

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA**

TESIS

**DIENTES IMPACTADOS, RETENIDOS E
INCLUIDOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

LEYLA VANESSA DÍAZ VÁZQUEZ

ASESORES:

E.E. OSCAR ERNESTO RAMIREZ ALFONSO

C.D. YAMILLY MIRIAM LIÑAN PÉREZ

DR. LUIS GABRIEL ROSALES COUTIÑO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Enero de 2024.



INDICE

CONTENIDO

CAPITULO 1

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. OBJETIVO GENERAL.....	3
1.3. OBJETIVO ESPECIFICO.....	3
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	4

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO.....	5
2.2. ANTECEDENTES.....	5
2.3. HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL.....	8
2.4. EMBRIOLOGIA DENTARIA (ODONTOGENESIS).....	11
2.5. MORFOGÉNESIS DEL ORGANO DENTARIO Y DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL PATRÓN CORONARIO.....	12
2.6. DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL PATRÓN RADICULAR.....	15

CAPITULO III

3.1. DIENTES INCLUIDOS.....	17
3.2. FACTORES SISTEMICOS.....	18
3.3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INCLUSIÓN DENTARIA.....	20
3.4. DIENTES RETENIDOS.....	24
3.5. DIENTES IMPACTADOS.....	29
3.6. INTERPRETACIÓN DE LOS CANINOS INCLUIDOS.....	34
3.7. IMÁGENES RADIOGRAFICAS DE CANINOS INCLUIDOS.....	34
3.8. CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY.....	43
3.9. CLASIFICACIÓN DE WINTER.....	45
3.10. CONCLUSIÓN.....	46
3.11. GLOSARIO.....	49
3.11. BIBLIOGRAFIAS.....	54

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco adiós por ser mi fortaleza y mi guía en esta nueva etapa de mi vida y por bendecirme siempre en los pasos que doy.

Quiero también agradecer a mis asesores los Drs. Luis Gabriel rosales, Yamilly Miriam Liñan y óscar Ernesto Ramírez, quienes han sido un papel importante en mi formación profesional y siempre otorgándome los mejores conocimientos para este trabajo, paciencia y confianza.

DEDICATORIAS

A mi padre Robert Abigail

Por apoyarme siempre en mis sueños, por demostrarme que puedo contar con él siempre, por enseñarme lo que es ser valiente y esquivar siempre los obstáculos que nos presenta la vida, te admiró por todo lo que me has enseñado y te respeto. Gracias por darme la mejor herencia de poder tener una carrera profesional.

A mis hermanas

A mis hermanas Jaqueline Alondra, Rutila Valeria y Consuelo por ser un apoyo emocional en mi vida por ayudarme a superar con sus consejos las dificultades de la vida.

A mis abuelos

También quiero dedicárselos a mis abuelos Sabel Días y Leyla Dolores por enseñarme lo que es el amor verdadero, por enseñarme el buen camino y por sus consejos gracias a ustedes soy lo que soy una mujer profesional, los quiero mucho y los extraño.

A mi mamá

También te la dedicó a ti mamita Beatriz Eugenia Vázquez espinosa, por a ver estado a mi lado cuándo más indefensa estaba, por cuidarme y darme este regaló que es la vida, te lo dedico con todo mi corazón.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los dientes erupcionados están representados por una serie de eventos que están coordinados y relacionados con el desarrollo de un individuo y que pueden alterarse, provocando su retraso e incluso interrumpir su proceso de erupción normal de los dientes generando también ciertas anomalías en la erupción como son las inclusiones, retenciones o impactación dentarias.

El desarrollo de la erupción dentaria es un suceso fisiológico que se puede ver alterado por múltiples causas congénitas y ambientales, como son las anomalías dentarias como las inclusiones de los dientes provocando sintomatología que más adelante se explicará.

En la cronología de la erupción a veces no se lleva a cabo de una manera exacta, ya que ésta puede ser modificada por diversos factores, tales como la herencia, el sexo, el desarrollo esquelético, la edad radicular, la edad cronológica, factores ambientales, exodoncias tempranas de órganos dentarios deciduos, la raza, el sexo, factores socioeconómicos, entre otros. Durante el proceso de la erupción dental, el órgano dentario presenta movimientos en dirección axial, desde su posición original en el maxilar hasta su posición funcional en la cavidad oral. El desarrollo de la erupción dental "normal", acontece durante un periodo de tiempo determinado, de acuerdo a una edad cronológica de la persona; sin embargo, es habitual encontrar en la práctica clínica variaciones de la norma en cuanto al tiempo de erupción, incluso a la no erupción dentaria.

La aparición del diente en la boca se describe como un **germen dentario** y aunque es llamativo para una persona, sólo constituye uno de los parámetros para la evaluación de la normalidad o no del proceso de erupción.

La retención, impactación e inclusión dentaria, son fenómenos muy frecuentes y que suelen presentar diversas modificaciones considerables de acuerdo a la región y los grupos poblacionales de cada individuo, que generan diferencias, las cuales

requieren ser observadas y analizadas para entender su comportamiento en sí sobre aquellas anomalías dentarias que se puedan presentar y manifestar en el individuo.

Motivada por el tema, decidí realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer más sobre la no erupción dental debido a la retención, impactación e inclusión; así como describir aquellos factores locales y sistémicos relacionados, que no permiten una erupción normal.

OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer y describir las causas y factores locales y sistémicos que generan la inclusión, retención e impactación dentaria y sus posibles consecuencias.

ESPECIFICO

- Mencionar las diferencias entre dientes impactados, retenidos e incluidos.
- Indicar cuál es el órgano dentario con mayor frecuencia de impactación, retención e inclusión dentaria.
- Identificar el sexo con mayor incidencia de tener un mayor riesgo de inclusión dentaria.
- Explicar los problemas relacionados con la inclusión dentaria.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende explicar de manera clara y concisa los conceptos de dientes incluidos, impactados y retenidos, así como aquellos factores locales y sistémicos que intervienen en su etiopatogenia.

De igual manera se investigará sobre aquellos factores que se presentan de manera sistemática y local ocasionando y/o desarrollando la presencia de dientes incluidos, retenidos e impactados; ya que es de relevante importancia conocer aquellos factores que generan estas anomalías dentarias y así poder elaborar un plan de tratamiento idóneo y saber identificarlos al momento de hacer una interpretación radiográfica.

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

La evolución dental del ser humano contemporáneo a estado relacionado por factores que pasan desde el tamaño de la arcada dental al cambio del crecimiento es decir al cambio de tamaño del maxilar, forma y medida de la boca; y debiéndose también al desarrollo social e intelectual, el que ocasiona una ampliación del tamaño del cerebro y con ellos modificación de las longitudes de la caja craneana ocasionando la disminución de los maxilares y con ello las consecuencias de originar las patologías de las inclusiones dentarias. **Sánchez (2017)**¹

El cambio repentino en el hábito alimenticio en la sociedad actual y el consumo de dietas a base de componentes blandos, generan una menor masticación, lo que reduce y disminuye el uso adecuado del aparato masticatorio y estos generan cambios en la fisiología de los seres humanos. **Sánchez (2017)**.¹

Sin embargo, otros artículos donde hacen referencia sobre estas anomalías dentarias, en el artículo de la retención de dientes caninos en cráneos de la colección Tzompantli de Tlatelolco de acuerdo con **francisco Javier Ugalde morales et al (2003)**. Se llevó a cabo una investigación sobre aquellas colecciones prehispánica de Tzompantli de Tlatelolco siendo pertenencia del instituto nacional de antropología e historia de la ciudad de México que consiste en 185 cráneos estudiados encontrando tres caninos retenidos hallados en dos cráneos de dicha colección correspondiente a la época prehispánica. **Morales et al (2003)** ²

La retención de los dientes caninos es un fenómeno y una anomalía que ha sido documentado en la literatura. Y uno de los antecedentes principales fue que **Senka**, uno de sus hallazgos fue encontrar un canino maxilar retenido, en un cráneo prehistórico, en la zona de Croacia que data (aproximadamente de los años 2700-2400 a.C).²

Esta investigación se basa en el estudio de cráneos que pertenecen al campo de la antropología dental, más que nada para conocer y estudiar la morfología y evolución de los dientes del ser humano y sus ante-pasados. Este estudio más que nada representa un ejemplo claro e histórico sobre las patologías del desarrollo de los dientes. En México la prevalencia de estas retenciones y anomalías dentales es particularmente alta, encontrándola del 5.8% en aquellos pacientes que buscan tratamientos de ortodoncia. **Morales et al (2003)**²



Corruccini, habla sobre por qué pueden llegar a ocurrir estas anomalías haciendo mención que la industrialización y modernización en la sociedad de diferentes culturas es un posible factor para generar o desarrollar maloclusión dentaria en el ser humano, ya que las dietas son más blandas generando una disminución en la masticación del individuo generando así modificaciones en el desarrollo de los maxilares. **Morales et al (2003)**²

La dieta blanda hoy en día se basa en aquellos alimentos que no requieren de una masticación adecuada y hace que sea fácil de digerir los alimentos blandos como son los Cereales, sándwiches y zumos de naranja entre otros.

