



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

**Tratamiento para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e
inferior**

AUTOR

Iliana Carol Suárez Monrroy

Tutor:

Dr. Remberto Rodríguez

Guayaquil, junio 2012

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a:

EL TEMA

“TRATAMIENTO PARA PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR”

Presentado por:

Suárez Monrroy Iliana Carol

092727241-9

Tutores:

Dr. Remberto Rodríguez C

Dr. Miguel Álvarez

Tutor Académico

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, junio 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de
la estudiante

Iliana Carol Suárez Monrroy

092727241-9

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta, siguiendo agradezco a mi familia quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me eh propuesto hasta el momento.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional

Y por ultimo un especial agradecimiento a mi tutor de tesis el Dr. Remberto Rodríguez por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a mis padres Elin Monrroy y Mario Suárez quienes desde temprana edad me inculcaron el valor del trabajo duro y de superarse día a día así como los diferentes valores humanos bajo los cuales dirijo mi vida, también dedico el esfuerzo a mis hermanos quienes han estado conmigo a lo largo de este camino de formación profesional brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Carátula	
Certificación de tutores.....	I
Autoría.....	II
Agradecimiento.....	III
Dedicatoria.....	IV
Índice General.....	V
Introducción.....	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Preguntas de investigación.....	2
1.3 Objetivos.....	2
1.3.1 Objetivo General.....	2
1.3.2 Objetivos Específicos.....	2
1.4 Justificación.....	3
1.5 Viabilidad.....	3
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
Antecedentes.....	4
2.1 Fundamentos Teóricos.....	5
2.1.1 Cirugía Bucal. Definición.....	5
2.1.1.1 Tiempos operatorios en cirugía bucal.....	5
2.1.2 Morfología de los maxilares.....	6
2.1.2.1 Maxilar superior.....	6
2.1.2.2 Maxilar inferior.....	7
2.1.3. El diente. Definición.....	7
2.1.3.1 Tipos de dentición.....	8

2.1.3.2 Cronología de la erupción dentaria.....	9
2.1.4 Retención Dentaria.....	9
2.1.4.1 Etiología.....	10
2.1.4.2 Tipos de retención.....	11
2.1.4.3 Diagnóstico de las retenciones dentarias.....	11
2.1.4.4 Incidencia de las retenciones dentarias.....	12
2.1.4.5 Clasificación para dientes retenidos.....	13
2.1.4.6 Posibilidades terapéuticas ante una retención dentaria...	15
2.1.4.7 Tratamiento.....	17
2.1.4.8 Problemas por retención dentaria.....	27
2.2 Elaboración de Hipótesis.....	29
2.3 Identificación de las variables.....	29
2.4 Operacionalización de las variables.....	30
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
3.1 Lugar de la investigación.....	31
3.2 Periodo de la investigación.....	31
3.3 Recursos Empleados.....	31
3.3.1 Recursos Humanos.....	31
3.3.2 Recursos Materiales.....	31
3.4 Universo y muestra.....	31
3.5 Tipo de investigación.....	31
3.6 Diseño de la investigación.....	32
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones.....	33
4.2 Recomendaciones.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos.....	36

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación propone dar a conocer a los estudiantes de la Facultad Piloto de Odontología el tratamiento adecuado para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior.

Las piezas dentarias retenidas son una anomalía que con frecuencia se presentan en la cavidad bucal, estas generan diversos signos y síntomas. Puede ocurrir en dentición temporaria o permanente. Sin embargo debemos considerar a la erupción dentaria como un proceso multifactorial en el que no se pueden separar causa y efecto, aquí se presentan dos tipos de retención dentaria, la primaria y secundaria.

Esta anomalía puede causar procesos patológicos, como los quistes de origen el quiste folicular y el quiste dentígero donde el saco pericoronario del diente retenido se ensancha. Entre las piezas dentarias que con mayor frecuencia se hallan retenidas encontramos a los terceros molares inferiores y caninos superiores. El tratamiento para esta anomalía es quirúrgico y quirúrgico – ortodóncico.

No se puede olvidar que para poder decidir adecuadamente el tratamiento, debemos llegar a un diagnóstico correcto que se basará en la anamnesis, el examen clínico y el examen radiográfico. Para prevenir la aparición de procesos patológicos por presencia de piezas dentarias retenidas, los estudiantes deben aplicar los conocimientos brindados a través de esta investigación.

Para poder lograr lo antes nombrado he utilizado las siguientes metodologías como son la descriptiva, documental y bibliográfica.

El propósito de la presente investigación es determinar el tratamiento más efectivo para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por la falta de un diagnóstico clínico y radiográfico oportuno de las piezas dentarias retenidas, se provocan diferentes trastornos y no se logra prevenir la aparición de procesos patológicos.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las causas y consecuencias?

¿Qué métodos debo utilizar para diagnosticar piezas dentarias retenidas?

¿Cuál es el tratamiento para piezas dentarias retenidas?

¿Qué piezas dentarias se encuentran retenidas con mayor frecuencia?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el tratamiento más efectivo para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Proporcionar a los estudiantes conocimientos que le permitan determinar causas y consecuencias.

Instruir sobre la necesidad de identificar signos y síntomas.

Hacer consiente al estudiante de aplicar el tratamiento adecuado.

Determinar qué piezas dentarias se encuentran retenidas con mayor frecuencia.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es muy importante porque a los estudiantes de la Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología a menudo se les presentan casos de pacientes con piezas dentarias retenidas y en muchas ocasiones ignoran qué medidas tomar frente a esta situación.

Es por esto que el estudiante tiene que conocer el tratamiento que se debe brindar a los pacientes para tratar esta anomalía.

1.5 VIABILIDAD

Esta investigación es viable porque se contó con la revisión bibliográfica y documental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El flujo constante y creciente de pacientes que concurren a la consulta quirúrgica, portadores de esta patología, algunos añosos y con complicaciones no sólo locales sino y además con un estado sistémico que en ocasiones incrementa el riesgo quirúrgico.

