

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS DE
PACIENTES MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS DEL CENTRO RADIOLÓGICO DE LA UCSM,
AREQUIPA 2022.**

Tesis presentada por la bachiller:

Belizario Ortiz Lisset Natividad

Para optar el Título Profesional de:

Cirujana Dentista

Asesor:

Dr. Centeno San Roman Gilberto

**Arequipa – Perú
2023**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ODONTOLOGIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Junio del 2023

Dictamen: 009494-C-EPO-2023

Visto el borrador del expediente 009494, presentado por:

2016244602 - BELIZARIO ORTIZ LISSET NATIVIDAD

Titulado:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS DE PACIENTES MAYORES DE 13 AÑOS
DE EDAD EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DEL CENTRO RADIOLOGICO DE LA UCSM,
AREQUIPA 2022.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**06292199 - DE LOS RIOS FERNANDEZ ENRIQUE MANUEL
DICTAMINADOR**



**29231712 - VASQUEZ HUERTA ELSA CARMELA
DICTAMINADOR**



**70360766 - MEZA ZEGARRA SOLANGE ANA
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Dedicó este trabajo a Dios, a la Virgencita de Chapi y al Divino Niño por guiarme, protegerme y ayudarme a no rendirme en el proceso para poder alcanzar mis metas

A mis padres Oscar y Rocio, que con esfuerzo y dedicación me ayudaron a salir adelante y a cumplir cada una de mis metas y saber que con esfuerzo y dedicación todo se puede lograr en esta vida.

A mi hermano Fabian por el apoyo que me brindó en todo este proceso.

A mi mamita Soledad por siempre estar ahí para mí, dándome su bendición y sus consejos para no rendirme nunca y ser mejor persona.

A mi Memito que está en el cielo, que desde pequeña me enseñó a ser una persona humilde y a siempre ayudar a las personas que queremos, al que siempre hacía de todo para protegerme y verme feliz, y gracias a todos sus consejos y amor me ayudo a no rendirme y poder superar cada obstáculo en la vida y que desde el cielo sigue guiándome y protegiéndome para lograr todas mis metas. Sé que él está muy orgulloso de todo lo que voy logrando día a día.

Finalmente, a mis otros dos angelitos, mi mamá Naty y a mi papá Clorito que día a día guían mis pasos y con su amor y admiración me ayudaron a llegar hasta aquí.

AGRADECIMIENTO

A Dios, a la Virgencita de Chapi y al Divino Niño, por protegerme y ayudarme a no rendirme y poder cumplir mis metas

A mis padres y hermano, por ayudarme a no rendirme en este largo proceso

A mi tía Gladys por siempre estar conmigo, aconsejarme y apoyarme en todo lo que estaba a su alcance para poder lograr mis metas.

A mis tías Mary, Marisol, Julieta y Gina que siempre están apoyándome y aconsejándome en cada paso que doy.

A mi primo hermano Amtuan, que siempre está ahí para apoyarme, aconsejarme y dándome ese empujoncito para salir adelante y no darme por vencida.

A mis amigos que fueron parte de todo este proceso y siempre estuvieron ahí alentándome para no rendirme.

Finalmente quiero agradecer a mis docentes de la facultad de Odontología por todo el aprendizaje, a mi asesor Dr. Gilberto Centeno San Román, por todo su apoyo en la elaboración de mi proyecto de tesis, a mis dictaminadores Dra. Elsa Vásquez, Dr. Enrique de los Ríos y Dra. Solange Meza. Y a cada persona que formo parte de mí, gracias por brindarme su amistad, sus consejos para seguir adelante.

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de la retención de dientes deciduos de pacientes mayores de 13 años de edad en radiografías panorámicas del Centro Radiológico de la UCSM, 2022. Fue una investigación de abordaje cualitativo, por la técnica de recolección observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, cuyo diseño fue no experimental y de nivel descriptivo, se constituyeron como unidades de estudio 1558 radiografías panorámicas que presentan retención de dientes deciduos en pacientes mayores de 13 años de edad para la obtención de los datos se empleó un instrumento estructurado denominado ficha de registro imagenológica, elaborado en función a las variables, indicadores y subindicadores al mismo que fue sometido a una prueba piloto; en cuanto a los resultados se identificó que de todas las radiografías analizadas de pacientes mayores a los 13 años que asistieron al Centro Radiológico de la UCSM, solo el 10.1% tuvo retención de dientes deciduos. De estas radiografías que presentan retención de dientes deciduos, en el cuadrante inferior derecho prevaleció la pieza 8.3. (53.8%), en el cuadrante superior derecho la pieza 5.3. (94.4%), en el cuadrante inferior izquierdo la pieza 7.5. (55.6%) y en el cuadrante superior izquierdo la pieza 6.3. (84%). Con respecto a la retención de los dientes deciduos la mayoría correspondía a la pieza 5.3. (43.3%), seguida por las piezas 6.3. (26.8%), 8.3. (8.9%), 8.5. (6.4%), 6.5. (3.8%), 7.5. (3.2%), 7.3. (2.5%), 5.5. (1.9%), 6.2. (1.3%), 8.2. (1.3%) y 5.2. (0.6%).

Palabras clave: Retención de Dientes deciduos, diagnóstico por imágenes.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the prevalence of the retention of deciduous teeth of patients older than 13 years of age in panoramic radiographs of the Radiological Center of the UCSM, 2022. It was a qualitative approach investigation, by the collection technique observational, retrospective, cross-sectional, descriptive, whose design was non-experimental and of a descriptive level, 1558 panoramic radiographs showing retention of deciduous teeth in patients older than 13 years of age were constituted as study units. To obtain the data, a structured instrument called imaging registration form, prepared according to the variables, indicators and sub-indicators to which it was subjected to a pilot test; Regarding the results, it was identified that of all the radiographs analyzed of patients older than 13 years who attended the Radiological Center of the UCSM, only 10.1% had retention of deciduous teeth. Of these radiographs that show retention of deciduous teeth, piece 8.3 prevailed in the lower right quadrant. (53.8%), in the upper right quadrant piece 5.3. (94.4%), in the lower left quadrant piece 7.5. (55.6%) and in the upper left quadrant piece 6.3. (84%). Regarding the retention of deciduous teeth, the majority corresponded to piece 5.3. (43.3%), followed by pieces 6.3. (26.8%), 8.3. (8.9%), 8.5. (6.4%), 6.5. (3.8%), 7.5. (3.2%), 7.3. (2.5%), 5.5. (1.9%), 6.2. (1.3%), 8.2. (1.3%) and 5.2. (0.6%).

Key words: Retention of deciduous teeth, diagnosis by images.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT | vi |
| INTRODUCCIÓN..... | xi |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO | 1 |
| 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 2 |
| 1.1. Determinación del problema..... | 2 |
| 1.2. Enunciado del problema..... | 3 |
| 1.3. Descripción del problema..... | 3 |
| 1.4. Justificación..... | 4 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1. Esquemas de conceptos básicos | 6 |
| 2.1.1. Cronología De Erupción..... | 6 |
| 2.1.2. Anomalías Dentarias..... | 11 |
| 2.1.3. Factores específicos de la retención de dientes deciduos..... | 18 |
| 3. Análisis de antecedentes Investigativos | 21 |
| 4. OBJETIVOS | 25 |
| 5. HIPÓTESIS | 25 |
| CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... | 26 |
| 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN . | 27 |
| 1.1. Técnica..... | 27 |
| 1.2. Instrumentos..... | 28 |
| 1.3. Materiales de verificación..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN | 28 |
| 2.1. Ubicación Espacial | 28 |
| 2.2. Ubicación Temporal..... | 28 |
| 2.3. Unidades de estudio | 29 |
| 2. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 29 |
| 3.1. Organización | 29 |
| 3.2. Recursos | 30 |
| 3.3. Validación del Instrumento..... | 30 |
| 4. ESTRATEGIA PARA MANEJO DE RESULTADOS..... | 30 |
| 4.1. Plan de Procesamiento..... | 30 |
| 4.2. Plan de Análisis | 31 |
| CAPITULO III: RESULTADOS..... | 32 |
| DISCUSIÓN..... | 49 |
| CONCLUSIONES..... | 51 |
| RECOMENDACIONES..... | 52 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| ANEXOS | 57 |
| ANEXO 1: INSTRUMENTO | 58 |
| ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS..... | 59 |
| ANEXO 3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO | 60 |
| ANEXO 4: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS | 62 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA N° 1: CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO DE LOS PACIENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO RADIOLÓGICO DE LA UCSM | 33 |
| TABLA N° 2: CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES QUE TENÍAN PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS.. | 35 |
| TABLA N° 3: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN LOS PACIENTES SEGÚN PIEZA DENTARIA | 37 |
| TABLA N° 4: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE INFERIOR DERECHO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 39 |
| TABLA N° 5: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 41 |
| TABLA N° 6: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 43 |
| TABLA N° 7: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 45 |
| TABLA N° 8: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS SEGÚN EL GENERO EN PIEZAS DENTARIAS | 47 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO N° 1: CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO DE LOS PACIENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO RADIOLÓGICO DE LA UCSM..... | 34 |
| GRÁFICO N° 2: CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES QUE TENÍAN PREVALENCIA DE LA RETENCION DIENTES DECIDUOS .. | 36 |
| GRÁFICO N° 3: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN LOS PACIENTES SEGÚN PIEZA DENTARIA | 38 |
| GRÁFICO N° 4: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE INFERIOR DERECHO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 40 |
| GRÁFICO N° 5: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 42 |
| GRÁFICO N° 6: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 44 |
| GRÁFICO N° 7: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO SEGÚN PIEZA DENTARIA | 46 |
| GRÁFICO N°8: PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS SEGÚN EL GENERO EN PIEZAS DENTARIAS..... | 48 |

INTRODUCCIÓN

La dentición sufre cambios durante el crecimiento y el desarrollo craneofacial a medida que los dientes temporales erupcionan y estimulan el crecimiento del hueso alveolar además de la futura dentición permanente. Debido al carácter transitorio de esta dentición, se requiere una observación muy estrecha para actuar tan pronto como se presenten cambios desfavorables para encaminar los dientes hacia una correcta función y, en consecuencia, hacia un recambio dentario establecido normofuncional (1).

La erupción dental es un proceso fisiológico que contribuye directamente al desarrollo del aparato estomatognático. Debido a que es el resultado de varios fenómenos que actúan simultáneamente, incluida la proliferación celular, la aposición de hueso alveolar, la reabsorción de las raíces de los dientes temporales y la calcificación de los dientes intrauterinos, es fundamental que todos los reparos anatómicos tengan un crecimiento y desarrollo de manera armoniosa. A los 6 años comienza a salir el primer molar permanente en la arcada, convirtiendo la dentición temporal en dentición mixta. Este es el comienzo de la erupción de los dientes permanentes.

Cuando los segundos molares erupcionan a la edad de doce años, la dentición permanente está casi terminada debido a que los terceros molares aún no han salido. La retención de los dientes deciduos generalmente es causada por una interrupción del patrón típico de erupción dental, con variaciones en la cronología. Siendo más pronunciados que los de la secuencia, que se adhiere a un orden de erupción más rígido. Varias variables, incluidos el sexo, la raza, la herencia y algunos aspectos del desarrollo prenatal y posnatal, pueden afectar el momento y la secuencia de la erupción, según varios estudios y autores. También notan conexiones favorables entre la maduración esquelética, el crecimiento general corporal y el desarrollo dental; sin embargo, en cada caso, las correlaciones muestran que este proceso es mayoritariamente independiente de los factores que influyen en el crecimiento somático.

Estos dientes deciduos deben ir perdiéndose paulatinamente hasta los 13 años, pero algunas personas aún los conservan por una variedad de razones, que incluyen anquilosis, agenesia del diente sucesor permanente, problemas genéticos o un diente sucesor que se encuentra en una ubicación desfavorable. Debido a esto, es fundamental identificar la frecuencia de estos dientes con exfoliación anormal y sugerir una estrategia de tratamiento adecuada para evitar complicaciones en un posible tratamiento odontológico integral.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación muestra una parte muy pequeña de los fundamentos teóricos que deben explorarse para mejorar el diagnóstico y la atención odontológica de pacientes que puedan presentar esta condición.





1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Desde la vida intrauterina, a partir de la 6ta semana, el feto comienza el periodo de odontogénesis y en este periodo va a ir pasando por diferentes etapas. Antes de cumplir el primer año de edad comienza la erupción de los dientes deciduos, caducos o temporales y estos tendrán un tiempo de vida corto hasta los 6 años y a partir de ahí habrá un recambio de dentición a los dientes permanentes (2).

Los primeros dientes deciduos tendrán su primera aparición en boca entre los 4 y 6 meses de edad; cada arcada tendrá 10 dientes que serán 2 incisivos centrales, 2 incisivos laterales, 2 caninos y 4 molares, sumando ambas arcadas superior e inferior suman un total de 20 dientes deciduos, los cuales deben tener un recambio entre los 6 y 12 años de edad.

Estos dientes deberían ser exfoliados hasta los 13 años aproximadamente, pero hay personas que aún conservan estos dientes por diferentes causas como pueden ser por anquilosis, agenesia del diente permanente sucesor, problemas hereditarios o por una mal posición del diente sucesor. Es por esto que es importante detectar la prevalencia de estos dientes que no llegan a tener una exfoliación normal y así proponer un plan de tratamiento adecuado evitando posibles problemas futuros en este.

Las radiografías panorámicas son un tipo de examen complementario que nos ayuda a evaluar estructuras óseas y la presencia y/o estado de las piezas dentarias. Por tanto, estas radiografías nos pueden contribuir a identificar la presencia de piezas dentarias deciduas fuera de su cronología correspondiente.

Por tal motivo, el objetivo de esta presente investigación es determinar la prevalencia de la retención dientes deciduos en pacientes mayores de 13 años en radiografías panorámicas del Centro Radiológico UCSM.

