



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de Salud Humana

Carrera de Odontología

Etiología dientes retenidos en adultos mediante revisión bibliográfica.

Trabajo de Integración Curricular,
previo a la obtención del título de
Odontóloga.

AUTORA:

Gina Narcisa Caiminagua Macas

DIRECTORA:

Dra. Esp. Ana María Granda Loaiza

Loja – Ecuador

Año 2023



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 31 de marzo de 2023

DE: Dra. Esp. Ana María Granda Loaiza

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Esp. Susana González Eras

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ASUNTO: CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **"Etiología de dientes retenidos en adultos mediante revisión bibliográfica."** de la autoría de la **Srta. Gina Narcisca Caiminagua Macas**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



Escaneado desde el dispositivo móvil por
ANA MARIA GRANDA
LOAIZA

.....
Dra. Esp. Ana María Granda Loaiza

Directora del trabajo de Integración Curricular

Autoría

Autoría Yo, **Gina Narcisa Caiminagua Macas**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.



Firma:

Autora: Gina Narcisa Caiminagua Macas

Cédula de identidad: 0706491925

Fecha: 22 de noviembre, 2023

Correo electrónico: gina.caiminagua@unl.edu.ec

Teléfono: 096 953 0195

Carta de autorización

Carta de autorización por parte del autor/a, para consulta, reproducción parcial o total, y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular.

Yo, **Gina Narcisa Caiminagua Macas**, declaro ser autor/a del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Etología dientes retenidos en adultos mediante revisión bibliográfica**, como requisito para optar por el título de **Odontóloga** autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los veintidós días del mes de noviembre de dos mil veintitrés.



Firma:

Autor/a: Gina Narcisa Caiminagua Macas

Cédula: 0706491925

Dirección: Calle Epiclachima – Mayas

Correo electrónico: gina.caiminagua@unl.edu.ec

Teléfono: 096 953 0195

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director/a del Trabajo de Integración Curricular: Dra. Ana María Granda Loaiza Esp.

Dedicatoria

Dedico mi Trabajo de Integración Curricular primeramente a Dios y a la Virgen del Cisne, por haberme dado la vida, guiarme, acompañarme en este camino ayudándome a concluir mi carrera y no dejarme caer ante los problemas que se presentaban.

Mis padres Joffre Caiminagua y Esperanza Macas por ser ellos el pilar fundamental de mi vida y por todo el apoyo que recibí durante estos años de estudios, a mi novio Jordy y a mi hijo por su apoyo, constancia, por su amor incondicional y cariño, que me ha impulsado a salir adelante, además de saber que mis logros también son suyos, a mis hermanos, a mis abuelitos maternos, familiares, amigos y docentes por siempre brindarme esas palabras de aliento y consejos.

Gina Narcisa Caiminagua Macas

Agradecimiento

Primero quiero agradecer a Dios, a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar esta carrera universitaria.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a mis padres, hermanos y familia por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí unas personas de bien.

A la Doctora Ana Granda y todos los docentes que me brindaron su ayuda para llevar a cabo mi Trabajo de Integración Curricular, además a los docentes que me guiaron y brindaron grandes conocimientos en el transcurso de la carrera, gracias por todo su esfuerzo.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que me apoyaron para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Gina Narcisa Caiminagua Macas

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
1 Título	1
2 Resumen	2
Abstract.....	3
3 Introducción	4
4 Marco teórico	5
Definición de dientes retenidos.....	5
Cronología de erupción dentaria.....	5
Embriología.....	6
Diferencia entre inclusión, retención, impactación, mal posición dentaria y dientes supernumerarios.....	6
Factores etológicos locales y generales	7
4.1.1 Extracción de los dientes deciduos.....	7
4.1.2 Caries en los dientes deciduos.....	8
4.1.3 Malposición primaria del germen dentario.....	8
4.1.4 Falta de espacio en la arcada dentaria.....	8
4.1.5 Obstáculo en el trayecto eruptivo	8
4.1.6 Anquilosis	8

4.1.7	Alteraciones en el folículo.....	9
	Factores sistémicos.....	9
4.1.8	Retraso fisiológico de la erupción.....	9
4.1.9	Desordenes genéticos.....	9
4.1.10	Alteraciones endocrinas.....	10
4.1.11	Raquitismo.....	10
4.1.12	Síndromes.....	10
	Clasificación de la retención dentaria.....	10
	Tipos de inclusión dentaria.....	10
	Prevalencia de dientes retenidos.....	10
	Caninos retenidos.....	11
4.1.13	Factores locales retención canina:.....	11
4.1.14	Complicaciones de la retención.....	11
4.1.15	Complicaciones de origen mecánico:.....	12
4.1.16	Complicaciones de origen infeccioso:.....	12
4.1.17	Complicaciones de origen nervioso:.....	12
	Terceros molares retenidos.....	12
4.1.18	Etiología:.....	12
4.1.19	Embriología:.....	12
4.1.20	Clasificación de Pell y Gregory.....	12
4.1.21	Profundidad relativa del tercer molar al hueso.....	13
4.1.22	Complicaciones.....	14
	Complicaciones de dientes retenidos.....	14
4.1.23	Complicaciones infecciosas.....	14
4.1.24	Complicaciones mecánicas.....	15

4.1.25	Complicaciones neuromusculares.	16
4.1.26	Complicaciones Traumatológicas.....	16
4.1.27	Complicaciones tumorales:.....	16
	Iatropatogénias en extracción de retenciones dentarias	16
4.1.28	Diagnóstico.....	17
4.1.29	Instrumentos a emplear para su diagnóstico.....	17
	Rayos x.....	17
4.1.30	Tomógrafos multisecciones (MSCT)	18
4.1.31	Telerradiografía lateral.	18
4.1.32	Radiografías panorámicas.....	18
4.1.33	Radiografías oclusales.	18
4.1.34	Radiografía periapical.....	18
4.1.35	Radiografía mesio o disto-radial.....	19
	Tratamiento.....	19
4.1.36	Abstención terapéutica.....	20
4.1.37	Tratamiento de extracción quirúrgica.....	20
4.1.38	Tratamiento ortodóntico prequirúrgico.....	21
4.1.39	Tratamiento ortodóntico-quirúrgico	21
4.1.40	Tratamiento ortodóntico prequirúrgico.....	21
4.1.41	Tratamiento ortodóntico Final	21
4.1.42	Trasplante y autotrasplante dentario	22
4.1.43	El desencapuchamiento	22
4.1.44	Excéresis del folículo dentario.....	23
5	Metodología.....	24
	Diseño de la investigación	24

Tipo de estudio.....	24
Recopilación de información.....	24
Estrategia de búsqueda.....	24
Universo y muestra.....	25
5.1.1 Universo.....	25
5.1.2 Muestra.....	25
5.1.3 Criterios de selección.....	25
6 Resultados.....	27
7 Discusión.....	31
8 Conclusiones.....	33
9 Recomendaciones.....	34
10 Bibliografía.....	35
11 Anexos.....	39

Índice de tablas:

Tabla 1. Dentición primaria -----	5
Tabla 2. Dentición permanente -----	5
Tabla 3. Relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar.-----	13
Tabla 4. Posición del tercer molar de profundidad al hueso -----	13
Tabla 5. Tipos de radiografías intraorales y extraorales-----	17
Tabla 6. Prevalencia de dientes retenidos en pacientes adultos mayores.-----	27
Tabla 7. Tratamientos en dientes retenidos en pacientes adultos mayores.-----	29

Índice de figuras:

Ilustración 1. Posición del tercer molar de profundidad al hueso	13
Ilustración 2. Prevalencia de dientes retenidos	45
Ilustración 3. Tratamiento de dientes retenidos	45

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de artículos	39
ANEXO 2: Pertinencia de trabajo de integración curricular	46
ANEXO 3: Certificado de traducción	47

1 Título

Etiología dientes retenidos en adultos mediante revisión bibliográfica.

2 Resumen

La retención dental actualmente es muy frecuente dependiendo de sus factores etiológicos, los dientes retenidos son órganos dentales que se encuentran parcial o totalmente desarrollados, los mismos que no erupcionan en su época normal y permanecen en el interior de los maxilares manteniendo integridad de su saco pericoronario. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia y tratamiento de los dientes retenidos en adultos. La presente investigación corresponde a una revisión bibliográfica, de tipo documental, descriptivo, transversal y analítico, las bases de datos y buscadores utilizados para la recopilación de información fueron Google Scholar, Scielo, Medlin Pubmed y Cochrane donde se seleccionaron artículos con un tiempo de publicación comprendida entre el año 2013-2023. Para la elaboración de los resultados, se trabajó con una muestra de 26 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Como resultado de la investigación se determinó la mayor prevalencia en caninos y terceros molares debido a la densidad del hueso, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, discrepancia entre el tamaño de las piezas dentarias y la longitud de la arcada dentaria.

De igual manera el tratamiento ideal para la retención dental es el tratamiento ortodóntico-quirúrgico.

Palabras claves: *Retención Dental, terceros molares, caninos, impactación, inclusión dentaria.*

Abstract

Dental retention is nowadays very frequent depending on its etiological factors; retained teeth are dental organs partially or fully developed, which do not erupt in their accustomed period and remain in the interior of the jaws while maintaining the integrity of their peri-coronary sac. For this reason, the objective of the present study was to determine the prevalence and treatment of retained teeth in adults. This investigation corresponds to a bibliographic review of a documentary, descriptive, transversal, and analytical type; the databases and search engines used for the collection of information were Google Scholar, Scielo, Medlin Pubmed, and Crochane, where we selected articles with a time of publication between 2013-2023. To elaborate on the results, we worked with samples from 19 scientific Articles that met the inclusion criteria. As a result of the research, we determined the highest prevalence in canines and third molars due to bone density, lack of space in underdeveloped jaws, and the discrepancy between the size of the teeth and the length of the dental arch.