Para Mayoral¹, en nuestra era existe una oclusión estabilizada sin abrasión interproximal sostenida lo que explicaría muchas de las anomalías de posición y de dirección anómala de los dientes debido a la distancia ósea dentaria. Así también Sinkovits y Policer² estimaron que el 1,65% de los pacientes entre 15 y 19 años presentan dientes retenidos, sin contar los terceros molares. La prevalencia de retención de los caninos oscila entre un 0.92 y un 2.2% de la población.

Según el Dr. Guillermo Ries Centeno³ todo diente retenido constituye un Quiste Dentífero en potencia que se desarrolla por acumulación líquida – importante aumento de la presión hidrostática – proveniente de las células del epitelio externo del órgano del esmalte. Incluso según Howell, el 16% de los seres humanos presentan algún tipo de diente retenido. Otras estadísticas nos demuestran que el 30% de los dientes retenidos presentan quistes dentíferos, que el 35% de los AMELOBLASTOMAS están asociados a Quistes Dentíferos y, que el 51% de los Queratoquistes también lo están.

¹Cosme Gay Escoda y Leonardo Berini Aytés, c. 2004 –Tiempos Operatorios en Cirugía Bucal. Barcelona – España; MMVII Editorial Océano pág. 342.

² Cosme Gay Escoda y Leonardo Berini Aytés, c. 2004 –Tiempos Operatorios en Cirugía Bucal. Barcelona – España; MMVII Editorial Océano pág. 342.

³Ries Centeno Guillermo, El tercer molar retenido, Editorial Ateneo 1966.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1.1 CIRUGÍA BUCAL

Definición:

La cirugía bucal es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico y todo el tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes.

2.1.1.1 Tiempos operatorios en cirugía bucal

Toda intervención quirúrgica consta de tres tiempos operatorios básicos:

- a) Diéresis o incisión de los tejidos.
- b) Intervención quirúrgica propiamente dicha.
- c) Síntesis, sinéresis o sutura de los tejidos.

No obstante, en su aplicación en cirugía bucal distinguiremos los siguientes tiempos:

Incisión o Diéresis.

Despegamiento mucoso o mucoperióstico para preparar un colgajo.

Osteotomía u ostectomía.

Gesto o maniobra quirúrgica especializada o técnica operatoria propiamente dicha.

Restauración, limpieza y tratamiento de la zona operatoria.

Sutura

Extracción de los puntos de sutura.

2.1.2 MORFOLOGÍA DE LOS MAXILARES

2.1.2.1 Maxilar Superior

El maxilar superior es un hueso de la cara, par, corto, de forma irregular cuadrilátera, con dos caras, interna y externa, cuatro bordes y cuatro ángulos. Es el hueso más importante del viscerocráneo. En su interior se encuentra una cavidad, recubierta de mucosa y rellena de aire, denominada seno maxilar. Su inflamación, con acumulación de moco o material purulento da lugar a sinusitis.

Se encuentra en el centro de la cara, debajo del frontal y del etmoides. Se articula con estos huesos y con el maxilar superior del otro lado (contralateral), el cigomático (o malar o pómulo), el lagrimal (o lacrimal o unguis), el hueso propio de la nariz (o nasal), el vómer y el cornete inferior (o concha nasal inferior).

Presenta un cuerpo y varias prolongaciones o procesos. Estos son: el proceso frontal, que articula con el hueso frontal, el proceso cigomático, que articula con el hueso cigomático, el proceso palatino, que constituye los dos tercios anteriores del paladar duro, y el proceso alveolar, donde se implantan los dientes.

Presenta una base mayor o interna que forma parte de la cavidad nasal, una base menor o externa que se articula con el hueso cigomático (o malar) y un reborde inferior, donde se alojan los dientes de la arcada superior.

Tiene tres apófisis (procesos): procesos frontales, para la escotadura frontal, procesos palatinos que se articula con la del lado opuesto y los procesos alveolares, para los dientes, poco desarrollado en la infancia y atrófico en la senilidad. Tiene dos bases, una mayor y otra menor.

2.1.2.2 Maxilar Inferior

La mandíbula se trata del más grande y fuerte de los huesos faciales y sirve de soporte a los dientes inferiores. La mandíbula es el hueso de mayor movilidad de todo el cráneo y rostro con diferencia.

El cuerpo tiene forma de herradura y lo dividimos en cuatro porciones.

La sínfisis, la eminencia el tubérculo mentoniano y las superficies.

Superficies: la externa con el agujero mentoniano y la protuberancia mentoniana, la línea oblicua y la base. La superficie interna con la fosita digástrica, la línea oblicua interna o milohioidea, la apófisis geniana, la fosa sublingual y submandibular, la hendidura submaxilar, la porción alveolar y la porción basilar y la espina mentoniana.

Las ramas: Son dos porciones perpendiculares al cuerpo. Cada rama tiene una apófisis condilar que se articula con la fosa mandibular y una apófisis coronoides que se articula con el tubérculo articular del hueso temporal, para formar la articulación temporo-mandibular. Entre ambas apófisis tenemos la escotadura mandibular. En la parte interior de cada rama tenemos el agujero mandibular y la línula.

Los bordes. Distinguimos cuatro bordes. El borde superior, inferior, anterior y el posterior.

2.1.3 EL DIENTE

Definición:

Es un órgano duro y blanquecino, que forman parte del sistema digestivo, cuya función principal es la presión y la masticación de los alimentos. Además los dientes intervienen en la emisión de ciertos sonidos (función fonética); y contribuyen al mantenimiento agradable de los rasgos fisionómicos (función estética).

