



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA.**

**FILIAL PIURA**

**TITULO:**

**“RELACIÓN ENTRE LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE  
LOS TUMORES Y QUISTES ODONTOGÉNICOS EN LOS  
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA  
DEL HOSPITAL ESSALUD NIVEL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA  
EN EL PERIODO 2005-2015, PIURA”**

**TESIS**

**Para optar el Título de  
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTORA:**

**Bach. INGRID JENNIFER ROSAS GARCÍA.**

**Piura – Perú**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios por ser el creador de todo, por darme la vida y mantenerme siempre con salud.

A mis padres Ulises y Jackelyne, porque ellos han dado razón a mi vida, por cada uno de sus consejos y su apoyo incondicional a lo largo de la carrera.

A mis hermanos Karla y Ulises Junior por ser mis verdaderos amigos y siempre brindarme su cariño.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo y sabiduría a lo largo de mi formación académica, en especial a mis asesores CD. Neil Velarde Chero, al Mg. Giancarlo Rodríguez Velarde y a la Dra. Rosa Elvira Ato Espinoza por haberme guiado en el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

## **RECONOCIMIENTO**

A mis padres por ser lo más valioso que Dios me ha dado, les agradezco todo su cariño y su comprensión, quienes me han sabido formar con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me han ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación “Relación entre los Tratamientos Quirúrgicos de los Tumores y Quistes Odontogénicos en los Pacientes atendidos en el servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el Periodo 2005 al 2015. Piura”.

Tiene por objetivo General “Determinar la relación que existe entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quiste Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura”

Se utilizó el diseño estadístico No experimental. Tuvo por hipótesis General “Existe relación entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura”

En el primer Capítulo se describe el planteamiento del problema, la descripción de la realidad problemática, la delimitación espacial, temporal, cuantitativa y conceptual de la investigación; los problemas, objetivos, justificación e importancia de la investigación así como las limitaciones de la misma.

En el Segundo Capítulo se describen los antecedentes de la Investigación, las Bases Teóricas y la Definición de Términos Básicos.

En el Tercer Capítulo se describe el Análisis e Interpretación de los Resultados, Y finalmente Conclusiones, Recomendaciones, Fuentes de Información y Anexos.

## **ABSTRACT**

This research "Relationship between Surgical Treatment of Odontogenic tumors and cysts in patients treated in the Dental Hospital ESSALUD Level III José Cayetano Heredia in Piura period 2005 to 2015".

General aims to "determine the relationship between the surgical treatment used in the cyst Odontogenic tumors and in patients treated at the Dental Hospital ESSALUD Level III José Cayetano Heredia in the period 2005 to 2015, Piura"

The No statistical experimental design was used. Had by General hypothesis "There is a relationship between surgical treatment used in Odontogenic tumors and cysts in patients treated at the Dental Hospital ESSALUD Level III José Cayetano Heredia in the period 2005 to 2015, Piura"

In the first chapter the problem statement, the description of the problematic reality, spatial, temporal, quantitative and conceptual delimitation of the research is described; problems, objectives, rationale and importance of research and the limitations thereof.

In the second chapter the background of the research, the theoretical basis and the definition of basic terms are described.

In the third chapter the analysis and interpretation of the results, and finally conclusions, recommendations, and Annexes Resource described.

# ÍNDICE

Pág

INTRODUCCIÓN .....	10
CAPITULO I .....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	12
1.2. Delimitación de la Investigación .....	13
1.2.1. Delimitación espacial .....	13
1.2.2. Delimitación temporal .....	13
1.2.3. Delimitación Cuantitativa .....	13
1.2.4. Delimitación Conceptual .....	13
1.3. Problema de Investigación .....	14
1.3.1. Problema Principal.....	14
1.3.2. Problema Secundario .....	14
1.4. Objetivo de la Investigación .....	15
1.4.1. Objetivo General.....	15
1.4.2. Objetivo Especifico .....	15
1.5. Hipótesis de la Investigación.....	16
1.5.1 Hipótesis General .....	16
1.5.2 Hipótesis Secundarias .....	16
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.....	17
1.6 Diseño de Investigación .....	19
1.6.1 Tipo de Investigación .....	19
1.6.2 Nivel de Investigación .....	19
1.6.3 Método.....	19
1.7 Población y Muestra de la Investigación .....	20
1.7.1 Población .....	20
1.7.2 Muestra.....	20
1.8 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de datos .....	20
1.8.1 Técnicas .....	20
1.8.2 Instrumentos .....	20
1.9 Justificación e importancia de la Investigación .....	20

1.9.1. Justificación: .....	20
1.9.2. Importancia .....	21
CAPITULO II .....	22
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	23
2.2. Bases Teóricas .....	30
2.3. Definición de Términos Básicos .....	67
CAPITULO III .....	69
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	69
DISCUSIÓN .....	80
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES .....	84
FUENTES DE INFORMACION .....	86
ANEXOS .....	89



## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

PAG.

01	Tabla cruzada de Tipos de Quistes Odontogénicos y sus Tratamientos	71
02	Prueba de chi-cuadrado de Pearson para Tipos de Quistes Odontogénicos y sus Tratamientos	72
03	Gráfico de Distribución de Quistes Odontogénicos y sus Tratamientos	73
04	Tabla cruzada de Localización de Tumores Odontogénicos y el Género	74
05	Prueba de Chi cuadrado de Pearson para Quistes Odontogénicos y Género	75
06	Gráfico de Distribución de los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Género	76
07	Tabla cruzada de los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas	77
08	Prueba de chi-cuadrado de Pearson los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas	78
09	Prueba de chi-cuadrado de Pearson de los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas	79
10	Gráfico de Quistes Odontogénicos y Grupo Etéreo por Décadas	80

## INTRODUCCIÓN

Los maxilares son huesos que albergan a los tejidos dentarios, en especial a los dientes, importantes para realizar ciertas funciones, tales como la masticación y la fonación. Tales estructuras son susceptibles a desarrollar algún tipo de lesión, por tal motivo, encontrar patologías relacionadas a tejidos dentarios es muy común.

Las patologías en los maxilares han sido investigadas en diversas partes del mundo, obteniéndose una frecuencia significativa de quistes asociados a tejidos dentarios, siendo los Tumores y Quistes Odontogénicos los más frecuentes, originados principalmente por causa inflamatoria o por alteraciones durante el desarrollo. (1)

Los Tumores y Quistes Odontogénicos son las lesiones encontradas con mayor frecuencia en la región maxilofacial, afectando principalmente los maxilares; éstos a su vez se desarrollan a partir de restos de epitelio odontogénico que quedaron esparcidos en los procesos alveolares durante el mecanismo de la odontogenia, proviniendo específicamente de la lámina dental y de la vaina de Hertwig.

Según la Organización Mundial de la Salud (2005) los quistes odontogénicos se clasifican como quistes odontogénicos de desarrollo y quistes odontogénicos inflamatorios, siendo éstos a su vez agrupados dentro de los quistes epiteliales; destacando la clasificación del Queratoquiste Odontogénico.(2)

El tipo de tratamiento está condicionado por múltiples factores como el tamaño de la lesión, su localización, su relación con estructuras anatómicas vecinas, la posible afectación de estructuras dentales, entre otras. El objetivo es elegir la modalidad de tratamiento que conlleva el menor riesgo posible de recurrencia y la mínima morbilidad, y al mismo tiempo la erradicación de la lesión.(3)

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Los Tumores Odontogénicos (TO) y Quistes Odontogénicos (QO) constituyen un grupo heterogéneo de lesiones poco frecuentes, ya que representan menos del 4% de todos los especímenes de la región bucal y maxilofacial que son enviados para estudio histopatológico en distintos servicios de patología.(4) Las neoplasias malignas a su vez, constituyen un porcentaje mínimo de los TO y QO ya que en las diversas series publicadas a nivel mundial su frecuencia varía entre 0 y 6.1% (5). Así como los TO y QO benignos se pueden originar tanto del componente epitelial como del mesénquima, las neoplasias malignas también pueden tener origen epitelial, mesenquimatoso o mixto, con un marcado predominio de los carcinomas sobre las otras estirpes histológicas (6). De acuerdo con la más reciente Clasificación Internacional de Tumores Odontogénicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los carcinomas odontogénicos son lesiones que pueden desarrollarse por transformación maligna de un ameloblastoma, originarse directamente a partir de restos de epitelio odontogénico después que se ha completado la formación dentaria, desarrollarse por transformación maligna del revestimiento epitelial de quistes odontogénicos, o surgir como una variedad maligna de otros tumores epiteliales (7). Por su parte, los sarcomas odontogénicos se clasifican en tres tipos: fibrosarcoma ameloblástico (variedad maligna del fibroma ameloblástico), fibrodentinosarcoma y odontosarcoma ameloblásticos (variantes malignas del fibrodentinoma y fibro-odontoma ameloblásticos, respectivamente). Existe también el carcinosarcoma odontogénico, entidad sumamente rara, en donde los componentes epiteliales y mesenquimatoso muestran rasgos histológicos de malignidad (8). La etiopatogenia de los TO y QO malignos es hasta ahora desconocida, y aunque existen varias investigaciones que han estudiado las posibles alteraciones en el ciclo celular, expresión de proto-oncogenes y mutaciones en los genes de supresión tumoral, la baja incidencia de este tipo de neoplasias dificulta notablemente cualquier esfuerzo al respecto (9). De hecho, la información existente sobre sus aspectos clínico-

patológicos, conducta y manejo terapéutico se basa principalmente en reportes de casos ya tratados.

## 1.2. Delimitación de la Investigación

### 1.2.1. Delimitación espacial

La investigación se realizó en el Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia. Miraflores – Piura.

### 1.2.2. Delimitación temporal

La investigación se desarrolló en el lapso comprendido entre los meses de junio a octubre del 2015.

### 1.2.3. Delimitación Cuantitativa

En la investigación se revisaron 90 historias clínicas del Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia.

### 1.2.4. Delimitación Conceptual

Para el desarrollo de la investigación se consideró pertinente desarrollar aspectos tales como las patologías en los maxilares asociados a tejidos dentarios, para poder determinar los tratamientos que se realizaron según el sexo y el grupo étnico en nuestra población.

### 1.3. Problema de Investigación

#### 1.3.1. Problema Principal

¿Existe relación entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura.

#### 1.3.2. Problema Secundario

- ¿Qué relación existe entre los Tumores Odontogénicos y Quistes Odontogénicos ante la presencia de una pieza dentaria en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015?
- ¿Cuál es el grupo etáreo en el que predomina los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015?
- ¿Es el sexo femenino donde existe mayor predominio los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015?

## 1.4. Objetivo de la Investigación

### 1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quiste Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura.

### 1.4.2. Objetivo Especifico

- Indagar la zona de ubicación con mayor predominio de los dientes que causaron más Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.
- Identificar el grupo etáreo con mayor predominio de los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015
- Verificar si el sexo femenino tiene mayor predominio de Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.

## 1.5. Hipótesis de la Investigación

### 1.5.1 Hipótesis General

Existe relación entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura

### 1.5.2 Hipótesis Secundarias

H1: La región Maxilar Anterior es donde prevalecen los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.

H2: Es el grupo etáreo de mayor edad, por el mayor rango de años vividos en el cual prevalecen los Tumores Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.

H3: Es el sexo femenino por sus características morfológicas en el cual prevalecen los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.



### 1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

#### 1.5.3.1. Definición Conceptual de las Variables

##### Variable Dependiente:

##### Tratamiento:

Es el conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de éstas, una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.

##### Variable Independiente:

##### Tumores Odontogénicos

Es una cavidad circunscrita, bien definida y cerrada, llena de un líquido o una masa semifluida, cuyas paredes están formadas por una cápsula fibrosa tapizada interiormente por un epitelio más o menos bien organizado, desarrollados a partir de los restos de epitelio odontogénico que quedaron esparcidos en los procesos alveolares durante la odontogénesis, proviniendo específicamente de la lámina dental y de la vaina de Hertwig.

##### Quistes Odontogénicos

Es una cavidad circunscrita, ocupada por material líquido o semisólido (pus) y tapizado en su interior por epitelio escamoso estratificado escamatozado, que puede destruir el hueso del maxilar o de la mandíbula, provocar movimiento dentario o convertirse en lesiones no benignas.

## Definición Operacional de Variables

Variables	Definición operacional	
	Aspectos o Dimensiones	Indicadores
Tratamientos	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enucleación y/o Curetaje</li> <li>- Resección Marginal o en Bloque</li> <li>- Resección Compuesta</li> </ul>
	Grupo Etáreo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera década</li> <li>- Segunda década</li> <li>- Tercera década</li> <li>- Cuarta década</li> <li>- Quinta década</li> <li>- Sexta década</li> </ul>
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>
Quistes Odontogénicos	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quistes derivados de los restos de Malassez (periapical)</li> <li>- Quistes derivados del epitelio reducido del esmalte (dentígero, de erupción, paradental)</li> <li>- Quiste derivados de la lámina dental (queratoquiste odontógeno, periodontal lateral, gingival del adulto, de la lámina dental del recién nacido y odontógeno glandular)</li> </ul>
Tumores Odontogénicos	Localización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Región maxilar anterior</li> <li>- Región maxilar premolar</li> <li>- Región maxilar molar</li> <li>- Región mandibular anterior</li> <li>- Región mandibular premolar</li> <li>- Región mandibular molar</li> </ul>
	Tamaño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0.1 a 2.0 cm.</li> <li>- 2.1 a 4.0 cm.</li> <li>- 4.1 a 6.0 cm.</li> </ul>

## 1.6 Diseño de Investigación

### 1.6.1 Tipo de Investigación

- a) De acuerdo a la orientación: aplicada porque tiene como propósito elevar la calidad de vida del ser humano.
- b) De acuerdo a la técnica de contrastación: explicativa porque permite hacer el análisis de relación de las dos variables de trabajo (Tipos de Tumores y Quistes Odontogénicos y sus tratamientos).
- c) De acuerdo con su direccionalidad: retrospectiva porque se analizaron datos de las historias clínicas en tiempo pasado.
- d) De acuerdo con el tipo de Recolección de Datos: Prolectiva porque se recogió la información para fines específicos de la presente investigación.
- e) De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado: transversal porque sólo se medirá una vez las variables y se procederá a su descripción y análisis.
- f) De acuerdo con la comparación de las poblaciones: comparativa porque el estudio se realizó en la población del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia.

### 1.6.2 Nivel de Investigación

Correlacional no experimental porque no se va a manipular variable alguna, solo se va a medir e interpretar múltiples variables simultáneas, haciendo uso correcto de la estadística.

### 1.6.3 Método

Estadístico como proceso de obtención, representación, simplificación, análisis, interpretación y proyección de las características, variables o valores numéricos de este proyecto de investigación.

## 1.7 Población y Muestra de la Investigación

### 1.7.1 Población

La población estará constituida por aquellos pacientes referidos al servicio de Odontología entre los años 2005 al 2015 del hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia. Se registraron 2160 historias clínicas.

### 1.7.2 Muestra

La muestra es intencional porque así lo requiere el trabajo de investigación y estará representada por aquellos pacientes que registraron como diagnóstico clínico e histopatológico algún tipo de Tumor Odontogénico y Quiste Odontogénico

## 1.8 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de datos

### 1.8.1 Técnicas

La observación porque se realizó directamente del total de las historias clínicas del Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia.

