

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
“Dr. Antonio Luaces Iraola”

Título: Comportamiento de los dientes retenidos en la población de la zona este de la ciudad de Ciego de Ávila.

Autor: Dra. Milenys Herrera Álvarez

Tutor: Dr. MSc. Jorge Aragón Abreu
Especialista de primer grado en Cirugía Máxilo Facial

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO ACADÉMICO DE
MASTER EN
URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS

Año 2009

“Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución”

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el interés de identificar el comportamiento de los dientes retenidos en los pacientes de la zona este de la ciudad de Ciego de Ávila, y que fueron atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial “Antonio Luaces Iraola”, en el período entre enero y diciembre de 2008. La muestra de estudio estuvo constituida por 72 pacientes remitidos de las unidades asistenciales de atención primaria que cumplieron con los criterios de inclusión, a los cuales se le diagnosticaron 96 dientes retenidos después de un minucioso interrogatorio y examen clínico intrabucal complementado por el examen radiográfico. A estos pacientes se les aplicó un formulario en el cual se recogieron los principales datos de esta investigación tanto en el pre como postoperatorio. Nuestros principales resultados fueron: el 59.2% del total de pacientes pertenecieron al sexo femenino, predominó el grupo de 15 a 29 años. El diente retenido más frecuente de acuerdo a su nomenclatura fue el tercer molar inferior (59.4%). El tratamiento empleado preferentemente fue la avulsión quirúrgica, siendo mayoritarias las complicaciones mediatas, encabezadas por el trismus mandibular y los abscesos subperiósticos.

Palabras claves: Diente retenido, diente impactado, diente incluido.

ÍNDICE

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos..... 7

Material y Métodos..... 8

Resultados..... 15

Discusión..... 22

Conclusiones.....25

Recomendaciones.....26

Referencias bibliográficas.....27

Anexos

INTRODUCCIÓN

Estudios antropológicos afirman que la constantemente cerebración del hombre agranda su caja craneana a expensas de sus maxilares. La línea prepituitaria que se deslizaba hacia delante desde la frente retruída hasta el maxilar protuído en los prehumanos, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno, a medida que ha disminuido la cantidad de dientes. Una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación favorece esta tendencia, haciendo innecesario un aparato masticatorio poderoso. Mayores cantidades de personas tienen dientes retenidos por estas razones, e incluso y eventualmente, los terceros molares van a desaparecer en el hombre, seguido por la mayor retención y ulterior pérdida de los incisivos laterales, milenios después. (1)

La erupción de los dientes temporales y permanentes se realiza según una secuencia determinada y en intervalos determinados de tiempo. Si se produce un retraso patológico, debe investigarse si existe agenesia del diente o la presencia de alguna causa que ocasione la retención de la erupción. (2)

Se denominan dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción no logran hacerlo y permanecen en el interior de los maxilares, manteniendo la integridad del saco pericoronario. (1-3)

La retención dentaria se presenta de dos formas: intraósea y subgingival o submucosa, cuando está rodeado completamente por tejido óseo o cubierto por tejido gingival mucoso, respectivamente. Ha sido clasificada también de acuerdo al orden de frecuencia con que se presenta, a la posición de su eje longitudinal o a la altura respecto al plano de oclusión, entre otros aspectos. (4-5)

Estudios realizados refieren que puede estar afectado cualquier diente de la cavidad bucal, pero los que con mayor frecuencia quedan retenidos son los terceros molares inferiores, los terceros molares superiores y los caninos superiores, en ese orden. No hay preferencia por sexo ni raza, y se presentan mayormente en adolescentes y adultos jóvenes. (6-7)

Además de las causas antropológicas enumeradas al inicio, múltiples son las razones etiológicas que interfieren en la retención dentaria. Entre ellos, factores embriológicos cuando el germen dentario está lejos del alveolo; factores mecánicos si existen elementos patológicos interpuestos; malformaciones asociadas a síndromes craneofaciales; y enfermedades genéticas endocrino-metabólicas. (2-7)

Las retenciones dentarias pueden ocasionar diversas complicaciones y el proceso de brote dentario puede causar accidentes de diversos tipos. Su diagnóstico trae implícito un buen interrogatorio, un detallado examen clínico y un examen radiográfico. El tratamiento, por lo general, es quirúrgico o quirúrgico ortodóntico. (8-9).