Estos alimentos blandos pueden ocasionar problemas en boca ocasionando el aumento de índice de caries y el aumento de números de maloclusiones, por esta razón masticar adecuadamente alimentos no blandos van ayudar al desarrollo normal de los maxilares y en algunos casos no se desarrollan los problemas de inclusión dentaria, ya que a veces las inclusiones se pueden dar también por diversas causas y diversos factores como es la genética y factores locales. **Clínica Dental Triana (2021)³**

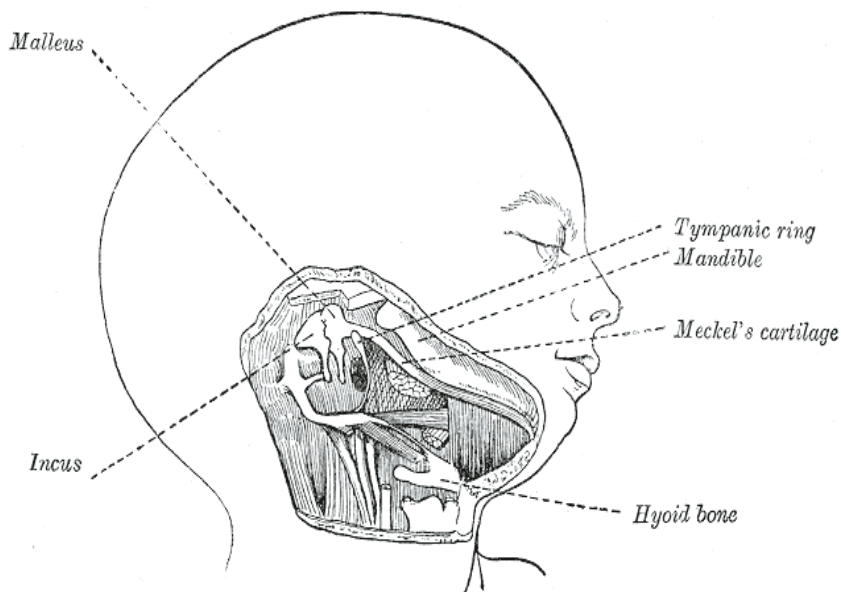


1.2 HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL

En esta etapa del desarrollo de los dientes vamos a ver el desarrollo principal del primer arco branquial que va a dar origen a dos salientes que son el proceso mandibular que contiene el cartílago de Meckel y el proceso maxilar que es más pequeño ambos procesos cumplen un papel importante que es la formación del maxilar inferior y superior. **Gómez de Ferraris (2009).**⁴

Cartílago de Meckel. Será la guía o centro del mecanismo de osificación del cuerpo de la mandíbula que se forma en su alrededor. El cuerpo de la mandíbula se desarrolla en forma independiente a partir del tejido conectivo embrionario que rodeara el cartílago de Meckel. **Gómez de Ferraris (2009).**⁴

Cartílago de Meckel



1.3 CAVIDAD BUCAL: FORMACIÓN DEL TECHO Y PISO DE LA BOCA

Al finalizar la tercera semana el embrión trilaminar se pliega. Esto quiere decir que se va a formar una depresión llamado estomodeo o también conocido como cavidad bucal primitiva, dado que la comunicación entre la cavidad bucal primitiva y la faringe se establece a finalizar la cuarta semana al romperse la membrana bucofaríngea. Las estructuras que rodean al estomodeo crecen y se agrandan rápidamente.

Solo dos semanas después del suceso, cuando el embrión tiene aproximadamente seis semanas, se produce la diferenciación de la lámina dental es decir listón dentario, es el primer signo del desarrollo de los órganos dentarios y el paso a la odontogénesis.⁴

FORMACIÓN DEL PALADAR

El paladar primario se va a desarrollar entre la quinta y sexta semana mientras que el secundario se formara entre la séptima y octava semana a expensas de la cara interna de los procesos maxilares. La fusión de ambos paladares tiene lugar entre el 10^a y 11^a semana del desarrollo.⁴

Con lo relacionado en la formación del paladar primario los procesos nasales medios (PrNm) se unen no solo en superficie, sino también en profundidad y surgen así una estructura embrionaria especial el segmento intermaxilar o premaxilar y está formado por tres elementos que son:

1. Componente labial: que forma parte media o filtrum del labio superior
2. Componente maxilar: es la parte o zona anterior del maxilar que contiene a su vez a los cuatro incisivos superiores y su mucosa bucal (futuras encías)
3. Componente palatino: tiene una forma triangular y dará origen al paladar primario. ⁴

El segmento intermaxilar dará continuidad en dirección craneal para unirse al tabique que proviene de la eminencia frontal.

Las fositas olfatorias comprendidas entre los procesos nasales medios y los procesos nasales-laterales se invaginan aún más en la mesénquima cefálica, y su extremidad se unen al techo de la boca primitiva de la que está separada por una membrana buconasal de origen ectodérmico. ⁴

Es muy importante saber que a la sexta semana de vida intrauterina se perfora y se establece el contacto entre la cavidad nasal y la boca. El orificio lleva el nombre de coana primitiva y estará localizada detrás del paladar primario. ⁴

1.4 EMBRIOLOGIA DENTARÍA (ODONTOGENESIS)

En el momento de desarrollarse los dientes pasaran por diferentes cambios y ante esto se van a encontrar dos diferentes clases que son los dientes primarios es decir deciduos o de leches y los dientes permanentes que son los que van a quedar durante toda nuestra vida, ambas denticiones (deciduos y permanentes) se van a originar de la misma manera y van a presentar una estructura histológica similar.

Los órganos dentarios se van a desarrollar a partir de **brotes epiteliales**, que se localizaran en la porción anterior de los maxilares y luego llegan en dirección posterior. **Gómez de Ferraris (2009).**⁴

Se encuentran las dos principales e importantes capas germinativas que tendrán un papel sumamente importante en el momento de la formación de los dientes, estos son: el **epitelio ectodérmico** va a originar lo que es el esmalte y el **ectomesénquima** que forma los tejidos restantes que son el complejo dentinopulpar, cemento, ligamento periodontal y el hueso alveolar. **Gómez de Ferraris (2009).**⁴

La odontogénesis será accionado por el ectomesénquima o también dicho mesénquima cefálica, definido así por que son células originario de la cresta neural que han cambiado hacia la región cefálica. **Gómez de Ferraris (2009).**⁴

La **odontogenesis** dará inicio en la sexta semana de vida intrauterina y se lleva a cabo en dos grandes fases que son la morfogénesis o también conocido como morfodiferenciación que consiste en el desarrollo y la formación de aquellos patrones coronarios y radicular. **Gómez de Ferraris (2009).**⁴

Y la otra fase de la odontogenesis que es la Histogénesis o citodiferenciación que se encarga de la formación de los diferentes tipos de tejidos dentarios que son el esmalte, la dentina y la pulpa en los patrones previamente formados. **Gómez de Ferraris (2009).**⁴

1.5 MORFOGÉNESIS DEL ÓRGANO DENTARIO DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL PATRÓN CORONARIO.

Gómez de Ferraris et al (2009), señala que el ciclo vital de los órganos dentarios va a tener ciertos cambios como factores químicos, morfológicos y funcionales que van a dar continuidad en la sexta semana de vida intrauterina, (45 días aproximadamente) y que dará seguimiento a lo largo de toda la vida del diente. Cabe señalar también que la primera manifestación se relaciona con la diferenciación de la lámina dental o listón dentario, desde el ectodermo que va a tapizar la cavidad bucal primitiva.⁴

El epitelio ectodérmico bucal está formado por dos capas una superficie de células aplanadas y otra basal de células altas unidas al tejido conectivo embrionario desde la membrana bucal.⁴

Las células basales del epitelio bucal proliferan y avanzan hasta llegar a todos los bordes libre de los futuros maxilares dando origen a dos estructuras nuevas: la lámina vestibular y la lámina dentaria.⁴

Lámina vestibular:

Sus células se encuentran dentro del ectomesénquima formando una hendidura generando el surco vestibular entre el carrillo y la zona dentaria.⁴

Lámina dentaria:

En la octava semana de vida intrauterina se formarán 10 crecimientos epiteliales dentro del ectomesénquima de cada maxilar dando lugar a los 20 dientes deciduos o temporales. De esta misma lámina dentaria se van a originar los 32 gérmenes dentarios permanentes desde el quinto mes de gestación.⁴

El germen dentario se encontrará en una constante evolución dando origen a unas series de etapas y de acuerdo a su morfología se denominarán: **estadio de brote macizo (yema), estadio de casquete, estadio de campana y estadio de folículo dentario, terminal o maduro.** ⁴

4 ETAPAS DE CRECIMIENTO DE UN GÉRMEN DENTAL.

Estadio de brote o yema dentaria

En esta etapa de desarrollo del germen dentario van a parecer diez yemas o brotes en cada maxilar. Son engrosamiento de forma redonda que surge de la división mitótica de algunas células de la capa basal del epitelio. Esto va a dar origen a los futuros órganos del esmalte y darán origen al único tejido ectodérmica del diente, que es el esmalte. ⁴

La estructura de los brotes es simple, en la periferia se identifican células cilíndricas y en el interior son de aspecto poligonal con espacio intercelular muy estrecho. Las células del ectomesenquima se encuentra condensadas por debajo del epitelio de revestimiento y alrededor del brote epitelial (futura papila dentaria). ⁴

Estadio de casquete

En la novena semana del brote, se encuentra la formación de sus caras laterales o bordes, determinando una concavidad en su cara profunda por lo que adquiere la forma de un casquete. Su concavidad va a rodear una pequeña porción del ectomesénquima que lo rodea; en ella se encontrará la futura papila dentaria que dará inicio al complejo dentinopulpar. ⁴

Ahora hablando histológicamente podemos diferenciar aquellas estructuras que se encuentran en el órgano del esmalte o órgano dental que son:

1. Epitelio externo
2. Epitelio interno
3. Retículo estrellado

Epitelio externo: el epitelio del órgano del esmalte está establecido por una sola capa de células cuboideas bajas y se encuentra unidas a la lámina dental por una porción del epitelio.

Epitelio interno: está compuesto por un epitelio simple de células de forma cilíndricas bajas y se diferencian en ameloblastos, y suelen conocerse como epitelio interno, preameloblástico o epitelio dental interno.

Retículo estrellado: formado por células de aspecto estrellado con prolongaciones anastomosa desarrollando un retículo.