The ideal treatment for dental retention is the orthodontic-surgical procedure.

Keywords: *Dental retention, third molars, canines, impaction, dental inclusion*

3 Introducción

Las retenciones dentarias en la actualidad son fenómenos muy frecuentes, sin embargo, hay una considerable variación en la topografía según la región bucal. La retención dentaria puede darse a consecuencia de factores locales como obstrucciones mecánicas (dientes, quistes, tumores, entre otros), espacio insuficiente en la arcada dental debido a incongruencias esqueléticas (micrognatia), pérdida prematura de dientes deciduos o discrepancias en el tamaño diente-arco, y/o factores sistémicos tales como desórdenes genéticos, deficiencias endocrinas, e irradiación previa de la mandíbula. (Castañeda et al., 2015)

La prevalencia de retenciones dentarias en general puede causar enfermedades como caries, infecciones alrededor de sus piezas dentales adyacentes, también enfermedad periodontal, lesiones orales, quistes, tumores aproximadamente un 16% de los casos (Echeverria, 2017) .

La importancia de evaluar la retención radica en que la pieza dental mantiene su saco folicular, cuyo epitelio mantiene la capacidad de diferenciación con posible progresión a lesiones tumorales (formación de quistes dentígeros, queratoquiste odontogénico, ameloblastoma, entre otros), además la estructura dental puede presentar complicaciones como presencia de caries dental y enfermedad pulpar.

La literatura indica que el análisis imagenológico mediante radiografía panorámica es el estándar para el diagnóstico en la práctica odontológica diaria, ya que devela la presencia de dientes impactados, retenidos y/o incluidos en la arcada dental, y otra variedad de patologías de los tejidos óseos y dentales, lo cual es imposible considerar a través del examen clínico de la cavidad bucal, esto unido a la alta accesibilidad por parte de los pacientes. Es muy importante que el cirujano dentista haga la valoración previa de la retención dentaria y concienciar de sus limitaciones. (Paredes, 2020)

Dentro de los medios que se emplean para el tratamiento generalmente requiere de un enfoque multidisciplinar, incluyendo opciones de: no emplear tratamiento, tratamiento interceptivo, extracciones, autotransplante y tratamiento ortodóntico Los procedimientos quirúrgicos relacionados con la retención van hacer clasificados de acuerdo a la edad del paciente, su desarrollo dental y posibilidades de erupción.

4 Marco teórico

Definición de dientes retenidos.

Los dientes reenidos son los órganos dentales que se encuentra parcial o totalmente desarrollados, las cuales no erupcionan en su época normal y permanecen en el interior de los maxilares manteniendo integridad de su saco pericoronario, lo mismo que detiene su trayecto de erupción por un bloqueo de una barrera física u otros factores que impidan la erupción normal y alcanzar su posición correcta dentro de las arcadas dentarias y ayudar a mantener una buena oclusión (Fundadora y Rodriguez , 2020).

Cronología de erupción dentaria

Tabla 1. Dentición primaria

Dientes superiores	Edad de erupción	Caída de dientes
Incisivo central	8 – 12 meses	6 – 7 años
Incisivo lateral	9 – 13 meses	7 – 8 años
Canino	16 – 22 meses	10 – 12 años
Primer molar	13 – 19 meses	9 – 11 años
Segundo molar	25 – 33 meses	10 – 12 años
Dientes inferiores	Edad de erupción	Caída de dientes
Incisivo central	6 – 10 meses	6 – 7 años
Incisivo lateral	10 – 16 meses	7 – 8 años
Canino	17 – 23 meses	9 – 12 años
Primer Molar	14 – 18 meses	9 – 11 años
Segundo Molar	23 – 31 meses	10 – 12 años

Tabla 2. Dentición permanente

Dientes superiores	Erupción	Dientes inferiores	Erupción
Incisivo central	7 – 8 años	Incisivo central	6- 7 años
Incisivo lateral	8 – 9 años	Incisivo lateral	7 – 8 años
Canino	11 – 12 años	Canino	9 – 10 años
Primer premolar	10 – 11 años	Primer premolar	10 – 12 años
Segundo premolar	10 – 12 años	Segundo premolar	11 - 12 años

Primer molar	6 – 7 años	Primer molar	6 – 7 años
Segundo molar	12 – 13 años	Segundo molar	11 – 13 años
Tercer molar	17 – 21 años	Tercer molar	17 – 21 años

Embriología

Durante la formación dental participan dos capas germinativas: el ectodermo que origina el esmalte y el ectomesenquima que da origen al complejo dentinopulpar, el cemento, el ligamento periodontal y hueso alveolar.

Durante la sexta semana de vida intrauterina (aproximadamente 45 días), comienza el ciclo vital de los dientes temporales y permanentes. Este ciclo inicia con la diferenciación de la lámina dental a partir del ectodermo que tapiza la cavidad bucal primitiva, y hacia la octava semana después de una actividad proliferativa intensa y localizada se forman 10 brotes epiteliales dentro del ectomesenquima en lugares específicos en cada maxilar, correspondiente a los 20 dientes deciduos.

De la lámina dental también se originan los 32 gérmenes de los dientes permanentes. Hacia el 5 mes intrauterino, los primeros incisivos, los caninos y premolares se forman como resultado de la actividad proliferativa aumentada del lado lingual de germen dentario deciduo, pero los molares al no tener predecesores deciduales deben esperar hasta que los maxilares hayan crecido lo suficiente para que la lámina dental se extienda hacia atrás, por debajo del epitelio de revestimiento de la mucosa bucal y se den los crecimientos epiteliales dentro del ectomesénquima. Así los indicios del primer molar permanente aparecen en el cuarto mes de gestación, pero los segundos y terceros molares comienzan su desarrollo después de los 4 o 5 años de edad (Carolina, 2015).

Diferencia entre inclusión, retención, impactación, mal posición dentaria y dientes supernumerarios.

En la bibliografía, es frecuente observar cómo los términos inclusión, impactación y retención se usan erróneamente de forma indistinta. Sin embargo, no son sinónimos si bien los tres se refieren a alteraciones eruptivas. La inclusión, retención e impactación dentaria son alteraciones que pueden tener diferencias que implican la necesidad de analizarse individualmente para entender su comportamiento; también tienen una similitud específica, en la cual el diente no tiene un proceso de erupción adecuado, pero en cada una tiene una característica especial.

La retención dental no alcanza la perforación del hueso y no hay evidencia de alguna barrera física que impida su erupción, dando, así como resultado a una retención primaria; por otra parte, cuando existe la presencia de una barrera física la cual impide esta erupción se le conoce como retención secundaria, este obstáculo puede ser tanto un diente como una estructura ósea.

La impactación consiste en la interrupción del proceso de erupción debido a una obstrucción o posición anormal de dientes adyacentes, mientras que, en la inclusión, el diente está cubierto completamente por hueso y a pesar de esto conserva su saco folicular una vez pasado su periodo de erupción (Mantilla et al., 2019)

La mal posición dentaria se refiere cuando el eje o posición dentaria se desvía de la dirección normal de la erupción.

Mientras tanto decimos que un diente ectópico son aquellas piezas dentales que se desarrollan distantes de su sitio de la localización normal y transmigrado denota un diente que ha cruzado la línea media más de la mitad de su longitud (Carolina, 2015).

Los dientes supernumerarios son piezas dentales adicionales o un exceso del número normal de la dentición ya sea tanto en dientes temporales como en dientes permanentes, esta alteración también es conocida como hiperodoncia o hipergenecia (Estévez, 2020).

Factores etológicos locales y generales

Los dientes retenidos detienen su erupción por una obstrucción o una barrera física ya sean factores generales o sistémicos y factores locales.

- Factores locales. – muchos de los factores locales interfieren en la retención dentaria, actuando para la retención dentaria dentro de estos factores tenemos; densidad del hueso que cubre el diente, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, discrepancia entre el tamaño de las piezas dentarias y la longitud de la arcada dentaria, además de interferencia de otras piezas dentarias, las cuales presentaran posición irregular, pérdida prematura de las piezas dentarias temporarias o persistencia de las mismas en la arcada dentaria vecina, o bien, posición ectópica de la raíz dentaria, apiñamiento dentario, quistes, tumores e fibrosis gingival (Huaygua y Zeballos, 2012).

4.1.1 Extracción de los dientes deciduos.

Si las extracciones son efectuadas muy frecuentemente, periódicamente antes de la fecha fisiológica de erupción del diente permanente correspondiente, pueden ocasionar retrasos en la

erupción de los dientes permanentes, así como una reducción de sus longitudes radiculares (Cachay, 2017).

4.1.2 Caries en los dientes deciduos

Si hay caries dental sin signos de inflamación periapical, hay mucha probabilidad de que se produzca un retraso de exfoliación. En el caso de que exista una lesión periapical, ésta retrasa en el 75% de los casos la exfoliación, mientras que el 25% de los casos, si el techo óseo sobre el diente permanente es destruido por el proceso inflamatorio, acelera la exfoliación (Cachay, 2017).

4.1.3 Malposición primaria del germen dentario

En algunos casos, el diente cuyo germen está malposicionado debe recorrer una distancia mayor para alcanzar una posición normal en la arcada por lo que es probable que detenga el empuje eruptivo antes de haber alcanzado su posición. En otros casos, la posición y la orientación del germen son incompatibles con la correcta erupción del diente desde el principio.

