

**FRECUENCIA DE DIENTES INCLUIDOS EN LAS CLINICAS DEL
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL PERIODO
DE FEBRERO DE 2.000 A DICIEMBRE DE 2.004**

**INVESTIGADORES
SANDRA CAROLINA BAUTISTA EUGENIO
MARIA CAROLINA CORTES ACOSTA
INGRID MARCELA TRIANA DUARTE**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C 2.005**

**FRECUENCIA DE DIENTES INCLUIDOS EN LAS CLINICAS DEL
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL PERIODO
DE FEBRERO DE 2.000 A DICIEMBRE DE 2.004**

**INVESTIGADORES
SANDRA CAROLINA BAUTISTA EUGENIO
MARIA CAROLINA CORTES ACOSTA
INGRID MARCELA TRIANA DUARTE**

**ASESOR CIENTÍFICO
LEONARDO CALVACHE SÁNCHEZ
ODONTÓLOGO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL**

**ASESOR METODOLOGICO
FREDY SÁNCHEZ MENDOZA
ODONTÓLOGO ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**ASESORA ESTADISTICA
MONICA PACHON RODRIGUEZ
ESTADISTICA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C 2.005**

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos, a todos aquellos que hicieron posible que esta investigación llegara a su fin, por su colaboración y apoyo en especial al Doctor Leonardo Calvache Sánchez Asesor científico al Doctor Fredy Sánchez asesor metodológico L a doctora Mónica Pachón asesora estadista. A todos nuestros padres madres hermanos y demás familiares quienes nos apoyaron constante y decididamente, a lo largo de nuestra formación profesional. Y a todos los demás que fueron soporte durante este proceso de investigación.

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación con amor y agradecimiento a Dios y a nuestras familias de quienes tuvimos siempre ayuda constante e incondicional. Ellos fueron el apoyo decidido, en los momentos más difíciles nos hicieron ver que nuestras debilidades con voluntad y esfuerzo se podían transformar en valiosas fortalezas

TABLA DE CONTENIDO

1. ASPECTOS TEORICO –CIENTIFICOS

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2. JUSTIFICACION

1.3. PROPOSITO

1.4. MARCO REFERENCIAL

1.4.1 MARCO TEORICO

DEFINICION

ETIOLOGIA

CARACTERISTICAS CLINICAS

CLASIFICACIÓN

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2. METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE ESTUDIO

2.2. OBJETIVO DE ESTUDIO

2.3. POBLACION OBJETO

2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

2.6. PROCEDIMIENTO

2.7. RESULTADOS

ANEXOS

VARIABLES

MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS

MATRIZ BIBLIOGRAFICA

TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

CONTEXTO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano asisten los pacientes con el fin de realizarse una valoración de salud oral; cada uno de ellos requiere diferentes tratamientos entre los cuales encontramos la cirugía de dientes incluidos ya sea por tratamiento ortodóntico, prevención de maloclusiones dentarias y disfunción del sistema estomatognático.; por esta razón cabe preguntarse: ¿cual es la frecuencia de dientes incluidos presentados en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano?.

1.2 JUSTIFICACION

Por medio de este estudio pretendemos analizar las cifras anuales de cirugía de dientes incluidos realizadas en el Colegio Odontológico Colombiano durante el periodo de los años 2.000 a 2.004 ; observando si se presenta un cambio significativo en la cantidad de un año a otro, comparando así los últimos años; ya que en dicha institución no se ha realizado ningún estudio que nos indique la estadística de cirugía de los dientes incluidos y sus respectivas variables.

1.3 PROPOSITO

El propósito del estudio es identificar cual es la radiografía mas utilizada para la cirugía de los dientes incluidos, en que estado se encuentra dicha radiografía y si existe o no; la ubicación del diente incluido observado, el mas frecuente dentro los años 2.000 y 2.004, en que genero predominan y en que grupo etareo.

1.4 MARCO LEGAL

RESOLUCIÓN NUMERO 1995 DE 1.999

1.4.1 MARCO TEORICO

DEFINICION:

Se considera un "diente incluido" cuando la superficie oclusal se encuentra al menos un milímetro del nivel oclusal de los otros dientes, a una edad en la que

el diente debería estar en oclusión, también si se encuentra dentro del hueso maxilar rodeado por un saco pericoronario.(1)

Los dientes incluidos hacen referencia a la pérdida de fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el maxilar asociado a una patología o sin estarlo. (9)

Se denominan "dientes retenidos" aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas: el diente está completamente rodeado por tejido óseo o el diente está cubierto por la mucosa gingival.

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares.

La retención de los temporarios es un hecho excepcional. La denominada inclusión secundaria puede ser posible por una acción mecánica de los dientes vecinos, que vuelven al diente temporario dentro del hueso de donde provenía. Pero hay un conjunto de ellos, los cuales tienen una mayor predisposición para quedar retenidos; en otras palabras, hay un número de dientes a los cuales les corresponde la patología de los dientes retenidos: tales son los caninos y terceros molares. (8)

ETIOLOGIA:

"El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable"². Hay muchas personas que, sin trastornos aparentes, conservan sus cuatro terceros molares y sus caninos superiores.

En cuanto a la incidencia de inclusiones dentarias varios investigadores afirman que los terceros molares son los mas comunes seguidos por los caninos superiores, premolares inferiores y premolares superiores. Los caninos inferiores, los primeros molares e incisivos son de menor frecuencia. (3)

Como factores etiológicos de los dientes incluidos encontramos:

Las discrepancias entre la arcada dentaria y el tamaño de los dientes.

Anomalías del folículo dentario del desarrollo, dirección e inserción.

Retraso fisiológico de la erupción.

Falta de espacio por deformidades dentó-faciales, extracción prematura de dientes deciduos u obstáculos mecánicos en los tejidos blandos o duros.

Causa hereditaria como lo son las inclusiones dentarias sin otras anomalías locales o generales asociadas.

La presencia de dientes supernumerarios quistes o tumores odontogénicos.

El trauma maxilar

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La ausencia del diente en la arcada, con persistencia de los dientes deciduos o permanentes, o migración de las piezas vecinas hacia el espacio correspondiente nos muestran los signos de tener un diente incluido acompañado de las siguientes características:

La aparición de una cima coronaria.

Su falta en la serie dentaria.

El diente caduco ocupa su posición.

En la mucosa se observa un abultamiento, que corresponde a su corona.

Las piezas contiguas aquejan ectodoncia (desplazamiento) o anetodoncia (aflojamiento). (6)

Existen fistulas o abscesos, que se dirigen a la profundidad del hueso.

El paciente aqueja molestias, dolores óseos profundos en una región que podría alojar una pieza criptodóntica.

La indicación para la exodoncia de los dientes retenidos nos la dan los siguientes síntomas:

No es raro que originen una infección muchas veces grave, que asienta en el intersticio pericoronario.

