



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA**

TESIS

**PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS DEL C.P.P.C.C.E
- USS ENTRE EL 2014 - 2018.**

**PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

Ramirez Reaño Juleisy Angelica

ASESOR:

Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

Línea de investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

Pimentel – PERU

2019

PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN RADIOGRAFIAS PANORAMICAS DEL C.P.P.C.C.E - USS ENTRE EL 2014 - 2018.

Aprobación del informe de investigación

Mg.CD. La Serna Solari Paola Beatriz

Asesora Metodóloga

Mg.CD. Lavado La Torre Milagros

Presidente del jurado de tesis

Mg.CD. Espinoza Plaza José

Secretario del jurado de tesis

Mg. CD. Becerra Atoche Eric Giancarlo

Vocal del jurado de tesis

CHICLAYO, 2019

Dedicatoria

A mis padres por todo el amor brindado, sus enseñanzas y sacrificios durante la carrera ya que gracias a ustedes he podido llegar hasta aquí y ser una gran profesional, así mismo por su apoyo incondicional y comprensión en cada dificultad que se me presentó.

A mi familia quienes siempre me brindaron el amor, cariño y soporte necesario para no rendirme nunca.

A mi asesora Paola La Serna Solari, por ayudarme y compartiendo sus conocimientos para poder lograr un buen trabajo y cumplir con el objetivo.

Agradecimiento

En primer lugar a Dios por darme la fuerza que necesitaba durante este largo proceso y acompañarme siempre en mi vida, iluminando y bendiciendo mi camino en todo momento.

Por todo el apoyo incondicional a mis padres y con sus sacrificios han logrado darme todo y hacer de mi un gran persona y profesional.

A todos los docentes que durante toda la vida universitaria han contribuido con un granito de arena a mi formación.

A la Dra. Paola La Serna Solari por la asesoría que me brindó para la realización de mi tesis.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología - USS entre 2014 – 2018

El estudio presente es de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo; de acuerdo con el diseño es no experimental y de corte transversal. La población y muestra estuvo conformada por 210 radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre – Clínica y Clínica de Estomatología. Se manejó una ficha de recolección de datos planteada para los objetivos del estudio. Los resultados fueron examinados mediante estadística descriptiva con análisis de frecuencia.

Los resultados muestran que la prevalencia de anomalías dentales en radiografías panorámicas en el C.P.P.C.C.E se encontró que de las 210 radiografías panorámicas se encontraron 840 anomalías dentarias presentes que según su forma la más frecuente con un 45% de la cual en primer lugar esta dilaceración con un 24% y luego taurodontismo con 19%. Según su localización la anomalía más frecuente se encuentra en el maxilar inferior con un 43% y según el sexo es más frecuente en hombres (40%) que en mujeres (35%). Según la edad estas anomalías son las frecuentes en personas de 26 a 40 años. Tenemos como conclusión que la anomalía más común es la dilaceración en hombres localizados en el maxilar inferior.

Palabras Claves: Anomalías dentales, radiografía panorámica, imagenología.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the prevalence of dental anomalies in panoramic radiographs of the center of practices of pre-clinical and stomatology clinic - USS between 2014 – 2018.

The present study is observational, descriptive and retrospective; according to the design is not experimental and cross-sectional. The population and the sample consisted of 210 panoramic radiographs from the Pre-Clinical and Clinical Center of Stomatology. A data collection sheet was created for the purposes of the study. The results were analyzed by descriptive statistics with frequency analysis.

The results show that the prevalence of dental anomalies on panoramic radiographs in the C.P.P.C.C.E was according to its form, the most frequent with 45% of which first this dilaceration with 24% and then taurodontism with 19%. According to its location, the most frequent anomaly is found in the lower jaw with 43% and according to sex it is more frequent in men (40%) than in women (35%). According to age, these anomalies are frequent in people between 26 and 40 years old. We have as a result that the most common anomaly is dilaceration in men located in the lower jaw.

Key Words: Abnormalities of the tooth, panoramic radiography, imaging.

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| INTRODUCCION | |
| 1.1. Realidad problemática | 10 |
| 1.2. Trabajos previos | 11 |
| 1.3. Teorías relacionadas al tema | 15 |
| 1.3.1 Anomalías Dentarias | 15 |
| 1.4. Formulación del problema | 26 |
| 1.5. Justificación | 27 |
| 1.6. Hipótesis | 28 |
| 1.7. Objetivos | 28 |
| 1.7.1 objetivos general | 28 |
| 1.7.2 Objetivos específicos | 28 |
| MATERIAL Y METODOS | |
| 2.1. Tipo y diseño de investigación | 29 |
| 2.2. Población y muestra | 29 |
| 2.3. Variables, operacionalización | 30 |
| 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. | 31 |
| 2.5. Procedimientos de análisis de datos. | 32 |
| 2.6. Aspectos éticos | 32 |
| 2.7. Criterios de Rigor científico. | 32 |
| RESULTADOS | |
| 3.1. Tablas y Figuras | 33 |
| 3.2. Discusión de resultados | 43 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 46 |
| REFERENCIAS | 48 |
| ANEXOS | 50 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 01: Prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas | 33 |
| TABLA 02: Prevalencia de anomalías dentarias según tamaño, número y forma en radiografías panorámicas | 32 |
| TABLA 03: Prevalencia de anomalías dentarias según su localización Maxilar Superior e inferior en radiografías panorámicas | 33 |
| TABLA 04: Prevalencia de anomalías dentarias según el sexo en radiografías panorámicas | 34 |
| TABLA 05: Prevalencia de anomalías dentarias según la edad en radiografías panorámicas | 35 |

I. INTRODUCCION

1.1. Realidad Problemática

Las anomalías dentarias (AD) más prevalentes son la hipodoncia, supernumerarios y agenesia dental que son trastornos biológicos, genéticos, del desarrollo o adquiridas. De este modo, las piezas dentarias consiguen mostrar alteraciones, que dependiendo del tiempo en que se muestran alcanzan a existir modificaciones de acuerdo al número, el color, la forma, el tamaño y la composición de los mismos; en efecto la función, la estética, la autoestima de la persona se puede llegar a modificar¹³.

Las diversas anomalías dentarias se estiman con continuidad en la consulta dental. Estas logran abarcar una pieza dentaria o implicar algunas piezas dentarias, y alcanzan a estar presentes como parte de las enfermedades sistémicas y posibles síndromes. En un paciente se pueden contemplar una o más anomalías y logran ocasionar maloclusiones, problemas estéticos, funcionales y una doble predisposición hacia nuevas posibles condiciones orales, por lo que el tratamiento clínico suele ser un poco complicado. Por lo tanto se logran originar complicaciones en la programación del procedimiento odontológico. Por esta razón debería producirse un excelente diagnóstico para crear medidas preventivas por las probables derivaciones que acostumbran traer.

En la actualidad, aquel paciente que solicite de un tratamiento odontológico tiene que hacerse estudios complementarios siendo de vital importancia y la más manejada la radiografía panorámica que nos permiten llegar a un buen pronóstico, diagnóstico y tratamiento de gran diversidad de entidades patológicas. Tan solo con enseñarnos un solo plano de la imagen, pero en algunos casos las sobre proyecciones y alteraciones, causan como resultado que el odontólogo omita ciertas cosas¹.

Las imágenes panorámicas de rayos X se utilizan en gran medida en el diagnóstico tanto en odontología general como generalizada. En estos últimos años, se han ido perfeccionado las técnicas digitales para crear imágenes, como la radiografía 3D o Cone Beam en proyecciones intraorales y extraorales, que son de excelente calidad en similitud con las imágenes convencionales de rayos X.

La consecuencia de que no se realiza un diagnóstico deficiente y, por lo tanto, no se trata adecuadamente, conduce a problemas futuros. Un ejemplo es el tratamiento de ortodoncia, aunque no se sabe con certeza si el brote de tercera molar es responsable de

una recaída antero-inferior, este es un elemento que se considera. Por lo tanto el tratamiento de ortodoncia solo se completa cuando se resuelve el problema del tercer molar².

La anomalía del desarrollo diente es una desorientación de la naturalidad que alcanza a comenzar con condiciones locales, transmisión hereditaria o manifestaciones de cambios sistémicas que afectan la forma de los dientes, la cantidad, el tamaño, la disposición y el grado de desarrollo del diente.³.

Por lo tanto es importante este estudio para poder identificar anomalías que presentan los pacientes de la clínica de estomatología en donde se brindará un mejor diagnóstico y tratamiento al paciente.

1.2. Trabajos Previos

Marjory E, Kleber A, (Ecuador, 2017) Prevalencia y ubicación de dientes supernumerarios.

Realizo un estudio con 831 historias clínicas de pacientes tratados en el quirófano FOUCE para la adquisición directa de datos, fue una observación directa y para determinar si el paciente fue incluido en el estudio, se analizaron historias clínicas y radiografías de 34 pacientes con exceso de dientes (supernumerarios), lo que corresponde al 4%, mujeres fueron 10 con (29.44) y hombres fueron 24 (71%); la segunda década de la vida entre 11 y 20 años fue del 41.2%, se registraron 20 dientes supernumerarios en el maxilar superior(57.14%) y 14 en la mandíbula (42.85%). El 47.1% de los dientes supernumerarios se informó en el área del incisivo superior, el 5.9% en la región de premolar y el 5.9% en la región molar, en la sorprendente región de la mandíbula inferior, se registraron 2.9%, en la zona canina 2.9%, en el área premolar 23.5% y en el área molar un 14.7% En resumen, se encontró que los dientes sobrantes estaban más a menudo en la mandíbula superior que en la mandíbula⁸.