2.1.3.1 Tipos de dentición

a) Dentición decidua o primaria

La dentición decidua, es el primer juego de dientes que aparecen durante la ontogenia de humanos. Se desarrollan durante el periodo embrionario y erupcionan en boca durante la infancia. Generalmente son sustituidos, tras su caída, por dientes permanentes, aunque, en ausencia de ésta, pueden conservarse y mantener su función algunos años

Consta de 20 piezas dentarias que se dividen en tres grupos: incisivos, caninos y molares.

- Incisivos (8 piezas)
- Caninos (4 piezas)
- Molares (8 piezas)

b) Dentición permanente

Se denomina dentición permanente, a la segunda dentición es decir, a los dientes que se forman después de la dentición decidua, mucho más fuertes y grandes que estos y que conformarán el sistema dental durante toda la vida. Conformada por 32 piezas dentarias que se dividen en cuatro grupos: incisivos, caninos, premolares y molares.

- **Incisivos** (8 piezas): dientes anteriores con borde afilado. Cortan los alimentos.
- **Caninos** (4 piezas): con forma de cúspide puntiaguda. también llamados colmillos. Desgarran los alimentos.
- **Premolares** (8 piezas): poseen dos cúspides puntiagudas, por lo que también se conocen por el término bicúspides. Desgarran y aplastan los alimentos.
- **Molares** (12 piezas): cúspides anchas. Trituran los alimentos.

2.1.3.2 Cronología de la erupción dentaria

a) Dentición Primaria

La calcificación de los dientes primarios empieza en el útero 13 a 16 semanas. A las 18 – 20 semanas después de la fertilización, todos los dientes primarios empiezan su calcificación.

La erupción de la dentición primaria se realiza entre el sexto y el treceavo mes de vida posnatal. Se lleva de dos a tres años para que esta dentición se complete, empieza con la calcificación inicial del incisivo central primario hasta terminar las raíces de los segundos molares primarios.

b) Dentición Permanente

Puede considerarse dividido en tres períodos.

- **Primer Período:** Inicia a los seis años con la erupción de los primeros molares e incisivos permanentes.
- **Segundo Período:** A los diez años se inicia la segunda fase del recambio dentario con la erupción de los bicúspides y caninos y los segundos molares cierran este segundo período de recambio transicional saliendo a los 12 años aproximadamente.
- **Tercer Período:** Con un enorme margen de variación cronológica los terceros molares son las últimas piezas en hacer erupción.

2.1.4 RETENCIÓN DENTARIA

Definición:

Un diente retenido, es aquel diente parcial o totalmente desarrollado que queda alojado en el interior de los maxilares después de haber pasado la época promedio normal de erupción.

La literatura señala que la retención dentaria es un fenómeno frecuente sin embargo, existe considerable variación en la prevalencia y distribución de los dientes retenidos en las diferentes regiones de los maxilares, constituyendo los terceros molares y los caninos superiores los dientes que con más regularidad quedan retenidos, presentándose con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes sin tener preferencia por sexo ni tipo racial. La retención dentaria puede presentarse de dos formas.

a) Inclusión: Terminología utilizada para los dientes que se encuentran retenidos dentro del hueso de los maxilares manteniendo la integridad del saco pericoronario.

b) Impactación: Detención total o parcial de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente, por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza a la presencia de un obstáculo mecánico, como:

- Otros dientes.
- Hueso de recubrimiento excesivamente denso.
- Fibrosis
- Exceso de tejidos blandos.

2.1.4.1 Etiología

Las causas se clasifican en generales y locales.

a) Causas de orden general:

- Alteraciones endocrinas (hipotiroidismo)
- Alteraciones metabólicas (raquitismo)
- Enfermedades hereditarias
- Labio y paladar hendido.

b) Causas de orden local:

- Falta de espacio
- Anomalías de forma

- Permanencia prolongada, más allá del término fisiológico, del diente deciduo.
- Presencia de obstáculos eruptivos como los odontomas, mesiodens, dientes supernumerarios, etc.
- Posición anormal del germen dentario.
- Presencia de una hendidura en el alveolo.
- Procesos tales como quistes, tumores, etc.
- Determinaciones genéticas.

2.1.4.2 Tipos de retención dentaria

- a) Retención primaria:** Es cuando un diente permanece dentro del hueso.
- b) Retención Secundaria:** La detención de la erupción de un diente después de su aparición en cavidad bucal sin existir barrera física en el camino eruptivo, ni una posición anormal del diente.
- c) Retención Ectópica:** Es el diente retenido que se halla en posición anormal pero cerca de su lugar habitual.
- d) Retención Heterópica:** Es el diente retenido alejado de su posición habitual de erupción.

2.1.4.3 Diagnóstico de las retenciones dentarias

a) Historia clínica

- Antecedentes familiares.
- Patología endocrina.
- Cuadros sindrómicos.

b) Exploración clínica intra y extraoral

- **Visualización**

Falta de exfoliación del diente temporal y/o falta de erupción del diente definitivo a la edad indicada.

La angulación de los dientes adyacentes puede orientarnos sobre la localización del diente incluido.

- **Palpación:** Si palpamos el diente incluido sabemos que su posición es más favorable.

c) Estudio radiográfico

- **Radiología periapicales:** proporciona una imagen bidimensional detallada. Sirve para ubicar el diente incluido en dirección mesio-distal y apico- coronal.
- **Técnica de Clark:** es la que nos permitirá localizar vestibulo-lingualmente al diente incluido.
- **Radiología panorámica:** es fundamental pues permite observar ambas arcadas completas.
- **Radiografía oclusal:** proporciona información en el plano horizontal.

d) Otras pruebas: Proyección de Waters.

2.1.4.4 INCIDENCIA DE LAS RETENCIONES DENTARIAS

- a) **Retención de incisivos:** La incidencia en la población es, aproximadamente, del 0.1-0.5%. La retención de los incisivos es más frecuente en el maxilar superior y afecta, sobre todo, a los incisivos centrales.