1.2. Enunciado del problema

“Prevalencia de la retención de dientes deciduos de pacientes mayores de 13 años de edad en radiografías panorámicas del Centro Radiológico de la UCSM, Arequipa 2022”

1.3. Descripción del problema

a) Área del conocimiento:

- a.1 Área General: Ciencias de la salud
- a.2 Área Específica: Odontología
- a.3 Especialidad: Radiología / Odontopediatria
- a.4 Línea: Retención Dientes Deciduos

b) Operacionalización de variables

| VARIABLE | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|---|-----------------------|--|
| Prevalencia de la retención de dientes deciduos | Cuadrantes | <ul style="list-style-type: none"> • Derecha Superior • Izquierda Superior • Derecha Inferior • Izquierda Inferior |
| | Pieza Dentaria | <ul style="list-style-type: none"> • Nro Pieza Dentaria |
| | Edad | <ul style="list-style-type: none"> • Mayores 13 años de edad |
| | Genero | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino |

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál será la prevalencia de la retención de dientes deciduos de pacientes mayores de 13 años de edad en las radiografías panorámicas del centro radiológico de la UCSM 2022?
2. ¿Cuál será la prevalencia de la retención de dientes deciduos según el cuadrante en pacientes mayores de 13 años de edad en las radiografías panorámicas del centro radiológico de la UCSM 2022?
3. ¿Cuál será la prevalencia de la retención de dientes deciduos según el número de pieza dentaria en pacientes mayores de 13 años de edad en las radiografías panorámicas del centro radiológico de la UCSM 2022?

d) Taxonomía de la investigación

| ABORDAJE | TIPO DE ESTUDIO | | | | | DISEÑO | NIVEL |
|-------------|----------------------------------|---|---|--|---------------------------------|-----------------|-------------|
| | 1. Por la técnica de recolección | 2. Por el tipo de dato que se planifica recoger | 3. Por el número de mediciones de la variable | 4. Por el número de muestras o población | 5. Por el ámbito de recolección | | |
| Cualitativo | Observacional | Retrospectivo | Transversal | Descriptivo | Documental | No experimental | Descriptivo |

1.4. Justificación.

a. Importancia científica

La importancia de este proyecto es brindar nuevos antecedentes ya que no hay gran cantidad de estudios radiológicos sobre la prevalencia de la retención de dientes deciduos de pacientes mayores de 13 años de edad y contribuye como un antecedente para investigaciones posteriores, brindando como tal una información completa y resultada sobre que diente deciduo tiene mayor prevalencia.

b. Originalidad

Este estudio es novedoso porque en Arequipa no hay estudios radiológicos de la prevalencia de la retención de dientes deciduos en pacientes mayores de 13 años de edad,

además que se tratará de obtener una muestra representativa para que los resultados sean también significativos.

c. Viabilidad

Este estudio si es viable, ya que se cuenta con las radiografías panorámicas obtenidas del Centro Odontológico de la Universidad Católica de Santa María además que los recursos económicos están garantizados y nos brindara información oportuna para nuestra formación profesional.

d. Interés personal

El interés personal es la motivación para mi obtención del Título Profesional de Cirujana Dentista.



2. MARCO TEÓRICO

2.1. Esquemas de conceptos básicos

2.1.1. Cronología De Erupción

Los padres y los dentistas prestan mucha atención a la erupción de los dientes permanentes debido a si estos se implantaran correctamente sobre los arcos dentales. Con el fin de actualizar el conocimiento sobre el comportamiento de la cronología y secuencia de erupción en la dentición permanente infantil, considerando las variables: sexo, raza y relación peso-talla, se realizó una revisión de la literatura (3).

Cuando nuestros dientes permanentes emergen varios procesos, incluida la reabsorción de las raíces de los dientes temporales, la proliferación celular y la aposición del hueso alveolar, desempeñan un papel tanto en su desarrollo como en su calcificación. Este último es un proceso fisiológico que contribuye directamente a la formación de una oclusión funcional y al desarrollo del aparato estomatognático (4).

A. Erupción Dental

Es el resultado de la sustitución de la dentición temporal por la permanente, en la que el diente temporal se reabsorbe para dar cabida a su sucesor permanente. Si esto no sucede, el diente permanente erupcionaría en una posición alterada. Hay una variedad de factores fisiológicos que conducen a que la dentición permanente reemplace a la temporal con una adecuada armonía entre las arcadas dentarias (5).

La producción del germen dentario desde su cripta embrionaria hasta su implantación en la cavidad bucal, en oclusión con sus antagonistas, es el primer paso en el proceso dinámico de emergencia dentaria (6).

La dentición temporal de la especie humana consta de 20 dientes, mientras que la dentición permanente contiene 32 dientes. En las regiones anterior y posterior de los maxilares, los brotes epiteliales dan origen a los dientes. Siguiendo el desarrollo y la mineralización de las coronas, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar, que sirven como estructuras de soporte de los dientes, comienzan a formarse (6).

Tanto los dientes permanentes como los temporales cumplen funciones cruciales en la masticación, la fonación y la deglución. Todas las funciones antes mencionadas y un perfecto equilibrio de todo el sistema estomatognático son posibles gracias a la oclusión funcional que establecen los dientes permanentes a lo largo de la vida (6).

El hallazgo de caries dental que se desarrolla en la dentición temporal junto con el reemplazo temprano de los dientes deciduos con dientes permanentes. Dado que la pérdida temporal de dientes no ocurre, el diente debe restaurarse. Se requiere una técnica correcta para evitar la mesialización de los dientes posteriores y el posterior cierre del espacio para la eventual colocación de la permanente (6).

B. Tiempo y secuencia de erupción de los dientes permanentes

La posición de los dientes entre sí durante el desarrollo, la oclusión y la masticación es crucial. Tales estimaciones de desviaciones significativas de la normalidad se muestran en las tablas de erupción (7).

El primer molar mandibular es el primer diente permanente en erupcionar a los 6 años, sin embargo, el incisivo central mandibular sale al mismo tiempo o incluso antes. La erupción prematura del canino entre los premolares en el maxilar es el escenario más típico (8).

El primer canino seguido del primero y segundo premolares se considera el orden óptimo en la mandíbula (9)

Los primeros molares inferiores son los primeros dientes permanentes en erupcionar, seguidos por los superiores a los 6 años, los incisivos centrales superiores e inferiores a los 7 años, los incisivos laterales inferiores a los 8 años, seguidos por los superiores, los caninos inferiores a los 9 años, el primer premolar superior a los 9 años. 10, el segundo premolar inferior y superior a los 11 años, y el segundo molar inferior y superior a los 12 años (10).

Esta predicción se utiliza frecuentemente junto con la realizada por Moyers, quien afirma que existe una diferencia entre la erupción del canino superior, que cree que se puede producir a los 11 años, y la erupción del segundo bicúspide, que afirma que se puede realizar a los 10 años (11).

En esta región, la erupción de los dientes es extremadamente difícil y se ve afectada por una serie de variables que pueden funcionar a favor o en contra de la creación de una oclusión adecuada. La relación buco-lingual favorable de los procesos alveolares, el logro de una relación molar con mínima reducción del espacio disponible para los premolares y, finalmente, una secuencia de erupción favorable se encuentra entre estos factores, según Moyers (12).

Incisivos temporales superiores e inferiores centrales y laterales son exfoliados en la primera fase del proceso de reemplazo dentario, que tiene una duración de seis a ocho años y consiste en la coexistencia de dientes temporales y permanentes en la boca. El primer molar permanente también aparece en esta etapa. La primera fase de la dentición mixta o primera era de transición se refiere a este marco de tiempo. La sustitución de caninos y premolares temporales por permanentes se produce durante la segunda fase. La segunda fase de la dentición mixta, también conocida como segunda etapa de transición, ocurre cuando el segundo molar permanente también erupciona en promedio entre los 9 y los 13 años de edad (13).

Al inicio del primer período de transición, la edad cronológica para la erupción de los dientes permanentes es de seis años; entre los seis y siete años emergen los incisivos centrales inferiores; entre siete y ocho años, los incisivos centrales superiores y los incisivos laterales inferiores; y entre ocho y nueve años, los incisivos laterales superiores. La erupción del canino inferior marca el inicio de la segunda etapa de transición entre los 9 y los 10 años, los primeros premolares superiores e inferiores aparecen entre los 10 y los 11 años, y los caninos superiores e inferiores erupcionan entre los 11 y los 10 años. 12. segundos premolares inferiores, y esta etapa concluye con la erupción entre los 11 y 13 años (14).

C. Secuencia de erupción

Se reconoce que debe haber un orden preciso en el que erupcionan los dientes en cada maxilar para permitir un correcto desarrollo de la oclusión. Se conoce como secuencia de erupción. La erupción del primer molar, el desarrollo de los incisivos centrales y laterales, el primer premolar, el segundo premolar y finalmente la erupción del canino se observan a medida que se desarrolla la dentición

permanente en el maxilar superior y posterior con la aparición del segundo molar (15)

La erupción dental normal en el maxilar inferior comienza con la erupción del primer molar, al igual que en el maxilar superior, y continúa con los incisivos centrales y laterales. Sin embargo, a diferencia del maxilar superior, el siguiente diente que erupciona en el maxilar inferior es el canino, seguido del primer premolar, el segundo premolar y el segundo molar mandibular permanente (16).

Aunque existe un patrón amplio para la secuencia de erupción, se ha demostrado que no todas las personas lo siguen. El sexo del individuo se asocia con las variantes más representativas. Numerosas investigaciones coinciden en que los lados derecho e izquierdo de los procesos eruptivos coinciden más temprano en las niñas. Se ha notado que al examinar los factores locales que afectan esta secuencia, la presencia de caries dental y factores relacionados con la pérdida temprana de dientes temporales pueden cambiarla si se compara el lado derecho con el izquierdo (17).

D. Erupción Retrasada

Aunque es poco común, la erupción tardía en la dentición temporal puede afectar la erupción de uno o más dientes, o posiblemente la dentición completa (18).

La erupción tardía de los dientes permanentes es motivo de consultas odontológicas frecuentes; el estudio de estos pacientes requiere una correcta historia clínica, analíticas complementarias y, fundamentalmente, documentación radiológica que nos permita situarnos en el proceso nosológico, aceptar la posibilidad del diagnóstico de erupción retardada, valorar los probables factores que la determinan cuadro, y, finalmente, orientar su terapia (18).

Por lo general, no se reconoce como exitoso extraer los dientes temporales, particularmente los molares, para acelerar la aparición del diente permanente. El impacto de la extracción en la erupción del diente de reemplazo se puede estimar utilizando una regla general básica. Si el reemplazo permanente ha formado al

menos la mitad de su raíz, la extracción del diente inicial acelera la erupción del diente. En cambio, la pérdida de un diente temporal que se produjo antes de los dos años y en el que aún no se había formado la mitad de la raíz podría provocar un retraso de años. Se trata de hallar cambios histológicos que puedan explicar el retraso en la erupción de los dientes permanentes que han perdido a sus predecesores temporales antes de la fecha esperada de erupción (19).

Los dientes temporales pueden tardar más en salir debido a condiciones que incluyen raquitismo, hipotiroidismo congénito (cretinismo) y desarrollo excesivo de tejido de las encías causado por medicamentos administrados a niños con epilepsia. La erupción tardía de la dentición permanente, sin embargo, está más impactada que la temporal y puede afectar solo algunos dientes o la dentición completa (20).

El retraso generalizado es menos común en la dentición permanente que el retraso localizado en los dos primeros casos, pero generalmente está relacionado con una variedad de síndromes y enfermedades, que incluyen endocrinopatías, síndrome de Down, enfermedad de Albert-Schoberg, enanismo de Live-Lorraine, avitaminosis A y B, raquitismo hereditario resistente a la vitamina D y epidermólisis bullosa palmo plantar (21).

E. Erupción dentaria y su relación con el sexo

La mayor parte de la investigación que se evaluó en relación con el sexo muestra que el proceso de erupción ocurre antes en las mujeres que en los hombres, lo que está relacionado con razones hormonales, ya que las niñas maduran más rápido. La erupción de los primeros molares y los incisivos permanentes puede no diferir mucho, según algunos, aunque los caninos y premolares tienden a erupcionar antes en las niñas (22).

Algunos científicos coinciden en que la aparición temprana en los niños, como en el caso de Anselmino, está relacionada con el impacto del sexo en la dentición temporal. Por otro lado, en el sexo femenino, Morgado, González Lema, Oznurhan y Valdez Penagos coinciden en una erupción algo más avanzada, sin embargo, solo

este último logra resultados estadísticamente significativos en incisivos centrales inferiores y segundos molares (23).

2.1.2. Anomalías Dentarias

Las anomalías dentales a menudo implican cambios en la estructura, el número, el número, la forma, la erupción y el número de dientes. El esmalte o la dentina pueden sufrir alteraciones morfológicas. El número de anomalías mencionado puede ser inesperado dada la complejidad y las interacciones del desarrollo dental, desde que comienza alrededor de la sexta semana de vida intrauterina hasta la erupción, pero la sorpresa es que este número no es extremadamente grande (24).

• DE FORMA:

A. Geminación

La geminación, una rareza, ocurre cuando el brote dentario de un solo diente intenta partirse para dar lugar a dos. Debido a la formación de dos coronas a partir de un primordio dental, la corona tiene una forma anormal y es demasiado ancha. Esto suele afectar a los dientes de leche, pero también puede afectar a los dientes permanentes. Ambos sexos pueden verse afectados y el esmalte o la dentina pueden estar hipoplásicos o hipocalcificados. Una gran cámara pulpar se puede observar radiográficamente o se puede dividir parcialmente. Tanto la enfermedad periodontal como la maloclusión son causadas por dientes no saludables (25).

Por lo tanto, el diente problemático (particularmente si es un diente temporal) puede ser extraído, la corona puede ser reparada o alterada, o el diente puede dejarse sin tratar, pero bajo observación para evitar problemas (25).

B. Fusión

La unión de los dientes en crecimiento es causada por una combinación de gérmenes dentales adyacentes, lo que se conoce como sinodoncia. Aunque se desconoce el origen de esta afección, se supone que la causa probable es la presión o fuerza física entre los dientes en crecimiento. La dentición primaria es más comúnmente afectada por la fusión que la permanente (25).

Para reconocer esta aberración y distinguirla de la geminación se aconseja lo siguiente: el número de dientes que se pueden ver en las arcadas dentarias. Se puede considerar una fusión dental si falta un diente con las cualidades mencionadas anteriormente. Se deben utilizar técnicas radiológicas para confirmar el diagnóstico de esta condición (25).

C. Concrecencia

Consiste en unir las raíces de dos o más dientes mediante cemento. Puede verse afectada la dentición primaria o la permanente. Numerosos profesionales creen que, si bien se desconoce el motivo exacto, puede deberse a una limitación de espacio durante el crecimiento, un traumatismo local, una fuerza oclusal elevada o una infección (25).

La verdadera concrecencia se refiere a una condición que se desarrolla durante el desarrollo; la concrecencia adquirida se refiere a un trastorno que se desarrolla más adelante en la vida. Los molares superiores, particularmente un tercer molar y un diente supernumerario, son los más afectados y pueden no erupcionar en absoluto o solo parcialmente. La necesidad de obtener un diagnóstico radiológico de concrecencia antes de iniciar cualquier tratamiento está mayoritariamente ligada a las consecuencias clínicas de esta condición. A pesar de que una exploración radiológica no siempre puede discriminar entre este y los dientes superpuestos, si no se detecta su existencia, es posible que sea necesario extraer dos dientes (25).

D. Dilaceración

Este término se refiere a una curvatura o angulación inusual que pueden presentar las raíces dentales. La patogénesis está ligada al trauma que ocurrió durante el desarrollo de la raíz (25).

