



**PREVALENCIA DE DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES CON
ERUPCIÓN ATÍPICA DEL ÁREA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y
ORTODONCIA UJAP PERIODO 2018-2019-1CR**

**Autor(es): Br. Ailiana Meléndez
C.I. V-27.276.111**

**Autor(es): Br. Valeria Gutiérrez
C.I. V-27.298.282**

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego Teléfono: (0241) 8714240
(master) – Fax: (0241) 8712394



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



*Escuela de Odontología
UJAP*

**PREVALENCIA DE DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES CON
ERUPCIÓN ATÍPICA DEL ÁREA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y
ORTODONCIA UJAP PERIODO 2018-2019-1CR**

Autor(a): Ailiana Meléndez C.I: 27.276.111

Autor(a): Valeria Gutiérrez C.I 27.298.282

Tutor(a): Nora de Fraino

Tutor (a) Metodológico: José Manuel Gésime

San Diego, Enero 2019



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



Escuela de Odontología
UJAP

San Diego, Enero de 2019.

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **PREVALENCIA DE DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES CON ERUPCIÓN ATÍPICA DEL ÁREA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA UJAP PERIODO 2018-2019-1CR**, ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Prof. Nora de Fraino
Tutor Académico
Od. Esp. José Gésime
Asesor Metodológico

Firma

Fecha



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
Melendez Artiaga	Ailiana	27.276.111
Dirección: San diego Estado Carabobo		Teléfono: 04266535358
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	13,65
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Ailiana Meléndez Valeria Gutiérrez	Teléfono: 04266535358 04145937619
Título Del Trabajo: PREVALENCIA DE DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES CON ERUPCIÓN ATÍPICA DEL ÁREA CLÍNICA DE ORTODOCIA Y ORTOPEdia UJAP PERIODO 2018-2019		
Breve Explicación: Conocida la importancia de la temática abordada nace la motivación de conocer la frecuencia y principales causas locales de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica		
Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez.		
Tiempo De Desarrollo: 5 meses.		
Tutor Académico Propuesto: Nora de Fraino		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

-----	-----	-----
NOMBRE	FIRMA	FECHA
-----	-----	-----
NOMBRE	FIRMA	FECHA
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____		

DEDICATORIA

A mis Padres Wiliam Melendez, Iris Artiaga por el amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban por mi. Gracias a ellos, por ser los principales promotores de mis sueños, por cada día confiar y creer en mi y en mis expectativas, por su apoyo moral y económico.

Ami hermana Ilian Melendez , por estar siempre presente, acompañandome, por el apoyo moral que me brindo a lo largo de esta etapa de mi vida, por su amor incondicional, sus buenas disposiciones de ayudarme en cualquier horario.

A mis familiares, por preocuparse y apoyarnos durante nuestra carrera universitaria.

A nuestros amigos de la universidad que se convirtieron como nuestros hermanos Daniela Rattia, Valeria Gutiérrez Livia Berrios, María José Moreno, Jessica Gasperin, gracias por confiar en mí y ayudarme en las buenas y en las malas.

Ailiana. Meléndez. A

Dedicatoria

Quiero agradecer a mis padres Elsi Suarez y Valerio Gutiérrez por el amor recibido la dedicación por el amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban por mí. Gracias a ellos, por ser los principales promotores de mis sueños, por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, por su apoyo moral y económico.

A mis hermanos Valentina Gutierrez y Javier Gutierrez por estar siempre presente, acompañándome, por el apoyo moral que me brindó a lo largo de esta etapa de mi vida, su amor incondicional, su buena disposición de ayudarme en cualquier horario.

A mi familia en especial a todas mis tías y tíos Lisbeth, Evelin, Iris, Aracelis, Mary, Rosangel, Manuel, Anibal, Luis, por darme todo su amor y siempre apoyarme en todo momento

A mi Tía Neyda que es mi segunda mamá por todo su amor y apoyo y por siempre estar pendiente de mí en este camino.

A mis primas y primos los amo muchísimo y gracias por siempre estar para mí en todo momento que lo necesite, sus ayudas incondicionales y por sus momentos únicos de risas y diversión.

A mis amigos de la universidad que se convirtieron como mis hermanos Ailiana Melendez, mi grupito favorito Jesús, Ricardo, Jorge, María José, Chena, María de los Angeles, Yesenia, Karina, Valentina, Genesis, Gianna, Luz María, por siempre compartir conmigo los mejores y peores momentos dentro y fuera de la universidad, por todo el apoyo incondicional y por siempre darme ánimos cuando sentía que ya no podía, por su ayuda cuando la necesite. Y no menos importantes mis pequeñas Omarlys, Odarlys, Josgrelia, Ellen Solano.

También quiero agradecer a mis amigas de mi grupito de pasantías Milagros, Yennifer gracias a ustedes por las risas y diversión en cada guardia compartida, me llevo conmigo el mejor de los recuerdos con ustedes y gracias por que me he ganado una super amiga que me robó el corazón Yonahys Mendoza

Y no podría faltar a mi amiga que es como una hermana Bleidy Vargas que desde tercer semestre fuiste una de mis mejores amigas, compañera y hermana, sin pasar por alto a Anderson y Carlos y Analis, gracias por los momentos compartidos, por todo su amor y apoyo incondicional

También quiero agradecerle mis mejores compañeras de residencia Genesis Avendaño y Carla Paredes, por soportarme tanto jajaj alimentarme y escucharme cada que tenía un mal día y darme ánimos y apoyo para seguir adelante en este camino.

Valeria J. Gutierrez S.

AGRADECIMIENTO

A Nuestros Padres, que han dado todo el esfuerzo para que ahora estemos culminando esta etapa de nuestras vidas y darles las gracias por apoyarnos cada uno en todos los momentos difíciles durante la carrera, gracias a ellos somos lo que ahora somos, porque que con el esfuerzo de ellos y el nuestro ahora podemos ser unas grandes profesionales y ser un gran orgullo para ellos y para todos los que confiaron en cada una de nosotras.

A Nuestros Tutores, por ayudarnos a terminar nuestro proyecto de grado y enseñarnos siempre a luchar por lo que queremos.

A Nuestros Profesores, quienes fueron nuestra guía de aprendizaje para brindarles a nuestros pacientes nuestros conocimientos adquiridos durante la carrera.

A Nuestros Pacientes por confiar en nuestros conocimientos, por el cariño que nos brindaban en cada consulta y por el detalle de decir “gracias doctora”

A la Universidad José Antonio Páez, por ser nuestra casa de estudio, la que nos vio crecer profesionalmente, para nosotras un gran orgullo haberla escogido para formarnos académicamente en la carrera universitaria de Odontología.

Ailiana Meléndez. A
Valeria J. Gutiérrez. S

ÍNDICE GENERAL

Paginas Preliminares	iv
Resumen Informativo	ix
Introducción	1
Planteamiento del Problema	2
Formulación del problema	3
Objetivos	3
Justificación	4
Marco Teórico	5
Antecedentes	5
Bases Teóricas	7
Marco Metodológico	25
Resultado de la investigación	29
Discusión	37
Conclusiones y Recomendaciones	39
Anexos	40
Referencias	46



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



PREVALENCIA DE DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES CON ERUPCIÓN ATÍPICA DEL ÁREA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA UJAP PERIODO 2018-2019-1CR

Autor(a): Ailiana Meléndez

Autor(a): Valeria Gutiérrez

Tutor(a): Nora de Fraino

Fecha: Enero de 2019

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de dientes retenidos con erupción atípica en pacientes con erupción atípica del área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2019. **Metodología:** La presente investigación se desarrolló dentro del Enfoque Cuantitativo. Asimismo, la metodología a emplear fue de tipo descriptiva, documental monográfico y a su vez es considerada un estudio no experimental, enmarcada en la modalidad de estudio de casos. Esta investigación se enmarcó en un estudio descriptivo no experimental ya que los datos de interés se recogieron de manera directa de la realidad mediante el trabajo concreto del investigador, igualmente enmarcada en la modalidad de estudio de casos, ya que se hará un estudio en profundidad y exhaustivo lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos. El presente estudio se realizó tomando como referencia la información clínica y radiográfica recolectada de una población conformada por todas las historias clínicas de los pacientes del área clínica de ortopedia y ortodoncia. Se encontró evidencia significativa con respecto a la influencia de los hábitos bucales no fisiológicos sobre la maloclusión, es por esto que, es necesaria la identificación oportuna de estos hábitos, si es posible la disminución o erradicación de estos hábitos durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares, si el uso de estos dispositivos es indispensable, tratar de no anticipar su uso antes en edad infantil.

Descriptores: dientes retenidos, pacientes, erupción atípica, área clínica, ortopedia, ortodoncia, prevalencia.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DENTISTRY SCHOOL



**PREVALENCE OF RETAINED TEETH IN PATIENTS WITH ATYPICAL
ERUPTION OF THE AREAS OF ORTHOPEDICS AND ORTHODONTICS
UJAP PERIOD 2018-2019-1CR**

Author: Ailiana Meléndez

Author: Valeria Gutiérrez

Tutor(a): Nora de Fraino

Methodological Advisor: José Manuel Gésime

Date: Enero de 2019

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of retained teeth with atypical eruption in patients with atypical eruption of the area of orthopedics and orthodontics of the university Jose Antonio Paez during the period 2019. **Methodology:** The present investigation was developed within the Quantitative Approach. Likewise, the methodology to be used was descriptive, monographic documentary and at the same time it is considered a non-experimental field study, framed in the modality of case studies. This investigation in framed in a non-experimental descriptive study since the data of interest were collected directly from the reality through the specific work of the researcher, also framed in the modality of case studies, since a thorough and exhaustive study will be done what allows to obtain a broad and detailed knowledge of them. The present study was carried out taking as reference the clinical and radiographic information collected from a population made up of all the clinical histories of the patients in the orthopedic and orthodontic clinical area. We found significant evidence regarding the influence of non-physiological oral habits on bad occlusion, which is why it is necessary to identify these habits in a timely manner, if possible, the reduction or eradication of these habits during the growth and development of Maxillary, if the use of these devices is essential, try not to anticipate its use earlier in childhood.

Descriptors: retained teeth, patients, atypical eruption, clinical area, orthopedics, orthodontics, prevalence

INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica de ortopedia y ortodoncia, existen importantes y relativamente frecuentes lo que son las retenciones dentarias, lo que produce diversas repercusiones si no son tratadas a tiempo. Las retenciones dentales, representan alteraciones en la erupción dentaria, presentando aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos peculiares en cada caso.

Durante el crecimiento y desarrollo cráneo facial, se producen cambios continuos en la dentición; la secuencia de erupción dental ejerce mucha influencia en el correcto desarrollo del arco dental, así, variaciones del patrón normal puede ocasionar ciertos tipos de mal oclusión, de ahí radica la importancia de un diagnóstico precoz y preciso a estos problemas a fin deseleccionar las alternativas de tratamiento más convenientes para cada paciente.

Diversas literaturas refieren el uso de nuevos materiales y técnicas de ortopedia y ortodoncia apropiadas para lograr la tracción de dientes retenidos, indicando que lo importante no es sólo el tipo de técnica, sino que el buen tratamiento se fundamente en un correcto diagnóstico que conduzca a una lista de prioridades que guie un adecuado manejo interdisciplinario.

El presente estudio tiene como finalidad describir las alternativas de tratamiento más utilizadas en casos de dientes retenidos en el sector anterior, debido a que es un motivo de consulta muy común en la práctica diaria, viéndose afectada la apariencia y estética del paciente. También se plantea señalar los factores causales, diagnóstico y pasos a seguir en el abordaje.

En el mismo sentido, la investigación se propuso determinar la prevalencia de dientes retenidos con erupción atípica en pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia que acuden al área de ortopedia y ortodoncia Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2019., tomando en cuenta edad, género, prevalencia de unidades dentarias retenidas y alternativas de tratamiento más comunes realizadas en dicha institución, tomando en consideración la muestra recolectada de las historias clínicas de dicho programa.

En este estudio, se expresa el planteamiento del problema que motivó a su realización, indicando los objetivos generales y específicos, así como la importancia que reviste esta investigación, seguido por una revisión bibliográfica que contempla antecedentes y bases teóricas que sustentan este estudio, así mismo, se manifiesta la metodología empleada para cumplirlos objetivos propuestos, para finalmente establecer las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

En algunas ocasiones en el área de ortopedia y ortodoncia se presentan casos de pacientes con dientes retenidos debido a la reducción evolutiva y gradual del tamaño de los maxilares. Se denomina dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; pueden estar íntegramente rodeados por tejido óseo (retención intra ósea) o estar cubiertos por la mucosa gingival (retención gingival). (1).

Al respecto, el síndrome de retención dentaria explicado por el autor citado suele estar caracterizado por un conjunto de alteraciones además de la falta de erupción del diente, considerándose retenidos aquellos que llegada su edad cronológica de erupción no se encuentran en su lugar en la arcada dentaria y por ende se observa ausencia congénita de terceros molares superiores e inferiores o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar, sin embargo otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones pero no tan frecuentes.

Es importante resaltar, que cualquier diente puede estar retenido y entre sus causas se conocen el desarrollo filogenético y el de la propia civilización, por los distintos tipos de dietas que evoluciona con la humanidad y provocan interferencias en el desarrollo de los maxilares. Estos factores influyen en el incremento de la discrepancia entre huesos y dientes, lo cual trae como consecuencia un aumento de la incidencia de este síndrome, la erupción del canino maxilar se inicia entre los 11 y 13 años de edad y completa su formación radicular entre los 13 y 15 años. Por otro lado, la erupción de los inferiores ocurre entre los 9 y 10 años. (1)

Al área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez, acuden frecuentemente pacientes en edades comprendidas de 10 a 15 años con signos y síntomas de retención dentaria y su tratamiento constituye uno de los procedimientos médicos quirúrgicos más empleados. La extracción quirúrgica es el procedimiento que más comúnmente se realiza y se indica en último caso, cuando no se pueda realizar un tratamiento ortodóncico o existan padecimientos asociados a la inclusión; esto se debe a que involucra a tejidos blandos y duros de la cavidad bucal, cuyo acceso está restringido por los labios y mejillas, además, por los movimientos de la lengua y la mandíbula. A ello se añade el riesgo que este campo operatorio, está inundado por la saliva y habitado por el mayor número y la máxima variedad de microorganismos que se encuentran en el cuerpo humano.