Lagos D, Martínez AM, Palacios JV, et al, (Colombia, 2015) Prevalencia de anomalías dentarias de número en pacientes infantiles y adolescentes de las clínicas odontológicas de la Universidad del Valle desde el 2005 hasta el 2012.

Realizó un estudio de 369 radiografías panorámicas utilizando registros clínicos, que mostraron que el número de anomalías de los dientes fue del 4.9%, lo que corresponde a 18 casos. La agenesia se mostró en 18 casos con 3.8% sin los terceros molares con un porcentaje más alto sin diferencias significativas entre los sexos. Con respecto al exceso de piezas dentarias (supernumerarios) es del 1.1% y solo ocurrió en hombres. No hubo discrepancias estadísticamente significativas en el tipo de mandíbula superior para la agenesia. La prevalencia de anomalías dentales relacionadas con el cuadrante, siendo la superior derecha la más afectada con 1.9%, mientras que la línea media fue 0.8%. Se encontraron tres casos unilaterales. La parte más dañada fue el incisivo lateral derecho con 22.2% que fue aislado y combinado. En cuanto a la prevalencia más baja, el segundo premolar superior izquierdo fue seguido solo una vez, seguido por el 2do premolar derecho inferior e incisivo lateral inferior izquierdo⁹.

Govind S, Chhabra C, Gavray K, et al (India, 2015) Dental anomalies of the deciduous dentition among Indian Children: A survey from Jodhpur Rajasthan, Indian.

Realizó un estudio que examinó clínicamente a 1,398 niños con las edades de 2 y 5 años. Tipo de estudio descriptivo y transversal. Los resultados mostraron que el 4% de los niños tenían malformaciones dentales. Se localizó que la prevalencia de esta enfermedad es estadísticamente significativa entre niñas con un 5.8% y niños con un 2.7%. las piezas fusionadas estuvieron más comunes con 2.3%. las piezas supernumerarias o sobrantes con un 0.3%; microdoncia con 0.6% y agenesia dental con 0.6%; la mandíbula superior fue la más afectada por las anomalías de los dientes. La conclusión de que el descubrimiento temprano de estas anomalías dentales es muy significativo para evitar conclusiones erróneas y problemas psicológicos en el futuro¹⁰

Ibarra C, Moyaho A, Carrasco R, et al, (México, 2015) Anomalías de forma y número en dentición temporal en una población mexicana.

Realizó un estudio que evaluó 720 registros médicos e imágenes panorámicas en niños de entre 1 y 10 años. Tipo de estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Muestras probabilísticas para simplificación por género. Los resultados mostraron que el 9% de 63 niños tenían anomalías en los dientes. La agenesia fue de 1.1% y el exceso de dientes (supernumerarios) de 1.9%, siendo mesiodens los más comunes.¹¹.

Masías PRC, (Perú, 2014) Prevalencia de anomalías dentales en forma, tamaño y número en pacientes de 3 a 6 años de edad con dentición decidua que asistieron a la clínica docente de la UPC durante los años 2012 a 2014.

Ejecutó un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Durante la fase de dentición principal, se observaron 494 radiografías de niños entre las edades de 3 y 6 años, que estuvieron tratados en la clínica docente de la UPC desde febrero de 2012 hasta diciembre de 2014. Se tasaron las anomalías de número, forma, tamaño, sexo y antecedentes dentales, dando un 17,61%. De estos, el 11.34% hubieron anomalías de forma, las piezas cónicas yacieron los más comunes en este grupo (7.90%), y las partes más dañadas fueron los dientes caninos superiores. También se halló una prevalencia de 5.06% para anomalías numéricas en las cuales el excedente se produjo con mayor frecuencia (4.05%) y fue principalmente entre los incisivos laterales y los caninos superiores (33.34%). Finalmente, 1.21% de las anomalías de tamaño donde la microdoncia se halló en mayores cantidades (1.01%) y las piezas dentarias más perjudicadas yacieron los dientes superiores caninos. No se localizaron discrepancias estadísticamente específicas para la distribución de las anomalías por género.¹²

Trejejos A, (Perú, 2014) Prevalencia de anomalías dentarias evaluadas en radiografías panorámicas en Perú.

Realizó un estudio de 1.710 radiografías panorámicas, de las cuales solo 418 tenían anomalías en los dientes, lo que representa el 24,44% del total.

En las 418 radiografías, se encontraron 756 piezas dentales con una anomalía dental (AD), de las cuales 690 representaron un cambio, 53 dos cambios y 13 tres cambios en la misma pieza dental. La mayor prevalencia de cambios se observó en el grupo de adultos jóvenes con 404 dientes con anomalías, y el menos perjudicado fue en el grupo de niños con 8 dientes perjudicados.¹³.

En niños, la anomalía más común fue la hiperodoncia con 07 dientes alterados, 05 de los cuales eran mesiodens y 4 de ellos fueron preservados (retenidas). El impacto fue de 92 dientes en adolescentes, los dientes 3.8 y 4.8 fueron los más afectados en hombres y la 4.8 en mujeres. Las piezas impactadas también fue el cambio más frecuentemente observado en adultos jóvenes, con una frecuencia de 192, de los cuales 02 dientes eran micro-dientes, 3 macro-dientes y solo 01 tenía dilaceración de la raíz, siendo la sección del diente 4.8 la más cambiada. Para el grupo de adultos de ambos sexos, se registró 55 dientes retenidos, de los cuales 04 eran ectópicos, 02 representaban transmigración, 01 era un microdiente sobrante (supernumerario) y 01 era un microdiente ectópico.

Se concluyó que la anomalía dental más común fue la impactación que estuvo presente en 301 piezas dentales, de las cuales 128 fueron las terceras molares inferiores derechas y 122 las terceras molares inferiores izquierdas. En segundo lugar, se observó retención dental en 245 dientes, 55 de los cuales eran la pieza 3.8 y 41 dientes eran la pieza 4.8.

También se encontró una pieza dental retenida 7.5. Se presentaron 23 casos para los dientes supernumerarios, de los cuales 08 permanecieron como paramolares retenidos y 07 como mesiodens retenido, pero solo 02 distomolares¹³.

Hinostroza CG, Nolasco TA, (Perú, 2013) Prevalencia de hallazgos en radiografías panorámicas en pacientes de 19 a 40 años.

Realizó un estudio de 300 radiografías panorámicas de pacientes entre las edades de 19 y 40. La conclusión es que la prevalencia de hallazgos de rayos X es relativamente alta con el 52.67% de las imágenes de rayos X observadas en la prevalencia de hallazgos de rayos X por género, se consiguió el porcentaje de 50.63% para el género masculino y 49.37% para el género femenino. En los descubrimientos radiológicos comunes e inusuales, se encontró que el 25% de ellos son comunes y el 75% sobrante no son comunes, de acuerdo con el número general. De los descubrimientos radiológicos hallados, el porcentaje más alto es retención de dientes con 48.3%, caries dental con 14.9%¹⁴.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Anomalías dentales

Las anomalías dentales muestran una modificación en el número o la forma de las piezas dentarias. Los cambios morfológicos que se manifiestan consiguen dañar el esmalte dental o la dentina. Dado el impedimento y las interacciones del desarrollo dental desde el inicio de la semana de vida intrauterina hasta el brote, la cantidad de anomalías mencionadas logra ser infrecuente, pero la sorpresa es que esta cantidad no es muy alta¹⁸

Para especificar las anomalías del desarrollo y la erupción de los dientes, primeramente una evaluación clara de la normalidad, la edad cronológica para la iniciación de la calcificación y la última etapa de la formación de esmalte y dentina, así como para erupción de las piezas dentales, realizada por Schour y Massler donde hacen una imagen que representa el desarrollo de la dentición humana¹⁸.

Etiología

Entre los factores que desencadenan las anomalías dentarias tenemos:

- Factores hereditarios
- Factores sistémicos
- Intervienen factores ambientales.
- Multifactorial

1.3.1.1. Anomalías de Forma:

1.3.1.1.1. Dilaceración:

Este es el nombre de una curvatura o angulación inusual que logran tener las raíces de los dientes. El origen está relacionado con el trauma durante el desarrollo de la raíz. La corona o parte de la raíz se desliza del resto de la raíz en desarrollo consigue generar una angulación aguda posteriormente de que la pieza haya terminado de desarrollarse¹⁵.

En ciertos casos se cree que la fuente podría ser el componente hereditario. Se identifica radiológicamente ¹⁵.

1.3.1.1.2. Fusión:

La fusión de 2 dientes también llamada sonodoncia se debe a la unión de gérmenes de dientes vecinos, lo que conduce a la combinación de las piezas dentales en desarrollo. ¹⁶.

La causa de esta forma es desconocida pero se cree que es estimulado por la fuerza o la presión física de las piezas en desarrollo¹⁵. Del mismo modo, en el caso de la geminación, la fusión se muestra completamente (incluida la raíz y corona) o de forma fragmentaria (solo las raíces del diente), esto depende de la etapa de desarrollo en la que se encuentra estos gérmenes dentales. La fusión daña la dentición principal de manera más uniforme en relación con la dentición permanente¹⁵.