El tejido conectivo embrionario o mesénquima localizado en el interior de la concavidad se condensa por división celular y aparición activa de capilares, dando origen a la papila dentaria, formadora del complejo de la pulpa.⁴

Estadio de campana

Se da a partir de las catorce a dieciocho semanas de vida intrauterina, se acentúa la invaginación del epitelio interno adquiriendo la forma de una campana.

En este proceso embrionario el órgano del esmalte estará clasificado por las siguientes estructuras:

1. Epitelio externo:

El epitelio presentará pliegues debidos a brotes vasculares proveniente del saco dentarios que aseguran la nutrición del órgano del esmalte, ya que todo epitelio es vascular.

2. Retículo estrellado:

Es notable el aumento de espesor por el incremento del líquido intercelular.

3. Estrato intermedio:

Este estrato es más evidente por el mayor número de capas celulares en el lugar que corresponderá las futuras cúspides o bordes incisales y es el mayor responsable de la formación del esmalte.

4. Epitelio interno:

Las células del epitelio interno o preameloblastos se diferencian en ameloblastos jóvenes, son células cilíndricas bajas y sus organoides no presentan aún en esta fase una orientación clara y definida.

En este periodo de campana se determina, la morfología de la corona por acción del ectomesenquima adyacente o papila dental sobre el epitelio interno del órgano dental.

Estadio terminal o de folículo dentario o aposicional

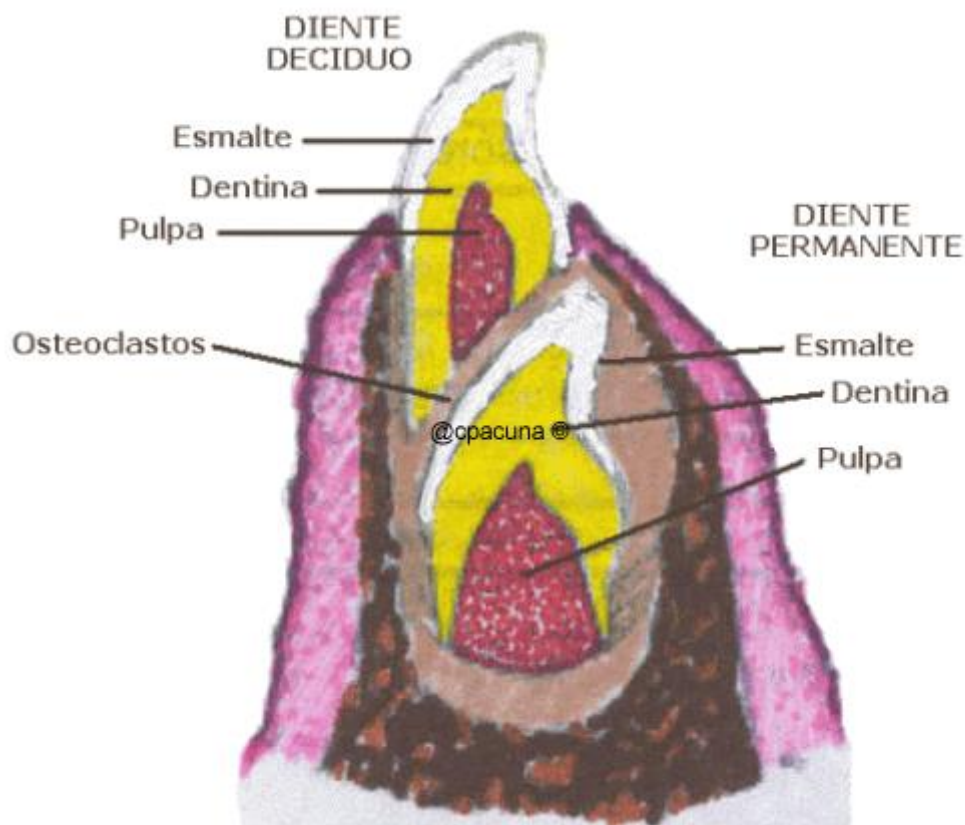
En esta etapa comienza cuando se identifica, en la zona de las futuras cúspides o borde incisal, la presencia del depósito de la matriz del esmalte sobre las capas de la dentina en desarrollo.⁴

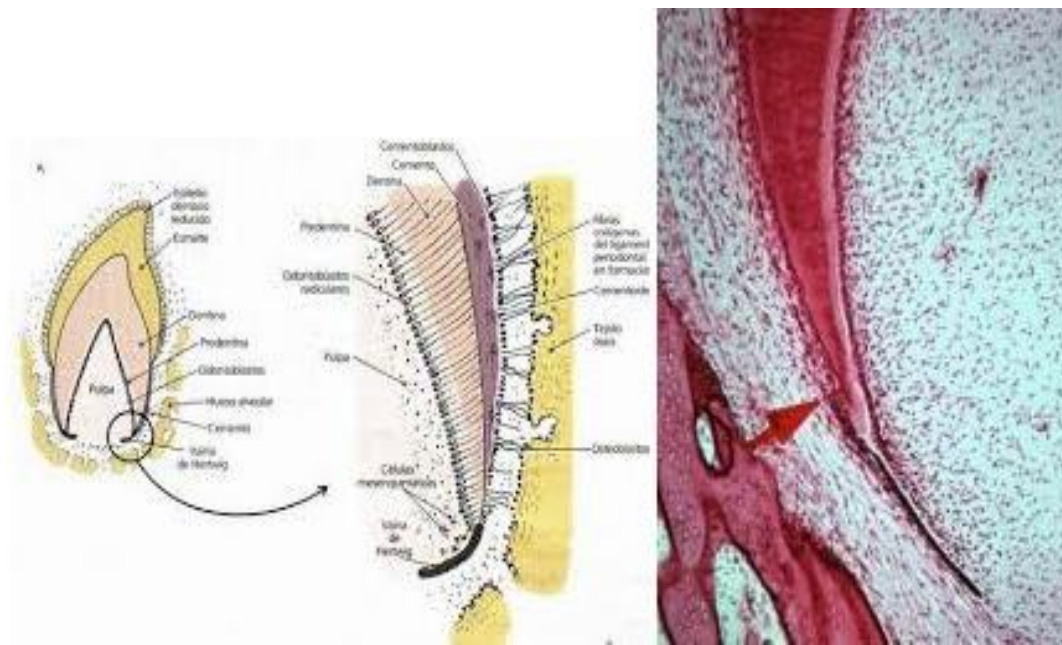
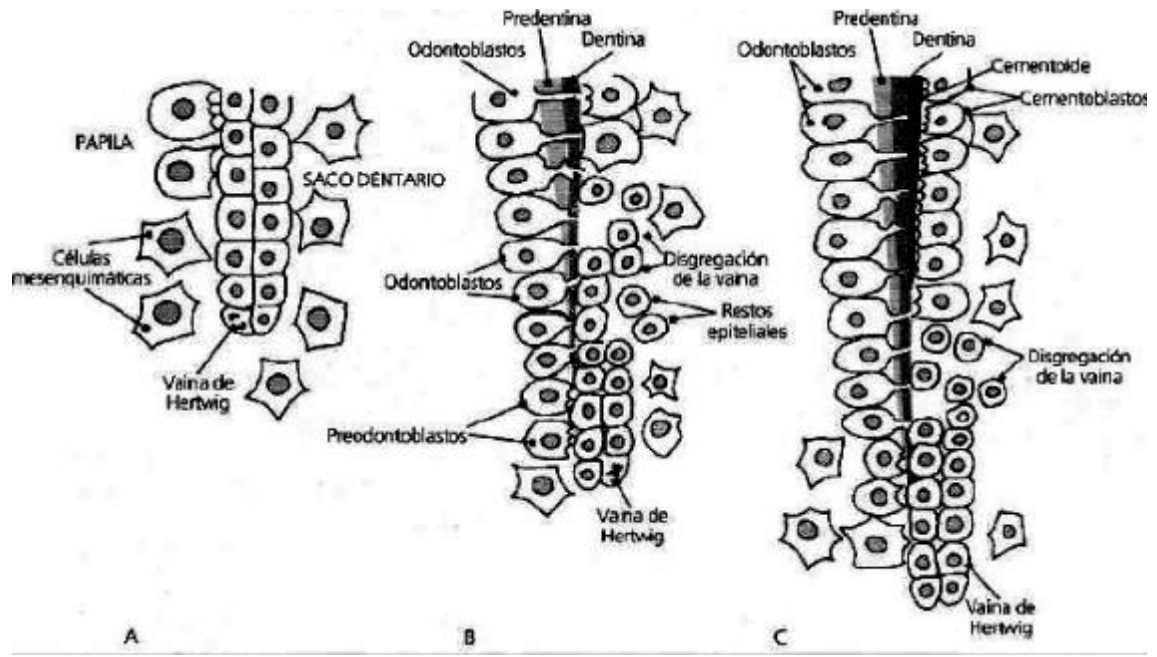
Desarrollo & Formación Del Patrón Radicular

En el desarrollo de la raíz, se encuentra la vaina de Hertwig, que tendrá un papel fundamental como inductora y modeladora de la raíz del diente.

La vaina induce a la papila para que se diferencie en la superficie del mesénquima papilar, los odontoblastos radiculares. Cuando se deposita la primera capa de dentina radicular la vaina de Hertwig pierde su continuidad, es decir, que se fragmenta y forma los restos epiteliales de Malassez, en el adulto persisten cercanos a la superficie radicular dentro del ligamento periodontal.