### 1.8.2 Instrumentos

Ficha de Datos porque es ahí donde se encuentra registrada toda la información del paciente; nombre, número de DNI, dirección, etc, que nos ayudará en este trabajo de investigación.

## 1.9 Justificación e importancia de la Investigación

### 1.9.1. Justificación:

En Sudamérica, principalmente en el Perú, existe escasa información con respecto a la frecuencia de tumores y quistes

odontogénicos, razón por la cual se plantea el siguiente estudio para hacerlo en el Piura.

La incidencia de Tumores y Quistes Odontogénicos es un tema poco estudiado en nuestro departamento, debido a los pocos datos encontrados en las fuentes de información, tanto escrita como virtual. Por tal motivo, es meritorio saber cuán prevalentes son los Tumores y Quistes Odontogénicos para obtener resultados sobre nuestra población. Estos resultados serán de gran valor académico y clínico, tanto para el profesional como para las autoridades competentes, encargados de establecer las medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento, para poder velar por la salud de la población. (10)

Esta investigación se realizó para determinar la relación que existe entre el tratamiento usado y la Rehabilitación de los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital José Cayetano Heredia durante el periodo 2005 al 2015.

#### 1.9.2. Importancia

Es importante conocer la frecuencia real de los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes de nuestro medio; su localización más frecuente, distribución por edad y sexo para así poder orientar a un especialista como cirujano buco-maxilofacial y al odontólogo general para realizar un diagnóstico precoz de estas lesiones y orientar al paciente de una manera adecuada, para proporcionar el tratamiento óptimo de acuerdo a la edad del paciente, la localización anatómica de la neoplasia y el comportamiento histopatológico de la misma. Evitando de esta manera efectuar tratamientos quirúrgicos radicales.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## 2.1. Antecedentes de la Investigación

### Antecedentes Internacionales

- Weir JC y Col en el Año 2007, (11) presentó en su trabajo de investigación titulado “estudio epidemiológico y diagnóstico de 15783 lesiones orales, tomadas del servicio de Patología Oral de la Universidad de Louisiana, Estados Unidos de América, durante un periodo de 17 años y medio”. Del total de casos estudiados, 480 casos resultaron ser estructuras normales, sobre todo folículos dentales, y fueron eliminados del estudio. Los restantes 15303 casos habían sido diagnosticados como entidades patológicas.

El autor concluye que los fibromas, granulomas periapicales, las periodontitis, los mucocelos y los quistes radiculares resultaron ser las lesiones más frecuentes. Las neoplasias constituyeron casi el 15% de todos los especímenes, siendo el 18% de éstos, de características malignas. Adicionalmente, 360 lesiones (2,4%), albergaban a la displasia, que podría ser considerada premaligna. Los grupos de edad de mayor representación en estos pacientes fueron del tercer a la sexta década de vida.

- Daley TD en el año 2008 (12) presentó en su trabajo de investigación titulado “la incidencia relativa de los tumores y quistes odontogénicos en una población canadiense”. Se revisaron 40000 biopsias orales tomadas en el Servicio de Diagnóstico y Patología Oral de la Universidad de Western Ontario, London, Canadá. Se enumeraron neoplasias odontogénicas, lesiones similares a neoplasias (tumores) y quistes verdaderos de los tejidos orales. De un total de 445 (1,11%) tumores odontogénicos, 392 (0,98%) fueron tomados de los pacientes del servicio, 53 fueron de pacientes referidos de otros centros diagnósticos.

El autor concluye:

De los tumores odontogénicos, el odontoma fue el más común (51,53%), seguido por los ameloblastomas (13,52%) y el fibroma odontogénico periférico (8,93%).

De los quistes odontogénicos, el quiste radicular (periapical) fue el más común (65,15%), seguido del quiste dentígero (24,08%) y el queratoquiste odontogénico (4,88%).

El quiste no odontogénico más frecuente fue el quiste del conducto nasopalatino, que representó el 73,43% de este subconjunto de quistes.

- Ledesma MC en el año 2010 (13) realizó en su trabajo de investigación titulado “Estudio clínico-patológico de los quistes odontogénicos del área de Patología Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México”

Los archivos de Diagnóstico, Patología Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México fueron revisados, enumerándose todos los quistes odontogénicos. Se encontraron 304 casos de quistes odontogénicos a predominio masculino (55,9%). Los quistes odontogénicos más frecuentes fueron los siguientes: quiste periapical (38,8%), quiste dentígero (35,5%), y queratoquiste odontogénico (18,8%).

El autor concluye:

Que el quiste periapical fue el más frecuente en mujeres, y los dientes anteriores superiores fueron los más involucrados. El quiste dentígero se encontró más en varones (64,8%), con mayor frecuencia entre la primera y segunda década de la vida y en la zona molar. El queratoquiste odontogénico fue el más frecuente en varones (59,6%), entre el segunda y cuarta década de la vida y en la zona molar. Más del 50% de la muestra eran quistes agresivos (dentígero y queratoquiste).



- Mosqueda TA y col en el año 2011 (14) Realizaron un trabajo de investigación titulado “Frecuencia de los distintos tipos de quistes odontogénicos registrados en dos servicios de diagnóstico histopatológico bucal en la ciudad de México”

Se hizo un análisis de 856 casos de quistes odontogénicos, además compararon los hallazgos reportados en otros estudios y analizaron la asociación con el sexo de los afectados y el tipo de servicio de diagnóstico de procedencia. Se recibieron un total de 7440 muestras, de los cuales se registraron 856 quistes odontogénicos. De la muestra analizada, 449 (52,5%) se presentaron en hombres, 403 (47%) en mujeres y en 4 casos (0,5%) no se conoció el sexo. Se identificaron 8 variedades de quistes odontogénicos de un total de 10 entidades reconocidas por la Organización Mundial de la Salud.

El autor concluye que los quistes odontogénicos más frecuentes fueron los quistes radiculares con 342 casos (39,9%), el quiste dentígero con 283 casos (33%) y el queratoquiste odontogénico con 184 casos (21,5%). En conjunto, estas tres entidades representaron el 94,5% del total. En la distribución por sexo de los quistes odontogénicos, se registró mayor frecuencia en el sexo masculino de los quistes dentígeros (56,9%) y los queratoquistes (58,7%) con respecto al sexo femenino. Por el contrario, el quiste radicular (55,8%) se presentó con mayor frecuencia en el grupo femenino en comparación con el grupo masculino.

- Moncada R. en el año 2011 (15) realizó en su trabajo de investigación titulado “Estudio sobre lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Maracaibo, Zulia, Venezuela, de enero de 1992 a enero de 2002.

La población estuvo conformada por 4200 pacientes que recibieron atención en el Servicio de Cirugía Bucal y Máxilo Facial, de los cuales se diagnosticaron 122 lesiones quísticas bucales. Para la anotación de la información se utilizó una Hoja de Registro de Datos que permitió obtener, los siguientes datos: edad, sexo, ocupación,

procedencia geográfica del paciente, diagnóstico de lesión quística bucal, tipo de quiste, localización y área más afectada.

El autor concluye que las lesiones quísticas bucales diagnosticadas más frecuentes fueron las odontogénicas (59%), seguidas de las no odontogénicas (57%) y las inflamatorias (6%). Con relación al sexo, se identificó que los quistes dentígeros y radicular apical aparecen con más frecuencia en el sexo masculino y los nasopalatinos en las mujeres. Con respecto a la edad, se reconoció que en los primeros años de vida, aparecen con más frecuencia los quistes odontogénicos, no odontogénicos e inflamatorios, específicamente entre los 10 y 49 años se concentran el 78,68% de los casos, siendo el de mayor prevalencia el quiste dentígero en el grupo de 10 a 29 años (33.6%), en tanto que el quiste radicular apical es el más prevalente en el grupo de 20 y 49 años (33.61%). A partir de los 49 años disminuye el diagnóstico de patología quística bucal y no se identificaron casos con más de 69 años. De las lesiones quísticas diagnosticadas, hubo mayor prevalencia del quiste radicular apical (44,28%), seguido del quiste dentígero (40,10%), localizándose predominantemente en la mandíbula (59,02%) y el maxilar (40,16%), resultando las áreas más afectadas la anterior del maxilar (21,31%) y la posterior izquierda de la mandíbula (27,05%).

- Prockt AP y col en el año 2008 (16) realizaron un trabajo de investigación titulado “Revisión de casos de quistes odontogénicos de los archivos del Laboratorio de Patología Oral de la Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, de 1985 a 2005”.

Realizaron un análisis de 680 casos de quistes odontogénicos en Brasil. Fueron revisados 6503 especímenes de los archivos del Laboratorio de Patología Oral de la Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, de 1985 a 2005, de donde sólo se tomaron 680 casos (10,45%) diagnosticados como quistes odontogénicos.

El autor concluye que El quiste odontogénico más prevalente fue el quiste radicular (72,50%), seguido del quiste dentígero (22,20%), el quiste residual (4,26%), el quiste paradental (0,58%), el quiste lateral periodontal (0,29%), el quiste de erupción (0,14%) Cabe resaltar que se encontraron 29 casos de queratoquistes odontogénicos que no fueron tomados en cuenta, debido a la nueva clasificación de quistes y tumores odontogénicos hecha por la Organización Mundial de la Salud en el 2005, donde le atribuyen el diagnóstico de tumor queratoquístico odontogénico. El quiste radicular se encontró con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar (38,24%), en la cuarta década de vida (33,12%) y una ligera tendencia al sexo femenino (52,3%). El quiste dentígero tuvo mayor incidencia en la zona posterior de la mandíbula (61,27%), en la segunda década de vida (42,46%) y una ligera tendencia al sexo femenino (52%). La raza blanca fue el grupo étnico más frecuentemente afectado por esta lesión.

- Yazdani J en el año 2012 (17) realizó un trabajo de investigación titulado “Estudio clínico de Quistes de desarrollo de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz, Irán” Realizaron un estudio clínico de 245 casos de quistes odontogénicos de desarrollo. Fueron analizados 245 casos de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz, Irán, entre los años 1998 y 2008.

El autor concluye que del total, sólo 97 casos eran quistes odontogénicos de desarrollo, siendo el más prevalente el quiste dentígero (44%), el queratoquiste odontogénico (36%), el quiste primordial (9%), el quiste periodontal lateral (3%), el quiste de erupción (3%), el quiste gingival (3%) y el quiste de Gorlin (2%). De acuerdo al género, la razón entre hombre/mujer fue de 1.85:1. La edad de los pacientes varió de 14 a 64 años, con un promedio de  $33,21 \pm 10,89$  años. Se encontraron más quistes en la mandíbula

(60%) que en el maxilar (40%). En cuanto a la mandíbula, la región molar fue la más comprometida (47%), seguida de la región premolar (33%) y la región anterior (20%). En cuanto al maxilar, la región anterior fue la más involucrada (52%), seguida de la región premolar (20%) y en la región molar (28%).

- Núñez US y col en el año 2012 (18) realizaron un trabajo de investigación titulado “Estudio retrospectivo clínico patológico de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Bucal de la Clínica Dental de la Universidad de Barcelona, España, en el período 1997 - 2006.

Un estudio retrospectivo clínico patológico de 418 quistes odontogénicos. Se revisaron 1235 diagnósticos histopatológicos de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Bucal de la Clínica Dental de la Universidad de Barcelona, España, en el período 1997 - 2006.

El autor concluye que se lograron obtener 418 quistes odontogénicos diagnosticados en 380 pacientes, sólo el 33,8% de las lesiones. Se tomó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud del 2005, donde los diagnósticos más frecuentes fueron el quiste radicular (50,2%), seguido del quiste folicular o dentígero (21,8%), el quiste paradental (20,8%), el quiste residual (4,3%), el quiste periodontal lateral (1,7%), el quiste primordial (1%) y el quiste gingival del adulto (0,2%). La localización más frecuente de los quistes odontogénicos se encontró en la mandíbula (61,5%), en particular en la región del tercer molar inferior (36,8%). Los quistes fueron ligeramente más frecuentes en varones (58,4%). La edad media al momento de diagnosticar la lesión fue de 42 años, con un rango de 7 a 83 años. El tamaño de las lesiones varió desde 2 hasta 60 mm, con un tamaño medio de 18,4 mm. El tratamiento quirúrgico realizado predominantemente fue la enucleación del quiste con o sin exodoncia (72%), seguida de la remoción quística más apicectomía y obturación retrógrada (26%), y la descompresión quística (2%). Se evidenciaron 33 casos (7,9%) que presentaron complicaciones durante y después del tratamiento, tales

como lesión al nervio dentario inferior y perforación mucosinusal, ambas con 12 casos (2,9%), infecciones con 6 casos (1,4%), así como sinusitis, necrosis pulpar y osteítis alveolar, con sólo un caso cada una (0,2%), siendo resueltas todas las complicaciones satisfactoriamente.

#### Antecedentes Nacionales

- Li AJM en el año 2007 (19) Realizó su trabajo de investigación titulado “Estudio sobre los quistes maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período 2002 – 2007”. La población estuvo conformada por pacientes diagnosticados con quistes maxilares que fueron atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, durante el período de enero del 2002 a diciembre del 2007. Se diagnosticaron a 212 pacientes, de los cuales sólo se tuvieron acceso a 48 historias clínicas con diagnóstico de quistes maxilares.

El autor concluye que el quiste maxilar más frecuente fue el quiste radicular (50%), seguido del quiste dentífero (20,8%), el queratoquiste (10,4%), el quiste residual (10,4%), el quiste nasopalatino (6,3%) y el quiste de erupción (2,1%). De acuerdo al género, el sexo femenino alcanzó el 60,4% de los casos. Se localizaron con mayor frecuencia en el maxilar (70,8%), en la zona anterosuperior (56,3%), seguida de la zona anteroinferior (14,6%) y premolar y molar superior (12,5%). Según el grupo etáreo, el mayor número de casos estuvieron en la tercera década de vida (33,3%), seguida de la cuarta década (20,8%). El tamaño de la lesión que predominó fue el grupo de 0,1 a 2 cm. y de 2,1 a 4 cm. cada uno con el 39,6%, seguido del rango de 4,1 a 6 cm. (18,8%) y el rango de 6 cm. a más (2,1%). La técnica quirúrgica más realizada fue la quistectomía en 46 casos (95,8%) sobre la quistostomía con 2 casos (4,2%).

## 2.2. Bases Teóricas

- Los tumores odontogénicos

Son tumores exclusivos de los maxilares y se originan a partir del tejido asociado al desarrollo del diente. El tejido anormal de cada uno de estos tumores puede correlacionarse

Son lesiones derivadas de elementos epiteliales, ectomesenquimales y/o mesenquimales, que son o han sido, parte del aparato de formación de los dientes.(20)

Por consiguiente, estos son hallados dentro del esqueleto maxilofacial (intraóseos o centralmente localizados). En el tejido blando (gíngiva) están sobrepuestas a las áreas de apoyo del diente o en la mucosa alveolar de regiones edéntulas (extraóseos o periféricamente localizados). Estos tumores pueden originarse en cualquier estadio de la vida del individuo. (21)

El conocimiento de las características clínicas básicas tales como edad, sexo y ubicación puede ser muy valioso para desarrollar el diagnóstico diferencial de los tumores odontogénicos.(22)

La etiología de los tumores odontogénicos benignos y malignos es desconocida; la mayoría parece surgir sin aparente factor causante.