Puede formarse allí un quiste folicular.

La corona dentaria ocasiona rizoclasia (resorción de la raíz) en un diente vecino o destruye su alveolo (incisivos laterales), que a veces puede perjudicar gravemente la pulpa o todo el diente.

Puede ser causa de neuralgias, a lo menos por el rodeo de una infección crónica.

En su alrededor pueden aparecer tumores benignos o malignos. (7)

Al realizar el examen clínico se debe analizar la oclusión, la erupción del diente contra lateral y la erupción del antagonista. También si existen apiñamientos y malposiciones dentarias; se debe palpar la zona del diente incluido, lo que permite reconocer la presencia de inflamación o infección así como otro tipo de manifestaciones clínicas. Se puede observar vestibulización o lingualización de dientes adyacentes al diente incluido.

(11)

CLASIFICACION DE LOS DIENTES INCLUIDOS:

CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS SEGÚN RIES CENTENO:

Los caninos ectópicos se localizan el 60% en el paladar, el 30% en vestibulo y el 10% en posición intermedia. Otras posiciones anómalas o heterotópicas incluyen el seno maxilar o las fosas nasales. En un 40-50% de los casos la condición es bilateral o asimétrica. (10)

Así entonces los caninos incluidos los podemos clasificar de acuerdo a tres criterios:

El número de dientes incluidos

La posición de estos dientes en los maxilares.

La presencia o ausencia de dientes en la arcada.

Clasificación según su ubicación:

CANINOS SUPERIORES:

Clase I

Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral.

cerca de la arcada

lejos de la arcada

Clase II

Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral

Clase III

Maxilar dentado. Diente ubicado al lado vestibular. Retención unilateral.

Clase IV

Maxilar dentado. Dientes ubicados al lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V

Maxilar dentado. Dientes ubicados en vestibular o palatino. (retenciones mixtas o transalveolares)

Clase VI

Maxilar sin dientes. Dientes ubicados en palatino.

Retención unilateral

Retención bilateral

Clase VII

Maxilar sin dientes. Dientes incluidos ubicados en vestibular.

Retención unilateral

Retención bilateral (5)

CANINOS INFERIORES:

Clase I

Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual.

Posición vertical

Posición horizontal

Clase II

Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en vestibular.

Posición vertical

Posición horizontal

Clase III

Maxilar dentado. Retención bilateral.

Dientes ubicados en lingual

posición vertical

posición horizontal

Dientes ubicados en vestibular

posición horizontal

posición vertical

Clase IV

Maxilar desdentado. Retención unilateral

posición horizontal

posición vertical

Clase V

Maxilar desdentado. Retención bilateral.

posición horizontal

posición vertical (5)

Clasificación según Field y Ackerman:

CANINOS SUPERIORES:

Situación en posición labial:

con la corona en relación con los incisivos

con la corona por encima de los ápices de los incisivos

Situación en posición palatina:

con la corona cerca de la superficie y en relación con las raíces de los incisivos.

Inclusiones profundas: en las que las coronas se relacionan estrechamente con los ápices de los incisivos

Situación en posición intermedia:

con la corona situada entre las raíces del incisivo lateral y del primer premolar.

con la corona situada por encima de las raíces de estos dientes hacia vestibular y la raíz hacia palatino o viceversa.

Posiciones inusuales

Dientes en pared de seno maxilar o de fosa nasal, o situados en región infraorbitaria.

CANINOS INFERIORES:

Posición Labial:

Vertical

Oblicua

Horizontal

Posiciones inusuales:

Borde mandibular

Eminencia mentoniana

Migración al lado opuesto. (5)

Clasificación de los caninos según:

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo: retención intraósea, cuando la pieza dentaria está por entero cubierta de hueso, y retención subgingival, cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está recubierto por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

con el número de dientes retenidos

con la posición que estos dientes presentan en el maxilar

con la presencia o la ausencia de dientes en la arcada.

la retención puede ser simple o doble, presentándose ambos caninos retenidos

caninos situados en el lado palatino o en vestibular.

caninos en maxilares dentados o desdentados

de acuerdo con estos tres puntos se puede ordenar una clasificación que corresponda a todos los casos de estas retenciones:

Clase I. Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral: a) cerca de la arcada dentaria. b) lejos de la arcada dentaria.

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

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

Clase IV. Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V. Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatinos

Clase VI. Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. retención unilateral y bilateral.

Clase VII. Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular. Retención unilateral y bilateral. (10)

PREMOLARES SUPERIORES:

Los premolares se comportan, en cuanto a su retención, de la misma manera que los caninos superiores, es decir se pueden posicionar hacia palatino o hacia vestibular u ocupar una posición intermedia. La mayoría de las veces son retenciones submucosas, cuando no auténticas mal posiciones y casi siempre hacia palatino.

PREMOLARES INFERIORES RETENIDOS:

Un hecho a tener en cuenta en estos casos es la posible relación existente entre el diente retenido y el agujero mentoniano.

A diferencia del canino inferior, los premolares inferiores, cuando están en situación lingual, adoptan por regla general una retención mucosa u ósea alta, en cuyo caso la cortical lingual es muy delgada. (7)

CLASIFICACION PARA TERCEROS MOLARES INCLUIDOS SEGÚN WINTER:

Existen varias clasificaciones para los terceros molares que en general siguen estos criterios:

La posición del tercer molar con relación al segundo molar.

Las características del espacio retromolar.

El ángulo del eje longitudinal del diente.

La cantidad de tejido óseo o mucoso que cubre el diente incluido.

La relación del tercer molar con la rama mandibular (en terceros molares inferiores).

Clasificación según su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar:

Vertical

Meso angulado

Disto angulado

Horizontal

En vestibulo versión

En linguo versión

Invertido.

Clasificación según la relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

CLASE I

El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesodistal del tercer molar.

CLASE II

El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesodistal del tercer molar.

CLASE III

El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

Clasificación según la profundidad relativa del tercer molar:

Posición A

La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B

La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la línea cervical del segundo molar.

Posición C

La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar. (4)

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado. La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia, impedida mecánicamente por ese obstáculo. (1)

Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera:

RAZONES EMBRIOLOGICAS: La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción en posición viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente. Los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriológico. La inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar, durante las diversas fases de su evolución. Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace desplazar el folículo dentario.(8)

OBSTACULOS MECANICOS. Que pueden interponerse a la erupción normal.

A. falta material de espacio. Se pueden considerar varias posibilidades: el germen del tercer molar inferior de be desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar; el canino superior tiene su germen situado en lo más elevado de la fosa canina. Completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impiden el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados. El canino se halla alto en el maxilar cuando los premolares van a hacer erupción. En ese momento los incisivos se encuentran implantados en su posición del plano frontal. El canino temporal, que debe mantener el espacio para su sucesor permanente, es muy angosto para retener el espacio necesario mesiodistal. La presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro, hasta el canino desiduo, causando su acuñaamiento o retardando su retención por un periodo de tiempo considerable, aun estando su raíz casi reabsorbida. Esta situación origina una contracción parcial de esta zona donde desciende el canino, causando su desviación hacia una posición anormal.

B. Hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción, procesos óseos que originan una imagen lechosa o blanquecina.

C. El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vencidos, que por extracción prematura del temporal han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

D Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogenicos, constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.(10)

CAUSAS GENERALES DE LA PATOGENIA DE LOS DIENTES INCLUÍDOS: Todas las enfermedades generales en directa relación con

las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio tienen también influencia sobre la retención dentaria. La causa mas frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias. Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mínimos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa, que, sumada al final del día, no ha sido igualmente compensada por la presión interna, como la de la lengua, por ejemplo, llegará a alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí solo, especialmente en lo niños, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares. La constante presión muscular que reciben los dientes anteriores y que es suficientemente fuerte para torcerlos, y esa misma presión retransmitida sucesivamente a cada diente hacia atrás, puede influir hasta en el molar del juicio, de cuya inclusión, no se duda, sea una de sus causas, por estar limitada por delante la expansión de las arcadas y de este modo mantiene disminuido el crecimiento de los maxilares.(7)

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador. Esos accidentes se pueden clasificar de la siguiente manera:

Accidentes mecánicos. Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de desinclusión produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aun trastornos a distancia, como el

que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvia de su normal dirección produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.

Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento, en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

Trastornos protésicos. Así se denomina a los trastornos de índole protésica que originan en múltiples ocasiones de los dientes retenidos. Se tiene la confirmación de estos con innumerables casos, los cuales pueden concretarse como sigue: pacientes portadores de aparatología protésica advierten que no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados.

Accidentes infecciosos. Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías.

Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal:

El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodontal de un diente vecino.

La infección del saco puede originarse por vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce por vario procesos: inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula consiguiente, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales . se tienen en cuenta también los procesos que se han originado como consecuencia de las caries de los dientes retenidos .y producidos por efracciones o perforaciones.

Los procesos infecciosos del saco folicular, pueden actuar como infección focal, produciendo diversos trastornos y a distancia.

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible que origine neuralgias del trigémino. La presión que el tercer molar en sus diversas formas de retención produce, a veces sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos. Con todo, los procesos neurálgicos por terceros molares retenidos, no son tan frecuentes como el número de tales dientes, aún en molares después de extraídos, puede observarse en una de sus caras radiculares, un surco creado por el conducto dentario; los dolores son excepcionales.(6)

Se ha observado también la presencia de múltiples dientes incluidos y supernumerarios en entidades patológicas como el síndrome de Down, hipotiroidismo, labio y paladar fisurado etc...

La ausencia de cortical pericoronaria en el folículo de un diente incluido, es sugestiva de formación quística o tumoral, por tanto se recomienda la inspección detallada del hueso contiguo y la comparación con el lado contra lateral.

La causa más frecuente de impacción parece ser la presencia de odontomas, dientes supernumerarios y pérdida del espacio seguido por perturbaciones en el camino de la erupción de los incisivos relacionado a apiñar. Otras causas son corona o malformación de la raíz de incisivos permanentes debido a trauma transmitido de los predecesores primarios. Los casos más raros involucran la posición ectópica del incisivo en vías de desarrollo o prevención de erupción por odontoma apical o quiste folicular que bloquean el camino de la erupción. (1)

Los accidentes de erupción del tercer molar se deben a la infección del saco pericoronario. Para producirse la infección de este saco, que tiene repercusiones locales, regionales y a distancia, es preciso que, por una parte, aumente la virulencia microbiana y disminuya las defensas del organismo, y, por otra, se establezca una puerta de entrada, la que está determinada por factores mecánicos: traumatismos sobre el capuchón del tercer molar, originados por las cúspides de los dientes antagonistas o la acción conjunta de unas y otras.

Capdeponat explica la génesis de los accidentes de los terceros molares por los siguiente mecanismos:

la cavidad virtual existe alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular, de Capdeponat), puede, por numerosas influencias patológicas, hacerse real (transformándose en quistes dentígeros) y ser el asiento de procesos infecciosos.

los microorganismos banales que habitan en la cavidad oral, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerban su virulencia. Es fácil comprender que cuando los microbios hayan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular, escaparán a los diversos mecánicos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica, que hace posible la retención microbiana, nos parece ser la condición primordial en la causa de los accidentes.

la falta de sitio, el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar; a estas razones debe agregarse la oblicuidad, en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo.(10)

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Los accidentes originados por el tercer molar son variados y de intensidad distinta; alcanzan todas las gamas y generan todos los cuadros clínicos:

Desde el proceso local de escasa importancia hasta el flemón gangrenoso del piso de boca.

Pueden clasificarse clínicamente en mucosos, nerviosos, celulares, óseos, linfáticos o ganglionares y tumorales.

Mucosos: comprenden las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronaritis, pues es, la lesión inicial y el accidente de alarma. Se origina en la época de la erupción del tercer molar. Su comienzo puede ser brusco o insidioso. A. Cuando es brusco, a nivel del capuchón que cubre el molar retenido total o parcialmente, se instala sin anuncio previo un proceso inflamatorio, con sus signos característicos: dolor, tumor, calor y rubor. B. El comienzo insidioso de la pericoronaritis está caracterizado por la aparición de dolores, generalmente leves; ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismus muy poco acentuados; entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre en el proceso remite hacia un nuevo proceso inflamatorio.

Nerviosos: Los accidentes nerviosos originados por el tercer molar en erupción son idénticos a los producidos por los dientes retenidos. Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurofróticos que se traducen en herpes, peladas, canicie, eccemas.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus, verdadera reacción antálgica.

Celulares: Absceso.

Óseos: osteítis, osteoflemones y osteomielitis.

Linfáticos o ganglionares: La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subangulomaxilares o submaxilares. Se trata por lo general de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario y retrograda totalmente una vez terminada la afección del saco pericoronario.

Tumorales: tumores odontogénicos. (3)

SEGUNDO MOLAR

El segundo molar puede ser normal en su estado anatómico y clínico, o presentar problemas en su posición.

Posición. Además de ser normal, vertical, puede evidenciar una desviación en distintos sentidos, por haber erupcionado en posición anormal, o por que la presencia del saco pericoronario del tercero o el mismo tercero en posición mesioagular u horizontal originan, favorecidos a veces por ausencia del primer molar, inclinaciones o posiciones anormales del segundo molar. Así, pues, a parte de la posición normal vertical, puede encontrarse al segundo molar desviado hacia el lado mesial, hacia el lado distal, hacia el lado bucal (se observa la cara oclusal), desviado hacia el lado lingual, o bien emigrado verticalmente, con la cara oclusal por encima del plano oclusal del primer molar, o por el contrario incluido dentro del hueso, con la cara oclusal debajo del plano oclusal del primer molar.