La formación del patrón radicular involucra fenómenos inductivos, el epitelio de la vaina conlleva el futuro límite dentinocementario e induce a la formación de dentina por dentro y cemento por fuera.⁴





DIENTES INCLUIDOS

Etiopatogenia

Matteo Chiapasco et al, (2004), señala que las inclusiones dentarias son ocasionadas por patologías, la genética y causadas por factores locales y sistémicos dando lugar las siguientes causas que generan estas inclusiones.⁵

Factores locales

1. Extracción de los dientes deciduos.

Si las extracciones son efectuadas muy prematuramente, es decir, (efectuadas dos años antes de la fecha fisiológica de erupción del diente permanente correspondiente), pueden desarrollar retrasos en la erupción de los dientes permanentes, así como una reducción de sus longitudes radiculares.

2. Secuelas de caries en los dientes deciduos.

Si existe un proceso carioso en los dientes deciduos y no presenta signos de inflamación periapical, se produce un retraso de exfoliación.

3. Malposición primaria del germen dentario.

Cuando el germen se encuentra malposicionado este debe recorrer una distancia mayor para alcanzar su posición normal en la arcada, por lo que es probable que detenga el empuje eruptivo antes de haber alcanzado su posición es decir que se encuentre atrapado y no llega a salir completamente.

4. Falta de espacio en la arcada para una correcta erupción

La inclusión dentaria es responsable de las discrepancias entre las dimensiones de los maxilares y al mismo tiempo también de los procesos alveolares.

5. Presencia de un obstáculo en el trayecto eruptivo.

El obstáculo puede estar ocasionado por dientes supernumerarios, por una capa ósea formada por una extracción prematura de un órgano dental deciduos y tumores odontogénicos obstaculizando la salida y erupción del diente.

6. Anquilosis.

La anquilosis en un diente de leche puede generar una inclusión en el diente permanente, obstaculizando su salida del diente permanente.

7. Alteraciones en el folículo.

El defecto funcional del folículo dentario, característico de la amelogenesis imperfecta, está asociada a menudo con inclusión dentaria. También es algo común la asociación entre dientes incluidos y quistes foliculares.⁵

El diente con mayor implicación es el tercer molar inferior, tercer molar superior y el segundo premolar inferior.⁵

FACTORES SISTÉMICOS

Genéticos.

Las enfermedades genéticas que implican el catabolismo óseo, y en particular la actividad osteoclástica, como la osteopetrosis y la displasia cleidocraneal, están caracterizados por graves retrasos y defectos en los procesos de erupción dentaria desarrollando las anomalías en los dientes. ⁵

Factores endocrinos.

El hipopituitarismo, el hipotiroidismo y el hipoparatiroidismo generan un retraso en la erupción dentaria. ⁵

Displasia cleidocraneal, osteopetrosis.



hipotiroidismo y el hipoparatiroidismo



5. *M.Chiapasco, P. Casentini, G. Garattini, M.C. Meazzini.*
CIRUGÍA ORAL. 2004. abril; pag.119-130; pág. 142-143

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INCLUSIÓN DENTARIA

La permanencia de un elemento dentario con anomalía de inclusión dentro del maxilar puede causar una serie de problemas y síntomas como son:

La **pericoronaritis** es uno de los signos más común y su manifestación se da en un 95% de los casos de terceros molares inferiores semiincluidos. El cuadro clínico de la pericoronaritis aguda incluye edema y dolor local, halitosis, edema facial y trismo, debido a la extensión de la inflamación a los músculos inflamatorios.

La **enfermedad periodontal localizada en los dientes contiguos**, están más propensos a la enfermedad periodontal los dientes que se allá en la proximidad de un diente semiincluido, ya que el espacio pericoronar genera un ambiente ideal para el desarrollo de la flora bacteriana responsable de la periodontitis que ocasiona lesión en las encías.

Caries dentaria del diente incluido o semiincluido, la incidencia de caries en los dientes incluidos o semiincluidos se encuentran entre el 3 y el 15%.

Caries dentaria de los dientes contiguos.

La presencia de un diente semiincluido obstaculiza y dificulta la higiene oral, lo que expone a los dientes adyacentes a un mayor riesgo de desarrollar una lesión cariosa. cuando esta lesión se ha producido, sólo se puede realizar una correcta restauración del diente después de la avulsión del diente incluido.

Reabsorción radicular del diente vecino.

La presión ejercida por un diente incluido sobre la raíz del diente adyacente puede causar la reabsorción mediante un mecanismo todavía no del todo claro, pero supuestamente parecido al que ocasiona la reabsorción de los dientes deciduos. La avulsión es decir extracción del diente incluido puede ser reparativo.

Quistes odontogénicos.

el quiste folicular puede ser, además de la causa de una inclusión dentaria, el efecto de esta. También los queratoquistes más agresivos pueden originarse por un diente incluido.⁵

Tumores odontogénicos.

Algunos tumores como el ameloblastoma, pueden estar originados por dientes incluidos.

Problemas ortodóncicos.

La maloclusión o empiñamiento dental del sector frontal se ha relacionado, en el pasado, con la presencia de los terceros molares sobre todo inclinados mesialmente u horizontales.⁵

Por otra parte, **adirane guerra sanz (2004)**, señala que los dientes incluidos, impactados o retenidos se les conoce con ese término ya que es cuando nos referimos de manera clínico en cirugía oral y son aquellas piezas dentales que se han desarrollado completamente y de manera normal, pero que sufren alguna complicación y no llegan a salir a tiempo, estos no erupcionan en boca y permanecen dentro del hueso maxilar. Generando complicaciones más adelante y esta inclusión se da en dientes temporales (deciduos o de leche) y en los permanentes y también en cualquier pieza dental, pero lo más habitual es verlo en caninos superiores o en los cordales, las muelas del juicio.⁶

Sintomatología que se pueden presentar en dado caso de tener un diente con inclusión y estos síntomas se presentan cuando notamos dolor o sensibilidad en las encías, enrojecimiento e inflamación de las encías alrededor del diente afectado, halitosis es decir mal aliento, dolor de cabeza o mandíbula.⁶

La inclusión de un órgano dentario se puede clasificar en dos tipos, estamos hablando de inclusión total y parcial.⁶

Inclusión total, se va a presentar en aquellos dientes que se quedan obstaculizados dentro del hueso maxilar y no logra atravesar encía.⁶

Inclusión parcial, se le conoce como semi-incluidos o semi-impactados ya que son aquellos dientes que intentan erupcionar de manera parcialmente, pero no logran completar su erupción ya sea por la localización y posición y esto puede generar infecciones y son más frecuente de prevalecer de bacterias y por ende sensibilidad, enrojecimiento e inflamación alrededor del diente no erupcionado en su totalidad.⁶

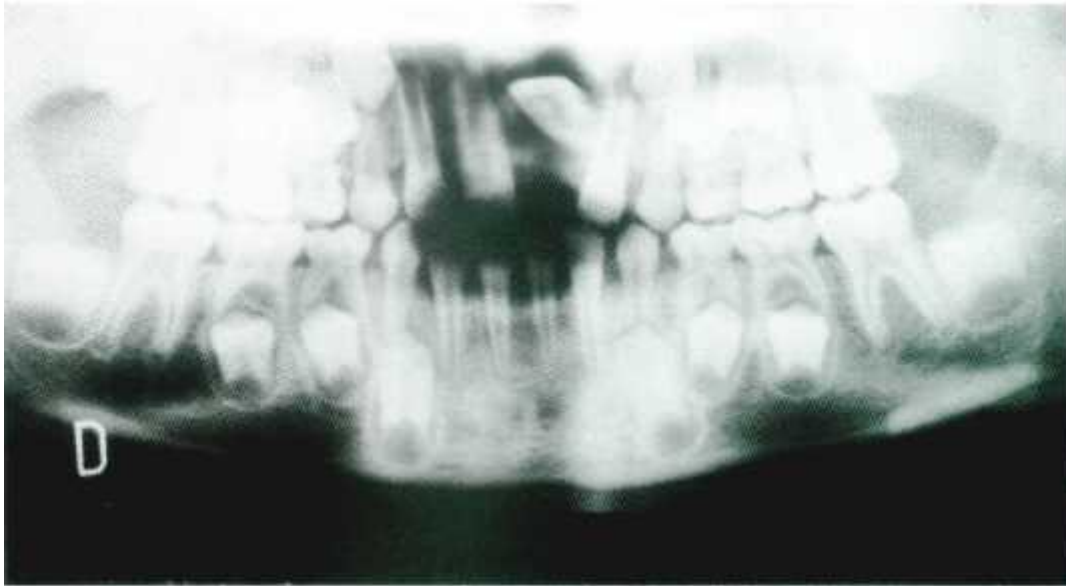
P, Pablo Martínez. (2015), señala que los dientes incluidos son aquellas piezas dentales que no logran erupcionar de manera normal y se encuentran localizados adentro del hueso maxilar de forma parcial o completa, aunque el diente afectado se encuentre formado en su totalidad. ⁷

Indica también que el diente con inclusión se presenta en dientes deciduos y también en los permanentes y menciona que el proceso de inclusión es habitual en los terceros molares y en caninos superiores ya que estos no tienen el espacio suficiente para erupcionar y se quedan atrapados. ⁷

Es más común en jóvenes mayores de 15 años de edad, una de las causas de las inclusiones puede deberse a: infecciones, traumatismo, genética, falta de espacio en los maxilares y hasta en la mala alimentación. ⁷

Los dientes impactados se pueden tratar evaluando su desarrollo como recolocar la pieza dental, pero en dado caso de que no hubiera complicación y este diente cumpliera con funcionalidad e estética, pero si se presenta algún detalle con esa pieza se recurre a la extracción como en los casos de los terceros molares. ⁷

Por esa razón es importante la extracción en los terceros molares o muelas del juicio incluidas, porque suelen presentar problemas de erupción que derivan en consecuencias muy negativas para el resto de los dientes. ⁷



Incisivo superior izquierdo incluido con una vía anormal de erupción consecuencia de un traumatismo anterior.