Las características clínicas de la mayoría de tumores odontogénicos benignos no son específicas; los tumores odontogénicos benignos muestran un lento crecimiento expansivo con un dolor insignificante o sin dolor. En contraste, en casi todos los tumores odontogénicos malignos el dolor es el primero y más común síntoma seguido por un rápido crecimiento de la tumefacción. Los tumores pueden destruir la corteza de los huesos maxilares.(23)

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una nueva clasificación de los tumores odontogénicos, basada en las características histológicas que exhiben cada uno de éstos y que a su vez corresponden a un comportamiento biológico que puede ser francamente benigno, maligno o simplemente hamartomatoso. La compleja estructura de la región maxilofacial explica la variedad de neoformaciones que ocurren en ella. La OMS diferencia claramente los distintos grupos de tumores odontogénicos en sus publicaciones sobre clasificación histológica de tumores de cabeza y cuello. Asimismo, en esta clasificación. (24)

#### Clasificación de los Tumores Odontogénicos (OMS, 2005) (25)

##### A. Tumores odontogénicos malignos

###### A.1. Carcinomas Odontogénicos

###### A.1.1. Ameloblastoma metastatizante:

Es un ameloblastoma que metastatiza a pesar de tener una apariencia histológica benigna. No presenta características específicas diferentes de los ameloblastomas que no metastatizan. Por consiguiente, este diagnóstico sólo puede ser hecho en retrospectiva, después de la aparición de depósitos metastásicos. Por lo tanto, es el comportamiento clínico y no el histológico el que justifica un diagnóstico de ameloblastoma metastatizante.

###### A.1.2. Carcinomas ameloblásticos:

Los carcinomas ameloblásticos pueden ser de tipo primario o secundario. Los de tipo primario son raros ya que combinan las características histológicas del ameloblastoma con atipia citológica. Los varones y mujeres son igualmente afectados y el sitio de aparición preferentemente se da en la región posterior de los

maxilares. Histológicamente presentan una morfología celular dispuesta en columnas con pleomorfismo, actividad mitótica, necrosis focal, invasión perineural e hiperchromatismo nuclear; las células atípicas forman nidos y bandas marcadas las cuales pueden ramificarse y anastomosarse con áreas focales de necrosis sutil. Como diagnóstico diferencial se puede considerar a los ameloblastomas, carcinoma espinocelular intraóseo primario y carcinoma odontogénico de células claras.

Los de tipo secundario pueden ser intraóseos o periféricos. Son originados de sus contrapartes benignas, la mayoría de los casos reportados surgieron en individuos de la tercera edad (séptima década). Los intraóseos tienen una rápida expansión ósea con infiltración del tumor más allá de las cortezas bucal y lingual con invasión de los tejidos blandos adyacentes; histológicamente se disponen a manera de racimos o nidos e islas de epitelio sin estroma de colágeno, pleomorfismo, figuras mitóticas frecuentes, necrosis focal, pérdida de cohesión celular e infiltración a lo largo de paquetes nerviosos.

Los periféricos clínicamente se reportan como una masa gingival con alteraciones de la superficie que incluyen irregularidad, concavidad, sésiles y pedunculados, así como también resorción ósea; en su histopatología se pueden observar nidos, filamentos y folículos de tejido ameloblástico en asociación con grados variables de diferenciación escamosa; el hueso alveolar y los nervios periféricos son invadidos por nidos de queratina, pleomorfismo celular y nuclear y figuras mitóticas anormales.



#### A.1.3. Carcinomas escamocelulares intraóseos primarios:

Son a su vez de tres tipos: de tipo sólido, derivado del tumor odontogénico queratoquístico y derivado de quistes odontogénicos. La mayoría de los casos se dan alrededor de los 40 años y hay una preferencia por los varones; mayormente se da en la mandíbula que en maxilar.

#### A.1.4. Carcinoma odontogénico de células claras:

Es caracterizado por capas e islas vacuoladas de células claras. Tiene una fuerte predilección por el sexo femenino y en cuanto a la edad, la principal es 60 años en un rango de 17 a 89. La localización más frecuente es en la mandíbula. Usualmente causa tumefacción en los maxilares y pérdida de dientes. Como diagnóstico diferencial se tiene a los tumores de glándulas salivales, tumores melanóticos, carcinoma de células renales metastáticos y una variante de células clareas del tumor odontogénico epitelial calcificante.

#### A.1.5. Carcinoma odontogénico de células fantasma:

Es un tumor epitelial odontogénico maligno con características de tumor odontogénico quístico calcificante. Es más frecuente en varones que en mujeres en una relación de 2 / 1. Tiene un pico de incidencia en la cuarta década de un rango de 13 a 72 años. Más comúnmente ocurre en el maxilar que en la mandíbula en una relación de 2 / 1.

### A.2. Sarcomas odontogénicos

#### A.2.1. Fibrosarcoma ameloblástico:

Es un tumor odontogénico con un epitelio benigno y un componente ectomesenquimal maligno; es relacionado como la contraparte maligna del fibroma ameloblástico; se

le conoce también con el nombre de sarcoma ameloblástico. Se da en un amplio rango de edad (3 a 89 años) siendo la principal edad 23 años; hay una preferencia por el sexo masculino

#### A.2.2. Fibrodentino y fibroodontosarcoma ameloblástico:

Es un tumor con características de fibrosarcoma ameloblástico que junto a una dentina displásica es un fibrodentinosarcoma y junto al tejido de esmalte o parecido a este con dentina o pseudodentina es un fibroodontosarcoma. Se presentan preferentemente en la tercera década, pero son muy pocos los casos reportados.

### B. Tumores odontogénicos benignos

#### B.1. Epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico

##### B.1.1. Ameloblastomas:

Como se señala en la clasificación, hoy se reconocen cuatro variedades de ameloblastomas: sólido / poliquístico (el más frecuente), uniuístico (propio de personas más jóvenes, menores de 25 años), periférico (en la encía o reborde) y desmoplástico (más frecuente en el maxilar). Pero todos ellos se tratan de neoplasias localmente agresivas, especialmente la variedad sólida/poliquística. Generalmente si no se indica otra cosa, se trata de ameloblastoma sólido / poliquístico, que debe su nombre a muchas veces presentarse como masa sólida, pero que el epitelio proliferante forma varias cavidades quísticas. Clínicamente se presenta en el 80 % de los casos en mandíbula, región del ángulo, cuerpo o rama; entre los 30 y 40 años y un poco más en hombre que mujeres; puede expandir las dos corticales, recubierto de mucosa normal, y

consistencia dura. En la radiografía la imagen es radiolúcida, uniloculada o multiloculada (imagen en "panal de abeja"), a veces en relación a pieza incluida. El tratamiento del ameloblastoma depende de su ubicación o tipo (si es uniuístico o no, y si es uniuístico y el crecimiento es hacia el lumen o hacia la cápsula de tejido fibroso), también si ha invadido a tejidos blandos o no, además de las consideraciones propias de cada paciente, tales como su edad, localización, relación con piezas vecinas, estado de salud general y bucal, etc.



Figura 01: Ameloblastoma



Figura 02: Ameloblastoma

#### B.1.2. Tumor odontogénico escamoso:

Es una neoplasia localmente infiltrativa que consiste en islotes bien diferenciados de epitelio escamoso en un estroma fibroso. Hay muy pocos casos reportados y la edad principal de aparición es 39 años la razón de hombres a mujeres es de 1,4 / 1. Usualmente es intraóseo y probablemente se desarrolla en el ligamento periodontal entre las raíces de los dientes permanentes vitales erupcionados.

#### B.1.3. Tumor odontogénico epitelial calcificante:

Es otro tumor pero raro de observar, más frecuente en la mandíbula, región premolar - molar, y a veces en relación a una pieza incluida, con igual incidencia en hombres y mujeres, y la mayoría se presenta entre los 20 y 50 años

(edad media 37 años), la mayoría se presenta en la mandíbula, zona molar-premolar. Puede ser radiolúcido, bien delimitado y multiloculado y con zonas radiopacas. En la histología se describen bandas epiteliales con tonofibrillas, y pleomorfismo celular. Entre el epitelio se observan masas eosinófilas, que corresponden a amiloide, y calcificaciones con anillos de Liesegang. No presenta cápsula, y se le considera una neoplasia localmente agresiva.

#### B.1.4. Tumor odontogénico adenomatoide:

Clínicamente se observa de preferencia alrededor de los 20 años, más en mujeres, y es más frecuente en la zona anterior del maxilar, a menudo es un hallazgo radiográfico en relación con el canino superior incluido, con aspecto de quiste dentígero, a veces con zonas radiopacas, dentro de la radiolucidez. Se le considera hamartoma. Histológicamente, se caracteriza por células epiteliales dispuestas en nidos, remolinos o cordones con escaso tejido conjuntivo o presencia de calcificaciones. También se reconocen formaciones con aspectos de ductos o parecidas a estructuras glandulares, por lo que se llama "adenomatoide", pero no tiene origen en el epitelio glandular. Presenta cápsula.

#### B.1.5. Tumor odontogénico queratoquístico:

Tumor intraóseo benigno uni o multiquístico con epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado y un potencial agresivo. Tiene un comportamiento agresivo, puede ser solitario o múltiple. El pico de aparición es entre las segunda y tercera décadas de vida. Hay una cierta preponderancia en los varones a padecerlo. La mandíbula es la que frecuentemente se ve más afectada.

B.2. Epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejido dentario duro.

B.2.1. Fibroma o fibrodentinoma ameloblástico:

Neoplasia benigna, que se presenta entre los 10 a 20 años, más común en la región molar-premolar de la mandíbula. Su imagen radiográfica es radiolúcida, de límites netos. Histológicamente está compuesto de proliferaciones epitelial y actividad mesenquimática, la primera dispuesta en cordones o yemas muy parecidas a la lámina dentaria, y la segunda como abundante tejido fibroblástico similar a la papila dental. Si hay formación de dentina, la lesión es llamada fibrodentinoma ameloblástico.

B.2.2. Fibroodontoma ameloblástico:

Es un tumor que tiene las características histológicas de un fibroma ameloblástico en conjunción con la presencia de dentina y esmalte. La edad de aparición es entre los 8 y los 12 años. No tiene sitio anatómico de predilección y la incidencia es la misma tanto en varones como en mujeres.

B.2.3. Odontomas:

Se distinguen dos tipos de odontomas, el compuesto y el complejo. El odontoma compuesto es una malformación o hamartoma constituido por dentículos encapsulados. Se observa entre la 2 da y 3era décadas y muchas veces se descubre por la falta de erupción de una pieza dentaria como hallazgo radiográfico. Sospechándose su diagnóstico con la radiografía por presentar estructuras parecidas a piezas dentarias, pero más pequeñas, de tamaños y formas irregulares, denominados "dentículos", normalmente rodeadas por una banda radiolúcida.

Histológicamente se comprueba que los denticulos poseen esmalte, dentina, pulpa y cemento en una distribución similar al de las piezas normales, y están rodeadas por una cápsula de tejido fibroso. El odontoma complejo es un hamartoma con tejidos dentarios desorganizados. Sus características clínicas son similares al odontoma compuesto, salvo que tiende a ser más común en la región de los molares, y el odontoma compuesto es común en las regiones anteriores (incisivas y caninas). En la radiografía se aprecia como una sombra radiopaca bien delimitada. Histológicamente aparece como una masa de tejido dentinario con restos de matriz de esmalte, cemento y tejido pulpar.



Figura 03: Odontoma

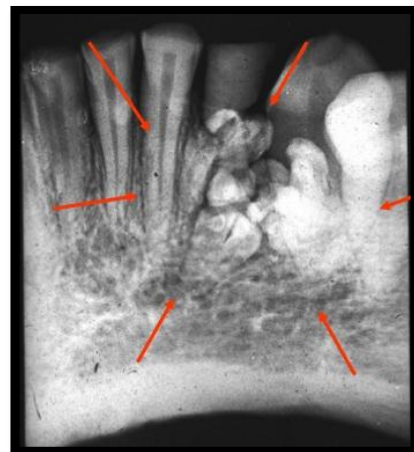


Figura 04: Odontoma

#### B.2.4. Odontoameloblastoma:

El odontoameloblastoma combina las características de un ameloblastoma con las de un odontoma, la mayoría de ellos han sido diagnosticados durante las primeras tres décadas de la vida; el tumor afecta por igual a la mandíbula y al maxilar y ocurre más en la zona posterior a los caninos. Clínicamente hay expansión ósea, resorción radicular, desplazamiento dentario y ocasionalmente dolor.

B.2.5. Tumor odontogénico quístico calcificante:

Más común en el maxilar, parece que un poco más en mujeres, zona anterior y se observa en las 2da y 3era décadas de la vida. Tiende a observarse en cerca del 20 % asociado con odontomas, y esto ocurre en pacientes un poco más jóvenes. No tiene predilección por la edad, pero es más común en mujeres. Puede presentar un aspecto de radiolucidez hasta ser casi totalmente radiopaco, bien delimitado, a veces en relación a una pieza incluida. Histológicamente tiene un aspecto típico con revestimiento epitelial normalmente de una cavidad quística, en la cual se distinguen células fantasma (corresponden a células epiteliales que han perdido el núcleo pero mantienen el límite de este último, eosinofílicas) y sustancias calcificadas a veces en el tejido fibroso, que recuerdan la dentina.

B.2.6. Tumor dentinogénico de células fantasma:

Es una neoplasia localmente invasiva caracterizada por presentar islotes de células epiteliales en un estroma de tejido conectivo maduro similar al ameloblastoma. Hay una aberración de la queratinización que puede ser encontrado en la forma de células fantasma en asociación con cantidades variables de dentina displásica. Ocurre en forma intraósea y es menos común la variante extraósea. El rango de edad en que representa es entre las 2da y 9na décadas de la vida. Se presenta más comúnmente en varones que en mujeres.

### B.3. Mesénquima y/o ectomesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico

#### B.3.1. Fibroma odontogénico:

Es una neoplasia rara caracterizada por cantidades variables de epitelio odontogénico inactivo envuelto en un estroma fibroso maduro. Debido a la falta de definición uniforme, los datos en la frecuencia relativa tienen un amplio rango e inconsistencia. La edad de predominio es 40 años y hay un predominio de las mujeres con una razón de 2,8:1.

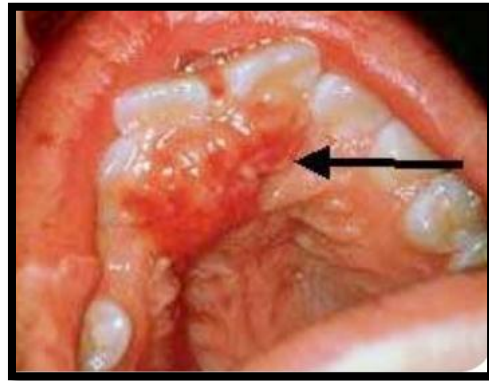


Figura 05: Fibroma Odontogénico

#### B.3.2. Mixoma odontogénico (Mixofibroma):

Es otro tumor de naturaleza neoplásica, localmente agresivo, originado en la papila dental. Parece ser más frecuente en mujeres, siendo más común entre los 10 y 40 años (promedio 30 años), y en la región del cuerpo y rama de la mandíbula. Los dientes pueden estar desplazados, y a veces las corticales están expandidas o solamente adelgazadas. Radiográficamente tiene aspecto multilocular con tabiques rectos o curvos.