Corona. Puede presentar anomalías de forma, tamaño, modificaciones en su estructura por caries, obturaciones de distintos materiales o coronas protésicas.

Las caries en el segundo molar, originadas por el contacto del tercer molar y retención de restos de alimentos en esta parte puede causar una pulpitis a nivel del segundo molar.

Raíces. Las dos raíces rectas, con desviaciones o cementosis, no constituyen problemas en la extracción del tercer molar.

El segundo molar puede estar afectado por procesos apicales de distinta índole, que no pueden ser tratados por métodos conservadores, sino por exodoncias, lo mismo que las raíces aisladas cuando se ha perdido por caries la corona. (12)

PRIMER MOLAR

Aunque relativamente alejado de la zona quirúrgica del tercer molar, el primer molar desempeña un papel importante en su cirugía. Así, puede que sirva de apoyo para el segundo molar, que esté ausente o que deba ser eliminado.

Cuando se presenta normal en su forma, posición y estado, este suele ser un apoyo para el segundo por que sobre el segundo actúan las fuerzas que se ejercen para extraer el tercero.

El quinto molar inferior. Variedad muy rara; solo se conocen los casos de Gordon y Muller, con esta atípica retención.

Premolares superiores e inferiores. Es relativamente común su presencia. En ambos maxilares, la retención está próxima a la bóveda palatina y a la cara lingual respectivamente. La extracción por vía lingual es una tarea sumamente dificultosa que con frecuencia se traduce en fracaso. El premolar lingual o vestíbulo lingual debe ser extraído por una serie de vías, la vestibular y la lingual; el abordaje y la incisión se realiza por vestibular; se secciona el diente retenido a nivel de su cuello, con una fresa de fisura, la corona se elimina por vía lingual. (1)

La forma y el tamaño de la corona.

El espacio del ligamento periodontal

La posibilidad de una anquilosis

La reabsorción de los dientes contiguos

La relación con la rama ascendente del maxilar.

El espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama, comparando este espacio con el ancho mesodistal del tercer molar.

La relación de las raíces del tercer molar con el conducto dentario inferior y la integridad de sus corticales.(5)

Para el análisis de los dientes retenidos o incluidos en el maxilar superior se debe tener en cuenta además de la mayoría las consideraciones clínicas:

La proximidad del seno maxilar. Debido a que este puede estar en estrecha relación con los ápices del tercer molar e incluso con el ápice de caninos o supernumerarios incluidos.

La proximidad de las fosas pterigo maxilar e infratemporal y de la fosa nasal.

La espina nasal anterior e incluso el reborde y el agujero infraorbitarios.

La tuberosidad es la continuación del proceso alveolar y hacia ésta puede extenderse el seno maxilar rodeando por completo un tercer molar retenido.(12)

El examen radiográfico de los folículos amerita algunas consideraciones:

En la radiografía periapical se considera normal un espacio de 3 mm.

La radiografía panorámica muestra folículos normales de mayor grosor, debido a la mayor distancia entre el rayo y la placa.

El diámetro mayor del folículo también puede reflejar discrepancias de imagen por posicionamiento.

En un folículo dental además del espacio folicular se debe observar la morfología, el patrón de erupción, el espacio del ligamento periodontal, la cortical pericoronaria y el hueso esponjoso adyacente.

La ausencia de cortical pericoronaria en el folículo de un diente incluido, es sugestiva de formación quística o tumoral, por lo tanto es recomendable la inspección detallada del hueso contiguo y la comparación con el lado contra lateral. La presencia de una capa esclerótica (neoformación ósea) alrededor del folículo sugiere una lesión de crecimiento lento.

La reabsorción de dientes adyacentes indica infección del folículo cuando éste se ha comunicado con la cavidad oral ó también por causas traumáticas o quirúrgicas.

La anquilosis dental es la unión del hueso con el diente formando una sola unidad. Estas fisiones se visualizan en la radiografía como puentes escleróticos que atraviesan el ligamento periodontal y representan la sustitución de las fibras del ligamento por tejido óseo, conectando la dentina y el cemento directamente con el hueso alveolar. Las anquilosis dentarias se pueden observar en la radiografía periapical.

Dentro de otros medios de diagnóstico existen radiografías panorámicas que es la más utilizada, periapicales, oclusales, intraorales de aleta de mordida (para observar dientes anteriores hasta premolares) tomografías lineales, tomografías computarizadas en tres planos del espacio, imágenes digitales, radiografías de sustracción digital e imágenes de resonancia magnética de alta resolución. El uso de medios de diagnóstico sofisticados en nuestro medio ha sido limitado principalmente por sus altos costos y aunque la máxima exactitud a cerca de la posición, inclinación, relación con estructuras anatómicas de dientes incluidos y reabsorción de dientes vecinos causada por estos, está dada por la tomografía computarizada dental, podemos tener información confiable con tomografías simples.

Hallazgos radiográficos:

Se observa una zona radiopaca rodeada por un halo radiolúcido asociado generalmente con la corona del diente.(2)

DIAGNOSTICO:

El diagnostico se realiza mediante el diligenciamiento de la historia clínica y anamnesis precisa. También mediante una exploración adecuada.

Se confirma por medio de el diagnostico radiográfico, con radiografías periapicales, panorámicas, paranasales y tomografía computarizada.

Por medio del estudio radiográfico podemos informarnos sobre el grado de dificultad de la extracción quirúrgica así:

Posición del tercer molar con respecto al plano oclusal.

Las inclusiones por debajo de la línea amelocementaria del segundo molar indican mayor dificultad quirúrgica.

Posición del molar con respecto al ángulo mandibular.

A medida que el tercer molar se acerca o se integra en el ángulo mandibular o en la rama ascendente, aumenta el grado de dificultad.

Posición del molar con respecto al eje vertical.

La posición más favorable es la vertical, considerando como la posición mas desfavorable la inclinación horizontal y la distoangular.

Líneas de Winters.

Informa acerca de la profundidad del tercer molar; se recomienda precaución cuando la línea roja es mayor de 8 mm.

Forma y disposición de las raíces.

A mayor numero de raíces y divergencia entre ellas, mayor complejidad, considerando las raíces únicas cónicas las mas favorables.

Longitud de las raíces.

Si las raíces del tercer molar son más cortas que las del segundo molar, la dificultad será menor.

Posible relación del tercer molar con el conducto dentario.

Dicha relación puede manifestarse radiograficamente por estrechamiento de las raíces y/o del conducto dentario inferior, recomienda estudio con tomografía computarizada e informar al paciente cualquier complicación.(9)

Presencia y análisis del ligamento periodontal.

La ausencia de ligamento periodontal en pacientes mayores de 40 años implica: gran dificultad para la luxación, practica de una amplia ostectomia y mayor morbilidad intraoperatoria y postoperatoria.