DIENTES RETENIDOS

En el artículo de **Jadbinder Seehra et al, (2023)**. Señala que el fracaso en el momento de la erupción de los incisivos superiores es ocasionado comúnmente por la presencia de un diente supernumerario. Al mismo tiempo que señala que el retraso de una extracción de un diente supernumerario 12 meses después del tiempo de erupción del incisivo superior y luego una espera de 6 meses para la erupción espontánea después de la eliminación del obstáculo puede asociarse con peores probabilidades de erupción.⁸

En varias evidencias realizadas se ha llegado a la conclusión que las medidas correctas de ortodoncia y la extracción de los dientes supernumerarios, es efectivamente una probabilidad de erupción exitosa del incisivo impactado que la extracción del diente supernumerario en sí.⁸

J. Luis Quevedo Aliaga et al (2017) señala que los dientes retenidos son aquellos que complementan su edad cronológica de erupción pero que se ve afectado su lugar en la arcada dentaria ya que este diente con retención no logra estar en su lugar y por ende pueden estar atrapados dentro del maxilar, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; pueden encontrarse integrados y rodeados por tejido óseo pericoronario fisiológico; y estar rodeados por tejido óseo (retención intraósea) o estar rodeado por la mucosa gingival (retención gingival). Y se le denomina actualmente síndrome de retención dentaria, por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones junto a la falta de erupción del diente.⁹

Los terceros molares son las piezas que erupcionan a lo último y los que más probabilidad de retención tienen, pero los caninos que aparecen cronológicamente a lo último en hacer su aparición en el grupo de dientes en la zona anterior maxilar, suelen presentar una alta incidencia de quedar atrapados y de desarrollar una erupción ectópica, lo cual puede afectar la salud del paciente y la estética.⁹

La erupción normal del canino maxilar se inicia a los 11 y 13 años de edad y finaliza su formación radicular entre los 13 y 15 años. Y en los inferiores inicia entre los 9 y 10 años de edad. En literaturas consultadas, la retención se detecta después de los 13 años de edad. ⁹

Dando seguimiento a los dientes retenidos **B. Eber Falcón (2021)**¹⁰, señala que la retención dentaria se define como el desarrollo y erupción fracasado de un diente permanente con una raíz ya desarrollada, y esto se debe a diversas causas ya mencionadas anteriormente que son las causas locales y sistémicas en la retención de un órgano dental.

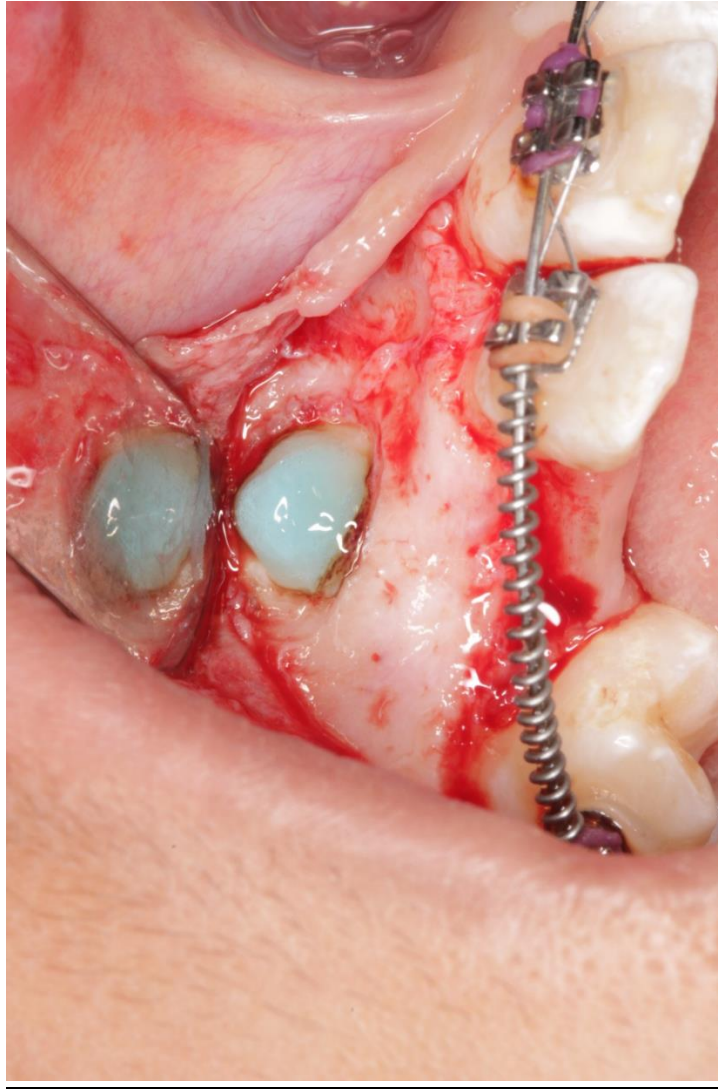
Menciona también que los **factores locales** se deben a la falta de espacio, la dilaceración de la raíz, traumatismo, anquilosis de dientes deciduos, mesialización de dientes como consecuencia de la pérdida prematura de dientes deciduos, posición ectópica de brotes de dientes, aquellas lesiones inflamatorias o patológicas y los **factores sistémicos** son causadas por alimentación incorrecta, anemia, raquitismo, deficiencia de vitamina D, enfermedades endocrinas, síndromes, infecciones como la sífilis y la tuberculosis.

Factores genéticos son también unas de las causas de retención dentaria. Los caninos ocupan el segundo lugar de impactación dentaria con una mayor frecuencia después de los terceros molares, con un porcentaje de 1% a 3% y el desplazamiento ubicado en el paladar es más frecuente.

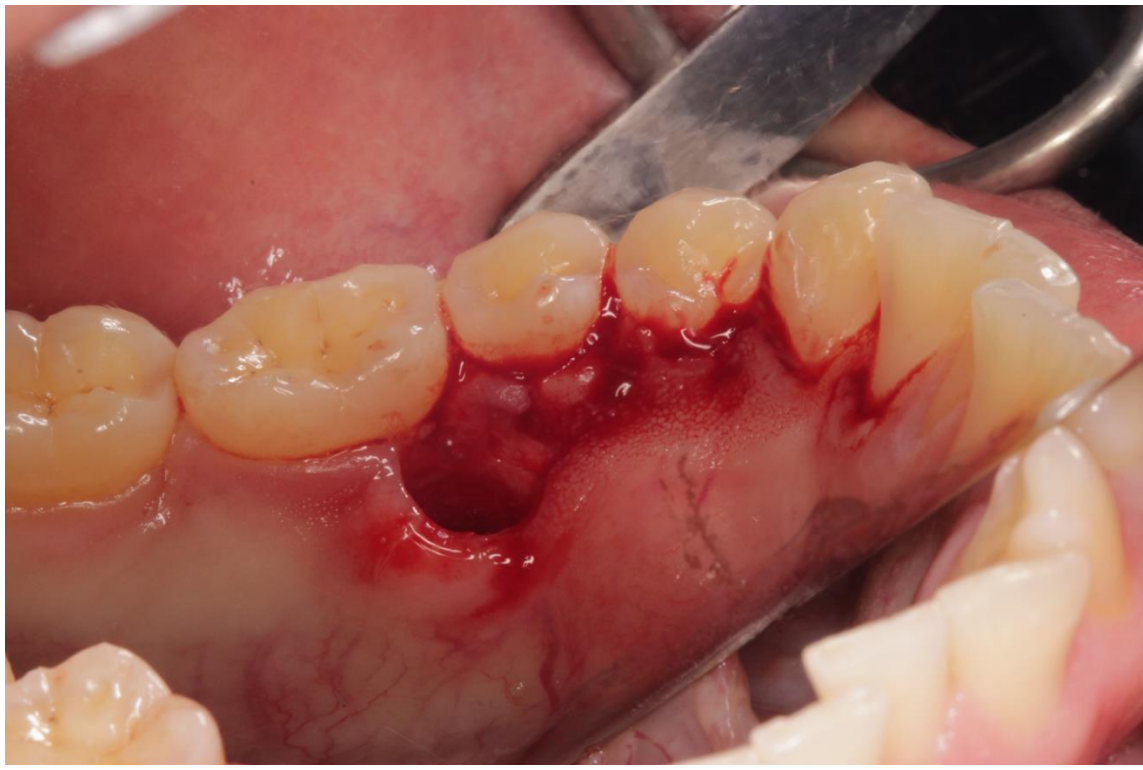
La impactación del canino puede generar una mala alineación de los dientes, desplazamiento de los dientes antagonista, reducción de los arcos dentales y el aumento de formación quística folicular, infección, anquilosis del canino.¹⁰



Fibrosis gingival en la zona de los incisivos centrales superiores por extracción prematura de los incisivos centrales superiores temporales.



Canino superior retenido.



DIENTES IMPACTADOS

Mar Gutiérrez Marín¹¹, define a los dientes impactados como aquellos dientes que no logran erupcionar de todo o simplemente erupcionan de forma parcial, también se les conoce como aquellos dientes que no logran erupcionar a su tiempo habitual en la arcada dentaria y es más común en terceros molares.

ahora bien: los dientes impactados, retenidos e incluidos a pesar de que se utilizan como sinónimos estos tres tienen diferentes características.

Los **dientes impactados** se van a encontrar de forma parcial o totalmente no erupcionados en la cavidad bucal y habitualmente se van a ver afectado por un obstáculo que impide su erupción o puede ser un mismo diente que obstaculice el paso, puede ser también hueso, tejido blando e incluso un tumor.

Los **dientes incluidos** son aquellos que van a permanecer dentro de hueso.