### B.3.3. Cementoblastoma:

Afecta de preferencia a molares o premolares inferiores entre los 10 y 25 años de edad, pudiendo ocasionar dolor y expansión vestibular. Radiográficamente se presenta una imagen radiopaca unida a la raíz, causando reabsorción de la pieza dentaria, con línea radiolúcida periférica, siendo casi patognomónico este aspecto. Histológicamente se observan masas o trabéculas de tejido cementario basófilas, con evidentes signos de aposición y reabsorción dando una imagen en "mosaico", y espacios medulares ricamente vascularizados. Hacia la periferia, se aprecia un tejido más fibroblástico, correspondiente a la zona de crecimiento activo de la lesión. El tratamiento debe ser la extirpación completa de la tumoración y de la pieza dentaria unida a la lesión para evitar posible recidiva.

## B.4. Lesiones relacionadas al hueso

### B.4.1. Fibroma osificante:

Es una lesión bien demarcada compuesta de tejido fibrocelular y material mineralizado de apariencia variable; presenta dos variantes histológicas: el fibroma osificante trabecular juvenil (JTOF) y el fibroma osificante psamomatoide juvenil (JPOF). Comúnmente ocurre entre las 2da y 4ta décadas de la vida y muestra una predilección por el sexo femenino. En general, el fibroma osificante es mayormente visto en la zona posterior de la mandíbula.

#### B.4.2. Displasia fibrosa:

Es una enfermedad esporádica del hueso que tiene bases genéticas que puede afectar uno o múltiples huesos (monostótico, polistótico). Puede ser parte del Síndrome de McCune Albright. La forma monostótica es igualmente distribuida en ambos géneros y grupos étnicos y es seis veces más común que el polistótico; la forma polistótica es más frecuente en mujeres. Las dos formas son principalmente diagnosticadas en niños y adultos jóvenes.

#### B.4.3. Displasias óseas:

Son procesos localizados en la región periapical de las áreas de apoyo del diente caracterizados por el reemplazo de hueso normal por tejido fibroso y hueso metaplásico. Hay una predilección por mujeres negras en edad media. Se considera que el origen de estas displasias está en el ligamento periodontal.

#### B.4.4. Lesión central de células gigantes (granuloma):

Es una proliferación osteolítica benigna aunque algunas veces agresiva consistente de tejido fibroso con restos hemorrágicos y depósitos de hemosiderina, también hay presencia de células gigantes tipo osteoclasto y formación de hueso reactivo. Es encontrado en todos los grupos etáreos, sin embargo, se han reportado más casos por debajo de los 30 años de edad. Las mujeres son más frecuentemente afectadas.

#### B.4.5. Querubismo:

Es una enfermedad hereditaria autosómica dominante que es caracterizada por una distensión simétrica de los maxilares llevando a menudo a una expresión facial típica. La histología es indistinguible respecto a la lesión central de células gigantes. Es una enfermedad familiar que afecta al 100 % de los varones y al 70 % de las mujeres. Los cuatro cuadrantes de los maxilares pueden verse afectados; usualmente, la mandíbula es la más afectada, comenzando en el ángulo al momento de la erupción de la molar permanente.(36)

#### B.4.6. Quiste óseo aneurismático:

Es una lesión osteolítica expansiva frecuentemente multilocular con espacios llenos de tejido sanguíneo separados por un septum fibroso que contiene células gigantes tipo osteoclasto y hueso reactivo. Tiene una incidencia de 0,014 / 100 000 y ocurre en un pico de edad comprendido en la segunda década de la vida. Los datos citogenéticos proveen información de que en la actualidad algunos de estos quistes son neoplásicos. Es más frecuente encontrarlo en la mandíbula con una predominancia en el sector posterior.

#### B.4.7. Quiste óseo simple:

Es un pseudoquiste intraóseo desprovisto de un epitelio delineado, vacío o cargado de fluido seroso o sanguíneo. Comúnmente es observado durante la segunda década de la vida. En contraste con los huesos largos, en los maxilares no hay preferencia por el sexo. La mandíbula es casi exclusivamente afectada.

### Quistes Odontógenos:

Según la Clasificación del Libro de Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea de Philip Sapp, Lewis Eversole y George Wysocki.(26)

Para adentrarnos al tema que nos corresponde explicar, primero empezaremos describiendo, qué es un quiste. Quiste, es la cavidad patológica, revestida de epitelio, que contiene material líquido o semisólido, por ejemplo: moco, queratina o residuos celulares. Este está formado por tres estructuras bien definidas:

- a) Una cavidad central o luz.
- b) Un revestimiento epitelial que es diferente dependiendo del tipo, pudiendo ser plano estratificado queratinizado o no queratinizado, pseudo estratificado, cilíndrico o cuboidal.
- c) Una cápsula o pared exterior, constituida por tejido conjuntivo que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos, revestimiento epitelial y luz.



Figura 06: Quiste

Los quistes suelen presentar grados variables de inflamación que pueden alterar su morfología fundamental, lo que puede oscurecer en ocasiones sus rasgos característicos. La inflamación intensa puede destruir parcial o totalmente el revestimiento epitelial. La totalidad del revestimiento de un quiste puede ser destruida por la inflamación, lo que haría posible su resolución total sin tratamiento.

Los quistes son lesiones frecuentes y clínicamente importantes porque algunos de ellos son malignos y por lo tanto destructivos produciendo

signos y síntomas relevantes, especialmente cuando se desarrollan y se infectan.

La mayoría de los que se presentan en la región oral son quistes verdaderos, debido a la presencia de su revestimiento epitelial, pero también hay otras lesiones que se denominan por igual aun careciendo de dicho revestimiento. Los pseudoquistes son lesiones como, por ejemplo, el quiste óseo traumático, aneurismático y el estático.

### Clasificación Histogenética De Los Quistes Odontogénicos

Los quistes verdaderos de la cavidad oral se dividen en quistes de origen odontógeno y quistes no odontógenos o de desarrollo.

Los quistes odontógenos son quistes en los cuales el revestimiento de la luz del quiste deriva del epitelio producido durante el desarrollo del diente. Para una mejor comprensión de éstos es imprescindible conocer brevemente qué es la odontogénesis y las etapas que la conforman.

**Odontogénesis:** Se denomina odontogénesis al proceso mediante el cual se desarrollan los dientes. Tiene lugar entre la 5ta y 7ma semanas de la gestación. En dicho proceso intervienen el mesénquima (que forma el complejo dentino pulpar) y otra estructura epitelial que deriva del ectodermo formada a partir del epitelio de la futura encía.

En la odontogénesis se han descubierto más de 200 genes que participan en este proceso. Las proteínas codificadas por éstos actúan de diferentes formas; sufriendo, en ocasiones, alteraciones que podrían afectar gravemente la formación normal de la odontogénesis, sobre todo en etapas tempranas del desarrollo, produciendo una malformación. El desarrollo de los dientes puede dividirse en varias etapas que, aunque se solapan entre sí, pueden diferenciarse bien y son las siguientes:

Etapa De Brote: En esta fase vemos una proliferación celular a partir de la lámina dentaria (durante la octava semana del desarrollo embrionario) y del estomodeo se forman unas zonas que coinciden con los bordes libres de los maxilares y con las encías. Estas zonas están tapizadas por epitelio poliestratificado queratinizado o no, y a partir del vértice proliferan células epiteliales, formándose la lámina dental. Ésta proliferación celular dará lugar a las yemas o brotes dentarios, constituidos por células de estirpe epitelial procedentes del ectodermo. Son células cúbicas que se disponen en la periferia y en la base de la yema. En la zona interna hay células poligonales.

Etapa De Casquete: La yema se invagina y engloba a la papila dentaria. Y adopta forma de copa (órgano del esmalte) y junto con la papila dentaria forma el primordio del diente.

Etapa De Campana: Se produce una invaginación mayor de la papila dental, en la zona superior de la papila hay preameloblastos (células que forman el esmalte), los preameloblastos inducen la formación de preodontoblastos (células que forman la dentina)

Fase De Campana Aposicional: Los preameloblastos se diferencian a odontoblastos y se comienza a formar dentina, cuando ésta se calcifica los preameloblastos se diferencian a ameloblastos, formándose esmalte y dando lugar a la conexión amelo-dentinaria. Se conoce como un quiste odontogénico, a un quiste en el cual el revestimiento de la luz de éste deriva del epitelio producido durante el desarrollo del diente. Dichos quistes derivan de las siguientes estructuras epiteliales:

- Restos de Malassez
- Epitelio residual del esmalte
- Restos de la lámina dental (Restos de Serres)
- Un grupo sin clasificación: quiste paradental

Quistes Derivados De Los Restos De Malassez: Los restos de Malassez son restos de la vaina radicular de Hertwig (estructura epitelial embrionaria que rodea a la raíz en desarrollo) que se encuentran en el ligamento periodontal, siendo más abundantes en la región apical de la raíz. 199 Dentro de éste grupo se encuentran:

- Quiste periapical
- Quiste residual

Quiste Periapical: Llamado también quiste radicular o quiste periodontal apical. Quiste de origen inflamatorio derivado de los restos de Malassez, que proliferan en respuesta a la inflamación desencadenada por la infección bacteriana de la pulpa o en respuesta directa al tejido pulpar necrótico, ya que la inflamación aparece en el ápice de la raíz de un diente erupcionado cuya pulpa está debilitada por caries o traumatismo dental. Las células epiteliales internas se necrosan y dan lugar a una cavidad central o luz. Posteriormente se establece un gradiente osmótico a través de la membrana que separa los líquidos del tejido conjuntivo del tejido necrótico del quiste recién formado; aumentando el volumen dentro de la luz por lo que el quiste crece de tamaño. Este tipo de quiste es el más frecuente en la cavidad oral.

Histopatología: Este quiste se caracteriza por presentar una cavidad revestida de epitelio plano no estratificado de espesor variable. Como la inflamación por lo general es intensa puede destruir parte del revestimiento epitelial, dando lugar a una zona de tejido de granulación. El epitelio, y a veces el tejido conjuntivo de un número no significativo de quistes odontogénicos, presenta acúmulos de estructuras laminares en forma de semiluna llamados Cuerpos hialinos (de Rushton). Éstas estructuras no tienen mucha importancia biológica. La pared del tejido conjuntivo del quiste periapical muestra un infiltrado inflamatorio formado por células plasmáticas, linfocitos, histiocitos cargados de lípidos y neutrófilos. Con frecuencia también existen en la pared quística células gigantes multinucleadas asociadas con depósitos de colesterol y hemosiderina. La luz del quiste contiene líquido proteináceo y residuos celulares necróticos.

Clínica: aunque la mayoría de los quistes periapicales aparecen en el ápice de la raíz, pueden aparecer también en el orificio de grandes conductos radiculares accesorios, a través de los cuales la inflamación pulpar y los productos de la necrosis de la pulpa pueden salir para formar granulomas y estimular los restos de Malassez. Estos quistes inflamatorios laterales se han denominado quistes periapicales laterales.

Radiología: se presenta como una imagen radiolúcida redondeada, bien circunscrita, en el ápice de la raíz de un diente desvitalizado. A veces un quiste periapical que aparece en la parte anterior del maxilar, en la región apical de un incisivo lateral será radiolúcido glóbulo maxilar, que puede conducir a divergencia de las raíces del incisivo lateral y del canino adyacente.

Tratamiento: Dichos quistes se tratan mediante enucleación tras la extirpación o el tratamiento endodóncico del diente responsable, asegurándose de que al extirpar el diente se extirpe también el quiste ya que puede conducir a su persistencia y crecimiento nuevamente.



Figura 07:Quiste periapical



Quiste Residual: Un quiste que permanece en el espacio ocupado por un diente extraído anteriormente se denomina quiste residual.

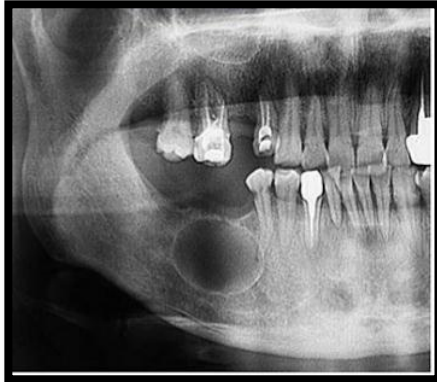


Figura 08: Quiste Residual

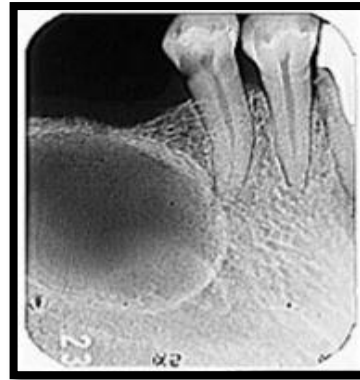


Figura 09: Quiste Residual

#### Quistes Derivados Del Epitelio Reducido Del Esmalte

El epitelio reducido del esmalte es la capa de epitelio que permanece alrededor de la corona del diente después de completarse la formación del esmalte. Esta capa de epitelio deriva de los componentes del órgano del esmalte: epitelio interno y externo del esmalte y retículo estrellado; que estuvieron activos en la formación del mismo. El epitelio reducido del esmalte es, por consiguiente, un 200 conjunto complejo de células postsecretoras cuyas proporciones pueden variar entre unos dientes y otros de cada individuo.

En este grupo se encuentran dos tipos de quistes:

- Quiste dentígero
- Quiste de erupción

Quiste Dentígero: Es aquel quiste odontogénico que rodea la corona de un diente no erupcionado; se debe a acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte, originándose un quiste que en su luz está situada la corona mientras la raíz o raíces permanecen por fuera. Este quiste generalmente se presenta en terceros molares inferiores o superiores o con caninos superiores no erupcionados.

Clínica: El quiste dentígero suele ser asintomático, pero también puede presentar alguna tumefacción o dolor especialmente si está inflamado. Puesto que el quiste dentígeno se forma alrededor de la corona de un diente incluido, la arcada presentará al menos la ausencia de un diente. Los quistes son diagnosticados mediante radiografía, presentándose como imágenes radiolúcidas bien circunscritas que rodean la corona de un diente impactado.

Histopatología: La cavidad quística se encuentra revestida por una capa relativamente uniforme de epitelio plano estratificado no queratinizado. Según si es inflamación aguda o crónica y su intensidad es leve o grave el revestimiento epitelial puede convertirse en hiperplásico, atrófico o ulcerado; pero en la mayoría de los casos la inflamación corresponde a una mezcla de células inflamatorias crónicas y agudas. También se observa un número variable de células mucosas en el revestimiento epitelial del quiste, este hecho se ha denominado como metaplasma celular mucosa o prosoplasia celular mucosa. Los quistes de larga evolución presentarán, a veces, zonas de queratinización o cambios premalignos (displásicos) de su revestimiento epitelial.

Tratamiento: En esta clase de quiste se utiliza la enucleación quirúrgica y dependiendo del diente afectado se procede a su extracción o ubicación correcta en la arcada con la ayuda de un aparato ortodóncico. La recidiva posquirúrgica de éstos quistes es rara.