Así, todos los elementos anteriormente descritos revelan la importancia del diagnóstico temprano y oportuno de las retenciones dentarias, que conlleva a la elección de la mejor y más eficaz alternativa de tratamiento para los casos de dientes retenidos en el grupo a estudiar en esta investigación. Aunado a ello, la actualización de los conocimientos en relación a las técnicas utilizadas para llevar a cabo con éxito

los tratamientos, evidencia que es necesario desarrollar un trabajo de investigación dentro de esta área.

Dentro de esta investigación es oportuno estudiar las causas que intervienen en la retención dentaria, las cuales se encuentran causas locales como son: la densidad del hueso que cubre al diente, la falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, la retención prolongada de los dientes temporales o la pérdida prematura de éstos, la irregularidad en la presión y posición de un diente adyacente y una de las más comunes, la inflamación crónica continuada que provoca aumento de la densidad de la mucosa, causa a la que se le denomina fibrosis gingival. También pueden provocar retención dentaria causas generales o sistémicas como por ejemplo: el raquitismo, la anemia, la desnutrición, tuberculosis, trastornos endocrinos metabólicos y sífilis congénita. (2).

Otras condiciones patológicas pueden ocasionar la aparición de dientes retenidos como es el caso de traumatismos dentarios producidos en la dentición temporal que provoquen cambios de dirección en los folículos de sus sucesores permanentes, las lesiones de los dientes en desarrollo pueden influir en su crecimiento posterior y madurez, y generalmente dejan una deformación permanente y con frecuencia muy visible. La estrecha relación que existe entre los ápices de los dientes temporales y sus sucesores permanentes en desarrollo explica por qué la lesión de los dientes temporales es transmitida fácilmente a la dentición permanente. (3)

Al estudiar esta afección en los pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez, se encontraron hallazgos que pudieron confirmar la importancia de este tipo de análisis como herramienta para la elaboración de futuros modelos predictivos de conductas terapéuticas, según las variaciones encontradas y contribuir al mejoramiento de calidad de vida de los pacientes.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Conocida la importancia de la temática abordada nace la motivación de conocer la frecuencia y principales causas locales de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica de acuerdo a lo anteriormente planteado se determinó realizar esta investigación, planteando las siguientes preguntas: ¿Cuál es la prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica que en pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2019?; ¿Cuáles son las causas y alternativas de tratamiento en pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez con casos de dientes retenidos con erupción atípica?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica que asisten al área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2018.

Objetivos Específicos

- Describir características epidemiológicas de pacientes con erupción atípica y unidades dentarias retenidas del área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2019.
- Establecer la prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez.
- Determinar el tratamiento más utilizado en caso de dientes retenidos con erupción atípica en pacientes que asisten al área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez.

JUSTIFICACIÓN

El tema de la retención dental siempre ha despertado un enorme interés entre los investigadores ya que es frecuente en la consulta diaria, por las consecuencias que al originar pérdida de espacio, este factor podría determinar una maloclusión dentaria, habiéndose abordado diferentes aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos y terapéuticos. Ante la sospecha de un diente retenido es preciso realizar un diagnóstico y tratamiento precoz si es necesario y más cuando este afecta el sector anterior ya que tiene un valor estético y funcional, por lo cual es importante profundizar los conocimientos acerca del abordaje en cada caso.

En consecuencia, este trabajo podrá ser utilizado como referencia para estudiantes y profesionales de las ciencias odontológicas que desarrollen estudios en torno a esta temática, generando información muy valiosa y las herramientas necesarias sobre el correcto diagnóstico y el tratamiento adecuado, permitiendo así garantizar la satisfacción, el bienestar del paciente y el éxito en el tratamiento.

En este sentido, el presente estudio se reviste de una particular importancia al dar a conocer mediante la recolección de información y análisis de datos, la prevalencia de dientes retenidos, posibles causas así como también describir las diferentes alternativas de tratamiento en el sector anterior, basados en las historias clínicas de los pacientes con erupción atípica de ortopedia y ortodoncia que acuden al área clínica de la Universidad José Antonio Páez, dando un aporte a la universidad según los resultados obtenidos.

El estudio se insertó en la línea de investigación clínica odontológica.

LIMITACIONES Y ALCANCES

Unas de las limitaciones de la presente investigación se refieren al acceso a las radiografías de los pacientes, las cuales deberían estar archivadas en sus respectivas historias y para esta investigación se requiere el adecuado almacenamiento de las películas radiográficas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo se basa en contenidos teóricos de todas las corrientes e ideas que se expondrán durante el desarrollo de la investigación en estudio ya que en el campo de la ortodoncia ha estado presente el interés sobre este tema lo cual se pone de manifiesto con una serie de investigaciones relacionadas expuestas a continuación.

Antecedentes

Con el propósito de apoyar las bases teóricas del estudio, se llevó a cabo una revisión de diversos trabajos de investigación relacionados directa o indirectamente con el tema de estudio.

Por otra parte, Medina(2017) “Prevalencia de erupciones dentales atípicas en un grupo de pacientes pediátricos” Acta Odontológica Venezolana, desarrolló una investigación cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de las erupciones dentales atípicas en los pacientes atendidos en el área de Ortodoncia Interceptiva del Postgrado de Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela. La población muestral la constituyeron 479 registros diagnóstico de estos pacientes. Se realizó el estudio descriptivo, transversal y retrospectivo utilizando la Clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson. (4)

La conclusión fue que existía la maloclusión Clase I fue la más prevalente, seguida de la Clase II y en menor proporción la Clase III. Las variaciones metodológicas en la selección y diagnóstico, aunadas a las características inherentes al grupo estudiado, diferencian los resultados obtenidos a los publicados en otros estudios epidemiológicos. En dicho estudio se puede catalogar la maloclusión clase 1 como la más m frecuente, se menciona que el tipo de investigación y selección de la muestra, origino datos distintos a los reflejados en estudios epidemiológicos, por otra parte, el objetivo de esta investigación es describir los hábitos frecuentes los cuales ayudará a evitarlos para prevenir alteraciones a futuro.

Para continuar, Lugo y Toyo (2017) “Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las erupciones dentales atípicas” publicaron en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría una investigación destinada a resaltar la importancia de detectar a muy temprana edad los hábitos perniciosos más comunes que presentan nuestros niños, para corregirlos y evitar que generen daños en el sistema estomatognático y se instale una erupciones dentales atípicas. Brindar lector orientación de los pasos a seguir para detectar el hábito y proporcionar información sobre una variedad de aparatologías fijas o removibles y terapia miofuncional, para corregir las erupciones dentales atípicas según sea el hábito que presente el paciente. Se mencionan los hábitos más frecuentes con la finalidad de brindar orientación a los padres y facilidad para detectar a tiempo el hábito con el objeto de corregir la erupción dental atípica según el hábito que éste presente. (5)

Del mismo modo, a nivel internacional Acosta y Sardiña (2016), en su estudio titulado “Aparato removible para tracción del canino retenido en el paladar” refieren que la corrección de los caninos retenidos en el paladar mediante aparatos fijos,

ocasionan a veces desvitalización de los dientes vecinos, debido a la proximidad de la corona de estos con las raíces de los incisivos. La dirección de la fuerza de tracción lograda con técnicas fijas puede provocar estas desafortunadas secuelas. En este trabajo se muestra la confección de un aparato removible, con el objetivo de traccionar al canino superior cuando se encuentra retenido en posición palatina. (6)

El diseño se realizó a partir de una placa de Hawley, que se le acopla un resorte en forma de imperdible, donde una parte de este queda dentro del acrílico y la otra, que constituye el elemento activo, será insertada al dispositivo pegado en el diente retenido. La ubicación de este elemento activo, permite orientar la dirección del vector de fuerza, de manera que evite lesionar a dientes vecinos. Se ha observado que este aparato mejora el pronóstico y reduce riesgo de reabsorción 28 radicular, considerándose que es útil para el inicio del tratamiento de los caninos retenidos en el paladar.

Siguiendo la línea de los antecedentes pero esta vez se le da el paso a los estudios nacionales en donde Colmenares y Mendoza (2016), en un estudio titulado "Tratamiento quirúrgico de caninos retenidos en el municipio Colón de la Ciudad de San Carlos del Estado Zulia en el periodo 2015–2016". Cuyo objetivo fue describir el comportamiento de los caninos retenidos en 40 pacientes que recibieron atención en la consulta multidisciplinaria (Ortodoncia – Maxilo Facial), de la Clínica de Cirugía Bucal y Maxilofacial "Dr. Alfonso Lozano" de Residencias del Lago Sector La Lago, Maracaibo, Zulia que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Maxilo Facial en el período comprendido entre enero de 2015 a diciembre de 2016 y que poseían el diagnóstico de canino retenido. Como resultados obtuvieron que la edad que predominó fue los 14 años de edad en 11 32 pacientes, para un 27,5 % de la muestra, no hubo diferencias entre el sexo y el color de la piel. La raza blanca fue la más representada con 36 pacientes, para un 90 %. El canino retenido más afectado fue el superior derecho, (17 casos), para un 42.5%. La localización palatina se presentó en 24 casos, para un 60 %. De los 40 caninos retenidos a 29 se les aplicó brackets (72.5 %) y a 11 se les realizó exodoncia, para un 27.5 %. (7).

A nivel internacional, en España se realizó un estudio donde nos sugieren una clasificación sencilla y exclusivamente para caninos retenidos, ya que es un problema muy común en la práctica ortodóntica. Se hace hincapié en el uso de la radiografía posterior o anterior de cráneo en los pacientes que se sospecha potencial de retención de caninos. Esta clasificación está dada por el Dr. Williams en 1982, sugiere:

Primero, se debe establecer la ubicación de la retención si se encuentra en el maxilar o la mandíbula. Segundo, será determinar si la retención es unilateral derecho o izquierdo, o bilateral. Tercero, describir la angulación del canino retenido en relación al plano oclusal, Cuarto, utilizando una radiografía lateral de cráneo, será describir la profundidad de la retención trazando una línea sobre el plano oclusal y midiendo la cúspide del canino retenido al plano oclusal: describiendo una retención superficial no mayor de 5 mm, una retención moderada no mayor a 10 mm y una retención profunda mayor a 10 mm. Quinto, será utilizando la radiografía lateral de cráneo, describir la presentación del canino retenido en vestibular, central, lingual o palatino. Sexto, será la descripción de la morfología radicular ejemplo raíz completa, raíz incompleta, raíz dilacerada, entre otros.

Como séptimo y último, anotar si el canino retenido ocasionó reabsorción radicular a los dientes adyacentes, que es la secuela adversa más dramática e indicar cuáles fueron éstos. Concluyendo que se debe considerar a las radiografías posteroanterior y lateral de cráneo como fuentes diagnósticas muy importantes, sobre todo en pacientes con potencial heredofamiliar de caninos retenidos. (8)

Bases Teóricas

Definición de Prevalencia

La prevalencia de una enfermedad es el número total de personas que presentan síntomas o padecen alguna enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. Es usado sobre todo para planificar la política sanitaria de un país.

Erupción dentaria

La erupción dentaria es el proceso de migración de la corona desde su lugar de desarrollo dentro del hueso hasta su posición funcional en la cavidad bucal. Sigue una secuencia determinada y en unos intervalos concretos de tiempo. Si existe un retraso mayor de seis meses, debe investigarse si existe una agenesia o si el diente está retenido. Se refiere que la erupción dentaria consiste en:

El conjunto de modificaciones que aparecen tanto en el hueso alveolar como en el diente hasta que este alcanza su nivel oclusal. La erupción de un diente representa un cambio de posición axial, relativamente rápido desde su lugar de desarrollo en el maxilar hasta su ubicación funcional en la cavidad bucal, dicha erupción abarca la involución del epitelio dental, el establecimiento del surco gingival y el desarrollo inicial de la raíz y el periodonto. (2).

Salud Pública

Es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, se busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilo de vida saludables

Cronología y secuencia de erupción dental

Cuando se habla de tiempo de erupción se refiere a la edad en que hace erupción cada diente permanente, el orden de aparición, la posición de los dientes son factores importantes en el crecimiento y desarrollo de la oclusión y la masticación. Las tablas de erupción sirven para hacer estimaciones en caso de desviaciones notables de normalidad, como referencia se toma el trabajo y las gráficas, la cual indica la variabilidad en el momento de la aparición del diente así como también el dimorfismo sexual que se presenta en las hembras antes que los varones, lo cual se le atribuye a la temprana llegada del periodo puberal. La gráfica presenta la edad de emergencia para ambos sexos, para la dentición superior e inferior, además la desviación estándar, visualizándose la erupción temprana y tardía, lo que facilita la comprensión de la edad dental aproximada del niño. Sin embargo, es importante señalar que la secuencia

de erupción puede estar afectada por diferentes factores y de variada naturaleza. (9) (Fig. N° 1)

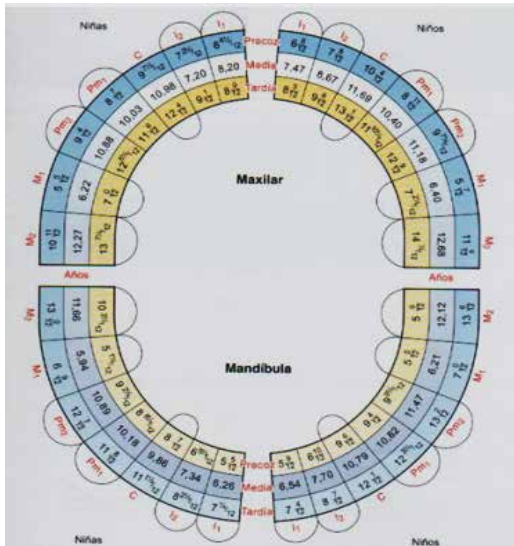


Figura N° 1. Diagrama diseñado por Hurme, muestra el momento de erupción de los dientes permanentes por sexo, la edad promedio de aparición de cada diente y señala la erupción temprana promedio y tardía.