El diagnostico de un canino retenido en el maxilar superior, su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por los medios clínicos de la inspección, palpación y por el examen radiográfico.

INSPECCION. La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporal, pueden hacer sospechar de la retención. En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo .

La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la ubicación del diente retenido.(12)

No debe ser confundido el relieve originado por el canino, con el que puede producir la raíz del incisivo lateral o del premolar; confusión que puede suceder con facilidad en algunas condiciones.

PALPACIÓN. El dedo índice, que investiga, confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia de la tabla ósea.

En caso de existir algún proceso infeccioso y una fístula, una sonda introducida por ella nos lleva a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Quiste mandibular medio

Se presenta en la región de la sínfisis mentoniana de la mandíbula, se cita la presencia de un quiste primordial originado por un diente supernumerario.

Se puede encontrar en este sitio las siguientes lesiones:

Quiste radicular o queratoquistes

Quiste óseo traumático

Ameloblastoma:

El tumor se deriva del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes se desconocen los factores desencadenantes o estímulos necesarios para que se produzca la transformación de estas estructuras epiteliales triviales.

Se presenta con mayor incidencia en adultos, es poco frecuente en niños, por lo general es uniuquístico y se manifiesta como quiste odontogeno. Se localiza en cualquier región de la mandíbula o el maxilar, pueden ser asintomático. El signo inicial es la movilidad o maloclusión dental. Puede ser unilocular o multilocular.

Fibroma ameloblástico:

Tumor benigno de origen odontogénico, predomina en niños y adultos jóvenes, se localiza en la rama mandibular, lesiones bien delimitadas y pueden relacionarse con la corona de un diente incluido.

Queratoquiste:

Se origina en restos de la lámina dental que se localiza en la mandíbula o maxilar superior.

Ocurre con mayor frecuencia en la primera y segunda década de la vida afectando la mandíbula, lesión radiolúcida bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados, es unilocular.

Quiste dentígero:

Se desarrolla por acumulación de líquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona del diente subyacente, se presenta en pacientes jóvenes, afecta la región de los terceros molares superiores e inferiores, caninos superiores y premolares inferiores, área radiolúcida bien definida, redondeada envolviendo la corona de un diente que todavía no ha erupcionado.

Fibrodontoma ameloblástico:

Lesión idiopática asociada a la proliferación atípica de la lámina dental primaria o permanente, predomina en niños y adultos jóvenes, se localiza en la zona retromolar de la mandíbula, lesiones bien delimitadas rodeadas por un borde esclerótico unilocular o multilocular que se puede relacionar con la corona de un diente retenido.

Odontoma compuesto y complejo:

Tumor mixto de origen epitelial como mesenquimatoso, afecta a niños y adultos jóvenes, se localiza con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula, no produce sintomatología, se localiza entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido, las lesiones iniciales son radiolúcidas con zonas de opacidad que corresponden a la dentina y al esmalte.

Tumor odontogénico adenomatoide:

Es de origen odontogénico, afecta a individuos de 5 a 30 años y se presenta mas en mujeres que en hombres, se localiza en la región anterior de la mandíbula y el maxilar, a menudo se relaciona con las coronas de dientes retenidos, lesión unilocular bien delimitada, que se localiza alrededor de la corona de un diente retenido. (8)

1.5 OBJETIVOS:

1.5.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de dientes incluidos en el Colegio Odontológico Colombiano en el periodo de Febrero de 2.000 a Diciembre de 2.004.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Establecer los aspectos sociales de los pacientes con dientes incluidos que asisten al Colegio Odontológico Colombiano.

Identificar la ubicación de la inclusión.

Determinar el diente incluido más frecuente.

Identificar que tipo de radiografía fue la más utilizada y el estado en que se encontró

Determinar en que año se realizo mayor cantidad de cirugías de dientes incluidos.

2. METODOLOGÍA :

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal.

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Dientes incluidos.

2.3. POBLACION OBJETO

Historias clínicas de los pacientes con dientes incluidos que acudieron a las clínicas del centro del Colegio Odontológico Colombiano en el periodo de febrero de 2000 a diciembre de 2004.

2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historias clínicas diligenciadas completamente. (radiografías).

Historias clínicas de los años de 2.000 a 2004

Historias clínicas que cumplan con los criterios de selección (variables)

Historias que reporten cirugía de dientes incluidos en el libro de cirugía ambulatoria del Colegio Odontológico Colombiano

2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

Historias clínicas que no reporten extracción de dientes incluidos:

Biopsia

Exodoncias método cerrado

Ventana óseo quirúrgica

Hiperplasia gingival

Frenilectomia

Remodelado óseo

Cirugía periodontal

2.4. VARIABLES

Variable	Definición	Operacionalización	Categoría	Escala	Tipo
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	Independiente
Genero	Indica el sexo de los seres animados.	Femenino, masculino	Cualitativa	Binomial	Independiente
Diente incluido	cuando la superficie oclusal se encuentra al menos un milímetro del nivel oclusal de los otros dientes.	Diente	Cualitativa	Ordinal	dependiente
Ubicación de inclusión		- Incluido óseo, - Incluido óseo mucoso	Cualitativa	Nominal	dependiente

Tipo de radiografía		-panorámica -Periapical.	Cualitativa	Nominal	dependiente
---------------------	--	-----------------------------	-------------	---------	-------------

2.6. Procedimiento.

El procedimiento de la investigación consto:

Elaboramos una carta dirigida a el Dr Leonardo Calvache (Asesor científico de esta investigación) y al Dr. Luis Felipe Falla (Director de Clínicas Sede Centro), para que nos autorizaran recolectar la información del libro de cirugías, sobre dientes retenidos, mientras se llevaba a cabo este proceso nos dirigimos a la biblioteca del Colegio Odontológico Colombiano, a la Universidad el Bosque , Universidad Javeriana, datos de internet, Biblioteca Luis Ángel Arango. Después de firmada la carta procedimos a elaborar el instrumento de recolección de datos (Anexo2), nos dirigimos a el Dr. Freddy Sánchez (Asesor Metodológico) para que nos aprobara el instrumento de recolección de datos , luego de aprobada consultamos el libro de cirugía y nos dividimos en 3 partes iguales las historias de los años 2000 a 2004 que eran 4680 en total , de las cuales a cada una de las investigadoras nos correspondió de a 1560 historias, incluimos en el estudio las que eran exclusivamente de dientes incluidos y excluimos de la investigación las que reportaban cirugía periodontal , biopsias, remodelado óseo, frenilectomia, hiperplasia gingivales , ventanas óseo quirúrgicas , exodoncias método cerrado.