Una vez que el diente ha terminado de desarrollarse, la angulación aguda puede resultar de la dislocación de la corona y/o una parte de la raíz del resto de la estructura de crecimiento de la raíz (25).

Se cree que un componente genético puede desempeñar un papel en algunas circunstancias (25).

E. Taurodontismo

Describe una forma de diente con una disposición de bloque externo y un cuerpo extendido que tiende a crecer a costa de la raíz. Las cámaras pulpares alargadas y el desplazamiento apical de la bifurcación o trifurcación de las raíces son características de los dientes taurodontos. Por lo tanto, la distancia oclusal cervical es mayor que la distancia desde la bifurcación de la raíz hasta la línea cementoamélodentinaria (25).

El taurodontismo puede existir por sí solo, estar restringido a uno o más dientes o estar relacionado con una serie de otros trastornos, incluidos el síndrome de Down y el síndrome de Klinefelter, entre otros. El taurodontismo tiene varias causas diferentes, aunque la falla de invaginación de la vaina radicular epitelial temprana es la más frecuente (25).

• DEL DESARROLLO:

A. Agenesia

Se cree que el trastorno del desarrollo más frecuente en los seres humanos es este. Se describe como la falta de dientes permanentes o dientes temporales como resultado de anomalías en la odontogénesis. Los terceros molares se ven afectados con mayor frecuencia y representan del 10 al 25% de los casos. Los segundos premolares inferiores o los incisivos laterales superiores, que se presentan con una frecuencia del 3,4 % y el 10,1 %, respectivamente, según la población investigada, son el segundo grupo de dientes más afectado después de los terceros molares. Se ha afirmado que las mujeres tienen una tasa mucho mayor de agenesia dental (4)

Si no se analizan los terceros molares, el diagnóstico de agenesia dental en dentición permanente debe establecerse a partir de los 6 años, y a partir de los 10 años si lo son. Fuertemente hereditaria, la agenesia puede surgir como casos esporádicos, rasgos familiares o como un componente de otros síndromes (4).

A menudo se divide en tres categorías según el número de dientes faltantes: hipodoncia (ausencia de uno a cinco dientes, excluyendo los terceros molares),

oligodoncia (pérdida de seis o más dientes, excluyendo los terceros molares) y anodoncia (ausencia de de todos los dientes) (4).

B. Diente evaginado

Es una aberración congénita que afecta mayoritariamente a los premolares; es poco frecuente en molares. Se define por la presencia de un tubérculo aberrante o una cúspide adicional en la superficie oclusal entre las cúspides bucal y lingual (4).

Puede ser bilateral o unilateral. Puede ocurrir cuando una parte del epitelio interno prolifera y evagina hacia el retículo estrellado del órgano del esmalte. Aunque la causa es incierta, se ha propuesto un elemento hereditario. La primera consecuencia dentaria del dens evaginatus es la fractura, lo que provoca exposición pulpar, necrosis pulpar e infección periapical. Es más común en los premolares de la mandíbula (también conocido como "premolar de Leong") pero también se puede encontrar en la mandíbula superior (4).

En la superficie oclusal, se muestra radiográficamente un tubérculo dentinario que se extiende. El tubérculo puede ser penetrado por una porción pulpar delgada (4).

C. Dents In Dents

Un término usado para describir la fosa palatina de un diente que se acentúa excesivamente. En situaciones de poca severidad, el diente impactado puede mostrar únicamente la anomalía en la corona; en casos de severidad profunda, puede mostrarse la anormalidad tanto en la corona como en la raíz (20).

Las fosas cinguladas o palatinas pueden ser invadidas por los incisivos laterales superiores; en ocasiones, esta invaginación es extremadamente profunda y conduce a una cámara producida por la invaginación del germen dental. Se piensa que se desarrolla como resultado de un plegamiento aberrante de la papila dentaria hacia el órgano del esmalte. Se cree que está relacionado con elementos hereditarios. Afecta comúnmente a los incisivos laterales superiores permanentes, aunque también puede afectar a cualquier diente anterior, y con frecuencia es bilateral (20).

• DE NÚMERO:

A. Anodoncia

La falta de todos los dientes, que es la definición habitual de la condición genética conocida como anodoncia, es extremadamente rara y ocurre en su forma más pura sin ninguna otra anomalía. La hipodoncia y la oligodoncia son infrecuentes, aunque más frecuentes que la anodoncia total. La hipodoncia a menudo afecta de 1 a 6 dientes y es de naturaleza hereditaria. La palabra "oligodoncia", que se usa con mayor frecuencia para describir casos en los que faltan más de seis dientes, también es genética (12).

La ausencia congénita de dientes primarios y permanentes distingue la anodoncia de otras anomalías dentales. Otros nombres que se le han dado incluyen agenesia dental, oligodoncia e hipodoncia. Dado que se trata de un caso aislado sin signos adicionales de patología genética y que estuvo asociado a dos enfermedades a la vez, quiste traumático y quiste dentígero. El curso de terapia propuesto incluirá cirugía, muestras para análisis histológico, ortodoncia y prótesis así como evaluaciones periódicas (12).

- **Tipos de Anodoncia:**

Anodoncia parcial o hipodoncia: A este tipo le faltan de uno a seis dientes, lo que lo hace distintivo. La aberración más típica de la creación de dientes es la verdadera anodoncia parcial, también conocida como agenesia dental. A veces se la denomina hipodoncia dental y es la falta de uno o más dientes permanentes o temporales desde el nacimiento. El origen etiológico de la anodoncia no está claro, aunque las teorías sobre sus posibles causas incluyen cambios hereditarios, evolutivos, ambientales, prenatales, posnatales, de síndrome y genéticos. Una de las teorías etiológicas que recibe mayor crédito es el componente genético. Un gen autosómico dominante se ha relacionado con la anodoncia (12).

Oligodoncia: En este tipo, faltan más de seis dientes. Ambas dolencias pueden tener un impacto en los dientes permanentes. El mejor curso de acción es investigar los dientes faltantes, ya que podrían ser solo una indicación de una afección o síndrome más grave y poco común. El tipo más típico de pérdida de dientes en esta

enfermedad es la ausencia del tercer molar y de las muelas del juicio de la persona (12).

B. Supernumerarios

Una aberración en el desarrollo dental y la morfogénesis es la aparición de dientes adicionales. Su forma, distribución y tiempo de desarrollo variados pueden proporcionar pistas sobre su génesis, y la mayoría de los dientes adicionales están relacionados en cierto grado con la hipoplasia generalizada del esmalte del diente permanente relativo circundante (12).

La radiografía panorámica y la capacidad del odontólogo para reconocer lo que es normal y, por lo tanto, reconocer cuando hay un diente adicional o cuando falta un diente son necesarios para el diagnóstico correcto de los supernumerarios (12).

• Clasificación:

Según Martha Patricia Oropeza Murillo se puede clasificar por su ubicación de la siguiente manera:

- Mesiodens. Entre los incisivos centrales superiores es donde se sitúa. Pueden presentarse como un solo diente, muchos dientes, unilaterales, bilaterales, erupcionados, impactados, erguidos, horizontales o invertidos. Suelen aparecer en la región del maxilar inferior.10 Sus problemas incluyen: Interrupción de la erupción del órgano dentario; desviaciones en el momento de la erupción; la posibilidad de un diastema; y la posibilidad de una reabsorción localizada de la porción
- Paramolar. Se considera un molar pequeño y amorfo que es labial (vestibular) o lingual en relación con un molar superior o situado en el área interproximal entre el segundo y el tercer molar.
- Distomolar. A menudo se ve inmediatamente distal al tercer molar hacia el final del arco. Es un diente diminuto y amorfo que en pocas ocasiones evita la erupción normal de otros dientes (26).

Según Dra. Ruth S. Ferreyra de Prato por su erupción se puede clasificar en:

- Contemporáneos: con erupción de dientes temporales o permanentes (p. ej., odontoides, procesos mesiales, cuartos molares)

- Ocurre de manera inapropiada fuera de los tiempos normales de brote. Temporales anteriores (dientes de nacimiento), permanentes posteriores (en ancianos por activación de las placas dentales) con forma típica o atípica.
- Entorpecen con el tratamiento de ortodoncia
- Retención y desplazamiento de dientes, entre otros (27).

Según Edison Andrés Cruz Olivo los dientes en mención se dividen en seis formas según su morfología (14):

- Cónico;
- Tuberculado
- Forma de incisivo
- Suplementarios (de forma similar a los dientes adyacentes);
- Odontoma;
- Simples (cónicas y de forma pequeña).
- Los dientes superiores de la línea media más predominantes son pequeños, cónicos y tienen un crecimiento radicular comparable. Los dientes naturales que se asemejan a tubérculos tienen forma de barril alargado y varias cúspides. A menudo ocurren cerca del final arco dentario y son similares en tamaño y forma a los dientes permanentes circundantes, con raíces que se colocan hacia atrás en comparación con los dientes permanentes (28).

C. Mesiodens

La aparición de mesiodens en la línea media del maxilar es inusual en la dentición permanente y extremadamente infrecuente en la dentición temporal; es un diente supernumerario de línea media que se encuentra con frecuencia en el arco superior. Puede conducir a un retraso en la erupción de los incisivos centrales permanentes en la dentición temporal, lo que modificará aún más la oclusión, dañará la estética y aumentará el riesgo de quistes dentígeros (11).

La incidencia de mesiodens, la forma más prevalente de diente adicional, ha sido documentada en la literatura en un rango de 0,15 a 0,8%, con una proporción de 2:1 para los hombres (11).

2.1.3. Factores específicos de la retención de dientes deciduos

La agenesia, la impactación del sucesor permanente o la anquilosis dental, que también es común en la dentición temporal e impide la exfoliación normal de los molares y la erupción del sucesor permanente, son las causas comunes de esta anomalía (29).

La retención prolongada se diagnosticó con mayor prevalencia en segundos molares primarios, seguidos de caninos. La retención a largo plazo de los molares primarios es causada por una combinación de variables genéticas, ambientales y regionales (30).

En cuanto a las variables locales, la presencia de necrosis pulpar, pulpectomía y pulpotomía afectan la reabsorción radicular de los molares primarios. En cuanto a los factores ambientales, destacan los déficits hormonales, los estados febriles agudos y los cambios metabólicos (31).

En una investigación epidemiológica con 10.220 participantes, el segundo molar temporal inferior y el canino superior estuvieron presentes en el 61,12% de los casos con retención prolongada, lo que es indicativo de la prevalencia de este tipo de erupción aberrante. Según los hallazgos de Otsuka en un estudio diferente, el segundo molar temporal inferior fue el diente con mayor probabilidad de verse afectado en este tipo de circunstancias, seguido del segundo molar superior, el incisivo lateral superior, el incisivo lateral inferior, el incisivo central superior y el incisivo central inferior. , primer molar superior y segundo molar inferior (32).

El curso de acción recomendado para mantener en su lugar un diente primario gravemente dañado es la extracción, seguida de la colocación de un mantenedor de espacio fijo o removible hasta que erupcione el sucesor permanente (33).

Por tanto, además de realizar una adecuada anamnesis, exploración clínica y radiográfica, y tomar medidas para evitar el retraso en la erupción, es necesario conocer la etiología del proceso eruptivo para realizar un correcto diagnóstico y establecer la correlación de las erupciones que se desvían de normalidad donde la impactación de los dientes permanentes sucesores serán el problema de estudio (34).

Este tipo de aberración puede ser provocada por radiación, enfermedades febriles y anomalías endocrinas. Las razones locales varían, pero la más importante es la incorrecta posición de los gérmenes, que pueden mantener los dientes en el alveolo.

Los desórdenes de las fuerzas eruptivas o la disminución de las mismas pueden ser otro factor. Debido a que resisten un impedimento mecánico, la capacidad normal de los dientes para erupcionar normalmente también puede evitarse por la contracción del arco dental. Otras posibles causas son la anquilosis, las formas quísticas o tumorales, las laceraciones de raíces, la retención prolongada del diente o dientes primarios, la presencia de dientes adicionales y la pérdida prematura de dientes (35).

A. Poca reabsorción de raíces

Las características clínicas y la investigación radiográfica ayudan a hacer el diagnóstico de retención dental. El examen radiográfico será definitivo y aportará una serie de detalles de innegable interés, entre ellos: la presencia de la retención y otras potenciales, posición del diente y su ubicación en los tres planos del espacio, altura o profundidad de la retención, forma y tamaño del diente, sus relaciones con sus vecinos y con estructuras anatómicas, y el tipo de tejido óseo que rodea al diente retenido (36).

A veces, es posible que la raíz del diente de leche no se reabsorba por completo o no se reabsorba en absoluto, lo que hace que el diente permanente no erupcione o erupcione incorrectamente (37).

B. Migración de gérmenes permanentes

Los dientes pueden migrar lejos de su ubicación original. Como resultado, la migración y la transmigración dental se consideran colocaciones ectópicas de los dientes. El diente comprometido debe ser removido de su zona de erupción dentro del proceso alveolar para que sea clasificado como migración. La transposición dental ocurre cuando un diente erupciona ectópicamente en la ubicación de un diente vecino, y la transmigración dental ocurre cuando un diente se mueve fisiológicamente de un lado al otro que le corresponde a través de la línea media (38).

Dado que hay tan poco espacio entre las raíces de los incisivos caninos, el piso de la nariz, el seno maxilar y la sutura palatina, la transmigración del canino maxilar ocurre con menos frecuencia que en la mandíbula. Cuando ocurre la transmigración,

la ruta de migración de los caninos comienza temprano en la dentición mixta y continúa antes de concluir el desarrollo de la raíz (39).

C. Agenesia

El tamaño y la cantidad de dientes, así como el tamaño de los maxilares, han ido disminuyendo paulatinamente a lo largo del tiempo. Ahora falta el crecimiento del tercer molar, lo que indica que estos dientes están a punto de desaparecer (40).

Cualquier diente puede fallar en erupcionar, sin embargo, los terceros molares, los premolares y los laterales maxilares son los dientes más comunes que se pierden. Los dientes deciduos persistentes están presentes en la mayoría de los pacientes, ya sea que haya anodoncia parcial o completa (37).

La prevalencia de la dentición permanente oscila entre el 3,5 y el 6,5% de la población, superior a la prevalencia de la dentición temporal en la población general, que oscila entre el 0,5 y el 5%. Sin embargo, otros autores hablan de una variación de 0,5 a 0,9%, excluyendo los terceros molares ya que estos muestran una prevalencia del 20% en estudios poblacionales. La agenesia afecta con mayor frecuencia al área de los incisivos, que incluye el incisivo central o lateral inferior y el incisivo lateral superior. Los laterales superiores e inferiores son los dientes impactados con mayor frecuencia en los dientes temporales. El incisivo lateral maxilar y el segundo premolar mandibular a menudo no se presenta en las investigaciones de personas caucásicas. El segundo premolar inferior es el más afectado en la investigación del Reino Unido, pero en las poblaciones asiáticas, es el incisivo inferior. El canino superior permanente es el menos frecuente. El segundo premolar inferior, el lateral superior y el segundo premolar superior son los dientes que faltan con mayor frecuencia, en ese orden (41).