Figura 10: Quiste Dentígero

Quiste de Erupción: Es aquel quiste odontógeno con características de un quiste dentífero que se desarrolla en el tejido blando que rodea la corona de un diente en erupción y que se presenta clínicamente como una masa blanda fluctuante sobre la cresta alveolar. La masticación inducirá, a veces, hemorragia en un quiste de erupción, originando con ello un hematoma de erupción. El quiste deriva del epitelio reducido del esmalte, y sus rasgos histológicos son iguales a los del quiste dentífero. La mayoría de dichos quistes no requieren tratarse porque se rompen espontáneamente y acaban siendo exteriorizados debido a la masticación normal. Los quistes de erupción que no evolucionan espontáneamente, la corona del diente afectado puede exponerse quirúrgicamente, tratando el quiste y dejando, de forma simultánea que el diente afectado haga erupción.



Figura 11: Quiste de Erupción

Quistes Derivados De La Lámina Dental (Restos De Serres): La lámina dental es una banda embrionaria de epitelio, la cual transporta el órgano dental a su destino en el interior de los maxilares fetales en desarrollo. En su fase funcional la lámina dental conecta el órgano del esmalte de desarrollo con la mucosa alveolar. En el periodo post funcional dicha lámina se desintegra formando pequeños islotes y bandas de epitelio llamados residuos de lámina dental que persisten hasta la edad adulta y se pueden encontrar en el tejido conjuntivo gingival y dentro del hueso alveolar subyacente. Estos residuos muestran por lo general las características de las células escamosas, pero algunas acumulan glucógeno con un aspecto claro o transparente a su citoplasma. Los

residuos de células claras de la lámina dental se denominan Restos de Serres.

Este grupo se divide en distintos tipos de quistes:

- Queratoquiste odontógeno (QQO)
- Múltiple
- Periodontal lateral
- Poliquístico (botrioide)
- Quiste gingival del adulto
- Quiste de la lámina dental del recién nacido
- Quiste odontógeno glandular

Queratoquiste Odontógeno (QQO): Es un quiste derivado de los restos de la lámina dental, con un comportamiento biológico parecido al de una neoplasia benigna. La pared muestra un revestimiento epitelial característico de seis a diez células de espesor y una capa basal de células en empalizada junto con una superficie paraqueratinizada ondulada. Puede aparecer en cualquier localización de los maxilares, aunque cerca de dos tercios de los casos de estos quistes se localizan en la mandíbula. El QQO posee un notable potencial de crecimiento, mayor que el de los otros quistes odontógenos, pudiendo alcanzar un gran tamaño, seguido de una destrucción ósea masiva. La mayoría de los QQO son lesiones intraóseas, pero en escasas ocasiones pueden ser lesiones extraóseas, encontrándose por tanto dentro de los tejidos blandos gingivales. Estos QQO extraóseos raros se llaman QQO periféricos.

Clínica: Los QQO afectan a pacientes de todas las edades, pero mayormente a personas con edades comprendidas entre la segunda y tercera décadas. Si se presentan QQO múltiples en un mismo paciente constituye uno de los rasgos constantes del síndrome de células basales (Síndrome de Gorlin-Goltz). Las características relevantes de este síndrome, además del QQO múltiple, son las costillas bífidas y carcinoma névico basocelular, la calcificación de la hoz del cerebro,

quistes epidermoides pequeños múltiples en la piel (miliares) metacarpianos acortados y meduloblastoma (una neoplasia del SNC).

Radiología: Ante una radiografía el QO presenta el aspecto de una lesión solitaria bien definida con márgenes lisos o festoneados, o de una imagen radiolúcida multilocular o poliquística, que muestra un borde cortical delgado. Si el quiste está perforando el hueso su visualización será muy difícil.

Histopatología: Los QO se caracterizan por tener: a) un revestimiento delgado y uniforme de epitelio escamoso paraqueratinizado (de 6 a 10 células de espesor); b) una capa en empalizada de células basales prismáticas o cuboidales; c) una capa de paraqueratina ondulada en la superficie luminal, y d) no posee papilas. Existe una separación entre el revestimiento epitelial y el tejido conjuntivo adyacente por lo que éste se encuentra libre de inflamación. La luz del quiste posee paraqueratina descamada en proporciones variables. Se encuentran residuos de lámina dental y microquistes presentes ocasionalmente en la pared de la capsula y la cápsula en general se encuentra sin respuesta inflamatoria.

Tratamiento: El tratamiento de los QO es la enucleación quirúrgica. Si se ha producido una perforación extensa de la mandíbula en algunos casos se ha empleado a veces la resección quirúrgica. Actualmente también se practica la marsupialización de lesiones muy graves con el fin de reducir el tamaño del quiste antes de la intervención quirúrgica. Además se debe informar al paciente que puede ser necesaria alguna intervención más, por cuanto pueden existir recurrencias clínicamente evidentes en los primeros cinco años después del tratamiento. Por tanto es conveniente el seguimiento quístico del lecho quirúrgico; tales individuos deben evaluarse para determinar si la resección fue completa y para constatar la presencia de nuevos queratocitos y síndrome de carcinoma de células basales nevoides.

Quiste Periodontal Lateral: Son lesiones quísticas odontogénicas del desarrollo intraóseo situadas lateralmente a la raíz de un diente erupcionado, de crecimiento lento y no expansivo, que deriva de uno más restos de la lámina dental y que contiene un revestimiento de una a

tres células cuboidales y engrosamientos o placas focales características. Representan menos del 1% y pueden aparecer en cualquier edad con un máximo entre los 40 y 70 años sin predilección racial o social. Aproximadamente el 70% de ellos afecta a la mandíbula, predominantemente en la región premolar y canina.

Clínica: Estas lesiones deben distinguirse clínicamente de los quistes de origen inflamatorio secundario o alteraciones pulpares situadas lateralmente o periodontales, de los queratoquistes odontogénicos laterales y en especial de los quistes gingivales del adulto ya que comparte un sorprendente número de analogías clínicas y morfológicas con este; tanto que se ha llegado a la conclusión de que el quiste periodontal lateral y el quiste gingival del adulto representan manifestaciones intra y extraóseas de la misma lesión, siendo ambos derivados de residuos de la lámina dental (Restos de Serres). Se desarrolla habitualmente como una lesión solitaria. La media de edad de la presentación de este quiste corresponde a pacientes de 50 años de edad.



Figura 12: Quiste Periodontal Lateral

Quiste odontogénico botroide o simplemente poliquístico (botroide): Son lesiones que se presentan con más agresividad local y una mayor tendencia a la recidiva tras la extirpación quirúrgica.

Histológicamente este quiste es similar al periodontal lateral, con una disposición multicavitoria.

En la radiografía se lo observa como una imagen radiolúcida multilocular, se encuentra más habitualmente en la región premolar inferior y en el maxilar, entre el canino y el incisivo lateral.

Histopatología: Presenta un revestimiento delgado de epitelio no queratinizado con una a tres células de espesor, con células clara que contienen glucógeno. Algunos quistes presentan engrosamientos o placas epiteliales focales que presentan rasgos celulares observados en los restos de Serres.

Tratamiento: El tratamiento de este quiste es la enucleación quirúrgica y su recidiva es rara.

Quiste Gingival del Adulto: A pesar de tener una patogenia similar, esta rara lesión se clasifica separadamente del quiste periodontal lateral, debido a que su presentación clínica es diferente. Los quistes gingivales del adulto se localizan solo en los tejidos blandos de la encía por fuera del hueso y es derivada de residuos de la lámina dental (Restos de Serres). Aunque éstos solo aparecen en los tejidos blandos a veces pueden producir alguna reabsorción ósea superficial del hueso alveolar subyacente debido a la presión. Por el contrario, el quiste periodontal lateral se origina siempre en el interior del hueso. Se da con mayor frecuencia en pacientes de más de 40 años y suele estar situado en el vestíbulo mandibular, entre el incisivo lateral y el primer premolar.

Clínica: Se muestra como un nódulo pequeño en las encías, bien circunscrito, cubierto por mucosa normal, de un diámetro que puede oscilar entre unos pocos milímetros y 1 cm.

Radiología: La mayoría de estos quistes están continuados a los tejidos blandos de la encía y, por tanto, no aparecen en las radiografías. A veces, originan una depresión o aplanamiento inducido por presión en el hueso alveolar subyacente que a veces es visible en la exploración radiológica.

Histopatología: En su mayoría, son lesiones de pequeño tamaño, que poseen un revestimiento epitelial similar al del quiste periodontal lateral. Este revestimiento está constituido por una delgada capa de células

cuboideas o escamosas, con ocasionales células claras. Solo en ocasiones pueden ser poliquísticos.

Tratamiento: Este quiste se trata con escisión quirúrgica y una vez extirpado no tiene tendencia a recidiva.



Figura 13: Quiste Gingival del Adulto

#### Quiste de la Lámina Dental del Recién Nacido

Llamado también quiste gingival del recién nacido o nódulos de Bohn o también perlas de Epstein, son pequeñas lesiones en el reborde alveolar de los recién nacidos que se forman a partir de residuos de la lámina dental. Aparecen como nódulos asintomáticos múltiples o únicos en la mucosa alveolar, de 1 a 3 mm de diámetro y color blanquecino. Estos quistes contienen queratina y remiten de forma espontánea en unos meses.

Histopatología: Este quiste se encuentra revestido por un epitelio plano delgado, de dos a tres capas de células de espesor, estratificado y queratinizado y contienen queratina compactada descamada.

Es importante destacar la diferencia de edad en la que aparecen tanto el quiste gingival del adulto como el de la lámina dental del recién nacido a pesar de ambos derivar a partir de la lámina dental, probablemente la explicación radica en la posibilidad de que los dos quistes procedan de dos láminas dentales diferentes: la lámina dental primaria y la permanente.

Tratamiento: no se requiere tratamiento puesto que todos involucionan de manera espontánea o se rompen antes de los tres meses de edad.





Figura 14: Quiste de la Lámina Dental del Recién Nacido

Quiste Odontógeno Glandular o Quiste Sialodontógeno: Fue descrito por primera vez en el año 1987. Dado que comparte ciertas características con el quiste periodontal lateral: quiste odontógeno botrioides, se considera que procede de la lámina dental; además cabe resaltar que este quiste tiene mucha propensión a recurrencia.

Características clínicas: Este quiste tiene preferencia de aparición en la mandíbula (80%), las anomalías suelen ubicarse en el segmento anterior y no es rara su expansión. La distribución entre sexos es uniforme y la edad promedio es de 50 años.

Radiología: Su aspecto en ésta no es muy específico y por lo general el tamaño de las lesiones varía ampliamente, algunas son menores de 1cm. Y otras afectan a casi toda la mandíbula de ambos lados. Pueden presentarse como imágenes radiolúcidas con bordes radiográficos bien definidos y esclerosados, uniloculares o multiloculares. Las anomalías más agresivas evidencian un borde periférico mal definido.

Histopatología: Desde el punto de vista histológico el quiste está constituido por: a) un revestimiento epitelial plano delgado, de espesor relativamente uniforme o presentar engrosamientos epiteliales focales, que adoptan la apariencia de remolino; b) un número variable de pequeñas estructuras glandulares o microquistes dentro de epitelio de revestimiento, y c) una sola capa de células prismáticas o cuboidales que sustituyen la capa superficial del epitelio plano estratificado del revestimiento del quiste. También suelen encontrarse células mucosas

similares a las células calciformes de la mucosa intestinal y células ciliadas.

Tratamiento: Esta lesión agresiva y, por lo tanto, la extensión clínica y radiológica de la enfermedad determinan la atención quirúrgica. Si se encuentra hueso saludable más allá de la lesión quística, lo apropiado es un raspado periférico o resección marginal. Es indispensable el seguimiento a largo plazo, ya que la recurrencia de esta lesión es casi 25% de esta lesión.

Quiste Paradental: Es un quiste odontógeno que se sitúa de forma subgingival, sobre la cara vestibular de un molar inferior erupcionado (quiste de la furca) o en la cara distal de un tercer molar inferior parcialmente erupcionado.

Un factor predisponente para muchos autores, es una anomalía presente en la corona de los dientes afectados conocida como proyección cervical del esmalte. Una vez iniciada la formación del quiste se continúa hacia apical por debajo de la unión amelocementaria hacia el interior de la furca, y más allá de ella. Otra teoría sugiere que la aparición de este quiste es a partir de restos odontogénicos estimulados de dentro y alrededor de la furca, o que se originan porque el diente es incapaz de conseguir de prisa un estado de erupción total; en este caso se cree que el diente erupcionado parcialmente se atasca durante un periodo que deja el margen de encía libre por arriba de la altura de la superficie vestibular de la corona, permitiendo el acumulo de restos de alimentos y bacterias en el surco, dando como resultado una bolsa inflamatoria grande y un quiste paradental, que con el tiempo va extendiéndose hacia la furca.

Otra variedad de este quiste se produce por la cara distal del tercer molar inferior, en especial en un diente imposibilitado por la rama ascendente, quedando expuestas habitualmente las cúspides mesiales. Estos quistes mencionados toman el nombre de quistes dentígeros desplazados hacia distal, debido al surgimiento de restos odontogénicos cerca de la cara distal del diente.

Radiología: Este tipo de quiste no puede ser visible en las radiografías de rutina porque su imagen se superpone a las del diente asociado. Si éste se desarrolla en la cara distal de un cordal es fácilmente visible como una imagen radiolúcida bien circunscrita en radiografías periapicales o panorámicas de rutina.

Histopatología: El quiste paradental está formado por un revestimiento de una capa hiperplásica de epitelio plano no queratinizado, infiltrada por neutrófilos; mientras que la cápsula de tejido conectiva presenta inflamación crónica.

Tratamiento: Se lo trata con enucleación, y se extrae el molar en el que se encuentra. Igualmente sucede con el quiste localizado en la cara distal del tercer molar inferior, se elimina junto con el diente en cuestión.

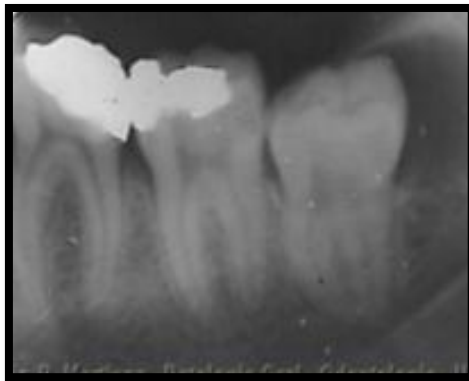


Figura 15: Quiste Paradental



Figura 16: Quiste Paradental

## Tratamientos para los Tumores y Quistes Odontogénicos (27)

La comprensión de la conducta de las lesiones es indispensable para proponer un tratamiento adecuado. Se debe tener en cuenta consideraciones clínicas como la inspección, palpación, evidenciar deformación de las tablas óseas y del reborde alveolar, estado de la sensibilidad y motilidad, límites, oclusión dentaria, movilidad dentaria, retención de las mismas o desplazamientos, el compromiso de la piel facial y cervical, el de las mucosas bucales, el estado ganglionar, el estado de las glándulas salivales, el funcionamiento de la articulación témporo-mandibular, etc.

El estudio radiográfico, complementa el diagnóstico y dependerá de los datos clínicos obtenidos. Consistirá desde radiografías periapicales hasta estudios más complejos como la Tomografía computarizada en 3D, la cual indicará una conclusión diagnóstica que se ratificará mediante una biopsia.

Existen dos tendencias para el tratamiento de los tumores odontogénicos: conservador y radical. Los primeros, reducen al mínimo las secuelas que se puedan producir luego del procedimiento, conservando la mayor cantidad de estructuras anatómicas adyacentes produciendo una menor injuria y trauma tisular.