Al momento de tener estos datos exactos, nos dirigimos a la central de historias para verificar en ellas , número de historia clínica , edad del paciente y genero del paciente , que estos datos se encuentran en la primera pagina de la historia clínica . Revisamos que tipo de radiografía tienen las historias si es panorámica o periapical , en que estado estaban si manchadas(por liquido revelador o fijador),desenfocadas(técnica fallida al tomarlas), deterioradas(por el agua, por el tiempo, arrugadas, rotas) o no tenían, la ubicación en la que se encontraban si óseo u óseo mucoso, número de diente incluido o dientes incluidos , para revisar las historias

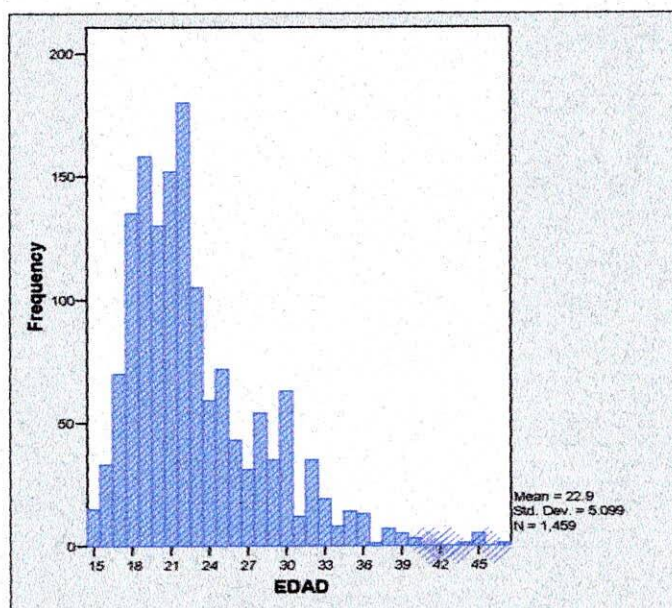
necesitamos guantes de latex, tapabocas , 3 esferos bic de tinta negra y 390 fotocopias de la ficha técnica a cada una de las investigadoras, para recolectar la información mencionada anteriormente.

Al momento de recolectar la información en la ficha técnica, nos dirigimos a donde la Dra. Mónica Pachón (Estadística), para que nos dijera cual era el siguiente paso, la Dra. nos enseñó a tabular los datos en una hoja de cálculo, donde estuvieran todas las variables medidas anteriormente. La sistematización de la información se basó en los programas Windows XP, Excel de paquete Office 2002 y Microsoft Word 2002, tabulamos los datos encontrados en las fichas técnicas uno por uno y se lo entregamos a la Dra. Mónica para darnos el resultado final de la investigación y la población objeto de este estudio.

2.7. RESULTADOS

Se revisaron 1.459 historias clínicas de pacientes con dientes incluidos que acudieron a las clínicas del centro del Colegio Odontológico Colombiano en el periodo de febrero de 2000 a diciembre de 2004, correspondientes a 2.964 dientes.

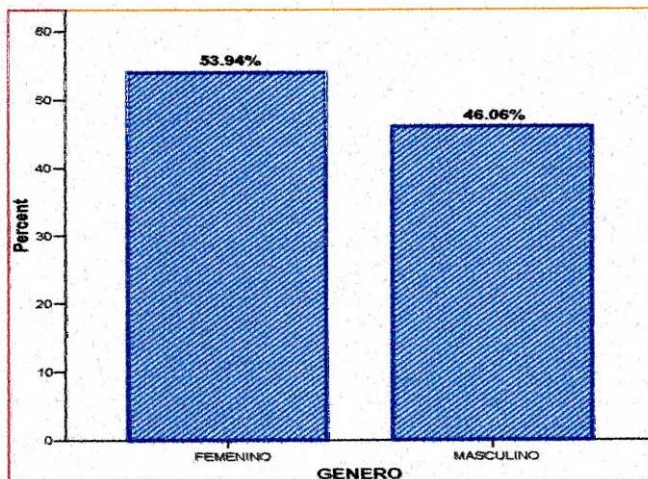
Grafico 1.



Las edades de los pacientes oscilaban entre 15 y 47 años, donde el 74.3% tenían edades entre los 17 y 23 años. La edad promedio fue de 23 años con una desviación estándar de 5.1

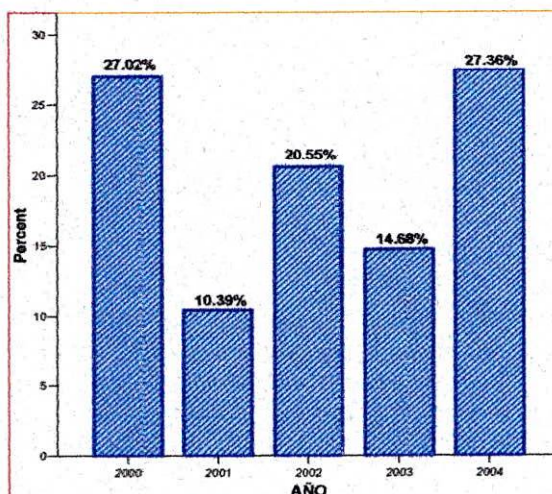
El 53.9% (787) de los pacientes pertenecían al género femenino y 46.1%(672) al género masculino (Grafico 2, Anexo 2

Grafica 2.



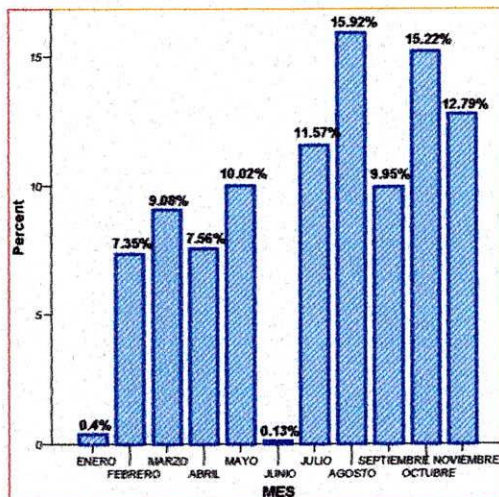
El año en el que se presentó mayor frecuencia de dientes incluidos en el Colegio Odontológico fue en el 2004 con un 27.4% (811) seguido del año 2000 con 27% (801), el año 2002 con 20.6% (609), 2003 con 14.7% (435) y el año en que menos se presentó fue en el 2001 con un 10.4% (308) (Grafico 3, Anexo 3).

Grafico 3.