D. Odontoma

Cuando se daña el esmalte y la dentina, un hamartomatoso desarrolla varias neoplasias del epitelio ontogenético y del ectomesénquima. El odontoma desarrolla tejidos que se asemejan a los dientes y evita que el sucesor permanente erupcione, lo que resulta en retención.

El tumor odontogénico más común en la cavidad oral es el odontoma, el cual está formado por una variedad de células odontogénicas que producen dentina y esmalte. Exhibe células y tejidos normales, pero tiene una estructura defectuosa, y estos tejidos están presentes en la región del cuerpo donde está creciendo. Se caracteriza como un odontoma compuesto cuando las imágenes radiopacas se muestran como numerosos dientes anormales denominados dentículos durante el examen radiográfico. Alternativamente, las imágenes radiopacas también se pueden representar como conglomerados amorfos (18).

E. Quiste Dentígeros

Estos incluyen las cavidades que tienen revestimientos epiteliales hechos del órgano del esmalte conectado a las coronas dentales no erosionadas (18).

El quiste dentígero es una condición patológica que se desarrolla en el maxilar o la mandíbula y siempre se asocia a la corona de un diente incluido. Se deriva de la disminución del epitelio del esmalte que rodea la corona del diente no erupcionado. Los quistes dentígeros suelen ser un hallazgo coincidente; con frecuencia se identifican cuando un diente permanente no emerge. Después del quiste radicular, son el segundo crecimiento más frecuente en los maxilares (18).

3. Análisis de antecedentes Investigativos

3.1.1. Antecedentes Internacionales

A. Título: “Estudio epidemiológico de las retenciones dentarias en una muestra de 2.000 pacientes”

Autor: Dutú, A.

Resumen:

La presente investigación, una tesis titulada "Estudio epidemiológico de las retenciones dentales en una muestra de 2.000 pacientes", tuvo los siguientes objetivos: conocer la prevalencia de las retenciones dentales; evaluar la edad y sexo de pacientes con retenciones; identificar el diente que se impacta con más frecuencia; establecer el grado de erupción; establecer el cargo; identificar la

patología asociada más frecuente de los terceros molares; y determinar si existen relaciones entre la edad y el sexo. 2.000 pacientes que acudieron al servicio de cirugía bucal fueron objeto de una investigación observacional retrospectiva. Con el fin de recopilar datos e información para este estudio, se realizó una revisión bibliográfica de libros de texto, atlas y publicaciones periódicas, seleccionándose los trabajos más recientes publicados en la Biblioteca de la Facultad de Odontología de la UCM. Se determinó que la frecuencia de retenciones en el segmento demográfico examinado en este estudio fue del 36,5%. El grupo de edad de 15 a 25 años presenta el mayor número de retenciones. No hubo variaciones estadísticamente significativas en el número de retenciones y sexo. En nuestro estudio, los terceros molares inferiores, seguidos de los superiores y los caninos, fueron los dientes impactados con mayor frecuencia. Los terceros molares con impactos se descubrieron más comúnmente incrustados. Ambos sexos utilizaron la postura vertical con mayor frecuencia. Las enfermedades más frecuentes relacionadas con el tercer molar fueron una lesión periodontal en el segundo molar y un cuadro radiolúcido compatible con un quiste dentígero (42).

B. Título: Dientes nuevos a partir de viejos: opciones de tratamiento para dientes primarios retenidos

Autor: Robinson S, Chan W.

Resumen:

Es bastante común encontrar dientes primarios que no se han caído en el tiempo que deberían. Esto suele deberse a la ausencia del reemplazo permanente. Este artículo examina la evaluación del paciente y las opciones de tratamiento restaurador con un enfoque en la preservación a mediano y largo plazo del diente o dientes principales. Se ilustran los métodos de restauración que se pueden utilizar para mejorar la apariencia y la funcionalidad de los dientes primarios retenidos. En tales circunstancias, se recomienda tener en acción estrategia menos invasiva (43).

C. Título: Estudio de la permanencia de dientes temporarios fuera del tiempo normal de recambio en estudiantes de 12 - 16 años de los Colegios Aurelio Prieto, Carmen Mora, del Cantón Pasaje, 2012.

Autor: Armijos, William

Resumen:

Muchos estudios se han hecho sobre las estructuras que conforman el sistema estomatognático, pero no siempre se le da mucha atención a los dientes temporarios ya que estos son cambiados por los permanentes, el objetivo de ese trabajo es establecer la frecuencia de permanencia de dientes temporarios más allá de su tiempo normal de exfoliación así como las causas que generan este problema. Este estudio fue realizado en 2 colegios con un número de 1100 estudiantes de 12 a 16 años de ambos sexos, se tomaron fotografías, radiografías periapicales a los estudiantes seleccionados para así poder realizar un correcto diagnóstico. Los resultados obtenidos fueron que un 4,91% de los estudiantes presenta este problema, el índice más alto se da en estudiantes del sexo masculino. Las principales causas son la falta de reabsorción de las raíces, migración de los gérmenes permanentes, agenesia, odontomas, quistes dentígeros (44).

3.1.2. Antecedentes Nacionales

A. Título: Hallazgos radiográficos de las anomalías dentarias de número y erupción en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano en el año 2014, Puno 2015

Autor: Larico Churata, Beatriz Esther

Resumen:

El objetivo de este estudio fue conocer los hallazgos radiográficos de anomalías dentales en cuanto a cantidad y actividad eruptiva en pacientes atendidos en el año 2014 en la clínica odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano en Puno. Fue un estudio descriptivo, transversal, de diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 100 radiografías panorámicas digitales recolectadas en el año 2014 de personas que se atendieron en la Clínica Odontológica, junto con un registro radiográfico de cambios dentales. La agenesia y el supernumerario se tuvieron en cuenta como anomalías de número, y los dientes retenidos, impactados e incluidos como anomalías de erupción. Los resultados del análisis de datos se mostraron en tablas de distribución y frecuencia con los gráficos correspondientes.

Resultados: Entre los pacientes, los dientes impactados fueron la anomalía dental más frecuente (44,5 %), seguidos de otros dientes incluidos (42,3 %), incluidos (13 %). Los hallazgos revelaron 4 casos de dientes adicionales y 14 casos de agenesia. Mesiodens, ubicado caudalmente, fue el diente supernumerario que se presentó con mayor frecuencia. Conclusiones: Los dientes impactados y retenidos fueron las anomalías más comunes, y las mujeres de la muestra tenían más probabilidades de presentar anomalías tanto en cantidad como en erupción. La mayor prevalencia de anomalías dentales se observó en personas de entre 21 y 30 años (45).

3.1.3. Antecedentes Locales

A. Título: Prevalencia de las Anomalías Dentarias en Radiografías Panorámicas de Pacientes Atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, 2017 -Arequipa

Autor: Flores, K.

Resumen:

El objetivo del presente estudio fue contar la cantidad, tamaño, forma, estructura y erupción de anomalías dentales en 300 radiografías panorámicas tomadas a pacientes que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. En la población estudiada, la prevalencia de anomalías dentales varió según el grupo de edad, con 58,3% de mujeres y 41,7% de hombres con estas condiciones. No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$). La anomalía de forma fue la anomalía dentaria de mayor ocurrencia, y no se encontraron casos registrados de anomalías estructurales dentarias. La anomalía de forma dental más común, diente en Pala se descubrió el 71,7 % de las veces; la menos común, la Perla del Esmalte, se encontró el 0,2% de las veces. Las anomalías de tamaño representan el 6,0%, encontrar dientes con macrodoncia el 0,7%, encontrar dientes con microdoncia el 6,0% y las anomalías de erupción representan el 19,7% de los cuales el 7,0% piezas retenidas, el 4,7% piezas impactadas, el 4,7% dientes ectópicos y el 3,3% piezas incluidas. Las anomalías de número representan el 2,0%, el hallazgo de dientes supernumerarios el 1,3% y la agenesia el 2%. No

hubo diferencias en toda la población que fueran estadísticamente significativas (46).

4. OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de la retención de dientes deciduos en pacientes mayores de 13 años de edad en radiografías panorámicas del Centro radiológico de la UCSM.
- Identificar la prevalencia de la retención de dientes deciduos según cuadrante en pacientes mayores de 13 años de edad en radiografías panorámicas del Centro radiológico de la UCSM.
- Identificar la prevalencia de la retención de dientes deciduos según el número de pieza dentaria en pacientes mayores de 13 años de edad en radiografías panorámicas del Centro radiológico de la UCSM.

5. HIPÓTESIS

Dado que, la prevalencia de la retención de dientes deciduos puede deberse a diversas causas.

Es probable que, exista prevalencia de la retención de dientes deciduos de pacientes mayores de 13 años de edad en radiografías panorámicas en el centro radiológico de la UCSM.



CAPITULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica.

1.1.1. Especificación

Se utilizó la técnica de observación imageneológica (radiográfica panorámica), como técnica para recoger información sobre la prevalencia de la retención de dientes deciduos que se encontraron en Radiografías Panorámicas del centro Odontológico de la UCSM.

1.1.2. Esquematización

| VARIABLES | PROCEDIMIENTOS | TÉCNICA |
|--|---|--|
| Prevalencia de la retención dientes deciduos | Observación de Radiografías Panorámicas | Observación imageneológica (Ficha de registro) |

1.1.3. Descripción de la técnica

Consistió en:

- El trabajo de investigación es importante señalar que por tratarse de un estudio en radiografías panorámicas adquiridas del Centro Odontológico de la UCSM de pacientes que asistieron a este por razones ajenas al estudio, no hay vulneración ética alguna, de igual manera no se incluyen los nombres, apellidos, ni datos que podrían llevar a identificar a alguno de los sujetos en mención, asegurando la estricta confidencialidad de la muestra de estudio.
- Obtención de los permisos: Se solicitó un permiso al director del centro odontológico de la UCSM para poder trabajar con los registros de las radiografías panorámicas existentes en la base de datos.
- Se hizo una selección de las radiografías panorámicas de pacientes que sean mayores de 13 años de edad tomadas en el centro odontológico de las UCSM
- Se tomó en cuenta la presencia de la retención de dientes deciduos según cuadrantes y piezas dentarias.

- Los datos obtenidos se consignaron en una ficha de registro.

1.2. Instrumentos.

1.2.1. Especificación

Se empleó un instrumento estructurado denominado ficha de registro imageneológico, elaborada en función a la variable, indicadores y subindicadores.

1.2.2. Estructura

| VARIABLE | TÉCNICA | INSTRUMENTO |
|---|---|-------------------|
| Prevalencia de la retención de dientes deciduos | Observación imagineológico (panorámica) | Ficha de registro |

1.2.3. Modelo del instrumento

Figura en Anexos 1

1.3. Materiales de verificación.

- Útiles de escritorio.
- Instrumento impreso
- Computadora

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

a) Ámbito general

Universidad Católica de Santa María - Arequipa

b) Ámbito específico

Centro Radiológico de la Facultad de Odontología UCSM

2.2. Ubicación Temporal

La investigación fue llevada a cabo entre los meses de marzo a junio del 2023.

2.3. Unidades de estudio

a) Opción:

Comprendió todas las 1558 radiografías panorámicas tomadas en el año 2022 de pacientes mayores de 13 años de edad.

b) Manejo Metodológico

b.1) Identificación del grupo

La muestra para la presente investigación fue un "muestreo no probabilístico por conveniencia" en donde obtuve las radiografías panorámicas digitales más idóneas puesto que se requiere observar con más detalle sus cualidades de (definición, contraste) es por eso que se eligieron a conveniencia los casos más ricos en información bajo los criterios de inclusión propuestos.

b.2) Control de grupos

Criterios de inclusión

- Radiografías panorámicas de pacientes mayores de 13 años de edad con retención de dientes deciduos.
- Radiografías panorámicas de pacientes de ambos géneros.
- Radiografías panorámicas con buena nitidez, contraste y definición con retención de dientes deciduos.
- Radiografías con hallazgos panorámicos compatibles con retención de dientes deciduos cualquiera fuera su ubicación.

Criterios de exclusión

- Radiografías panorámicas en pacientes especiales y/o que posean alguna anomalía que modifique las estructuras óseas y dentales.

2. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización del director del centro radiológico de la UCSM.
- Acceso a las radiografías panorámicas.
- Administración del instrumento.
- Ingreso de datos
- Procesamiento de datos

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Investigadora: Belizario Ortiz Lisset Natividad

Asesor de investigación: Dr. Centeno San Roman Gilberto

3.2.2. Recursos Físicos

Centro Radiológico de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María

3.2.3. Recursos Económicos

La investigación fue autofinanciada por la investigadora.

3.2.4. Recursos Institucionales

Universidad Católica de Santa María (UCSM)

3.3. Validación del Instrumento

El instrumento de la recolección fue validado por juicio de expertos. Con tal objetivo se adjuntó la matriz validadora en anexos del proyecto.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJO DE RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento

4.1.1. Tipo de procesamiento

Se utilizó un procesamiento computarizado a través del software estadístico SPSS versión 27.

4.1.2. Operaciones del procesamiento

4.1.2.1. Clasificación

La información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos fue ordenada en una MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN, que figura en los anexos de la tesis.

4.1.2.2. Recuento

Se utilizó matrices de recuento.

4.1.2.3. Tabulación

Se utilizó tablas de doble entrada, acorde a la necesidad de comparar las dos variables entre los grupos.

4.1.2.4. Graficación

Se presentaron gráficas de barras dobles.