4.1.4 Falta de espacio en la arcada dentaria

La retención dentaria está a menudo relacionada con la discrepancia entre las dimensiones de los maxilares y las de la arcada dentaria. De hecho, en la evolución de la especie humana es posible observar una progresiva disminución del aparato estomatognático, caracterizado tanto por la reducción de la dentición como por la contracción de los maxilares frecuentemente ocasionando apiñamientos e inclusiones dentarias. En casos de macrodoncia, acentuará la discrepancia dentoalveolar y puede predisponer a la retención dentaria (Cachay, 2017).

4.1.5 Obstáculo en el trayecto eruptivo

El obstáculo puede estar representado por un diente supernumerario o por una capa ósea formada tras la extracción prematura de un diente deciduo. También las secuelas cicatrizales en los pacientes afectados por fisura labiopalatina y sometidos a intervención. También la presencia de numerosos tumores odontogénicos puede ser causa de la retención del diente y de los elementos contiguos (Cachay, 2017).

4.1.6 Anquilosis

La anquilosis de un diente temporal puede ocasionar la retención del diente permanente a erupcionar. (Castañeda et al., 2015)

4.1.7 Alteraciones en el folículo

El defecto funcional del folículo dentario, característico de la amelogenesis imperfecta, está asociada a menudo con la retención dentaria. También es habitual la asociación entre dientes retenidos y quistes foliculares. El diente implicado con más frecuencia en esta asociación es el tercer molar inferior, seguido por el tercer molar superior, el canino superior (Cachay, 2017).

Factores sistémicos.

Dentro de los factores sistémicos podemos encontrar muchos de los que predisponen la retención dentaria como; retraso fisiológico de la erupción, anemia, desordenes genéticos, alteraciones metabólicas, raquitismo, alteraciones endocrinas, síndromes, desnutrición, tuberculosis, sífilis congénita, síndromes como la disostosis cleidocraneal, el Síndrome de Gardner, el Síndrome de Fabry; y el querubismo.

- Otros factores que predisponen la retención dentaria como; los traumas dentarios producidos en la dentición temporaria por la estrecha relación existente entre los ápices de los dientes deciduos y los dientes permanentes que en su formación pueden ser transmitidos con facilidad a la dentición permanente, pudiendo provocar lesiones en los dientes en desarrollo y por ende cambios de dirección en los folículos de las piezas dentarias (Huaygua y Zeballos, 2012).

Describiendo cada uno de estos factores:

4.1.8 Retraso fisiológico de la erupción

En estos casos hay una discordancia entre la edad cronológica del individuo y la fisiología del recambio dentario. Es más frecuente en los varones, en los premolares y los caninos. Los dientes temporales no se exfolian dentro de los límites de tiempo previstos y retienen a los permanentes durante un tiempo variable (Cachay, 2017).

4.1.9 Desordenes genéticos

Los gemelos monocigóticos presentan una concordancia del 90% en sus características de erupción. Además, se ha demostrado que los retrasos de erupción superiores a dos desviaciones estándar están relacionados con un carácter autosómico dominante. Las enfermedades genéticas que implican el catabolismo óseo, y en particular la actividad osteoclástica, como la osteopetrosis y la displasia cleidocraneal, están caracterizadas por graves retrasos y defectos en los procesos de erupción (Cachay, 2017).

4.1.10 Alteraciones endocrinas

Inducen un marcado retraso en la erupción dentaria; debido principalmente al hipopituitarismo, hipotiroidismo, hipoparatiroidismo.

4.1.11 Raquitismo

Además de los estados de malnutrición y la carencia de vitaminas A y D.

4.1.12 Síndromes

Los síndromes como la de Gardner o de Papillon Psaume, además de la disostosis cleidocraneal o las displasias fibrosas (Cachay, 2017).

Clasificación de la retención dentaria.

La retención dentaria puede clasificarse de dos maneras:

- Retención primaria cuando no es posible la identificación clínica del diente por presentar una barrera física, posición inadecuada o desarrollo anormal de la pieza dental, de esta forma provocando una interrupción del germen dentario que no ha aparecido en la cavidad bucal/oral.
- Retención secundaria es cuando la erupción de una pieza dental es visible en la cavidad bucal sin hallarse una barrera física en el proceso de erupción o la posición anormal del diente, esta anomalía también es conocida como reimpaccción, infraoclusión, diente sumergido o hipotrusión y su prevalencia principalmente es en los dientes temporales y rara vez en los dientes permanentes (Rodríguez, 2018).

Tipos de inclusión dentaria

Consideramos dientes incluidos cuando el órgano dental se encuentra dentro del hueso, dentro de la inclusión podemos encontrar; inclusión ectópica y heterotópica. La inclusión ectópica nos referíamos cuando la pieza dental se encuentra en una posición extraña pero cerca a su lugar habitual y hablamos de inclusión heterotópica cuando la pieza dental se localiza en una posición más alejada de su ubicación habitual (Rodríguez, 2018).

Prevalencia de dientes retenidos

La retención dentaria puede presentarse a nivel de todos los grupos dentarios tanto en incisivos, caninos, premolares y molares.

Habitualmente se observa la retención dentaria con mayor frecuencia en la dentición permanente. La erupción de los terceros molares normalmente empieza a los 17 y 21 años, tienden a retenerse por ser los últimos dientes a erupcionar en la arcada dentaria.

Ciertos estudios nos demuestran que la retención de caninos es frecuente con una incidencia del 1 % a 3%, los terceros molares igualmente presentan una mayor frecuencia ya que los mismos presentan mayor incidencia de retención y de erupción ectópica (Valverde y Parrales, 2018).

Caninos retenidos

El canino también considerado como “piedra angular” debido a su amplio aporte en la guía canina, la retención de los caninos permanentes es una anomalía dentaria en la cual la pieza dental se encuentra imposibilitada para erupcionar ya sea por hueso o por dientes adyacentes.

La formación del canino superior empieza a los cuatro o cinco meses de edad y el esmalte se forma en su totalidad entre los seis y siete años, erupciona a los 11 años y su raíz queda formada completamente a los 13 años de edad. En el canino inferior su erupción se realiza a los 10 años de edad y su raíz se queda formada completamente a los 12 años. Los dientes emergen a la cavidad bucal una vez que se forman las 3/4 partes de sus raíces, una vez que el diente alcanza el nivel de oclusión, toma de dos a tres años para que se formen completamente las raíces (Gbenou et al., 2017).

4.1.13 Factores locales retención canina:

- Discrepancia hueso
- Mantenimiento prolongado de caninos temporarios
- Pérdida prematura de dientes deciduos
- Traumatismos
- Obstrucción mecánica
- Posición anómala del germen dentario
- Iatrogenias
- Anquilosis

4.1.14 Complicaciones de la retención

Los caninos al permanecer retenidos, pueden como cualquier otro diente provocar complicaciones y pueden ser de origen mecánico, de origen infeccioso y de origen nervioso.

4.1.15 Complicaciones de origen mecánico:

- Malposición lingual o labial del diente retenido.
- Migración del diente vecino y pérdida de longitud de arco.
- Reabsorción interna.
- Formación dentígera interna.
- Reabsorción radicular externa del canino retenido y dientes adyacentes.

4.1.16 Complicaciones de origen infeccioso:

Los accidentes infecciosos provocados por caninos retenidos son poco frecuentes, aunque se ha evidenciado infección particularmente con erupción parcial.

- Dolor referido.

4.1.17 Complicaciones de origen nervioso:

Se encuentran las neuralgias faciales y los trastornos trofoneuróticos.

Terceros molares retenidos

4.1.18 Etiología:

La frecuencia de la retención en los terceros molares es muy elevada y sobre todo el tercer molar inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares (Kämmere y Al-Nawas, 2012).

4.1.19 Embriología:

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero con características que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar. La calcificación de este diente comienza a los 8 – 10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15 - 16 años, pero la calcificación de las raíces concluye por completo hasta los 25 años (Morales , 2015).

4.1.20 Clasificación de Pell y Gregory

Para el estudio de las localizaciones de los cordales retenidos vamos a estudiar la clasificación de Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones del tercer molar con el segundo y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso (Morales , 2015).

Tabla 3. *Relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar.*

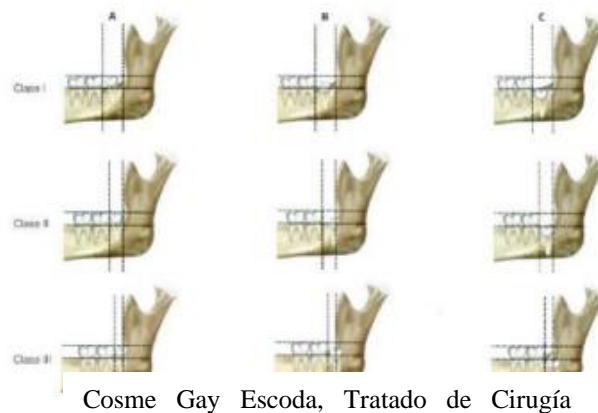
CLASE I	Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
CLASE II	El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
CLASE III	La mayoría del tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula. En el maxilar superior se valora la relación del cordal respecto a la tuberosidad del maxilar y el segundo molar (Morales , 2015).

4.1.21 Profundidad relativa del tercer molar al hueso.

Tabla 4. *Posición del tercer molar de profundidad al hueso*

Posición A	El punto más alto del diente retenido está a nivel o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.
Posición B	El punto más alto del diente se encuentra debajo por debajo de la línea oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
Posición C	El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar (Escoda, Tratado de cirugía oral , 2004).