- b) Retención de canino superior:** La retención del canino superior afecta al 0.8 al 2.9% de la población. Es más frecuente en las mujeres y en el 85% de los casos la retención es palatina.
- c) Retención de canino inferior:** La retención de los caninos mandibulares es bastante rara, comprendida entre el 0.05 y el 0.04%. El 40% de las retenciones caninas parecen relacionarse con una malformación, mal posición o agenesia del lateral permanente. La posición ectópica o migración ectópica palatina o exceso del espacio en la base ósea maxilar.
- d) Retención de los premolares:** Es aproximadamente del 0.3% para los premolares mandibulares y del 0.2% para los maxilares. El 40% de las retenciones de los premolares parecen relacionarse con una malformación, mal posición o agenesia del lateral permanente; la posición ectópica o migración ectópica lingual o exceso del espacio en la base ósea mandibular o maxilar.
- e) Retención de los primeros y segundos molares:** Es aproximadamente de 0.02% para los primeros molares superiores y de 0.08% para los segundos molares superiores. En lo que respecta a los inferiores, la frecuencia es de 0.04% para los primeros molares inferiores y del 0.06% para los segundos molares inferiores.
- f) Retención de terceros molares:** La incidencia de retención de los terceros molares es aproximadamente del 20 al 30%, con una cierta preponderación en las mujeres.

2.1.4.5 CLASIFICACIÓN PARA DIENTES RETENIDOS

Ries Centeno clasifica los caninos retenidos de acuerdo a tres criterios: número de dientes retenidos, posición de estos dientes en los maxilares y presencia o ausencia de dientes en la arcada. La retención puede ser simple o bilateral. La localización puede ser vestibular, palatina o lingual y los

caninos retenidos pueden estar en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

a) Caninos

- **Clase I:** Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino.
Retención unilateral.
- **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 en el lado vestibular.
Retención bilateral.
- **Clase V:** Maxilar dentado. Dientes ubicados en vestibular o palatino
(Retenciones mixta o transalveolares)
- **Clase VI:** Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado palatino.
- **Clase VII:** Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado vestibular.

a) Terceros molares

Existen varias clasificaciones:

- Vertical
- Meso angulado
- Disto angulado
- Horizontal
- En vestíbulo versión
- En linguo-versión
- Invertido

2.1.4.6 Posibilidades terapéuticas ante una retención dentaria

En los casos de retención secundaria, el tratamiento depende de la edad del paciente, del diente afectado, del alcance de la infraoclusión y de la malaoclusión.

La erupción espontánea puede ocurrir pero es extremadamente rara. La mayoría de los dientes permanentes con retención secundaria presentan áreas de anquilosis y alteraciones del ligamento periodontal por lo cual no se pueden mover estos dientes con ortodoncia.

Esta descrita la luxación quirúrgica pero sus resultados son cuestionables. En pacientes jóvenes se recomienda la extracción del molar, con tratamiento protésico un ortodóncico posterior si es necesario cerrar el espacio creado.

a) Indicaciones de la exodoncia

Las indicaciones de la exodoncia son las siguientes:

- Erupción difícil con infección local: pericoronaritis.
- Retención con la formación de quistes foliculares, periodontales y queratínicos.
- Hay que extraer a los dientes parcialmente erupcionados, incluso si no presentan ningún signo de inflamación, por razones profilácticas, ya que, aunque sean asintomáticos, pueden existir gérmenes patógenos.
- La caries y la pulpitis, pueden ser una indicación para la exodoncia, así como las reabsorciones de los dientes adyacentes.
- En casos de dolor no diagnosticado en la región maxilofacial, hay que determinar en ciertos casos si puede considerarse un diente retenido o desplazamiento como una causa de dolor. En caso de duda, se puede extraer el diente.
- Formación de bolsas periodontales en los dientes adyacentes.

- Obstáculo a la erupción de otros dientes.
- Medida profiláctica antes de reconstrucciones, en caso de que exista peligro de que se altere el diente retenido. No debe dejarse ningún diente impactado debajo de una prótesis dental fija. Una exodoncia posterior puede provocar defectos estéticos y funcionales.
- Razones ortodóncicas.
- Gérmenes dentarios supernumerarios.
- Previamente a intervenciones de cirugía ortognática.
- En el curso de la eliminación de focos para eliminar potenciales fuentes infecciosas, especialmente antes de aplicar radioterapia, puede estar indicada la extracción de dientes retenidos.

b) Grado de dificultad

La exodoncia de los dientes retenidos en ocasiones presenta problemas intraoperatorios que se deben a una falta de evaluación de las dificultades técnicas. La estimación del grado de dificultad de la intervención planificada debe llevarse a cabo antes de la operación y conducir a la correspondiente valoración del paciente. Asimismo hay que preparar la infraestructura disponible para las posibles complicaciones.

c) Medidas quirúrgicas

- Procurarse una visión de conjunto mediante el adecuado levantamiento de colgajos mucoperiosticos y en ocasiones osteotomía.
- Odontosección para la extracción de los fragmentos preservando los tejidos adyacentes.
- Variación del tratamiento de la herida para una curación sin complicaciones, por primera o segunda intervención, según la situación.

d) Consideraciones de la exodoncia

En la mayoría de casos se trata de contraindicaciones temporales que son:

- Presencia de una infección aguda en la zona de la operación.
- Alteraciones hemorrágicas.
- Lesiones patológicas no diagnosticadas alrededor de diente retenido.
- Mal estado general del paciente.
- Inmunosupresión.
- Cuadros que requieran un tratamiento bajo anestesia, como situaciones externas y alteraciones importantes o falta de cooperación del paciente.
- Dientes en una zona irradiada.