Los tratamientos radicales están indicados en lesiones agresivas y recidivantes, y buscan eliminar toda la lesión y parte del tejido que lo circunda, comprometiendo estructuras adyacentes con la intención de evitar posibles recidivas.

Dentro de los tratamientos conservadores podemos incluir a la descompresión, marsupialización, excéresis, el curetaje, a la combinación de excéresis y curetaje y otros métodos como la crioterapia y solución de carnoy en combinación con la enucleación.

En cuanto los tratamientos radicales podemos encontrar métodos más agresivos como resección en bloque, parcial o total. Estos procedimientos requerirán en la mayoría de casos cirugía complementaria de reconstrucción. Para elegir el tratamiento indicado

para los tumores odontogénicos es necesario plantear indicaciones y contraindicaciones de los tratamientos previamente mencionados.

Las indicaciones de un tratamiento conservador son: (28)

- Lesiones que comprometan estructuras anatómicas.
- Lesiones de gran tamaño, cuya exéresis total conlleve a grandes riesgos de fractura patológicas.
- Lesiones en pacientes sistémicamente comprometidos.
- Lesiones de difícil acceso.
- Lesiones que interfieren con la erupción dentaria
- Lesiones en pacientes jóvenes.

Las contraindicaciones son: (29)

- Lesiones que presenten posible malignidad.
- En lesiones metastásicas
- En lesiones altamente infiltrativas, destructivas y recidivantes.

Por lo tanto es de suma importancia establecer las características de cada lesión para determinar la mejor opción a seguir. Muchos autores han planteado tratamientos para las distintas lesiones odontogénicas tumorales, de acuerdo a su comportamiento, crecimiento, tasa de recidiva, etc.

Tratamiento de Enucleación (30)

Llamada también técnica de Parnis II, habitualmente es el método más eficaz para la eliminación y tratamiento del quiste, ya que permite el despegamiento de la totalidad del mismo sin la ruptura de la capsula disminuyendo la posibilidad de recidiva.

Inicialmente el diseño del colgajo se realiza de forma amplia obteniendo así una buena visibilidad. En pacientes desdentados, la incisión debe realizarse a lo largo de la cresta ósea, pero en presencia de piezas dentales, la incisión se realiza alrededor del cuello de los dientes, tanto en la cara bucal como en la lingual dependiendo de la posición del

quiste. La elevación del colgajo se realiza de manera suave, sin lesionar los márgenes, ya que de lo contrario la cicatrización será dispareja e irregular, en tanto la extirpación del hueso que recubre al quiste se realiza con fresa .cincel o gubia, cuidando de no lesionar la pared quística. Una vez que se tiene al quiste a través de la ventana ósea, se debe utilizar una cureta de filo delgado para cortar y escindir la capa de tejido conjuntivo de la pared quística y ósea, debiendo mantenerse la superficie cóncava de la cureta en dirección a la cavidad ósea, mientras que el borde de la superficie convexa realizará el despegamiento del quiste teniéndose el cuidado de no romper el mismo, ya que si se mantiene la presión intraquística será más fácil separarlo de la cavidad ósea.

En caso de quistes grandes próximos a estructuras vasculares los nervios y los vasos suelen estar empujados hacia un lado de la cavidad quística motivo por el cual debe evitarse el trauma.

Una vez realizado el procedimiento, la cápsula adosada en la cavidad ósea puede ser extirpada de manera suave con elevador de Howarth, otra maniobra indica empujar una gasa con fórceps gradualmente en intervalos entre la capsula y la pared cavitaria en su parte más profunda. Luego del retiro de la cápsula, el espacio es invadido por sangre coagulada que se organizó para formar hueso normal y una vez que se ha extirpado el quiste se debe inspeccionar la cavidad ósea para descartar la presencia de restos del mismo, siendo necesario irrigar la cavidad con solución salina estéril, secando la misma con gasas con el fin de lograr una buena visualización, para luego colocar una gasa impregnada con una solución antibiótica por un lapso de 2 a 3 días y finalmente realizar el cierre primario de la incisión.

Entre las principales ventajas de este tratamiento quirúrgico están: la posibilidad de realizar el examen histopatológico del quiste completo, realización de una biopsia escisional, mantenimiento del contorno óseo, no se lesionan estructuras cercanas a la mucosa del quiste.

La enucleación, es el tratamiento habitual de todos los quistes, La eliminación completa del quiste permite el examen histopatológico de la lesión en su totalidad. En general, esta técnica quirúrgica va asociada a una alta tasa de recurrencia.

Muchos autores reportan dificultades en la enucleación con o sin perforación cortical debido a la adherencia al hueso o a los tejidos blandos adyacentes de la delgada capa que recubre al quiste, especialmente en queratoquistes multiloculares y grandes. El revestimiento epitelial fino y friable, el acceso quirúrgico, la habilidad y experiencia del cirujano, la posible perforación cortical, y el deseo de preservar estructuras vitales adyacentes puede llevar a una extirpación incompleta del KCOT. Además, las lesiones recurrentes aparecen con mayor frecuencia en el área de la mandíbula y cuando el quiste va asociado a dientes incluidos, debido a la dificultad de acceso y por lo tanto incompleta remoción de todos los tejidos quísticos (38). Recordar que estos pacientes deben ser controlados durante muchos años, pues las recurrencias pueden aparecer pasados 10 años del tratamiento quirúrgico.

#### Tratamiento de Resección Marginal (31)

Es la remoción de un tumor incidiendo en los tejidos alrededor del tumor de tal modo que se retira el tumor sin entrar en contacto con él. Se considera marginal cuando no se afecta la continuidad del hueso. La resección en bloque se hace cuando se remueve una porción del maxilar. Se utiliza en tumores benignos de comportamiento más agresivo y requieren márgenes de tejido sano para disminuir la posibilidad de recurrencia.

La resección Marginal debe seguirse de la reconstrucción del defecto de acuerdo con los métodos habituales. Aunque se ha descrito menor tasa de recidiva en caso de resección quirúrgica frente a la enucleación.

La resección segmentaria puede seguirse también de recurrencia, habiéndose descrito incluso la misma en el injerto óseo usado para la reparación del defecto.

## Resección Completa (32)

La resección radical es una técnica más amplia en la que se incluye en la extirpación del quiste un área ósea alrededor del mismo como margen quirúrgico, tratando de eliminar todo tejido epitelial que existiera de forma satélite al quiste con el fin de prevenir la recidiva. Dependiendo del tamaño y localización quiste, la resección puede ser preservando la basal ósea o segmentaria, en caso de grandes quistes en que el margen óseo sano sea escaso y no permita preservar la continuidad ósea maxilar o mandibular. La resección radical es por lo tanto asimismo controvertida. Algunos autores consideran que la presencia de restos epiteliales o microquistes es clara en las zonas mucosas suprayacentes al quiste pero discutible en los márgenes óseos, especialmente en los profundos, por lo que no habría razón clara para realizar la resección ósea radical, siendo más importante el eliminar la mucosa ósea suprayacente a la que se une el quiste, aunque en casos muy avanzados puede ser necesaria dicha resección ósea. Este concepto sería asimismo válido para el tratamiento de queratoquistes recidivantes, en los que deben manejarse los mismos conceptos expresados para los primarios.

Cuando se hace eliminación del tumor junto con hueso, tejidos blandos adyacentes y nodos linfáticos regionales vecinos. Se utiliza en tumores malignos puede ser necesario complementar el tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia.

Además de los quistes, las lesiones óseas más comunes que puede encontrar el odontólogo son de naturaleza inflamatoria o neoplasias benignas. Sin embargo a veces se presentan lesiones más agresivas y se deben usar varios factores para determinar el tipo de terapia más adecuado.

Los factores más importantes son: agresividad de la lesión, localización de la lesión, su limitación al hueso, la duración y los posibles métodos de reconstrucción luego de la cirugía.(33)



## Manejo Terapéutico

Se debe valorar cada paciente de forma individualizada para optar por la mejor opción terapéutica, dependiendo de varios factores como el diagnóstico final, tamaño de la lesión, situación de ésta o afectación de estructuras adyacentes.

Caben varias posibilidades terapéuticas: Enucleación, Resección parcial o total del maxilar afecto con reconstrucción del defecto, preferiblemente de forma inmediata.

## Anestesia

La elección de la técnica anestésica depende de los antecedentes personales del paciente, deseos de éste, características de la intervención y la experiencia del cirujano. En función de todo esto optaremos por una técnica de anestesia locorregional o general. Si optamos por anestesia locorregional, la técnica más utilizada es la anestesia troncular o regional, es decir, la que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa. (34)

## Medicación preoperatoria

- Medicación habitual del paciente: En general, ésta no deberá ser modificada, salvo los cambios en la forma de administración si es precisa una dieta absoluta o alimentación por sonda nasogástrica en el postoperatorio.
- Sedantes y analgésicos: Los objetivos de su administración son aliviar la ansiedad del paciente, prevenir el dolor durante la canulación vascular, los procedimientos de anestesia regional o la colocación del paciente y facilitar la inducción anestésica en los casos en que la anestesia general sea necesaria.
- Profilaxis antibiótica (cirugía limpia-contaminada): – Amoxicilina-Ácido clavulánico. Una primera dosis de 2 g. Si la intervención supera las 4 horas, repetir la administración con dosis de 1 g.
- En pacientes alérgicos a betalactámicos: Clindamicina 600 mg. + Gentamicina 120 mg al inicio de la intervención, repitiendo la dosis si

la cirugía se prolonga durante más de 4 horas. No es necesario administrarlos durante más de 24 horas.

- Profilaxis de endocarditis bacteriana. Los pacientes con lesiones endocárdicas antiguas tienen aumentado el riesgo de desarrollar una endocarditis bacteriana secundaria a bacteriemias transitorias que se producen durante la manipulación de mucosas. En el caso de extracciones dentales, la bacteriemia se produce en el 85% de los pacientes y en el caso de manipulaciones periodontales, hasta en el 88%. El riesgo de endocarditis bacteriana en estos pacientes es del 17%. (35)

#### Cuidados postoperatorios

Ciertas técnicas requieren un cuidado postoperatorio especial, como en el caso de la descompresión por enucleación: La enucleación termina con el taponamiento con una gasa vaselinada o yodoformada, que previene las hemorragias e infecciones de la cavidad. Esta gasa se retira tras 72-96 horas, debiendo ser reemplazada periódicamente hasta que la cavidad quede totalmente reepitelizada. Se instruirá al paciente en los lavados de la cavidad con solución aséptica. Una vez cicatrizado completamente, se debe realizar seguimiento a 1, 3, 6, 12 y 24 meses. (36)

#### Medicación postoperatoria:

- Analgésicos no esteroides
- Antibióticos: en caso de infección activa

### 2.3. Definición de Términos Básicos

- 1.- Carcinomas: Neoplasia maligna que se origina en el epitelio que es el recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer. Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, las mamas, el estómago, el cáncer de colon y el útero.(37)
- 2.- Maxilar inferior (o mandíbula): Es uno de los huesos de la cara, plano, impar, central y simétrico, en forma de herradura. Está situado en la parte inferior y anterior de la cara, constituyendo por sí solo la mandíbula. (33)
- 3.- 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. (37)
- 4.- OMS: Organización Mundial de la Salud, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. (30)
- 5.- Osteoma: Es un tumor benigno derivado del tejido óseo, el cual se puede producir en cualquier hueso.(35)
- 6.- Quiste: cavidad circunscrita, bien definida y cerrada, llena de un líquido o una masa semifluida, cuyas paredes están formadas por una cápsula fibrosa tapizada interiormente por un epitelio más o menos bien organizado. (37)
- 7.- Sarcomas: Neoplasia Maligna del tejido conectivo y de sostén (tejidos blandos) de todos los tipos. Los sarcomas se encuentran en cualquier parte del cuerpo y frecuentemente forman crecimientos secundarios en los pulmones.(30)

- 8.- Tumor: Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen que se deba a un aumento en el número de células que lo componen, independientemente de que sean de carácter benigno o maligno.(27)
- 9.-Tumor benigno: Es una alteración de células que provoca un crecimiento descontrolado de éstas. Las neoplasias benignas no son cancerosas. Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen. Lo importante es que las células de tejidos benignos no se extienden a otras partes del cuerpo.(31)
- 10.-Tumor maligno: Es un tumor canceroso que se caracteriza por que tiene capacidad de invasión o infiltración y de metástasis a lugares distantes del tumor primario. (35)
- 11.-Tumores odontogénicos: Son neoplasias derivadas del tejido epitelial y/o ectomesenquimal que normalmente dan origen a los tejidos dentarios.(28)
- 12.-Tratamiento: Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.(37)

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## TABLAS DE DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

**Tabla I**

**Tabla Cruzada de Tipos de Quistes Odontogénicos y sus Tratamientos**

**Tabla cruzada**

			TRATAMIENTO		Total
			ENUCLEACION	RESECCION COMPLETA	
TIPO DE QUISTE ODONTOGENICO	DENTIGERO	Recuento	6	0	6
		% del total	20.7%	0.0%	20.7%
	PERIAPICAL	Recuento	11	0	11
		% del total	37.9%	0.0%	37.9%
	PERIODONTAL	Recuento	11	1	12
		% del total	37.9%	3.4%	41.4%
Total		Recuento	28	1	29
		% del total	96.6%	3.4%	100.0%

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

**Análisis:** En la tabla I del Tipo de Quiste Odontogénico con relación al Tratamiento encontramos lo siguiente: Del Tipo del Quiste Odontogénico, solamente se encuentra en el 20,7%, siendo principalmente el tratamiento de Enucleación con los mismos datos. Resección Marginal y Resección Completa no se han dado. En el segundo estrato el Periapical para el Tipo de Quiste Odontogénico se encuentra en 37.9%, principalmente con el tratamiento de Enucleación con el mismo porcentaje. Finalmente el último estrato del tipo de Quiste Odontogénico, el Periodontal se encuentra en un 41,4%, siendo mayor el tratamiento de enucleación con 37.9% y un caso de Resección Completa con 3.4%.

**Tabla II**

**Prueba de chi-cuadrado de Pearson para Tipos de Quistes Odontogénicos y sus Tratamientos**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.467 <sup>a</sup>	2	.480
Razón de verosimilitud	1.816	2	.403
Asociación lineal por lineal	1.088	1	.297
N de casos válidos	29		

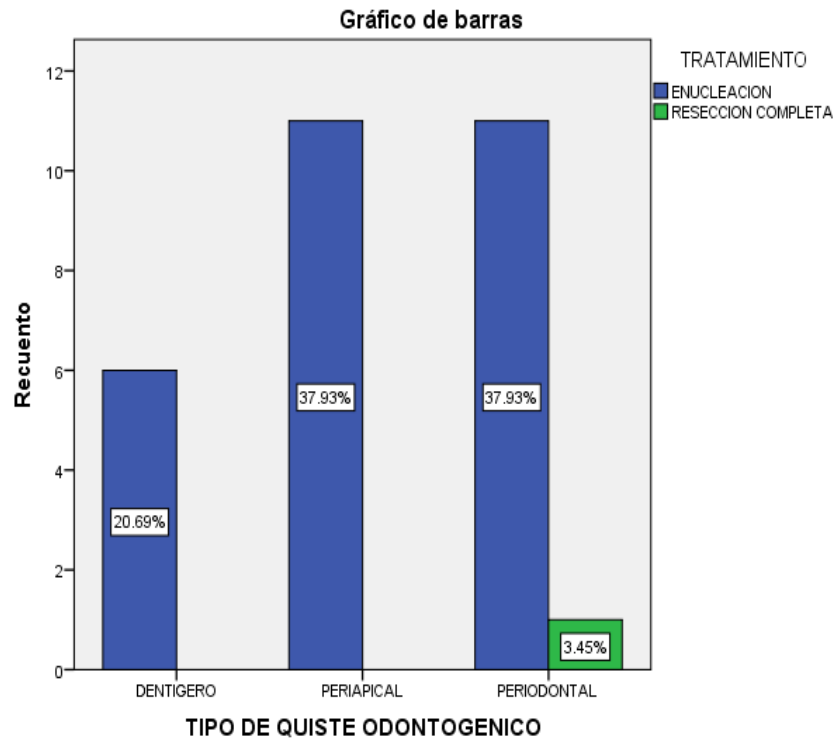
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .21.