Para asemejar esta anomalía y distinguirla de la geminación, se recomienda lo subsiguiente: haga un cálculo de los dientes aparentes en los arcos dentales. Si falta un diente de la cantidad total que normalmente debería existir y se muestra una pieza con las características especiales mencionadas anteriormente, esto se puede especular en una fusión dental. El diagnóstico de esta anomalía debe confirmarse mediante métodos radiológicos.¹⁵.

1.3.1.1.3. Concrecencia:

Es la unión de cemento de las raíces de dos o más dientes. Es probable que esto dañe la dentición decidua o la dentición permanente. Aunque se desconoce su origen, varios expertos dudan que las causas sean las limitaciones de espacio durante el desarrollo, el trauma local, la fuerza oclusal exorbitante o las infecciones, si el trastorno ocurre durante el desarrollo, se llama una concreción real; y si surge más tarde, se llama concreción adquirida.

Los molares superiores son los más afectados, principalmente un tercer molar y un diente adicional (supernumerario), serían los más afectados, de modo que puedan permanecer sin erupción o de forma incompleta.¹⁸.

El contenido clínico de la concrecencia depende principalmente de la validez de su diagnóstico radiográfico antes de realizar el tratamiento. Con el análisis radiográfico, sin embargo, no siempre es posible diferenciar esto y la superposición de los dientes. Sin embargo si no se reconoce la apariencia, puede conducir a la extracción de 2 dientes.¹⁷⁻¹⁸.

1.3.1.1.4. Taurodontismo:

El taurodontismo es un trastorno del desarrollo que perjudica primariamente a los molares, pero también daña a los premolares. Logran dañar tanto las piezas deciduas como los dientes permanentes, se cree que es más habitual la afectación de estos.

Clínicamente, no puede adquirirse un examen taurino. La morfología de estos dientes es el crecimiento de la cámara pulpar rectangular hacia el cuerpo y la amplitud estándar de la pieza. La corona tiene un cuerpo estándar.¹⁷⁻¹⁸.

El taurodontismo es la continuación de un proceso interrumpido para el crecimiento de una pieza dental, en el que hubo una variación en la vaina de Hertwig. En el plano horizontal, la carcasa de Hertwig se ve afectada creando una pieza dental con raíces cortas, un cuerpo alargado y una cámara pulpar alargada¹⁵.

Hay tres tipos según Shaw en 1928¹⁵:

- Tipo I (hipotaurodontismo): el piso de la cámara pulpar se localiza entre la unión cemento-amelodentinario y la línea de conexión del tercio medio y tercio cervical de la raíz.
- Tipo II (mesotaurodontismo): la parte inferior de la cámara pulpar aparece en el tercio medio de la raíz.

- Tipo III (hipertaurodontismo): el piso de la cámara pulpar se encuentra en el tercio apical de la raíz.

El taurodontismo se muestra en aquellos pacientes que presentan síndrome de Down, Klinefelter y Amelogénesis Imperfecta¹⁵⁻¹⁸.

1.3.1.1.5. Dens in dent:

Declaración sobre la designación de la gran acentuación de la fosilla lingual en un diente. La pieza dental afectada puede lucir la anormalidad solo en la corona con procesos superficiales, pero también en la corona y la raíz con gran severidad¹⁵.

Los incisivos superiores laterales alcanzan a mostrar una invaginación de la fosilla cingular o del paladar que es temporalmente específicos en ancho y se funde en una cámara desarrollada por la invaginación del germen dentario en desarrollo¹⁶⁻²⁰.

Se cree que se encuentra relacionado con factores hereditarios. Y se observa continuamente en los incisivos superiores laterales permanentes, cualquier pieza dental anterior también puede dañarse por este cambio y ocasionalmente es bilateral, a veces se alcanza a notar en las superficies oclusales de premolares y molares.

Hay dos tipos de diente invaginado:

- a) La corona: es la más habitual que corresponde a una invaginación de todas las capas del órgano del esmalte dentro de la papila dental, en una escala que estructura el tejido duro y provoca un diente pequeño en la siguiente cámara pulpar. Por lo usual se muestra en el incisivo lateral y se muestra por medio de una radiografía panorámica. La pulpar generalmente se muestra o es necrótica y a veces está relacionada con una lesión periodontal.

b) La raíz: la vaina de Hertwing se dobla dentro de la raíz en desarrollo. El órgano invaginado causa cemento y dentina en la raíz. Este signo es más común en premolares. Estas piezas tienen pulpa necrótica múltiple y lesiones periapicales, son de origen hereditario, el diente invaginado indica una complicación clínica, ya que la invaginación puede dar lugar repetidamente a una comunicación oral que es altamente susceptible a la pérdida por caries después de que el diente erupcione en la cavidad oral y debido al cambio en él. Las estructuras no son postulantes para un conducto radicular, generalmente se eliminan.

Se muestra continuamente en los incisivos superiores laterales permanentes, cada pieza dental anterior puede dañarse de la misma manera por este cambio y, a menudo, es bilateral. Puede descubrirlo fácilmente con rayos X¹⁹.

1.3.1.1.6. Diente Evaginado:

Es la anomalía del desarrollo que se identifica por la aparición de un tubérculo o cúspide deformada que se agrega principalmente por premolares en la superficie oclusal entre las cúspides vestibular y lingual. No se da mucho en molares, llega a ser unilateral o bilateral, también logra ocurrir debido a la proliferación y la evaginación de parte del epitelio interno hacia el retículo estrellado del órgano del esmalte. La etiología es anónima y se ha insinuado un componente heredado¹⁵.

Sucede con más continuidad en los premolares del maxilar inferior (también llamados "premolares de Leong"), ya que sabe que también se puede descubrir en la mandíbula superior; El primer obstáculo dental de Dens evaginatus es la rotura o el deterioro del tubérculo lo que sobrelleva a la exposición de la pulpa, la necrosis de la pulpa y una infección periapical. Examina radiológicamente la extensión de un tubérculo dentario en la superficie oclusal puede haber un cuerpo delgado de celulosa en el bulbo.¹⁵⁻

18

La significancia clínica de este cambio es que puede bloquear la rotura del diente que conduce a una rotura infra-erupción o un deslizamiento dental. Esta punta posee un cuerno pulpar, el deterioro y/o la rotura consiguen llevar a la exhibición de la pulpa¹⁹

Hay dos tipos de dientes evaginados¹⁹:

- En el primer caso, el tubérculo aparece en la cresta lingual de la cúspide bucal.

- El segundo se encuentra en el medio de la superficie oclusal.

La rotura del tubérculo hace que la dentina sea visible, lo que se debe al desarrollo anormal del epitelio. Una diferencia entre el diente evaginado es que la protuberancia de la garra está en una evaginación o una protrusión adicional sobre la superficie lingual de los incisivos superiores, que tiene la forma de una garra de águila, que generalmente comienza en el cingulo y se extiende hasta el borde de los incisivos como una notable proyección del esmalte, que a veces le da una forma de T, y aparecen agujeros linguales en ambos lados de la cúspide que deben restaurarse para evitar una posible desintegración si la cúspide dificulta la oclusión. La endodoncia ha sido inevitable desde entonces. Quitar la punta cuando sobresale un cable significa que la pulpa muestra el arce de la pulpa en la parte superior

1.3.1.1.7. Geminación:

La formación de una geminación es una anomalía inusual y ocurre cuando se fracciona la yema de un solo diente. La corona tiene una forma irregular, cuya amplitud es grande debido al desarrollo de 2 coronas a partir de la raíz del diente¹⁷⁻¹⁸.

Esto daña los dientes deciduos con mayor continuidad, pero puede originarse en ambos dientes, generalmente en el área insiciva. Daña tanto a hombres como a mujeres, tienen esmalte de dientes hipoplásico o hipocalcificado o dentina

Radiográficamente, podemos percibir la cámara pulpar extensa o puede estar parcialmente dividida¹⁷.

Las piezas dentales deteriorados pueden provocar malposiciones y periodontitis dando como resultado que se pueda extraer el diente dañado (fundamentalmente si es temporal), se podría restituir o remodelar la corona o se puede dejar el diente sin tratar pero se puede controlar para evitar molestias.

1.3.1.2. Anomalías de Tamaño

1.3.1.2.1. Macrodoncia:

Es una anomalía en la que se observa en uno o más dientes que son grandes de lo habitual. Sin embargo es muy raro y no debe equivocarse con la fusión de dos dientes adyacentes¹⁸.

Según el número de dientes afectados se divide en 2 tipos:

- Macrodoncia parcial: se produce en una sola pieza y puede tener una anatomía normal o una imperfección coronaria, daña principalmente las terceras molares inferiores; tal como el caso de la hipertrofia hemifacial que el lado dañado muestra dientes con macrodoncia¹⁵.

- Macrodoncia generalizada: se identifica ya que las piezas dentales tienen una cara grande que ocupa toda la prótesis, como en la hipofisis gigante.¹⁵.

1.3.1.2.2. Microdoncia:

Es una anomalía en la que uno o más dientes, que son más pequeños de lo habitual, tienen más probabilidades de aparecer cuando 1 o 2 dientes están dañados. Los dientes más dañados por la microdoncia son los laterales incisivos superiores que pueden ser unilaterales o bilaterales, las terceras

molares superiores y los dientes sobrantes (supernumerarios) también pueden ser más pequeños de lo habitual y tener forma conica¹⁷

Dependiendo del número de piezas dentales con microdoncia se registran dos tipos:

- Microdoncia parcial: ocurre con mayor frecuencia y está indicada por cambios en el tamaño y la forma en uno o más dientes¹⁵.