2.1.4.7 Tratamiento

a) Tratamiento quirúrgico

Para el tratamiento quirúrgico se realizan los siguientes pasos:

- **Incisión**

Preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente a extraer. Debe ser dispuesto de tal modo que no sea traumatizado en el curso de la intervención.

Tipos de incisión

Incisión, sulcular o marginal: Es la clásica incisión que sigue los surcos gingivales hasta el borde libre, festoneando los cuellos dentarios y seccionando las papilas interdentarias. La incisión debe extenderse hasta cuatro o cinco dientes a ambos lados del área que desea tratarse.

Incisión de Neumann: Se inicia la incisión seccionando la unión gingivodentaria con el bisturí que sigue un recorrido festoneando los cuellos dentarios. Posteriormente se efectúan descargas verticales por distal y

mesial de la zona que se requiere exponer, formando un ángulo obtuso respecto a la incisión horizontal. Se emplea para exponer superficies amplias de hueso maxilar, para acceder a dientes retenidos por vestibular.

Incisión semilunar modificada: El colgajo semilunar modificado de Luebke - Ochsenbein (1974) es un colgajo trapezoidal, en el que una incisión horizontal ondulada o rectilínea en la encía (a 3 – 5 mm del reborde gingival), es decir, cerca ya del límite con la mucosa alveolar, se une a dos incisiones verticales lineales o arciformes. Está indicada cuando hay problemas periodontales o en pacientes con coronas protésicas en los cuales la retracción gingival podría dejar el descubrimiento de la raíz.

Incisión semilunar: Se realiza una incisión horizontal curvilínea, con la porción convexa orientada hacia la zona gingival. Esta incisión en media luna puede hacerse a cualquier nivel de la mucosa bucal, aunque para favorecer al acceso a la lesión, se hace cerca de la zona operatoria, por lo menos en el diente adyacente al diente a tratar.

Incisión semilunar en ojal o de Partsch: Tiene la forma que su nombre indica, es decir, de semiluna de mayor o menor radio según las necesidades de la patología a tratar. En el maxilar superior, la concavidad de la semiluna se orienta hacia arriba y en la mandíbula, esta concavidad se orienta hacia abajo. Este tipo de incisión se efectúa en la mucosa libre vestibular tanto de maxilar superior como de mandíbula, y raramente en la fibromucosa palatina. Este tipo de incisión nos da un área oval como campo quirúrgico para nuestras manipulaciones.

Incisión elíptica o en huso: Se emplea para la Exéresis de tejidos blando. Son dos incisiones curvilíneas o en semiluna que se unen en ángulos agudos.

Incisión lineal: Se hace una incisión en línea recta en la mucosa vestibular o lingual, fibromucosa palatina, mucosa gingival etc., que situaremos más o menos cerca de la zona a tratar. Normalmente se efectúan paralelas a eje longitudinal dentario (verticales), huyendo de la papila dentaria pero

perpendicular a aquél y en la mucosa libre alveolar. También pueden hacerse de forma horizontal aunque se consideran desfavorables. Esta incisión es de uso excepcional ya que con ella obtenemos un campo operatorio muy pobre.

- **Desprendimiento de colgajo**

Practicada la incisión el desprendimiento del colgajo se debe realizar con un instrumento romo (periostótomo), el instrumento se sitúa entre la arcada dentaria y la encía, y por pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso. Debe mantenerse con un separador romo con el objeto de no traumatizarlo y evitar así tirones y desgarrarlos de los tejidos blandos.

Tipos de colgajo

Colgajo gingival: Se aplica solamente una incisión horizontal aplicada a lo largo de la cresta gingival (incisión, sulcular o marginal). Sigue los surcos gingivales hasta el borde libre, festoneando los cuellos dentarios. Se levanta un colgajo con las papilas y la encía adherida.

Colgajo envolvente: Se lo realiza en el paladar y en la zona mandibular lingual o vestibular posterior. Este colgajo elimina la posibilidad de cortar la arteria o venas palatinas mayores o el nervio palatino anterior en el caso de efectuar abordajes de la región palatina.

Colgajo triangular: Se obtiene una incisión horizontal a nivel de la cresta gingival (sulcular), unida a una sola incisión vertical de descarga oblicua a la primera, que va desde el surco gingival hasta el fondo de vestíbulo.

Colgajo trapezoidal: Se realiza una incisión gingival horizontal (sulcular) con dos incisiones verticales oblicuas. Estas descargas verticales se efectúan a cada lado del campo quirúrgico, por lo menos uno o dos dientes por fuera de la lesión. Estas descargas deben evitar las prominencias óseas como la canina o estructuras anatómicas mucosas como los frenillos labiales. Deben estar orientadas hacia distal para así conseguir una buena irrigación del

colgajo y contactar con la encía a nivel de la zona media comprendida entre la papila dentaria y la máxima concavidad de la encía.

- **Osteotomía**

Se realiza para eliminar el hueso que cubre el diente retenido. Los instrumentos que se utilizan son:

La fresa quirúrgica y Escoplo

- **Cantidad de hueso a eliminarse**

Es importante especificar la cantidad de hueso que se eliminará. Debe quedar ampliamente descubierta toda la corona retenida, especialmente las cúspides del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona para que esta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos. Según sea la inclinación del diente retenido se exigirá mayor o menor sacrificio de hueso.

Con el método de la odontosección, la cantidad de osteotomía está reducida.

- **Extracción propiamente dicha**

Realizada la osteotomía, hay que considerar el objeto primordial de la operación que es la extracción del diente retenido. Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y firmeza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos, o fracturar las paredes alveolares.

Esta maniobra solo puede realizarse con palancas, que, apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada.

- **Tratamiento de la cavidad ósea**

Extraído el diente retenido debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido; este se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados.

- **Sutura**

Es un tiempo importante e imprescindible. El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación.