4.2. Plan de Análisis

4.2.1. Tipo de análisis

Cualitativo, univariado, categórico

4.2.2. Tratamiento estadístico a utilizarse

| VARIABLE | TIPO | ESCALA | ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS |
|---|-------------|---------|--------------------------------------|
| Prevalencia de la retención de dientes deciduos | Cualitativa | Nominal | Frecuencias absolutas y porcentuales |



CAPITULO III: RESULTADOS

TABLA N° 1:

**CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO DE LOS PACIENTES QUE ASISTIERON
AL CENTRO RADIOLÓGICO DE LA UCSM**

| | | Recuento | % |
|----------------------------|-----------------------|-----------------|----------|
| Género | Femenino | 987 | 63.4% |
| | Masculino | 571 | 36.6% |
| Edad | 13 a mas | 1558 | 100% |
| Dientes Deciduos Retenidos | Si presenta Retención | 157 | 10.1% |
| | No presenta Retención | 1401 | 89.9% |
| | | | |

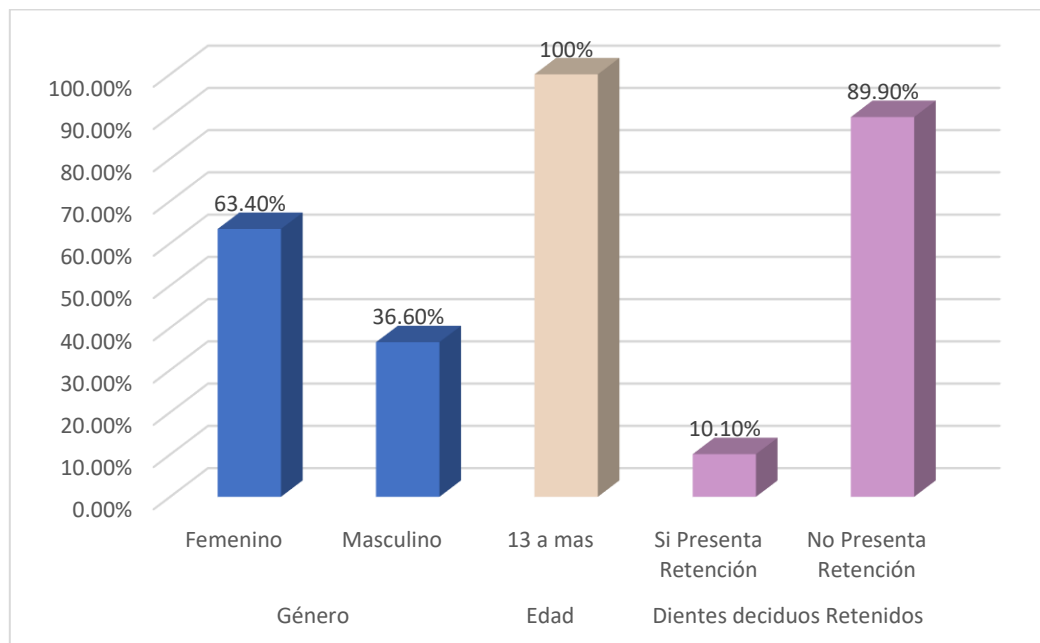
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación

En la Tabla 1, se observa que, del total de pacientes atendidos, el género con más porcentaje fue el de mujeres representado con el 63.4%. En cuanto a la retención de dientes deciduos, se obtuvo un resultado del 10.1% de la población estudiada.

GRÁFICO N° 1:

**CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO DE LOS PACIENTES QUE ASISTIERON
AL CENTRO RADIOLÓGICO DE LA UCSM**



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

TABLA N° 2:

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES QUE TENÍAN PREVALENCIA DE
RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS**

| | | Recuento | % |
|-----------|--------------------|-----------------|----------|
| Género | Femenino | 88 | 56.1% |
| | Masculino | 69 | 43.9% |
| Edad | 13 a más | 157 | 100% |
| Cuadrante | Inferior derecho | 26 | 16.6% |
| | Superior derecho | 72 | 45.9% |
| | Inferior izquierdo | 9 | 5.7% |
| | Superior izquierdo | 50 | 31.8% |

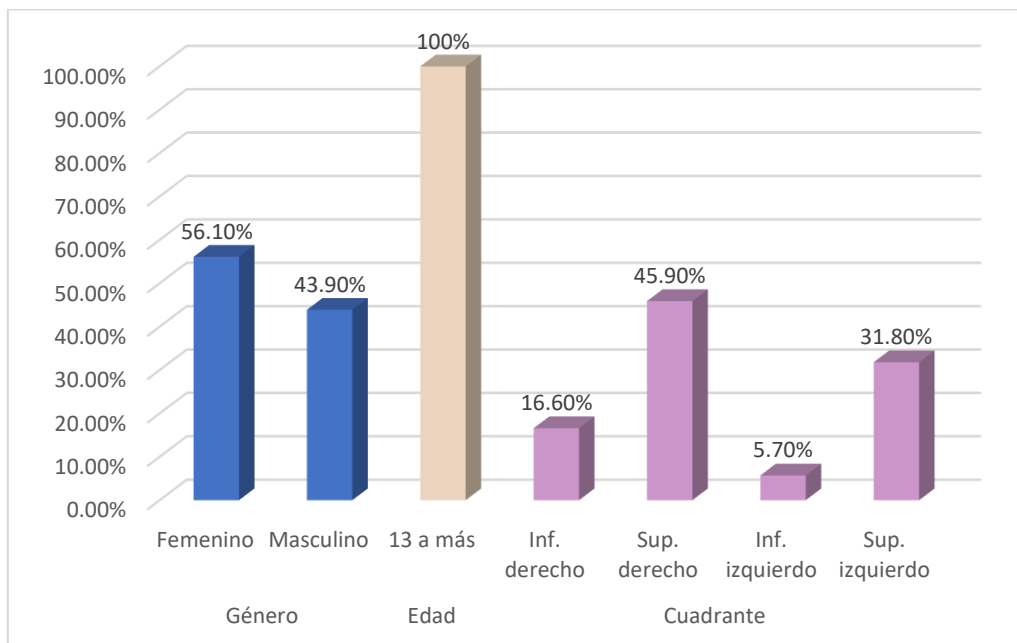
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación

En la Tabla 2, se observa que del 10.1% de los pacientes con retención de dientes deciduos, las mujeres siguen siendo el género con mayor porcentaje y en cuanto a los cuadrantes, el cuadrante con más prevalencia fue el cuadrante superior derecho con un porcentaje de 45.9%.

GRÁFICO N° 2:

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES QUE TENÍAN PREVALENCIA DE
RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS**



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

TABLA N° 3:

**PREVALENCIA DE LA RETENCION DE DIENTES DECIDUOS EN LOS
PACIENTES SEGÚN PIEZA DENTARIA**

| Pieza | Recuento | % |
|-------|----------|-------|
| 52 | 1 | 0.6% |
| 53 | 68 | 43.3% |
| 55 | 3 | 1.9% |
| 62 | 2 | 1.3% |
| 63 | 42 | 26.8% |
| 65 | 6 | 3.8% |
| 73 | 5 | 2.5% |
| 75 | 5 | 3.2% |
| 82 | 1 | 1.3% |
| 83 | 14 | 8.9% |
| 85 | 10 | 6.4% |

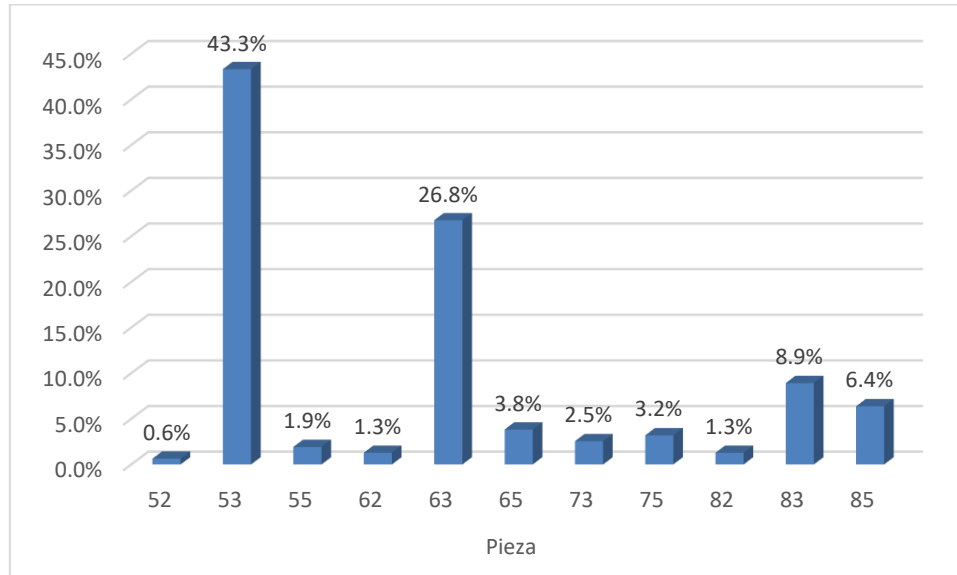
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación

En la Tabla 3 se observa que la pieza con mayor retención fue el canino deciduo superior derecho con un porcentaje de 43.3% siendo la pieza con más prevalencia, seguido del canino deciduo superior izquierdo con un 26.8% y continuándole el canino deciduo inferior derecho con un 8.9%.

GRÁFICO N° 3:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN LOS
PACIENTES SEGÚN PIEZA DENTARIA**



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

TABLA N° 4:
**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN EL
CUADRANTE INFERIOR DERECHO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA**

| Pieza | Recuento | % |
|-------|----------|-------|
| 81 | 0 | 0.0% |
| 82 | 2 | 7.7% |
| 83 | 14 | 53.8% |
| 84 | 0 | 0.0% |
| 85 | 10 | 38.5% |
| Total | 26 | 100% |

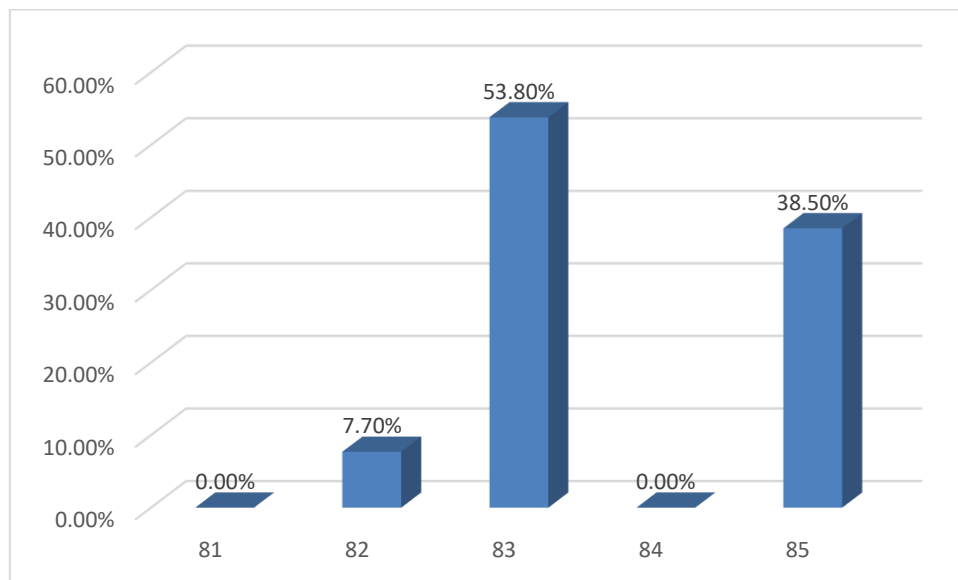
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación

En la Tabla 4, se observa que la pieza dentaria con mayor prevalencia de la retención de dientes deciduos, fue el canino inferior derecho con 53.8%, continuándole el segundo molar representado con un 38.5%.

GRÁFICO N° 4:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN EL
CUADRANTE INFERIOR DERECHO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA**



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

TABLA N° 5:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN EL
CUADRANTE SUPERIOR DERECHO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA**

| Pieza | Recuento | % |
|-------|----------|-------|
| 51 | 0 | 0.0% |
| 52 | 1 | 1.4% |
| 53 | 68 | 94.4% |
| 54 | 0 | 0.0% |
| 55 | 3 | 4.2% |
| Total | 72 | 100% |

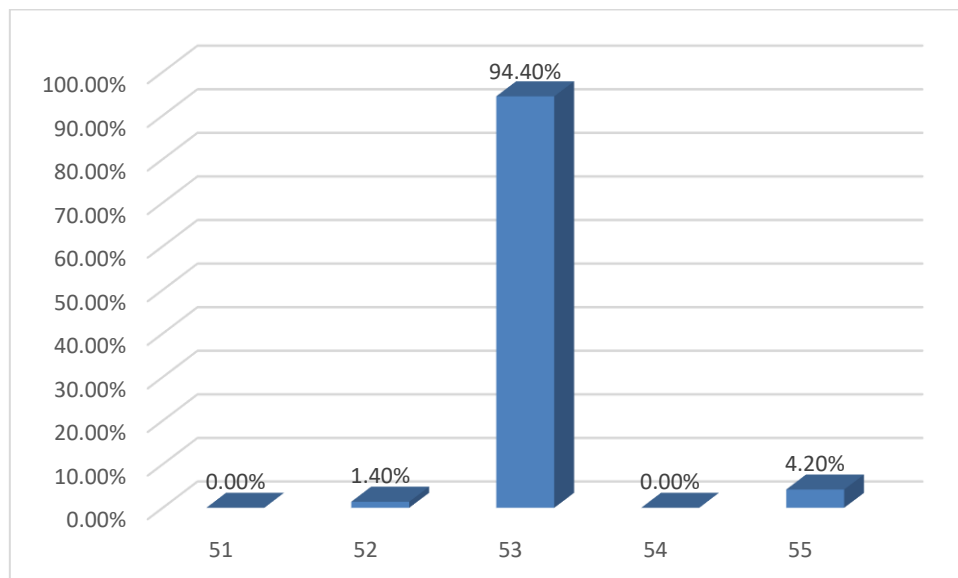
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación

En la Tabla 5, se observa que la pieza dentaria con mayor prevalencia de la retención de dientes deciduos, fue el canino superior derecho con 94.4%, continuándole el segundo molar representado con un 4.2%.

GRÁFICO N° 5:

PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN EL
CUADRANTE SUPERIOR DERECHO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

TABLA N° 6:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DIENTES DECIDUOS EN EL CUADRANTE
INFERIOR IZQUIERDO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA**

| Pieza | Recuento | % |
|-------|----------|-------|
| 71 | 0 | 0.0% |
| 72 | 0 | 0.0% |
| 73 | 4 | 44.4% |
| 74 | 0 | 0.0% |
| 75 | 5 | 55.6% |
| Total | 9 | 100% |

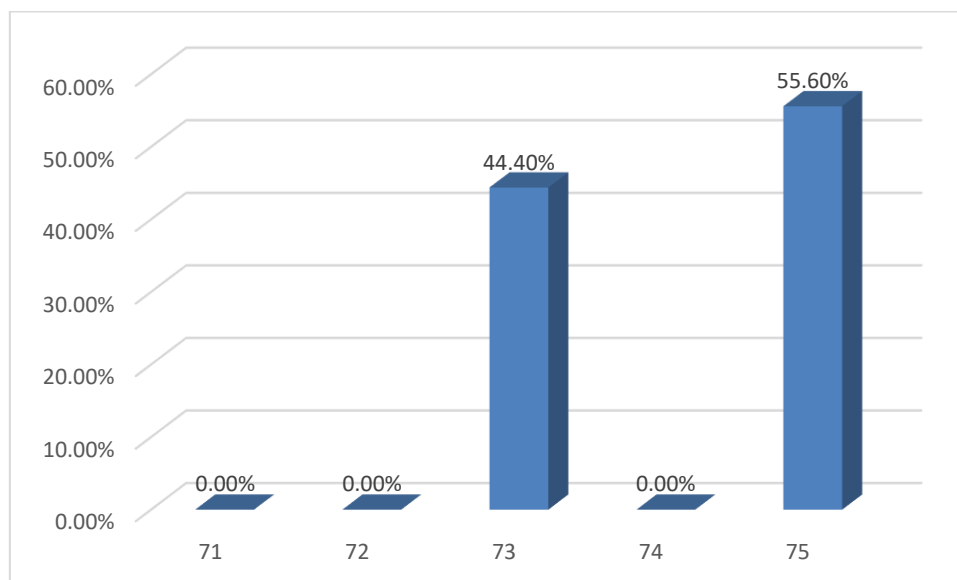
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación

En la Tabla 6, se observa que la pieza dentaria con mayor prevalencia de la retención de dientes deciduos, fue el segundo molar inferior izquierdo con 55.6%, continuándole el canino representado con un 44.4%.