Ilustración 1. *Posición del tercer molar de profundidad al hueso*



4.1.22 Complicaciones

Los terceros molares retenidos pueden presentar muchas variedades de manifestaciones clínicas ya empiece desde asintomáticas hasta estar incluidas dentro de procesos tumorales malignos.

- Dentro de las complicaciones infecciosas encontramos la pericoronaritis, igualmente puede producir caries en el segundo molar y úlceras traumáticas. Cabe recalcar que los dientes retenidos un factor delimitante en la mandíbula, lo cual explica la mayor frecuencia de líneas de fractura en relación con el diente retenido.
- La destrucción ósea del diente adyacente es una complicación relativamente frecuente en impactaciones o retenciones horizontales y mesioangulares que pueden acarrear la pérdida del diente adyacente.
- La odontalgia es una más de las manifestaciones de los terceros molares retenidos y suele deberse a pericoronaritis, caries o presión de los dientes adyacentes.
- De igual manera los terceros molares pueden relacionarse con lesiones o como quistes y tumores malignos (Morales , 2015).

Complicaciones de dientes retenidos

La retención dental puede causar complicaciones de diversos tipos:

- Infecciosas
- Mecánicas
- Neuromusculares
- Traumatológicas
- Tumorales.

4.1.23 Complicaciones infecciosas.

- a) Pericoronaritis:

La presencia de dientes retenidos próximos a dientes erupcionados comúnmente lleva a la formación de un nicho bacteriano el mismo que favorece para dar origen la enfermedad periodontal.

Esto ocurre debido que la región se constituye en un área de difícil limpieza ocasionando acumulación de alimentos y bacterias, propiciando así la inflamación de la encía y formación de una bolsa periodontal.

b) Celulitis:

La propagación de la infección pericoronaria al tejido celular de las regiones cervicofaciales es responsable de un gran número abscesos y inflamación, en el caso de los terceros molares inferiores se puede producir una invasión del espacio celular situado entre las fibras del músculo masetero, formándose un absceso o una inflamación maseterina. Clínicamente se caracteriza por una tumefacción en la región maseterina, un intenso trismo y dolor en la rama de la mandíbula que irradia al oído. En el caso del tercer molar superior puede dar origen a un absceso Terracol supraamigdalino por invasión del proceso inflamatorio hacia la región amigdalina con desplazamiento de la úvula hacia el lado contrario y aumento del velo a la altura del tercer molar (Morales , 2015).

c) Caries:

La presencia de dientes retenidos o parcialmente erupcionados, da origen a la formación de un nicho bacteriano adecuado para el desarrollo de caries dentaria. La caries dentaria cuando afecta al tercer molar, generalmente compromete al segundo molar y esto conduce a una caries de cemento con evolución más rápida y de difícil tratamiento. Cuando existe el comprometimiento de estos elementos dentarios el segundo molar se torna más afectado, pudiendo ser el único tratamiento de esta pieza la exodoncia.

4.1.24 Complicaciones mecánicas.

a) Apiñamiento:

Los desplazamientos dentarios son producidos por la presión y empuje que ejercen los terceros molares sobre los otros dientes y en especial en el grupo incisivo – canino, y que son motivo de apiñamiento dentario.

b) Reabsorción radicular:

Esta es una complicación singular con relación a dientes retenidos. La misma puede ocurrir debido a que el diente retenido promueve una presión en la superficie radicular del diente

adyacente. El diagnóstico se realiza a través de radiografías. Puede provocarse una infección crónica en el hueso, en el caso de los terceros molares pudiendo provocarse la destrucción de la pieza, y propagarse hacia los terceros molares adyacentes, con el riesgo de perder también esas piezas dentales (Morales , 2015).

4.1.25 Complicaciones neuromusculares.

- a) Odontalgia: Cuando los terceros molares retenidos se encuentran impactados y estimulando las raíces de los dientes adyacentes puede producir dolor, también cuando existe pericoronaritis o caries dental.
- b) Dolor en la Articulación Temporomandibular: En la articulación temporomandibular después de un tiempo variable, el desequilibrio de la articulación dentaria que provoca la evolución de estos terceros molares puede repercutir sobre la articulación.

4.1.26 Complicaciones Traumatológicas

- a) Fractura mandibular: La presencia de un diente retenido en el interior del hueso mandibular hace que esa región sea más susceptible a la fractura. Esto ocurre por la existencia de menor cantidad de tejido óseo en dicha región, si se le compara con otras áreas de la mandíbula. Como el hueso es el tejido responsable por la disipación de fuerzas que inciden sobre el cuerpo, una región con menos trabéculas óseas es considerada más frágil.

4.1.27 Complicaciones tumorales:

- a) Quistes: La presencia de dientes incluidos en el interior del hueso alveolar representa un gran riesgo para el desarrollo de quistes y tumores odontogénicos. La formación de quistes de origen dental, da como resultado una cavidad anormal en el hueso, que requiere de una intervención quirúrgica para eliminarlo. Cuando los terceros molares están retenidos en una posición anómala y quedan incluidas dentro del hueso, muchas de las veces el paciente puede pensar que nunca le erupcionaron, sin embargo, el tejido que ayudo a formar estas estructuras dentarias puede terminar reteniendo líquido y ocasionando un quiste o tumor benigno (Morales , 2015).

Iatropatogénias en extracción de retenciones dentarias

Es muy importante que un cirujano haga la valoración previa a la retención dentaria, las iatropatogénias que se cometen por falta de valoración en ocasiones terminan en un centro

hospitalario con riesgo de vida para el paciente, ya que puede ser causada por imprudencia, negligencia e impericia (Mendoza y Rodríguez Omar, 2020).

4.1.28 Diagnóstico

Es imprescindible el diagnóstico temprano y el desarrollo de un plan de tratamiento con el fin de prevenir la retención dentaria, la reabsorción radicular de piezas adyacentes, formaciones de quistes y posibles complicaciones a futuro.

4.1.29 Instrumentos a emplear para su diagnóstico.

Desde hace muchos años los instrumentos más usados para diagnosticar y diseñar un plan de tratamiento en odontología son los imagenológicos, entre ellos, las panorámicas, las radiografías bidimensionales también conocidas como “clásicas” que hoy en día se presentan como uno de los más comunes, sobresaliendo las periapicales y las ortopantomografías (Mantilla et al., 2019).

Rayos x

Los rayos x son una radiación electromagnética, por su capacidad de penetración, registran sobre una película sombras de densidades variables. Presentando algunos objetivos como:

- Prevención
- Contribución al diagnóstico
- Elección de tratamiento
- Fundamentar el pronóstico
- Constitución para un documento legal.

Tipos de radiografías de uso para el diagnóstico

Las diversas imágenes radiográficas de los dientes, los maxilares y el cráneo se pueden dividir en dos grupos:

Tabla 5. *Tipos de radiografías intraorales y extraorales*

INTRAORALES	EXTRAORALES
Radiografías periapicales	Radiografía panorámica
Radiografías de aleta de mordida	Radiografías oblicuas laterales
Radiografías oclusales.	Tomógrafos multisecciones (MSCT)

Radiografía mesio o disto- radial	Telerradiografía lateral Tomografía axial computarizada
--------------------------------------	--

4.1.30 Tomógrafos multisecciones (MSCT)

Su mecanismo de trabajo es la rotación, pero en éste, el rayo tiene forma de cono, sin embargo, la radiación ionizante a la que se somete el paciente es el criterio básico que limita el uso de este método. Su uso específico es en el área maxilofacial. Esta tecnología ha permitido a los especialistas realizar investigaciones más a fondo de las imágenes obtenidas e incluso la copia de una representación tridimensional de algunos tejidos mineralizados del área maxilar teniendo muy distorsión y una radiación reducida comparándola con una tomografía transicional (Mantilla et al., 2019).

4.1.31 Telerradiografía lateral.

La telerradiografía lateral de cráneo nos aporta información sobre la situación espacial vertical y/o anteroposterior del diente incluido.

4.1.32 Radiografías panorámicas

Las radiografías panorámicas permiten al odontólogo una visión más detallada de las estructuras anatómicas óseas y son ideales para detectar dientes impactados, retenidos o incluidos en la arcada dental, así como ciertas patologías óseas y dentales, debido a que estas patologías son muy poco probables y seguras de determinar mediante el examen clínico de la cavidad oral. La radiografía panorámica es un método estándar para una evaluación inicial preoperatoria, sin embargo, este método produce imágenes bidimensionales, y no brinda información en los ejes axial, coronal y sagital (Mantilla et al., 2019)

4.1.33 Radiografías oclusales.

Las radiografías oclusales nos ayudan a diferenciar la posición vestibular y/o palatina-lingual de la inclusión dentaria, aportando además información en el plano transversa.

4.1.34 Radiografía periapical.

La radiografía periapical acompañada de un examen clínico completo puede ser eficiente en la detección de estas anomalías ya que esta muestra una imagen bidimensional de la estructura dental que puede compararse en sentido meso distal y verticalmente.

También nos permite:

- 1) Establecer la relación del diente retenido con el o los dientes adyacentes, así como descartar la existencia de reabsorciones radiculares en los dientes contiguos.
- 2) Ayudan a precisar la morfología y anatomía corono – radicular del diente retenido (volumen, displasia, estado del ápice, acodadura radicular).
- 3) Informa del estado periodontal a lo largo de toda la superficie radicular del diente incluido (existencia o sospecha de anquilosis).
- 4) Permite diferenciar la posición vestibular y/o palatina-lingual del diente retenido, sobre todo con relación a la presencia de otros dientes supernumerarios.