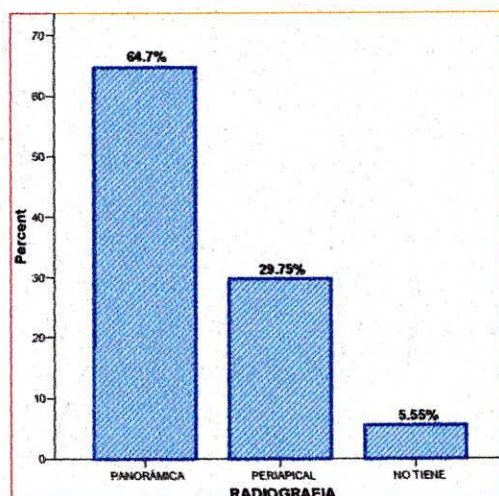
En general el segundo semestre del año tiene mayor frecuencia de dientes incluidos, que el primero, donde los meses con mayor aplicación fueron: Agosto con 15.9% (472), Octubre con 15.2% (451) y Noviembre con 12.8% (379). Los meses con mayor frecuencia en el primer semestre fueron: Mayo con 10% (297) y Marzo con 9.1% (269) (Grafico 4, Anexo 4)

Grafico 4.



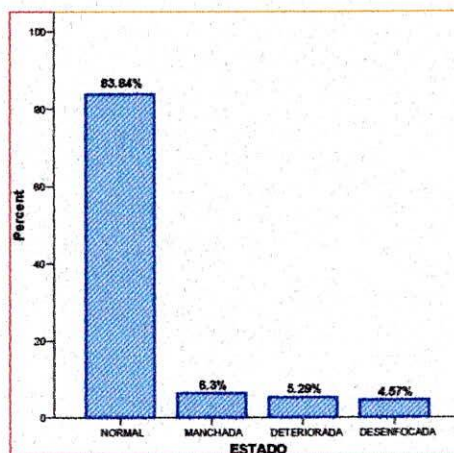
La radiografía mas utilizada fue la Panorámica con un 64.7% (944), 29.8% (434) usaron la radiografía periapical y el 5.6% (81) de las historias clínicas no tenían radiografía (Grafico 5, Anexo 5).

Grafico 5.



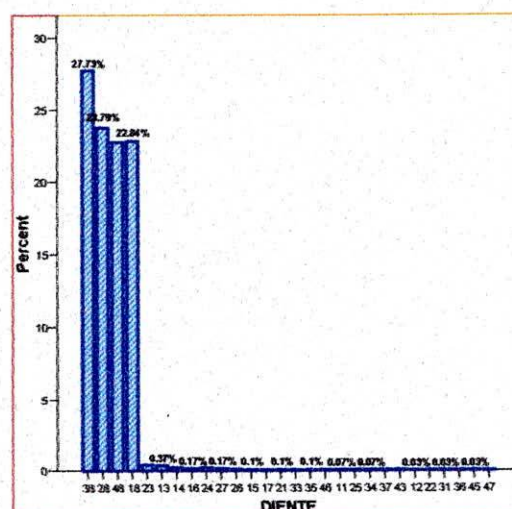
De las radiográficas encontradas (1380), 83.8% (1157) de las radiografías se encontraban normales, 6.3% (87) estaban Manchadas, 5.3% (73) Deterioradas, y 4.6% (63) se encontraban desenfocadas (Grafica 6, Anexo 6).

Grafico 6.



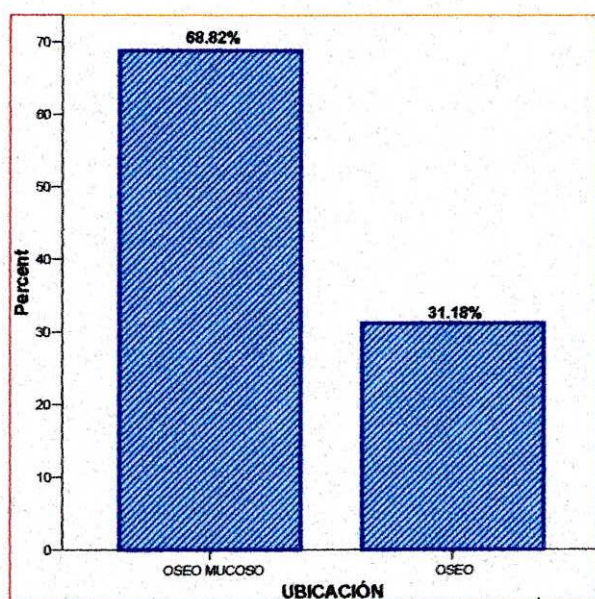
Se encontraron 2964 dientes incluidos. El diente más frecuente fue el 38 con un 27.7% (822), seguido del diente 28 con un 23.8% (705), .. (Grafico 7, Anexo 7)

Grafico 7.



Los dientes que se les pudo observar la ubicación en la radiografía fueron 2415, de los cuales 68.8 % (1662) de los dientes estaban ubicados en Óseo Mucoso y 31.2% (753) en Óseo. (Grafico 8, Anexo 8).

Grafico 8.



DISCUSIÓN

Se tomaron 1.459 Historias clínicas de las cuales se observó la radiografía más utilizada para el diagnóstico de dientes incluidos, siendo esta la panorámica, se anota que para muchos de los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano no es de mucha importancia la radiografía periapical sabiendo que al igual que la radiografía panorámica esta es de gran utilidad ya que esta nos permite observar desde un ángulo mejor la posición exacta del diente incluido y la panorámica la podríamos utilizar para la observación de estructuras adyacentes tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior.

Para determinar la ubicación del diente se tomaron dos parámetros, los cuales mostraban que los dientes incluidos en su mayoría se encontraban en la ubicación óseo mucosa y los demás en una ubicación ósea únicamente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se mostró que el diente incluido que se presenta con mayor frecuencia es el diente 38 con una ubicación óseo mucosa dada por la radiografía panorámica, encontrada en buen estado.

Para el control de las radiografías dentro de las clínicas del centro del Colegio Odontológico Colombiano se recomienda realizar por lo menos una estadística de estos datos cada año tratando de evitar de esta manera la pérdida de este documento tan importante.

ANEXOS

Anexo 1.

EDAD

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22	180	12,3	12,3	12,3
	19	158	10,8	10,8	23,2
	21	152	10,4	10,4	33,6
	18	135	9,3	9,3	42,8
	20	130	8,9	8,9	51,7
	23	105	7,2	7,2	58,9
	25	72	4,9	4,9	63,9
	17	70	4,8	4,8	68,7
	30	63	4,3	4,3	73,0
	24	59	4,0	4,0	77,0
	28	54	3,7	3,7	80,7
	26	43	2,9	2,9	83,7
	29	35	2,4	2,4	86,1
	32	35	2,4	2,4	88,5
	16	33	2,3	2,3	90,7
	27	31	2,1	2,1	92,9
	33	19	1,3	1,3	94,2
	15	15	1,0	1,0	95,2
	35	14	1,0	1,0	96,2
	36	13	,9	,9	97,1
	31	12	,8	,8	97,9
	34	8	,5	,5	98,4
	38	7	,5	,5	98,9
	39	5	,3	,3	99,2
	45	5	,3	,3	99,6
	40	3	,2	,2	99,8
	37	1	,1	,1	99,9
	44	1	,1	,1	99,9
	47	1	,1	,1	100,0
Total		1459	100,0	100,0	