GRÁFICO N° 6:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN EL
CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA**



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

TABLA N° 7:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN EL
CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA**

| Pieza | Recuento | % |
|-------|----------|-------|
| 61 | 0 | 0.0% |
| 62 | 2 | 4.0% |
| 63 | 42 | 84.0% |
| 64 | 0 | 0.0% |
| 65 | 6 | 12.0% |
| Total | 50 | 100% |

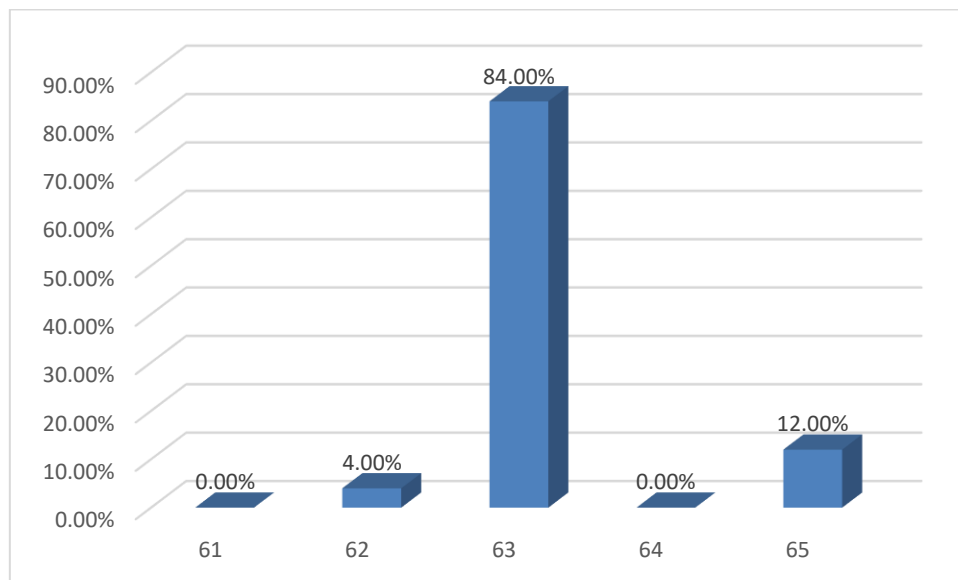
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación

En la Tabla 7, se observa que la pieza dentaria con mayor prevalencia de la retención de dientes deciduos, fue el canino superior izquierdo con 84.0%, continuándole el segundo molar representado con un 12.0%.

GRÁFICO N° 7:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS EN EL
CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO SEGÚN LA PIEZA DENTARIA**



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

TABLA N° 8:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS SEGÚN EL
GÉNERO EN PIEZAS DENTARIAS**

| FEMENINO | | | MASCULINO | | |
|--------------|-----------|-------------|--------------|-----------|-------------|
| Pieza | Recuento | % | Pieza | Recuento | % |
| 52 | 1 | 1.1% | 53 | 27 | 39.1% |
| 53 | 41 | 46.6% | 55 | 1 | 1.4% |
| 55 | 2 | 2.3% | 62 | 2 | 2.9% |
| 62 | 0 | 0.0% | 63 | 22 | 31.9% |
| 63 | 20 | 22.7% | 65 | 3 | 4.3% |
| 65 | 3 | 3.4% | 73 | 2 | 2.9% |
| 73 | 2 | 2.3% | 75 | 3 | 4.3% |
| 75 | 2 | 2.3% | 83 | 7 | 10.1% |
| 82 | 2 | 2.3% | 85 | 2 | 2.9% |
| 83 | 7 | 8.0% | Total | 69 | 100% |
| 85 | 8 | 9.1% | | | |
| Total | 88 | 100% | | | |

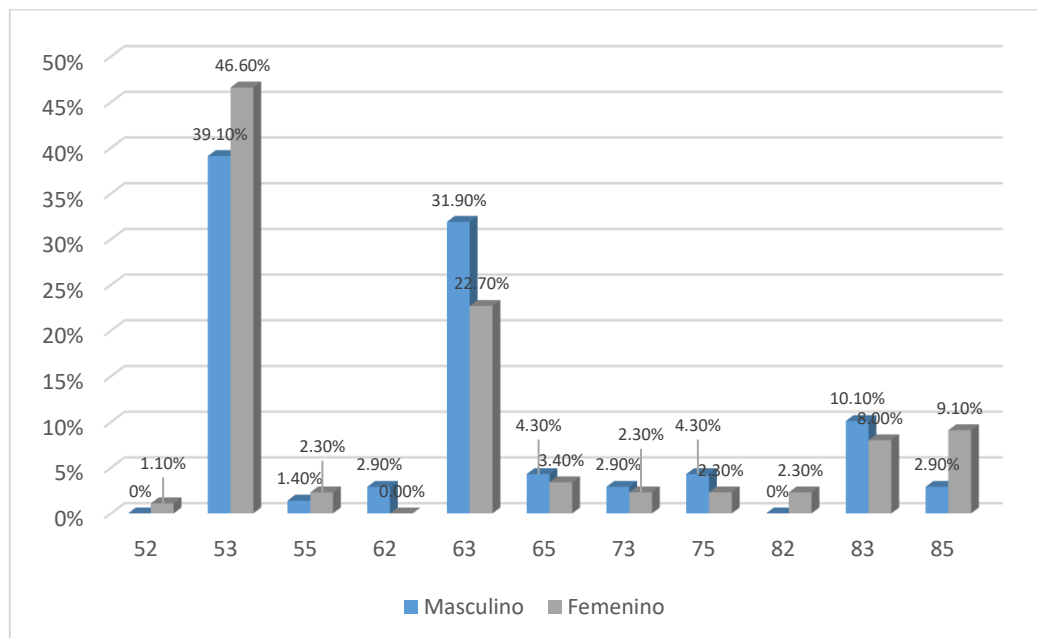
Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

Interpretación:

En la Tabla 8, se observa que el canino superior derecho se presenta más en mujeres que en varones, representado por un 46.6% en el género femenino y 39.1% en el género masculino. También se observa que el canino superior izquierdo presenta mayor prevalencia en hombres; representando así el 31.9% y en mujeres un 22.7%.

GRÁFICO N° 8:

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS SEGÚN EL
GÉNERO EN PIEZAS DENTARIAS**



Fuente: Matriz de datos. Elaboración Propia. 2023.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con un universo de 1558 radiografías, siendo la mayoría de, personas del sexo femenino (63.4%) y sujetos con una edad comprendida entre los 14 y 19 años (48.3%).

Como primer objetivo se buscó determinar la prevalencia de retención de dientes deciduos, ante el cual, se encontró que solo el 10.1% del universo lo presentaba. De quienes tenían piezas deciduas, la mayoría eran del género femenino (56.1%) y tenían una edad entre los 14 y 19 años (65.6%).

Estos resultados son similares a lo encontrado por **Dutú (42)** en cuanto a la edad, ya que encontró que había mayor cantidad de dientes deciduos retenidos en el intervalo de 15 a 25 años; no obstante, difieren de sus hallazgos de prevalencia, la cual fue del 36.5%. Asimismo comparando nuestros resultados con **Armijos (44)** no distan mucho ya que ese autor señala una prevalencia de retención de dientes deciduos del 4.91% revisados en 1100 radiografías panorámicas; también este autor señala que el volumen porcentual más alto de retención de dientes deciduos se da a edades más tempranas con casi al 80% entre las edades de 12 a 13 años y conforme avanza de edad esta retención pareciera disminuir, información que guarda bastante relación con los resultados obtenidos de esta investigación. Las similitudes en cuanto a la edad permiten inferir que la presencia de dientes deciduos es mayor en las poblaciones jóvenes, lo cual podría explicarse por el proceso de desarrollo mismo y en la cantidad de intervenciones odontológicas que reciben las personas, la cual es mayor en sujetos de mayor edad. Por otra parte, las diferencias en cuanto a la prevalencia, puede obedecer a un factor genético y étnico, ya que es posible que determinadas poblaciones tiendan a tener mayor predisposición a la retención de dientes deciduos.

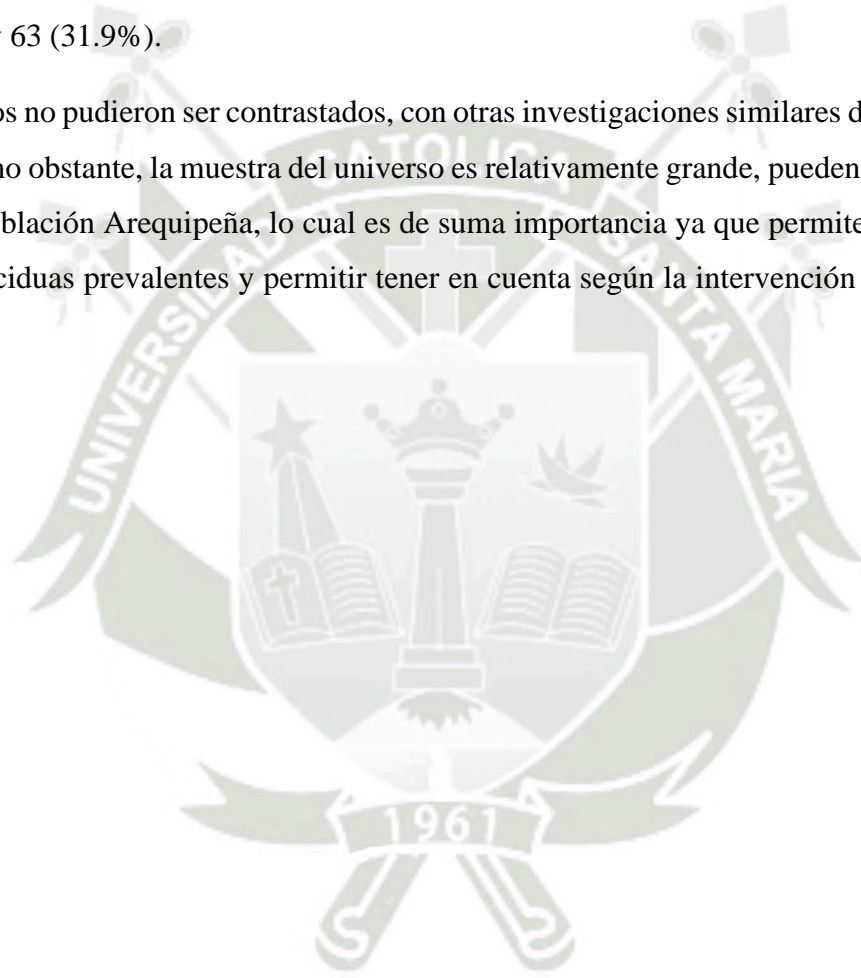
Como segundo objetivo se buscó identificar la prevalencia de retención de dientes deciduos según los cuadrantes. Ante el cual se encontró que el cuadrante con mayor cantidad de estas piezas era el superior derecho (45.9%); asimismo, de todos los que tenían dientes deciduos en el cuadrante inferior derecho prevalecía la pieza 83 (53.8%), en el cuadrante superior derecho la pieza 53 (94.4%), en el cuadrante inferior izquierdo la pieza 75 (55.6%) y en el cuadrante superior izquierdo la pieza 63 (84%).

Estos resultados difieren de lo encontrado por **Dutú (42)** quien obtuvo que las piezas deciduas predominaban en los cuadrantes inferiores, lo cual permite inferir, al igual que en el anterior

objetivo, de la influencia de factores culturales; no obstante, esta afirmación requiere de ser corroborada, ya que solo se pudo realizar comparación con un estudio similar.

Por último, se buscó identificar la prevalencia de retención de dientes deciduos según el número de pieza dentaria, ante el cual se encontró que la mayoría correspondía a la pieza 53 (43.3%), seguida por las piezas 63 (26.8%), 83 (8.9%), 85 (6.4%), 65 (3.8%), 75 (3.2%), 73 (2.5%), 55 (1.9%), 62 (1.3%), 82 (1.3%) y 52 (0.6%). En cuanto al sexo, las mujeres presentaron una mayor incidencia de la pieza 53 (46.6%) y 63 (22.7%); mientras que los hombres, de la pieza 53 (39.1%) y 63 (31.9%).

Estos datos no pudieron ser contrastados, con otras investigaciones similares dado que se carece de estas; no obstante, la muestra del universo es relativamente grande, pueden ser significativos para la población Arequipeña, lo cual es de suma importancia ya que permite tener idea de las piezas deciduas prevalentes y permitir tener en cuenta según la intervención requerida por los pacientes.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

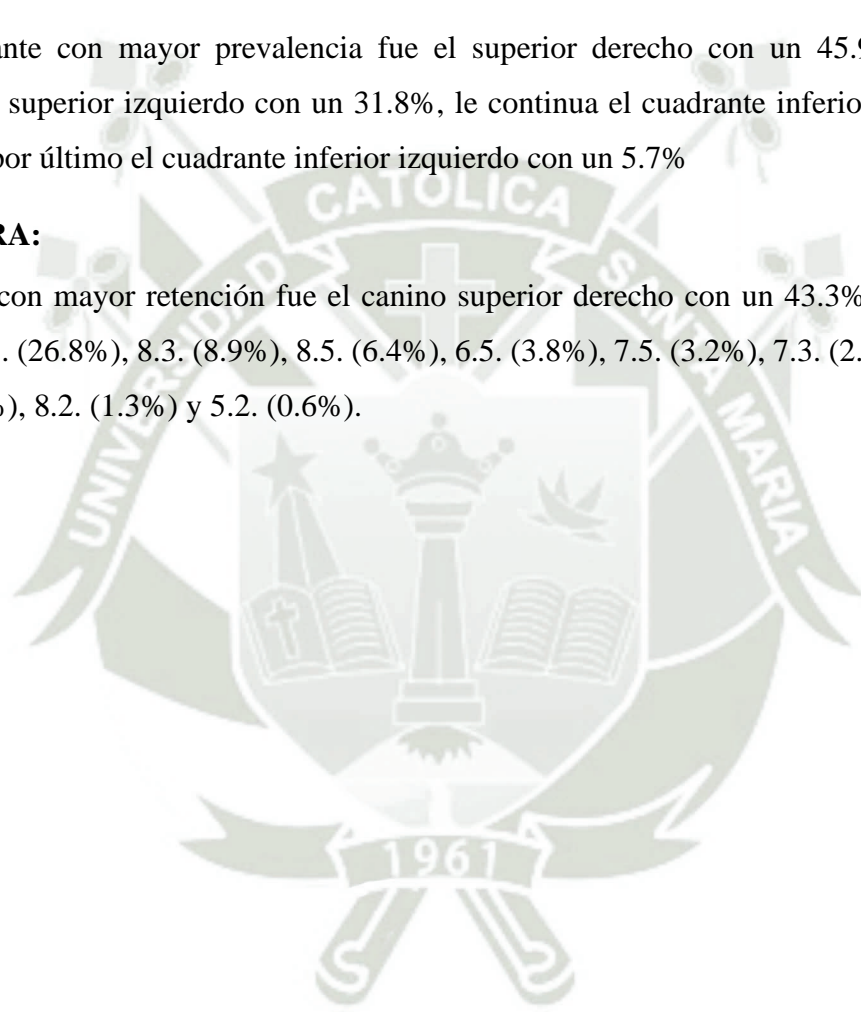
Se identificó que de todas las radiografías analizadas de pacientes mayores a los 13 años que asistieron al Centro Radiológico de la UCSM del año 2022, solo el 10.1% tuvo retención de dientes deciduos.