4.1.35 Radiografía mesio o disto-radial.

Radiografía mesio o disto-radial en la que los rayos son más horizontales y refleja la posición del diente en relación a su adyacente, si estas anomalías se encuentran ubicadas en (Mantilla et al., 2019).

Tratamiento

Tras a ver realizado un minucioso diagnóstico diferencial y una vez establecido un diagnóstico definitivo se puede planear o efectuar el tratamiento, el mismo que se debe ejercer lo más pronto debido a que la espera solo prolonga la duración de la sintomatología y permite las complicaciones.

El tratamiento de las piezas retenidas dependerá de la edad, retraso de la erupción, ausencia de la pieza dental definitiva, inclinación o ensanchamiento de la pieza dental (Echeverría, 2017).

Al valorar al paciente y efectuar un diagnóstico de las retenciones, se determina la menor o mayor dificultad en su tratamiento, ya que depende de su posición anatómica, profundidad ósea, su relación con piezas dentarias contiguas, su forma, tamaño y dirección de sus raíces, cercanía con elementos nobles (dentario inferior o seno maxilar), patología asociada (quistes, ameloblastoma etc.)

Dentro de los medios que se emplean para el tratamiento generalmente requiere de un enfoque multidisciplinar, incluyendo opciones de no emplear tratamiento, tratamiento interceptivo, extracciones, autotransplante y tratamiento ortodóntico (Dra. Patricia Rodríguez Crespo., 2020).

El tratamiento de las retenciones dentarias siempre será mediante cirugía por disección, previa historia clínica, estudios radiográficos, exámenes de laboratorio en algunos casos, si es

necesario, el apoyo con otros especialistas como Ortodoncista, endodoncista, periodoncista, prostodoncista, cardiólogo, internista, geriatra, anestesiólogo, tratamiento médico pre y postoperatorio (antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios etc.) y en algunos casos curación por alveolitis, puede ser bajo bloqueo locorregional, analgesia o anestesia general.

Estar consciente que este tipo de tratamiento (remoción quirúrgica de retenciones), pueden complicarse cuando menos se espera, ya que influyen una serie de factores como: técnica errónea, mayor tiempo quirúrgico, fuerza excesiva, hemorragia, instrumental inadecuado, etc.

4.1.36 Abstención terapéutica.

La abstención terapéutica no es aconsejable, ya que todo diente incluido es susceptible de producir patología, de tipo infeccioso, quistes foliculares, reabsorciones radiculares en dientes adyacentes (Escalada et al., 2015).

4.1.37 Tratamiento de extracción quirúrgica

La extracción quirúrgica se realizará en último caso, cuando no se pueda llevar a cabo un tratamiento ortodóncico, exista patología asociada a la retención (quistes voluminosos, infección, necrosis pulpar) o una enfermedad sistémica grave. El tercer molar retenido, sobre todo el inferior, tiene una consideración especial, ya que su extracción ha de plantearse como primera opción de tratamiento (Lorente, 2022).

Durante la intervención debe prestarse especial atención a evitar la luxación de fragmentos del diente o de la raíz a la cavidad bucal, hacia la región retromaxilar o al suelo de la boca.

a) Lesiones nerviosas

La posibilidad de lesión del nervio dentario inferior y del nervio lingual después de la extracción de los terceros molares inferiores forma parte sin duda de las complicaciones de las que es obligatorio informar al paciente antes de la intervención.

b) Fracturas mandibulares

La extracción de terceros molares inferiores puede dar lugar a fracturas mandibulares en casos complicados. Después de las complicaciones sépticas, las fracturas mandibulares son la segunda causa de complicaciones postoperatorias que requieren tratamiento hospitalario con una incidencia estimada inferior al 0,005% (Kämmere y Al-Nawas, 2012).

4.1.38 Tratamiento ortodóntico prequirúrgico

Antes de realizar un tratamiento quirúrgico se debe obtener el espacio necesario para el posicionamiento del diente en el arco dental. Si no se realiza de esta forma, se desaprovecharía la longitud total del arco por la inclinación hacia mesial del diente posterior o la inclinación hacia distal del diente anterior. En el momento de posicionar el bracket, en la arcada se alcanza el anclaje que resulta necesario para lograr la tracción adecuada de la pieza dental. También se puede considerar la postura de un mini implante que brinde el anclaje necesario y en el momento de terminar el tratamiento se retira fácilmente (Mantilla et al., 2019).

4.1.39 Tratamiento ortodóntico-quirúrgico

Este tratamiento básicamente tiene dos objetivos: obtener el espacio necesario en la arcada dentaria y la tracción ortodóntica del diente retenido hasta la correcta recolocación final del mismo en la arcada (Casas et al., 2020).

Existen tres técnicas, para su uso es indispensable tener en cuenta estos criterios la posición labio-lingual del canino incluido, la posición vertical de la pieza dental en relación a la línea mucogingival, la encía queratinizada y la posición mesiodistal de la corona del canino.

- Gingivectomía. Se elimina la suficiente encía y se descubre entre la mitad y un tercio de la corona del diente.
- Colgajo de reposición apical. Se realiza un colgajo de espesor total, en el caso de encontrar hueso se debe realizar una osteotomía con cureta o fresa deben quedar expuestos dos tercios de la corona, se realiza la sutura del colgajo apicalmente dejando sólo de 2 a 3 mm de la corona recubierta (Mantilla et al., 2019).

4.1.40 Tratamiento ortodóntico prequirúrgico

Antes de cualquier tratamiento, se debe crear espacio suficiente para poder posicionarlo, ya que en caso contrario perderíamos longitud de arcada por la mesialización del diente posterior y la distalización del anterior. Además, al poner brackets en todo el arco dental se obtiene el suficiente anclaje para poder traccionarlo. Otra opción es colocar un microimplante o miniimplante como anclaje que al acabar el tratamiento se puede quitar fácilmente.

4.1.41 Tratamiento ortodóntico Final

Mientras el diente es alineado en la arcada, se corrigen rotaciones dentales que falten, para final con el tratamiento ortodóntico activo, se colocan retenedores (Moreno, 2013).

4.1.42 Trasplante y autotrasplante dentario

- El autotrasplante dental. – este procedimiento consiste en realizar la exodoncia atraumática de la pieza dental y la ubicación de este en un neoalveolo formado por medio de fresado a baja velocidad. Debe realizarse una férula cuyo periodo de mantenimiento varía entre 3 a 12 semanas según el autor Widman, aunque se considera que 2 a 4 semanas suelen ser suficientes.

Para dicho tratamiento se deben seguir los siguientes criterios para el autotrasplante:

1. Debe existir un suficiente espacio en el arco para el diente.
 2. La pieza dental debe ser removido sin trauma quirúrgico.
 3. Se debe realizar un tratamiento endodóntico solamente si existen signos de rarefacción periapical seguido de la operación (Radi y Villegas, 2012).
- Trasplante. - es un procedimiento que consiste en trasladar el diente retenido de su alveolo a un alveolo postextracción o a un alveolo quirúrgico, el cual será confeccionado durante la cirugía.

Es indispensable que el receptor no sea portador de enfermedad y tenga una calidad y espesor de tejido óseo adecuado. El éxito de este procedimiento depende principalmente de la revascularización post-operatoria, reinserción del ligamento periodontal al hueso y al cemento y de la integridad del ligamento periodontal, motivo por el cual es muy importante realizar los controles post-operatorios respectivos incluyendo pruebas de vitalidad y placas radiográficas mínimamente 2 años después de haberse realizado el mismo. Si bien el trasplante permite devolver al paciente la funcionalidad y la estética, puede sufrir endorizólisis o exorizólisis 10 años después de haber sido trasplantados pudiendo llegar a perderse la pieza trasplantada. Para la toma de decisión de este procedimiento deben tomarse en cuenta la edad del paciente, madurez dentaria, falta de espacio en la arcada en cuanto a la anchura y a la altura de los huesos maxilares, higiene bucal, estado de salud general del paciente y estado gingivoperiodontal (Huaygua y Zeballos, 2012).

4.1.43 El desencapuchamiento

Es una técnica de reposición apical en los dientes anteriores retenidos o incluidos en posición vertical por vestibular. El mismo consiste en la excéresis del capuchón pericoronario con una incisión a nivel de la encía que cubre al diente que se encuentra en proceso de erupción, con bisturí manual o láser, después de lo cual se realiza hemostasia y la colocación del apósito

quirúrgico respectivo, debiendo realizarse controles postoperatorios necesarios hasta la erupción total de la pieza dentaria. Siendo en algunos casos necesario aplicar manejo ortodóntico en función al caso clínico.

4.1.44 Excéresis del folículo dentario

Llamada también germenectomía que consiste en eliminar el saco pericoronario cuando la pieza dentaria se encuentra en proceso de formación sin haberse formado las raíces dentarias (Huaygua y Zeballos, 2012).

5 Metodología

Diseño de la investigación

Esta investigación es de tipo documental ya que se basó en la recopilación de información bibliográfica, crítica e interpretación de datos que partieron de otros conocimientos recogidos de modo que fueron útiles para los propósitos de estudio relacionados con la retención dentaria mediante la revisión bibliográfica, se usó las plataformas digitales de bases de datos como: Pubmed- Medline, Google Scholar, Elseiver, Scielo y libros; entre otras fuentes que permitieron obtener información confiable con la misma que nos posibilita desarrollar los objetivos propuestos, teniendo a consideración temas de inclusión y exclusión.