La secuencia de erupción de los dientes permanentes en niños y niñas es la siguiente: En la Arcada Superior: primer molar, incisivo central, incisivo lateral, primer premolar, segundo premolar, canino y segundo molar. Y en la Arcada Inferior: primer molar, incisivo central, incisivo lateral, canino, primer premolar, segundo premolar y segundo molar. (9) (Cuadro N° 1)

Cuadro N°1. Secuencia de la Erupción según Hurme

Arcada	Niñas	Niños
Superior	6-1-2-4-5-3-7	6-1-2-4-5-3-7
Inferior	6-1-2-3-4-5-7	6-1-2-3-4-5-7

Fuente: Hurme(2011).

Definición de diente retenido y generalidades

En este enunciado se explica que los órganos dentarios que por alguna razón no erupcionan, reciben la denominación de “diente retenido o impactado”. Dícese impactado, término incorrecto, ya que proviene de la traducción del inglés de “impacted”: impactado (diente o fragmento óseo). La traducción en castellano de impactación es: el desplazamiento de uno o varios “dientes” dentro de su alvéolo debido a traumatismo por golpes o caídas, quedando profundamente incrustados en los alvéolos, detectándose sólo la porción incisal. (10).

Todo esto lleva al empleo correcto del término “diente retenido” cuya versión castellana es: dícese del diente que a la época normal en que debía hallarse presente en el arco dentario, permanece por alguna razón en el espesor del maxilar correspondiente. Es aquel que ha perdido su fuerza de erupción y se encuentra retenido en el maxilar, rodeado aún de su saco pericoronario intacto y de un lecho óseo, no se comunica con la cavidad bucal. El obstáculo que impide su erupción puede ser tejido blando, hueso o estructuras adyacentes como dientes supernumerarios. Un diente puede ser considerado incluido si la erupción fue

obviamente retardada, conservando el potencial de erupción de los otros dientes en relación con la edad del paciente, o si se observan indicadores clínicos y radiográficos de no erupción espontánea.

Diente “no erupcionado” es aquel que aún no ha perforado la mucosa bucal y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria en relación con la edad del paciente. “Enclavamiento” o “impactación total” se produce cuando la erupción es incompleta. El diente es clínicamente visible, pero se encuentra en posición anormal y siempre cubierto de tejido blando o hueso en cantidad variable. En la “impactación parcial” el diente no ha erupcionado y conserva potencial para erupcionar, pero con toda seguridad ocupará una posición anormal o quedará impactado. La impactación puede considerarse: *ectópica*, que se refiere al diente retenido en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual; y *heterotópica* es una retención en una posición anómala pero más alejada de la localización normal, como órbita, seno maxilar, apófisis coronoides o cóndilo mandibular.

Otros hechos que deben considerarse respecto a las retenciones son los siguientes:

- Todo diente pasa por una etapa de retención fisiológica.
- Existe después un período de retraso de la erupción variable según cada individuo.
- Si llegada la fecha máxima considerada en la erupción de cada diente, ésta no se ha conseguido, se define ya como una auténtica retención.
- Si esta retención produce alguna manifestación clínica, se clasifica como una retención patológica.

Frecuencia de las retenciones dentarias

Se enuncia que está de acuerdo en considerar la gran frecuencia de aparición de los dientes retenidos, en lo que no coinciden es en los datos estadísticos en relación a cada diente. Cualquier diente puede estar afectado por esta situación, no obstante numerosas investigaciones han demostrado que el orden correspondiente de frecuencia de retención de dientes permanentes de mayor a menor es el siguiente: terceros molares mandibulares, terceros molares maxilares, caninos maxilares, premolares mandibulares, caninos mandibulares, premolares maxilares, incisivos centrales superiores, incisivos laterales superiores y segundos molares mandibulares. (11).

La literatura muestra que la retención de dientes es un fenómeno frecuente, de hecho las alteraciones bucales más frecuentes tratadas quirúrgicamente corresponden al 50,89 % de las retenciones dentarias. De éstas, la frecuencia de retención de los incisivos, sobre todo centrales superiores, varía entre el 0,06% y el 2% de la población general. La frecuencia de retención de los caninos, sobre todo maxilares, está entre el 1% y el 3%. Según la clasificación el canino superior con un 34% es el diente que con mayor frecuencia se presenta retenido, seguido en un 5% del segundo premolar inferior, 4% canino inferior, 4% 38 incisivo central superior, 3% segundo premolar superior, 2% primer premolar inferior, 1,5% incisivo lateral superior y con el 1% el resto de los dientes. (12). Sin embargo, según un reporte sobre la prevalencia de dientes retenidos, se ha encontrado que 28.3% de la población presenta por lo menos un diente retenido; de ellos, los terceros molares mandibulares (82.5%) son los más prevalentes, le siguen los terceros molares maxilares (15.6%) y los caninos

maxilares (0.8%). Estudios refieren que no hay preferencia de sexo ni de raza, sin embargo se han encontrado mayormente retenciones en el sexo femenino entre los 10 a 20 años de edad.

Alteraciones de la erupción

Las retenciones dentarias aumentan con la evolución del ser humano, dada la involución que están sufriendo los maxilares, lo cual es debido entre otras causas al cambio en la alimentación experimentado en los últimos siglos y a la tendencia hacia una dieta más blanda y refinada, que hace innecesario un aparato masticatorio más potente. (11) Las diferentes partes que forman el aparato estomatognático han disminuido en proporción inversa a su dureza y plasticidad, es decir, lo que más se ha disminuido en tamaño son los músculos, porque ha disminuido la función masticatoria, seguidamente los huesos y por último los dientes. Independientemente de las causas filogenéticas predisponentes a la retención dentaria, que no podemos controlar, existen otros procesos que favorecen esta patología.

Los factores causales pueden clasificarse en locales y sistémicos.

Factores Locales causa de retenciones dentarias

Se considera que la causa de retenciones dentarias son:

Posición irregular del diente o presión de un diente adyacente: debido a la dirección anómala de erupción del propio diente que quedaría retenido o de un diente vecino que actuaría como obstáculo. Generalmente, la vía anormal de erupción es una manifestación secundaria; puede ser sólo un mecanismo de adaptación a la falta de espacio o a la existencia de barreras físicas, como dientes supernumerarios, restos radiculares, barreras óseas, presencia de quistes, otros.

Los dientes supernumerarios: que actúan como barreras que en ocasiones erupcionan en lugar del diente definitivo. Estos pueden presentarse de forma aislada o asociado a síndromes como la displasia ectodérmica o la disostosis cleidocraneal, estos vestigios dentales pueden formarse antes del nacimiento o hasta los 12 años. Se registran con más frecuencia en el maxilar superior, su localización más habitual es en la línea media y se denominan mesiodens.

Densidad del hueso: cuando se ha perdido prematuramente un diente primario y el germen del diente definitivo está muy alejado de su lugar de erupción en la arcada, es posible que el alvéolo tenga tiempo suficiente para cerrarse con un puente óseo y por su consistencia actúa como una barrera difícil de ser superada por la presión de erupción del diente permanente.

Falta de espacio en la arcada: existen múltiples causas que provocan falta de espacio en la arcada: micrognatia mandibular o maxilar; anomalías en el tamaño y en la forma de los dientes.

Frenillo labial superior: de inserción baja y el diastema que se asocia a él pueden ser también causas de retención dentaria, específicamente de incisivos centrales superiores, laterales y caninos.

Pérdida de los dientes primarios por caries: los dientes primarios sirven de mantenedores de espacio para los dientes permanentes, tanto en su arcada como en la antagonista, al conservar un plano oclusal correcto. Retención prolongada de un diente

primario más allá de su período normal de exfoliación: produce una interferencia mecánica que desvía la erupción del diente permanente hacia una posición que favorece su retención.

Patología quística y tumoral: la presencia de quistes dentígero o de cualquier otro tipo, odontomas y otras tumoraciones odontogénicas y no odontogénicas, puede impedir la erupción dentaria y/o alterarla. (11).

Factores Generales y Sistémicos

Las causas generales y sistémicos se clasifican en:

Causas prenatales: (genéticas) puede afirmarse que hay un determinante genético definido que afecta la morfología y la predisposición de la patología dentofacial. Está demostrado que la herencia desempeña un papel importante en las siguientes condiciones: asimetrías faciales, micrognatia, macrodoncia y microdoncia, agenesia, oligodoncia e hipodoncia, hendiduras labiopalatinas, sobremordida profunda, apiñamiento y rotación de dientes, retrusión maxilar y prognatismo mandibular.

Causas congénitas: debidas a patología materna durante el embarazo. Causas comprobadas que influyen en esta patología son: traumatismos, dieta materna, varicela y alteraciones del metabolismo materno.

Causas postnatales: anemia, sífilis, tuberculosis, malnutrición, raquitismo, escorbuto, hipotiroidismo, desarrollo sexual precoz.

Otras situaciones o síndromes asociados: disostosis o displasia cleidocraneal, oxicefalia, progeria de Gilford, acondroplasia, hendidura labio palatina, síndrome de Treacher Collins y síndrome de Crouzon. (13).

Diagnóstico

Se considera que 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). (11)

Examen Clínico

Para obtener un diagnóstico preciso y realizar un plan de tratamiento adecuado es importante una evaluación clínica cuidadosa del paciente. Se debe tener en cuenta la edad del paciente. El examen extraoral ayuda a evaluar la forma y simetría facial, se debe registrar la relación exacta entre la línea media dental y línea media facial, en casos de retención unilateral se observa comúnmente desplazamientos de la línea media hacia el lado de la retención, es importante diferenciar una discrepancia dental de la línea media con una verdadera discrepancia de la línea media de base apical. (11)

El estadio evolutivo de la dentición debe ser registrado para diferenciar entre un diente no erupcionado que muy probablemente erupcionará a su tiempo y un diente no erupcionado con retardo en su erupción. Se debe determinar la relación overjet/overbite y también evaluar la forma del arco y la simetría, tanto sobre el paciente como sobre los modelos. El examen de los tejidos blandos incluye la palpación vestibular y palatina, lo cual permite al clínico apreciar elevaciones del

tejido blando palatino o de la mucosa labial y evaluar la presencia del diente retenido, si no está retenido profundamente en el hueso.

Para poder realizar un exhaustivo examen clínico, resulta muy útil dividirlo según su localización en:

Zona Incisiva: Los incisivos centrales superiores normalmente erupcionan por parejas y de forma simultánea, dado que son los primeros dientes que erupcionan, disponen de suficiente espacio. Nos servirá como referencia el homólogo contralateral, y será sospechosa toda alteración cronológica que separe la erupción de ambos centrales en más de tres meses. En algunas ocasiones, la inspección y palpación llegará cerca del piso de las fosas nasales, donde notaremos un abultamiento y una dureza en la cortical vestibular, distintos a los propios del hueso. La mucosa se puede encontrar roja y edematosa. Autores como Wasserstein y cols, Crawford y Yng-Tzer, han reportado casos donde clínicamente se observa una notable desviación de la línea media hacia el lado donde esté ubicado el incisivo retenido, debido al movimiento de los dientes adyacentes hacia el espacio vacío. Estos hallazgos traen como consecuencia la falta de espacio para alojar el o los incisivos que no han podido hacer erupción. (14,15)

Zona Canina: A partir de los 10 años, el canino se aprecia y se palpa en la eminencia canina. Entre los 12 y 14 años se produce su emergencia. La inspección y palpación son unos de los principales métodos de localización clínica de caninos retenidos. En cuanto a la inspección, es necesario observar la posición del incisivo lateral adyacente, la cual se encuentra sumamente influenciada por un canino superior retenido, si el canino se encuentra desplazado hacia palatino, este va a presionar la raíz del incisivo, empujándola hacia vestibular y la corona se inclina hacia palatino, sin embargo el incisivo lateral es retroinclinado en relación con el incisivo central. Si el canino se encuentra ubicado hacia vestibular, ocurriría todo lo contrario con la posición del incisivo lateral, los incisivos laterales son comúnmente más afectados que los primeros premolares, ya que los caninos retenidos tienen una mayor inclinación mesial.

En muchas ocasiones, la posición del incisivo central también es afectada por la presencia de un canino retenido. Por otra parte, resulta muy frecuente que el canino no pueda ser palpado, sin embargo, ocasionalmente el hueso a nivel de la eminencia canina se puede confundir con el diente, razón por la cual se recomienda manipular el canino primario para determinar si está móvil, indicando una significativa reabsorción de la raíz, por otra parte, esta movilidad no es garantía de que el canino permanente esté erupcionando normalmente; si el canino es palpable en una posición anormal, será necesario complementar el examen con una radiografía más adecuada.

Examen Radiográfico

Se considera que la ayuda de radiografías específicas permite detectar las relaciones de los dientes retenidos con los dientes adyacentes y los problemas morfológicos y de posición para diseñar un plan de tratamiento mecánico individual y ubicarlos en buena posición dentro del arco. En ocasiones ayuda a determinar las posibles causas que pueden haber desencadenado la inclusión y aporta rasgos que nos orientan acerca de la evolución, pronóstico y momento de inicio del tratamiento. (11).