- Microdoncia generalizada: si los dientes en su totalidad de ambos arcos dentales son mínimos, esto ocurre con cambios como el enanismo hipofisiario. la palabra microdoncia relativa generalizada se usa cuando el maxilar inferior y el maxilar superior son más grandes de lo habitual, pero los dientes tienen un tamaño normal¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁸.

Enfermedades que la microdoncia puede mostrar:

- Síndrome de Down

- Microsomia hemifacial

- Displasia ectodérmica anhidrotica hereditaria.

1.3.1.3. Anomalías de Números

1.3.1.3.1. Anodoncia:

Se identifica por la falta de formación de uno o más dientes deciduos y/o dentición permanente. Esto puede deberse al inicio perdido del germen dental o al retraso en el desarrollo en las fases preliminares. Si los dientes de leche son anodónicos, también se puede esperar una dentición permanente igual¹⁵⁻¹⁹.

La etiología de la anodoncia es volátil y en varios casos poco probable. Los siguientes factores fueron identificados como factores causales¹⁵:

- I. Factores locales: infecciones, tumores, traumatismos, radiación.
- II. Factores sistémicos: herencia, deficiencia de nutrientes, cambios endocrinos, evolución de la especie humana.

Existen 3 tipos de anodoncia:

- a) Total: conocido como agenesia, que es un cambio raro en el que se puede entender la desaparición de dientes leche y dientes permanentes, generalmente el permanente. El último caso se manifiesta como una interrupción truncada en el desarrollo ectodérmico, en el cual la lámina dental forma botones caducados pero no puede crear botones permanentes. Por lo general, se asocia con cambios generalizados y displasia ectodérmica hereditaria, que a menudo se transmite como un trastorno recesivo asociado con el cromosoma X. La falta de desarrollo alveolar, incluso si los fragmentos restantes de la mandíbula superior continúan desarrollándose, contribuye al desarrollo de labios gruesos. Todavía no se conoce la base etiológica de la anodoncia completa, se han propuesto cambios endocrinos, factores hereditarios y traumatismos en el plasma germinal.¹⁹⁻²⁴.

- b) Parcial: es la forma más común también conocido como hipodoncia y oligodoncia que daña uno o más piezas siendo los terceros molares superiores los más afectados, además de los incisivos laterales y los segundos premolares. La deficiencia congénita de los dientes de leche es rara, pero cuando esto sucede, los incisivos laterales e inferiores y los caninos inferiores se omiten en gran medida. El origen aún está determinado y se presume que es un factor hereditario si consiste en otras exposiciones ectodérmicas. Otra teoría que intenta manifestar anodoncia parcial es la presunción de filogénesis una tendencia evolutiva a suprimir ciertos dientes debido a su función inexacta. La anodoncia parcial también puede corresponder a radiación prematura en la cabeza que perjudica o interrumpe el desarrollo del botón del diente, así como a enfermedades somáticas, como sífilis, escarlatina, raquitismo, trastornos nutricionales durante el embarazo o la infancia y trastornos endocrinos mezclados como factores etiologicos¹⁹⁻²⁴

- c) Falsa: también se conoce como anodoncia falsa. Es la falta de una pieza y debe distinguirse de la anodoncia real que es por radiografía. En el caso de la anodoncia incorrecta, el diente se conserva o se cierra y no hace

erupción. Se percibe en pacientes con disostosis cleidocraneal que tienen cantidades de dientes en la mandíbula pero no se rompen¹⁹⁻²⁴.

1.3.1.3.2. Hiperdoncia o Supernumerarios:

Se llama así por tener el exceso de piezas de dientes por hábito debido a la multiplicación continua de la capa de dientes permanente o decidua para producir un tercer germen. Sin embargo, estas piezas dentarias se pueden mostrar en cualquier orientación, tienen una inclinación para ciertos lugares. Son mucho más comunes en la mandíbula superior que en las mandíbulas inferior¹⁵⁻¹⁷.

El nombre de cada pieza dental depende de la posición que tenga, por ejemplo el más común es una pieza entre los incisivos centrales superiores, que generalmente se llama “mesiodens”, después de un diente que está distal a las terceras molares recibe el nombre de “espacios molares o distomolar” cuando se muestra en estado bucal o lingual, los molares se denominan “paramolar” (que es una diferencia del “tubérculo paramolar”)¹⁷⁻¹⁹.

Los tipos más comunes son:

- a) Mesiodens: es un diente corto, conoide, se encuentra entre los incisivos superiores centrales. A veces no hace erupción, aunque el diastema se puede mostrar clínicamente. La evidencia radiológica se aplica.
- b) Incisivo inferior adicional: debido a la forma habitual en que se presenta este 5to incisivo, es difícil distinguirlo de los demás. Clínicamente, esto puede resultar en una oclusión de bis a bis anterior o clase III.
- c) Peridens: es un diente que se encuentra en un punto bucal en relación con el arco dental.
- d) Distomolar: también llamada distocordial y ubicado en distal al final del molar superior con mayor continuidad que en el inferior.

La etiología de esta anomalía es el desarrollo folicular posiblemente debido a factores traumáticos.

La aparición de varios dientes sobrantes o supernumerarios también se llama poliodoncias. Su etiología es oscura, no obstante se cree que la razón de esta hiperactividad de los gérmenes puede ser genética, ya que se han explicado esquemas idénticos en los hermanos.

También se pueden encontrar como patologías, raíces y coronas sobrantes que consiguen ser el resultado de una curva externa o la evaginación del órgano del esmalte¹⁹.

Dentro de los supernumerarios encontramos:

- Supernumerario rudimentario: tiene una anatomía dismórfica u otra que logra aparecer en forma de grano de arroz o de forma cilíndrica.
- Supernumerario suplementario: muestra una anatomía similar a la cantidad de dientes.

1.4. Formulación del problema.

¿Cuál es la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas C.P.P.C.C.E – USS entre el 2014 – 2018?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Las anomalías de los dientes están asociadas con los cambios causados durante el curso habitual de la odontogénesis, y su aparición puede estar relacionada con factores genéticos (ubicados en el órgano del esmalte y en el tejido dental dañado, anomalías de los dientes en términos de número, posición, forma, tamaño y color o estructura interna) o displasia de algún tejido dental; local (es presión externa, proceso casi inflamatorio, trauma, cambios localizados en el trofismo nervioso, circulatorio o endocrino-metabólico) o sistémico (tetraciclina, flúor). Según el momento en que actúan, dañan tanto la dentición primaria como la permanente⁴.

Es importante tener en cuenta que se pueden detectar anormalidades dentales de cualquier tipo en pacientes con relativa continuidad. Consecuentemente, se sugiere que el dentista ejecute una evaluación clínica implacable de sus pacientes y un diagnóstico muy exacto identificar a los pacientes existentes. , En cualquier caso, el diagnóstico temprano es un gran apoyo para el tratamiento temprano y adecuado de los pacientes⁵.

La característica principal de los rayos X es que podemos examinar lo que no podemos observar clínicamente. Consiguientemente es de gran importancia para muchos cambios o patologías que no tienen signos clínicos o en algunos casos donde no encontramos síntomas. En tales casos es de gran ventaja llegar a un diagnóstico integral ya que en algún caso cualquier tipo de anomalía dental es esencial para participar en el tratamiento⁶.

Esta investigación tiene un razonamiento teórico, ya que los resultados nos ayudaran a percibir la realidad de la prevalencia de anomalías de dientes de tejido duro en forma, tamaño y número. Esto tiene implicaciones clínicas porque el diagnóstico adecuado favorece la implementación de medidas preventivas y por lo tanto previene los problemas que pueden causar estas anormalidades, tales como: lesiones cariosas, periodontitis y todo lo que pueda intervenir en la planificación del tratamiento de los dentistas⁷.

También explica la importancia social, ya que favorece la detección de un panorama de las tasas de prevalencia de estas anomalías en nuestra ciudad y por lo tanto, ayuda a proponer un tratamiento adecuado⁷.

Por eso el propósito de este estudio es determinar la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas del centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología– USS entre el 2014 – 2018.

1.6. Hipotesis

HO: No existen anomalías dentarias en las radiografías panorámicas del centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología– USS

H1: Si existen anomalías dentarias en las radiografías panorámicas del centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología – USS

1.7.Objetivos de la investigación.

1.7.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología - USS entre 2014 – 2018

1.7.2. Objetivos Específicos.

- Determinar la prevalencia de anomalías dentarias según tamaño, número y forma en radiografías panorámicas del centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología USS entre 2014 - 2018.
- Determinar la prevalencia de anomalías dentarias según su localización en cuadrantes I, II, III, IV en radiografías panorámicas del centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología –USS entre 2014 - 2018
- Determinar la prevalencia de anomalías dentarias según sexo en radiografías panorámicas del centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología – USS entre 2014 2018.
- Determinar la prevalencia de anomalías dentarias según edad en radiografías panorámicas del centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología –USS entre 2014 - 2018

II. MATERIAL Y METODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

El estudio presente es de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo

De acuerdo con el diseño es no experimental y de corte transversal.

2.2. Población y Muestra.

2.2.1. Población

Está conformada por 210 radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre –Clínica y Clínica de Estomatología – USS durante el periodo 2014 - 2018.