**Fuente: Ficha de Recolección de Datos.**

**Análisis:** Vista la Prueba Cuadrada de Chi cuadrado de Pearson donde encontramos que la relación del tipo de Quiste Odontogénico y el Tratamiento que se da, encontramos un nivel de 0.48%. Por tanto al ser mayor de 0.05% no existe relación entre las variables del tipo de Quiste Odontogénico y el Tratamiento, son totalmente independientes.

**Gráfico N° 01**

**Distribución de los Tipos de Quistes Odontogénicos y sus Tratamientos**



**Fuente:** *Ficha de Recolección de Datos.*

**Análisis:** En el gráfico N° 01 encontramos que el 20.69% del Tipo de Quiste Odontogénico, el Dentígero tiene como tratamiento a la Enucleación. El segundo grupo el Tipo de Quiste Odontogénico el Periapical con 37.93% para el tratamiento de Enucleación. Finalmente el tercer estrato del Tipo de Quiste Odontogénico Periodontal 37,93% es para el Tratamiento de Enucleación y el 3,45% del Tratamiento de Resección Completa.



**Tabla III**

**Tabla Cruzada de Localización de Tumores Odontogénicos y Género**

LOCALIZACIÓN DE TUMORES ODONTOGÉNICOS		GENERO			
		MASCULINO		FEMENINO	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
LOCALIZACION DE LA ZONA MAXILAR	ANTERIOR	3	42.9%	4	57.1%
	POSTERIOR	11	61.1%	7	38.9%
LOCALIZACION E LA ZONA MANDIBULAR	ANTERIOR	1	12.5%	7	87.5%
	POSTERIOR	8	29.6%	19	70.4%

**Fuente:** *Ficha de Recolección de Datos.*

**Análisis:** En la tabla III del Tipo de Localización y Género encontramos lo siguiente: La localización de la Zona del Maxilar el 42.9% fue de 3 casos para el Género Masculino y la Zona Anterior de Maxilar, y un 57.1% con 4 casos para el Género Femenino en la Zona Anterior del Maxilar. En el segundo estrato de un 61.1% con 11 casos para el Género Masculino y la Zona Posterior del Maxilar, y un 38.9% con 7 casos para el Género Femenino y la Zona Posterior del Maxilar. En el tercer estrato el 12.5% con 1 caso para el Género Masculino y la Zona Anterior del Maxilar y con un 87.5% con 7 casos para el género Femenino y Zona Anterior del Maxilar. Finalmente 29.6% con 8 casos para el Género Masculino y la Zona Posterior del Maxilar y con un 70.4% con 19 casos para el género Femenino y la Zona Posterior del Maxilar.

**Tabla IV**

**Tabla cruzada de Tipos de Quistes Odontogénicos y Género**

**Tabla cruzada**

			GENERO		Total
			MASCULIN O	FEMENIN O	
TIPO DE QUISTE ODONTOGENICO	DENTIGERO	Recuento	3	3	6
		% del total	10.3%	10.3%	20.7%
	PERIAPICAL	Recuento	2	9	11
		% del total	6.9%	31.0%	37.9%
	PERIODONTA L	Recuento	4	8	12
		% del total	13.8%	27.6%	41.4%
Total		Recuento	9	20	29
		% del total	31.0%	69.0%	100.0%

**Fuente: Ficha de Recolección de Datos.**

**Análisis:** En la tabla IV del Tipo de Quistes Odontogénicos con relación al Género se observa lo siguiente: el 10.3% representa al Quiste Dentígero y al Género Masculino, y el 10.3% también representa al Quiste Dentígero en el Género Femenino. En el segundo estrato el 6.9% representa al Tipo Periapical y Género Masculino y el 31.0% representa al Periapical del Género Femenino. Finalmente el 13.8% representa al Quiste Periodontal con el Género Masculino y el 27.6% al Quiste Periodontal del Género Femenino.

**Tabla V**

**Prueba de chi-cuadrado de Pearson para Tipos de Quistes Odontogénicos  
y Género**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.887 <sup>a</sup>	2	.389
Razón de verosimilitud	1.899	2	.387
Asociación lineal por lineal	.200	1	.655
N de casos válidos	29		

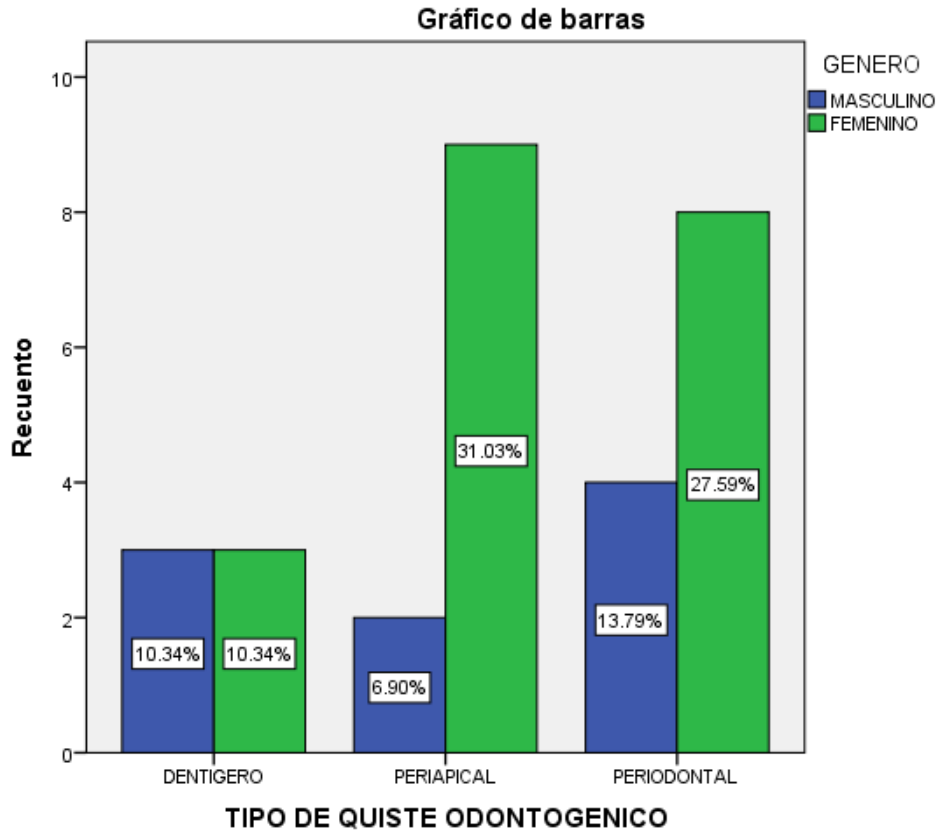
a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.86.

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

**Análisis:** Vista la Prueba Cuadrada de Chi-cuadrado de Pearson donde la relación del tipo de Quiste Odontogénico y el Género se encuentra en un nivel de 0.389%. Por lo tanto al ser mayor de 0.05% no existe relación entre las variables del tipo de Quiste Odontogénico y el Género, son totalmente independientes.

Gráfico N° 02

Distribución de los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Género



Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

**Análisis:** En el gráfico N° 02 encontramos que el 10.34% representa al Tipo Dentígero en el Género Masculino y el 10.34% al Género Femenino. El segundo grupo es el Residual con 6.90% para el Género Masculino y el porcentaje más alto el 31.03% para el Género Femenino. Finalmente el tercer estrato es el Periodontal con 13.79% para el género Masculino y un 27.59% para el Género Femenino.

**Tabla VI**

**Tabla cruzada de los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas**

**Tabla cruzada**

			GRUPO ETAREO POR DECADAS						Total
			PRIM ERA	SEGU NDA	TERC ERA	CUA RTA	QUI NTA	SEX TA	
TIPO DE QUISTE ODONTOGENICO	DENTIG ERO	Recuento % del total	0 0.0%	2 6.9%	3 10.3%	1 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	6 20.7%
	PERIAPI CAL	Recuento % del total	1 3.4%	2 6.9%	3 10.3%	5 17.2%	0 0.0%	0 0.0%	11 37.9%
	PERIOD ONTAL	Recuento % del total	0 0.0%	2 6.9%	3 10.3%	3 10.3%	2 6.9%	2 6.9%	12 41.4%
Total		Recuento % del total	1 3.4%	6 20.7%	9 31.0%	9 31.0%	2 6.9%	2 6.9%	29 100.0%

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

**Análisis:** En la tabla VI Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas encontramos lo siguiente: Del Tipo de Quiste Odontogénico, el Dentígero se encuentra en un 6.9% en las Segunda Década, 10.3% en la Tercera Década, 3.4% en la Cuarta Década. El segundo estrato Periapical se encuentra en 3.4% en la Primera Década, 6.9% Segunda Década, 10.3% en la Tercera Década, 17.2% en la Cuarta Década. Finalmente en el Estrato Periodontal encontramos 6.9% en la Segunda Década, 10.3% en la Tercera Década, 10.3% en la Cuarta Década, 6.9% de la Quinta Década y 6.9% de la Sexta Década.

**Tabla VII**

**Prueba de chi-cuadrado de Pearson de los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10.057 <sup>a</sup>	10	.435
Razón de verosimilitud	11.588	10	.314
Asociación lineal por lineal	3.870	1	.049
N de casos válidos	29		

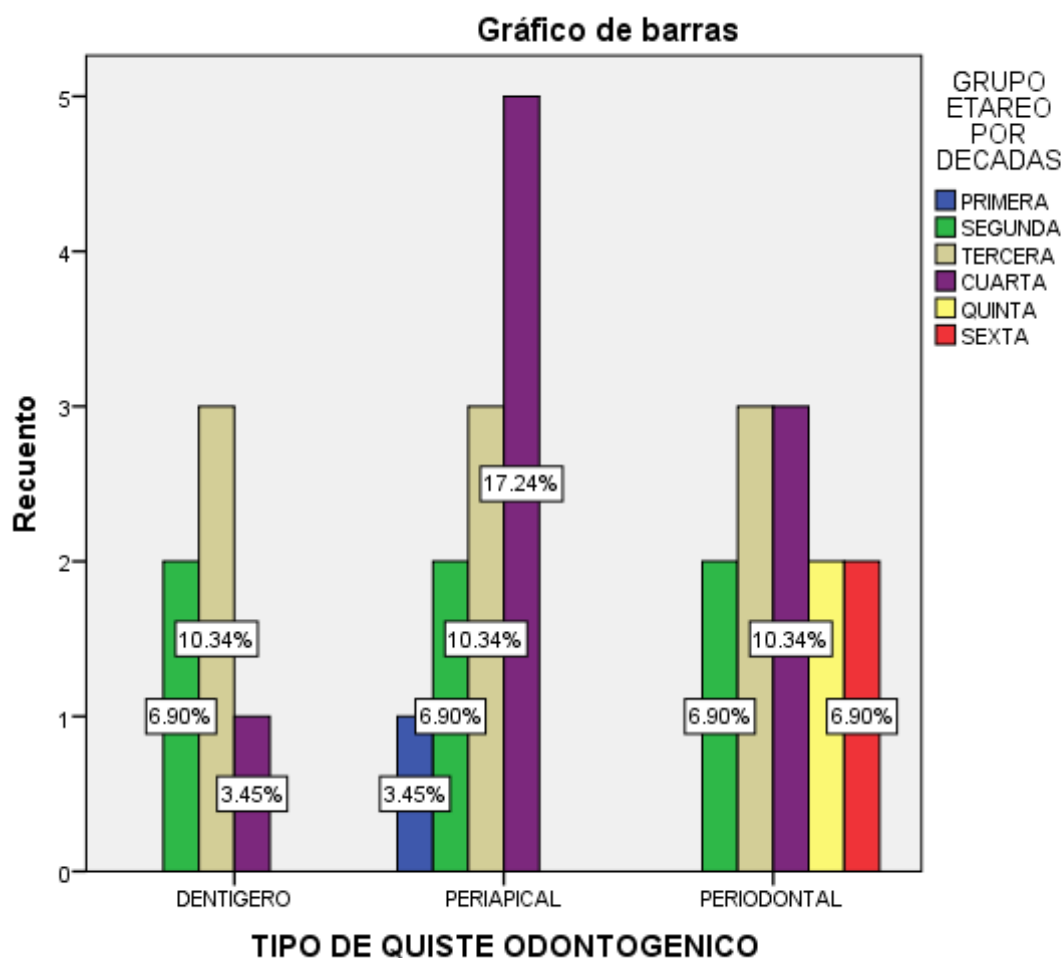
a. 18 casillas (100.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es.21.

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

**Análisis:** Vista la Prueba Cuadrada de Chi cuadrado de Pearson donde la relación entre los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas se encuentra en un nivel de 0.435%. Por lo tanto al ser mayor de 0.05% no existe relación entre las variables de los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por Décadas, son totalmente independientes.

Gráfico N° 03

Gráfico de Quistes Odontogénicos y Grupo Etéreo por Décadas



Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

**Análisis:** En el gráfico N° 03 encontramos que el Tipo de Quiste Odontogénico Dentígero, el 6.90% representa la Segunda Década, el 10.34% la Tercera Década y el 3.45% la Cuarta Década. En el segundo estrato Periapical el 3.45% representa la Primera Década, el 6.90% la Segunda Década, 10.34% la Tercera Década y 17.24% la Cuarta Década. Finalmente el tercer estrato Periodontal representa 6.90% en la Segunda Década, 10.34% para la Tercera y Cuarta Década y un 6.90% para la Quinta y Sexta Década.

## **DISCUSIÓN**



De acuerdo al análisis de los resultados encontramos que el odontoma es el más frecuente de los tumores odontogénicos según Buchner et al quien en el 2006 examinó una muestra de 1.088 tumores de este tipo, en los cuales los odontomas representaron el 75,9% del total de la muestra; Ochsenius et al, en 2002 analizaron una muestra de 362 tumores odontogénicos, de los cuales los odontomas representaron 44,7% (33). Da Silva *et al* en un estudio publicado en el 2009 reportó que el odontoma es el tumor odontogénico más frecuente con un porcentaje de 73,9% (29), contrastando los resultados del presente trabajo de investigación se encontró que el quiste odontogénico que prevalece es el periodontal con 37.93% del total de la muestra, el tratamiento usado fue enucleación.