Los requisitos de una buena radiografía son: nitidez, buen contraste, poca magnificación, posibilidad de ubicar el diente retenido en sentido superior e inferior y vestibular o palatino, proporcionar información de los dientes y las estructuras anatómicas adyacentes y permitir la identificación de lesiones asociadas como quistes y reabsorciones radiculares en dientes adyacentes, para realizar un diagnóstico preciso del caso, será necesario el empleo de diferentes técnicas radiográficas

Radiografías Intrabucales

Las radiografías bucales se dividen en:

Radiografías Periapicales: La técnica más utilizada para localizar dientes retenidos con la toma de radiografías periapicales es la técnica de desplazamiento del tubo reportada por Clark en 1971 y que en los actuales momentos resulta ser de muchísima utilidad. Mediante esta técnica podemos determinar si el diente retenido se encuentra hacia vestibular o hacia palatino tomando como referencia los dientes adyacentes. Para ello se deben tomar dos radiografías periapicales con diferentes angulaciones horizontales. Si el diente retenido se desplaza hacia el mismo lado que se mueve el tubo de Rayos x, este se encontrará ubicado hacia palatino o lingual; si por el contrario, el diente retenido se desplaza hacia el lado contrario donde se mueve el tubo, este estará ubicado hacia vestibular.

Esta técnica tiene una confiabilidad en un 90% de los casos y su uso es fundamental para determinar la posición y cuantía de la inclusión dentaria. Las radiografías periapicales también son de mucha utilidad para analizar la posible reabsorción radicular de los dientes adyacentes, el estado periodontal de estos y la proximidad de las raíces como consecuencia de la presencia de un diente retenido.

Radiografías Oclusales: Mediante esta proyección podemos examinar y determinar la posición vestibulolingual de la corona y la raíz del diente retenido, así como su integridad tisular, esta proyección proporciona una nueva dimensión a la imagen intraósea. Entre las principales radiografías oclusales se pueden señalar la radiografía oclusal total superior y la radiografía oclusal total inferior. Jacobs señala que una excelente técnica de localización radiográfica es la combinación de técnicas convencionales como la periapical y la oclusal o la radiografía panorámica con la oclusal, de tal manera de poder tener una localización del diente retenido en los tres planos del espacio. (11).

Radiografías Extrabucales

Entre otras radiografías están las extrabucales en donde se describe las siguientes:

Radiografía Panorámica: Ofrece una visión general del conjunto de la dentición y relaciona al diente retenido con estructuras vecinas como los dientes adyacentes, el agujero palatino anterior, las fosas nasales y el seno maxilar. Ubica los dientes en los planos horizontal y vertical, y permite valorar el grado de inclinación, la altura al plano oclusal y la proximidad a la línea media, datos que posteriormente servirán para formular un pronóstico aproximado de la futura evolución del diente retenido. (11).

Radiografía Cefálica lateral: Estas radiografías tienen una gran importancia ya que relacionan al diente retenido con las estructuras óseas vecinas, como el seno maxilar y el piso de la órbita, y permiten determinar su grado de erupción. Se presentó una

técnica de localización radiográfica específica para dientes retenidos en el sector anterior. En una radiografía cefálica lateral, se realizan los siguientes trazados: Plano palatino, posteriormente una línea que va desde espina nasal posterior hasta la cara palatina del incisivo central superior y luego se traza una bisectriz que parte desde espina nasal posterior y se dirige hacia el punto A, todo diente u objeto que se encuentre por encima de la bisectriz se encuentra localizado hacia vestibular, mientras que todo lo que se encuentre por debajo de la bisectriz se encuentra hacia palatino. (16).

Tomografía Axial Computarizada y Tomografía Computarizada de Haz Cónico (ConeBeam): Técnicas de gran resolución que aportan más información que cualquier procedimiento convencional, aunque ésta es sumamente compleja y costosa, permite localizar al diente retenido en los tres planos del espacio y relacionarlo en forma precisa con las estructuras y dientes adyacentes, así como también nos permite detectar pequeñas lesiones radiculares. Algunos autores presentan una técnica de localización radiográfica específica para dientes retenidos en el sector anterior. En una radiografía cefálica lateral, se realizan señalan que la tomografía computarizada se indica en aquellos casos en los que se sospecha la reabsorción radicular de dientes adyacentes, así como en los abordajes quirúrgicos de aquellas inclusiones profundas, en donde el diente retenido se encuentra comprometido con estructuras óseas vecinas. Este tipo de imágenes en múltiples planos permite la mejor localización de los dientes retenidos, reduciendo el tiempo de examen clínico del paciente y minimizando el riesgo al realizar el movimiento del diente retenido. (116).

La tomografía computarizada de haz cónico, en inglés "ConeBeamComputedTomography" (CBCT) se desarrolló a fines de los años 90(s) con el objetivo de obtener escáneres tridimensionales del esqueleto maxilofacial, con una dosis de radiación mucho más baja que para la tomografía convencional. A esto se suma el beneficio de obtener imágenes sin superposición, sin distorsión y con una resolución sub-milimétrica de imágenes, que se traduce en imágenes de alta calidad diagnóstica.

El uso de CBCT aporta un manejo y tratamiento más predecible, reduciendo los riesgos asociados a cualquier diente retenido y de esta manera, diseñar una cirugía mínimamente invasiva. El CBCT permite analizar los dientes retenidos, el tamaño de su folículo, su posición vestibular o palatina como la cantidad de hueso que cubre al diente, la angulación de su eje principal y la posible reabsorción radicular de dientes adyacentes. Permite también evaluar la relación con estructuras anatómicas vitales como conducto dentario inferior, seno maxilar, piso de fosa nasal, orientación tridimensional del diente en su alvéolo, como así también la detección de cualquier patología asociada.

En cuanto a las ventajas del CBCT: elimina por completo la superposición de imágenes, se pueden visualizar imágenes de alta calidad en los tres planos del espacio, reconstrucciones tridimensionales a escala real 1 a 1, cortes tomográficos a diferentes escalas, rapidez y comodidad en el examen (10 a 40 segundos), nitidez de la imagen, dosis de radiación menor que con la tomografía convencional, posibilidad de manipular, medir y planear en cualquier P.C. mediante el software.

Localización del diente afectado en el sector anterior

Después de los terceros molares, se explica que los caninos superiores son los dientes que presentan mayores anomalías en su erupción, al sufrir con relativa frecuencia una desviación en su trayecto eruptivo que los hace quedar atrapados en el hueso maxilar, también los caninos mandibulares e incisivos, pueden sufrir alteraciones del trayecto eruptivo que provoque su retención, pero ello ocurre con menor frecuencia. (17).

La desviación del trayecto y posterior retención puede producirse hacia el lado vestibular o hacia el lado palatino del lugar de erupción normal. La retención vestibular parece estar asociada a problemas de espacio, y frecuentemente se resuelve al corregir la insuficiencia de espacio, tratándose de una retención simple. La retención palatina se asocia con alteraciones del trayecto, que requieren en la mayoría de las ocasiones algún tipo de intervención quirúrgica además de la ortodóncica. La mayor información acerca de la situación inicial del canino en relación con sus estructuras vecinas, puede derivar de mediciones ortopantográficas hechas en radiografías panorámicas, que a su vez pueden servir para formular un pronóstico más o menos aproximado en cada caso concreto antes de iniciar el tratamiento ortodóncico.

Se reportan cuatro mediciones a saber:

Inclinación del canino: Mide el ángulo formado por el eje longitudinal del canino con la línea media o plano sagital medio situado entre los incisivos centrales. Esta medida angular indica el grado de inclinación del canino.

Solapamiento del canino: Mide la distancia desde el vértice de la cúspide del canino hasta la línea media. Con esta medición se obtiene el grado de solapamiento del canino sobre los incisivos superiores.

Altura del canino: Mide la distancia vértice del canino hasta el plano oclusal. Con esta medida obtenemos el nivel de erupción del canino en relación con los bordes de incisales.

Distancia incisivo-canino: Mide la distancia vertical entre el vértice de la cúspide del canino hasta el ápice del incisivo central. Valora también el nivel de erupción del canino, pero tomando como referencia otro punto distinto al anterior.

Consideraciones antes del Tratamiento

Morfológicas: Las características anatómicas de los incisivos y caninos superiores, convierten a estos dientes en piezas claves a la hora de cumplir las funciones del sistema masticatorio. La ausencia clínica de algún diente del sector anterior, disminuye significativamente ese potencial. Los incisivos retenidos con dilaceración se refieren a una deformidad dental caracterizada por una angulación entre la corona y la raíz pudiendo causar la no erupción del incisivo. Reportes recientes han demostrado que caninos o incisivos retenidos pueden ser apropiadamente posicionados, sin embargo, un incisivo retenido con dilaceración, todavía es un dilema clínico debido a su difícil posición. Las oportunidades de falla pueden ser debidas a anquilosis, reabsorción radicular externa y exposición radicular después de la tracción ortodóncica, aún los casos exitosos de los incisivos expuestos, probablemente tienen una encía antiestética y necesitan tener cirugía periodontal.

Por otra parte, se reportaron casos donde se encontraba un incisivo central superior retenido, con una disminución muy significativa del espacio adecuado para su posicionamiento ortodóncico debido a la invasión de los dientes adyacentes dentro del espacio no ocupado. Esto requiere la previa recuperación ortodóncica del espacio, antes de comenzar con la tracción del diente retenido. (18)

Estéticas: La estética es con frecuencia, el motivo de consulta que refiere el paciente al ortodoncista, por lo que la anomalía viene inicialmente definida por el paciente o sus padres; en otros casos la maloclusión no es manifiesta y el profesional descubre la alteración o presume algún trastorno en el desarrollo dentomaxilar. Es de profundo interés clínico analizar la relación íntima que existe entre los labios con los dientes anteriores, tanto en función como en reposo. Cuando la boca está entreabierta o cuando se sonríe, se observan los dientes anteriores y el gesto pone al descubierto un alineamiento y una relación entre la posición de los labios y la dentición, lo cual tiene una gran importancia estética dentro de la aplicación de la terapia ortodóncica.

Cuando el paciente se encuentra entre los 8 y 10 años de edad, los representantes manifiestan una gran preocupación cuando los niños se desarrollan y parece que los dientes han erupcionado completamente, menos el diente retenido. El manejo ortodóncico de estos dientes puede ser incorporado dentro de los objetivos de tratamiento en dentición mixta, lo cual incluye alcanzar una relación molar Clase I, alineando los incisivos dentro del overjet y overbite ideal, y resolviendo el apiñamiento anterior.

Funcionales: Es frecuente la ausencia de contacto en los dientes anteriores en la posición de intercuspidación. La finalidad de los dientes anteriores no es el mantenimiento de la dimensión vertical de la oclusión, sino guiar a la mandíbula en sus movimientos funcionales, los contactos de los dientes anteriores que proporcionan esta guía de la mandíbula se denominan guía anterior. La falta de los dientes anteriores que se encuentran retenidos, presentan gran responsabilidad a la hora mantener el equilibrio de las diferentes funciones de la mandíbula. La guía anterior es esencial para una relación armoniosa en la dentición natural y es crítica para una oclusión funcional. Se enfatizan la importancia de una guía anterior sobre una guía condílea.

La guía anterior es controlada por un consistente contacto diente a diente, mientras que la guía condilar podía variar según la flexibilidad de la articulación temporomandibular. Otra función importante de los dientes anteriores es la de realizar las acciones iniciales de la masticación. Los dientes anteriores actúan cortando los alimentos cuando son introducidos en la cavidad oral. Los dientes anteriores también tienen un papel importante en el habla y el soporte de los labios. En los pacientes que presentan dientes anteriores retenidos, no existen estas relaciones normales, y por lo tanto la correcta función mandibular, posiblemente se encuentre comprometida. (17).

Tratamiento de los dientes retenidos

Se considera que cuando se ha perdido o se extrae prematuramente un diente primario y el germen del diente definitivo está muy alejado de su lugar de erupción en la arcada, es posible que el alvéolo tenga tiempo suficiente para cerrarse con un puente óseo, también se produce la cicatrización de la encía y fibromucosa, actuando como

una barrera difícil de ser superada por la presión de la erupción del diente permanente. O si por el contrario, hay una retención prolongada de dientes primarios, o presencia de dientes supernumerarios, se produce una interferencia mecánica que desvía el diente permanente a una posición inadecuada o a la retención.

Por lo general, los dientes retenidos erupcionan una vez que se retiran las barreras de tejido óseo, dentario o gingival que obstruyen su normal erupción. Algunos autores plantean que la mayoría de los dientes retenidos mantienen su potencial eruptivo aún después de la formación de sus ápices radiculares. Sin embargo el tratamiento en edades tempranas cuando aún el desarrollo radicular es incompleto ofrece un margen más seguro para lograr la erupción por vías fisiológicas.

En aquellos casos en los que no sea posible elegir una alternativa de tratamiento que permita la erupción natural del diente retenido se puede optar por una intervención ortopédica, ortodóncica o quirúrgica. El tratamiento interceptivo es de gran ayuda en etapas de dentición primaria o mixta, los resultados de investigaciones indican que los aparatos funcionales utilizados de forma correcta, tienen menos efectos iatrogénicos, y producen menos reabsorción ósea, descalcificación, proliferación gingival y disfunciones temporomandibulares que los aparatos fijos.

La terapia ortopédica funcional, genera cambios no solo dentoalveolares, sino también a nivel óseo y en las funciones del sistema estomatognático en el paciente en crecimiento. Un tratamiento precoz, consiste en la corrección de las discrepancias esqueléticas, dentoalveolares y musculares, ya sean existentes o en proceso de desarrollo, con el objeto de preparar un mejor entorno orofacial antes de que la erupción de la dentición permanente se haya completado.

En este sentido, las placas funcionales, aparatos de expansión fijos o removibles, la utilización de máscara facial con arco extraoral y extracciones seriadas terapéuticas, son algunas de las alternativas de tratamiento que resultan de gran ayuda y efectividad en etapas tempranas para crear el espacio y evitar retenciones o maloclusiones. En una etapa de dentición mixta tardía o permanente, las opciones de tratamiento pueden variar según la localización del diente o los dientes retenidos.

Dientes retenidos hacia vestibular: Si el diente se encuentra retenido hacia vestibular o a mitad del alveolo, las pautas terapéuticas aconsejadas son las siguientes:

Tratamiento ortodóncico pre-quirúrgico: En esta etapa se trata de preparar las condiciones necesarias para que el diente retenido se ubique perfectamente bien en su posición. Si el espacio donde se debe ubicar el diente se encuentra cerrado, se procede a la apertura del espacio por medios ortodóncicos para facilitar la erupción con la utilización de dispositivos como resortes, cadenas elásticas, mantenedores de espacio, etc.; lo importante es crear y mantener suficiente espacio mesiodistal. El 75% de los dientes retenidos pueden hacer erupción espontánea después de la creación del espacio, de estos el 55% se alineará de forma normal, mientras que el resto requerirá algún tipo de alineación ortodóncica.