2.2.2. Muestra

Conformada por 210 radiografías panorámicas de la Clínica de Estomatología - USS del 2014 - 2018 que fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

2. Radiografía panorámica de pacientes comprendidos desde los 12 hasta los 40 años.
3. Radiografías panorámicas que estén activas en los archivos del C.P.P.C.C.E
4. Radiografía panorámica de pacientes sanos.

Criterios de exclusión

5. Radiografía panorámica de baja calidad.
6. Radiografías de pacientes con síndromes asociados (paladar y labio fisurado, disostosis cleidocraneal y síndrome de Gardner).
7. Radiografías de pacientes con edentulismo total.
8. Radiografías de pacientes con tratamiento ortodóntico.

2.2.3. Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

2.3. Variables – Operacionalización

Variables

- Anomalías dentales
- Localización
- Sexo
- Edad

Operacionalización

| Variable | Dimensión | Indicador Porcentaje % | Tipo | | Escala |
|--------------------|------------|---|-------------|----------------|-----------|
| | | | Naturaleza | Característica | |
| Anomalías dentales | Tamaño | Macrodoncia | Cualitativa | Numérica | Intervalo |
| | | Microdoncia | | | |
| | Número | Anodoncia | | | |
| | | Hiperdoncia | | | |
| | Forma | Dilaceración | | | |
| | | Taurodontismo | | | |
| | | Fusión | | | |
| | | Geminación | | | |
| | | Concrescencia | | | |
| | | Dens in Dens | | | |
| | | Evaginado | | | |
| Localización | Cuadrantes | Maxilar superior Cuadrante I y II | Cualitativa | Categoría | Nominal |
| | | Maxilar inferior Cuadrante III y IV | | | |
| Sexo | | Femenino | cualitativa | Categoría | Nominal |
| | | Masculino | | | |
| Edad | | Medida en años | Cualitativa | Numérica | Intervalo |

2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

2.4.1. Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para recopilar datos es verificar cada Rx panorámica que cumpla los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo una hoja de adquisición de datos obtenida de un artículo modificado para el presente estudio. Cada archivo contiene las anomalías de forma, número y tamaño, donde se marca como se encuentra en cada Rx para extraer el porcentaje de cada anomalía por ubicación, género y edad de cada paciente.

Antes de la revisión de cada Rx Panorámica en el centro de prácticas de pre-clínica y clínica de estomatología solicitó permiso para obtener las imágenes panorámicas de rayos X de los pacientes que estuvieron presentes de 2014 a 2018. (Anexo 1)

Después de la aprobación del director de la clínica, se verificaron las imágenes panorámicas físicas del Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica.

Validez y confiabilidad.

Para conseguir la eficacia de la ficha de recolección de datos fue validada por cinco especialistas en radiología para constatar su veracidad (Anexo 2)

El especialista (E.G.B.A) impartió una clase sobre anomalías dentarias para la consistencia de los diagnósticos.

Después tanto el especialista como la autora de este estudio, procedieron a observar cada Rx panorámica digital sobre el monitor de una computadora anotando las diferentes anomalías dentarias en cada ficha de recolección de datos que se encuentren en cada Rx, este procedimiento lo realizó para obtener la confiabilidad de dicha ficha (Anexo 3)

2.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Se dispuso de una herramienta que se adquirió de un artículo de Vega⁵ pero que fue modificado en algunos datos (Anexo 4), la ficha comprende las anomalías de número, tamaño y forma y se marcará con una X cada anomalía encontrada en las radiografías

panorámicas según el cuadrante en la zona maxilar o mandibular, y también se tendrá en cuenta la edad y sexo de cada paciente.

2.5. Procedimiento de análisis de datos

Una vez realizada la recopilación de datos, se realizó un análisis que permitió examinar las variables de estudio, es decir el análisis individual de la presencia o ausencia de cualquier tipo de anomalías dental para cada una de las variables en este caso los tipo, anomalías de los dientes por tamaño, forma, número y ubicación en género y edad.

La información recopilada se transfirió a una base de datos para su análisis utilizando estadísticas descriptivas en el software estadístico SPSS versión 25

Adquiridos los resultados son elaborados en tablas y gráficos multivariados con frecuencias absolutas simples para la interpretación de resultados.

2.6. Aspectos éticos

El presente estudio no muestra riesgos ni dificultades para las personas, ya que funciona con las imágenes panorámicas de rayos X proporcionadas por el Centro de Práctica de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipan.

Se solicitó una autorización al director del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología para ejecutar el estudio de investigación.

Toda la indagación adquirida en este estudio de investigación se tratará reservadamente. Cuando el estudio concluya, se dará la entrega de un informe con los resultados al director del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología.

2.7. Criterios de Rigor Científico

Durante esta investigación se puso en práctica el rigor científico, basados en los siguientes principios:

- Valor de verdad.
- Aplicabilidad.
- Consistencia.
- Naturalidad.

III. RESULTADOS

3.1. Tablas y figuras.

Tabla N° 1. Prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología - USS entre 2014 – 2018.

| ANOMALIAS | | % |
|------------------|-----|----------|
| SI | 190 | 90% |
| NO | 20 | 10% |
| TOTAL | 210 | 100% |

Fuente elaboración propia

En la tabla 01 se observa que del total de 210 radiografías panorámicas del C.P.P.C.C.E. USS 2014-2018 el 90% si presento anomalías dentarias mientras que solo el 10% No presento anomalías dentarias en los distintos cuadrantes orales.

Tabla N° 2.

Prevalencia de anomalías dentarias según tamaño, número y forma en radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología - USS entre 2014 – 2018.

| Anomalías Dentales | | n | % |
|-----------------------------|------------------------------|-------------|-------------|
| TAMAÑO | sin anomalía | 832 | 99% |
| | macrodoncia | 3 | 0% |
| | microdoncia | 5 | 1% |
| | Total | 840 | 100% |
| NUMERO | sin anomalía | 755 | 90% |
| | anodoncia | 48 | 6% |
| | hiperdoncia | 37 | 4% |
| | total | 840 | 100% |
| | sin anomalía | 377 | 45% |
| FORMA | dilaceración | 201 | 24% |
| | taurodontismo | 159 | 19% |
| | fusión | 11 | 1% |
| | geminación | 0 | 0% |
| | concrecencia | 10 | 1% |
| | dens in dens | 1 | 0% |
| | evaginado | 1 | 0% |
| | dilaceración y taurodontismo | 73 | 9% |
| | dilaceración y geminación | 2 | 0% |
| | dilaceración y dens in dens | 2 | 0% |
| dilaceración y concrecencia | 1 | 0% | |
| taurodontismo y fusión | 1 | 0% | |
| dilaceración y fusión | 1 | 0% | |
| total | 840 | 100% | |

Fuente elaboración propia

En la tabla 02 se observa que del total de 210 radiografías panorámicas analizadas, se encontró 840 anomalías dentarias y dio como resultado que el 99 % no presentaron anomalías en el tamaño y solamente el 1% presento microdoncia, en anomalía de numero el 90% no presentó ninguna anomalía y solo, el 6% presentaron anodoncia, el 4% presentaron hiperdoncia; en anomalía de forma el 45% no presentó ninguna anomalía, el 24% presentaron dilaceración, un 19% presento taurodontismo y un 9% presentaron dilaceración y taurodontismo a la vez.

Tabla N° 3.

Prevalencia de anomalías dentarias según su localización Maxilar Superior e Inferior en radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología - USS entre 2014 – 2018

| Anomalías Dentales | | Localización | | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------|-----|-------------------------|-----|---------------------------|-----|--------------------------|-----|------|
| | | Max.Sup Cuadrante I | % | Max.sup Cuadrante II | % | Max.Inf. Cuadrante III | % | Max.Inf. Cuadrante IV | % | |
| TAMAÑO | sin anomalía | 483 | 77% | 492 | 78% | 475 | 75% | 514 | 82% | |
| | macrodoncia | 3 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| | microdoncia | 3 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% | |
| NUMERO | anodoncia | 12 | 2% | 13 | 2% | 15 | 2% | 8 | 1% | |
| | hiperdoncia | 8 | 1% | 12 | 2% | 13 | 2% | 4 | 1% | |
| FORMA | dilaceración | 45 | 7% | 44 | 7% | 60 | 10% | 52 | 8% | |
| | taurodontismo | 43 | 7% | 38 | 6% | 43 | 7% | 35 | 6% | |
| | fusión | 4 | 1% | 2 | 0% | 3 | 0% | 2 | 0% | |
| | geminación | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| | conrescencia | 2 | 0% | 1 | 0% | 4 | 1% | 3 | 0% | |
| | dens in dens | 1 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| | evaginado | 1 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| | dilaceración y taurodontismo | 21 | 3% | 25 | 4% | 0 | 0% | 11 | 2% | |
| | dilaceración y geminación | 1 | 0% | 1 | 0% | 16 | 3% | 0 | 0% | |
| | dilaceración y dens in dens | 2 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| | dilaceración y conrescencia | 0 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| | taurodontismo y fusión | 1 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| | Total | dilaceración y fusión | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| | | | 630 | 100% | 630 | 100% | 630 | 100% | 630 | 100% |

Fuente elaboración propia

En la tabla 03 se observa que del total de 210 radiografías panorámicas se encontró 840 anomalías dentarias las cuales se dieron en el maxilar superior en el cuadrante II el 78% y en el maxilar inferior cuadrante IV en un 82% no presentó ninguna anomalía dentarias; en anomalía de numero en el cuadrante I,II y III presentó en un 2% anodoncia ,mientras que un 10% en el cuadrante III presenta dilaceración, el cuadrante IV presenta dilaceración en 8%, un 7% tanto del cuadrante I(max,sup) como del cuadrante III(max.inf) presento taurodontismo, mientras que el cuadrante II(max.sup) y cuadrante IV(max.inf) solo un 6%; el 4% del cuadrante I presento dilaceración y taurodontismo a la vez y el 3% del cuadrante III presento dilaceración y geminación.

