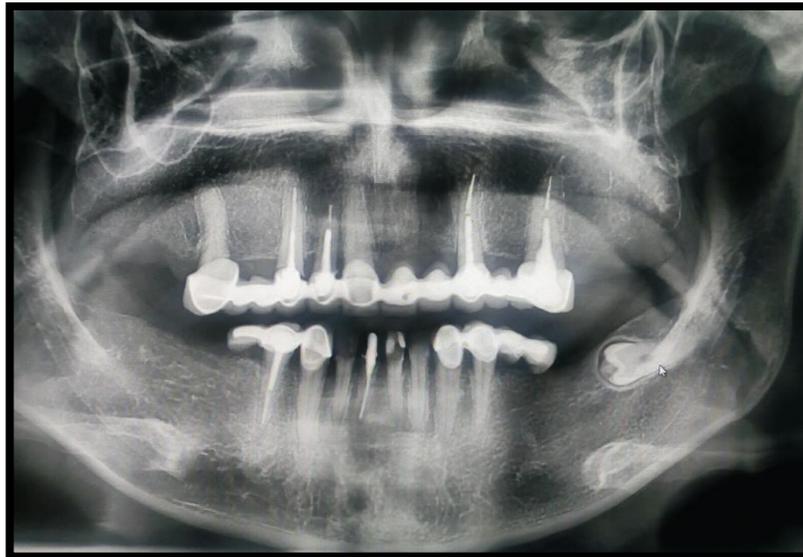
IV



RADIOGRAFIAS PANORAMICAS DIGITALES



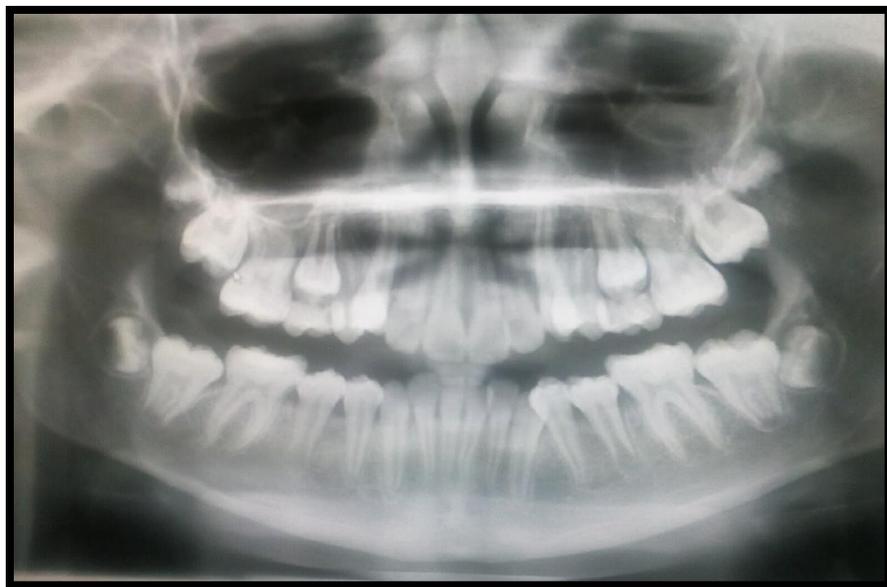
Paciente de sexo femenino de 28 años (retención dentaria de las piezas 1.8 y 2.8).



Paciente de sexo femenino de 26 años (retención dentaria de la pieza 3.8).



Paciente de sexo femenino de 25 años (retención dentaria de la pieza 2.3).



Paciente de sexo femenino de 16 años (retención dentaria de las piezas 1.5 y 2.5). Persistencia de los segundo molares deciduos.



Paciente de sexo masculino de 15 años (retención dentaria de la pieza 4.5)



Paciente de sexo femenino de 24 años (retención dentaria de la pieza 2.1)

RETENCION DENTARIA SEGÚN LA ARCADA



Paciente de sexo femenino de 28 años (retención dentaria de la pieza 2.8
II cuadrante).



Paciente de sexo masculino de 27 años (retención dentaria de la pieza 2.8
II cuadrante).



Paciente de sexo masculino de 24 años (retención dentaria de la pieza 2.3 II cuadrante). Persistencia del canino deciduo.