Los **dientes retenidos** son aquellos que se detienen de forma parcial o totalmente.¹¹

Dando continuidad en el siguiente artículo de *Adriana Estrada Manilla et al* (2017), donde también define a los dientes impactados como aquellos dientes situados dentro del hueso o de tejido blando y no se presenta una erupción de forma espontánea cabe señalar que los dientes impactados se presentan en 1 a 5 % de los pacientes ortodóncicos.¹²

De acuerdo al artículo investigado por *Bishara*, divide las causas que generan las impactaciones en dos que son factores locales y factores sistémicos ya explicados. Las causas más habituales son las locales que son: la falta de espacio para la erupción, pérdida temprana de dientes deciduos, posición anormal del diente a erupcionar, anquilosis, formación neoplásica, trauma dental o alveolar y dilaceración radicular. Entre las causas generales se encuentran enfermedades febriles, desordenes endocrinos y hereditario.¹²

Castañeda et al (2015), señala que la impactación, retención e inclusión dentaria son habitualmente fenómenos y anomalías que se presentará por las variaciones es decir, región y grupos poblacionales.¹³

Daniela Mantilla et al (2015) señala que la inclusión, retención e impactación son alteraciones que se originan en los órganos dentarios y que no logran culminar su erupción de forma normal y pueden generar una discrepancia dentoalveolar generando como consecuencia patologías localizadas dentro del maxilar¹⁴

Al mismo tiempo que se utilizan como términos en cirugías oral y maxilofacial para señalar aquellas piezas dentales anómalas que no logran culminar su proceso de erupción normal en la cavidad bucal.

Un órgano dental impactado o retenido es ocasionada cuando la erupción es interrumpida por factores físicos o una mal posición, estos se diferencian según el tipo de obstáculo que causa esta anomalía, debiéndose a diversos factores locales (quistes, tumores, dientes supernumerarios, relación entre el arco y los dientes, pérdida prematura de dientes deciduos y falta de espacio retromolar).¹⁴

Es importante señalar las diferencias de inclusión, retención e impactación aun que las diferencias sean mínimas hay que conocer acerca de esas mínimas diferencias que los separan a cada una de ellas.

Retención dentaria: no alcanzó la perforación del hueso, pero no se encuentra alguna barrera física que pueda impedir su erupción generando así una retención primaria, pero por otra parte cuando existe una barrera física la cual obstaculiza esta erupción se le conoce como **retención secundaria** y habitualmente ese obstáculo puede ser un diente o una estructura ósea.

Dientes impactados: se basa en la interrupción del proceso de erupción debido a una obstrucción o posición anormal de los dientes adyacentes, mientras que las **inclusiones dentarias** estarán rodeadas de un espesor completo de hueso y aun así va a conservar su saco folicular cuando su proceso de erupción haya pasado su tiempo.¹⁴

En el siguiente artículo de *Quesada López et al (2019)*, comenta que las piezas dentales impactadas, retenidas e incluidas son aquellas anomalías dentales que suelen presentarse con regularidad en los pacientes y es habitual encontrarlas en los terceros molares inferiores ya que estas piezas suelen ser las más afectadas.¹⁵

La mala posición de los terceros molares puede venir acompañada con sintomatología como inflamación de la zona, infección y dolor, por ende, se toma la decisión de realizar la extracción ya que también puede afectar los dientes vecinos.¹⁵

Optar por realizar la extracción de un tercer molar debe de ser diagnosticada por medio de radiografías la más utilizada es la panorámica ya que es fundamental saber primero el grado de complejidad del acto quirúrgico que se va a realizar y verificar o validar al paciente si es apto o no, más que nada para llevar a cabo la cirugía sin ninguna complicación al momento de efectuar el procedimiento.¹⁵

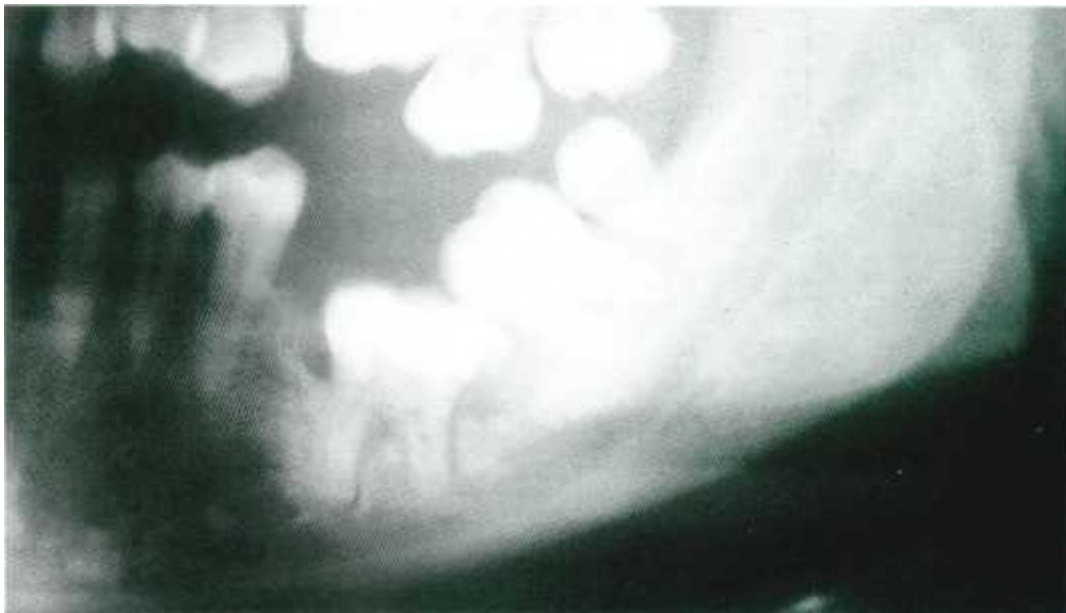
El manejo de técnicas y el manejo correcto de los instrumentos quirúrgicos y una adecuada ejecución de los pasos a realizar va a garantizar buenos resultados en cirugía, siempre y cuando la responsabilidad del operador sea la adecuada.¹⁵

Cabe señalar que las cirugías de los terceros molares impactado habitualmente son invasivas ya que conlleva el corte de mucosa, hueso, segmentación de la pieza dental y todo esto causa lesión de los tejidos y en la fase post-quirúrgica presentan dolor de parte del paciente y se opta por el manejo de medicamentos e identificación del fármaco correcto y de esta forma se va atenuar los síntomas post-quirúrgico después de la cirugía.¹⁵

La utilización de la radiografía panorámica es importante ya que nos permite una evaluación correcta e individualizada y total de todas las estructuras dentales y la visualización de todas las estructuras adyacentes de los maxilares.¹⁵



Canino superior derecho impactado, por estar en mal posición y existir una barrera dentaria



Impactación del primer molar inferior izquierdo por la presencia de un gancho en la raíz distal.



(A) Impactación del segundo molar inferior izquierdo por la posición anormal del tercer molar.

(B) Impactación de los segundos molares inferiores sin relación con la posición de los terceros molares.

INTERPRETACIÓN DE LOS CANINOS INCLUIDOS.

los caninos incluidos son aquellos dientes que no logran erupcionar después de su edad de erupción normal y tienen la raíz completamente formada y por ende se encuentran atrapados dentro del maxilar. ¹⁶

de acuerdo con Cosme Gay Escoda, existen varias causas que pueden generar estas anomalías en los caninos.

en caninos superiores unas de las causas más frecuentes son:

1. involución de los maxilares, esto se refiere a que el maxilar superior se encuentra en menor medida que la mandíbula es decir que ha sufrido una disminución en su volumen (hipoplasia) lo que genera falta de espacio en la arcada.
2. Posición anatómica próxima a la soldadura de dos procesos embriológicos vecinos, la premaxila y el proceso maxilar superior lateral.
3. Trayecto de erupción largo y con complejidad, a menudo con una orientación desfavorable.

Durante la etapa de erupción del canino superior va aumentando su inclinación mesial hasta los 9 años de edad, a partir de esa edad empieza a enderezarse, buscando el canino de erupción más recto para emerger a través de la encía.

4. Anomalías del "gubernaculum dentis" , esto no corresponde con el vértice cúspideo. Actualmente esto se explica por la acción contrapuesta de dos fuerzas. El crecimiento anteroposterior del seno maxilar y el posteroanterior de la premaxila.

Estos factores mencionados, unido a la tardía erupción del canino permanente, indican de manera clara las incidencias de los trastornos de erupción del canino superior.

Otros factores secundarios importantes que se debe mencionar son:

1. Patologías tumorales, donde se encuentra la presencia de odontomas entre otros tumores odontogénicos, que ocasiona una falla en la erupción normal del canino.
2. Traumatismo, una lesión en el canino permanente estando aún en su etapa de germinación, de los dientes vecinos o antagonistas (incisivos y bicúspides) o del hueso adyacentes ocasionarían la alteración del trayecto y la corona se impactaría contra cualquier estructura lo que impedirá su erupción normal.
3. Alteraciones de los incisivos laterales. La falta frecuencia de incisivos laterales hipoplásicos, cónicos o agénicos en pacientes con caninos

superiores incluidos se explicaría por la ausencia del incisivo lateral de actuar como guía en la erupción del canino o ambas anomalías causadas por la misma alteración de la lámina dental.

Concluyendo con lo resumido se puede atribuir a la inclusión del canino superior un origen genético (herencia multifactorial poligénica).¹⁶

De acuerdo con *Cosme Gay Escoda*, señala que las inclusiones en caninos son más frecuentes en el maxilar superior y raramente en la mandíbula dando un porcentaje de 90% de casos de inclusión del canino superior y un 10% restante al canino inferior.



A

B



Canino superior incluido. (A) Persistencia del espacio que debería ocupar el canino permanente. (B) Detalle de la ortopantomografía del paciente.



Relieve vestibular en ausencia del canino permanente y la presencia del canino temporal lo que sugiere la inclusión.



Relieve palatino a través del cual ya está erupcionando.



Canino superior incluido por la presencia de un odontoma que impide su erupción normal.