Tipo de estudio

- **Analítico:** Es de tipo analítico ya que se realizó un análisis de los principales factores etiológicos que causan retención dentaria en pacientes adultos.
- **Bibliográfico:** Es de tipo bibliográfico ya que se basó en la recolección de la información existente acerca de la retención dentaria en pacientes adultos, extraída de artículos científicos, libros y otras fuentes de información confiables.
- **Transversal:** Es de tipo transversal ya que la investigación se desarrolló durante el periodo Octubre 2022- Marzo 2023.

Recopilación de información.

La recopilación de información consistió en la búsqueda de información bibliográfica con la finalidad de obtener información sobre la retención dental.

Estrategia de búsqueda

Una vez adquirida la pertinencia para llevar a cabo el proyecto de investigación se procedió a realizar:

- Fase I: Búsqueda y recolección de la información:

Se ejecutó la búsqueda y recolección de información a través de una revisión bibliográfica de artículos, para ello se utilizó las bases de datos como: PubMed, Google Académico, repositorios bibliográficos de facultades de Odontología y libros, aplicando las palabras clave: dental retention, tooth retention factors, retention y se consideró los artículos publicados entre los años 2012- 2022 y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se recopiló artículos en español e inglés.

Además, se incluyeron otros términos que se relacionaron con el tema de estudio y formaron parte de los descriptores de salud DeCS/MseH.

- **Fase II: Organización de la información**

Se procedió a organizar los artículos que cumplan con los criterios de inclusión en una matriz de organización de contenidos creada en el programa Microsoft Excel versión 2019. Se efectuó el registro de la información recaudada, para ello se empleó tablas de vaciado, en las cuales se registró los datos importantes de acuerdo a los objetivos planteados en el proyecto.

- **Fase III: Procesamiento de datos y análisis de resultados:**

Una vez seleccionados los artículos, se procedió a sistematizar y analizar la información recolectada en la matriz de organización de contenidos, de tal manera que se dé resolución a todos los objetivos planteados en esta revisión bibliográfica.

Universo y muestra

5.1.1 Universo

Correspondió a las fuentes bibliográficas concerniente al tema de investigación planteado, que se obtuvo a partir de la búsqueda en diferentes bases de datos científicas.

5.1.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y que se consideraron un aporte importante para la presente revisión bibliográfica.

5.1.3 Criterios de selección.

5.1.3.1 *Criterios de inclusión:*

- Artículos y libros con antigüedad máxima de 10 años de publicación.
- Artículos y libros relacionados con el tema de investigación.
- Revisiones bibliográficas y revisiones sistemáticas referentes a la etiología de dientes retenidos en adultos mayores.
- Estudios in vitro, estudios in vivo, ensayos y estudios clínicos controlados acerca del tema de investigación.
- Páginas que tengan base científica.
- Artículos en español e inglés.

5.1.3.2 *Criterios de exclusión*

- Artículos y libros con antigüedad mayor a 10 años de publicación.

- Artículos y libros no relacionados con el tema de investigación.
- Revisiones bibliográficas y revisiones sistemáticas que no aporten información relacionada al tema de investigación.
- Estudios in vitro, estudios in vivo, ensayos y estudios clínicos controlados que no sean relevantes para el desarrollo de la investigación.
- Páginas que no tengan base científica.
- Artículo en idiomas diferentes al español e inglés.

6 Resultados

Tabla 6. Prevalencia de dientes retenidos en pacientes adultos mayores.

<i>Artículo</i>	<i>Terceros molares</i>	<i>Premolares</i>	<i>Caninos</i>	<i>Incisivos</i>	<i>Objetos de estudio</i>
<i>Predictores radiográficos de caninos retenidos maxilares.</i>	0	0	1	0	113 piezas dentarias
<i>Caracterización de pacientes intervenidos por retención dentaria en Pinar del Río, 2017 - 2018. .</i>	1	0	0	0	24 piezas dentarias
<i>Diagnóstico y Tratamiento del Canino retenido.</i>	0	0	1	0	1 paciente
<i>Terapéutica del canino retenido en el adulto mayor .</i>	0	0	1	0	1 paciente
<i>Prevalencia de caninos retenidos en pacientes que acuden a ICSa.</i>	0	0	1	0	250 Rx panorámicas
<i>Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia.</i>	0	0	1	0	3000 Rx panorámica
<i>Hallazgo radiográfico de cuarto molar o distomolar supernumerario fusionado a tercer molar superior: reporte de caso.</i>	1	0	0	0	1 paciente
<i>La extracción quirúrgica de terceros molares.</i>	1	0	0	0	1 paciente
<i>Caracterización de exodoncia de terceros molares</i>	1	0	0	0	18 artículos
<i>Tratamiento quirurgico del incisivo retenido.</i>	0	0	0	1	1 paciente
TOTAL	40%	0%	50%	10%	

Análisis

El análisis de los datos obtenidos ha dado como resultado que diversos autores han mencionado la prevalencia de los dientes retenidos dentro de sus estudios, mencionando

principalmente la retención en caninos con mayor frecuencia con un porcentaje del 50% de los artículos provocándose la retención por muchos factores como las discrepancias óseas - dentarias, dilaceraciones de la raíz, pérdida temprana o retención prolongada del canino temporal, otra retención con mayor prevalencia son los terceros molares igualmente sienta muy frecuente con un porcentaje del 40% de los autores, sobre todo el tercer molar inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares, posteriormente con un bajo porcentaje del 10% encontramos la retención de los incisivos el mismo que puede ser causado por la densidad del hueso que cubre el diente, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados o tamaño de la longitud de la arcada y por último con menos frecuencia y sin encontrar estudios donde nos demostró la retención de premolares de los artículos que hemos estudiado.

Tabla 7. Tratamientos en dientes retenidos en pacientes adultos mayores.

Artículo	Abstención n terapéutica	Extracción n quirúrgica	Tratamiento ortodóntico	Excéresis del foliculo dentario	Trasplante dentario	El descapuciamiento
<i>Caracterización de exodoncia de terceros molares.</i>	0	1	0	0	0	0
<i>Caracterización de pacientes intervenidos por retención dentaria en Pinar del Río, 2017 - 2018. .</i>	0	0	1	0	0	0
<i>Protocolo quirúrgico para el mantenimiento interdisciplinario de caninos retenidos en el maxilar superior.</i>	0	0	1	0	1	0
<i>Tratamiento quirúrgico del incisivo retenido. Caninos incluidos, tratamiento odontológico.</i>	0	1	0	1	1	1
<i>Abordaje ortodóntico quirúrgico de las inclusiones dentarias</i>	0	1	1	1	0	0
<i>La extracción quirúrgica de terceros molares.</i>	0	0	1	0	0	0
<i>Tratamiento de segundos molares impactados o retenidos con la técnica de poste soportado por minitornillos: un estudio de seguimiento prospectivo.</i>	0	0	1	0	0	0
<i>Retenciones múltiples. Reporte de un caso</i>	0	1	1	0	0	0
TOTAL	0	56%	78%	22%	22%	11%

Análisis

El análisis de los datos obtenidos ha dado como resultado diversos tratamientos a emplear en dientes retenidos en adultos, mencionando principalmente el tratamiento ortodóntico – quirúrgico de la pieza dental con un 78% de los artículos estudiados este tratamiento con el objetivo de preservar el espacio necesario en la arcada dentaria y la tracción ortodóntica del diente retenido hasta la correcta recolocación final; de la misma manera encontramos la extracción del diente retenido con el 56% siendo aplicada cuando no se pueda llevar a cabo un tratamiento ortodóntico; por otro lado también tenemos la excéresis del folículo dentario y el trasplante dentario con un porcentaje del 22%, la excéresis consiste en eliminar el saco pericoronario cuando la pieza dentaria se encuentra en proceso de formación y el trasplante dentario consiste en realizar la exodoncia atraumática de la pieza dental y la ubicación de este en un neoalveolo; también tenemos como tratamiento el descapuchamiento con un porcentaje del 11% este procedimiento consiste en la excéresis del capuchón pericoronario con una incisión a nivel de la encía que cubre al diente que se encuentra en proceso de erupción y finalmente tenemos como opción y tratamiento la abstención terapéutica, la misma que no es recomendable, ya que todo diente incluido es susceptible de producir patología y se debe emplear tratamientos.

7 Discusión

Según la literatura Cosme Gay Escoda menciona que la impactación dentaria se refiere al impedimento de erupción o movimiento en dirección coronal, producida por alguna barrera física, el cual se detectó clínica o radiográficamente; mientras que se entiende por retención dentaria, aquel diente que llegada la época normal de erupción se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el maxilar sin erupcionar (Escoda, Tratado de Cirugía Bucal, 2004).

Los dientes retenidos son aquellos que, pasada su edad de erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares y mantienen la integridad de su saco pericoronario fisiológico. De la misma manera realizo un estudio relacionado con la frecuencia que se suele presentar la retención de dientes en lo referente a edad y sexo, se observa mayor número de adolescentes después de los 14 años y no hay predominio de sexo, lo que coincide con este estudio en cuanto a la edad. Por su patrón de erupción y continuidad, las piezas que son más comunes de retenerse son los caninos, siendo los inferiores aún más frecuentes (Echeverría, 2017)

Los terceros molares son los dientes que presentan mayores posibilidades de retención, por lo que casi siempre tienen indicación de tratamiento quirúrgico, y presentan diferentes complicaciones tanto pre como posoperatorias.

La literatura consultada resalta a los terceros molares inferiores y superiores dentro de los dientes con mayor frecuencia de retención al igual que los caninos, teniendo altos porcentajes a consecuencias de factores locales, generales y sistémicos.