Tabla N° 4.

Prevalencia de anomalías dentarias según el sexo en radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología -USS entre 2014 – 2018.

| Anomalías Dentales | | Sexo | | | | n | Total % |
|--------------------|------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|---------|
| | | M | | F | | | |
| | | n | % | n | % | | |
| TAMAÑO | sin anomalía | 391 | 47% | 441 | 53% | 832 | 99% |
| | macrodoncia | 1 | 0% | 2 | 0% | 3 | 0% |
| | microdoncia | 0 | 0% | 5 | 1% | 5 | 1% |
| | total | 392 | 47% | 448 | 53% | 840 | 100% |
| NUMERO | sin anomalía | 349 | 42% | 406 | 48% | 755 | 90% |
| | anodoncia | 26 | 7% | 22 | 3% | 48 | 10% |
| | hiperdoncia | 17 | 8% | 20 | 2% | 37 | 11% |
| | total | 392 | 57% | 448 | 53% | 840 | 110% |
| FORMA | sin anomalía | 179 | 21% | 193 | 23% | 372 | 44% |
| | dilaceración | 89 | 11% | 112 | 13% | 201 | 24% |
| | taurodontismo | 76 | 9% | 87 | 10% | 163 | 19% |
| | fusión | 2 | 0% | 9 | 1% | 11 | 1% |
| | geminación | 0 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% |
| | concrecencia | 9 | 1% | 1 | 0% | 10 | 1% |
| | dens in dens | 0 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% |
| | evaginado | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| | dilaceración y taurodontismo | 35 | 4% | 38 | 5% | 73 | 9% |
| | dilaceración y geminación | 1 | 0% | 1 | 0% | 2 | 0% |
| | dilaceración y dens in dens | 0 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% |
| | dilaceración y concrecencia | 0 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% |
| | taurodontismo y fusión | 0 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% |
| | dilaceración y fusión | 0 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% |
| | total | 392 | 47% | 448 | 53% | 840 | 100% |

Fuente elaboración propia

Se observa que del total de 210 radiografías panorámicas se encontró 840 anomalías dentarias de las cuales, no presentan anomalías de tamaño el 47% de hombres y el 53%, microdoncia presento el 1% de mujeres, no presentan anomalías de numero el 42% de hombres y 48% de mujeres, anodoncia en hombres presento el 7% y 3% en mujeres, hiperdoncia en hombres el 8% y 2% en mujeres, no presentaron anomalías de forma el 21% en hombres y 23% en mujeres, dilaceración en hombres presento el 11% y 13% en mujeres, taurodontismo el 9% en hombres y 10% en mujeres, dilaceración y taurodontismo a su vez presento el 4% en hombres y 5% mujeres.

Tabla N° 5.

Prevalencia de anomalías dentarias según la edad en radiografías panorámicas del Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de Estomatología -USS entre 2014 – 2018.

| Anomalías Dentales | | Edad | | | | | | Total % | n |
|--------------------|------------------------------|--------------------------|-----|---------------------|-----|--------------------|-----|---------|-----|
| | | 12-18 años(adolescentes) | | 19-25 años(jóvenes) | | 26-40 años(adulto) | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| TAMAÑO | sin anomalía | 155 | 18% | 250 | 30% | 427 | 51% | 99% | 832 |
| | macrodoncia | 2 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% | 0% | 3 |
| | microdoncia | 3 | 0% | 2 | 0% | 0 | 0% | 1% | 5 |
| | total | 160 | 19% | 252 | 30% | 428 | 51% | 1 | 840 |
| NUMERO | sin anomalía | 136 | 16% | 223 | 27% | 396 | 47% | 90% | 755 |
| | anodoncia | 7 | 1% | 20 | 2% | 21 | 3% | 6% | 48 |
| | hiperdoncia | 17 | 2% | 9 | 1% | 11 | 1% | 4% | 37 |
| | total | 160 | 19% | 252 | 30% | 428 | 51% | 100% | 840 |
| FORMA | sin anomalía | 76 | 9% | 107 | 13% | 194 | 23% | 45% | 377 |
| | dilaceración | 30 | 4% | 69 | 8% | 102 | 12% | 24% | 201 |
| | taurodontismo | 27 | 3% | 50 | 6% | 83 | 10% | 19% | 160 |
| | fusión | 3 | 0% | 0 | 0% | 7 | 1% | 1% | 10 |
| | geminación | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0% | 0 |
| | concrecencia | 3 | 0% | 1 | 0% | 6 | 1% | 1% | 10 |
| | dens in dens | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% | 0% | 1 |
| | evaginado | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% | 0% | 1 |
| | dilaceración y taurodontismo | 19 | 2% | 23 | 3% | 30 | 4% | 9% | 72 |
| | dilaceración y geminación | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 0% | 0% | 2 |
| | dilaceración y dens in dens | 2 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0% | 2 |
| | dilaceración y concrecencia | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% | 0% | 1 |
| | taurodontismo y fusión | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% | 0% | 1 |
| | dilaceración y fusión | 0 | 0% | 2 | 0% | 0 | 0% | 0% | 2 |
| | total | 158 | 19% | 250 | 30% | 424 | 50% | 99% | 840 |

Fuente elaboración propia

Se observa que del total de 210 radiografías panorámicas se encontró 840 anomalías dentarias de las cuales el 18% son adolescentes, el 30% son jóvenes y el 51% son adultos; todos estos grupos etarios no presentaron anomalías dentales de tamaño; en el grupo de anomalías de número, anodoncia con 1% son adolescentes, 2% jóvenes y 3% adultos; en el grupo de anomalías de forma, dilaceración presento un 4% son adolescentes, 8% jóvenes y 12% adultos; taurodontismo presento 3% en adolescentes, 6% son jóvenes y 10% son adultos; fusión y concrecencia solo adultos con 1%; dilaceración y taurodontismo a la vez presento un 2% en adolescentes, 3% en jóvenes y 4% adultos.

3.2. Discusión de resultados

En el actual estudio se determinó la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas de forma, tamaño y número en pacientes atendidos en el Centro de Prácticas de Pre-Clínica y Clínica de la Universidad Señor de Sipan.

Se evaluó un grupo de 210 radiografías panorámicas de pacientes en edades comprendidas entre los 12 a 40 años.

De los resultados obtenidos, las anomalías más destacadas fueron: el grupo de números, el 06% pertenecía a piezas con anodoncia; también en tamaño 01% pertenecían piezas con Microdoncia; y finalmente en forma, el 24% pertenecía a piezas con dilaceración, el 19% a piezas con taurodontismo. En el estudio de Govind et al¹⁰ cuyos resultados se distribuyeron a las anomalías de los dientes de la misma manera y en orden de frecuencia; el número fue: 0.6% de agenesia y 0.3% de supernumerarios luego en tamaño: 0.6% pertenecía a microdoncia; En términos de forma: el 2,5% pertenecía a la fusión. Cabe señalar que los informes no siempre son comparables, ya que existen diferencias metodológicas en la selección y el tamaño de la muestra.

Un estudio de Kleber A. Marjory E⁸, en el que se analizaron 831 anamnesis clínica e imágenes panorámicas, mostró que 34 pacientes con exceso de dientes eran 10 mujeres (29,4%) y 24 hombres (71%). Se registraron veinte dientes sobrantes en la mandíbula superior (57.14%) y 15 en la mandíbula (42.85%). El área del incisivo en la mandíbula superior fue del 47,1%; fue 5.9% en la región premolar y 5.9% en la región molar; el área de incisión en la mandíbula fue de 2.9%; en la región canina fue de 2.9%; fue del 23.5% en la región premolar y del 14.7% en la región molar. En resumen, se puede decir que el exceso de dientes era más frecuente en la mandíbula superior que en la mandíbula. La diferencia entre los resultados y los del presente estudio es que las anomalías más comunes son la dilaceración (10%) y el taurodontismo (7%) en el Cuadrante III y la dilaceración (8%) y el taurodontismo (6%) en el Cuadrante IV. Por lo tanto, la anomalía de la forma es más común en la mandíbula inferior que en la superior.

Por otro lado, se evaluaron 210 radiografías panorámicas de pacientes de las edades de 13 y 40 años en el presente estudio, lo que condujo a una anomalía de la forma (45%), que mostró un mayor porcentaje de dilatación con 24% y taurodontismo con 19%. En comparación con

el estudio de Lagos et al⁹, en el que se evaluaron 369 imágenes de rayos X, el número fue de 4.9%; La anomalía con el porcentaje más alto es la agenesia con 3.8%. El exceso fue de 1.1% y solo ocurrió en hombres. Cabe señalar que aunque la anomalía dental más común encontrada en algunos estudios no es la misma que en el presente estudio, la anomalía más común que ambos estudios coinciden es la anomalía de la forma.