Inclusión de los caninos superiores e inferiores y del primer premolar superior izquierdo.



Canino inferior izquierdo incluido en posición heterotópica.



Ortopantomografía que nos muestra la presencia de los dos caninos superiores incluidos.

CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY, 1933.

Clasificación según la posición del tercer molar con respecto al margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula. ¹⁷

Clase I: la totalidad de la corona del tercer molar se va a localizar anteriormente a la rama de la mandíbula es decir que va a tener suficiente espacio entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula. ^{5,16}

Clase II: La mitad de la corona del tercer molar está superpuesta a la rama ascendente, es decir que el espacio que se encuentra en la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. ^{5,16}

Clase III: La corona se va a encontrar superpuesta a la rama ascendente, es decir casi todo el tercer molar se va a encontrar adentro de la rama de la mandíbula. ^{5,16}

Clasificación de la profundidad de la inclusión según la relación entre el plano oclusal del segundo y tercer molar. ⁵

Clase A: El punto más alto del diente incluido está al nivel o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar. ¹⁶

Clase B: el punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar. ¹⁶

Clase C: el punto más alto del diente está al nivel, o debajo de la línea cervical del segundo molar. ¹⁶

Representación en imagen sobre la clasificación de pell y Gregory

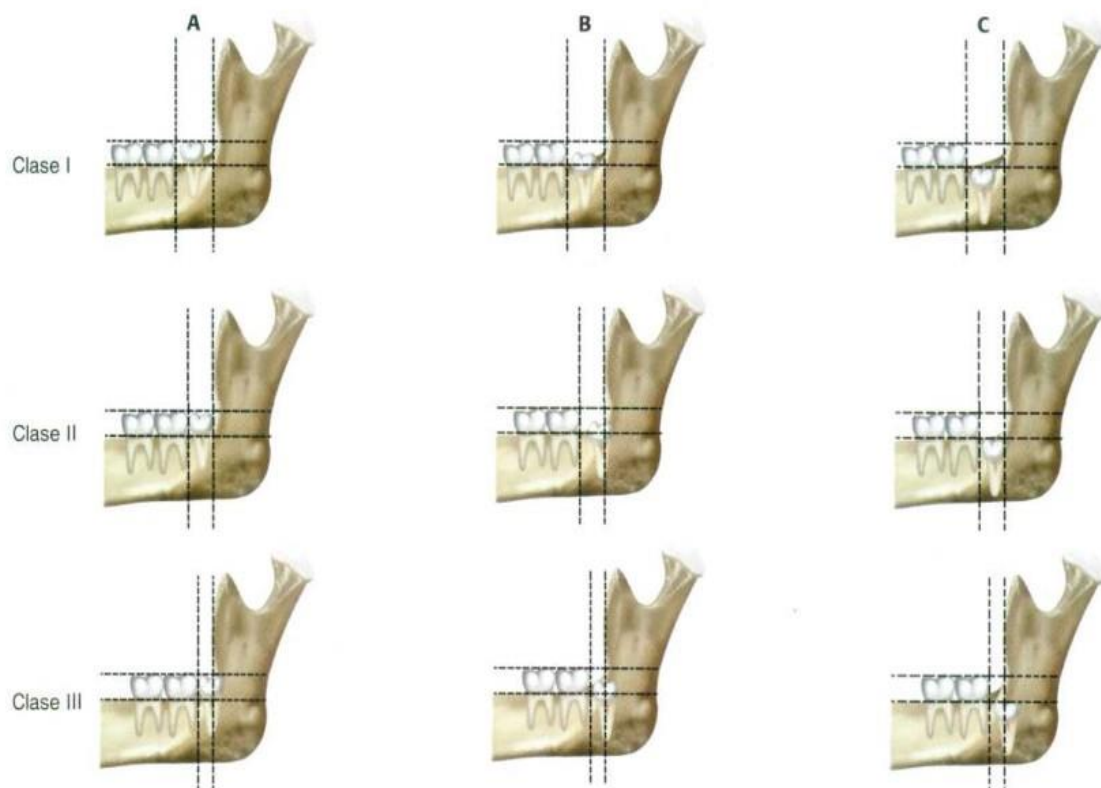


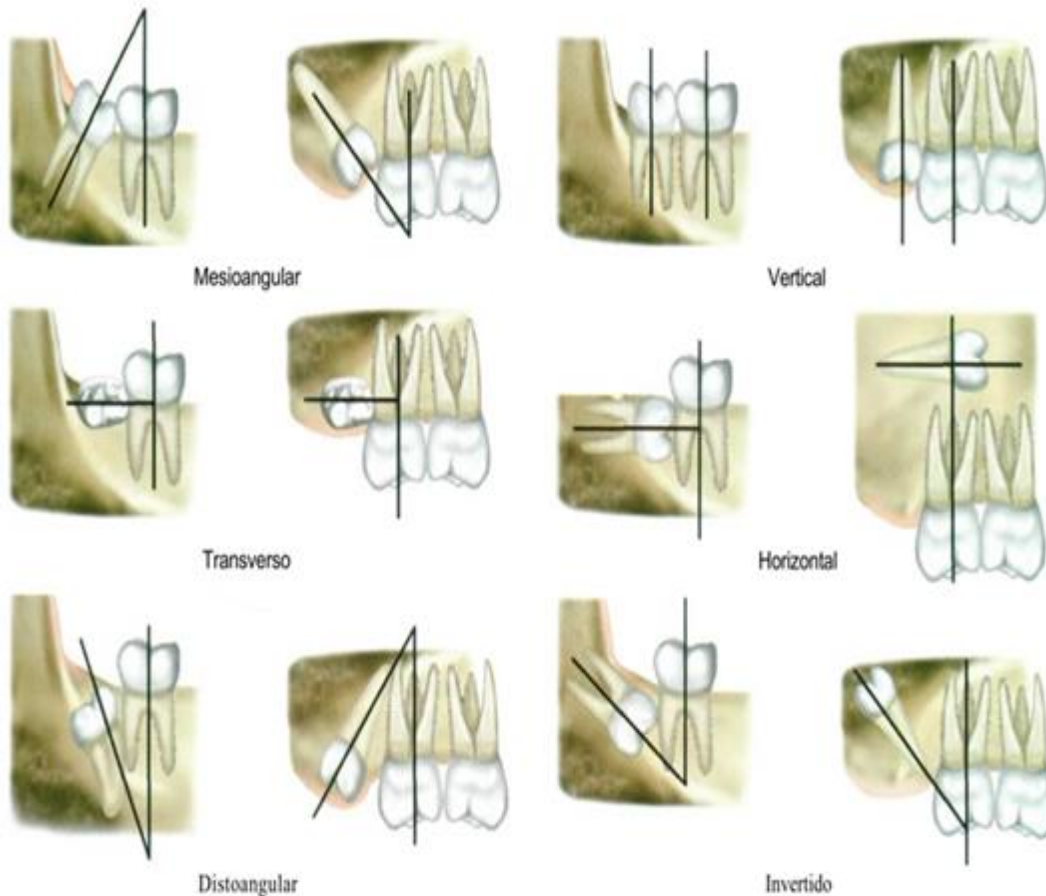
Figura 12.1. Clasificación de Pell y Gregory.

Clasificación según la angulación del tercer molar con respecto al eje del segundo molar. (clasificación de Winter)

De acuerdo con Cosme Gay Escoda et al () señala que Winter propuso una investigación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

Mesioangular, horizontal, vertical, distoangular, invertido.

Autores como licdholm y cois, krutsson y cois señalan que los cordiales en una posición mesioangular tienen a 22 a 34 veces más posibilidades de provocar patología que un tercer molar erupcionado o en inclusión intraósea completa y la posición distoangular tendrá un riesgo de 5 a 12 veces mayor de dar patologías. ¹⁶



CONCLUSIÓN

Las inclusiones dentarias son anomalías que se presentan en el proceso de erupción y que se pueden generar por patologías y la genética al igual que pueden estar relacionados por factores locales y factores sistémicos.

Los factores locales que generan las inclusiones dentarias son cuándo se realizan una extracción de los dientes deciduos prematuramente, cuándo hay una presencia de caries en los dientes deciduos, una malposición primaria del germen dentario, la falta de espacio en la arcada que no permite la correcta erupción, la presencia de un obstáculo en el trayecto de erupción, la presencia de anquilosis en un diente deciduos y alteración en el folículo.

Los factores sistémicos pueden alterar, retrasar y generar defectos en el proceso de erupción, estas enfermedades genéticas que implican el catabolismo óseo, y la actividad osteoclásica como la osteopetrosis y displasia cleidocraneal pueden alterar la erupción, cabe señalar también que los factores endocrinos como el hipopituitarismo, el hipotiroidismo y el hipoparatiroidismo también ocasionan problemas en el desarrollo normal de la erupción dentaria.

La erupción dentaria es un proceso de migración de la corona del diente desde su origen dentro del hueso maxilar hasta su posición normal y funcional en la cavidad bucal.

Debemos comprender que los términos inclusión, impactación y retención no son sinónimos y a veces se usan erróneamente, sin embargo, los tres se refieren a alteraciones eruptivas.

Los dientes impactados es aquel que no logra erupcionar o que llegan a salir de manera parcial y esto genera la detención de la erupción producida por una barrera física (ya sea otro diente, hueso o tejidos blandos) o bien por una posición anormal del diente.

Los dientes retenidos se clasifican en retención primaria y retención secundaria, en la cual la retención primaria no se detecta ninguna barrera física o una posición o

desarrollo anormal como explicación para la interrupción de la erupción de un germe dentario que aún no hace su aparición en boca, de esta manera la retención secundaria, se presenta cuando la detención de la erupción de un diente después de su aparición en la cavidad bucal sin existir una barrera física en el camino eruptivo, ni una posición anormal del órgano dentario, también se le conoce como reimpactación, infraoclusión, dientes sumergidos o hipotrusión y afecta principalmente a dientes temporales y es rara en dientes permanentes.