Tratamiento quirúrgico: Si se abre el espacio satisfactoriamente y el diente retenido no erupciona, se recomienda proceder a un tratamiento quirúrgico. Se emplean tres técnicas quirúrgicas según la amplitud de la encía circundante:

Colgajo de reposición apical: Dado que la erupción por vestibular va a producirse con un margen gingival no constituido por tejido queratinizado o encía adherida, se corre el riesgo de que se produzca posteriormente una recesión gingival. Para evitar este problema, se realizará un colgajo de reposición apical, en que la encía adherida se sutura alrededor del cuello del diente. Debe respetarse un anillo gingival circundante de 2-3mm y planear cuidadosamente la técnica seleccionada para evitar dehiscencias y recesiones.

Ventana quirúrgica vestibular: consiste en remover toda la mucosa queratinizada y parte de la mucosa alveolar que recubre la corona. Problemas periodontales asociados al procedimiento como retracción gingival, falta de encía insertada e inflamación persistente conducen al abandono de este procedimiento y a la selección de otra alternativa más conservadora.

Técnica de erupción cerrada: Si el diente está retenido en la parte media del alvéolo y/o cercano a la espina nasal, se debe favorecer la erupción cerrada del diente. Se abre un colgajo para poder cementar un aditamento ya sea bracket o botón sobre el diente, se ata una ligadura metálica ó cadeneta elástica desde la corona del diente hasta el arco de alambre y se devuelve nuevamente el colgajo a su posición inicial, la tracción ortodóncica se puede comenzar pasados los primeros 8 ó 10 días.

Gingivectomía: Se realiza siempre que el diente se encuentre situado cerca de la unión cemento esmalte y presente un amplio festón gingival, de 3mm como mínimo, posteriormente se procede a cementar el bracket.

Tratamiento ortodóncico post-quirúrgico: Tan pronto como quede descubierta la corona, debe colocarse el bracket en posición adecuada en la cara vestibular de la corona del diente, para proceder a su tracción y posterior ubicación en la arcada. La fuerza extrusiva no excederá de 20gr., y debe ser ligera y continua. Se utilizan arcos ligeros y elásticos, para preservar la morfología oclusal. Mediante técnica de arco de canto se imprimirá torsión y enderezamiento radicular a fin de obtener la relación adecuada, tanto funcional como estética.

Durante todo el proceso ortodóncico es importante evitar el movimiento dentario en presencia de inflamación debido al riesgo de pérdida ósea. El respeto a la reconstrucción y mantenimiento de los tejidos peridentarios duros y blandos, presidirá toda la actividad quirúrgica y ortodóncica; la preservación de una franja funcional de encía adherida debe ser un objetivo primario en caso de dientes retenidos hacia vestibular.

Dientes retenidos hacia palatino

Existen varias opciones terapéuticas para resolver la retención palatina de los dientes anteriores, se considera que cada una de ellas con sus ventajas e inconvenientes. De ahí radica la gran importancia de realizar un examen exhaustivo de la situación y valorar la posibilidad de éxito o fracaso de cada opción. El tratamiento a elegir debe ser el más conservador, que tiene como objetivo final conducir al diente a su posición anatómica y funcional en la arcada. Sin embargo, no siempre es posible, ya que pueden surgir inconvenientes que impidan su posición final y su estabilidad a largo plazo. El último recurso es proceder a la extracción. Atendiendo al importante papel

funcional y estético de los dientes anteriores, es preferible realizar un tratamiento conservador. (19).

Las diferentes opciones terapéuticas para el tratamiento de los dientes anteriores retenidos hacia palatino son:

Abstención de todo tratamiento: En ciertas situaciones tras diagnosticar la presencia de un diente retenido en el sector anterior cuyo antecesor primario se encuentra en la arcada, el paciente tiende a renunciar a todo tipo de tratamiento, incluyendo la extracción del diente. Debemos aceptar la decisión del paciente, pero es importante que el paciente conozca las posibles implicaciones de la permanencia intraósea del diente. No debemos ignorar que el diente primario tiene una permanencia limitada y que antes o después sufrirá alteraciones estructurales y de color que afectarán significativamente la estética de la sonrisa; también deben recomendarse revisiones periódicas e incluso un adecuado control radiográfico, ya que un diente retenido tolerado durante años, puede en un momento dado ocasionar complicaciones, como la reabsorción de dientes adyacentes, el desarrollo de quistes capaces de alcanzar dimensiones insospechadas o de forma muy excepcional, la degeneración tumoral. De las posibles complicaciones, la más frecuente es la reabsorción de dientes adyacentes.

Autotrasplante: El autotrasplante puede ser eficaz cuando el diente tiene formadas dos terceras partes de su raíz, y existe suficiente espacio en la arcada. Este procedimiento tiene el inconveniente de que el canino puede anquilosarse, lo cual puede contraindicar su aplicación en pacientes en crecimiento; además se han reportado un número significativo de fracasos a corto o mediano plazo, ya que la raíz del diente trasplantado tiende a reabsorberse más o menos rápidamente y no puede asegurarse su supervivencia.

Por ello este procedimiento va seguido a medio o largo plazo, de otra fase de tratamiento en que o bien se cierra el espacio o bien se repone protésicamente si el trasplante no muestra signos de reabsorción radicular. Si la raíz se conserva intacta durante dos años, se puede suponer que el pronóstico de supervivencia es excelente. Esta alternativa de tratamiento se puede considerar para los dientes anquilosados.

Se utiliza los siguientes criterios para el autotrasplante:

- 1) Debe existir suficiente espacio en el arco para el diente.
 - 2) El diente debe ser removido sin trauma quirúrgico y
 - 3) tratamiento de endodoncia solo si existen signos de rarefacción periapical seguido a la operación. El procedimiento consiste en la exodoncia atraumática del diente y la ubicación de este en un alvéolo formado por medio de fresado a baja velocidad. Debe realizarse una férula cuyo periodo de mantenimiento varía entre 3 a 12 semanas. (19)
- Es importante considerar que existen otros tratamientos para los dientes retenidos que a continuación explica:

Exodoncia del diente retenido: La exodoncia del diente retenido se indica en las siguientes situaciones:

-Anquilosis del diente con imposibilidad de autotrasplante, aunque su angulación y altura sean muy favorables, todo intento de movilización ortodóncica conducirá al fracaso e inclusive a efectos indeseables sobre el propio diente o los adyacentes.

-Reabsorción radicular idiopática del diente retenido, se trata de un fenómeno cuya evolución progresiva resulta difícilmente controlable, incluso mediante un adecuado tratamiento endodóntico.

-Grandes ectopias con imposibilidad de asegurar el éxito de la reconducción ortodóncica del diente retenido.

Exodoncia del diente retenido y cierre ortodóncico del espacio: Se indica en las siguientes situaciones de caninos retenidos:

-En caso que el paciente presente una relación molar de Clase II en el lado de la retención y el primer premolar se encuentra en posición del canino. Si el espacio está cerrado, se recomienda reconstruir la guía canina mediante un cuidadoso tallado de la cúspide palatina del premolar y si es necesario reconstruir la cúspide vestibular.

-Si existe maloclusión con una gran discrepancia ósea dentaria, que exige la extracción terapéutica de los primeros premolares para resolver el apiñamiento. En estos casos es recomendable proceder a la exodoncia del canino retenido en sustitución del premolar del cuadrante afectado, cerrando posteriormente el espacio remanente y dejando el premolar en lugar del canino.

Exodoncia del diente retenido y posterior reconstrucción protésica: Está indicada en aquellos casos en que no sea posible la reconducción ortodóncica. Al proceder a la exodoncia del diente retenido, debemos indicar la sustitución protésica directamente, ya que disponemos del espacio adecuado para la restauración. La alternativa de restauración puede ser de tipo puente convencional ó mediante una prótesis sobre implante.

Exposición quirúrgica y posterior tracción del diente retenido:El principal objetivo es ubicarlo en el lugar que tendrá reservado en la arcada. Un factor de éxito es disponer de suficiente espacio para la ubicación del diente en la arcada. Como regla general, dicho espacio debe ser de un tercio a la mitad mayor que el tamaño del diente retenido. Por ello, antes de la apertura quirúrgica es oportuno un tratamiento ortodóncico previo para abrir espacio suficiente donde se va a ubicar posteriormente el diente. Otro aspecto importante a resaltar es la relación entre la apertura quirúrgica y el momento de comenzar la tracción.

Autores recomiendan cementar el aditamento durante el acto quirúrgico para comenzar la tracción de inmediato. Otra opción consiste en esperar tras la cirugía a que el diente haga su aparición en la cavidad bucal de forma espontánea con extensión suficiente para colocar el aditamento y comenzar la tracción ortodóncica. El tipo de aditamento que se coloque, así como el lugar en que éste se adhiera, depende de las circunstancias de cada caso en particular.

En general, es preciso optar por lo posible en vez de lo ideal, que sería colocar un bracket en su lugar definitivo. Con frecuencia se utilizan asas simples soldadas a una base de cemento directo. Presentan la ventaja que es más fácil pasar por ellas el elemento de tracción ya sea ligadura o hilo elástico, cuando las condiciones de acceso no son favorables, lo cual es frecuente. (20).

Se realizó un estudio en 20 pacientes donde comparó dos métodos de tracción de dientes retenidos. Uno era con técnica convencional de cementado directo de aditamento y otro colocando una ligadura que rodea toda la porción cervical del diente. Se concluyó que con la tracción con la ligadura que rodea al diente puede existir pérdida de inserción mayor a 1mm, alta incidencia a la reabsorción externa y anquilosis. La tracción con el aditamento de cementado directo no produce estas consecuencias. También señala que con el método de cementado directo se requiere menos extensión en la remoción de hueso. (21)

La técnica quirúrgica debe ser conservadora y realizar la mínima exposición necesaria que permita el cementado del aditamento, con el fin de respetar un anillo óseo cervical mayor de tres milímetros; así evitaremos la pérdida de soporte óseo periférico, una vez colocado el diente en la arcada. Las técnicas más utilizadas en caso de inclusión son la osteotomía simple y la osteotomía conductora de canal eruptivo, la cual consiste en labrar desde el lugar de la exposición de la corona del diente un canal óseo lo suficientemente amplio para permitir el paso de la corona hacia la zona vestibular, facilitando así el movimiento del diente.

Para comenzar la tracción del diente, deben utilizarse fuerzas ligeras y continuas a fin de evitar pérdida irreversible de soporte óseo. A diferencia de otros autores citados anteriormente, se recomienda ejercer una fuerza media de 50 a 60 gr. La dirección y el sentido de la tracción tendrán gran importancia para evitar iatrogenia periodontal. Sólo deben permitir un tipo de movimiento sea rotación o traslación, a fin de evitar lesiones del ligamento periodontal. Suele sugerirse que la dirección de la fuerza sea paralela al eje 66 del diente, y que el ángulo entre la dirección de la tracción y el eje del diente no sea mayor de 45°. (22)

Aún con fuerzas ligeras, puede producirse movimiento reactivo de los elementos de anclaje, sobre todo como consecuencia del prolongado tiempo de tracción, por ello es importante que el anclaje sea lo más resistente posible. A fin de conseguirlo, se incorpora a la unidad de anclaje el mayor número de piezas posibles mediante barras linguales o palatinas que unan los dos primeros molares; estos a su vez están unidos a todos los demás dientes de la arcada mediante arcos de estabilización.

En caso de retención de caninos, es recomendable cementar a los primeros molares permanentes un aparato de anclaje tipo Quad Hélix, en el cual se confeccionan asas en sus brazos laterales para enganchar la cadena o hilo elástico. Si se requiere que la tracción sea más hacia vestibular, se puede confeccionar una barra pequeña soldada al aditamento de la banda, con el fin de no sobrecargar los dientes adyacentes. Una vez que el diente ha alcanzado el plano de oclusión, se procede a llevarlo a su posición definitiva en la arcada dentaria, incorporándolo al arco continuo que pasa por todos los dientes, controlando sobre todo la giroversión y el torque, de tal manera de lograr la mayor estabilidad del diente tratado

Bases Legales y Bioéticas

Se reconoce a la salud como un derecho social integral, garantizado como parte del derecho a la vida y a un nivel digno de bienestar, quedando superada la concepción de la salud solo como enfermedad. (23). El artículo 83 establece con relación a la salud“, es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará

como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios”.

De acuerdo con estas disposiciones, el derecho a la salud en Venezuela goza de un reconocimiento amplio que favorece su exigibilidad y justiciabilidad. Y los profesionales de la Odontología deben tener estos conceptos siempre presentes.

Analizado lo anterior las autoras de este estudio consideran que La odontología, es ciencia y es arte. Tradicionalmente así se ha concebido, y como tal se proyecta a la comunidad que tanto espera de ella. Como ciencia, obliga a investigar para ofrecer lo mejor a la salud del cuerpo, y como arte compromete a ser creativos en grado sumo, para atender a la salud del espíritu manteniendo y mejorando las sonrisas, de cuya armonía y estética dependen tanto las relaciones humanas. Meléndez y Gutiérrez (2019).

La bioética, como toda disciplina del quehacer humano, se fundamenta en el bien y hacia él tiende constantemente, por lo tanto para comprenderla, es necesario analizar esa fuente de la cual se alimenta a través de sus cuatro raíces principales denominadas: principios de beneficencia, de normal eficiencia, de autonomía y de justicia.

Los principios bioéticos de la profesión odontológica en Venezuela, tal como lo señala la Ley del Ejercicio Profesional de la Odontología están contemplados en el Código de Deontología Odontológica.