**Anexo 2.
GENERO**

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	FEMENI NO	787	53,9	53,9	53,9
	MASCU LINO	672	46,1	46,1	100,0
	Total	1459	100,0	100,0	

**Anexo 3.
AÑO**

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2000	801	27,0	27,0	27,0
	2001	308	10,4	10,4	37,4
	2002	609	20,5	20,5	58,0
	2003	435	14,7	14,7	72,6
	2004	811	27,4	27,4	100,0
	Total	2964	100,0	100,0	

**Anexo 4.
MES**

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ENERO	12	,4	,4	,4
	FEBRER O	218	7,4	7,4	7,8
	MARZO	269	9,1	9,1	16,8
	ABRIL	224	7,6	7,6	24,4
	MAYO	297	10,0	10,0	34,4
	JUNIO	4	,1	,1	34,5
	JULIO	343	11,6	11,6	46,1
	AGOST O	472	15,9	15,9	62,0
	SEPTIE MBRE	295	10,0	10,0	72,0
	OCTUB RE	451	15,2	15,2	87,2
	NOVIEM BRE	379	12,8	12,8	100,0
	Total	2964	100,0	100,0	

**Anexo 5.
RADIOGRAFIA**

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PANOR ÁMICA	944	64,7	64,7	64,7
	PERIAPI CAL	434	29,7	29,7	94,4
	NO TIENE	81	5,6	5,6	100,0
	Total	1459	100,0	100,0	

**Anexo 6.
ESTADO**

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NORMAL	1157	83,8	83,8	83,8
	MANCHA DA	87	6,3	6,3	90,1
	DETERIO RADA	73	5,3	5,3	95,4
	DESENF OCADA	63	4,6	4,6	100,0
	Total	1380	100,0	100,0	

**Anexo 7.
DIENTE**

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	38	822	27,7	27,7	27,7
	28	705	23,8	23,8	51,5
	18	677	22,8	22,8	74,4
	48	675	22,8	22,8	97,1
	23	12	,4	,4	97,5
	13	11	,4	,4	97,9
	14	7	,2	,2	98,1
	24	7	,2	,2	98,4
	16	5	,2	,2	98,5
	27	5	,2	,2	98,7
	26	4	,1	,1	98,9
	15	3	,1	,1	99,0
	17	3	,1	,1	99,1
	21	3	,1	,1	99,2

33	3	,1	,1	99,3
35	3	,1	,1	99,4
46	3	,1	,1	99,5
11	2	,1	,1	99,5
25	2	,1	,1	99,6
34	2	,1	,1	99,7
37	2	,1	,1	99,7
43	2	,1	,1	99,8
12	1	,0	,0	99,8
22	1	,0	,0	99,9
31	1	,0	,0	99,9
36	1	,0	,0	99,9
45	1	,0	,0	100,0
47	1	,0	,0	100,0
Total	2964	100,0	100,0	

Anexo 8.

UBICACIÓN

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OSEO	1662	68,8	68,8	68,8
	MUCOSO	753	31,2	31,2	100,0
	Total	2415	100,0	100,0	

2.5.1 MATRIZ BIBLIOGRAFICA ANEXO 1

	Libro revista	Aut o	Defini ción	Etiol ogía	Caract. Clínica	Diagn ostico	Clasifi cación	Tto
1	Text book and color atlas of tooth impaction.21 9 313, 1.997	Andr eass en. Jo						
2	Atlas interpretativo de la pantomografi a maxilofacial. 102 -104, 1990	Cho mon co A						
3	Cirugía bucal. 196 - 262, 1955	Kart A Tho mas						
4	Cirugía Bucomaxilar. 105 - 106, 1982	Krug er Gust avo.						
5	Cirugía Oral. 232 - 240, 2003	Rasp all, G						
6	Cirugía Bucal con Patología clínica y terapeutica. 221 - 333, 1964	Ries, C						
7	Cirugía oral. 319 - 320, 1991	Lope z Arra nz						
8	Comtempora ry oral an maxillofacial surgery 761	Pete rson Larry						
9	Manual de Odontología. 268 , 266 , 26 , 7 , 268 270, 275, 1.995	Vale ncillo , C						
10	Manual de odontología. 252, 253, 259, 261, 1995	ZuaZ ua,S						

11	Pell-Gregory classification is unreliable as predictor of difficulty extracting impacted lower third molars	García a. Jude F Gandara J somoza M.						
12	Third molar removal patterns in a insured population	Eklun SA , Pitmman JL.						

2.5.2 MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FRECUENCIA DE DIENTES INCLUIDOS EN LAS CLINICAS DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL PERIODO DE FEBRERO DE 2000 A DICIEMBRE DE 2004. FICHA TECNICA No. 1	
Fecha H.C. _____	H.C No. _____
Edad _____	Genero M ☐ F ☐
<u>Radiografia</u> Panorámica ☐ Periapical ☐ No tiene ☐	<u>Estado</u> Manchada ☐ Desenfocada ☐ Deteriorada ☐ Normal ☐
<u>Diente Incluido</u> _____	<u>Ubicación</u> Óseo ☐ Óseo Mucoso ☐
Operador _____	Fecha _____

BIBLIOGRAFIA

1. ANDREASSEN, Jens. Text Book and color atlas of tooth Impactions. Ed Mosby. 1997. p 33, 34.
2. CHOMONKO, A. Atlas interpretativo de la pantomografía maxilofacial. 1.990. p 102, 104.
3. EKLUN SA, Pitmman JL. Third molar removal patterns in a insured population. JADA 132, 469-474,2001.
4. GARCIA A, GUDE F, GANDARA J, SOMOZA M. Pell Gregory. Classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. Br J Oral Maxillofac Surg 585-587, 2000.
5. KURT. A Thomas. Cirugía Bucal. Ed. Hispano Americana. 1955. p196 y 262.
6. KRUGER, Gustavo. Cirugía Bucomaxilofacial. Ed. Hispano Americana. 1982. p105, 106.
7. LOPEZ, Arranz. Cirugía Oral. Ed Mc Graw Hill. España. 1991. p 319,320.
8. PETERSON Larry. Comtemporary oral and maxillofacial surgery St Louis. Mosbi Company 1998 p761, 811
9. RASPALL, Guillermo. Cirugía Oral. Ed. Médica panamericana. 2.003.
10. RIES, Centeno. Cirugía bucal con patología clínica y terapéutica. Mc Graw Hill. Buenos Aires. 1964. p 70, 71.
11. VALLECILLO, capilla. Manual de Odontología. Ed Salvat. Barcelona.1995. p 264, 266, 267, 268, 270,275.
12. ZUAZUA, Santamaría. Manual de odontología. Ed Salvat. Barcelona. 1995. p 252, 253, 259, 261.