El Estomatólogo General Integral es el responsable en el Primer Nivel de Atención de realizar:

- Acciones de promoción de salud para mantener una higiene bucal adecuada.
- Acciones de prevención de enfermedades como maloclusiones, reabsorciones radiculares de dientes vecinos, caries del diente en sí y de dientes vecinos, sepsis como pericoronaritis y osteomielitis mandibular.
- Diagnóstico clínico precoz.
- Tratamiento ambulatorio de las pericoronaritis.
- Interconsultas con Ortodoncia en aquellos pacientes que por su edad lo justifiquen.
- Descapuchamiento del diente en área quirúrgica, previamente valorado por Ortodoncia.
- Remisión al segundo nivel de atención de los casos que lo necesiten (3, 7, 8).

Múltiples son las complicaciones debido a la presencia de dientes retenidos. La pericoronaritis es la más frecuente y aparece en la segunda y la tercera década de vida como un accidente mucoso asociado a los terceros molares inferiores en posición vertical inclinados hacia distal estando cerca o en el plano de oclusión. (10)

Otra complicación que se presenta es la impactación del tercer molar en la raíz del segundo molar, lo que provoca la reabsorción radicular externa de este último. (11) También son frecuentes las lesiones quísticas asociadas a los dientes retenidos. (12-14)

La avulsión quirúrgica es el tratamiento usual para el diente impactado sintomático, pero además, dentro de la práctica de la cirugía bucal se desarrollan procedimientos quirúrgicos de realización conjunta con tratamientos ortodóncicos, siempre que la ocasión lo permita, preferiblemente en la región anterior de la cavidad bucal. Variada es la literatura científica de presentación de casos de fraccionamiento quirúrgico de caninos e incisivos centrales superiores retenidos. (14-15-16)

Otra opción de tratamiento lo constituye la realización de trasplantes dentarios, utilizando los retenidos avulsionados para suplir dientes que por alguna causa debían ser extraídos. (17-20-24)

Toda intervención quirúrgica puede estar seguida por complicaciones post-quirúrgicas. En el caso de la cirugía de los dientes retenidos, pueden aparecer hemorragias, alveolitis, absceso subperióstico, dolor, trismus, parestesia, entre otros, que requieren su diagnóstico y tratamiento oportuno. (18-19)

Bernal Gómez (10) refiere que el 1,65% de los pacientes entre 15 y 19 años presentan dientes retenidos, no incluyendo terceros molares. Registró que el 65% de sus pacientes con edad promedio de 20 años tenía de uno a cuatro cordales retenidos, con preferencia por el sexo femenino, y que los individuos de piel negra presentan una frecuencia

menor de retención dentaria, ya que sus maxilares de mayor tamaño permiten la erupción completa de todos los dientes. Otras publicaciones presentan resultados similares a los expuestos con anterioridad (22-26).

En una investigación epidemiológica sobre dientes retenidos, realizada en Argentina, se obtuvo como resultados que el tercer molar inferior es el diente que con mayor frecuencia se retiene en la cavidad bucal, seguido del tercero superior. El 38% de la población en estudio presentó estos molares retenidos, siendo más afectado el sexo masculino y los pacientes entre 18 y 30 años (21-23).

La impactación de los caninos superiores en el 2,2% de la población entre 7 y 13 años, siendo dos veces mayor en el sexo femenino fue el hallazgo de Fernandis Ballester, el que también encontró que sólo el 0,35% de su población presentó impactación del canino inferior (25-30).

Se estudiaron 601 pacientes que solicitaron tratamiento de Ortodoncia en la Clínica de la Universidad Tecnológica de México, de los cuales 35 presentaron retención de caninos, con una tasa de prevalencia de 5,8 (26-27).

Canaval y Perea (17) encontraron que los pacientes pediátricos presentaron diversas alteraciones de los tejidos dentarios, siendo los dientes retenidos la alteración por la que más comúnmente consultaron al cirujano dentista. Las piezas retenidas que se observaron con mayor frecuencia fueron caninos maxilares, seguidos

de segundos premolares mandibulares e incisivos centrales superiores (28).