Masías¹² también realizó un estudio que evaluó 494 radiografías panorámicas en niños de 3 y 6 años, evaluando el tamaño, el número y las anomalías de forma, lo que resultó en el 17.61%, de los cuales 11.34 El% de la forma era anormal y los conos eran más comunes (7.90%). Las anomalías numéricas también se encontraron en 5.06%, con el exceso de personas apareciendo con mayor frecuencia (4.05%). Finalmente, anomalías de tamaño donde se encontró 1.01% de microdoncia en mayores cantidades. Algunas anomalías son más comunes en la dentición decidua que en la dentición permanente en comparación con este estudio, la anomalía donde la dilatación del 24% es más común, una anomalía del número donde la anodoncia es un 6% más común y una anomalía del tamaño donde Es una microdoncia que se encuentra en pequeñas cantidades con 1%.

Según Ibarra et al¹¹, se realizó un estudio en el que se evaluaron 720 historias y panoramas en niños de entre 1 y 10 años. De estos, 63 niños con 9% tienen anormalidades dentales; Las anomalías más comunes son la agenesia con 1.1% y las excedentes con 1.9%, siendo los mesiodentes los más comunes. En comparación con este estudio, que se realizó con 210 imágenes panorámicas en personas de todas las edades, la anomalía más común fue la dilaceración, al 13%, en mujeres entre 26 y 40 años. De acuerdo con la distribución de las anomalías de los dientes por ubicación, este fue el caso y descubrió que la mandíbula superior más afectada era la más baja, con un 43%. Esta correspondencia también se observó en los estudios de Lagos et al⁹, que encontraron que la anomalía numérica se encontró en la mandíbula inferior.

Según el estudio de 2014 realizado por Trevejo Bocanegra¹³ con 1.710 imágenes panorámicas de rayos X, se encontraron 756 piezas dentales con una cierta anomalía, de las cuales 690 mostraron solo un cambio, 53 dos cambios y 13 tres cambios en la misma pieza dental. Se observó que hubo la mayor prevalencia de cambio en el grupo de adultos jóvenes con 404 dientes y en el grupo de niños con solo 8 dientes. La prevalencia de anormalidades

de los dientes fue determinada por género. Vega J5, Pineda²³, señala que las anormalidades de los dientes son más comunes en las mujeres, lo que no es consistente con el presente estudio. Esto puede verse influenciado porque el 55,6% de las imágenes panorámicas fueron tomadas por hombres.

La prevalencia de anormalidades dentales por edad se dividió en 3 grupos de adolescentes de 12 a 18 años, jóvenes de 19 a 25 años y adultos de 26 a 40 años, lo que significa que la frecuencia de anormalidades dentales se observó con un mayor porcentaje en adultos.

Concluyentemente, los resultados obtenidos en la presente investigación arrojaron que el 90% de las 210 imágenes de rayos X tenían al menos un tipo de anomalía dental, que, en comparación con los estudios de Hinostroza G¹⁴, muestra que más del 50% de las imágenes de rayos X examinadas mostraron al menos un tipo de anomalía dental.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas es de un 90% que si presentaron alguna anomalía y un 10% que no presentaron ninguna anomalía.
- La prevalencia de anomalías dentarias según tamaño fue microdoncia con un 1%, con respecto al número fue anodoncia con un 06% y con respecto a forma fue dilaceración con un 24 %.
- La prevalencia de anomalías dentarias según su localización en el maxilar superior cuadrante I: con respecto a número fue de 2% para anodoncia y 1% para hiperdoncia. Con respecto a forma: dilaceración con 7%, taurodontismo con 7%, fusión con 1%. En cuadrante II: con respecto a número fue de anodoncia con 2%, hiperdoncia con 2%, dilaceración con 7% y taurodontismo con 6 %. Según su localización en el maxilar inferior cuadrante III: respecto a número: anodoncia con 2%, hiperdoncia con 2%, dilaceración con 10%, taurodontismo con 7%, concrescencia con 1%. En cuadrante IV: respecto a número fue de anodoncia con 1%, hiperdoncia con 1%, dilaceración con 8% y taurodontismo con 6%. Concluyendo que la mayoría de anomalías se localizaron en el maxilar inferior.
- La prevalencia de anomalías dentarias según sexo fue más frecuente en hombres con un 40% que en mujeres.
- La prevalencia de anomalías dentarias según la edad fue más frecuente en el grupo de 26 a 40 años.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda utilizar radiografías panorámicas como protocolo para el tratamiento dental.
- Se recomienda que las escuelas de estomatología, clínicas u consultorios dentales proporcionen conocimiento de este tipo de anomalías para demostrar al paciente y al estudiante la importancia de los exámenes médicos para realizar un buen diagnóstico y tratamiento.
- Se recomienda ejecutar estudios anexos con un mayor número de radiografías panorámicas en adultos y niños para evaluar si las anomalías de los dientes deben ser informadas, explicadas y cuáles ofrecen las mejores alternativas de tratamiento para cada una.
- Se recomienda realizar estudios de investigación clínico-radiológica con exámenes para identificar una gran cantidad de anomalías.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Haring JI, Jansen L. Radiografía panorámica. En: Radiología Dental: principios y técnicas. a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 368-389.
2. Balanzategui S, De la Cruz S, De la Cruz J. Recidiva en Ortodoncia: el apiñamiento anteroinferior post tratamiento. Cien Dent 2007; 4; 2:145151
3. Lochts S. Panoramic radiographic examination of 704 Danish children aged 9-10 years. Community Dent Oral Epidemiol.1980; 8:375-80.
4. Biondi A. Anomalías dentarias producidas durante el proceso normal de la odontogénesis. Disponible en : <http://www.uba.ar/comunicacion/noticia.php?id=3108>
5. Vega J. Prevalencia De Anomalías Dentales en Radiografías Panorámicas De Pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico por Imágenes De La Ciudad De Chiclayo, 2012 - 2013. Tesis Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo Escuela De Odontología Chiclayo, 2015
6. Taddei M, Anduaga L S, Anomalías del Esmalte Dentario en niños de 5 a 8 años de edad en una Población Peruana, Kiru 2012, 9(2).
7. Vásquez D. Dientes supernumerarios: Estudio de prevalencia en la ciudad de Buenos Aires. Revista ADM /septiembre-octubre 2012/vol. LXIX NO. 5 P.P. 222-225 [en línea] Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od125f.pdf>.
8. Marjory E. Vaca-Zapata, Kleber A. Vallejo-Rosero. Prevalencia y ubicación de dientes supernumerarios; Ecuador 2016 artículo Dominio de las ciencias, Vol. 3, núm. 1, enero, 2017, pp. 389-399 [en línea] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.1.389-399>
9. Lagos D, Martínez AM, Palacios JV, Tovar D. Hernández JA, Jaramillo A. Prevalencia de anomalías dentarias de número en pacientes infantiles y adolescentes de las clínicas odontológicas de la Universidad del Valle desde el 2005 hasta el 2012. Rev Nac Odontol. Febr 2015;11(20):31-39.
10. Govind S, Chhabra C, Gavray K, Kalghatg S, Khandelwal. Dental anomalies of the deciduous dentition among Indian Children: A survey from Jodhpur Rajasthan, Indian. Apr. 2015;33(2):111-15.
11. Ibarra C, Moyaho A, Carrasco R, Vasquez L, Lezama G, Leyva J. Anomalías de forma y numero en dentición temporal en una población mexicana. Odontol Pediatr. Jul/dic 2015(2)94-108.

12. Masías PRC. Prevalencia de anomalías dentales en forma, tamaño y número en pacientes de 3 a 6 años de edad con dentición decidua que asistieron a la clínica docente de la UPC durante los años 2012 a 2014. Repositorio académico de UPC. Perú- Lima 2014
13. Trevejos A , Prevalencia de anomalías dentarias evaluadas en radiografías panorámicas en Perú. ODOUS científica. dic 2014; 15(2):15-25.
14. Hinostroza CG, Nolasco TA. Prevalencia de hallazgos en radiografías panorámicos en pacientes de 19 a 40 años, Huancayo 2013 Revista INCRESCENDO - Ciencias de la Salud, Vol. 01 No 01, 2014, pp. 147 - 155 [en línea] Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/view/274/177>
15. Cheesman H. Alteraciones de Tamaño, Forma y Número en piezas dentales. Facultad de Odontología. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. 2011
16. Soto L, Calero J. Anomalías dentales en pacientes que asisten a la consulta particular e institucional en la ciudad de Cali 2009-2010. Colombia. Revista estomatológica 2010; 18(1):17-23.
17. Phillip S, Lewis R, George P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2da ed. Editorial Elsevier. Barcelona – España.
18. Goaz P. Radiología Oral. Principios e interpretación. 3ª ed. Editorial Mosby. Mexico. 1995.
19. Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en Niños y Adolescentes. 1era ed. Editorial Amolca. Caracas – Venezuela. 2001.
20. Kliegman, Behrman, Jenson Stanton. Nelson. Tratado de Pediatría, 18ª ed. Barcelona Elsevier; 2012.
21. Abanto J, Imparato JCP, Guedes-Pinto AC, Bönecker M. Anomalías dentarias de impacto estético en odontopediatría: características y tratamiento. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(3):171-178.
22. Roig M, Morelló S. Introducción a la patología dentaria. Parte 1. Anomalías dentarias. Rev Oper Dent Endod 2006; 51(5).
23. Pineda P, Fuentes R, Sanhueza A. Prevalencia de Agenesia Dental en Niños con Dentición Mixta de las Clínicas Odontológicas Docente Asistencial de la Universidad de La Frontera. Chile. Int. J. Morphol. 2011; 29(4):1087-1092.
24. Menares FD, Gacitúa CP. Diente supernumerario geminado en dentición permanente: reporte de caso. Revista Dental de Chile 2015; 106 (2) 4-6

ANEXO 1



Especie valorada
S/ 20.00

FORMATO DE SOLICITUD

Solicita: Autorización para
ingresar al C.P.P.C.C.E

Señor (a), Srta. :

Dr. Ojeda Gomez Roberto

Ramirez Reano Juleisy Angelica, con DNI N° 74831521

(Nombres y Apellidos del solicitante)

Email IREANOJAN@cece.uss.edu.pe Teléfono 973360861 Dirección colombia # 487 - JLO

Ante Ud. Con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de: Alumno del X ciclo

(Padre - Docente- Alumno)- (Especialidad - Ciclo)

Recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Que con motivo de realizar mi proyecto de tesis titulado "Prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas del C.P.P.C.C.E - USS entre el 2014-2018" la cual se trabajara con radiografías panorámicas anexadas a los historios (rincos), requiero su autorización para poder ingresar a la instalación del C.P.P.C.C.E y obtener las radiografías necesarias para el desarrollo del proyecto de tesis antes mencionado.