En relación con la frecuencia de los diversos tipos de odontomas, Hidalgo et al, en un meta análisis, con una muestra 1.340 casos clasificados, encontró que el 61,3% eran odontomas compuestos y odontomas complejos el 37%, presentándose esta relación en dos casos de tres presentados, la región anatómica más implicada, es el sector anterosuperior, seguido en el orden decreciente por la zona anteroinferior y la zona posteroinferior, en 1.000 casos relacionados el 40,5% se presentó en mandíbula coincidiendo con dos casos presentados y en 1045 casos registrados el 42,9% no presentó sintomatología coincidiendo con los tres casos de esta serie. Mientras que en el presente trabajo de investigación se encontró que la localización de tumores odontogénicos prevalece en la Zona Anterior de la Mandíbula con 87.5% del total de la muestra en el Género Femenino.

Hisatomi et al, en el 2002 analizaron 107 casos de odontoma en el cual, la mayor incidencia es en mujeres, presentándose esta relación en la serie de casos en dos pacientes femeninas (8), diversos autores refieren que la edad es un factor no determinante y se pueden identificar a cualquier edad. Mientras en el presente trabajo de investigación prevalece el Quiste Periapical con 17.24% en la Cuarta década, con predominio de 31.0% en el Género Femenino del total de la muestra.

## **CONCLUSIONES**

1. Las variables Tipos de Tumores, Quistes Odontogénicos y su tratamiento quirúrgico, estadísticamente no fueron significativas ( $NS > 0.05$ ), siendo independientes, y se concluye que no existe un tratamiento específico exclusivo para cada tipo de lesión.
2. La zona posterior del Maxilar fue la región predominante en el Género Masculino y la zona anterior de la Mandíbula fue la región predominante en el Género Femenino en los pacientes atendidos del Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.
3. La relación entre los Tipos de Quistes Odontogénicos y el Grupo Etéreo por décadas se encuentra en un nivel de 0.435, siendo no significativa esta relación ( $NS > 0.05$ ) por ser totalmente independientes. Concluyendo que la sexta década no es un factor determinante para la aparición de estas patologías.
4. Los tipos de quistes odontogénicos y el género se encuentra en un nivel de 0.389; por lo tanto al ser mayor de 0.05% no existe relación entre las variables siendo totalmente independientes. Concluyendo que estas patologías se presentan en ambos generos sin predominio en ninguno de ellos.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda que la historia clínica de los pacientes atendidos en el servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia deben contener todos los datos y exámenes complementarios realizados, tanto histopatológicos como radiográficos, siendo éste el único documento legal donde se deben consignar y así obtener un documento completo de seguimiento, control de acuerdo a la norma técnica de la Historia clínica del Ministerio de Salud del Perú.
2. Se recomienda al jefe de servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia, y a los docentes encargados de la clínica dental docente Universidad Alas Peruanas contar con protocolos estandarizados impresos de evaluación clínica para lesiones orales, tumores y quistes odontogénicos, que conducirán a un correcto diagnóstico, plan de tratamiento o caso contrario su referencia al hospital de mayor complejidad para su resolución y su protocolo servirá para futuros trabajos de investigación relacionados a estas lesiones.
3. Se recomienda al jefe del servicio de odontología del Hospital ESSALUD NIVEL III José Cayetano Heredia que exista un registro físico o virtual de todos los pacientes que han sido tratados para obtener datos más exactos y así conocer la morbimortalidad de estas patologías.
4. Recomendar a las personas que acudan a su centro de salud a realizarse un chequeo bucal y al personal del servicio de odontología a realizar una evaluación más exhaustiva para detectar a tiempo estas patologías.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Weir JC, Davenport WD. Diagnóstico de epidemiología de lesiones orales. Editorial, Skinner. Argentina. Sep. 1997. Pág 439.
2. Loannidou F, Mustafa B. Odontología de Tejidos y quistes en estudio clínico odontológico. Editorial Seferial. Atenas. Mar-Apr 2009. Pág 467.
3. Kreidler JF, Raubenheimer EJ. Análisis Retrospectivo de Quistes dentarios. Editorial Evan. Uruguay. Dic, 1993. Pág 399
4. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Incidencia Relativa de Tumores Odontogénicos. Editorial Pathol. Bolivia. Mar 2004. Pág 276-80.
5. Ledesma MC, Hernández GJC, Garcés OM. Estudio patológico de tumores odontogénicos. Editorial Sample. México. Jul 2001. Pág 373-76.
6. Mosqueda TA, Irigoyen CME, Díaz FMA, Torres TMA. Análisis de Quiste odontológicos. Editorial Med. Argentina. Año 2002. Pág 376.
7. Bataineh AB, Inflamación y prevalencia de Tumores odontogénicos, Editorial Quintessen. Chile. Dic 2008. Pág 815.
8. Weir JC y Col, “estudio epidemiológico y diagnóstico de 15783 lesiones orales, tomadas del servicio de Patología Oral de la Universidad de Louisiana, Estados Unidos de América, durante un período de 17 años y medio”. Argentina. 2013.
9. Daley TD. “la incidencia relativa de los tumores y quistes odontogénicos en una población canadiense”. México. 2013
10. Ledesma MC. “Estudio clínico-patológico de quistes odontogénicos del área de Patología Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México” México. 2012.
11. Correa Ramírez A. “Frecuencia de los distintos tipos de quistes odontogénicos registrados en dos servicios de diagnóstico histopatológico bucal en la ciudad de México” México. 2012.
12. Moncada R. “Estudio sobre lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Maracaibo, Zulia, Venezuela, de enero de 2010” Brazil. 2011.
13. Prockt AP y col. “Revisión de casos de quistes odontogénicos de los archivos del Laboratorio de Patología Oral de la Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, de 1985 a 2005”. Brazil. 2011.

14. Yazdani. "Estudio clínico de Quistes de desarrollo de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz, Irán" Irán. 2010.
15. Núñez US y col. "Estudio retrospectivo clínico patológico de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Bucal de la Clínica Dental de la Universidad de Barcelona, España, en el período 1997 – 2006" España. 2010.
16. Li AJM. "Estudio sobre los quistes maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período 2002 – 2007". Argentina. 2007.
17. Atalay B, Erdem MA. Estudio Clínico de 90 casos. De Tumores Odontogénicos. Dic 2004.
18. Montilla, Olaf. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Introducción básica a la enseñanza. Editorial Amolca. Venezuela. Año 2007. Pág 557.
19. Esponda Vila R. Patología dental. 6ta edición. México: Editorial: UNAM; 1994.
20. Monteiro L, De la Peña J, Fonseca L, Paiva A, Amaral B. Descripción de Quistes y Tumores Odontogénicos. Editorial Jane. Brazil. 200. Pág 608.
21. CD. Franklin Análisis de Patologías Maxilares en niños. Editorial Jane. Brazil. 2011. Pág 300.
22. Jones Av. Franklin CD. Patología oral y Médica. Editorial Amolca. Venezuela. 2012. Pág 562.
23. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. Editorial Parol. México. 2006. Pág 392.
24. Santana St. Odontogenic cysts epidemiological.. Editorial Pescoco. Brazil. 2007. Pág 302.
25. Varinas V. Análisis de Quistes Odontogénicos. Editorial Kaunas. Venezuela. 2006. Pág 201.
26. J. Philip Sapp, Lewis R.Eversole y George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda Edición. Editorial Mosby; 2008.
27. Escobar E, Godoy L. Odontogenic cysts. Editorial Amara. Chile. 2007. Pág 887.

28. Pina GG, Dantas da Silveira EJ. Cystic lesions of the jaws in children: A clinic analysis. Editorial Fisco, Velenzuela. 2002. 546.
29. Major M. Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental, 8va edición. España: Editorial El sevier-Masson; 2004.
30. Abramovich A. Histología y embriología dentaria. 2da edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial: Médica Panamericana, 1999.
31. Goaz P. Radiología oral (principios e interpretación). 3era edición: México: Editorial: Mosby; 1995.
32. Krezner U. Compendio de métodos antropológicos forenses para la reconstrucción del perfil osteo-biológico. 1era edición. Guatemala: Editorial: Centro de Análisis Forense y Ciencias Aplicadas; 2006
33. Fernández E. Odontología Forense. Importancia de la Odontología en la Identificación. 2 da edición. Lima-Perú: Editorial: Buenaventura; 1984.
34. Peñalver J. Análisis de Quiste odontológicos. Editorial Med. Argentina. Año 2002. Pág 376.
35. Moya Pueyo V. Inflamación y prevalencia de Tumores odontogénicos, Editorial Quintessen. Chile. Dic 2008. Pág 815.
36. Rodríguez Vicente J. "Estudio clínico-patológico de quistes odontogénicos del área de Patología Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México" México. 2012.
37. Palomino P. Prevalencia de tumores odontogénicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima (Perú). Disponible en [www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/palomino\\_ mp/pdf/palomino\\_mp.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/palomino_mp/pdf/palomino_mp.pdf).



## **ANEXOS**



ANEXO Nº 01

Matriz de Consistencia:

“RELACIÓN ENTRE LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE LOS TUMORES Y QUISTES ODONTOGÉNICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL ESSALUD NIVEL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA EN EL PERIODO 2005-2015, PIURA”

Variables	Definición conceptual	Problemas	Objetivos	Hipótesis	Definición operacional	
					Aspectos o Dimensiones	Indicadores
Tratamiento	Es el conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de éstas, una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.	<p><b>General:</b> ¿Existe relación entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura.</p> <p><b>Específico 1:</b> ¿Qué relación existe entre los Tumores Odontogénicos y Quistes Odontogénicos ante la presencia de una pieza dentaria en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015?</p> <p><b>Específico 2:</b> ¿Cuál es el grupo etéreo en el que predomina los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015?</p>	<p><b>General:</b> Determinar la relación que existe entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura.</p> <p><b>Específico 1:</b> Indagar la zona de ubicación con mayor predominio de los dientes que causaron más Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.</p> <p><b>Específico 2:</b> Identificar el grupo etéreo con mayor predominio de los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015</p> <p><b>Específico 3:</b> Verificar si el sexo femenino tiene mayor predominio de Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.</p>	<p><b>General:</b> Existe relación entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015, Piura</p> <p><b>H1:</b> La región Maxilar Anterior es donde prevalecen los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015</p> <p><b>H2:</b> Es el grupo etéreo de mayor edad, por el mayor rango de años vividos en el cual prevalecen los Tumores Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.</p> <p><b>H3:</b> Es el sexo femenino por sus características morfológicas en el cual prevalecen los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015.</p>	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enucleación y/o Curetaje</li> <li>- Resección Marginal o en Bloque</li> <li>- Resección Compuesta</li> </ul>
		Grupo Etéreo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera década</li> <li>- Segunda década</li> <li>- Tercera década</li> <li>- Cuarta década</li> <li>- Quinta década</li> <li>- Sexta década</li> </ul>			
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>			
Tumores Odontogénicos	<p>Tumores Odontogénicos</p> <p>Es una cavidad circunscrita, bien definida y cerrada, llena de un líquido o una masa semifluida, cuyas paredes están formadas por una cápsula fibrosa tapizada interiormente por un epitelio más o menos bien organizado.</p>	<p><b>Específico 3:</b> ¿Es el sexo femenino donde existe mayor predominio los Tumores y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el periodo 2005 al 2015?</p>				
Quistes Odontogénicos	<p>Quistes Odontogénicos</p> <p>Es una cavidad circunscrita, ocupada por material líquido o semisólido y tapizado en su interior por epitelio escamoso estratificado escamatzado, que puede destruir el hueso del maxilar o de la mandíbula.</p>					
					Tipos de Quistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quistes derivados de los restos de Malassez (periapical)</li> <li>- Quistes derivados del epitelio reducido del esmalte (dentígero, de erupción, paradental)</li> <li>- Quiste derivados de la lámina dental (queratoquiste odontógeno, periodontal lateral, gingival del adulto, de la lámina dental del recién nacido y odontógeno glandular)</li> </ul>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA.

FILIAL PIURA

**Ficha de Datos:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Historia Clínica: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

1. Sexo

Masculino ( )

Femenino ( )

2. Grupo Etéreo:

Primera década ( )

Segunda década ( )

Tercera década ( )

Cuarta década ( )

Quinta década ( )

Sexta década ( )

3. Tipo de Quiste Odontogénico:

Dentígero ( )

Periapical( )

Periodontal( )

4. Localización:

Zona Maxilar: Anterior ( )

Pre molar ( )

Molar ( )

Zona Mandibular: Anterior ( )

Pre molar ( )

Molar ( )

5. Tamaño de la lesión: \_\_\_\_\_

6. Tratamiento que se le realizó

Enucleación \_\_\_\_\_

Resección Marginal \_\_\_\_\_

Resección Compuesta \_\_\_\_\_

## EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Revisando las Historias Clínicas de los Pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia

A blank medical history form (Historia Clínica) from EsSalud. The form is white with blue text and a logo. The logo consists of three stylized human figures in blue, followed by the text "EsSalud" in a large, bold, blue font, and "MAS SALUD PARA MAS PERUANOS" in a smaller, blue font below it. The form has several fields for information: "Código de identificación:" with a grid of boxes, "ALERGIAS A:" with a line, "Centro Asistencial Referencial" and "Centro Asistencial de Origen" with boxes, and a vertical box on the right with handwritten text. There are also some handwritten notes and signatures on the form.

Modelo de Historia Clínica de los Pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia

Fotografía de la Solicitud que se presentó al Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia para que se me autorize ejecutar el ante proyecto de tesis.

01

RED ASISTENCIAL PIURA  
OF. T. 01 JUL 2015

REGISTRO N°  
HILDA REBAZA CASTILLO  
HORA: 12:15

**UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

EsSalud  
HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA  
01 JUL 2015

ANNO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN

A:  
RUBEN  
DIRECCION DE:

DR. RICARDO CASTRO RAMÍREZ

CD. RUTH MARAÑÓN BARRAZA  
Directora de la E.A.P. Estomatología UAP – Filial Piura

ASUNTO: Brindar facilidades para ejecución de anteproyecto de tesis Pre-grado

Por medio de la presente le saludo cordialmente a nombre de nuestra Escuela y así mismo darle a conocer que nuestro bachiller **Ingrid Jennifer Rosas García**, identificada con DNI 43243240 y código de matrícula 2009214055, desea ejecutar su anteproyecto de tesis titulado **“Determinar la relación que existe entre el tratamiento quirúrgico de Tumores Odontogénicos y Quistes Odontogénicos de los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia en el Periodo 2005 - 2015, Piura”**, para optar su Título de Cirujano Dentista.

Para su ejecución de este anteproyecto se necesita realizar una revisión de historias clínicas del servicio de Odontología, para cumplir con el objetivo planteado **“Determinar la relación que existe entre el tratamiento quirúrgico utilizado en los Tumores Odontogénicos y Quistes Odontogénicos en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD Nivel III José Cayetano Heredia”**, por lo expuesto solicitamos se le brinde las facilidades.

Agradeciendo por anticipado su valioso apoyo para **con este trabajo de investigación** que se realizará en el Hospital que usted tiene a cargo.

Atentamente

RMB/NVCH  
Adj:  
Matriz de consistencia  
Plan de trabajo.

**UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
C.D. Ruth Marañón Barraza  
COORDINADORA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

RED ASISTENCIAL PIURA  
UNIDAD DE CAPACITACIÓN  
INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA  
FECHA DE RECEPCIÓN: 22/06/2015  
HORA: 11:30 a.m.

Piura, 22 de Junio del 2015