Artículo 17. “Al ofrecer sus servicios profesionales, el odontólogo deberá acatar las disposiciones que sobre el anuncio público de servicios odontológicos se establezca en el Colegio de Deontología Odontológica”.

El Código de Deontología se declara de aceptación obligatoria para todos los Profesionales de la Odontología autorizados según el Artículo 4º de la Ley de Ejercicio de la Odontología; sus infracciones serán conocidas y sancionadas en primera instancia por los Tribunales Disciplinarios de los Colegios Regionales, de cuyas decisiones podrá apelarse en sucesivas instancias el Tribunal Disciplinario Nacional, la Junta Directiva Nacional y demás organismos de alzada previstos en el ordenamiento legal vigente.

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

Artículo 2º: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida. Cabe destacar la importancia que tiene la bioética para esta investigación, así como el compromiso de desarrollar una práctica odontológica con responsabilidad que involucre seres humanos en actividades de investigación.

A fin de evitar todas las contravenciones que puede traer un proceso de esta índole judicial la aplicación de las leyes en el profesional de odontología busca prevenir

al profesional sobre las faltas que puedan ser objeto de una investigación o apertura de proceso disciplinario, del mismo modo declara los principios que todo odontólogo debe cumplir en su praxis. Además se evitan los altos riesgos a los que están expuestos los profesionales y especialistas de la Odontología frente a las intervenciones que se practican a los pacientes en el consultorio y muchos de ellos, en su gran mayoría son previsibles. Estos riesgos al no ser manejados con responsabilidad por parte del profesional pueden traer consecuencias que atenten con la salud física, mental y emocional de la persona que recibe el tratamiento y como efecto final, que el odontólogo se vea inmerso en la apertura de procesos disciplinarios, civiles, administrativos o penales en su contra, por faltas a la ética.

Es una obligación para el profesional explicar con claridad el plan de tratamiento a quien solicite su servicio, ofreciendo las mejores alternativas, acordes a las condiciones clínicas del paciente y a su capacidad de pago, de igual forma informar al paciente sobre el riesgo previsto, posibles complicaciones y alternativas de manejo a su tratamiento dejando constancia por escrito en el Consentimiento Informado. Es de vital importancia llevar de manera organizada la historia clínica, con firmas, evoluciones al día con el componente de anexos, imágenes diagnósticas y sus respectivas interpretaciones puesto que éstas son las evidencias médico legales que ante un posible proceso disciplinario pueden salvar al odontólogo de responsabilidad. En nuestra sociedad es de conocimiento popular que pacientes insatisfechos con tratamientos odontológicos han acudido a instancias judiciales, administrativas o disciplinarias para colocar su queja o denuncia contra sus odontólogos tratantes y como consecuencia de ello, la afectación emocional, social, económica y en los antecedentes de nuestros colegas.

Cuadro N° 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores
Objetivo General	Determinar la prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica que asisten al área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2018.	
Prevalencia	Datos epidemiológicos	Edad Sexo
	Número de Dientes retenidos en el sector anterior	Frecuencia
	Cronología y secuencia de erupciones dentarias	Arcada superior Arcada inferior
Dientes	Alteraciones de erupción dentaria	Factores locales Factores generales y sistémicos.

retenidos con erupción atípica	Diagnóstico	Examen clínico Radiografías
	Abordaje del diente retenido (tratamiento)	Examen rx panorámica Grado de Formación del germen dentario Posición del diente retenido

Fuente: Meléndez, Gutiérrez (2019).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico está referido al momento y estrategias para el logro de los objetivos que hace alusión el proceso de investigación, con el fin de ponerlos de manifiesto y sistematizarlo, a propósito de permitir descubrir y analizar los supuestos del estudio y reconstruir los datos a partir de los conceptos teóricos convencionalmente operacionalizados. En este capítulo se detallan cada uno de los aspectos relacionados con la metodología que ha sido seleccionada para la investigación, la cual está justificada por las investigadoras.

Naturaleza de la Investigación

La presente investigación se desarrolló dentro del Enfoque Cuantitativo, En esta investigación se manejaron las variables de Dientes Retenidos con erupción atípica en cuanto a edad, género, prevalencia de diente retenido y tipo de tratamiento utilizado, de manera cuantitativa, demostrable, verificable y sistemática.

Diseño y Tipo de la Investigación

En atención a los objetivos propuestos para el presente estudio prevalencia de dientes retenidos con erupción atípica, la metodología a emplear fue de tipo descriptiva, y a su vez es considerada un estudio no experimental. La investigación descriptiva considera que este tipo de investigación “interpreta realidades de hecho. Incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos”(p.45). De esta forma, en el estudio se tratará de especificar, caracterizar y definir en forma precisa y contextualizada el problema objeto de estudio desde la realidad en que se presenta con el fin de describirlo, interpretarlo y entender su naturaleza. (24)

Se entiende por investigación documental el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza con apoyo, principalmente de trabajo previo, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. (25).

El diseño de investigación es la fase en la cual el investigador muestra la manera, el procedimiento operativo que aplicará para recoger la información. Esta investigación se enmarcó en un estudio de descriptivo no experimental ya que los datos de interés se recogieron de manera directa de la realidad mediante el trabajo concreto del investigador, igualmente enmarcada en la modalidad de estudio de casos, ya que se hará un estudio en profundidad y exhaustivo lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos.

La investigación es no experimental, porque se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. Al respecto refieren que “las investigaciones con diseños no experimentales son estudios donde se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos”. Este tipo de diseño no experimental puede clasificarse a su vez según el número de momentos en que se recolectarán los datos. En la investigación se analizó el nivel de las variables en un momento dado, lo que la cataloga como de tipo Transeccional o

transversal porque los datos se recolectaron en una sola medición, en un momento dado, es decir, un tiempo único. (24).

Población y Muestra

En términos de investigación, se denomina población al “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación”. (24). El presente estudio se realizó tomando como referencia la información clínica y radiográfica recolectada de una población conformada por las historias clínicas de los pacientes del área clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2018-2019 y que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Historias Clínicas completas en cuanto a examen clínico e información radiográfica.
- Pacientes sanos que no presenten ningún tipo de síndrome.
- Pacientes con dentición mixta o permanente.

Criterios de Exclusión:

- Historias Clínicas incompletas, que no reflejen con claridad el diagnóstico y no tengan radiografías.
- Pacientes con algún tipo de síndrome, hendidura alveolo palatina o dientes supernumerarios.
- Pacientes con dentición primaria.

La muestra “es la selección de algunos de los elementos con la intención de averiguar algo sobre la población de la cual están tomados”. Esto implica la necesidad de tomar una fracción de la población con la finalidad de que los investigadores puedan aplicar técnicas e instrumentos para obtener datos de forma precisa y rápida, de la población objeto de estudio. (25). Para efectos de este proceso se realizó bajo la modalidad de Muestra Probabilística intencional, el cual se define como “el subgrupo de la población en el que todos los elementos de esta tienen la misma posibilidad de ser elegidos”, del mismo modo es intencional porque los elementos seleccionados son en base al criterio o juicio del investigador. (24). La muestra estará conformada por la totalidad de 385 historias clínicas de pacientes que presentaban dientes retenidos con erupción atípica, durante el periodo 2018-2019, tomando en cuenta que, solo once (11) historias, cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Una vez seleccionado el diseño apropiado para la investigación y la muestra adecuada para el estudio, se procederá a recolectar los datos pertinentes a las variables de esta investigación, la elección de técnicas e instrumentos para la recolección de datos se realizará en función de las características del estudio. Para dicha investigación las investigadoras realizarán actividades previas para la localización, selección, organización y análisis de los documentos en estudio. Es importante dejar claro que

no existe un procedimiento único y específico para la revisión del material bibliográfico, por lo cual para llevar a cabo la presente investigación se aplicarán técnicas de revisión documental que consistieron en explorar y buscar la bibliografía que fue utilizada para el desarrollo del tema (bibliotecas, ficheros, centros de documentación, centros de información, virtual y consultas a expertos).

Una vez realizado el registro de la bibliografía consultada se procede a seleccionar y organizar los documentos, libros, artículos, revistas, entre otros, que se relacionan con la problemática en este estudio.

Por otra parte, en esta investigación se utilizará el método directo de observación, que se basa en la recolección de datos a través de la documentación clínica tomando las variables a considerar en el presente estudio. Para la revisión de las historias clínicas, se elaborará un instrumento de recolección de datos, el cual es el recurso del que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos la información, la forma del instrumento se refiere a las técnicas que se emplea para esta área.

Conforme a lo expuesto anteriormente se diseñará una hoja de registro de información. Las variables que se desarrollarán en el presente estudio son:

-Género: Femenino o Masculino.

-Edad: se agrupará la población por rangos de edades (años: de 10-18)

-Número o cantidad de Retenciones.

-Unidad de dientes retenidos con erupción atípica

-Plan de tratamiento (Ortopédico, Ortodóncico pre-quirúrgico, Quirúrgico sin tratamiento, Ortodóncico post-quirúrgico).

Entre otras técnicas de recolección de información se tiene:

Observación: La observación es un proceso que detecta y asimila los rasgos de un elemento utilizando los sentidos como instrumentos principales. El término también puede referirse a cualquier dato recogido durante esta actividad. La observación, como proceso de investigación, consiste en "ver" y "oír" los hechos y fenómenos que se quiere estudiar, y se utiliza fundamentalmente para conocer hechos, conductas y comportamientos colectivos. (24)

Se utilizará la observación como técnica de recolección de información, debido a que permite a los investigadores verificar definiciones de los términos que sustentan la teoría revisada sobre el tema.

Instrumento: Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. (27). De este modo el instrumento sintetiza en sí toda la labor previa de la investigación, resume los aportes del marco teórico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores y, por lo tanto a las variables o conceptos utilizados. Se utilizará como instrumento la historia clínica, la cual refleja los datos de todos los pacientes que ingresan al área clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2018-2019, seguidamente, las investigadoras elaborarán una lista de cotejo para determinar la presencia o ausencia de los indicadores reflejados en el cuadro de variables.

Validez del Instrumento

La validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. La guía de observación y de registro de mediciones para la recolección de datos utilizado en la presente investigación, fue validado mediante la evaluación y juicio de tres expertos en el área de Ortopedia Dentofacial y Ortodoncia, los cuales cada uno recibió una planilla de validación, donde se recogió la información, a fin de su evaluación y hacer las correcciones que tuvieran lugar, para de esta forma garantizar la calidad y certidumbre del modelo. (24).

Capítulo IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En esta parte de trabajo de grado se exponen los resultados arrojados que se han dado gracias al proceso de recolección de la información, los cuales fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes que acuden a la Universidad José Antonio Páez. En San diego, Estado Carabobo, con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia en el periodo 2018-2019-1cr.

En relación al proceso de recolección se efectuó a través de una guía de observación, la cual permitió los datos necesarios para el análisis de interpretación de lo mismo, donde se estudiaron todas las variables tales como; Datos epidemiológicos edad y sexo, Número de dientes retenidos, cronología y secuencia de erupción dentaria, factores sistémicos, radiografía.

Para la presentación de los resultados se procedió a efectuar una clasificación que permitió un registro de la información obtenida de los registros odontológicos del periodo 2018-2019. En cuanto al proceso de información se hizo con la ayuda de sistema operativo Windows en su versión 2007, en el se efectuó la tabla y los gráficos, para facilitar el análisis de los resultados. A continuación se presentan los resultados de trabajo de grado.

Tabla N° 1: Distribución dentaria por edad en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Edad	N° de niños (f)	%
7 a 9	1	9%
10 a 12	10	91%
13 a 15	0	0%
Total de Pacientes	11	100%

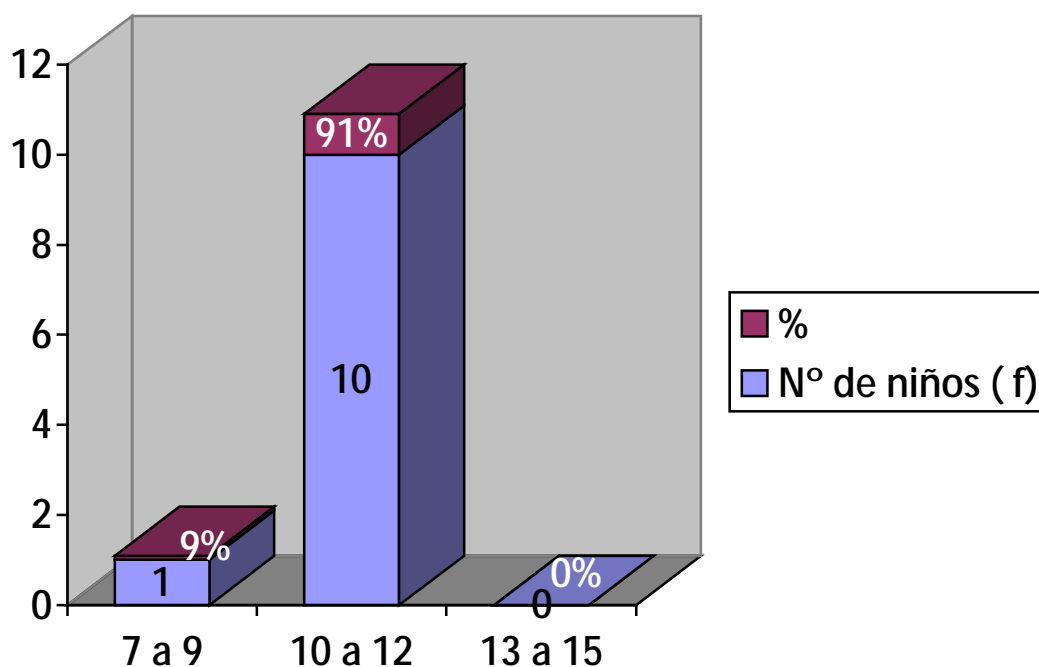


Gráfico 1: Distribución dentaria por edad en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: en relación a la distribución dentaria por edad se puede decir que el grupo más predominante que acudió a la consulta odontológica en la Universidad José Antonio Páez con problemas odontológicos de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica fueron las edades (10-12 años) con un 91%, seguido de los niños con edad de (7-9 años) con un 9%, no se reportó pacientes cuya edad entraban en (13-15 años).