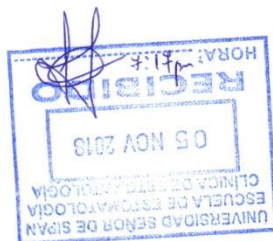
Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponda se atienda mi petición por ser de justicia.

Chiclayo, 05 de Noviembre 2018

Firma del Solicitante

Anexos:

- a. _____
- b. _____
- c. _____



ANEXO 2

ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al **proyecto de investigación** para determinar **la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas** como parte de la investigación titulada: **"PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN RADIOGRAFIAS PANORÁMICAS DEL C.P.P.C.E - USS ENTRE EL 2014-2018."**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante **Ramirez Reaño Juleisy Angelica**

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.



Firma del Evaluador
C.D. Esp. Pablo E. Urtecho Vera
COP 17305 RNE 675

ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al **proyecto de investigación** para determinar **la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas** como parte de la investigación titulada: **"PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN RADIOGRAFIAS PANORÁMICAS DEL C.P.P.C.C.E - USS ENTRE EL 2014-2018."**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante **Ramirez Reaño Juleisy Angelica**

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.



The image shows a handwritten signature in blue ink. Below the signature is a faint circular stamp with text that is partially obscured but appears to include 'Mg. C.P.P.C.C.E. - USS' and 'C.P.P.C.C.E.'.

Firma del Evaluador

ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al **proyecto de investigación** para determinar **la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas** como parte de la investigación titulada: **"PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DEL C.P.P.C.C.E - USS ENTRE EL 2014-2018."**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante **Ramirez Reaño Juleisy Angelica**

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.



C. D. F. Giancarlo Becerra Atoche
Firma del Evaluador
COP. 31493

ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al **proyecto de investigación** para determinar **la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas** como parte de la investigación titulada: **"PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN RADIOGRAFIAS PANORAMICAS DEL C.P.P.C.C.E - USS ENTRE EL 2014-2018."**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante **Ramirez Reaño Juleisy Angelica**

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Ms. CD. Esp. Julie C. Romero Gamboa
Especialista en Cariología y Endodoncia
Magistra en Gestión de Servicios de Salud
COP. 24697 FNE 1234

Firma del Evaluador

ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al **proyecto de investigación** para determinar **la prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas** como parte de la investigación titulada: **"PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN RADIOGRAFIAS PANORAMICAS DEL C.P.P.C.C.E - USS ENTRE EL 2014-2018."**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante **Ramirez Reaño Juleisy Angelica**

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.



Firma del Evaluador

ANEXO 3

| | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z | AA | AB | AC | AD | AE | AF | AG | |
|----|-------------------|----|--------|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|----|----|------|----|----|------|--|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Anomalia Dentales | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | 6 | | | 7 | | | 8 | | | 9 | | | 10 | | | | |
| 4 | | o | r | % | o | r | % | o | r | % | o | r | % | o | r | % | o | r | % | o | r | % | o | r | % | o | r | % | o | r | % | | |
| 5 | MS1Cmacrodoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 6 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 7 | MS1Cmicrodoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 8 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 9 | MS1Ccanodncia | ND | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 10 | | SI | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 11 | MS1Chiperdncia | ND | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 0 | 0% | 1 | 1 | 100% | |
| 12 | | SI | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 0 | 0 | | |
| 13 | MS1Cdilaceracion | ND | 0 | 0 | 100% | 0 | 1 | 0% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 0 | 0% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 14 | | SI | 1 | 1 | | 1 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | |
| 15 | MS1Ctaurodontismo | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | |
| 16 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | |
| 17 | MS1Cfusion | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 18 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 19 | MS1Cgeminacion | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 20 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 21 | MS1Cconcrecencia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 22 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 23 | MS1Cdens | ND | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 24 | | SI | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 25 | MS1Cevaginado | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 26 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 27 | MS2Cmacrodoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 28 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 29 | MS2Cmicrodoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |
| 30 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | |
| 31 | MS2Ccanodncia | ND | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | |

| | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z | AA | AB | AC | AD | AE | AF | AG | | | |
|----|--------------------|----|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|----|----|------|----|----|------|---|---|------|
| 32 | | SI | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 33 | MS2Chiperdoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% |
| 34 | | SI | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | |
| 35 | MS2Cdilaceracion | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 1 | 0% | 0 | 1 | 0% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% |
| 36 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 0 | | 1 | 0 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | |
| 37 | MS2Ctaurodontismo | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% |
| 38 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | |
| 39 | MS2Cfusion | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 40 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 41 | MS2Cgemination | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 42 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 43 | MS2Cconocrescencia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 44 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 45 | MS2Cdens | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 46 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 47 | MS2Cevaginado | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 48 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 49 | Mi3Cmacrodoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 50 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 51 | Mi3Cmicrodoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 52 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 53 | Mi3Canodoncia | ND | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 54 | | SI | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 55 | Mi3Chiperdoncia | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% |
| 56 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 57 | Mi3Cdilaceracion | ND | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 58 | | SI | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 59 | Mi3Ctaurodontismo | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% |
| 60 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | |
| 61 | Mi3Cfusion | ND | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 62 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

| | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z | AA | AB | AC | AD | AE | AF | AG |
|----|--------------------|----|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|----|----|------|----|----|------|
| 63 | MI3Cgeminacion | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 64 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 65 | MI3Cconocrescencia | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 66 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 67 | MI3Cdens | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 68 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 69 | MI3Cevaginado | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 70 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 71 | MI4Cmacrodoncia | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 72 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 73 | MI4Cmicrodoncia | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 74 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 75 | MI4Canodoncia | NO | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 76 | | SI | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 77 | MI4Chiperdoncia | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 78 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 79 | MI4Cdilaceracion | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 80 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | |
| 81 | MI4Ctaurodontismo | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 82 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | |
| 83 | MI4Cfusion | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 84 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 85 | MI4Cgeminacion | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 86 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 87 | MI4Cconocrescencia | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 88 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 89 | MI4Cdens | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 90 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 91 | MI4Cevaginado | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 92 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

Z109



| | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z | AA | AB | AC | AD | AE | AF | AG |
|-----|-------------------------------------|----|---|-------|-------|---|----|-------|---|----|-------|---|----|-------|---|----|-------|---|----|-------|---|----|-------|---|----|-------|----|----|-------|----|-----|-------|
| 81 | MI4Ctaurodontismo | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 0 | 0 | 100% |
| 82 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 1 | |
| 83 | MI4Cfusion | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 84 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 85 | MI4Cgemination | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 86 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 87 | MI4Ccoocrescencia | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 88 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 89 | MI4Cdens | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 90 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 91 | MI4Cevaginado | NO | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% |
| 92 | | SI | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | |
| 93 | % calibracion /persona | | | p1 | ##### | | p2 | ##### | | p3 | ##### | | p4 | ##### | | p5 | ##### | | p6 | ##### | | p7 | ##### | | p8 | ##### | | p9 | ##### | | p10 | ##### |
| 94 | % calibracion global | | | 98.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 97 | MS1C=Maxilar superior 1er cuadrante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 98 | MS2C=Maxilar superior 2do cuadrante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99 | MI3C=Maxilar inferior 3er cuadrante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | MI4C=Maxilar inferior 4to cuadrante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 102 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CALIBRACION GLOBAL: 98.9%

ANEXO 4



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
PREVALENCIA DE ANOMALIAS DENTARIAS EN
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS DEL CENTRO DE
PRACTICAS DE PRE-CLINICA Y CLINICA DE
ESTOMATOLOGIA ENTRE EL 2014 - 2018.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Marcar con una “X” las anomalías presentes en cada radiografía

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

| Anomalías dentales | | Localización | | | |
|--------------------|---------------|------------------|----|------------------|----|
| | | Maxilar superior | | Maxilar inferior | |
| | | Cuadrante | | Cuadrante | |
| | | I | II | III | IV |
| Tamaño | Macrodoncia | | | | |
| | Microdoncia | | | | |
| Numero | Agenesia | | | | |
| | Hiperdoncia | | | | |
| Forma | Dilaceración | | | | |
| | Taurodontismo | | | | |
| | Fusión | | | | |
| | Geminación | | | | |
| | Concrescencia | | | | |
| | Dens in Dens | | | | |
| | Evaginado | | | | |