Los dientes incluidos es aquel que permanece dentro del hueso y por lo tanto el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación ósea, dentro de la inclusión, podemos distinguir entre las inclusiones ectópicas, cuando el diente incluido está en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual y la inclusión heterotópica, cuando el diente se encuentra en una posición anómala más alejada de su localización habitual.

Cabe señalar que los dientes que quedan incluidos con más frecuencia son los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores.

El sexo de tener más incidencia de desarrollar inclusión dentaria es en el sexo femenino ya que en los estudios epidemiológicos realizados sobre dientes incluidos revelan una incidencia media del 20% en la población desarrolladas. Recalca en la investigación M. Chiapas sobre las inclusiones.

Cabe concluir que los problemas que ocasionan la permanencia de inclusión dentaria en boca pueden generar alteraciones, problemas y síntomas ocasionando pericoronaritis ya que es uno de los signos más común y se manifiesta en un 95% de los casos de terceros molares inferiores semiincluidos, enfermedad periodontal localizada en los dientes continuos también es uno de los problemas relacionadas por la inclusión, caries dentaria del diente incluido o semiincluidos y caries dentaria en los dientes continuos ya que las inclusiones obstaculizan y dificulta las maniobras de higiene oral lo que expone a los dientes adyacentes aun mayor riesgo de generar una lesión cariosa, también cabe señalar que pueden generar una reabsorción radicular del diente vecino, quiste odontogénicos y tumores odontogénicos.

Por esta razón es importante la extracción inmediata de los terceros molares ya que pueden dañar al diente vecino y ocasionar su extracción, la mejor manera de evitarlo es consultar al odontólogo y realizar una evaluación previa por medio de una radiografía panorámica para determinar y visualizar de manera más adecuada el diente que está teniendo anomalías y así realizar un correcto diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento requerido.

GLOSARIO

A

ANQUILOSIS: es la fusión del diente y el hueso alveolar.

AVULSIÓN: es un trauma dento-alveolar en el que se presenta el desplazamiento completo del diente de su alvéolo y que produce lesión en el hueso y demás tejidos de soporte como consecuencia de un impacto directo.

AMELOBLASTOMA: es un tumor odontogénico, clasificado como un tumor benigno suele ser muy agresivo presentando una elevada invasión local.

AGENESIA DENTAL: es una anomalía craneofacial y que presenta un desorden heterogéneo determinado genéticamente y que se manifiesta como la ausencia congénita de uno o más dientes.

D

DISPLASIA CLEIDOCRANEAL: síndrome esquelético se caracteriza por anomalías dentales y anormalidades óseas.

DISCREPANCIA DENTOALVEOLAR: es la desarmonía entre el tamaño de los dientes y los maxilares, ocasionando maloclusión dental.

E

EDEMA: acumulación de fluidos en el espacio intersticial y es una manifestación clínica del síndrome nefrótico.

F

FIBROMATOSIS O FIBROSIS GINGIVAL: es una patología benigna, que se presenta con aumento en el volumen de encía, de forma generalizada, dificultando la higiene, el habla, es de crecimiento lento y asintomático. Se origina como un efecto secundario a medicamentos (anticonvulsivantes, como la fenitoína, los bloqueadores de los canales del calcio, la ciclosporina A, entre otros;) o puede ser hereditario.

G

GERMINACIÓN: el diente presenta dos coronas, total o parcialmente separadas, con una sola raíz y un conducto radicular.

GERMEN DENTARIO: colección de tejidos a partir de los que se forma un diente completo, incluye el saco dentario, el órgano del esmalte, y la papila dentaria.

GUBERNACULUM DENTIS: tiene importancia en el proceso de erupción ya que representa el recorrido de erupción del diente a través del hueso, siendo el CG el responsable de guiar o dirigir el trayecto de la erupción dentaria a través del TG.

H

HIPOPITUITARISMO: es un síndrome caracterizado por la deficiencia absoluta o relativa de la secreción de hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, esta deficiencia puede abarcar una o varias hormonas, dependiendo de la causa del hipopituitarismo.

HIPOTIROIDISMO: es la disfunción de la glándula tiroides en la que se produce insuficiente hormona tiroidea.

HIPOPARATIROIDISMO: es una enfermedad endocrina poco común que se caracteriza por niveles bajos de calcio sérico, niveles altos de fosfato sérico y niveles inapropiadamente bajos o ausentes de hormona paratiroidea (PTH) en la circulación.

HALITOSIS: olor fétido en el aliento producido por factores como: mala higiene oral, infecciones dentales u orales y/o la ingestión de ciertos alimentos.

L

LÁMINA BASAL: es una fina capa de matriz extracelular que separa el tejido epitelial y muchos tipos de células, como las fibras musculares o las células adiposas, del tejido conjuntivo.

O

ODONTOMAS: son tumores odontogénicos benignos, y se identifican como lesiones que se encuentran en dientes no erupcionados, compuestas de esmalte, dentina, pulpa y cemento en forma reconocibles de dientes o bien como una masa nudosa sólida.

P

PERICORONARITIS: es la inflamación, enrojecimiento y sangrado de los tejidos blandos (encía) que rodean la corona de un diente erupcionado parcialmente.

Q

QUERATOQUISTES ODONTOGENICO: lesión asintomática, de larga evolución y de crecimiento lento, la piel y mucosa se presentan de manera normal y crepita a la palpación.

QUISTE FOLICULAR: Es una lesión que se presenta asociada a dientes temporales no vitales provocando un quiste en relación al folículo del diente permanente.

R

REABSORCIÓN RADICULAR: Es de origen multifactorial y puede generarse genéticamente. Esto provoca la pérdida de tejido ya que va a afectar el cemento y la raíz.

S

SACO FOLICULAR: Es un tejido embrionario dental que se origina a partir de la cresta neural y es el encargado de la formación de la porción ectomesenquima del germen dentario.

T

TRISMO: Trismo o trismus, se refiere al síntoma caracterizado por la limitación para la apertura bucal.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. **Raciel Jorge Sánchez Sánchez, Hernán Alejandro Corrales Rubio, Tania Murillo Pulgar.** FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES MANDIBULARES INCLUIDOS E IMPACTADOS. HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE ROBAMBA. Nov.2017
2. **Francisco Javier Ugalde Morales, José Antonio Pompa Y Padilla.** RETENCIÓN DE DIENTES CANINOS EN CRÁNEOS DE LA COLECCIÓN TZONPATLIN DE TLATELOLCO. Marzo-abril. 2003
3. **Clínica Dental Triana.** LA DIETA BLANDA EN NIÑOS PROVOCA MALA DENTICIÓN. 2021.Agosto.
4. **M.^a E. Gómez de Ferraris. A. Campos Muñoz.** HISTOLOGÍA Y EMBRIOGLOGIA BUCODENTAL. 2009. 2ª Edición. Editorial Medica Panamericana. Cap. 4. Pág. 86-109.
5. **M.Chiapasco, P. Casentini, G. Garattini, M.C. Meazzini.** CIRUGÍA ORAL. 2004. abril; pag.119-130; pág. 142-143
6. **Adirane Guerra Sanz.** DIENTES INCLUIDOS, TODO LO QUE TIENES QUE SABER. 2021. Noviembre.
7. **P. Pablo Martínez,** DIENTES INCLUIDOS, RETENIDOS O IMPACTADOS Y SU TRATAMIENTO. 2015. Agosto.
8. **J. Seehra, Khalid Mortaga, Fidaa Wazwaz, Spyridan Papageorgiou, Jonathan Newton.** INTERVENCIÓN PARA FACILITAR LA ERUPCIÓN EXITOSA DE DIENTES INCISIVOS SUPERIORES RETENIDOS DEBIDO A LA PRESENCIA DE UN SUPERNUMERARIO. 2023. Marzo.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36907703/>
9. **J. Luis Quevedo Aliaga, Martha Torres, Yamaisy Mayedo Nuñez, Yordanis Sierra Rojas.** CAUSAS LOCALES DE CANINOS PERMANENTES RETENIDOS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA RENE GUZMÁN PÉREZ DE CALIXTO GARCÍA. 2017. JULIO-SEPTIEMBRE.
10. **Britto Eber Falcón Guerrero.** MANEJO QUIRÚRGICO DE LA REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA DE INCISIVOS OCASIONADA POR UN CANINO RETENIDO. 2021. Junio.

11. **M^a Del Mar Gutiérrez Marín.** DIENTES IMPACTADO: DEFINICIÓN Y TRATAMIENTO / CLÍNICA DENTAL MEDITERRÁNEO.
12. **Adriana Estrada Manilla, Mario Katagari Katagari.** TRATAMIENTO ORTODONTICO- QUIRURGICO DE INCISIVO CENTRAL IMPACTADO. Revista Mexicana de ortodoncia, ELSEVIER. 2017. Julio-septiembre.
13. **Castañeda DA, Briceño CR, Sánchez AE, Rodríguez A, Castro D, Barrientos S.** Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia. Universidad Odontología. 2015. Jul-Dic; 34(73): 149-157.
14. **Daniela Mantilla M, Leydi Viviana MS, Jaycce Katherine HR.** PREVALENCIA DE INCLUIDOS, RETENIDOS E IMPACTADOS, EN RADIOGRAFIA PANORAMICAS DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, Bucaramanga de 2015- 2017.
15. **Quezada López, Ximena Abigail.** TÉCNICAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS Y MEDIDAS FARMACOLÓGICAS POST-OPERATORIAS. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología. 2019.Sep. Pág. 16, 18.
16. **Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés.** TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. Cap. 12, pág. 361, Cap. 14, pág. 464-466.