Técnicas de sutura

Sutura discontinua, interrumpida o de puntos sueltos

Punto simple: Este punto simple puede anudarse, ya sea haciendo cada vez sólo una vuelta de hilo alrededor del portaagujas, dando siempre dos vueltas de hilo. Siempre debe cogerse más tejido de la profundidad que de la zona más superficial.

Punto de Blair – Donati: Este punto se realiza como un punto simple, pero en este caso existe un doble recorrido en el mismo plano trasversal pero en distinta profundidad uno de otro.

Punto de colchonero: Es un punto de doble recorrido a distinto plano trasversal pero en el mismo plano horizontal.

Sutura continua

Sutura continua simple: Se coloca primero un punto simple. Los puntos pueden efectuarse perpendiculares a la incisión o con una cierta inclinación; en este caso, serán oblicuos respecto a los bordes de la herida aunque siempre serán paralelos entre sí siguiendo el eje del primero que se coloca. La sutura continua simple tiende a elevar la herida.

Sutura continua entrelazada: Tiene la ventaja de no elevar la herida, y una doble vuelta en cada punto la convierte en una sutura reforzada. Esta sutura para el cierre de incisiones largas disminuye el tiempo operatorio. Este tipo de sutura puede estrangular los bordes de la herida si está excesivamente apretada.

Punto capitoné: Se usa en cirugía bucal para mantener un colgajo o injerto al plano profundo. Consiste un paquete de gasa compresivo que es atravesado

por varios hilos que son pasados por planos profundos, y que inmovilizan el paquete con una adaptación perfecta a estos planos.

b) Tratamiento ortodóncico - quirúrgico

Básicamente tienen dos objetivos

Obtener el espacio necesario en la arcada dentaria

La tracción ortodóncica del diente retenido hasta la correcta recolocación final del mismo en la arcada.

Existen diferentes sistemas de anclaje adaptables en función de la situación, grado de inclusión, así como la anatomía de la retención dentaria. El protocolo de adhesión de los elementos de anclaje en los dientes incluidos, tanto si empleamos la técnica quirúrgica cerrada o submucosa, como la técnica abierta, ya sea fenestración o colgajo de reposición, es muy similar al del cementado convencional de brackets sobre dientes erupcionados, siendo fundamental realizar una buena exposición visual del diente incluido en per-operatorio, con el objeto de poder realizar la adhesión del sistema de anclaje en las mejores condiciones posibles.

Este tratamiento presenta varios tiempos:

Obtención, si no lo hay, del espacio suficiente para la ubicación del diente retenido.

Liberación de la corona dentaria y fijación de un medio de anclaje (aditamento de adhesión directa).

Tracción del diente por métodos ortodóncicos hasta su colocación en la arcada.

- **Fenestración**

Consiste en eliminar el hueso o mucosa alrededor del diente retenido, con el fin de liberar y visualizar la corona y poder cementar el sistema de anclaje que permita la tracción ortodóncica.

Técnica Quirúrgica:

Anestesia
Incisión
Levantamiento de colgajo
Osteotomía liberadora
Preparación de una ventana mucosa
Colocación del cemento quirúrgico
Colocación del medio de tracción
Tratamiento ortodóncico

Indicaciones: Aquellos dientes retenidos cuyo acceso más favorable sea palatino y que no presenten un excesivo grado de profundidad. Principalmente caninos submucosos en situación palatina.

Contraindicaciones: Aquellas retenciones dentarias en situación vestibular.

Ventajas

Es la única técnica quirúrgica que nos permite un control visual permanente del diente retenido por palatino durante toda la tracción y desde el mismo momento en que realizamos la cirugía ya que no es técnicamente posible el colgajo de reposición apical por esta vía.

Es fácil de realizar y permite adherir el sistema de anclaje del diente retenido, ya sea en per-operatorio o diferirlo a unos días después.

- **Reubicación**

Con esta maniobra realizada por el cirujano bucal sobre este diente se consigue:

Favorecer su posible erupción correcta
Facilitar el desplazamiento hacia una zona o posición más idónea funcionalmente.

La técnica de reubicación tiene que ser muy cuidadosa, con sólo movimientos realizados con periostótomos, botadores rectos de Pott.

Para poder realizar estos movimientos es preciso que exista un espacio suficiente y éste se consigue:

Tras efectuar una osteotomía

Porque queda espacio tras la extracción de un diente supernumerario, la Exéresis de un quiste, etc.

La reubicación no se recomienda cuando el diente retenido ya tiene la raíz completamente desarrollada. La situación ideal es cuando el diente tiene aproximadamente 2/3 de la raíz formada, es decir que no existe aún cierre apical.

- **Colgajo vestibular de reposición completa**

Consiste en la realización de un colgajo vestibular mucogingival de espesor completo en forma de «U», exponer mediante ostectomía la corona del diente retenido, teniendo mucho cuidado de no dañar la unión amelo-cementaria, cementar siempre en per-operatorio el sistema de tracción ortodóncica que proceda y volver a reposicionar completamente el colgajo a su posición inicial y dejando expuesto únicamente el alambre de acero torsionado que nos permitirá la tracción. Este tipo de colgajo nos permite igualmente acceder a aquellos dientes supernumerarios, odontomas, etc. en situación vestibular y que dificultan, impiden o bloquean la correcta erupción del diente retenido.

Indicaciones: Tracción de aquellos dientes retenidos cuyo acceso más favorable sea vestibular y se encuentren en una situación lo suficientemente alta que contraindique un colgajo de reposición apical.

Extracción de aquellos dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, etc. que bloqueen la erupción del diente definitivo y cuyo acceso más favorable sea vestibular.

Contraindicaciones: Como esta técnica puede ser realizada independientemente de la situación alta o baja del diente retenido, la única contraindicación sería la de aquellas retenciones que requieran una vía de acceso palatina.