Tabla 2: Distribución dentaria por sexo en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Sexo	N° de niños	%
Femenino	5	45%
Masculino	6	55%
Total de pacientes	11	100%

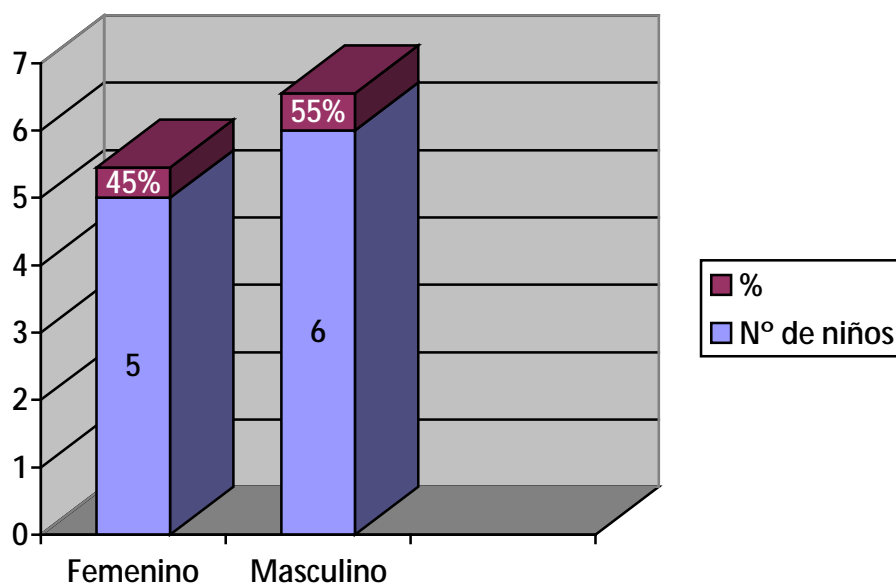


Gráfico 2: Distribución dentaria por sexo en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: Se pudo observar en las historias clínicas de la Universidad José Antonio Páez, en Valencia Estado Carabobo, en el periodo 2018-2019-1cr, que los pacientes que acuden con dientes retenidos fue el sexo masculino con un (55%) y un (45%) el sexo femenino.

Tabla 3: Distribución dentaria por unidad dentaria retenida en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Ud retenida	Nº de niños	%
Incisivos superiores	1	5%
Canino superior derecho	7	39%
Canino superior izquierdo	7	39%
Incisivos inferiores	0	0%
Canino inferior derecho	1	6%
Canino inferior izquierdo	2	11%
Total de pacientes	18	100%

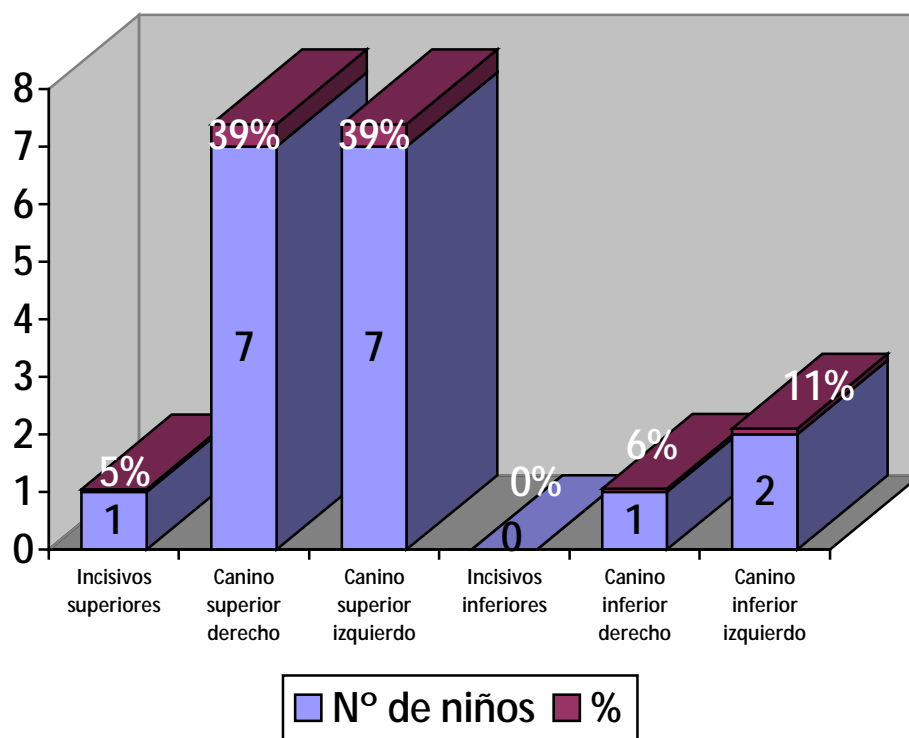


Gráfico 3: Distribución dentaria por unidad dentaria retenida en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: en relación a la distribución por unidad dentaria retenida se puede decir que las unidades dentarias retenidas más predominante que acudió a la consulta odontológica en la Universidad José Antonio Páez casualmente se presentó el mismo porcentaje en los caninos superiores con un 39%, seguido del canino inferior izquierdo con un 11%, mientras el canino inferior derecho obtuvo un 6%, por otro lado los incisivos superiores con un 5% y los incisivos inferiores no se reportó dientes retenidos 0%.

Tabla 4: Distribución dentaria por enfermedades respiratoria en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Enfermedades Respiratoria	Nº de niños	%
Si	4	36%
no	7	64%
Total de pacientes	11	100%

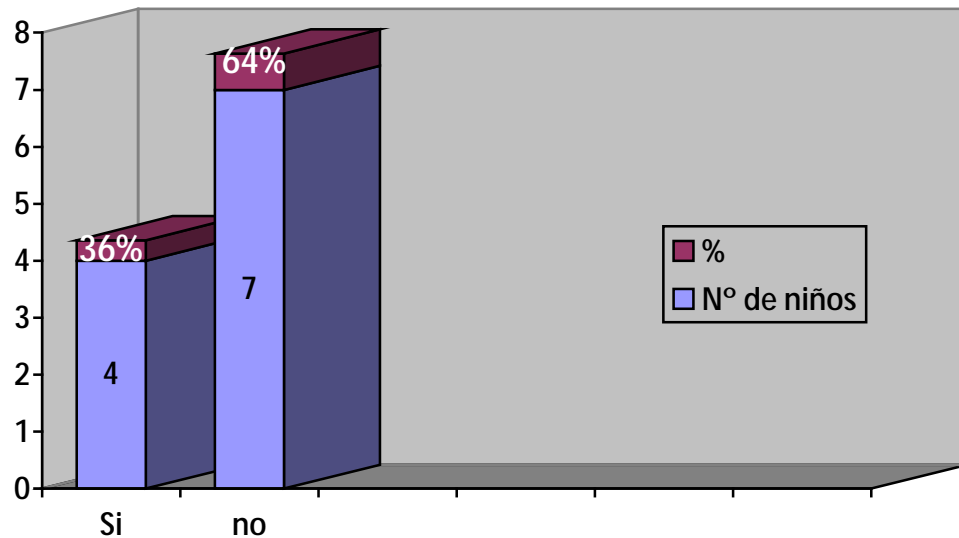


Gráfico N° 4: Distribución dentaria por enfermedades respiratoria en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: Se pudo observar en las historias clínicas de la Universidad José Antonio Páez, en Valencia Estado Carabobo, en el periodo 2018-2019-1cr, que los pacientes que acuden con dientes retenidos no sufren de enfermedades respiratoria con un 64%, seguido de los pacientes que si sufren enfermedades respiratoria con un 36%.

Tabla 5: Distribución dentaria por la presencia o ausencia del germen dentario en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Germen Dentario	N° de niños	%
presente	11	100%
ausente	0	0%
Total de pacientes	11	100%

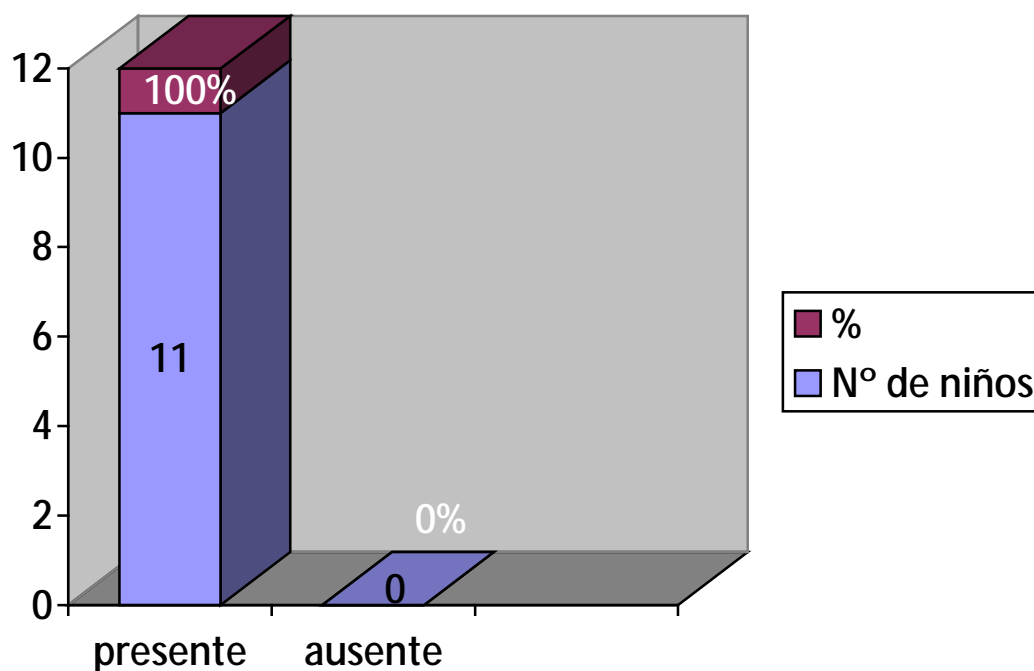


Gráfico N° 5: Distribución dentaria por la presencia o ausencia del germen dentario en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: se pudo observar en las radiografías de las historias clínicas en el periodo 2018-2019-1cr, que el 100% de la población tienen presente el germen dentario.

Tabla N° 6: Distribución dentaria por el espacio disponible en la arcada en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Espacio disponible	N° de niños	%
si	0	0%
no	11	100%
Total de pacientes	11	100%

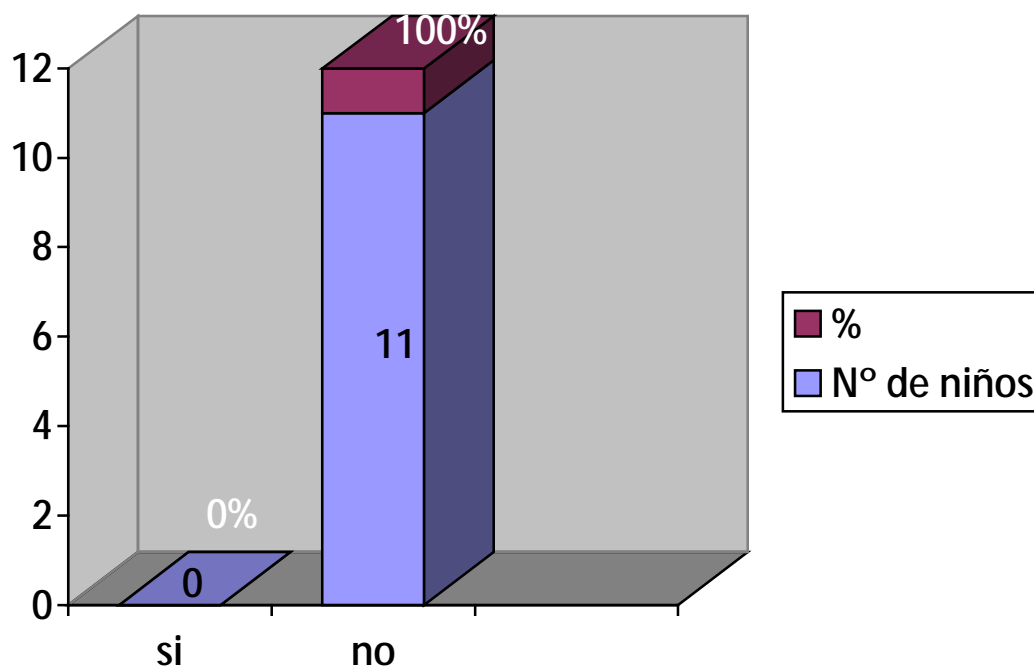


Gráfico N° 6: Distribución dentaria por el espacio disponible en la arcada en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: en relación a la distribución por el espacio disponible del diente retenido en la arcada, en la Universidad José Antonio Páez en Valencia Estado Carabobo, en el periodo 2018-2019-1cr, se observa que en el 100% de la población se presentó una incompatibilidad física del tamaño de la arcada con respecto al tamaño de los dientes, es decir si comparamos la longitud de la arcada con la sumatoria de todas las dimensiones de los dientes que deben erupcionar en esta nos damos cuenta que esta última dimensión es superior, por lo que resultaría imposible que todas las unidades dentarias estén contenidas en el maxilar

Tabla N° 7: Distribución dentaria por la posición del diente retenido en la arcada en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Posición del diente	Nº de niños	%
maxilar	11	85%
mandibula	2	15%
Total de pacientes	13	100%

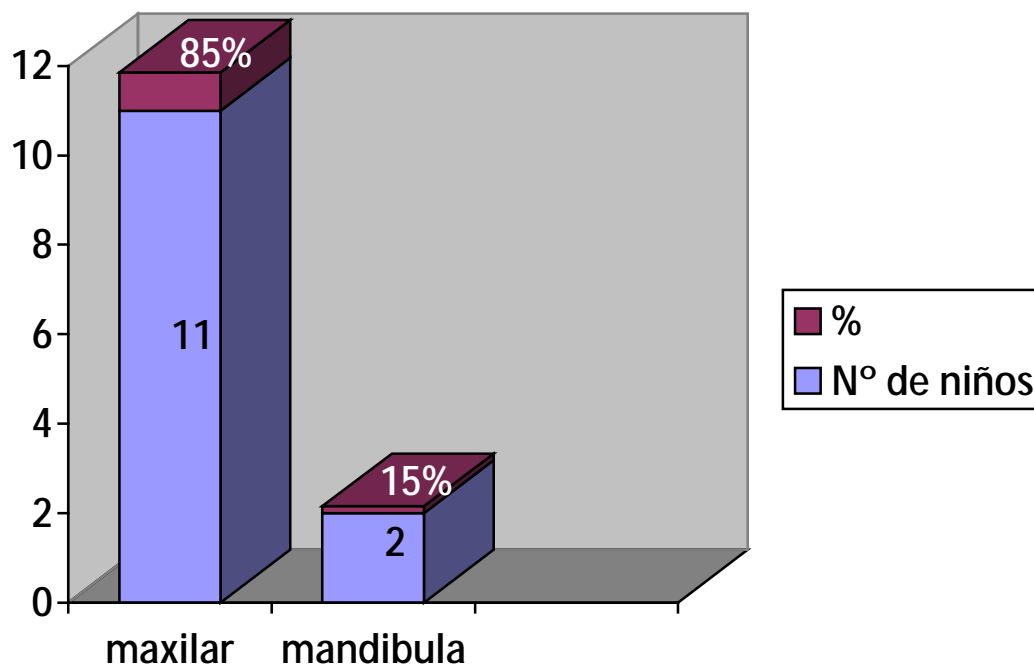


Gráfico N° 7: Distribución dentaria por la posición del diente retenido en la arcada en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: se pudo observar en las radiografías de las historias clínicas en la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-2019-1cr, que la mayoría de los dientes retenidos se observa en el maxilar con un 85%, mientras que un 15% se localiza en la mandíbula.