Ricson y Kurol evaluaron la posición de caninos permanentes con tendencia a la retención y en qué porcentaje estos se corrigen espontáneamente mediante la extracción de los caninos deciduos; encontraron una efectividad del 78% del total de casos, del mismo modo el 64% de los casos que con sobreposición horizontal más allá del eje axial de la raíz del lateral y el 91% de los casos con sobreposición horizontal sin llegar al eje axial de la raíz del lateral se corregían espontáneamente después de la extracción del canino deciduo; sugiriendo que la extracción se debe hacer entre los 10 a 13 años y realizar controles radiográficos a los 6 meses (Prieto , 2016).

Los tratamientos a emplear en estos casos se deben indicar dependiendo del caso de cada paciente, como el tratamiento ortodóntico quirúrgico el cual es más recomendable y con el 78% empleado según varios artículos estudiados, esto consiste básicamente en obtener el espacio necesario en la arcada dentaria y la tracción ortodóntica del diente retenido hasta la correcta recolocación final del mismo en la arcada, otra opción como tratamiento tenemos la exodoncia de la pieza retenida, esta técnica se va a aplicar en últimos casos cuando no se pueda

llevar a cabo un tratamiento ortodóncico o exista patología asociada a la retención (quistes) o una enfermedad sistémica grave. El tercer molar retenido, sobre todo el inferior, tiene una consideración especial, ya que su extracción ha de plantearse como primera opción de tratamiento.

8 Conclusiones

- La mayor prevalencia de la retención dentaria se da en órganos dentales de caninos y terceros molares a consecuencia de factores locales, generales o sistémicos involucrando la densidad del hueso, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, discrepancia entre el tamaño de las piezas dentarias y la longitud de la arcada dentaria.
- El plan de tratamiento indicado para la retención dentaria es el tratamiento ortodóntico – quirúrgico con el fin de mantener el espacio en la arcada dentaria y la tracción ortodóntica de los dientes retenidos.

9 Recomendaciones

- Para obtener un diagnóstico clínico o patológico correcto, es importante desde el control odontológico de rutina utilizar exámenes de radiografía como parte integral de nuestros tratamientos.
- Es de suma importancia conocer las estructuras anatómicas que rodean el órgano dentario, localización, grado de complejidad y el abordaje quirúrgico idóneo para obtener una excelente evolución trans y postoperatoria.
- Se recomienda realizar un estudio donde se determine la prevalencia de dientes retenidos dependiendo de la edad y género de pacientes.
- El primer recurso de nuestra consulta debe ser una historia clínica bien detallada y con información proporcionada directamente por el paciente, pues este garantiza al operador continuar con seguridad el tratamiento y la confianza en el servicio a prestar.

10 Bibliografía

- Baeza, S. (2021). CARACTERIZACIÓN DE EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES. *Revista Científica Odontológica*. Obtenido de <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/download/1012/829/>
- Cachay, C. (2017). *Prevalencia de piezas dentarias impactadas y retenidas en pacientes adultos del servicio de radiología bucal*. HMC. Lima. 2016 [Tesis de grado]. Huanúco: Universidad de Huanúco. Obtenido de <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/417;jsessionid=BE3FE6B7E9E8DD98194097EECE6BCDF4>
- Carolina, E. (2015). *Diagnóstico y Tratamiento del Canino retenido*. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas (CIB). Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=OJnGDwAAQBAJ&pg=PT79&dq=retenci%C3%B3n+dental&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj8-fk_P7AhXtibAFHdMYBmQQ6AF6BAgJEAI#v=onepage&q=retenci%C3%B3n%20dental&f=false
- Casas, J., Sardiña, M., Busto, M., Peñate, C., Peñate, D., & Lopez, J. (2020). Retenciones múltiples. Reporte de un caso. *Revista médica electrónica*, 42(3). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v42n3/1684-1824-rme-42-03-1900.pdf>
- Castañeda, D., Briceño, C., Sánchez, Á., Rodríguez, A., Castro, D., & Barrientos, S. (2015). Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia. *Javeriana*, 150 - 156. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo34-73.pdir>
- Crespo, D. P. (2020). TERAPÉUTICA DEL CANINO RETENIDO EN EL ADULTO MAYOR . *CIENCIA Y CLÍNICA*, 52 - 56. Obtenido de https://gacetadental.com/wp-content/uploads/2020/12/330_CIENCIA_TerapeuticaCaninoRetenido-1.pdf
- Diego Andrés Castañeda Peláez, C. R. (2017). Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia. *SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA ORAL*, 149 - 156. Obtenido de

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/16024>

Echeverria, A. M. (2017). *PREVALENCIA DE PIEZAS DENTARIAS INCLUIDAS EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO*. Obtenido de

<https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7169/1/UDLA-EC-TOD-2017-83.pdf>

Emilio Escalada Macias. (s.f.). Abordaje ortodóncico quirúrgico de las inclusiones dentarias.

Escalada, E., Cobo, J., Villafranca, C., & Pardo, B. (2015). Abordaje ortodóncico quirúrgico de las inclusiones dentarias. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000100006#:~:text=Consiste%20en%20eliminar%20el%20hueso,permita%20la%20tracci%C3%B3n%20ortod%C3%B3ncica20.

Escoda, C. G. (2004). *Tratado de Cirugía Bucal*. Madrid: Ergón, S.A.

Escoda, C. G. (2004). *Tratado de cirugía oral*. Madrid: Ergón, S.A. Obtenido de <file:///C:/Users/jmaca/Downloads/Odontologia%20-%20Tratado%20De%20Cirugia%20Bucal%20-%20Tomo%20I%20-%20Cosme%20Gay%20Escoda.pdf>

Estévez, A. (2020). *Hallazgo radiográfico de cuarto molar o distomolar supernumerario fusionado a tercer molar superior: reporte de caso*. Ambato, ECUADOR : Universidad Regional Autónoma de los andes.

Fundadora, D., & Rodriguez, A. (Marzo - Junio de 2020). Caracterización de pacientes intervenidos por retención dentaria en Pinar del Río, 2017 - 2018. *INMEDSUR*.

Gbenou, Y., Hernández, C., & García, T. (2017). Caninos permanentes retenidos en pacientes del Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana. 2012-2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(4). Obtenido de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1648>

Huaygua, M., & Zeballos, L. (2012). Tratamiento quirúrgico del incisivo retenido. *Scielo*, 25, 1208-1212. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v25/v25_a04.pdf

Kämmere, P., & Al-Nawas, B. (2012). La extracción quirúrgica de terceros molares. *Quintessence*, 25(2). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-pdf-S0214098512000049>

- Lorente, C. (2022). Tratamiento de segundos molares impactados o retenidos con la técnica de poste soportado por minitornillos: un estudio de seguimiento prospectivo. *Avances en ortodoncia*.
- Mantilla, D., Mogollón, L., & Hernández, J. (2019). *Prevalencia de Dientes Incluidos, Retenidos e Impactados, en Radiografías Panorámicas De La Universidad Santo Tomás, Bucaramanga de 2015 a 2017 [Tesis de grado]*. Santo Tomás: Universidad Santo Tomás, Bucaramanga. Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/17464/2019Hern%C3%A1ndezJayce.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Mendoza, M., & Rodríguez Omar. (2020). Prevalencia de caninos retenidos en pacientes que acuden a ICSa. *Salud y educación*. Obtenido de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/5458/7185>
- Morales , M. (2015). *Análisis estadístico retrospectivo de la prevalencia de terceros molares retenidos en los pacientes que acuden al área de cirugía maxilofacial en el Hospital Provincial Docente Ambato [Tesis de grado]*. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes. Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/511>
- Moreno, E. (2013). Caninos incluidos, tratamiento odontológico. *Scielo*. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n5/original1.pdf>
- Moscoso, R. E. (2018). *Incidencias de los dientes retenidos en las arcadas dentarias*. Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3182>
- Paredes, D. (2020). *ANÁLISIS DEL PRONÓSTICO DE ERUPCIÓN DE CANINOS MAXILARES A TRAVÉS DE LOS MÉTODOS DE LINDAUER Y WARFORD EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE NIÑAS Y NIÑOS DE 7 A 9 AÑOS, TOMADAS EN LOS AÑOS 2018 y 2019, EN LA CIUDAD DE SAN FERNANDO, VI REGIÓN, CHILE*. San Fernando: Universidad del Desarrollo . Obtenido de <https://repositorio.udd.cl/bitstreams/467341fe-5cb5-4361-9097-44d6e099ec8a/download>
- Prieto , M. (2016). *“PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL MÉTODO DE ERICSSON Y KUROL EN ORTOPANTOMOGRFÍAS DE PACIENTES CON CANINOS SUPERIORES RETENIDOS”*. Córdoba: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.