- **Colgajo palatino de reposición completa**

Consiste en la realización de un colgajo palatino mucoperióstico de extensión suficiente como para acceder cómodamente al diente retenido, exponer mediante ostectomía la corona del diente incluido teniendo mucho cuidado de no dañar la unión amelo-cementaria, poner siempre en per-operatorio el sistema de tracción ortodóncica que proceda y volver a colocar completamente el colgajo a su posición inicial, dejando expuesto únicamente el alambre de acero torsionado que nos permitirá la tracción.

Este tipo de colgajo nos permite igualmente acceder a aquellos dientes supernumerarios, odontomas, etc. en situación palatina, que dificultan o impiden la correcta erupción del diente retenido.

Indicaciones: Tracción de aquellos dientes retenidos cuyo acceso más favorable sea palatino o se encuentren en una situación intermedia vestibulo-palatina. Exodoncia de aquellos dientes supernumerarios, odontomas etc. que bloqueen la erupción del diente definitivo y cuya vía de acceso más favorable sea palatina.

Contraindicaciones: Aquellas retenciones dentarias que por su situación requieran una vía de acceso vestibular.

- **Colgajo vestibular de reposición apical**

Consiste en la realización de un colgajo gingival vestibular mucoperióstico de espesor completo en forma de “U” y proceder a su sutura en posición más apical de manera que quede más o menos expuesta la corona del diente retenido y poder cementar así durante el mismo acto operatorio o de forma diferida, el sistema de tracción ortodóncica más apropiado al caso.

Indicaciones: Estaría indicado principalmente en aquellos dientes retenidos cuyo acceso más favorable sea vestibular y no se encuentren en una situación excesivamente alta.

Contraindicaciones: No es posible su realización en aquellos dientes retenidos que aún presentando una situación de abordaje vestibular, se encuentren en posición excesivamente alta o aquellos que requieran una vía de acceso palatina.

- **Colgajo vestibular de reposición y translación apical**

Consiste en la realización de un colgajo gingival vestibular mucoperióstico de espesor completo en forma de «U» distalmente al diente retenido, colocarlo mediante un movimiento apical y de translación mesial y suturarlo a la zona coronaria del diente retenido que previamente hemos expuesto mediante escisión gingival convencional, dejando expuesta la zona de corona sobre la que cementaremos en per-operatorio o de forma diferida, el sistema de tracción ortodóncica que más convenga.

Es una técnica que también puede ser de gran utilidad en aquellos caninos que aunque visibles, se encuentren muy vestibulizados, con mucha encía libre y poca encía adherida y a los que interesa dotar de encía adherida de buena calidad, antes de realizar la tracción de los mismos.

Indicaciones: Aquellos dientes retenidos o no, cuyo acceso sea vestibular, no se encuentren en una situación excesivamente alta, presenten un recubrimiento de encía libre de muy poco espesor y requieran ser provistos de encía adherida de mayor solidez y calidad.

Contraindicaciones: No es posible su realización en aquellos dientes, retenidos o no, que aún presentando una situación de abordaje vestibular, se encuentren en una posición excesivamente alta, aquellos que requieran una vía de acceso palatina y aquellas situaciones que imposibiliten la obtención de encía adherida para realizar la translación del colgajo.

2.1.4.8 Problemas por retención dentaria

Los dientes retenidos, pueden como cualquier otro diente provocar trastornos y que pueden ser de origen mecánico, de origen infeccioso y de origen nervioso.

a) Trastornos de origen mecánico:

- Malposición lingual o labial del diente retenido.
- Migración del diente vecino y pérdida de longitud de arco.
- Reabsorción interna.
- Formación dentígera interna.
- Reabsorción radicular externa del canino retenido, así como de los dientes vecinos.
- Trastornos de origen infeccioso:
- Dolor referido
- Pericoronaritis
- Enfermedad periodontal localizada en los dientes contiguos.

b) Trastornos de origen nervioso:

Se producen por compresión de filetes nerviosos y se encuentran las neuralgias faciales.

Otra secuela importante, es la reabsorción radicular por el tratamiento ortodóncico.

c) Trastornos tumorales:

Se deben en la mayoría de los casos a la infección crónica del saco pericoronario, a la infección apical, a la periodontitis y a la aparición de quistes del folículos dentario.

Entre estos trastornos se distinguen:

- **Granulomas:** El proceso infeccioso puede inducir a la formación de tejido de granulación. En la radiografía se evidencia un simple engrosamiento del saco pericoronario.
- **Quistes radiculares:** La infección puede propagarse al ápice dentario y provocar la formación de Granulomas perirradiculares. El estímulo de los restos epiteliales periapicales pueden acarrear la aparición de un quiste que rodea la raíz dentaria.
- **Quistes foliculares o dentígeros:** Cuando un diente está retenido completamente, pueden aparecer quistes a expensas del folículo dentario. Estos quistes pueden alcanzar dimensiones considerables. Un folículo dentario de 2 – 3 mm de grosor con bordes bien definidos en la radiografía periapical, nos debe orientar al diagnóstico del quiste dentígero.
- **Ameloblastomas y tumores malignos:** La aparición del ameloblastoma y tumores malignos, en la mayoría de los casos a expensas de quistes foliculares. El ameloblastoma suele dar una imagen radiotransparente unilocular o multilocular. También es posible que sobre un quiste folicular pueda aparecer un carcinoma.

2.2 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Si se aplica el tratamiento adecuado para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior se lograría evitar la presencia procesos patológicos.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente:

Tratamiento para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior.