Tabla N° 8: Distribución radiográfica en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Radiografías	Nº de niños	%
panorámica	11	100%
oclusal	0	0%
pereapical	0	0%
Total de pacientes	11	100%

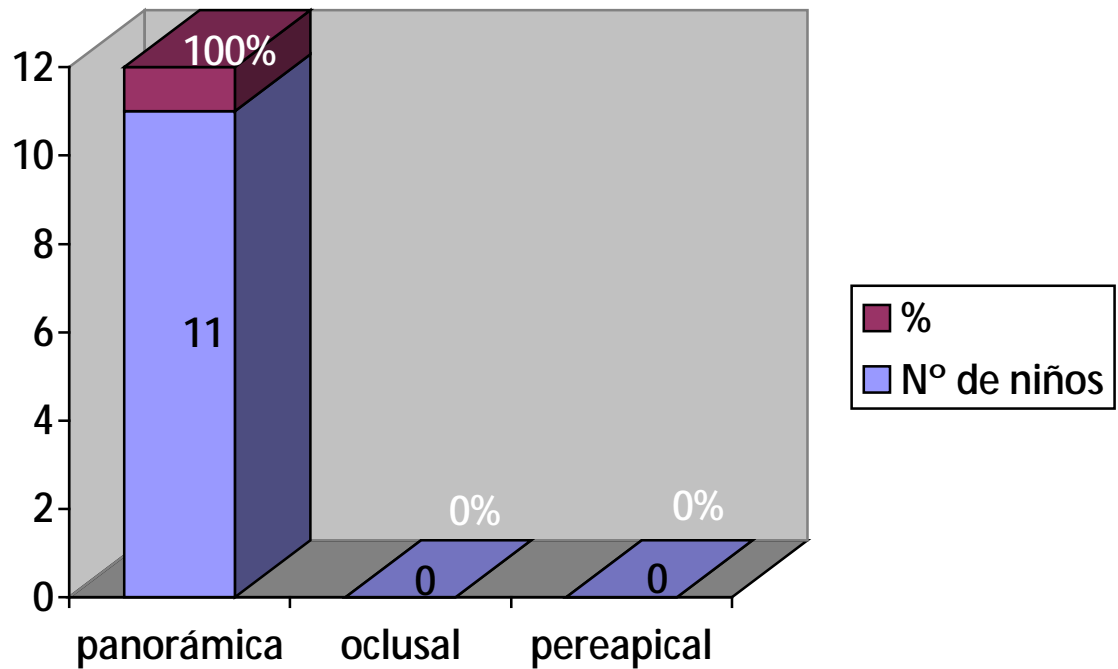


Gráfico N° 8: Distribución radiográfica en el periodo 2018-2019-1cr con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica

Fuente: Melendez, Gutierrez.

Análisis de Resultados: en relación a la distribución por radiografía de los dientes retenidos, en la Universidad José Antonio Páez en Valencia Estado Carabobo, en el periodo 2018-2019-1cr, se pudo observar que el 100% son radiografías panorámicas.

Discusión de resultados de la prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia UJAP periodo 2018-2019-1cr

En esta variable se puede observar que los resultados del periodo 2018-2019-1Cr, se estudiaron 385 historias clínicas, los cuales de 385 historias clínicas, solamente 11 historias clínicas tenían afecciones odontológicas con dientes retenidos, donde se indagaron en los registro de las historias clínica la incidencia de los casos reportados con la condición de dientes retenidos, en el se observo incidencias que Radi (2009) denomina, dientes retenidos es aquello que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su

saco pericoronario fisiológico; pueden estar íntegramente rodeados por tejido óseo (retención intra ósea) o estar cubiertos por la mucosa gingival (retención gingival).

En las historias clínicas de la Universidad José Antonio Páez se pudo realiza una muestra de 85% en el maxilar, seguido de 15% en la mandíbula.

Es importante conocer la ubicación que presenta los dientes retenidos, en el se observó la clasificación que está dada por el Dr. Williams en 1982, sugiere: Primero, se debe establecer la ubicación de la retención si se encuentra en el maxilar o la mandíbula.

En cuanto a los resultados emitidos se pudo evidenciar que el resultado fue variado en este periodo de ocho meses, pero se evidenció que se registran 11 casos con dientes retenidos. En la cual tuvo mayor relevancia los caninos superiores con una muestra de 39% cada uno. En relación a este punto Colmenares y Mendoza (2016) indica en su trabajo, “Tratamiento quirúrgico de caninos retenidos en el municipio Colón de la ciudad de San Carlos del estado Zulia en el periodo 2015-2016”, que el canino retenido más afectado fue el superior derecho para un 42.5%

Capítulo V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta parte de trabajo de investigación se presenta los resultados obtenidos durante los procesos de recolección de datos a través de una guía de observación, que, que permitió recabar información a fin de responder a las interrogantes planteado en el presente estudio, donde se obtuvo de las historias clínicas de la Universidad José Antonio Páez, en Valencia Estado Carabobo. A continuación se da respuesta en relación a la incidencia de los casos reportados con prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica del área clínica de ortopedia y ortodoncia Ujap periodo 2018-2019-1cr

El número de casos reportados durante el periodo 2018-2019-1cr son 11 con dientes retenidos, de los cuales los niños representa la mayor cantidad de pacientes reportados en las historias clínicas de la Universidad José Antonio Páez con una media de 55%. Seguido de las niñas con un 45%.

Hay que destacar que, las razones por la cual se presenta este tipo de problemas que afecta la salud bucal de los pacientes es multifactorial a quienes expresan que es producto de el desarrollo filogenético y el de la propia civilización, por los distintos tipos de dietas que evoluciona con la humanidad y provocan interferencias en el desarrollo de los maxilares. Estos factores influyen en el incremento de la discrepancia entre huesos y dientes, lo cual trae como consecuencia un aumento de la incidencia de este síndrome.

En relación al objetivo de conocer cuáles de los tipos de afecciones odontológicas de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica eran más frecuentes en la Universidad José Antonio Páez, en Valencia Estado Carabobo en el periodo 2018-2019-1cr, y se pudo conocer lo siguiente:

Lo que más se observo en este periodo, que los pacientes sanos representaban un porcentaje aceptable tuvo una media de 64% en cambio la relación a los pacientes que si sufren de enfermedades respiratoria con un 36%.

Se recomienda el uso de radiografías tanto panorámica como radiografías oclusal y peregical, esto va a ayudar con el diagnostico preciso de los dientes retenidos.

ANEXO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores
Objetivo General	Determinar la prevalencia de dientes retenidos en pacientes con erupción atípica que asisten al área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2018.	
Prevalencia	Datos epidemiológicos	Edad Sexo
	Número de Dientes retenidos en el sector anterior	Frecuencia
Dientes retenidos con erupción atípica	Cronología y secuencia de erupciones dentarias	Arcada superior Arcada inferior
	Alteraciones de erupción dentaria	Factores locales Factores generales y sistémicos.
	Diagnóstico	Examen clínico Radiografías
	Abordaje del diente retenido (tratamiento)	Examen rx panorámica Grado de Formación del germen dentario Posición del diente retenido

Fuente: Meléndez, Gutiérrez (2019).



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



San Diego, 2 de Mayo del 2019

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Trabajo de Grado titulado: "PREVALENCIA DE DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES CON ERUPCIÓN ATÍPICA DEL ÁREA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA UJAP PERIODO 2018-2019-1CR" ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su presentación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

José M. Géstimo O.
Nombre Tutor Académico

José M. Géstimo O.
Firma

20/05/19
Fecha

Nora de Fraino

José M. Géstimo O.
V-12.930.934



Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

San Diego, 09 de Abril del 2019

Marina Araujo
Jefe de Archivo
Universidad José Antonio Páez
Presente.-

El presente es con la finalidad de autorizar se le suministre las historias de Ortopedia y Ortodoncia a las Bns. VALERIA GUTIERREZ, CI 27.298.282 y ALLIANA MELENDEZ, CI 27.276.111

Sin más por los momentos, se despide cordialmente

Atentamente

Dra. Melba Oyiedo de Géstine
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe Nora De Fraíno, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 3.990.402, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Valeria Gutiérrez, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 27.298.282, y Ailiana Meléndez portador(a) de la Cedula de Identidad N° 27.276.111, titulado **PREVALENCIA DE DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES CON ERUPCION ATIPICA DEL AREA CLINICA DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA UJAP PERIODO 2018-2019** presentado como requisito parcial para optar al titulo de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 4 días del mes de Abril del año dos mil diecinueve.

(Firma autógrafa)

Nora De Fraíno

Nombres y apellidos

C.I. 3.990.402

BIBLIOGRAFÍA

1. Radi J (2009). Protocolo quirúrgico para el manejointerdisciplinario de caninos retenidos en el maxilar superior. RevFacOdontUnivAnt.
2. Canut J (2009). Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona, España. Editorial Masson.
3. Andrearsen (1999). Manual de ortodoncia. 4 ed. México, DF: Editora Médica Panamericana.
4. Medina (2017). Prevalencia de erupciones dentales atípicas en un grupo de pacientes pediátricos. Acta Odontológica Venezolana. Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela, ISSN 0001-6365, Vol 51, N° 5
5. Lugo y Toyo (2017). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las erupciones dentales atípicas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
6. Acosta y Sardiña (2016). Aparato removible para tracción del canino retenido en el paladar.
7. Colmenares y Mendoza (2016). Tratamiento quirúrgico de caninos retenidos en el municipio Colón de la Ciudad de San Carlos del Estado Zulia en el periodo 2015–2016. Universidad del Zulia.
8. Ugalde F. (2015) Ortodoncia Teoría y Clínica. Medellín, Colombia. Corporación para investigaciones biológicas.
8. Ugalde (2015). Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. Presentación de un estudio de 1000 pacientes. Acta Odontológica Venezolana, ISSN 0001-6365, Vol.51, N°. 1.
9. Hurme, V (2011). Ranges of normality in eruption of permanent teeth.
10. Raspall G. (2002). Cirugía Oral. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid.
11. Donado, M (2016). Cirugía Bucal: Retenciones Dentarias. Madrid.
12. Berten-Ciescynski (2015).
13. D'Escriván, L (2017). Ortodoncia en Dentición Mixta. Caracas, Venezuela. Editorial Amolca.
14. Wasserstein A y cols B (1997). Incomplete canine transposition and maxillary central incisor impaction. A case report. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.
15. Gay C, Berini A. (2018). Cirugía Bucal. Ediciones Ergón. 1ra edición. Madrid: España.
16. Goaz y White (2017), presentó una técnica de localización radiográfica específica para dientes retenidos en el sector anterior. En una radiografía cefálica lateral, se realizan
16. Goaz y White (2015). Características en dentición Decidua: Prevalencia de los tipos de Arcos y su Repercusión en la Dentición Permanente
17. Casas, A (2017). Aparato removible para tracción del canino retenido en el paladar. RevMéd Electrón [Internet].
18. Crawford

19. Moss, M (1993). Revista CES odontología. ISSN 0120-971X Electrónico 2215-918. Facultad de Odontología, Universidad CES. Medellín, Colombia
20. NandaR (2016). Biomecánica en Ortodoncia Clínica. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.
21. Boyd, R (2011).Clinical assessment of injuries in orthodontic movement of impacted teeth. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.
22. Crescini, A(1994). Tunnel traction of infraosseous impacted maxillary canines. A three-year periodontal follow-up.Am J OrthodDentofacialOrthop.
23. Constitución de Venezuela (1999). Publicaciones Gaceta Oficial de la Asamblea Nacional Constituyente. Caracas - Venezuela
- 25Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2011). Manual de trabajo de grado especialización, maestría y tesis doctoral.
24. Hernández S Fernández C y Baptista L (2011).Proyecto de Investigación- Introducción a la Metodología Científica. 5ta Edición. Caracas- Venezuela.
26. Tamayo y Tamayo (2003). El proceso de investigación científica. México: Editorial Limusa.
27. Galindo (2010). Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC.
28. Sabino, C (1996). El Proceso de Investigación. 3 Ed. Colombia Panamericana. P 149-150.