- Radi, J., & Villegas, F. (2012). Protocolo quirúrgico para el manejo interdisciplinario de caninos retenidos en el maxilar superior. *Revista de la facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 13(2). Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/download/2485/2029/8099>
- Rodríguez, O. (2018). *Prevalencia de caninos retenidos en pacientes de 8 a 25 años que acuden al ICSA [Tesis de grado]*. Hidalgo: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2165/Prevalencia%20de%20caninos%20retenidos%20en%20pacientes%20de%208%20a%2025%20a%C3%B1os%20que%20acuden%20al%20ICSA..pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Obtenido de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2165/Prevalencia%20de%20caninos%20retenidos%20en%20pacientes%20de%208%20a%2025%20a%C3%B1os%20que%20acuden%20al%20ICSA..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Valverde, H., & Parrales, C. (2018). Predictores radiográficos de caninos retenidos maxilares. *Revista Odontológica Pediátrica*, 17(1), 52. Obtenido de <http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/23/23>

11 Anexos

ANEXO 1: Matriz de artículos

No.	Título	Año	Autor	Propósito	Tipo de estudio	Población y muestra	Medición de variables	Resultados	Conclusiones	URL
1	Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia	2015	Diego Andrés Castañeda Peláez, Carlos Rafael Briceño Avellaneda, Ángel Eduardo Sánchez Pavón, Adriana Rodríguez	El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados mediante el análisis de radiografías panorámicas en centros	Estudio observacional descriptivo	Se realizó un estudio de corte transversal de 3000 radiografías panorámicas digitales, seleccionadas de 18 años de edad en adelante	Medición de radiografía panorámica	De las 3000 radiografías, 1235 (41,2 %) eran de hombres y 1765 (58,8 %) eran de mujeres, con un rango de edad de 18 a 91 años con una mediana de 32 años y una media de 36,44 años. Un total de 1042 (34,7 %) pacientes presentó al menos un molar, canino o supernumerario	La frecuencia de inclusión, retención e impactación de al menos un molar, canino o supernumerario fue del 34,7 %. Tanto en mujeres como en hombres.	https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/articloe/view/16024

			Ciódaro, Diego Castro Haiek, Silvia Barrientos Sánchez.	radiográficos de Bogotá, Colombia.		provenientes de diferentes centros radiológicos.		incluido, retenido o impactado, de las cuales 441 (42,3 %) fueron hombres y 601 (57,7 %) mujeres.	
	Tera péutica del canino retenido en el adulto mayor.	2 020	Dra. Patricia Rodríguez Crespo, Dra. Natalia Martínez Rodríguez, Dr. Fernando Fernández Cáliz, Dr. José María Martínez-González, Dra. Cristina	El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica de artículos para valorar las diversas opciones de tratamiento del canino retenido en el caso del adulto mayor, así como sus posibles complicaciones.	Bibl iográfica	Se tomó como muestra muchos artículos en los cuales presenta el estudio de caninos retenidos, extracción y sus complicaciones.	Ma nejo de artículos científicos.	Una de las únicas complicaciones postquirúrgica que manifestaron fue la infección del tejido blando en uno de los casos, la misma que fue solucionada eficazmente con terapia antibiótica.	Como conclusión llegamos a la existencia de una tasa de complicaciones es superior en estos pacientes, así como el proceso de cicatrización más lento, siendo de elección los tratamientos atraumáticos y,

			Barona Dorado.						de ser posible, aquellos que evitan la exodoncia.
Incidencias de los dientes retenidos en las arcadas dentarias.	2011	Rene Eduardo Tumbaco Moscoso	El objetivo de este artículo es descubrir antecedentes del paciente, así como evaluar los exámenes clínicos y radiográficos para evitar complicaciones durante y después del acto quirúrgico.	Bibliográfica Documental	Manejo de dientes caninos y terceros molares humanos para la extracción de dientes retenidos.	Manejo terapéutico y tratamientos.	La realización de una técnica quirúrgica determinada requiere un profundo conocimiento de la anatomía y fisiología regional, además del desarrollo de habilidades y destrezas que da la práctica, la supervisión y la dedicación.	Durante el acto operatorio y cualquier procedimiento a realizar es indispensable reconocer los antecedentes del paciente para prevenir complicaciones.	http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3182

<p>Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados, en radiografías panorámicas de la universidad santo tomás, bucaramanga de 2015 a 2017.</p>	<p>2015/2017</p>	<p>Daniela Mantilla Mantilla, Leidy Viviana Mogollón Sanabria, Jaycce Katherine Hernández Rodríguez</p>	<p>El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados.</p>	<p>Estudio observacional de tipo corte transversal.</p>	<p>Como muestra se evaluó en este estudio 613 radiografías panorámicas.</p>	<p>Manejo de radiografía panorámica s.</p>	<p>Se realizó un estudio observacional de tipo corte transversal, ya que se halló la prevalencia de dientes incluidos, retenidos y/o impactados en las radiografías panorámicas de la universidad Santo tomás, en el periodo de 2015 a 2017.</p>	<p>Se obtuvo como resultado en este informe una prevalencia de dientes incluidos, retenidos y/o impactados del 25.60% teniendo en cuenta terceros molares y caninos.</p>	<p>https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/17464/2/019HernandezJaycce.pdf?sequence=6&isAllowed=y</p>
<p>La extracción quirúrgica de terceros molares</p>	<p>2012</p>	<p>Peer W. Kämmerer, Dr. med. Dr. med. dent., y</p>	<p>En este artículo de revisión se abordan las indicaciones, el diagnóstico, los procedimientos y</p>						

			Bilal Al-Nawas, Prof. Dr. med. Dr. med. dent.	las posibles complicaciones de la extracción quirúrgica de terceros molares.					
PREVALENCIA DE CANINOS RETENIDOS EN PACIENTES DE 8 A 25 AÑOS QUE ACUDEN AL ICSA	2018	Omar Rodriguez Sierra	El objetivo de este estudio es demostrar la prevalencia de caninos retenidos y daño a los dientes adyacentes en pacientes de 8 a 25 años.	Estudio transversal y analítico.	Se realizó un estudio en una población de 526 pacientes.	Manejo terapéutico y tratamientos.	Como resultado de este estudio se ha determinado una prevalencia de caninos retenidos (32.71) con una mayor prevalencia en el maxilar.	La detección de dientes retenidos permitirá a tiempo realizar un diagnóstico y tratamiento preventivo evitando provocar daños a dientes adyacentes, mejorando la oclusión del paciente y una	http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/biblioteca/bitstream/handle/231104/2165/Prevalencia%20de%20caninos%20retenidos%20en%20pacientes

Ilustración 2. Prevalencia de dientes retenidos

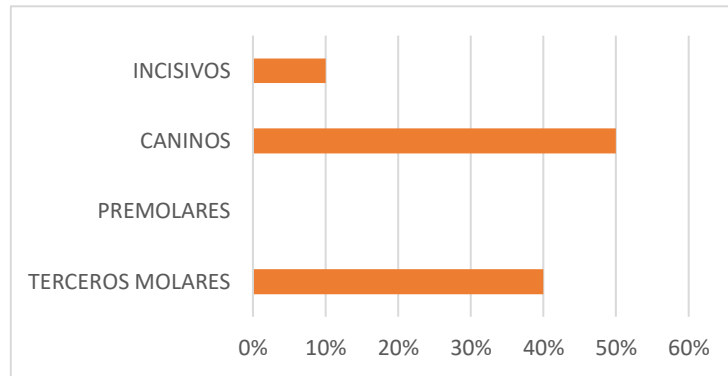
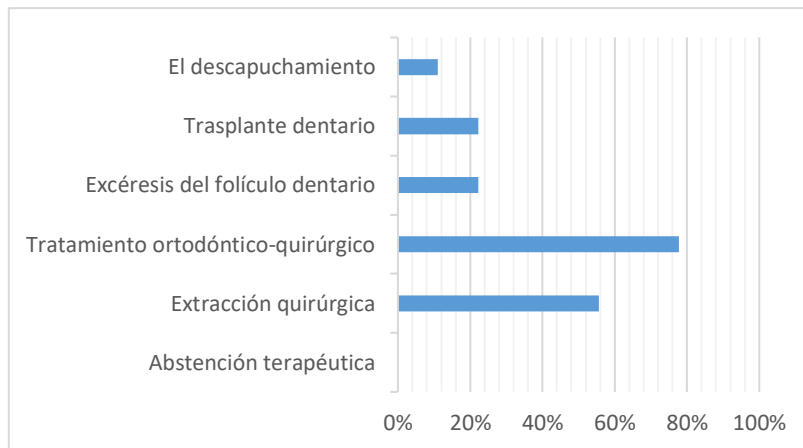


Ilustración 3. Tratamiento de dientes retenidos



ANEXO 2: Pertinencia de trabajo de integración curricular



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

Loja 20 de octubre de 2022.

Dra. Susana González Eras.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

En atención a lo solicitado en Memorandum N° 136-DOC-FSH-UNL, mediante el cual solicita emitir informe sobre la estructura y coherencia y pertinencia del Trabajo de Integración Curricular, denominado: **“ETIOLOGÍA DE DIENTES RETENIDOS EN ADULTOS MEDIANTE REVISIÓN BIBLIOGRAFICA”**; de autoría de la: Srta. Gina Narcisca Caiminagua Macas, estudiante de la Carrera de Odontología.

Al respecto manifiesto que he revisado Trabajo de Integración Curricular antes citado el mismo que pertinente y relevante para su ejecución.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:



Firmado electrónicamente por:
**ANA MARIA
GRANDA**

Dra. Ana Maria Granda Loaiza
DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

English Speak Up Center


Nosotros "English Speak Up Center"

CERTIFICAMOS que

La traducción del resumen de Trabajo de Integración Curricular titulado "ETIOLOGÍA DE DIENTES RETENIDOS EN ADULTOS." documento adjunto solicitado por la señorita Gina Narcisa Caiminagua Macas con cédula de ciudadanía número 0706491925 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "English Speak Up Center"

Esta es una traducción textual del documento adjunto. El traductor es competente y autorizado para realizar traducciones.

Loja, 14 de noviembre de 2023


Mg. Sc. Elizabeth Sánchez Burneo
DIRECTORA ACADÉMICA

DIRECCIÓN: SUCRE 207-46 ENTRE AZUAY Y MIGUEL RIOFRIO

TELÉFONO: 099 5263 264