Variable Dependiente:

Evitar la presencia procesos patológicos.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente	Definición Conceptual	Indicadores	Items
Tratamiento para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior.	Es la interrupción o dificultad en la erupción de un diente	Con el tratamiento quirúrgico se eliminará la pieza dentaria. Con el tratamiento quirúrgico – ortodóncico se ayuda la ubicación del diente en la cavidad bucal.	Se utiliza para eliminar la lesión provocada. Se utiliza para liberar el diente retenido.
Evitar la presencia de procesos patológicos	Es el origen y desarrollo de una enfermedad	La presencia de procesos patológicos en dientes retenidos compromete el bienestar de otras piezas dentarias.	La presencia de procesos patológicos provoca pérdida de piezas dentarias y procesos infecciosos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Realizada en la Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó la recolección de datos durante el año 2012.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Alumna: Iliana Suárez Monrroy

Dr. Remberto Rodríguez.

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Libros

Internet

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Esta es una investigación de tipo descriptiva y por esta razón no cuenta con análisis de universo y muestra.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo bibliográfica ya que se consultarán varios libros actuales y paginas científicas acreditadas que permitan elaborar el marco teórico que respalda estudio del tratamiento para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior.

3.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo cuasi experimental ya que se analizarán variables propuestas.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Esta investigación determinó que aplicando el tratamiento adecuado y oportuno para piezas dentarias retenidas es posible evitar la aparición de procesos patológicos.

También se logró determinar que las piezas que con mayor frecuencia se hayan retenidas son los caninos superiores y los terceros molares inferiores.

Las retenciones dentarias se pueden presentar en dentición caduca como en dentición permanente.

El tratamiento de dientes retenidos varía desde la tracción ortodóncica hasta la extracción. Es indispensable estudiar, planear y tratar cada caso en particular.

4.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda a los estudiantes de la Facultad Piloto de Odontología aplicar los conocimientos brindados a través de la presente investigación, ya que los ayudará a conocer qué medidas tomar cuando se les presente con casos de retención dentaria.

Tener presente que debemos controlar a los pacientes periódicamente, ya que relativamente podrían aparecer nuevas retenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donado M – 2001 – Cirugía Bucal Patología y Técnica. Barcelona – España; Editorial Masson pág. 345 – 366.
2. Galarza LCS – 2003 - Desinclusión de dientes retenidos mediante aparatología removible.
3. Gay EscodaCosme y BeriniAytésLeonardo, c. 2004 – Cirugía Bucal Tomo 2. Barcelona – España; MMVII Editorial Océano pág. 111 – 153.
4. Lalama González Kléber – 2004 – Cirugía Bucal 1° Edición; Guayaquil – Ecuador; Editorial Interprinpág. 253.
5. Macías – Escalada E, Cobo-Plana J, Carlos – Villafranca F. de, Pardo-López B. Abordaje ortodóncico quirúrgico de las inclusiones dentarias. RCOE 2005.
6. Raspall Guillermo – 2006 – Cirugía Oral e Implantología 2° Edición. Buenos Aires – Argentina; Editorial Médica Panamericana pág.95 - 96.
7. Ries Centeno Guillermo A.– 1973 – Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica. Buenos Aires – Argentina; Editorial El Ateneo pág. 309 – 334.
8. Sáez Fernández, A.; García Espona, I.Ortodoncia Española: Revista de clínica e investigación en ortodoncia, 2004 ENE-MAR; 44 (1) 14-24.
9. Sailer Hermann F. y Pajarola Gion F. – 1999 – Atlas de Cirugía Oral. Barcelona – España; Editorial Masson pág. 71 – 84.
10. Sander Montilla Olaf – 2007 – Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Introducción Básica a la Enseñanza. Editorial Amolca pág. 557.
11. Torres Carvajal Martha – 2009 – Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Desarrollo de la Dentición. La dentición primaria".
12. www.ateneo-odontologia.org.ar/revista/xlv02/articulo5.

13. www.es.wikipedia.org/w/index.php?title=Maxilar&oldid=55352023»
14. www.mapfre.com › Salud dental › La dentición
15. www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontología/.../Lec1-2-2.html
16. www.destomatologia.com/index.php?

ANEXOS

1.15
ar Americano CON
NCE Centavos
e0w>!!)*<*>

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

NOMBRES: **ESPECIALIZADA SUAREZ MONRROY ILIANA CAROL**
SERIE U-B N:
FACULTAD: 1002 06/02/2012 09:01:35

Guayaquil, 20 de Marzo del 2012

Doctor.
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad Piloto de Odontología
En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, **Suárez Monrroy Iliana Carol** con numero de C.I. **0927272419**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 1**; de la carrera de Odontología, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del título de Odontólogo, en la materia de **CIRUGIA**.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

Iliana Suárez M.
Suárez Monrroy Iliana Carol
C.I. **0927272419**

Marzo 20-12

Se le ha designado al Dr. (a) *Ruberto Rodru* para que colabore en su trabajo de graduación.

Washington Escudero D.
Dr. Washington Escudero D.
DECANO

Nº 0055091

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - 32811

1,20

mercado CON
1 Centavo
1000000

NOMBRES: **SERIE A-B** N: SUAREZ MONRROY ILIANA CAROL

FACULTAD: 1002

15/05/2012 08:58:43

Guayaquil, 15 de Mayo del 2012

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Suarez Monrroy Iliana Carol** con C.I. No **0927272419** Alumna de Quinto Año Paralelo No 1 periodo lectivo 2011 – 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

“TRATAMIENTO PARA PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.”

Objetivo General:

Determinar el tratamiento más efectivo para piezas dentarias retenidas en maxilar superior e inferior.

Justificación:

Esta investigación es muy importante porque a los estudiantes de la Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología a menudo se les presentan casos de pacientes con piezas dentarias retenidas y en muchas ocasiones ignoran qué medidas tomar frente a esta situación.

Es por esto que el estudiante tiene que conocer el tratamiento que se debe brindar a los pacientes para tratar esta anomalía.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

*Recibido
Mayo 15/2012
12:54*

Iliana Suarez M.

Suarez Monrroy Iliana Carol
C.I. 0927272419

[Signature]
Dr. Remberto Rodríguez
TUTOR ACADEMICO