SEGUNDA:

El cuadrante con mayor prevalencia fue el superior derecho con un 45.9 % seguido del cuadrante superior izquierdo con un 31.8%, le continúa el cuadrante inferior derecho con un 16.6% y por último el cuadrante inferior izquierdo con un 5.7%

TERCERA:

La pieza con mayor retención fue el canino superior derecho con un 43.3%, seguida por las piezas 6.3. (26.8%), 8.3. (8.9%), 8.5. (6.4%), 6.5. (3.8%), 7.5. (3.2%), 7.3. (2.5%), 5.5. (1.9%), 6.2. (1.3%), 8.2. (1.3%) y 5.2. (0.6%).



RECOMENDACIONES

1. Al cirujano dentista, se le sugiere socializar información sobre la retención de dientes deciduos en la población para poder generar intervenciones de mayor impacto.
2. Al odontopediatra, se le sugiere realizar un seguimiento del desarrollo dental, de la erupción y exfoliación de dientes deciduos a fin de prevenir posibles anomalías en el futuro.
3. Al cirujano dentista, se le sugiere continuar con el uso de radiografías antes de cualquier intervención, para dar un diagnóstico óptimo previo sobre posibles retenciones de dientes deciduos.
4. Se sugiere al alumno de la facultad de Odontología de la UCSM continuar con la línea de investigación para de esta forma obtener más información que permitan corroborar los hallazgos obtenidos.
5. En posteriores investigaciones se recomienda al investigador, incluir otras variables sociodemográficas, como nutrición y procedencia, para de esta manera poder determinar las diferencias culturales con relación a la prevalencia de dientes deciduos retenidos.

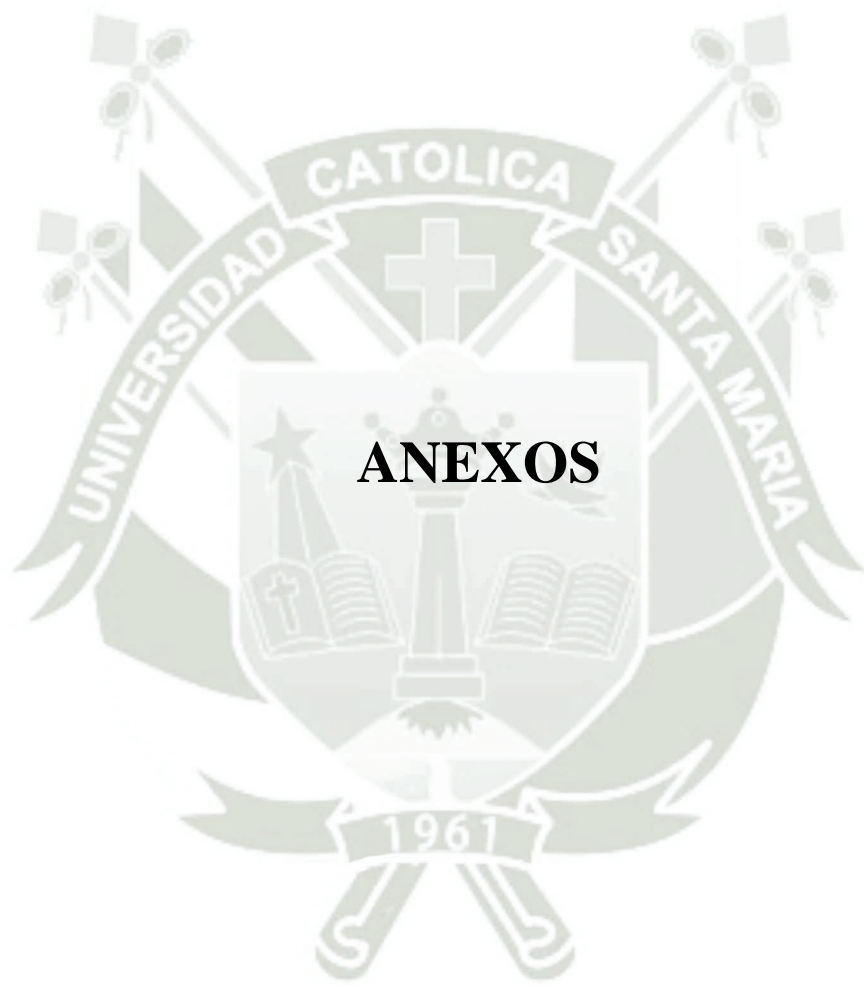
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **González L, Ramírez Y, Durán W, Moreno J.** . *Pérdida de la longitud del arco dental en niños de 8 a 11 años. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.p>. s.l. : MEDISAN [Internet].;20(4):Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400007&lng=es, 2016.*
2. **Gómez, C.** *Histología y embriología bucodental.* México : 2da ed. Editorial Médica Panamericana, 2004.
3. **Mendoza, A.; García B.** . *Traumatología Oral en Odontopediatría.* . España : Editorial Océano/Ergón, 2012.
4. **Koch, G.; Poulsen, S.** . *Odontopediatría Abordaje Clínico.* . Reino Unido : 2da ed. EditorialAmolca, 2011.
5. **Cárdenas, D.** *Odontología Pediátrica.* Colombia : 4ta ed. : Fondo Editorial CIB, 2009.
6. **Ayala Y, Leyanis C, Leyva B.** *La erupción dentaria y sus factores influyentes.* Holguín : Correo Científico Médico ccm vol.22 no.4 , 2018.
7. **Nahas, S.** *Odontopediatría en la Primera Infancia.* . Brasil : 1ra ed. Livraria Santos Editora;., 2009.
8. **Nelson, S. Ash, M.** *Wheeler's Dental Anatomy, Physiology, and Occlusion.* . Estados Unidos : 9na ed. : Elsevier., 2010.
9. **Concepción, T. Sosa, H. Matos, A. Díaz, C.** . *Orden y cronología de brote en denticiónpermanente.* . s.l. : Rev. Ciencias Médicas. 17(3):112-122., 2013.
10. **Escobar, F.** . *Odontologia Pediátrica.* . Venezuela : 2da ed. Actualidades Medico Odontológicas, 2004.
11. **Garcia, P.; Cícero, M.** . *Cronologia de erupção dos primeiros dentes decíduos em criançasnascidas prematuras com peso inferior a 1500g.* . s.l. : Rev Paul Pediatr 32(1):17-23., 2014.
12. **Osorio J.** *Prevalencia de defectos del desarrollo del esmalte en la dentición temporal de niñosde 4 a 6 años que asisten al Colegio Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar de*

- la Universidad Nacional de Colombia, sede en Bogotá en el año 2011.* . Bogotá : Universidad Nacional de Colombia , 2011.
13. **Siddiqui, S.; Al-Jawad, M.** *Enamelin Directs Crystallite Organization at the Enamel-Dentine Junction.* . s.l. : Journal of Dental Research. ;95(5):580–587, 2016.
 14. **Zamudio C, Contreras R, Scougall R, Morales R, Olea O, Rodríguez L.** *Morphological, chemical and structural characterisation of deciduous enamel: SEM, EDS, XRD, FTIR and XPS analysis.* . s.l. : Eur J Paediatr Dent. ;15(3):275-280., 2014.
 15. **Tanevich A. Durso G. Batista S. Abal A. Llompert G. Llompert J.** *Microestructura de esmalte en dientes deciduos: Los tipos de esmalte y la resistencia a la abrasión.* . s.l. : UNR Journal; 6(1):1713-1718, 2013.
 16. **Oliveira, M.** . *Comparação dos aspectos morfológicos e químicos de esmalte e dentina de dentes decíduos e permanentes [Tesis de doctorado]. Brasil: Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. 2010. 93 p.* s.l. : Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, 2010.
 17. **Gentile E. Di Stasio D. Santoro R. Contaldo M. Salerno C. Serpico R. Lucchese A.** *In Vivo Microstructural Analysis of Enamel in Permanent and Deciduous Teeth.* . s.l. : Ultrastructural Pathology. ;39(2):131–134, 2015.
 18. **López A. Beltri P. Martín R. Adanero A. Martínez E. Planells P.** . *Alteraciones de la estructura en la dentición temporal y en la dentición permanente en niños nacidos en condiciones de prematuridad y/o con bajo peso.* . s.l. : Odontol Pediátr.;23(2):150-158, 2015.
 19. **Hotz R.** . *Odontopediatría.* . Bs. As. Argentina. : Panamericana.
 20. **Seow, K, Young, G. Tsang, A. Daley, T.** *Study of Primary Dental Enamel From Preterm and Full-term Children Using Light and Scanning Electron Microscopy.* . s.l. : Pediatric Dentistry.;27(5):374-379, 2005.
 21. **Chavez, B; Santos, I; Urzedo, R.** *Evaluación de la dureza del esmalte en dientes deciduos.* s.l. : KIRU. ;8(1):2-6, 2011.
 22. **Lucchese A. Bertacci A. Chersoni S. Portelli M.** *Primary enamel permeability: a SEM evaluation in vivo.* . s.l. : Eur J Paediatr Dent. ;13(3):231-235, 2012.

23. **Martines, P ; Altero, M ; Takahashi, K. .** *Alterações do esmalte dentário em crianças na primeira infância. .* s.l. : Colloq Vitae. ;6(3):01-10.53, 2014.
24. **Taddei F. Anduaga S.** *Anomalías del esmalte dentario en niños de 5 a 8 años de edad en una población peruana. .* s.l. : KIRU. ;9(2):131-135, 2012.
25. **Rojas M. .** *Prevalencia de defectos de desarrollo del esmalte en niños con compromiso sistémico en el Hospital de la Misericordia.* Colombia : Universidad Nacional de Colombia 76 p., 2016.
26. **Murillo, MPO.** *Dientes supernumerarios , reporte de caso clinico.* s.l. : Revista Odontologica Mexicana; 17(02). , 2013.
27. **Prato, D.** *Guia de Anatomia Patologica Bucal.* Cordoba: : Sima Editorial; , 2015.
28. **Olivo, E.** *Clasificación de dientes supernumerarios: Revisión de Literatura. .* s.l. : Revista Estomatologica Researchgate. , 2014.
29. **Aktan A, Kara I, Şener I, Bereket C, Çelik S, Kırtay M, Çiftçi ME, Arıcı N.** *An evaluation of factors associated with persistent primary teeth. .* London : Eur J Orthod 34: 208-212., 2018.
30. **Haralabakis N, Yiagtzis S, Toutountzakis N. .** *Premature or delayed exfoliation of deciduous teeth and root resorption and formation. .* s.l. : Angle Orthod ; 64: 151-157.
31. **Murillo M.** *Supernumerary teeth. Clinical case report. .* s.l. : Rev Odontol Mexicana ; 17: 90-94, 2018.
32. **Otsuka T, Mitomi T, Tomizawa M, Noda T.** *A review of clinical features in 13 cases of impacted primary teeth.* s.l. : Int J Paediatr Dent ; 11: 57-63.
33. **Boj J, Catala M, Garcia B, Mendozza A. .** *Odontopediatría. .* s.l. : 1th ed. Barcelona: Masson, 2017.
34. **Pires F, Ruschel H, Abanto J, Pires M.** *Prolonged retention of mandibullary Seconds Primary Molars: a case report. .* s.l. : ConScientiae Saúde; 9: 125-130., 2020.
35. **Vázquez D, Hecht P, Martínez M.** *Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. Presentación de un estudio en 1000 pacientes.* s.l. : [Revista en internet]. [citado 28 de enero 2023]; 50(1)., 2018.

36. **Amador A, Hung O, Menéndez D.** *Tercer molar superior retenido en seno maxilar. A propósito de un caso.* s.l. : Correo Científico Médico [revista en internet].; 19(1)., 2018.
37. **Naranjo, M. .** *Terminología, clasificación y medición de los defectos en el desarrollo de los molares. Revisión de literatura.* . s.l. : Univ Odontol. 32(68):33-44., 2013.
38. **Moreira D, Chaves E, Andreo J, Marchi I, Castro A.** *Transmigration of mandibular second premolar in a patient with cleft lip and palate: case report.* . s.l. : J Appl Oral Sci. ; 16(5): 360-3., 2018.
39. **Qaradaghi I. .** *First case of bimaxillary transmigration of impacted canines: report of a rare case and review of literatura.* . s.l. : Arch Oral Res.; 8 (1): 77-80., 2018.
40. **Proffit W, Fields H, Sarver D. .** *Contemporary Orthodontics.* s.l. : 5ed. United States: Elsevier Health Sciences , 2014.
41. **Arboleda L, Echeverri E, Restrepo P, Marín B, Vásquez P, Gómez M.** *Agenesia dental. Colombia. (18)-1: 41 -53.: Revisión bibliográfica y reporte de dos casos clínicos.* Universidad de Antioquia. , 2016.
42. **Dutú, A.** *Estudio epidemiológico de las retenciones dentarias en una muestra de 2.000 pacientes.* s.l. : Universidad Complutense De Madrid, 2016.
43. **Robinson, S. Chan, WY. .** *Dientes nuevos a partir de viejos: opciones de tratamiento para dientes primarios retenidos.* s.l. : British Dental Journal, 2018.
44. **Armijos W.** *Estudio de la permanencia de dientes temporarios fuera del tiempo normal de recambio en estudiantes de 12 - 16 años de los Colegios Aurelio Prieto, Carmen Mora, del Cantón Pasaje.* Guayaquil : Trabajos de Titulación - Carrera de Odontología, 2012.
45. **Larico, Beatriz.** *Hallazgos radiográficos de las anomalías dentarias de número y erupción en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano en el año 2014, Puno 2015.* Puno : Universidad Nacional Del Altiplano, 2015.
46. **Flores, K.** *Prevalencia de las Anomalías Dentarias en Radiografías Panorámicas de Pacientes Atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, 2017 -Arequipa.* Arequipa : Universidad Católica de Santa María, 2017.