Marcelo Drummond (18) realizó un estudio radiográfico de 167 casos de terceros molares no erupcionados, observando en 50 de ellos la reabsorción radicular externa del segundo molar adyacente, lo que representó el 29,9% del total, dato que nos obliga a tener mayor cuidado en el control de los terceros molares en la práctica clínica (29).

Por último, se ha constatado que el tema sobre Retención Dentaria constituye un importante objetivo de estudio e investigación, sobre todo en nuestra provincia en donde no son muy numerosos. Esto nos ha motivado para realizar esta investigación que pudiera servir para un mejor trabajo asistencial y docente, así como contribuir a un mayor desarrollo de la salud en nuestro país.

OBJETIVOS

General

Identificar el comportamiento de los dientes retenidos en los pacientes de la zona este de la ciudad de Ciego de Ávila.

Específicos

1. Distribuir los pacientes en estudio según grupo de edades y sexo.
2. Definir el comportamiento dientes retenidos en cuanto a:
 - Nomenclatura.
 - Localización anatómica.
 - Tratamiento recibido.
3. Determinar en los pacientes que han recibido tratamientos quirúrgicos:
 - Riesgo quirúrgico.
 - Complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio observacional-descriptivo con el interés de identificar el comportamiento de la retención dentaria en los pacientes residentes en la zona este de la ciudad de Ciego de Ávila que fueron atendidos en la consulta de Cirugía Máxilo- Facial en el período de enero de 2008 a diciembre de 2008.

Universo de estudio.

El universo estuvo constituido por 90 pacientes remitidos desde las unidades de atención primaria de la zona este de la Ciudad de Ciego de Ávila que fueron atendidos por el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial “Antonio Luaces Iraola”.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico clínico de diente retenido
- Diagnóstico complementado mediante estudio radiográfico.
- Pacientes con capacidad psicológica para responder adecuadamente a la investigación.

- Pacientes que firmen su consentimiento informado (anexo1).
- Documentos de trabajo oficial y completo: informes operatorios, historias clínicas ambulatorias u hospitalarias.

- Criterios de exclusión:

- Residencia permanente fuera de la zona este de Ciego de Ávila.
- Confección defectuosa, deterioro o pérdida de los documentos oficiales de trabajo.
- Pacientes incapacitados mentalmente.
- Pacientes que no firmaron voluntariamente el acta de consentimiento.

La muestra de estudio quedo conformada por 72 pacientes que cumplieron con estos criterios quedando excluidos 18 de ellos.

Técnica y procedimiento.

A todos los pacientes recepcionados incluidos en la muestra de estudio se les realizó una entrevista cara a cara y un adecuado examen clínico intrabucal y radiológico de los cuales se obtuvieron las informaciones necesarias de esta investigación que fueron recopiladas en un formulario (anexo2).

Las variables objeto de estudio para dar salida al objetivo No.1 fueron:

- **Edad en el momento del tratamiento.**

_____ Menos de 15

_____ 15 a 29

_____ 30 a 44

_____ 45 a 59

_____ 60 y más.

- **Sexo**

_____ Femenino

_____ Masculino.

Para dar salida al objetivo No.2 fueron analizadas las siguientes variables:

- **Nomenclatura del diente retenido.**

_____ Incisivo central superior

_____ Incisivo lateral superior

_____ Canino superior

_____ Canino inferior

_____ Premolar superior

- Premolar inferior
- Tercer molar superior
- Tercer molar inferior
- Supernumerario
- Otro

- **Distribución de los dientes retenidos según su localización anatómica.** (Se considero la región anterior la zona desde canino a canino y la región posterior de bicúspide hacia molares).

Maxilar superior

- Región anterior.
- Región posterior

Maxilar inferior

- Región anterior.
- Región posterior.

- **Tratamiento recibido.**

Tratamiento Recibido.

____ Avulsión quirúrgica

____ Enlace para tracción

____ Operculectomía

____ Otro.

Para dar salida al objetivo No.3 se tuvieron en cuenta:

- **Riesgo quirúrgico en pacientes operados.**

Riesgo quirúrgico en pacientes operados.

____ Diabetes Mellitus

____ Cardiopatías

____ Hipertensión Arterial

____ Discrasias Sanguíneas

____ Fiebre Reumática

____ Asma Bronquial

____ Anticoagulante (paciente tratado)

____ Antiagregantes Plaquetarios (paciente tratado)

____ Otros.

- **Complicaciones inmediatas:** Ocurridas durante el acto quirúrgico.

___ Luxación y/o avulsión de dientes vecinos.

___ Luxación mandibular.

___ Fractura mandibular.

___ Fractura de la tuberosidad.

___ Fractura de dientes vecinos.

___ Comunicación bucosinusal o buconasal.

___ Desgarros de mucosas.

___ Lesiones nerviosas.

___ Lesiones vasculares.

___ Otras.

- **Complicaciones Mediatas:** Evaluadas después del acto quirúrgico en consultas de seguimiento a las 24 horas, 72 horas y después de los 7 días.

___ Hemorragias.

___ Alveolitis.

___ Absceso Sub-Perióstico.

_____ Trismus.

_____ Disfunción de la ATM.

_____ Parestesia o Disestesia.

_____ Otra

Los datos se recogieron y se determinaron según la clasificación de las variables, se procesaron con ayuda de un programa de computación y se distribuyeron según su frecuencia. Se utilizó el cálculo porcentual como medida de resumen de la información, presentándose los resultados a través de tablas de contingencia.

El informe final se confeccionó teniendo en cuenta la metodología y los requisitos establecidos por el departamento de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, utilizándose el programa de Microsoft Excel.

RESULTADOS

Tabla No.1: Distribución de los pacientes atendidos con retención dentaria según grupos de edades y sexo. Zona este. Ciudad Ciego de Ávila.

Hospital Provincial “Antonio Luaces Iraola”.

Servicios Cirugía Máxilo Facial.

Enero a Diciembre de 2008.

| Grupos de Edades (Años) | SEXO | | | | TOTAL | |
|-------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | MASC | | FEM | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| 0-14 | 4 | 40 | 6 | 60 | 10 | 13.8 |
| 15-29 | 18 | 42.8 | 24 | 57.2 | 42 | 58.3 |
| 30-44 | 5 | 35.7 | 9 | 64.3 | 14 | 19.4 |
| 45-59 | 1 | 25 | 3 | 75 | 4 | 5.5 |
| 60 y más | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 | 2.7 |
| TOTAL | 29 | 40.2 | 43 | 59.8 | 72 | 100 |

Fuente formulario.

n= 72.

Tabla No.2: Distribución de los dientes retenidos de acuerdo a su nomenclatura.

| Nomenclatura del Diente Retenido | No. | % |
|---|------------|------------|
| Tercer Molar Inferior | 57 | 59.4 |
| Tercer Molar Superior | 14 | 14.6 |
| Canino Superior | 8 | 8.32 |
| Premolar Inferior | 5 | 5.2 |
| Canino Inferior | 3 | 3.12 |
| Premolar Superior | 1 | 1.04 |
| Incisivo Central Superior | 2 | 2.08 |
| Incisivo Lateral Superior | 1 | 1.04 |
| Supernumerario | 3 | 3.12 |
| Otros | 2 | 2.08 |
| Total | 96 | 100 |

Fuente: Formulario

n= 96.

Tabla No.3: Distribución de los Dientes Retenidos según su localización anatómica.

| Localización Anatómica | Región Anterior | | Región Posterior | | No. | % |
|-------------------------------|------------------------|-------------|-------------------------|-------------|------------|------------|
| | No. | % | No. | % | | |
| Maxilar Superior | 14 | 45.2 | 17 | 54.8 | 31 | 32.3 |
| Maxilar Inferior | 3 | 4.6 | 62 | 95.4 | 65 | 67.7 |
| TOTAL | 17 | 17.7 | 79 | 82.3 | 96 | 100 |

Fuente formulario.

n= 96.

Tabla No.4: Dientes Retenidos según su nomenclatura y tratamiento recibido.

| Nomenclatura | No. | Avulsión Quirúrgica | | Operculec -tomía | | Enlace para Tracción | |
|---------------------------|-----------|---------------------|-------------|------------------|------------|----------------------|------------|
| | | No. | % | No. | % | No. | % |
| Tercer Molar Inferior | 57 | 52 | 91.2 | 5 | 8.8 | - | - |
| Tercer Molar Superior | 14 | 14 | 100 | - | - | - | - |
| Canino Superior | 8 | 5 | 62.5 | - | - | 3 | 37.5 |
| Premolar Inferior | 5 | 5 | 100 | - | - | - | - |
| Canino Inferior | 3 | 3 | 100 | - | - | - | - |
| Premolar Superior | 1 | 1 | 100 | - | - | - | - |
| Incisivo Central Superior | 2 | - | - | 1 | 50 | 1 | 50 |
| Incisivo Lateral Superior | 1 | 1 | 100 | - | - | - | - |
| Supernumerario | 3 | 3 | 100 | - | - | - | - |
| Otros | 2 | 2 | 100 | - | - | - | - |
| Total | 96 | 86 | 89.6 | 6 | 6.2 | 4 | 4.2 |

Fuente formulario.

n= 96.

Tabla No.5: Aparición de riesgo quirúrgico en los pacientes intervenidos por dientes retenidos.

| Riesgo Quirúrgico | No. | % |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Hipertensión Arterial | 6 | 8.3 |
| Cardiopatías | 4 | 5.5 |
| Antiagregantes Plaquetarios | 4 | 5.5 |
| Tratamiento con Anticoagulantes | 3 | 4.1 |
| Discrasias Sanguíneas | 1 | 1.4 |
| Fiebre Reumática | 3 | 4.1 |
| Diabetes Mellitus | 4 | 5.5 |
| Otros | 1 | 1.4 |
| TOTAL | 26 | 36.1 |

Fuente formulario.

n= 72.

Tabla No.6: Complicaciones inmediatas en los pacientes intervenidos por dientes retenidos.

| Complicaciones Inmediatas | No. | % |
|--|------------|-------------|
| Luxación y/o avulsión de Dientes Vecinos | 5 | 6.9 |
| Luxación Mandibular | 2 | 2.8 |
| Fractura Mandibular | - | - |
| Fractura Tuberosidad | 1 | 1.4 |
| Fractura Dientes Vecinos | 3 | 4.2 |
| Comunicación Buconasal | 2 | 2.8 |
| Comunicación Bucosinusal | 1 | 1.4 |
| Desgarros Mucosos | 3 | 4.2 |
| Lesiones Nerviosas | 2 | 2.8 |
| Lesiones Vasculares | - | - |
| Otras | - | - |
| TOTAL | 19 | 26.3 |

Fuente formulario.

n= 72.

Tabla No.7: Complicaciones mediatas aparecidas en los pacientes intervenidos por dientes retenidos.

| Complicaciones Mediatas | No. | % |
|--------------------------------|------------|-----------|
| Hemorragia Alveolar | 3 | 4.2 |
| Alveolitis | 2 | 2.8 |
| Absceso Subperiósticos | 8 | 11.1 |
| Trismus Mandibular | 9 | 12.5 |
| Parestesia ó Disestesia | 4 | 5.5 |
| Disfunción ATM | 5 | 6.9 |
| Edema Grosero | 4 | 5.5 |
| Otros | 1 | 1.4 |
| TOTAL | 36 | 50 |

Fuente formulario.

n= 72.

DISCUSIÓN

En la tabla No. 1 al distribuir los pacientes intervenidos quirúrgicamente según grupo de edades y sexo se pudo observar que la mayor frecuencia se ubicó entre 15 y 29 años (58.3%), seguido de los pacientes entre 30 y 44 años (19.4%), resultados que coinciden con los encontrados en la bibliografía revisada (1, 4, 5, 23, 28).

El 59.8 % de los pacientes correspondió al sexo femenino observándose su predominio en todos los grupos de edades. Este resultado coincide con los expuestos por la mayoría de los autores que han investigado sobre este tema (15, 29, 30).

En la tabla No. 2 observamos la distribución de los dientes retenidos de acuerdo a la nomenclatura. La mayor frecuencia de retención dentaria correspondió a los terceros molares inferiores representados por el 59.4% de todos los dientes retenidos intervenidos en el periodo estudiado. Los terceros molares inferiores y los caninos superiores continuaron en orden de frecuencias. Esto se debe a que los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar y en numerosas ocasiones ya no existe el espacio suficiente para su correcta ubicación en el arco. Lo mismo sucede con el canino superior pero en el sector anterior de la cavidad bucal, situación en la que también influye que su germen dentario se forma muy alejado del alveolo. Los resultados expuestos en esta tabla coinciden con los encontrados en la literatura científica revisada (5, 7, 16, 24 – 27). El 3.12% de los dientes

retenidos correspondió a los dientes supernumerarios, predominando el mesiodens, resultado que coincide con Canaval y Perea (17).

En la tabla No.3 al distribuir los dientes retenidos según la localización anatómica se obtuvo que el 95.4% se ubicó en la región posterior de la mandíbula, dato que se debe a la mayor frecuencia de retención de los terceros molares inferiores. El 45.2% de los dientes retenidos ubicados en la región anterior correspondieron al maxilar superior, representados en su mayoría por los caninos superiores y dientes supernumerarios. Ambos resultados coinciden con la bibliografía revisada para la ejecución de esta investigación (3, 7, 12, 24).

En la Tabla No. 4 se muestra la distribución de los dientes retenidos de acuerdo a la nomenclatura y el tratamiento recibido. El 89.6% de los tratamientos realizados correspondió a la avulsión quirúrgica con predominio en todos los grupos dentarios, excepto en los incisivos centrales superiores. Numerosa y variada es la literatura científica que señala la avulsión quirúrgica como tratamiento usual para los dientes retenidos (6,11, 12, 21, 29), al igual que la realización conjunta de procedimientos quirúrgicos con tratamientos ortodóncicos, preferiblemente en la región anterior de la cavidad bucal como son los casos de traccionamiento quirúrgico de incisivos centrales y caninos superiores (23).

En la tabla No.5 se obtuvo una frecuencia de aparición de riesgo quirúrgico de 36.1%, del total de pacientes intervenidos. Siendo la hipertensión arterial la que se presentó en el mayor número de pacientes, representado por el 8.3%, coincidiendo este resultado con

el obtenido por Bernal Gómez (10). Por orden de aparición le continuaron las cardiopatías, el tratamiento con antiagregantes plaquetarios y la diabetes mellitus con un 5.5%.

En la tabla No.6 observamos la frecuencia de aparición de complicaciones inmediatas. De los 72 pacientes intervenidos quirúrgicamente 19 presentaron complicaciones inmediatas, lo que representó 26.3%. En general se pudo apreciar una baja frecuencia de las mismas en todas las ocasiones excepto la luxación y/o avulsión de dientes vecinos que se presentó en 5 intervenciones para un 6.9%. Este resultado pudo estar relacionado con la impactación del tercer molar en la raíz del segundo molar provocando la reabsorción radicular externa de este último y mayor susceptibilidad a su luxación durante la avulsión quirúrgica del tercero.

En la tabla No.7 se aprecia la frecuencia de complicaciones mediatas en los pacientes intervenidos quirúrgicamente con un total de 36 para el 50% del total, presentándose en el mayor número de casos el trismus mandibular con un 12.5%, seguido por el absceso subperióstico representado por el 11.1%.

CONCLUSIONES

- Más de la mitad de los pacientes estudiados en la muestra correspondieron al sexo femenino y en el grupo de edades entre 15 y 29 años.
- El tercer molar inferior fue el diente retenido que mayor frecuencia tuvo entre los pacientes que se estudiaron.
- La región posterior del maxilar inferior fue la localización anatómica más frecuente de los dientes retenidos.
- El tratamiento de elección de la mayoría de los casos fue la avulsión quirúrgica.
- El riesgo quirúrgico más frecuente entre los pacientes estudiados fue la hipertensión arterial.
- La cuarta parte de los pacientes de la muestra sufrieron complicaciones inmediatas al acto quirúrgico, con más frecuencia la luxación y/o avulsión de dientes vecinos.
- La mitad de la muestra estudiada tuvo complicaciones mediatas, siendo el trismus mandibular el de mayor prevalencia.

RECOMENDACIONES

- Continuar realizando el diagnóstico clínico precoz de los pacientes con dientes retenidos y su remisión al segundo nivel de atención en los casos necesarios en aras de minimizar complicaciones.
- Incrementar la casuística en los estudios que sobre el tema se haga, para identificar estas alteraciones en un mayor número de paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harry Archer W. Cirugía bucal. Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas. La Habana: Científico Técnica; 1971. T 1. p. 124-37.
2. Kruger GO. Cirugía bucomáxilofacial. La Habana: Científico Técnica; 1982. p. 13-17; 18-97.
3. Guías Prácticas de Estomatología. Colectivo de autores. La Habana: Ciencias Médicas; 2003. p. 430-38.
4. Shafer WG; Heine MK; Leroy BM; Tomich ChE. Tratado de patología bucal. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000. Sección I. p. 66-70.
5. Rodríguez Calzadilla OL. Presentación de casos. Exéresis de impactaciones dentarias complejas. Rev Cub Estomat 1999; 37(3):53-6.
6. Cecil A, Yeman OD. Incisivo central superior retenido. Resolución quirúrgica y ortodóncica. Rev Soc Odontol La Plata 2003; 16(32):21-6.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria en salud y medicina familiar. La Habana: MINSAP; 2001.

8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de asistencia médica y social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. En Prensa 2002.
9. Mayoral Carpintero P. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. La Habana: Ministerio de Cultura; 1986. p. 76-84.
10. Bernal Gómez AP, Archila Celis DL, Dorado Villamil MF. Terceros molares incluidos. Epidemiología y contexto sistémico. Rev Fed Odontol Colombia 2003;(206):17-25.
11. Stefani de Podskubka L. Tercer molar mandibular. Rev Ateneo Argent Odontol 2003;42(2):32-7.
12. Masconda Osorio Y. Manejo de molares inferiores retenidos. Rev Ortod 2003; 67(134):62-4.
13. Oviedo Montes A, Ramblas Ángeles MP, Ramos Reyes H. Exodoncia del tercer molar mandibular retenido en posición vertical. Rev ADM 2001; 50(2):101-6.
14. Sabino NA, Sillero M. Descriptive epidemiological study of impacted teeth based in the action of Dental Aid Division of the Medical Complex of the Argentine Federal Police Churrusca Visca. Rev Fac Odont B Aires 2001; 16(42):70-6.
15. Fernandis Ballester JF, Taribia F, Hidalgo Regoyen L. El canino incluido: diagnóstico y tratamiento. España: MDB 2004; p. 9-11.

16. Ugalde FJ, González LR. Prevalence of impacted canines in patients treated in the Orthodontic Clinic of UNITEC. Rev ADM 2002; 56(2):49-58.

17. Canaval TC, Perea PM. Frecuencia de intervenciones quirúrgicas por diagnóstico de piezas retenidas, supernumerarios y odontomas. Rev Soc Per Odontoped Odont Ped 2004; 2(4):3-9.

18. Marcelo Drummond N, Cesar Sant"anna L, Horta Parreira HG. Study clinical, radiographical and histological of the non-erupted third molar teeth in the presence or absense of an external radicular resorption within the contiguous molar teeth. Rev Odontol Cienc 2004;14(27):263-88.

19. Gay Escoda C. Temas de cirugía bucal. Barcelona: Graficas Signos; 1994.p.583-608;613-25. T II.p.624-86; 775-85.

20. Ries Centeno GA. Cirugía bucal con patología clínica y terapéutica. La Habana: Ciencia y Técnica; 1973.TI.p.413-24.

21. Rivas Galindo JR. Alternativo.
<http://www.dentalw.com/papers/cirugía/máximo.htm>.

22. Ugalde Morales FJ, Pompa y Padilla JA. Retención de dientes caninos en cráneos de de la colección Tzompantli de Tlatelolco. Rev ADM 2003; 60(2):52-8.

23. Teixeira Goncalves R. Surgical repositionig of louwer second molar teeth and contention with hidroxiaapatete collagen type I complex. Rio de Janeiro: s/n; 2003. P. 145-50.

24. Moram López E, Cruz Paulin Y. Pericoronaritis: criterios actuales. Revisión Bb. Rev Cub Estomat 2001; 38(3):192-204.
25. Veechi A, Fernandis G, Goncalves FA. Pre-surgery complications associated with impactions of third inferior molars. Rev Fac Odontol Porto Alegre 2000; 42(2):44-50.
26. Moreira Díaz E. Histic structure of the pericorony sac of non-erupted teeth in its relationship with odontogenous cysts and neoplasms. Rev Fed Odontol Colombia 2002;(202):5-9.
27. Eversole LR. Patología bucal. Diagnóstico y tratamiento. La habana: Científico técnica: 1984.p.242-56.
28. Estrada Sarmiento M. Lesiones quísticas asociadas a terceros molares retenidos que requirieron hospitalización. Rev Cub Estomat 1999; 25(3):81-5.
29. Vara de la Fuente JC. Complicaciones post-quirúrgicas de los cordales incluidos. Gac Dent 2004; 146: 102-10.
30. Rodríguez Calzadilla OL. Frecuencia de las alteraciones bucales tratadas quirúrgicamente. Rev Cub Estomat 1999;33(4):51-4.

ANEXO 1

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Hospital: _____ Fecha: _____

Servicio: _____

Yo: _____

He recibido suficiente información sobre la investigación que se realiza en la ciudad de Ciego de Ávila para evaluar la prevalencia de los dientes retenidos. Estoy dispuesto a participar en este estudio, y responderé con honestidad todas las preguntas y así ayudaré a la investigación.

El Dr. _____

Me ha explicado que todos mis datos son confidenciales y que mi nombre no será revelado. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee,

sin necesidad de expresar los motivos y sin que estos repercuta en mi tratamiento.

Para cualquier información adicional acerca de la investigación y de mis derechos puedo dirigirme al Cirujano Máxilo-Facial que me está atendiendo.

Firma del Paciente

Firma del Investigador

ANEXO 2

Formulario para la recopilación de los datos.

Nombre y apellidos: _____.

Edad:

_____ Menos de 15

_____ 15 a 29

_____ 30 a 44

_____ 45 a 59

_____ 60 y más.

Sexo:

_____ Femenino

_____ Masculino

Nomenclatura del o los dientes retenidos

_____ Incisivo central superior

_____ Incisivo lateral superior

_____ Canino superior

_____ Canino inferior

_____ Premolar superior

_____ Premolar inferior

_____ Tercer molar superior

_____ Tercer molar inferior

_____ Supernumerario

_____ Otro

Localización anatómica.

- Maxilar

_____ Región anterior.

_____ Región posterior

- Mandíbula

____ Región anterior.

____ Región posterior.

Tratamiento Planificado.

____ Avulsión quirúrgica

____ Enlace para tracción

____ Operculectomía

____ Otro.

Riesgo quirúrgico en pacientes operados.

____ Diabetes Mellitus

____ Cardiopatías

____ Hipertensión Arterial

____ Discrasias Sanguíneas

____ Fiebre Reumática

____ Asma Bronquial

____ Anticoagulante (paciente tratado)

____ Antiagregantes Plaquetarios (paciente tratado)

_____ Otros.

Complicaciones:

- Inmediatas:

_____ Luxación y/o avulsión de dientes vecinos.

_____ Luxación mandibular.

_____ Fractura mandibular.

_____ Fractura de la tuberosidad.

_____ Fractura de dientes vecinos.

_____ Comunicación bucosinusal o buconasal.

_____ Desgarros de mucosas.

_____ Lesiones nerviosas.

_____ Lesiones vasculares.

_____ Otras.

- Mediatas:

____ Hemorragias.

____ Alveolitis.

____ Absceso Sub-Perióstico.

____ Trismus.

____ Disfunción de la ATM.

____ Parestesia o Disestesia.

____ Otra.