ANEXO 1: INSTRUMENTO

**PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS DE PACIENTES
MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DEL
CENTRO RADIOLOGICO DE LA UCSM, AREQUIPA 2022.**

N° DE FICHA: _____

| | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| INICIALES DEL PACIENTE: | | NUMERO DE REGISTRO | |
| GENERO: | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino (____) Femenino (____) | | |
| EDAD: | <ul style="list-style-type: none"> • _____ | | |
| CUADRANTE: | <ul style="list-style-type: none"> • DERECHA SUPERIOR (____) | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • IZQUIERDA SUPERIOR (____) | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • DERECHA INFERIOR (____) | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • IZQUIERDA INFERIOR (____) | | |
| PIEZA DENTARIA: | <ul style="list-style-type: none"> • Nro PIEZA DENTARIA (____) | | |

ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS

| N° | GENERO | EDAD | CUDRANTE | PIEZA DENTARIA | N° | GENERO | EDAD | CUDRANTE | PIEZA DENTARIA |
|----|--------|------|----------|----------------|-----|--------|------|----------|----------------|
| 1 | F | 20 | IZQ SUP | 63 | 90 | F | 30 | DCHA SUP | 53 |
| 2 | M | 27 | DCHA SUP | 53 | 91 | M | 16 | DCHA SUP | 53 |
| 3 | M | 14 | IZQ SUP | 63 | 92 | F | 29 | IZQ SUP | 63 |
| 4 | F | 14 | DCHA SUP | 53 | 93 | F | 15 | DCHA SUP | 53 |
| 5 | M | 23 | DCHA SUP | 53 | 94 | M | 23 | I.INF | 73 |
| 6 | F | 18 | D. INF | 85 | 95 | M | 16 | DCHA SUP | 53 |
| 7 | M | 16 | IZQ SUP | 63 | 96 | F | 21 | DCHA SUP | 53 |
| 8 | F | 28 | DCHA SUP | 53 | 97 | F | 31 | DCHA SUP | 53 |
| 9 | M | 19 | IZQ SUP | 65 | 98 | M | 20 | IZQ SUP | 63 |
| 10 | M | 16 | D. INF | 85 | 99 | M | 24 | D. INF | 85 |
| 11 | F | 16 | IZQ SUP | 63 | 100 | F | 15 | DCHA SUP | 53 |
| 12 | M | 14 | IZQ SUP | 63 | 101 | M | 30 | DCHA SUP | 53 |
| 13 | F | 14 | DCHA SUP | 53 | 102 | M | 18 | D. INF | 83 |
| 14 | M | 23 | DCHA SUP | 53 | 103 | F | 16 | IZQ SUP | 63 |
| 15 | M | 14 | IZQ SUP | 63 | 104 | M | 15 | IZQ SUP | 63 |
| 16 | M | 23 | IZQ SUP | 62 | 105 | F | 16 | DCHA SUP | 53 |
| 17 | M | 14 | D. INF | 83 | 106 | F | 15 | DCHA SUP | 53 |
| 18 | F | 26 | D. INF | 83 | 107 | M | 16 | DCHA SUP | 53 |
| 19 | F | 14 | DCHA SUP | 53 | 108 | M | 16 | IZQ SUP | 63 |
| 20 | M | 22 | DCHA SUP | 53 | 109 | M | 14 | DCHA SUP | 53 |
| 21 | M | 23 | DCHA SUP | 53 | 110 | M | 14 | IZQ SUP | 63 |
| 22 | F | 19 | D. INF | 83 | 111 | F | 16 | DCHA SUP | 53 |
| 23 | F | 14 | DCHA SUP | 53 | 112 | M | 14 | DCHA SUP | 53 |
| 24 | F | 14 | IZQ SUP | 65 | 113 | F | 17 | DCHA SUP | 53 |
| 25 | F | 14 | IZQ SUP | 63 | 114 | M | 15 | IZQ SUP | 63 |
| 26 | F | 22 | DCHA SUP | 53 | 115 | M | 17 | DCHA SUP | 53 |
| 27 | M | 14 | IZQ SUP | 65 | 116 | F | 18 | DCHA SUP | 53 |
| 28 | F | 26 | D. INF | 83 | 117 | F | 18 | D. INF | 85 |
| 29 | F | 24 | DCHA SUP | 53 | 118 | F | 18 | I.INF | 75 |
| 30 | M | 28 | DCHA SUP | 53 | 119 | F | 18 | IZQ SUP | 63 |
| 31 | F | 22 | DCHA SUP | 53 | 120 | M | 15 | DCHA SUP | 53 |
| 32 | M | 23 | DCHA SUP | 53 | 121 | M | 16 | IZQ SUP | 63 |
| 33 | M | 27 | I.INF | 73 | 122 | F | 20 | DCHA SUP | 53 |
| 34 | F | 14 | DCHA SUP | 53 | 123 | M | 19 | IZQ SUP | 63 |
| 35 | F | 14 | D. INF | 85 | 124 | F | 20 | IZQ SUP | 63 |
| 36 | F | 20 | DCHA SUP | 52 | 125 | F | 14 | DCHA SUP | 53 |
| 37 | M | 21 | D. INF | 83 | 126 | M | 27 | DCHA SUP | 53 |
| 38 | F | 14 | DCHA SUP | 55 | 127 | M | 23 | DCHA SUP | 53 |
| 39 | F | 14 | D. INF | 85 | 128 | M | 14 | IZQ SUP | 63 |
| 40 | F | 15 | D. INF | 85 | 129 | F | 18 | D. INF | 85 |
| 41 | F | 18 | D. INF | 83 | 130 | F | 28 | DCHA SUP | 53 |
| 42 | F | 16 | DCHA SUP | 53 | 131 | M | 20 | DCHA SUP | 53 |
| 43 | M | 15 | I.INF | 75 | 132 | M | 24 | D. INF | 83 |
| 44 | M | 15 | IZQ SUP | 63 | 133 | M | 15 | IZQ SUP | 63 |
| 45 | F | 15 | IZQ SUP | 65 | 134 | F | 19 | IZQ SUP | 63 |
| 46 | F | 14 | IZQ SUP | 63 | 135 | F | 14 | DCHA SUP | 53 |
| 47 | F | 14 | I.INF | 73 | 136 | M | 16 | IZQ SUP | 62 |
| 48 | F | 15 | I.INF | 75 | 137 | M | 23 | DCHA SUP | 53 |
| 49 | F | 15 | IZQ SUP | 63 | 138 | M | 16 | D. INF | 83 |
| 50 | F | 15 | DCHA SUP | 53 | 139 | M | 18 | IZQ SUP | 63 |
| 51 | M | 14 | DCHA SUP | 55 | 140 | F | 26 | D. INF | 83 |
| 52 | M | 15 | IZQ SUP | 65 | 141 | M | 16 | DCHA SUP | 53 |
| 53 | F | 17 | DCHA SUP | 53 | 142 | F | 19 | DCHA SUP | 53 |
| 54 | F | 16 | DCHA SUP | 53 | 143 | M | 15 | IZQ SUP | 63 |
| 55 | F | 16 | DCHA SUP | 53 | 144 | F | 17 | DCHA SUP | 53 |
| 56 | F | 18 | IZQ SUP | 63 | 145 | F | 23 | DCHA SUP | 53 |
| 57 | F | 14 | DCHA SUP | 53 | 146 | F | 16 | IZQ SUP | 63 |
| 58 | F | 16 | D. INF | 85 | 147 | F | 26 | D. INF | 83 |
| 59 | M | 21 | D. INF | 83 | 148 | F | 22 | DCHA SUP | 53 |
| 60 | F | 16 | DCHA SUP | 55 | 149 | F | 25 | DCHA SUP | 53 |
| 61 | F | 19 | IZQ SUP | 63 | 150 | M | 19 | IZQ SUP | 63 |
| 62 | F | 24 | DCHA SUP | 53 | 151 | M | 28 | DCHA SUP | 53 |
| 63 | M | 17 | DCHA SUP | 53 | 152 | M | 16 | I.INF | 75 |
| 64 | M | 26 | D. INF | 83 | 153 | F | 19 | I.INF | 73 |
| 65 | F | 22 | IZQ SUP | 63 | 154 | F | 17 | IZQ SUP | 65 |
| 66 | M | 16 | I.INF | 75 | 155 | F | 19 | DCHA SUP | 53 |
| 67 | M | 27 | DCHA SUP | 53 | 156 | F | 16 | DCHA SUP | 53 |
| 68 | F | 18 | IZQ SUP | 63 | 157 | M | 15 | IZQ SUP | 63 |
| 69 | F | 18 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 70 | M | 21 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 71 | F | 19 | D. INF | 83 | | | | | |
| 72 | F | 23 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 73 | F | 20 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 74 | F | 26 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 75 | F | 14 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 76 | F | 14 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 77 | F | 22 | D. INF | 82 | | | | | |
| 78 | F | 15 | D. INF | 82 | | | | | |
| 79 | F | 17 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 80 | F | 17 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 81 | F | 15 | D. INF | 85 | | | | | |
| 82 | M | 15 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 83 | M | 14 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 84 | F | 21 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 85 | M | 14 | IZQ SUP | 63 | | | | | |
| 86 | M | 18 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 87 | M | 20 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 88 | M | 28 | DCHA SUP | 53 | | | | | |
| 89 | M | 28 | IZQ SUP | 63 | | | | | |

ANEXO 3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

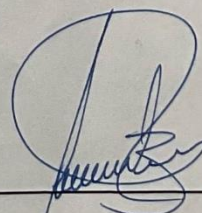
1. Apellidos y Nombres del Informante: Bernal Riquelme, Pedro Paul.
2. Cargo e institución donde labora: Docente de la Facultad de odontología, especialista en Ortodoncia.,
3. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: PREVALENCIA DE DIENTES DECIDUOS RETENIDOS EN PACIENTES MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD EN RADIOGRAFIAS DEL CENTRO RADIOLOGICO DE LA UCSM AREQUIPA
4. Autor del instrumento: Belizario Ortiz, Lisset Natividad.

II. ASPECTOS DE LA VALIDACION

| INDICADORES | CRITERIOS | CALIFICACION | | | | |
|-----------------|---|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| | | Deficiente 01-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy buena 61-80% | Excelente 81-100% |
| 1. CLARIDAD | Este formulado con lenguaje apropiado y comprensible. | | | | | ✓ |
| 2. OBJETIVIDAD | Permite medir hechos observables. | | | | | ✓ |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | | ✓ |
| 4. ORGANIZACION | Presentación ordenada. | | | | | ✓ |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos de las variables. | | | | | ✓ |
| 6. PERTINENCIA | Permitirá conseguir datos de acuerdo a los datos planteados. | | | | | ✓ |
| 7. CONSISTENCIA | Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos. | | | | | ✓ |
| 8. ANALISIS | Descompone adecuadamente las variables/ indicadores/ medidas. | | | | | ✓ |
| 9. ESTRATEGIA | Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación. | | | | | ✓ |
| 10. APLICACION | Existencia de condiciones para aplicarse. | | | | | ✓ |

III. CALIFICACION GLOBAL: (Marcar con un aspa)

| APROBADO | DESAPROBADO | OBSERVADO |
|----------|-------------|-----------|
| ✓ | | |



Firma del Experto Informante

DN: 29641245

N° Telefónico:

Lugar y Fecha:

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

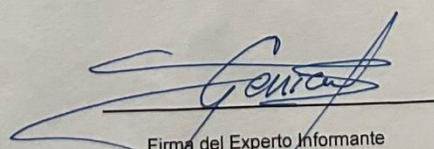
1. Apellidos y Nombres del Informante: Centeno San Román, Gilberto.
2. Cargo e institución donde labora: Docente de la Facultad de odontología, especialista en Ortodoncia.,
3. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: PREVALENCIA DE DIENTES DECIDUOS RETENIDOS EN PACIENTES MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD EN RADIOGRAFIAS PANORAMICAS DEL CENTRO RADIOLOGICO DE LA UCSM AREQUIPA 2022
4. Autor del instrumento: Belizario Ortiz, Lisset Natividad.

II. ASPECTOS DE LA VALIDACION

| INDICADORES | CRITERIOS | CALIFICACION | | | | |
|-----------------|---|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| | | Deficiente 01-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy buena 61-80% | Excelente 81-100% |
| 1. CLARIDAD | Este formulado con lenguaje apropiado y comprensible. | | | | | ✓ |
| 2. OBJETIVIDAD | Permite medir hechos observables. | | | | | ✓ |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | | ✓ |
| 4. ORGANIZACION | Presentación ordenada. | | | | | ✓ |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos de las variables. | | | | | ✓ |
| 6. PERTINENCIA | Permitirá conseguir datos de acuerdo a los datos planteados. | | | | | ✓ |
| 7. CONSISTENCIA | Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos. | | | | | ✓ |
| 8. ANALISIS | Descompone adecuadamente las variables/ indicadores/ medidas. | | | | | ✓ |
| 9. ESTRATEGIA | Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación. | | | | | ✓ |
| 10. APLICACION | Existencia de condiciones para aplicarse. | | | | | ✓ |

III. CALIFICACION GLOBAL: (Marcar con un aspa)

| APROBADO | DESAPROBADO | OBSERVADO |
|----------|-------------|-----------|
| ✓ | | |



Firma del Experto Informante

DNI: 29618834

N° Telefónico: 958329176

Lugar y Fecha:

Arequipa 04/05/2023

ANEXO 4: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Fuente: Anexo 2, matriz de datos N°25



Fuente: Anexo 2, matriz de datos N° 117



Fuente: Anexo 2, matriz de datos N° 94

PREVALENCIA DE LA RETENCIÓN DE DIENTES DECIDUOS DE PACIENTES MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DEL CENTRO RADIOLÓGICO DE LA UCSM, AREQUIPA 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1 Submitted to Universidad Católica de Santa María 7%
Trabajo del estudiante

2 repositorio.uigv.edu.pe 4%
Fuente de Internet

3 revcocmed.sld.cu 2%
Fuente de Internet

4 www.revistaodontopediatria.org 2%
Fuente de Internet

5 repositorio.upao.edu.pe 1%
Fuente de Internet

6 docplayer.es 1%
Fuente de Internet

7 nanopdf.com 1%
Fuente de Internet

tesis.ucsm.edu.pe

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado