



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

**PREVALENCIA DE QUISTES MAXILARES ODONTOGÉNICOS
OBSERVADOS EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS.
CENTROMAX CENTRO RADIOGRÁFICO ODONTOLÓGICO.
CRANEX INSTITUTO DE RADIODIAGNÓSTICO MAXILOFACIAL
AREQUIPA 2015 – 2017**

Tesis presentado por la Bachiller:
GABRIELA JIMENA VALCÁRCEL ARROYO
Para optar el Título Profesional de:
Cirujano Dentista

**AREQUIPA – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A Dios, sin su guía y ayuda nada hubiera sido posible.

A mis queridos padres Belisario y María Azucena, por su apoyo, confianza y amor durante todo el trayecto de la carrera.

AGRADECIMIENTO

Al Mg. Huber Salinas Pinto, por su motivación, asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo.

Al Mg. Wilfor Rios Tamo; por su continua ayuda durante la ejecución de la tesis.

Al Mg. Cristian Flores Pizarro y Dr. Berlie Ocola Ticona, por guiarme durante el proceso de recolección de datos en sus respectivos Centros Radiográficos.

A la M.G. Ruth Valera Calderón, por ser un ejemplo profesional y parte muy importante en mi formación académica; gracias por su amistad, aprecio y cariño.

A cada uno de los docentes que me ayudaron a crecer con los conocimientos brindados, siempre los recordare con mucho cariño.

A mi alma mater “Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa” a quien agradezco infinitamente por todos los años de aprendizaje, vivencias y valiosas amistades formadas en ella; la llevaré siempre en mi corazón.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. La muestra estuvo conformada por 18042 radiografías panorámicas del año 2015 al 2017 de los Centros Radiográficos: “Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial” y “Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial” que reunieron criterios de inclusión. En cada radiografía se determinó la ausencia o presencia de imágenes compatibles con lesiones quísticas odontogénicas con la ayuda de un radiólogo experto siguiendo la nueva clasificación de la OMS 2017.

Se encontró que la prevalencia de quistes odontogénicos en Centromax fue de un 0,140% y en Cranex 0,055%, haciendo una prevalencia total del 0,194%.

Palabras clave: radiografía panorámica, quistes odontogénicos, prevalencia, frecuencia.

ABSTRACT

The present study is descriptive, observational, transverse and retrospective. It aimed to determine the prevalence of odontogenic maxillary cysts observed in panoramic radiographs. The sample consisted of 18042 panoramic radiographs from 2015 to 2017 of the Radiographic Centers: "Centromax Maxillofacial Dental Radiographic Center and Cranex Institute of Maxillofacial Radiodiagnosis", which met inclusion criteria. In each radiograph the absence or presence of images compatible with odontogenic cystic lesions with the help of an expert radiologist was determined according to the new WHO classification 2017.

It was obtained that the prevalence of odontogenic cysts in Centromax was 0.140% and in Cranex 0.055%, making a total prevalence of 0.194%.

Key words: Panoramic Radiography, Odontogenic Cysts, prevalence, frequency.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad problemática.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Objetivos de la Investigación.....	6
1.4. Justificación de la Investigación.....	7
1.4.1. Importancia de la Investigación.....	8
1.4.2. Viabilidad de la Investigación.....	9
1.5. Limitaciones del Estudio.....	10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2. Bases Teóricas.....	15
2.3. Definición de términos básicos.....	43

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas.....	45
3.2. Variables: definición conceptual y operacional.....	46

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico.....	48
-------------------------------	----

4.2. Diseño muestral.....	49
4.3. Técnicas de recolección de datos.....	49
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	50
4.5. Aspectos éticos.....	51

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, etc.....	52
5.2. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.....	78
5.3. Discusión.....	78

CONCLUSIONES.....	81
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	83
-----------------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACIÓN.....	84
------------------------------------	-----------

ANEXOS.....	87
--------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG
TABLA N°1: Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial.	52
TABLA N°2: Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.	54
TABLA N°3: Prevalencia total de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial y Cránex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.....	56
TABLA N°4: Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según sexo en Centros Radiológicos.....	58
TABLA N°5: Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según edad en Centros Radiológicos.	60
TABLA N°6: Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según localización y sexo.	62

TABLA N°7:	Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según localización y grupo de edad.....	64
TABLA N°8:	Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según hemiarcada y sexo.	66
TABLA N°9:	Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según hemiarcada y grupo de edad.....	68
TABLA N°10:	Frecuencia según tipo de quiste maxilar odontogénico y sexo.....	70
TABLA N°11:	Frecuencia según tipo de quiste maxilar odontogénico y grupo de edad.	72
TABLA N°12:	Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro Menor.....	74
TABLA N°13:	Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro Mayor.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG
GRÁFICO N°1: Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial.	53
GRÁFICO N°2: Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.	55
GRÁFICO N°3: Prevalencia total de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial y Cránex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.	57
GRÁFICO N°4: Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según sexo en Centros Radiológicos.	59
GRÁFICO N°5: Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según edad en Centros Radiológicos.	61
GRÁFICO N°6: Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según localización y sexo.	63

GRÁFICO N°7:	Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según localización y grupo de edad.....	65
GRÁFICO N°8:	Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según hemiarcada y sexo.	67
GRÁFICO N°9:	Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según hemiarcada y grupo de edad.....	69
GRÁFICO N°10:	Frecuencia según tipo de quiste maxilar odontogénico y sexo.	71
GRÁFICO N°11:	Frecuencia según tipo de quiste maxilar odontogénico y grupo de edad.....	73
GRÁFICO N°12:	Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro Menor.....	75
GRÁFICO N°13:	Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro Mayor.....	77

INTRODUCCIÓN

Un quiste es una cavidad patológica rellena de líquido, tapizada por epitelio y rodeada por una pared de tejido conectivo maduro. El fluido del quiste puede estar secretado por las células que tapizan la cavidad o bien puede derivar del líquido tisular que lo rodea ⁽¹⁾.

Aparecen en los maxilares con más frecuencia que en cualquier otro hueso debido a que la mayoría de ellos se originan de los numerosos restos de epitelio odontogénico que permanecen tras el desarrollo de los dientes. Pueden aparecer en cualquier localización central dentro de la mandíbula y el maxilar superior aunque son raros en el cóndilo y en el proceso coronoideo. Los quistes odontogénicos pueden crecer hacia el interior del seno maxilar. En la mandíbula suelen aparecer por encima del canal del nervio alveolar inferior. Los quistes se encuentran con más frecuencia en las zonas dentarias ^(1,2).

Los principales signos clínicos son la inflamación, la ausencia de dolor (a menos que el quiste se infecte secundariamente o si se relaciona con un diente no vital) y la ausencia dental, especialmente de terceros molares ^(1,2).

Los quistes son habitualmente redondeados u ovals, recordando un balón, pueden presentar unos límites festoneados. Habitualmente tienen unos márgenes bien definidos y corticados (caracterizados por una línea bastante uniforme, fina y radiopaca). Sin embargo, una infección secundaria o una fase crónica pueden modificar este aspecto radiográfico. En estos casos la fina línea cortical puede convertirse en un límite grueso esclerótico ⁽³⁾.

Suelen ser radiolúcidos, sin embargo, los quistes de larga evolución pueden presentar calcificaciones distróficas, lo cual puede darles un aspecto interno ralo, con una apariencia particular en las radiografías. Algunos quistes tienen septos, los cuales son múltiples lóbulos separados por paredes óseas. Los quistes que tienen unos márgenes festoneados puede parecer que tienen septos en su interior ⁽⁴⁾.

Los quistes crecen lentamente, provocando en algunas ocasiones desplazamiento y reabsorción de los dientes. El área de reabsorción dentaria suele tener una forma curvada y nítida. Pueden expandir la mandíbula, normalmente de manera suave y curva, y modificar las corticales lingual y bucal convirtiéndose en paredes finas. Son capaces de desplazar el canal del nervio alveolar inferior caudalmente o bien invaginarse hacia el seno maxilar, manteniendo una delgada capa de hueso que separa el interior del quiste del antro maxilar ^(1,2,3).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Los quistes odontogénicos de los maxilares son una de las entidades patológicas más frecuentes dentro de los quistes maxilares que afectan la región maxilofacial, cuya característica principal es la estrecha relación con los tejidos dentarios ⁽⁵⁾.

Se definen como cavidades patológicas que contiene material líquido o semisólido, como por ejemplo moco o residuos celulares, recubiertas por epitelio y/o tejido conectivo, en su totalidad o de manera parcial, que puede ser plano estratificado queratinizado o no queratinizado, pseudoestratificado, cilíndrico o cuboidal, originados a partir de componentes epiteliales del aparato odontogénico o de restos celulares que quedan atrapados en el proceso de fusión dentro del hueso ⁽⁶⁾.

Durante la embriogénesis se produce la formación del diente a partir del epitelio oral que recubre los procesos alveolares de ambos maxilares. La yema epitelial se invagina en el tejido conjuntivo; esta estructura epitelial se denomina lámina dental y es el origen de la diferenciación de la dentición durante su desarrollo. La gran mayoría de los quistes de cavidad oral son los llamados quistes verdaderos, ya que están rodeados de un epitelio. Los pseudoquistes, por el contrario carecen de este revestimiento ⁽⁶⁾.

De acuerdo a su etiología se pueden clasificar como del “desarrollo” o “inflamatorios”. Ambos tipos de quistes son lesiones epiteliales, que presentan un crecimiento lento, expansivo y de comportamiento biológico

benigno no tumoral, que pueden llegar a producir signos y síntomas, sobre todo cuando aumentan de tamaño o se sobreinfectan ⁽⁶⁾.

Generalmente, los quistes relacionados con dientes patológicos por sí mismos o por su inclusión suelen tener complicaciones infecciosas, aunque a veces hay quistes que en su evolución se hacen submucosos, condicionando la propia infección; sin embargo pueden alcanzar gran tamaño ante la ausencia de diagnóstico oportuno o tratamiento apropiado y constituyen una de las principales causas de destrucción de los huesos maxilares ⁽⁷⁾.

Exceptuando a los quistes periapicales, los dientes incluidos suelen conservar su vitalidad, los más próximos pueden presentar alteraciones de su sensibilidad, sobre todo si se infectan, o bien desplazarse por la presión lateral de la lesión. En estas circunstancias, raramente existe dolor o parestesia ya que las estructuras nerviosas son desplazadas. Por otro lado, es característico el crujido del a tabla externa maxilar durante la palpación sobre todo en aquellos quistes con gran expansión hacia la cortical vestibular ⁽⁷⁾.

La prevalencia de los quistes odontogénicos varía según distribución geográfica, género y edad, entre otros. Estudios internacionales han reportado una prevalencia general dentro de las lesiones del territorio maxilofacial de un 10,4%, siendo el quiste radicular el más prevalente (72,5%). En cuanto a la edad de presentación, estudios mencionan 31 años promedio, con una prevalencia mayor en el género femenino ⁽⁵⁾.

Diagnosticar de manera correcta un quiste odontógeno requiere recabar información clínica, radiográfica e histológica. En muchos casos, quistes que son clasificados de manera distinta presentan rasgos histológicos parecidos.

El diagnóstico de estas lesiones, está basado fundamentalmente en los hallazgos histopatológicos, a las similares características clínicas y radiográficas que estos presentan. Es la histopatología la que finalmente determina el diagnóstico diferencial, justificando la elección de un plan de tratamiento y seguimiento adecuados ⁽⁶⁾.

En los quistes maxilares, es fundamental el diagnóstico diferencial con las fases quísticas de algunos tumores maxilares, lo cual, en ocasiones, se distingue difícilmente ⁽⁷⁾.

Hoy en día, se ha hecho necesaria la radiografía panorámica también llamada ortopantomografía durante la práctica odontológica del Cirujano Dentista como exámen auxiliar ya sea para confirmar un diagnóstico definitivo o para conocer el estado general de los tejidos duros y blandos como una exploración radiológica rutinaria donde suelen descubrirse de forma casual estas lesiones como son los quistes odontogénicos. Debido a esto, nos vemos en la necesidad de investigar y corroborar dichos resultados con estudios realizados en nuestra población.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar la prevalencia total de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017.
- Determinar la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico Arequipa 2015 – 2017.
- Determinar la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017.
- Determinar la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017 según el sexo.

- Determinar la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017 según edad.
- Determinar el tamaño de quistes maxilares odontogénicos según diámetro observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017.
- Determinar la ubicación de quistes en maxilares y hemiarcada observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017.
- Determinar la frecuencia de tipo de quiste maxilar odontogénico en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015-2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los quistes odontogénicos son cavidades patológicas circunscritas ocupados por material líquido o semisólido formados por la estimulación a los restos epiteliales de Malassez derivados de la vaina de Hertwig, a partir de una serie de fenómenos como son la degeneración intraepitelial, la cavitación y sobre todo la actividad inflamatoria del tejido conjuntivo circundante. Está tapizado en su interior por epitelio escamoso estratificado

queratinizado o no, según su antigüedad. Suele ulcerarse por reinfecciones agudas que pueden destruir parcial o totalmente su revestimiento epitelial. Su imagen radiográfica corresponde a una zona de rarefacción ósea más o menos circunscrita de contorno nítido, fondo radiotransparente y generalmente ovalada, puede estar rodeada de una línea radiopaca continua, que indica la existencia de un hueso esclerótico y que objetiviza además la existencia de una membrana quística que Pasler llama “Ribete corticalizado”, en general redondeada o más o menos oval.

Tratándose de un proceso asintomático de crecimiento lento y expansivo en la mayoría de los casos, salvo cuando la lesión es de gran tamaño y da signos externos, como deformación ósea, desplazamiento radicular o coronal, movilidad dentaria entre otros. Estos quistes constituyen el 90% de todos los quistes maxilares; por lo tanto, es importante saber cuan prevalentes son los quistes maxilares odontogénicos en nuestra población para así prevenir su expansión destruyendo tejido óseo; estos resultados a la vez serán de gran valor académico, clínico y radiológico tanto para el profesional como para las autoridades competentes, encargados de establecer medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento, para poder velar por la salud de la población. También permitirá al Cirujano Dentista incluir cada vez más la radiografía panorámica como un exámen auxiliar previo a cualquier tratamiento odontológico que el paciente requiera.

1.4.1. Importancia de la Investigación

La presente investigación es importante ya que aportará información científica y académica sobre la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos, patología vista en nuestro entorno

laboral por medio de radiografías panorámicas, y así poder tomar medidas preventivas durante la inspección clínica, diagnóstico y tratamiento como Cirujanos Dentistas en beneficio al paciente.

1.4.2. Viabilidad de la Investigación

El presente estudio fue viable, debido a que se contó con los recursos humanos, materiales, económicos e institucionales necesarios para llevar a cabo la investigación.

A. Recursos humanos:

Investigado : Bach. Gabriela Jimena Valcárcel Arroyo

Asesor Director : Mg. Huber Salinas Pinto

Colaboradores : Mg. Cristian Flores Pizarro

: Dr. Berlie Ocola Ticona

B. Recursos financieros:

En el presente estudio es financiado en su totalidad por la investigadora.

C. Recursos Materiales

- Computadora
- Radiografías Panorámicas
- Cámara fotográfica
- Hojas Bond Tamaño A4
- Lapiceros
- Files
- Impresora
- Copias

D. Recursos Institucionales

-Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial.

-Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La disposición de horarios de Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial fue de 9 am a 11am, los días lunes, miércoles y jueves.

- La disposición de horarios del Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial fue de 9 am a 1pm y de 2.30 pm a 8pm todos los días.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A. Antecedentes Internacionales

Sarmiento Villasis Luis. PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS EN LA POBLACIÓN MEXICANA UN ESTUDIO DE 753 CASOS MÉXICO 2017. En el tiempo asignado se revisaron 10.970 casos de los cuales 753 fueron diagnosticados como quistes odontogénicos de tal manera que representaron el 6,8% de los diagnósticos. Fuera de los 753 casos, 369 (49,1%) se encontraron en mujeres y 384 (50,9%) en varones. Con respecto a la edad con la distribución de los quistes odontogénicos 148 casos (19,6%) fueron encontrados en el grupo de 10-19 años de edad seguidos de los de 30-39 años de edad, grupo de edad avanzada con 129 (17,1%) casos; el 52,9% de todos los casos de quistes odontogénicos fueron encontrados en pacientes de la 2da y 4ta década de vida. La localización anatómica más prevalente fue el área posterior de la mandíbula con 144 casos (19.1%)

Sánchez Novella Marina. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE QUISTES MAXILARES Y GRANULOMAS PERIAPICALES EN UNA MUESTRA DE 1807 PACIENTES ESPAÑA 2014. Se revisaron 1807 historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Complutense de Madrid incluyéndose solo aquellos pacientes que se hubieran realizado una radiografía panorámica y/o TC para dicho motivo. Del total de la muestra, el 18.1% (n=327) presentaron

lesiones radiotransparentes, frente al 81,9% (n=1480) no presentaron ninguna. De los 278 quistes hallados en la muestra total de pacientes con patología radiotransparente (n=389), se obtuvo los siguientes datos: Quiste radicular 79,86% (n=222), Quiste dentígero 15,47% (n=43), Quiste nasopalatino 1,79% (n=5), Quiste residual 1,08% (n=3), Quiste primordial 0,72% (n=2), Quiste paradental 0,72% (n=2), Quiste periodontal lateral 0,36% (n=1). Se encontró mayor frecuencia de lesiones quísticas y granulomatosas en el sexo femenino frente al masculino, localizando un mayor porcentaje de las lesiones en la zona posterior mandibular, seguida de la región anterior maxilar.

Castillo Rivas Edna Milagros. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL QUISTE DENTÍGERO RELACIONADO CON LOS DIENTES RETENIDOS MEDIANTE DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO EN CIRUGÍA BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ECUADOR 2013-2014. Seleccionamos 100 pacientes aleatorios entre las edades de 19 a 35 años de edad, se objetivó que 12 pacientes presentaban Quiste Dentígero, en este caso la prevalencia de quiste en esta entidad relacionado a estos pacientes se obtuvo un resultado de: $P = 12 / 100 = 0.12 = 12 \%$.

B. Antecedentes Nacionales:

Ponce de León Pérez María Alejandra. PREVALENCIA DE HALLAZGOS EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DOCENTE UPC PERÚ 2014. Se examinaron 3065 radiografías panorámicas. Se encontró una prevalencia de 993 radiografías panorámicas con imágenes compatibles con hallazgos (32.40%), de estos, 782 casos fueron compatibles con anomalías dentales (25.51%), 193 compatibles con lesiones quísticas (6.30%) y 18 casos fueron compatibles con lesiones tumorales (0.59%). Dentro de las anomalías dentales, el diente impactado fue el más prevalente con 389 casos y un 12.69%. De las lesiones quísticas, la imagen compatible con el quiste radicular fue la más frecuente con 104 casos equivalente a un 3.39%.

Guerra Zambrano Yahandra Thesla. PREVALENCIA DE QUISTES ODONTOGÉNICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÚ 2014. Se obtuvo una prevalencia de QO de 0,00390%. Los quistes, radicular y dentígero fueron los más frecuentes con 71,3% y 16,0%, respectivamente. La frecuencia de QO fue mayor en el sexo femenino, grupo etéreo de 11 a 20 años y en la región maxilar anterior con 60,1%, 29,8% y 48,9%, respectivamente. Si se observó relación entre el grupo etéreo y QO ($p=0,000$), pero no entre sexo y QO ($p=0,171$) y localización y QO ($p=0,424$). Si hubo diferencia significativa entre tratamiento y QO ($p=0,000$). En conclusión la prevalencia de QO en el HNHU, período 2002-2014 es baja. El QO más frecuente fue el quiste radicular y se presentó

en mayor frecuencia en mujeres, afectando principalmente a la región maxilar, anterior, en la 2^a década de vida.

Torres Lizama Claudia Patricia. QUISTE ODONTOGÉNICO ORTOQUERATINIZADO PERÚ 2011. Las conclusiones fueron que el QOO ocurre con frecuencia en la región molar mandibular, generalmente asintomático, sin embargo, se pudieran presentar con dolor, infección y expansión ósea. Radiográficamente se puede observar al QOO como lesiones radiolúcidas uniloculares, generalmente asociado a la corona de un molar impactado, o a la raíz de un diente. El QOO es una lesión quística no agresiva, con un bajo potencial de crecimiento, muy poca tendencia a recurrir y no asociada al Síndrome de carcinoma nevoide basocelular. Su tratamiento debe ser conservador a través de la simple enucleación.

Li Albrizzio Jeinmy Marcela. QUISTES MAXILARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA PERÚ 2002-2007. En el presente estudio se concluyó que del número total de pacientes diagnosticados con quistes maxilares, los quistes radiculares ocuparon el primer lugar de frecuencia entre los quistes maxilares seguidos de los quistes dentígeros. Estos aparecieron con más frecuencia en el sexo femenino y los queratoquistes se encontraron más en el sexo masculino. Los quistes maxilares son más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida. En la infancia son menos frecuentes. El análisis de los datos revela un predominio de quistes maxilares en el sexo femenino en una relación de 3 a 2 con respecto al sexo masculino.

Los quistes se localizaron, fundamentalmente, en el maxilar (70,8%) y mandíbula (29,2%), afectando mayormente en la región anterior. El tamaño más frecuente encontrado osciló entre 0.1-2 y 2.1-4 cm.

B. Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes locales

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEFINICIÓN DE QUISTE

Un quiste según Kramer (1974) se define por ser una cavidad patológica que contiene material líquido o semisólido, como por ejemplo moco o residuos celulares ⁽³⁾.

2.2.2. CLASIFICACIÓN

Sculted, en 1657, fue el primero en describir quistes en la región maxilar; más tarde, Fauchard sugeriría la relación entre quistes y el sistema dentario. Las primeras publicaciones sobre neoplasias y quistes odontogénicos datan de 1839, aunque por aquel entonces la creencia generalizada era que el quiste provocaba la necrosis del diente y no al contrario. ^(3,4)

Los maxilares, a diferencia de otros huesos, tiene la peculiaridad de contener dientes, lo cual les confiere una propensión a desarrollar lesiones quísticas, los denominados quistes odontogénicos. Se pueden encontrar los llamados quistes fisurales,

desarrollados a expensas de restos embriológicos persistentes, o quistes inflamatorios, como respuesta a lesiones dentarias.

Desde que en el año 1972, la OMS publicara una clasificación histológica sobre los tumores odontogénicos dirigida por Pindborg y Kramer, diversos son las clasificaciones propuestas por distintos autores como Gorlin o Bhaskar ⁽⁴⁾.

Actualmente la OMS publicó, la cuarta edición de la clasificación de tumores de cabeza y cuello en Junio 2017, donde el cambio más significativo es la reintroducción de la clasificación de los quistes odontogénicos, restableciendo este estatus de libros como el único texto que clasifica y define la gama completa de lesiones de los tejidos odontogénicos. El grupo de consenso consideró cuidadosamente la terminología de la lesiones y se preocupó de asegurar que los nombres utilizados adecuadamente reflejaban la mejor evidencia con respecto a la verdadera naturaleza de entidades específicas. Por esta razón, esta nueva edición restaura el queratoquiste odontogénico y el quiste odontogénico calcificante a la clasificación de los quistes odontogénicos y rechaza la terminología anterior (tumor queratoquístico odontogénico y tumor odontogénico quístico calcificante) ⁽⁸⁾.

A. QUISTES DEL DESARROLLO O DE ORIGEN INCIERTO:

Son aquellos relacionados con los tejidos dentarios o paradentarios en fase embrionaria o previa a la erupción. Los quistes odontogénicos derivan de las siguientes estructuras:

- ❖ Restos de Malassez, los cuales proviene de la vaina epitelial radicular de Hertwing, permaneciendo en el ligamento periodontal incluso después de formarse la raíz.
- ❖ Epitelio de esmalte, que rodea la corona tras completarse la génesis del esmalte.
- ❖ Restos de la lámina dentaria (de serres).

Constituyen el 90% de todos los quistes maxilares. Su crecimiento puede acompañarse de un aumento en la presión intraquística, lo cual conllevará a una reabsorción del hueso periférico al quiste, pudiendo alcanzar un gran tamaño ⁽³⁾.

A.1 QUISTE DENTÍGERO O FOLICULAR:

El quiste dentígero deriva del epitelio del esmalte o lámina dental que rodea la corona del diente no erupcionado normal o supernumerario ^(1,2,3). Comienza cuando se acumula líquido en las capas de un epitelio de esmalte o entre el epitelio y la corona ⁽¹⁾, se sabe poco acerca del estímulo que separa el epitelio reducido del esmalte de la superficie del esmalte, creando un espacio para la acumulación de líquido alrededor de la corona del diente. Cualquiera sea su tamaño, el quiste permanece unido al borde cervical del diente afectado. La corona del diente

se localiza por ello dentro de la luz del quiste y la raíz permanece en el exterior ⁽²⁾.

Es importante diferenciar un saco folicular dilatado de un quiste verdadero. El quiste dentígero forma parte del grupo llamado folicular por su posible origen en relación con el folículo dentario. Staffne considera que el espacio entre la corona del diente y el espacio pericoronar es patológico cuando la anchura es de 2.5 mm o mayor. Los espacios de menor tamaño pueden ser patológicos en aquellos casos de dientes no erupcionados ⁽³⁾.

▪ **Patogenia:** Se genera a partir del órgano del esmalte, por una acumulación de fluido entre el diente sin erupcionar o el epitelio del esmalte. Main sugirió que un aumento de presión sobre el folículo del diente obstruiría el flujo venoso de este, induciendo una rápida transudación serosa a través de los capilares. Con el tiempo, la permeabilidad del capilar se vería alterada permitiendo el paso de mayores cantidades de líquido rico en proteínas ⁽⁴⁾.

▪ **Epidemiología:** Es más frecuente en la mandíbula 75% ⁽³⁾. Las localizaciones más frecuentes son aquellas donde hay mayor incidencia de retenciones dentarias, en concreto, terceros molares mandibulares o del maxilar, caninos no erupcionados del maxilar superior ⁽²⁾, segundo premolar

inferior y, en menor medida, premolares superiores e incisivos centrales superiores ⁽³⁾. La edad de presentación más frecuente es la adolescencia. Cuanto más joven es el paciente, mayor puede ser el crecimiento de la lesión. Lo más frecuente es que sea una lesión solitaria ⁽³⁾. Aproximadamente el 4% de los individuos que tienen al menos un diente sin erupcionar presentan un quiste dentígero. Los quistes dentígeros sobre dientes supernumerarios representan el 5% de todos los quistes dentígeros, y la mayoría se desarrollan alrededor de un mesiodens en la parte anterior del maxilar superior ⁽⁵⁾.

▪ **Clínica:** Suele permanecer asintomático, pudiendo manifestarse con tumefacción y dolor especialmente si es de gran tamaño y se inflama. Dado que el quiste se forma alrededor de la corona de un diente retenido o incluido. La arcada presentará, clínicamente ausencia de al menos un diente ^(2,3). En raros casos daña a los dientes adyacentes y en ocasiones puede llegar a perforar la cortical ósea ^(1,3).

▪ **Radiología:** Se presenta como una imagen radiolúcida bien delimitada, circunscrita y unilocular que casi siempre rodea la corona de un diente sin erupcionar ^(2,3). Un punto importante que destacar es que este quiste está adherido a la unión amelocementaria. Algunos quistes dentígeros son excéntricos, desarrollándose desde el lateral del folículo de tal

manera que ocupan un área al lado de la corona en lugar de encima de ella ⁽¹⁾. La interface del quiste con el hueso circundante posee una capa cortical, indicativa de un crecimiento lento y uniforme ^(1,2). Si existe una infección, la cortical puede estar ausente ⁽¹⁾. En la mandíbula, este quiste puede desplazar al diente asociado en dirección causal o craneal hacia la rama ascendente de la mandíbula. En el maxilar superior suele desplazar al diente asociado hacia arriba y hacia atrás ⁽²⁾. Los quistes relacionados con los terceros molares maxilares a menudo crecen hacia el antro maxilar y pueden verse bastante grandes antes de ser descubiertos. Los quistes adheridos a la corona de los molares mandibulares pueden extenderse considerablemente hacia el ramus ⁽⁷⁾.

- **Efectos sobre las estructuras adyacentes:** Un quiste dentífero es propenso a desplazar y reabsorber los dientes adyacentes. Habitualmente desplaza los dientes asociados en dirección apical. El grado de desplazamiento puede ser considerable. Por ejemplo, los terceros molares y los premolares del maxilar superior pueden ser empujados hacia el suelo de la órbita, mientras los molares mandibulares pueden moverse hacia el cóndilo mandibular o a la región de la coronoides o incluso hacia la cortical inferior de la mandíbula. El suelo del seno maxilar puede estar desplazado

al invaginarse el quiste hacia el mismo, y el canal del nervio alveolar inferior puede estar desplazado inferiormente. Este quiste de lento crecimiento a menudo expande los límites corticales externos del hueso maxilar afecto ⁽⁷⁾.

▪ **Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico recae en la exploración radiográfica y en la observación quirúrgica de la adherencia del quiste a la unión amelocementaria. Uno de los diagnósticos diferenciales más complejos es entre un quiste dentífero pequeño y un folículo hiperplásico. Se debería considerar el quiste si hay evidencia de desplazamiento dental o una expansión considerable del hueso afecto. El tamaño normal del espacio folicular es de 2 a 3 mm. Si el espacio folicular sobrepasa los 5 mm, es más probable que sea un quiste dentífero. El diagnóstico diferencial también puede incluir un queratociste odontogénico, el cual no expande el hueso tanto como un quiste dentífero, es menos proclive a reabsorber los dientes y puede no estar adherido de manera tan precisa a la unión amelocementaria ⁽¹⁾.

▪ **Tratamiento:** El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica, siendo raras las recidivas ^(2,3), en el caso de estar asociados terceros molares o dientes incluidos, deben extraerse los mismos incluyendo cápsula y diente. Si el quiste está en posición central o lateral, en pacientes jóvenes, y

asociado a un diente en posición correcta y con un desarrollo casi completado, se puede considerar la posibilidad de realizar una quistectomía conservando la pieza dental, para un posterior seguimiento ambulatorio. En caso de retrasarse la erupción de dicho diente, puede combinarse el tratamiento con tracción ortodóncica ^(2,3). Los quistes grandes pueden ser previamente tratados mediante marsupialización. El recubrimiento epitelial debería ser enviado para análisis histopatológico ya que se ha descrito el hallazgo de ameloblastomas en su epitelio ⁽¹⁾.

A.2 QUISTE PERIODONTAL LATERAL

▪ **Patogenia:** Los quistes periodontales laterales surgen de restos epiteliales en el periodonto lateral a la raíz dental ⁽¹⁾. Deriva de la proliferación de restos de la lámina dentaria. Existen otras teorías que proponen que pueden consistir en quistes primordiales de dientes supernumerarios, ser una proliferación de restos de Malassez o quistes dentígeros desplazados ⁽³⁾. Se cree que el quiste periodontal lateral es la forma intraósea del quiste gingival de los adultos ⁽¹⁾.

▪ **Epidemiología:** La media de edad aproximada es de 50 años ^(1,2,3). No parece existir una predisposición sexual y pueden aparecer entre el segundo y el noveno decenio de la vida.

- **Clínica:** Relativamente raros, suelen ser asintomáticos de pequeño tamaño y adyacentes a dientes vitales ^(1,2,3).

- **Radiología:** Se observa una lesión radiolúcida solitaria, bien delimitada, de pequeño tamaño inferiores a 1 cm de diámetro, con formas redondeadas y ovals, con una cápsula delicada (borde hiperostósico) ^(1,2,3), localizada entre las raíces de dientes vitales ⁽²⁾. Los quistes más grandes pueden tener una forma irregular ⁽¹⁾. El 50-75% de los quistes periodontales laterales se localizan en la mandíbula casi siempre en la zona del segundo premolar y en el maxilar superior entre el canino y el incisivo lateral. Los quistes pequeños pueden erosionar la lámina dura de la raíz contigua. Los grandes quistes pueden desplazar la raíz contigua y expandirse por las estructuras próximas ^(1,2,3).

- **Diagnóstico diferencial:** Queratoquiste odontogénico pequeño, orificio mentoniano reducido de tamaño, pequeño neurofibroma o quiste radicular a nivel del orificio de un conducto pulpar lateral (accesorio). Los quistes múltiples (botrioideos) con aspecto multilocular recuerdan a un ameloblastoma de pequeño tamaño ⁽¹⁾.

- **Tratamiento:** No requiere métodos sofisticados debido a su pequeño tamaño. El tratamiento de elección consiste en la enucleación quirúrgica simple ^(1,2); Quistectomía ⁽³⁾. Recidiva es rara ^(1,2,3).

A.3 QUISTE BOTRIOIDE ODONTOGÉNICO

- **Patogenia:** Su origen concreto es desconocido; la mayoría de autores coinciden en que su origen se haya en el crecimiento de islotes epiteliales. Algunos autores lo consideran como una variante del quiste periodontal lateral debido a sus semejanzas histológicas ⁽³⁾.
- **Epidemiología:** Raro. La media edad comprende de los 50 a 80 años de edad. Predilección por el área canina y premolar ⁽³⁾.
- **Clínica:** Lesión multiquística, asintomática, que puede comenzar con inflamación local, dolor y parestesias ⁽³⁾.
- **Radiología:** Lesión uni o multilocular con un rango de tamaño de 0.5 a 4.5 cm, con bordes bien definidos ⁽³⁾.
- **Tratamiento:** Quistectomía cuidadosa. Se debe reseca la lesión en su totalidad, lo cual no carece de dificultad dado su carácter multiquístico. Se han descrito recurrencias ⁽³⁾.

A.4 QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO

- **Patogenia:** Forma parte de los quistes llamados “foliculares”.

Deriva de los restos de la lámina dental ^(1,2,3) del epitelio del órgano del esmalte, de restos epiteliales de Malassez o de extensiones de la capa basal de la mucosa oral ⁽³⁾. A veces parece originarse también en el revestimiento de un quiste dentífero ^(2,6). Al contrario que otros quistes que se cree que crecen únicamente por presión osmótica, el epitelio del queratoquiste odontogénico parece tener un potencial de crecimiento innato, más parecido al de los tumores benignos. Esta diferencia en el crecimiento da a los queratoquistes una apariencia radiológica diferente. El recubrimiento epitelial es distinto debido a que está queratinizado (de ahí su nombre) y es delgado (4 a 8 células de grosor) ^(1,6).

- **Epidemiología:** Los queratoquistes odontogénicos suponen aproximadamente una décima parte de los quistes maxilares. Se presenta en pacientes de un amplio intervalo de edades, desde la primera a la octava décadas de vida ⁽²⁾, el pico de su incidencia se produce en pacientes que están en la segunda y tercera décadas de la vida, con discreta preferencia por el género masculino ^(1,2,3).

▪ **Clínica:** Asintomáticos, aunque puede ocurrir una inflamación moderada. El dolor puede aparecer si hay una sobreinfección secundaria. La aspiración puede obtener un material denso, amarillento y cremoso (queratina) ^(1,3). La presencia de queratoquistes odontógenos múltiples en el mismo paciente constituye uno de los rasgos constantes del síndrome del carcinoma nevoide de células basales (síndrome de Gorlin-Goltz). Los pacientes que presentan queratoquistes odontógenos múltiples deberían, por ello, ser explorados adecuadamente para excluir este síndrome autosómico dominante ^(2,6).

▪ **Radiología:** Puede presentarse como una lesión radiolúcida, la presencia de queratina en su interior no incrementa su radioopacidad. En algunos casos puede haber septos curvos en su interior dando una apariencia multilocular Igual que en otros quistes, los queratoquistes normalmente tienen un margen cortical esclerótico, bien definido a menos que hayan sido secundariamente infectados. Los quistes pueden tener una forma redondeada u oval idéntica a la de otros quistes, o bien pueden tener un margen festoneado (una serie de arcos de continuidad) ^(1,2,3). Una característica importante de los queratoquistes odontogénicos es su propensión a crecer a lo largo del interior de los maxilares, causando una mínima expansión. Esto ocurre a lo largo de toda la mandíbula

excepto en el ramus y en la apófisis coronoides, en donde puede ocurrir una considerable expansión. Ocasionalmente la dilatación de algunos grandes quistes puede exceder la capacidad del periostio para formar nuevo hueso, lo cual permite el contacto entre la pared quística y los tejidos blandos periféricos a la cortical externa mandibular ^(1,7). Los queratoquistes odontogénicos son capaces de desplazar y reabsorber dientes aunque en un grado ligeramente menor que los quistes dentígeros. ^(1,2,3). El canal del nervio alveolar inferior puede estar desplazado inferiormente. En el maxilar superior este quiste puede invaginarse y ocupar por completo el antro maxilar. A veces se forma alrededor de un diente no erupcionado ⁽¹⁾. La mandíbula es la localización predilecta en el área del tercer molar (el 90% ocurren posteriores a los caninos) y rama ascendente (más del 50%) ^(1,2). El QGO posee un notable potencial de crecimiento, mayor que el de otros quistes odontogénicos y puede alcanzar un gran tamaño, produciendo destrucción ósea masiva ^(1,2).

▪ **Diagnóstico diferencial:** Cuando el queratoquiste odontogénico se encuentra en una posición pericoronar puede ser indistinguible de un quiste dentígero. El quiste es más posible que sea un queratoquiste odontogénico si está conectado con el diente más apicalmente a la unión amelocementaria o si no existe expansión de corticales

óseas. El típico margen festoneado y el aspecto multilocular pueden recordar un ameloblastoma, aunque este último tiene una tendencia mayor a expandir. Un queratoquiste odontogénico puede mostrar algunas similitudes con un mixoma odontogénico, especialmente las características de expansión moderada y aspecto multilocular. Un quiste óseo frecuentemente presenta un margen festoneado y una mínima expansión ósea, de igual manera que un queratoquiste odontogénico; sin embargo, los márgenes de un quiste óseo simple son habitualmente más delicados y difíciles de detectar. Si se encuentran varios queratoquistes odontogénicos (lo cual ocurre en el 4 al 5% de los casos), estos quistes pueden formar parte de un síndrome névico basocelular ⁽¹⁾.

- **Tratamiento:** Se aconseja enviar al paciente a un radiólogo para realizar un completo estudio radiográfico. Debido a la tendencia de este quiste a la recurrencia, es necesaria una determinación de su extensión de las posibles perforaciones de la cortical con extensión a los tejidos blandos, lo cual se obtiene de manera precisa mediante una tomografía computarizada ⁽¹⁾. El tratamiento quirúrgico puede variar e incluye la resección, el curetaje o la marsupialización para disminuir su tamaño en quistes grandes antes de su resección quirúrgica ^(1,7). Enucleación quirúrgica ^(2,3) o quistectomía

cuidadosa ⁽³⁾. Es importante destacar que, al contrario que otros quistes, los queratoquistes odontogénicos tienen una elevada tendencia a la recidiva. Las lesiones recurrentes normalmente aparecen durante los primeros 5 años tras la cirugía aunque pueden detectarse hasta 10 años después.

A.5 QUISTE ODONTOGÉNICO GLANDULAR

▪ **Patogenia:** El quiste odontógeno glandular también designado como quiste sialoodontógeno dado que las características histológicas de algunos ejemplos de este quiste son muy parecidas a las que se observan en la variedad poliquística del quiste periodontal lateral, se considera que ambos proceden de la lámina dental. Presenta un potencial de crecimiento mucho mayor que el quiste periodontal lateral y quiste odontógeno botriode, tiene una propensión a recurrir ⁽²⁾.

▪ **Epidemiología:** Se ha observado un pico de incidencia en la distribución por edades coincidiendo con los 60 años. No hay diferencia significativa por el sexo ⁽³⁾.

▪ **Clínica:** Pueden presentar inflamación, dolor o parestesia. La localización más frecuente es el sector anterior mandibular. El

tamaño es variable, aunque en general son de gran tamaño, involucrando más de 5 piezas ^(4,6).

▪ **Radiología:** Imagen radiolúcida uni o multilocular. Se puede encontrar calcificación de la pared y puede provocar desplazamiento o rizólisis de los dientes próximos ⁽³⁾. Aparece principalmente en la mandíbula, por lo general las lesiones son grandes bien definidas ⁽⁷⁾.

▪ **Tratamiento:** Enucleación quirúrgica y legrado ^(2,3).

A.6 QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE

Descubierto por Gorlin en 1962, quien investigó su semejanza con el epiteloma calcificado de Malherbe ⁽³⁾.

Los quistes odontogénicos calcificantes son lesiones poco comunes, benignas y de lento crecimiento. Ocupan un espectro entre un quiste y un tumor odontogénico, con características aisladas de un quiste o a veces características propias de una neoplasia sólida (proliferación epitelial y una tendencia a un crecimiento continuo). Esta lesión es capaz de producir tejido calcificado identificado como dentina displásica, estando en algunas ocasiones asociada a un odontoma. Algunas veces esta lesión contiene un componente más sólido que le da un aspecto que recuerda al ameloblastoma, aunque no se comporta como tal ⁽¹⁾.

▪ **Epidemiología:** Sin preferencias en cuanto a sexo, tienen un amplio rango de edad de presentación con un pico entre los 10 y 19 años de edad, y con una edad media de 36 años. Un segundo pico ocurre en la séptima década de vida ⁽¹⁾. Se localizan mayoritariamente en la zona del tercer molar mandibular (70%). En la mayoría de los casos el quiste es intraóseo; en el resto de formas periféricas puede erosionar superficialmente el hueso ⁽³⁾.

▪ **Clínica:** Asintomáticos ⁽³⁾. Clínicamente, la lesión siempre se presenta como una masa indolora de lento crecimiento. Ocasionalmente el paciente se puede quejar de dolor. En algunas ocasiones la lesión puede expandir y destruir la cortical ósea, y la masa quística hacerse palpable al extenderse a los tejidos blandos. En caso de lesiones avanzadas el paciente puede describir supuración. El aspirado a menudo obtiene un líquido viscoso, granular y amarillento ⁽¹⁾.

▪ **Radiología:** Al menos el 75% de los quistes odontogénicos calcificantes ocurren en el hueso, con una casi idéntica distribución entre ambos maxilares. La mayoría (75%) aparecen por delante del primer molar, especialmente asociados con caninos e incisivos, donde a veces el quiste se

manifiesta como una radiolucencia pericoronal ⁽¹⁾. La estructura interna puede variar de aspecto. Puede ser completamente radiolúcida de gran tamaño; puede mostrar evidencia de pequeños focos de material calcificado que aparecen como puntos blancos (siguiendo patrón de “grano fino”) ^(1,3); o incluso puede mostrar masas mayores, sólidas y amorfas ⁽¹⁾. En raras ocasiones la lesión puede parecer multilocular. Los márgenes pueden variar entre unos corticados bien definidos de forma curvada y quística, y una periferia irregular y pobremente definida ⁽¹⁾. Pueden desplazar o reabsorber las raíces de dientes adyacentes. En su expansión pueden llegar a perforar la cortical. La divergencia radicular es un hallazgo frecuente ^(1,3).

▪ **Diagnóstico diferencial:** Cuando no se ven calcificaciones dentro de esta lesión y además está en una posición pericoronal, puede ser indistinguible de un quiste folicular. De las otras lesiones que tienen forma quística y calcificaciones interiores, esta lesión se parece sobre todo al fibroodontoma ameloblástico. Otras entidades calcificantes que deben considerarse incluyen el tumor odontogénico adenomatoide, el tumor odontogénico epitelial calcificante y el fibroma osificante. Finalmente, los quistes de larga evolución pueden tener una calcificación distrófica, teniendo un aspecto similar ⁽¹⁾.

- **Tratamiento:** Aunque este quiste tiene características neoplásicas, tales como la tendencia a un crecimiento continuo, el tratamiento debería incluir enucleación y curetaje ⁽¹⁾. Quistectomía meticulosa. Recidivas son raras ⁽³⁾.

A.7 QUISTE ODONTOGÉNICO ORTOQUERATINIZADO

Es una variante poco común de los quistes. Philipsen (1956) introdujo el término queratoquiste odontogénico reportando 7 casos de los cuales 2 presentaban ortoqueratina en su lumen y al menos uno de los casos se encontraba revestido por un epitelio ortoqueratinizado, motivo por el cual los demás autores continuaron clasificándolo como un queratoquiste odontogénico. En 1981 Wright propone separar el queratoquiste odontogénico, haciéndolo una entidad diferente debido a las variantes histológicas y el comportamiento clínico que presenta ⁽¹⁰⁾.

- **Patogenia:** El origen de esta lesión ha sido un tema de discusión, ya que muchos estudios reflejan que el quiste odontogénico ortoqueratinizado proviene de restos de la lámina dental. Sin embargo, existe otra corriente que debido a la expresión de citoqueratinas refiere tener un origen de tipo dérmico, mismo que refleja su baja agresividad ⁽⁹⁾. El queratoquiste odontogénico tiene un comportamiento biológico potencialmente agresivo, alta tasa de recurrencia y

su aparición está asociada con el Síndrome del carcinoma nevoide basocelular (Síndrome de Gorlin-Goltz), por el contrario la variante ortoqueratinizada no ocurre en asociación con este síndrome y presenta un comportamiento clínico menos agresivo, con menores tasas de recidiva ⁽¹⁵⁾.

- **Epidemiología:** Su incidencia es mayor en hombres que en mujeres con una edad de afectación entre la segunda y cuarta década de la vida en promedio 35 años. Tiene predilección por la región molar, siendo la localización mandibular la más habitual ⁽¹⁰⁾.

- **Clínica:** Puede tener una presentación variable. La mayoría de los pacientes no refieren sintomatología, sin embargo se pudiera presentar dolor, infección y expansión ósea de la zona afectada. Dos tercios de estas lesiones ocurren en la región molar, siendo la localización más frecuente la mandibular. Las lesiones por lo general pueden alcanzar 7 cm o más ⁽¹⁰⁾.

- **Radiología:** Se presenta como una imagen radiolúcida de bordes bien definidos, en su mayoría de los casos unilocular aunque puede presentarse multilocular ⁽⁹⁾. Con frecuencia está asociado a la corona de un molar no erupcionado, semejando un quiste dentígero, o en asociación con la raíz de un diente por lo que podría confundirse con un quiste radicular

o residual ⁽¹⁰⁾. Entre las características macroscópicas presenta un lumen lleno de un material grueso o cremoso, mismo que corresponde a queratina. Microscópicamente es una cavidad quística revestida por un epitelio escamoso estratificado que produce cantidades variables de ortoqueratina en su superficie junto con una capa granular prominente, la membrana basal es discreta y muy delgada ⁽¹⁰⁾.

▪ **Diagnóstico Diferencial:** Entre los diagnósticos diferenciales siempre se encuentra el quiste dentífero, el queratoquiste odontogénico ⁽¹⁰⁾.

▪ **Tratamiento:** Enucleación, aunque se han descrito la enucleación con curetaje y con osteotomía periférica. Se reporta que 2-4% de las lesiones recurren, lo que lo hace menos recurrente que su contraparte el queratoquiste odontogénico (25-30%), además el quiste odontogénico ortoqueratinizado no tiene relación alguna con el síndrome névico basocelular ⁽¹⁰⁾.

B. QUISTES DE ORIGEN INFLAMATORIO

Los quistes inflamatorios comprenden un grupo de lesiones que se desarrollan a partir de la proliferación epitelial de tipo odontogénico cuyo crecimiento o degeneración es debida a inflamación. Son quistes verdaderos y derivan del tejido epitelial asociado a la formación del diente ⁽³⁾.

B.1 QUISTE RADICULAR O PERIAPICAL

- **Patogenia:** También llamado periodontal. Suele originarse cuando restos de células epiteliales del ligamento periodontal son estimulados por ciertos productos inflamatorios provenientes de un diente no vital ⁽¹⁾. Su etiología es inflamatoria crónica y el desencadenante inicial suele ser una caries o traumatismo ^(2,3).
- **Epidemiología:** El quiste radicular es el más frecuente de los quistes odontogénicos maxilares (65%) ^(1,3). Representa más de la mitad del total de los quistes orales ⁽²⁾. Raramente se asocian a dientes deciduales (0.5%) ⁽³⁾. La incidencia de quistes radiculares es mayor desde la tercera a la sexta década de vida y muestra una ligera preponderancia en los varones ⁽¹⁾.
- **Clínica:** Surgen de dientes no vitales (dientes que han perdido su vitalidad debido a una caries extensa, grandes restauraciones, o traumatismos previos). A menudo los quistes radiculares son asintomáticos hasta que ocurre una sobreinfección. Un quiste que crece puede producir hinchazón. A la palpación la hinchazón puede sentirse bien dura y de consistencia ósea en caso de que la cortical

permanezca intacta, crepitante conforme la pared se adelgaza, o elástica y fluctuante si hay destrucción ósea ⁽¹⁾.

▪ **Radiología:** Aunque en la mayoría de los casos los quistes periapicales aparecen en el ápice de la raíz de un diente no vital, a veces pueden aparecer en la superficie mesial o distal de una raíz, en el orificio de grandes conductos radiculares accesorios, o menos frecuente, en una bolsa periodontal profunda ^(1,2,3). La mayoría de los quistes (60%) se localizan en el maxilar superior, especialmente alrededor de los incisivos y caninos ⁽¹⁾ aunque puede darse en cualquier pieza dental; afectan sobre todo a los incisivos centrales ⁽³⁾. Debido a la inclinación de la raíz, los quistes originados en el incisivo lateral del maxilar pueden desplazar el antro ⁽¹⁾. El tamaño de los quistes periapicales es variable, pero en general miden menos de 1 cm de diámetro. A veces, no obstante, el quiste puede hacerse mucho mayor, especialmente en áreas donde varios dientes adyacentes de la parte anterior de la mandíbula o el maxilar han sido desvitalizados como consecuencia de un traumatismo facial. Se presentan como una imagen radiolúcida, bien circunscrita, y corticados ^(1,2,3). En ocasiones se visualiza una fina cortical que puede estar ausente o engrosarse si ha existido infección ^(1,3). Si un quiste radicular es grande, puede ocurrir un desplazamiento y una reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes. En raras

ocasiones el quiste puede reabsorber las raíces del diente no vital relacionado. Los quistes son capaces de desplazar hacia abajo el canal del nervio alveolar inferior ⁽¹⁾.

▪ **Diagnóstico Diferencial:** La distinción entre un quiste radicular pequeño y un granuloma periapical puede ser difícil y en algunos casos imposible. Los quistes periapicales frecuentemente alcanzan un mayor tamaño que los granulomas ⁽⁷⁾. Algunas de las características más típicas del quiste son la forma redondeada, un límite cortical bien definido y un tamaño mayor a 2 cm de diámetro. Deberían considerarse otras radiolucencias periapicales como una cicatriz apical o un defecto quirúrgico ya que en estos casos el defecto puede no rellenarse nunca completamente de hueso normal ⁽¹⁾.

▪ **Tratamiento:** El tratamiento de los quistes periapicales depende de una serie de variables. La mayoría de esos quistes se tratan mediante enucleación tras la extracción o el tratamiento endodóncico del diente responsable. Extraer el diente responsable sin extirpar el quiste asociado puede conducir a su persistencia y crecimiento continuado ⁽²⁾. Endodoncia del diente involucrado, posterior a seis meses, curetaje de la cavidad más apicectomía ^(1,3). La recurrencia de

un quiste radicular es rara si se ha extirpado completamente (1).

B.2 QUISTE RESIDUAL

Un quiste que permanece en el espacio ocupado por un diente extraído anteriormente se denomina quiste residual. Aunque ésta es la acepción más común del término, dicha expresión “residual” se emplea con más frecuencia para un quiste radicular que no es tratado o que se desarrolla tras una exodoncia dental. También designa a cualquier quiste presente en un área edéntula en la cual el origen del revestimiento epitelial sea desconocido (1,2).

Difiere únicamente del quiste radicular en que previamente hubo una extracción dental. Son pues, la misma entidad. Las causas de su desarrollo son:

- Quistectomía incompleta (quiste que se desarrolla tras una extirpación incompleta del quiste original).
- Granuloma que pasó inadvertido (2).

▪ **Clínica:** El quiste residual es habitualmente asintomático y a menudo se descubre radiológicamente de manera accidental localizado en un área edéntula. Sin embargo, puede haber algo de expansión ósea o de dolor en caso de que existe una sobreinfección secundaria (1).

▪ **Radiología:** Los quistes residuales ocurren en ambos maxilares, aunque se desarrollan ligeramente con más frecuencia en la mandíbula. El epicentro se suele localizar en una posición periapical sobre los dientes si estos todavía existen. En la mandíbula el epicentro siempre está por encima del canal del nervio alveolar inferior. Tiene un margen corticado a menos que esté secundariamente infectado. Su forma es ovalada o circular. El aspecto interior de un quiste residual es radiolúcido. Son capaces de provocar desplazamiento dental o reabsorción. Las corticales externas de los maxilares pueden expandirse. El quiste puede invaginarse al antro del maxilar o desplazar el canal del nervio alveolar inferior ⁽¹⁾.

▪ **Diagnóstico Diferencial:** Sin la historia clínica previa del paciente y sin un estudio radiográfico, el clínico puede tener dificultad para determinar si una lesión solitaria en los maxilares es un quiste residual. Otros ejemplos frecuentes de quistes solitarios incluyen los queratoquistes. Un quiste residual tiene un potencial de expansión ósea mayor que un queratoquiste odontogénico ⁽¹⁾.

▪ **Tratamiento:** Extirpación quirúrgica (quistectomía) o la marsupialización, o ambas, si el quiste es grande ^(1,3).

B.3 QUISTE PARADENTAL INFLAMATORIO

- **Patogenia:** La existencia del quiste paradental como entidad distinta sigue siendo discutida y su histogénesis no está resuelta. Aunque este quiste podría derivar de restos de Malassez o del epitelio reducido del esmalte, no se excluye la posibilidad de que pudiera originarse de restos de la lámina dental. Dado a que el quiste prácticamente siempre está intensamente inflamado, se considera que la inflamación desempeña algún papel en su desarrollo ^(1,2).

- **Epidemiología:** Es una lesión poco frecuente, con una incidencia del 3% al 5%. Hay una clara preferencia por los varones. Hay un amplio intervalo de edad, según la pieza dental a la que estén asociados. En los quistes paradentales de terceros molares, la edad de presentación es más tardía, coincidiendo con la tercera década ⁽³⁾. Localizados mayoritariamente en la zona distal o distobucal del tercer molar.

- **Clínica:** Similar a la pericoronaritis ⁽³⁾. Un signo común es la ausencia o el retraso en la erupción de un primer o segundo molar. En la exploración clínica se evidenciará una pérdida del molar o bien las puntas de las cúspides linguales pueden protruir anormalmente a través de la mucosa situándose más elevadas que las cúspides bucales. El primer molar se afecta

más frecuentemente que el segundo molar. Los dientes son siempre vitales ⁽¹⁾.

- **Radiología:** La localización más frecuente de un quiste de bifurcación bucal es el primer molar mandibular, seguido del segundo molar. El quiste en ocasiones es bilateral. Siempre se sitúa en la furca bucal del molar afecto. En las radiografías periapicales y panorámicas la lesión puede parecer que está centrada un poco distal a la furca del diente afecto. Cuando se produce un quiste paradental en la cara distal de un tercer molar mandibular, se presenta como radiotransparencia bien circunscrita. Un quiste paradental que aparece en la cara facial (bucal) de un molar mandibular puede no manifestarse en radiografías de rutina porque su imagen esta superpuesta sobre el diente asociado ⁽²⁾.

- **Tratamiento:** Exodoncia y quistectomía ^(2,3).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **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 ⁽²⁾.

- **Quiste odontogénico:** Quiste que se desarrolla a partir de restos de epitelio odontogénico que quedaron esparcidos en los procesos alveolares durante el mecanismo de la odontogénea, proviniendo específicamente de la lámina dental y de la vaina de Hertwig ⁽³⁾.

- **Prevalencia:** Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido entre la población en ese punto en el tiempo.

- **Frecuencia:** Cantidad de veces que se repite un determinado valor de la variable.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

A. Hipótesis Principal.

Es probable que la prevalencia de los quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas sea mayor al 1%.

B. Hipótesis Derivadas.

- Es probable que la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas sea menor al 1%.
- Es probable que la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos sea mayor en el género femenino.
- Es probable que la prevalencia de quistes odontogénicos maxilares sea más frecuente en personas de 20 a 30 años.
- Es probable que los quistes odontogénicos maxilares se localicen más frecuentemente en el maxilar inferior.
- Es probable que el tamaño de los quistes odontogénicos maxilares este entre 10 y 20 mm.

3.2. VARIABLES, DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

A. Variable principal:

Quistes maxilares odontogénicos presentes en radiografías panorámicas.

B. Definición operacional de variables

Variable principal:

VARIABLE	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Quistes maxilares odontogénicos presentes en radiografías panorámicas.	Número de casos	Cuantitativa	Nominal

Variables secundarias:

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Tipo de quistes	Periapical	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Residual	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Paradental	Presente No presente	Cualitativa	Nominal

	Dentígero	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Lateral Periodontal	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Botriode Odontogénico	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Queratoquiste Odontogénico	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Odontógeno Glandular	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Odontógeno Calcificante	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
	Odontogénico Ortoqueratinizado	Presente No presente	Cualitativa	Nominal
Sexo	Femenino Masculino		Cualitativa	Nominal
Edad	Años		Cuantitativa	Razón
Tamaño	mm		Cuantitativa	Razón
Localización	Maxilar Superior Maxilar Inferior		Cualitativa	Nominal
Hemiarcada	Derecha Izquierda		Cualitativa	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de estudio:

La presente investigación es de tipo **no experimental** ya que no hubo manipulación de variables, solamente se utilizaron fichas de recolección documental.

B. Diseño de investigación

- De acuerdo al número de mediciones: la presente investigación es de tipo **transversal**, ya que se observó las radiografías panorámicas una sola vez in situ.
- De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos: la presente investigación es **documental**, debido a que la información necesaria fue recaudada de radiografías panorámicas.
- De acuerdo al tipo de la recolección de datos: la presente investigación es de tipo **retrospectivo** debido a que la información se obtuvo de las radiografías panorámicas tomadas en el periodo 2015-2017.
- De acuerdo al número de variables: la presente investigación es de tipo **descriptiva** ya que se recogió la información de cada una de las radiografías panorámicas.

4.2. DISEÑO MUESTRAL

A. Muestra:

En el presente estudio se evaluó un total de 18042 radiografías panorámicas: 12231 de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial y 5811 de Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial en un periodo de 4 meses contando con la ayuda de un radiólogo experto. Dichas radiografías cumplieron con los criterios de selección descritos.

B. Criterios de Inclusión:

- Radiografías de pacientes de 10 a 60 años.
- Quistes odontogénicos intraóseos.
- Radiografías que tengan características de nitidez.

C. Criterios de exclusión:

- Radiografías que no tengan características de nitidez.
- Quistes que estén en proceso de cicatrización.

4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. Técnica:

Se utilizó la técnica de observación documental.

B. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue una Ficha de recolección documental.

C. Procesamiento de la recolección de datos

- Se gestionó una solicitud de permiso a los directores de los respectivos centros radiográficos emitida por la Universidad.
- Se procedió a realizar el análisis de cada radiografía en el programa “EasyDent V4 Viewer”.
- La recolección de la información necesaria de cada radiografía panorámica fue plasmada a la ficha de recolección documental.
- Para determinar el diagnóstico diferencial se contó con la ayuda de un radiólogo experto.
- La información obtenida al final, fue corroborada con la interpretación de cada radiografía panorámica guardada en la base de datos de cada centro radiológico y fue colocada en una matriz de Excel para su posterior análisis e interpretación. Los resultados serán explicados a través de tablas y gráficos adecuados.

4.4.1 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La tabulación y el procesamiento de los datos recolectados fueron realizados a través de la confección de una matriz en una hoja de cálculo de Excel versión 2013. El procesamiento de la información se llevó a cabo de manera computacional.

La presentación de los datos se hizo a partir de la confección de tablas de simple y doble entrada, además se elaboraron de gráficos circulares y de barras.

El análisis de los datos se llevó a cabo a través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Dado que es un trabajo retrospectivo documental, no se fue en contra de ningún principio ético. Se respetó los datos personales de cada paciente.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos

TABLA N°1

Prevalencia de Quistes Maxilares Odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial

Centromax (n1)

Año	n₁	Prevalencia
año 2015	6	0,033%
año 2016	11	0,063%
año2017	8	0,044%
Total	25	0,140%
N	18042	100,00%

Fuente: Matriz de datos

La prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas en el año 2015 fue de 0,033%; en el año 2016 fue de 0,063% y en el año 2017 fue de 0,044%, haciendo una prevalencia total del 0,140%.

GRÁFICO N°1

Prevalencia de Quistes Maxilares Odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial

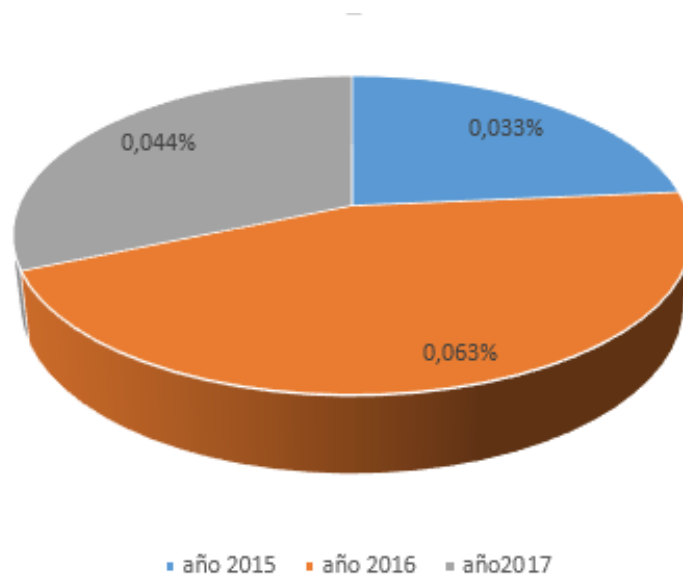


TABLA N°2

Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.

Cránex (n2)

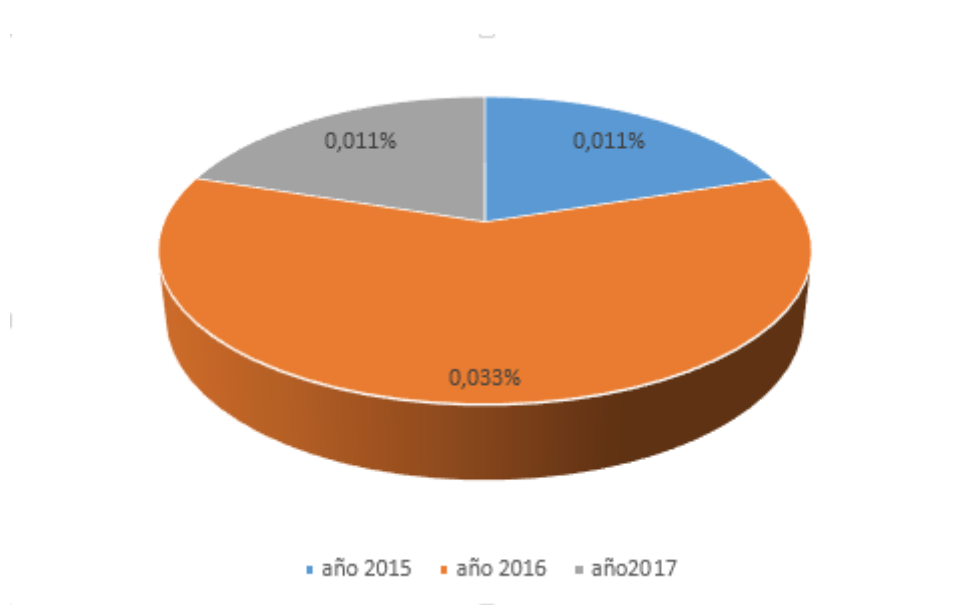
Año	n2	Prevalencia
año 2015	2	0,011%
año 2016	6	0,033%
año2017	2	0,011%
Total	10	0,055%
N	18042	100,000%

Fuente: Matriz de datos

La prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas en el año 2015 fue de 0,011%; en el año 2016 fue de 0,033% y en el año 2017 fue de 0,011%, haciendo una prevalencia total del 0,055%.

GRÁFICO N°2

Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial



TABLAN°3

Prevalencia total de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial y Cránex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.

Año	n₁+n₂	Prevalencia
año 2015	8	0,045%
año 2016	17	0,094%
año2017	10	0,055%
Total	35	0,194%
N	18042	100,000%

La prevalencia total de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas en el año 2015 fue de 0,045%; en el año 2016 fue de 0,094% y en el año 2017 fue de 0,055%, haciendo una prevalencia total del 0,194%.

GRÁFICO N°3

Prevalencia total de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial y Cránex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial.

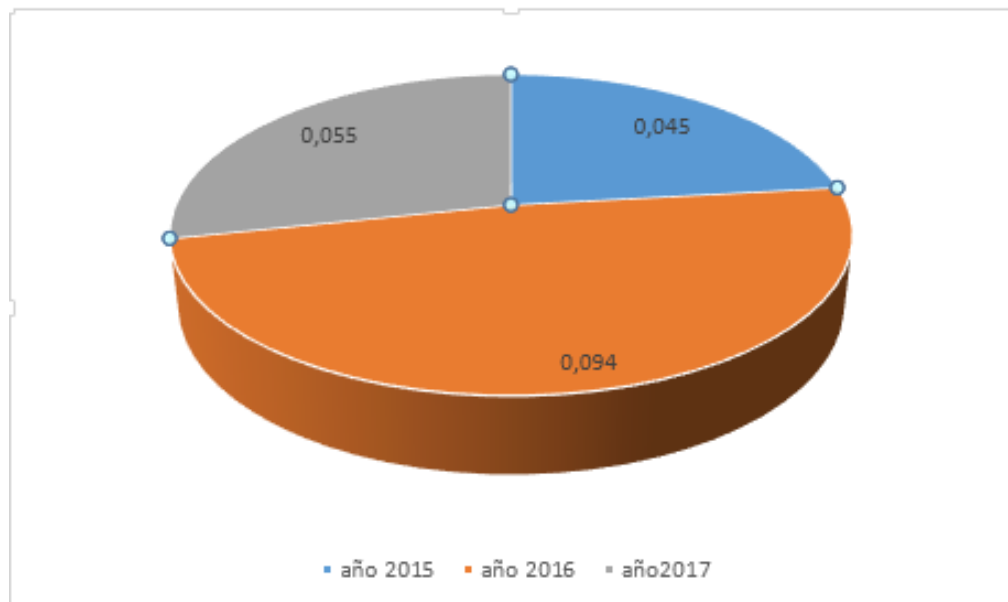


TABLA N°4

Frecuencia de quistes maxilares Odontogénicos según Sexo en Centros Radiológicos

Sexo	Centro Radiológico				TOTAL	
	Centromax		Cránex			
	N	%	N	%	N	%
Masculino	14	40	3	8,6	17	48,6
Femenino	11	31,4	7	20	18	51,4
Total	25	71,4	10	28,6	35	100

Fuente: Matriz de datos

De acuerdo a la tabla podemos apreciar que la mayor frecuencia de quistes odontogénicos de acuerdo al sexo y al centro radiológico, fue el sexo Masculino en Centromax con un 40% y el sexo femenino en Cranex con un 20,0%.

GRÁFICO N°4

Frecuencia de quistes maxilares Odontogénicos según Sexo en Centros Radiológicos

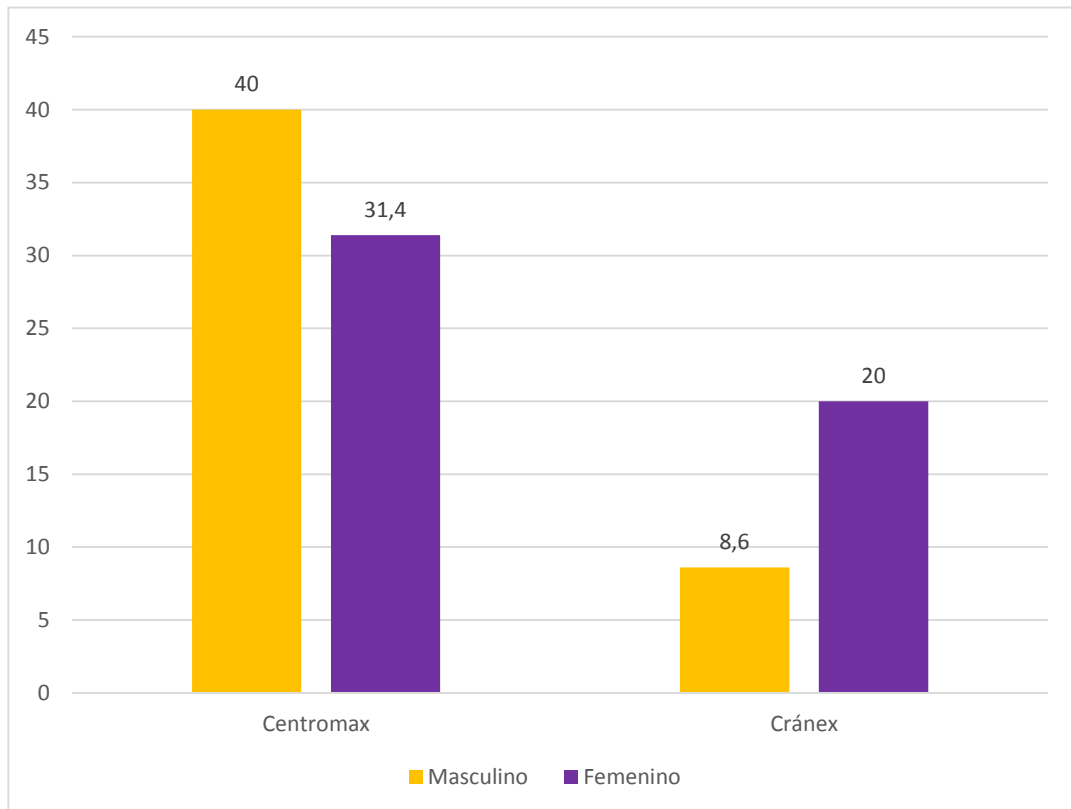


TABLA N°5

Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según edad en Centros Radiológicos

Grupo de edad	Centro Radiológico				TOTAL	
	Centromax		Cránex			
	N	%	N	%	N	%
10 a 20	6	17,1%	5	14,3	11	31,4
21 a 30	8	22,9	2	5,7	10	28,6
31 a 40	5	14,3	2	5,7	7	20,0
41 a 50	1	2,9	0	0	1	2,9
51 a 60	5	14,3	1	2,9	6	17,1
Total	25	71,5	10	28,6	35	100

Fuente: Matriz de datos

Según la frecuencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo a grupo de edad en los Centros Radiográficos, se puede observar que la mayor frecuencia de quistes odontogénicos fue encontrada de 21 a 30 años en Centromax con un 22,9% y en el caso de Cranex de 10 a 20 años con un 14,3%.

GRÁFICO N°5

Distribución de la muestra según Grupo de edad y Centro Radiológico

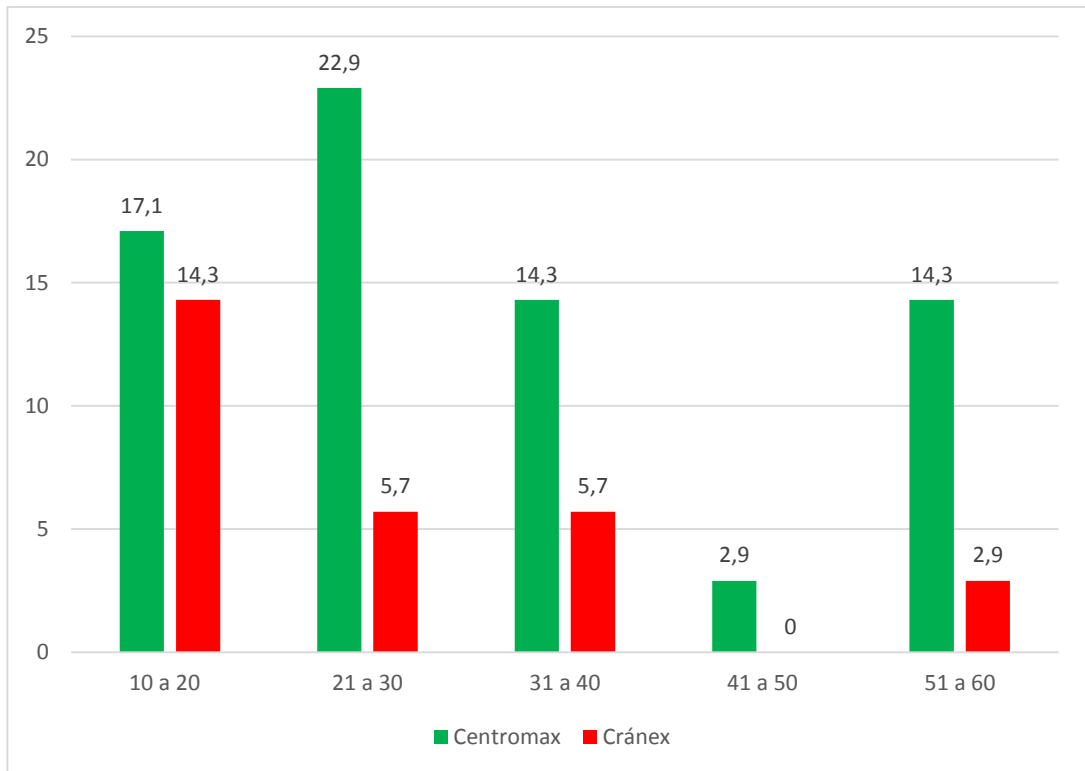


TABLA N°6

Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según localización y sexo.

LOCALIZACIÓN	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N	%	N	%	N	%
Maxilar Superior	9	25,7	8	22,9	17	48,6
Maxilar Inferior	8	22,9	10	28,6	18	51,4
TOTAL	17	48,6	18	51,4	35	100

Fuente: Matriz de datos

La frecuencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo a la localización y sexo, se puede observar que la más frecuente fue el Maxilar Inferior con un 28,6% correspondiente al sexo femenino.

GRÁFICO N°6

Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según localización y sexo.

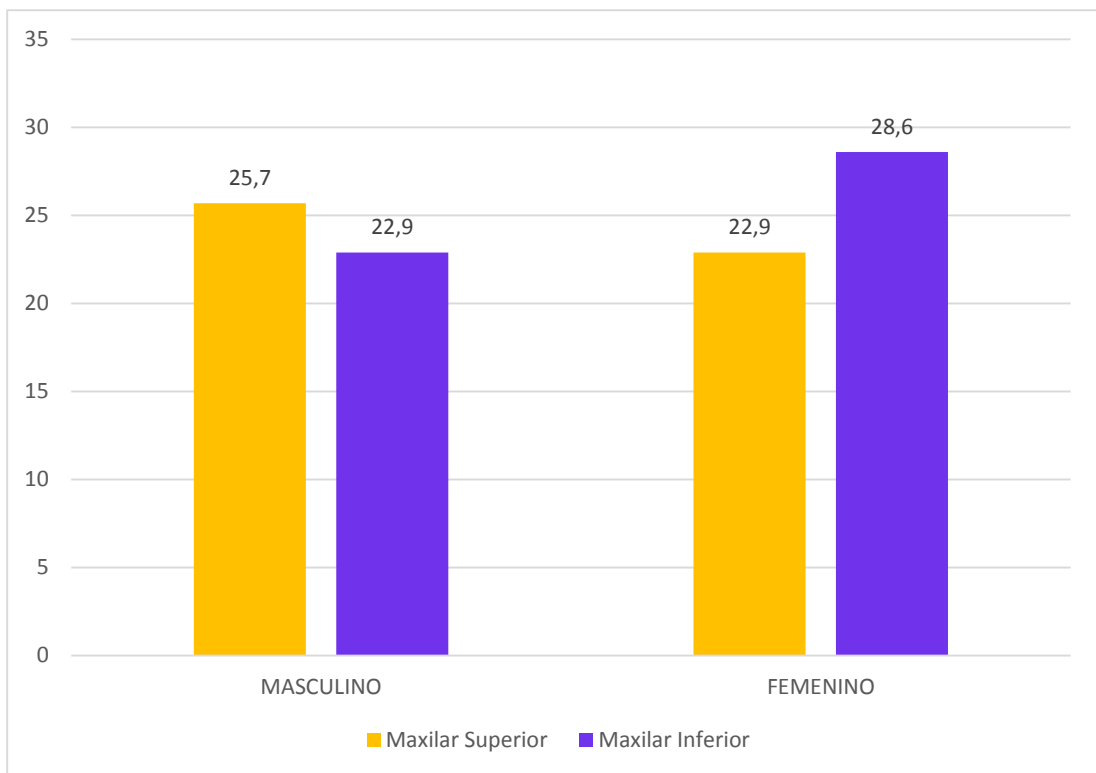


TABLA N°7

**Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según Localización y
Grupo de edad**

Localización	GRUPO DE EDAD										TOTAL	
	10 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maxilar Superior	3	8,6	5	14,3	3	8,6	1	2,9	5	14,3	17	48,6
Maxilar Inferior	8	22,9	5	14,3	4	11,4	0	0	1	2,9	18	51,4
TOTAL	11	31,4	10	28,6	7	20	1	2,9	6	17,1	35	100

Fuente: Matriz de datos

Se puede observar que la localización más frecuente en la que se presentaron los quistes maxilares odontogénicos fue en el maxilar inferior con un total de 51,4% en las edades de 10 a 20 años con un 22,9%, de 21 a 30 años con 14,3%, de 31 a 40 años con un 11,4%, de 41 a 50 años con un 2,9% y de 51 a 60 años con un 2.9%.

GRÁFICO N°7

Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según Localización y Grupo de edad

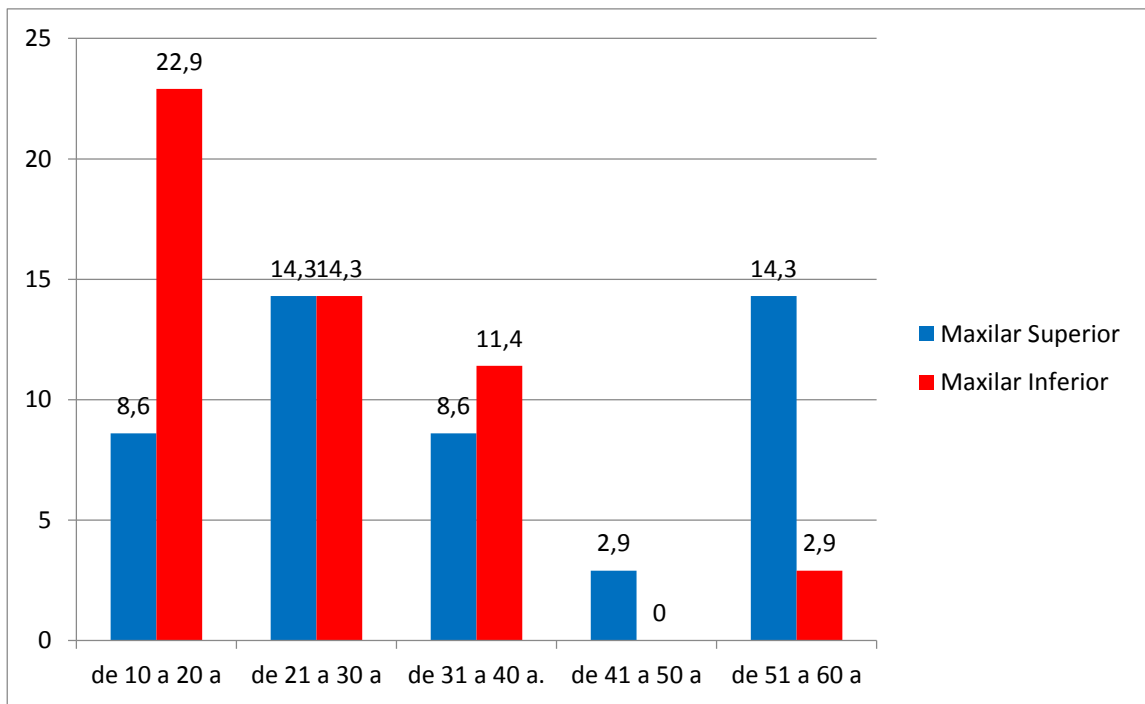


TABLA N°8**Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según hemiarcada y Sexo**

HEMIARCADA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N	%	N	%	N	%
Izquierdo	4	11,4	13	37,1	17	48,6
Derecho	11	31,4	4	11,4	15	42,9
Derecho e Izq.	2	5,7	1	2,9	3	8,6
TOTAL	17	48,6	18	51,4	35	100

Fuente: Matriz de datos

La frecuencia de quistes odontogénicos según hemiarcada y sexo, se puede observar en la tabla que el más frecuente fue la hemiarcada izquierda que corresponde al sexo femenino con un 37,1%.

GRÁFICO N°8

Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según hemiarcada y sexo

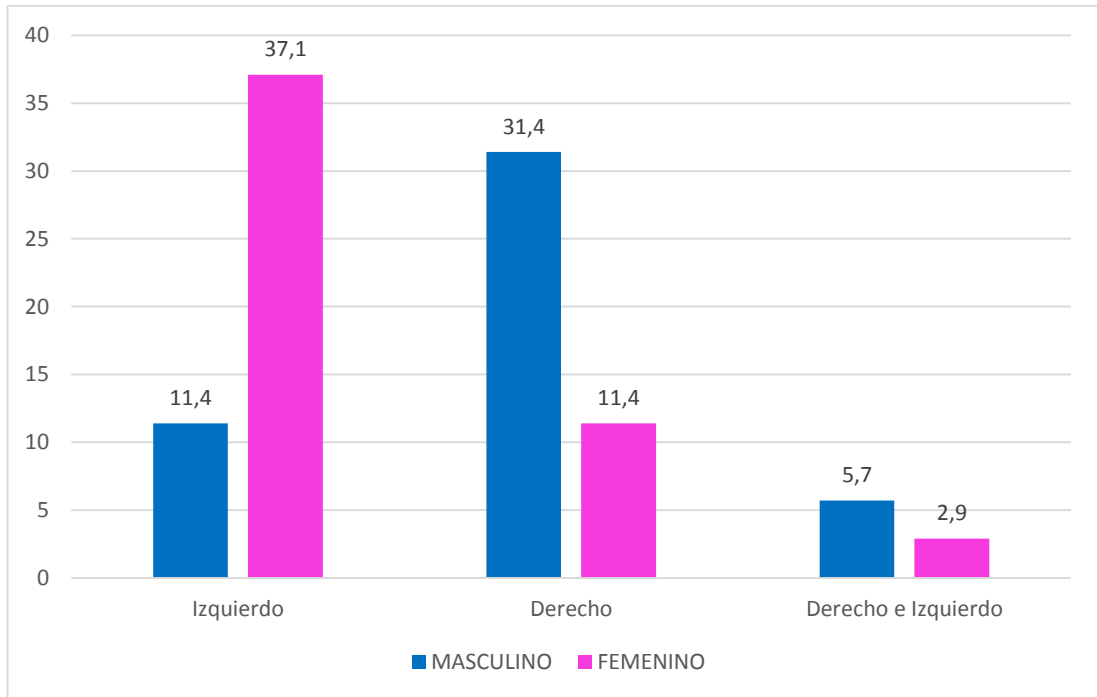


TABLA N°9

Frecuencia de quistes maxilares odontogénicos según Hemiarcada y Grupo de edad

HEMIARCADA	GRUPO DE EDAD										TOTAL	
	10 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Izquierdo	6	17,1	5	14,3	3	8,6	1	2,9	2	5,7	17	48,6
Derecho	4	11,4	4	11,4	4	11,4	0	0	3	8,6	15	42,9
Derecho e Izq.	1	2,9	1	2,9	0	0	0	0	1	2,9	3	8,6
TOTAL	11	31,4	10	28,6	7	20	1	2,9	6	17,1	35	100

Fuente: Matriz de datos

Interpretación: Se puede observar que la hemiarcada izquierda fue la más frecuente en la que se presentaron los quistes odontogénicos con un total de 48,6% en las edades de 10 a 20 años con 17,1%, de 21 a 30 años con 14,3%, de 31 a 40 años con un 8,6%, de 41 a 50 años con 2,9% y de 51 a 60 años con un 5,7%.

GRÁFICO N°9

Distribución de la muestra según hemiarcada y Grupo de edad

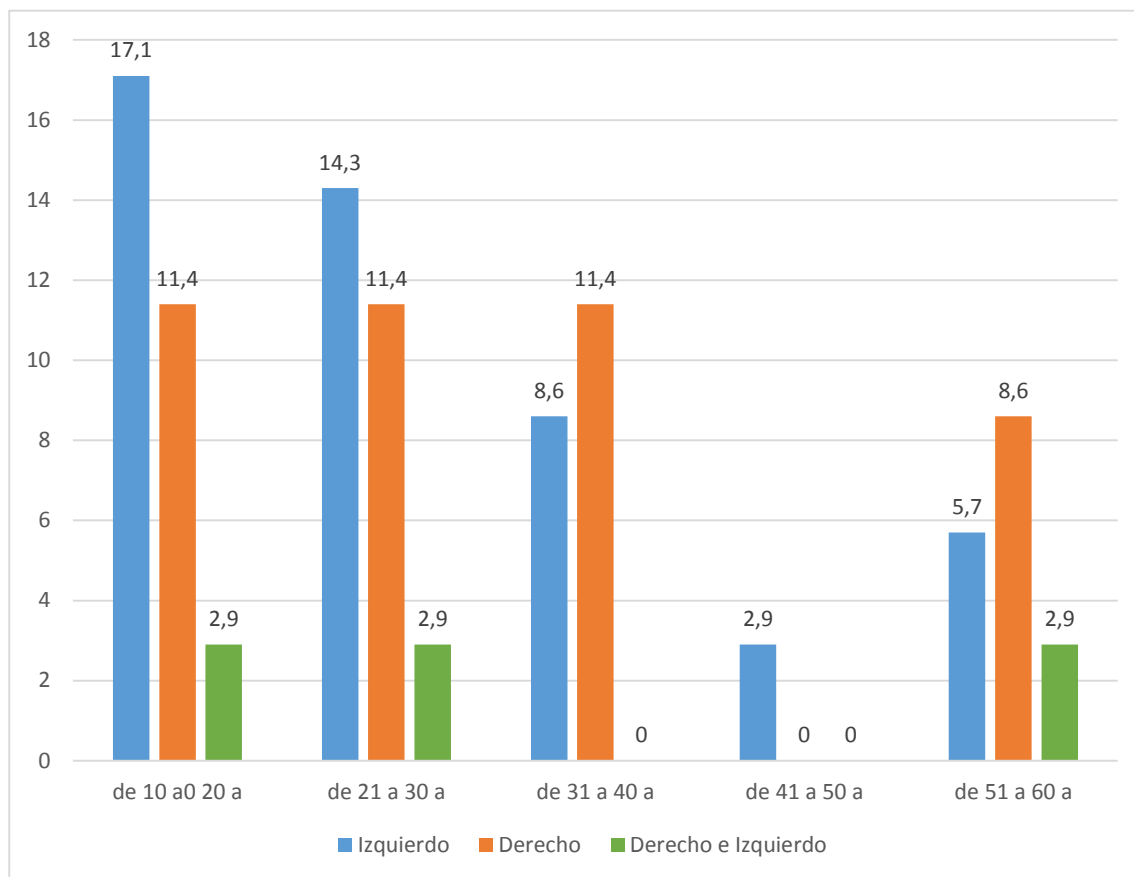


TABLA N°10**Frecuencia según Tipo de Quiste maxilar odontogénico y Sexo**

TIPO DE QUISTE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N	%	N	%	N	%
Radicular	8	22,9	9	25,7	17	48,6
Residual	4	11,4	1	2,9	5	14,3
Paradental	0	0	2	5,7	2	5,7
Dentígero	2	5,7	2	5,7	4	11,4
Lat. Periodontal	0	0	2	5,7	2	5,7
Queratoquiste	3	8,6	2	5,7	5	14,3
TOTAL	17	48,6	18	51,4	35	100

Fuente: Matriz de datos

Se puede observar que el más frecuente de los quistes maxilares odontogénicos fue el Quiste Radicular correspondiente al sexo femenino con un 25,7%.

GRÁFICO N°10

Frecuencia según Tipo de Quiste maxilar odontogénico y Sexo

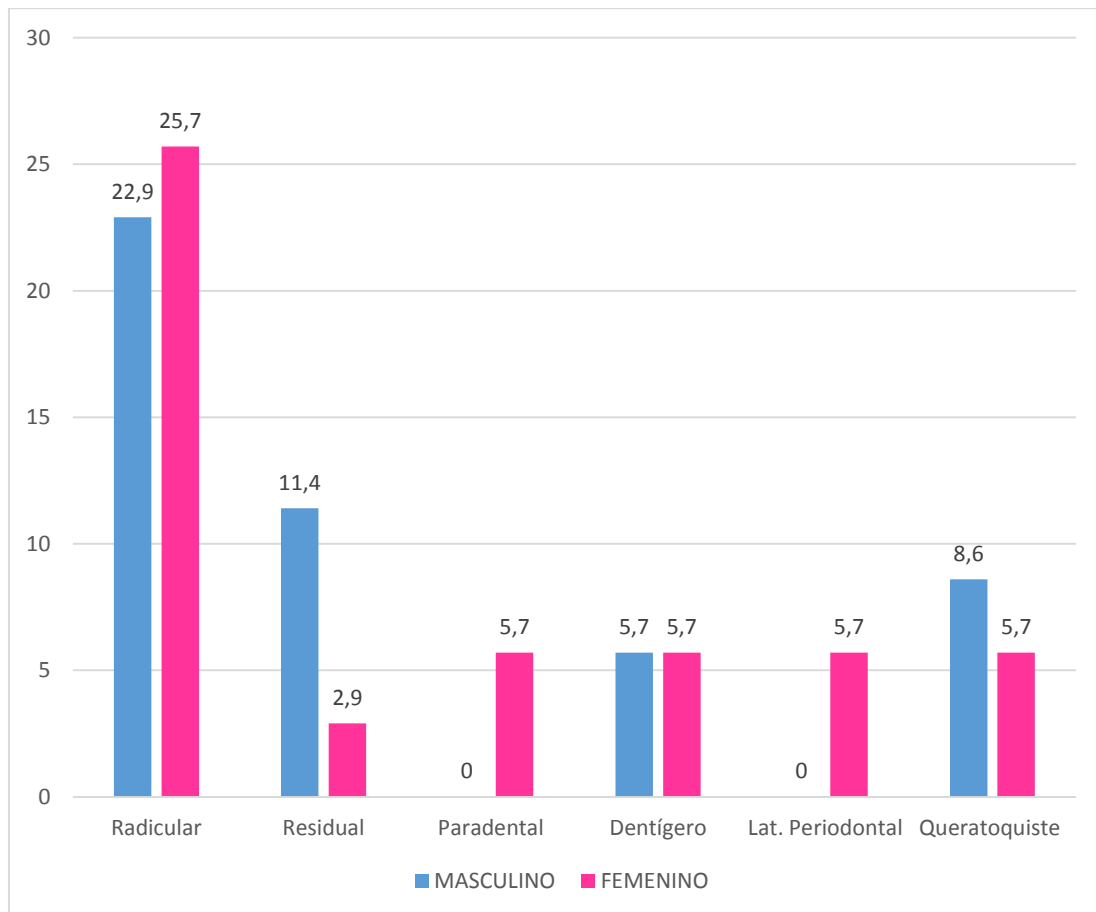


TABLA N°11

Frecuencia según Tipo de Quiste maxilar odontogénico y Grupo de edad

Tipo de Quiste	GRUPO DE EDAD										TOTAL	
	10 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Radicular	1	2,9	7	20,0	3	8,6	1	2,9	5	14,3	17	48,6
Residual	0	0	2	5,7	2	5,7	0	0	1	2,9	5	14,3
Paradental	2	5,7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,7
Dentígero	4	11,4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11,4
Lat. Periodontal	2	5,7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,7
Queratoquiste	2	5,7	1	2,9	2	5,7	0	0	0	0	5	14,3
TOTAL	11	31,4	10	28,6	7	20	1	2,9	6	17,1	35	100

Fuente: Matriz de datos

Según la tabla puede observar que el quiste maxilar odontogénico más frecuente fue el Radicular, el cual se presentó de todos los grupos de edad: de 10 a 20 años con un 2,9%; de 21 a 30 años con 20,0%, de 31 a 40 años con un 8,6%, de 41 a 50 años con un 2,9% y de 51 a 60 años con un 14,3%, haciendo un total del 48,6%.

GRÁFICO N°11

Frecuencia según Tipo de Quiste maxilar odontogénico y Grupo de edad

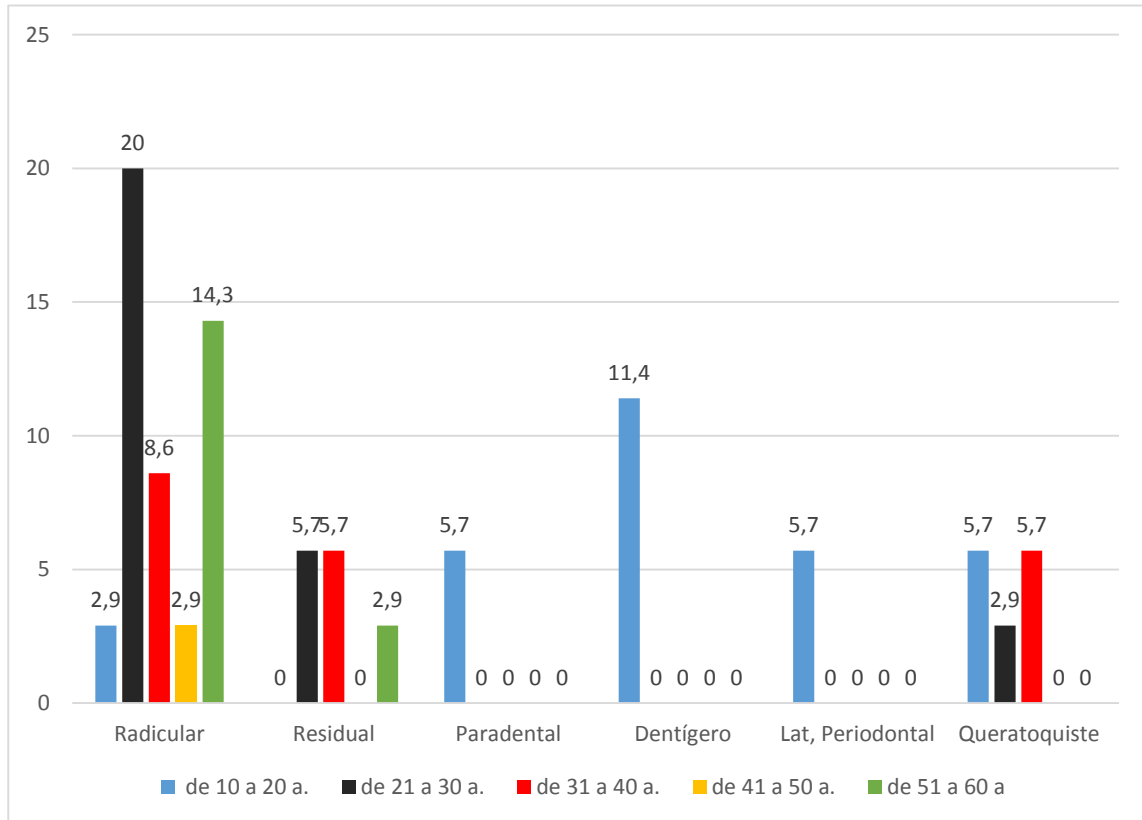


TABLA N°12

Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro menor

Tipo de Quiste	DIÁMETRO MENOR									
	Menor de 10mm		De 10,01 y 20mm		De 20,01 a 30mm		Mayor a 40,01		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Radicular	3	8,6	13	37,1	1	2,9	0	0	17	48,6
Residual	1	2,9	4	11,4	0	0	0	0	5	14,3
Paradental	0	0	1	2,9	1	2,9	0	0	2	5,7
Dentígero	0	0	3	8,6	1	2,9	0	0	4	11,4
Lat. Periodontal	1	2,9	1	2,9	0	0	0	0	2	5,7
Queratoquiste	0	0	3	8,6	1	2,9	1	2,9	5	14,3
TOTAL	5	14,3	25	71,4	4	11,4	1	2,9	35	100,0

Fuente: Matriz de datos

Según la tabla puede observar que el quistes maxilar odontogénico más frecuente fue el Radicular con el diámetro menor de 10,01 y 20 mm (37.1%).

GRÁFICO N°12

Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro Menor

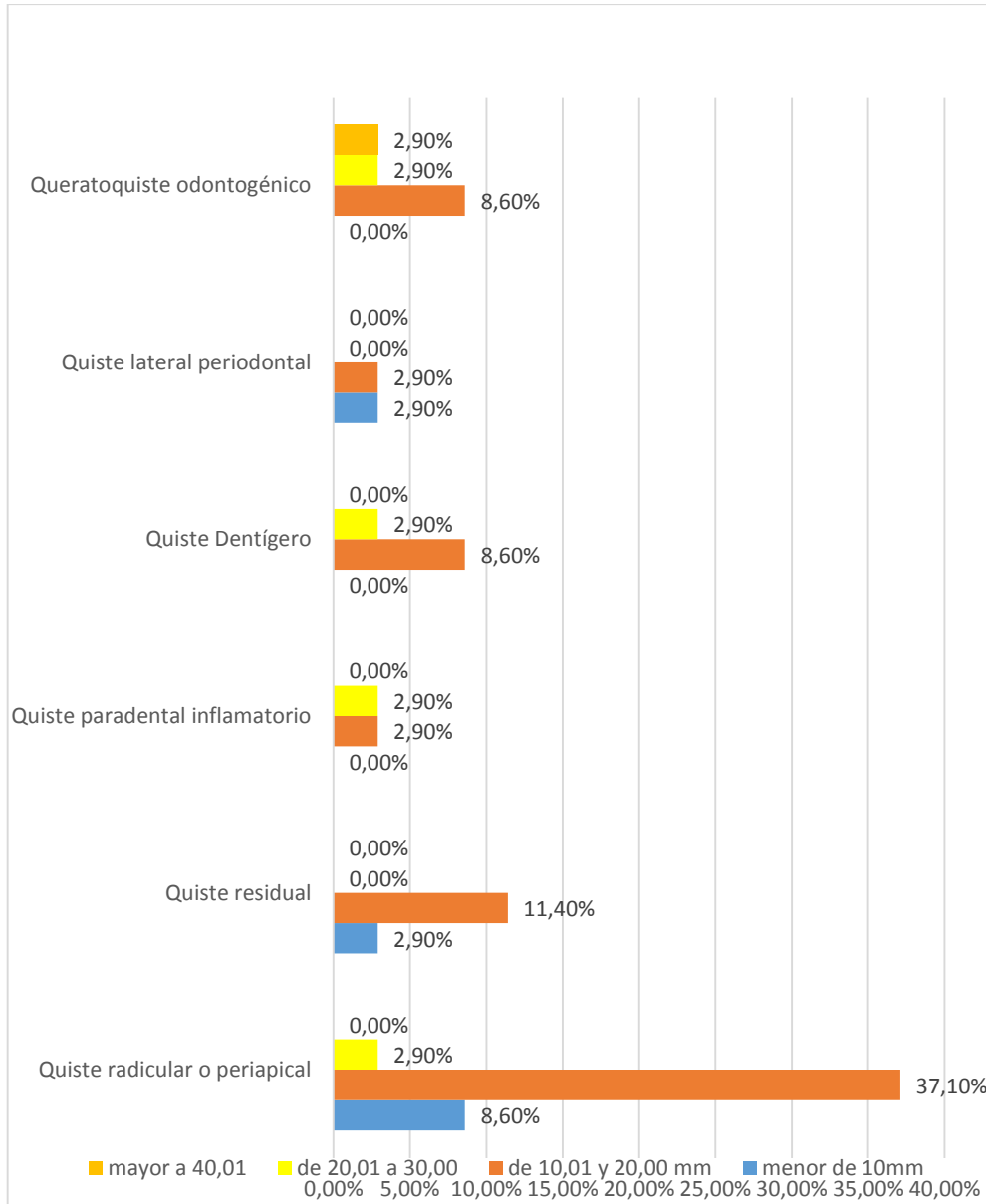


TABLA N°13

Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro Mayor

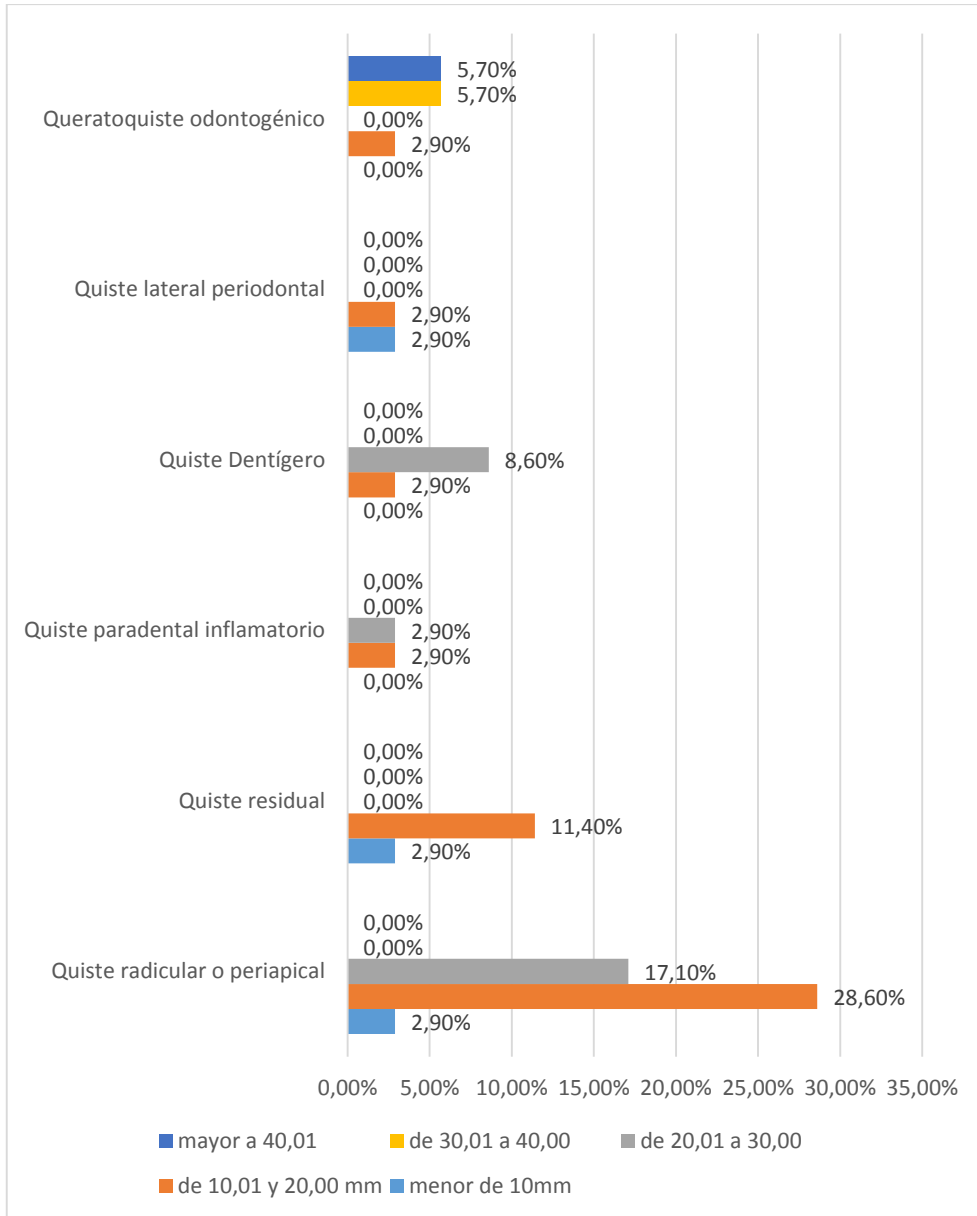
Tipo de Quiste	DIÁMETRO MAYOR											
	Menor de 10mm		De 10,01 y 20mm		De 20,01 a 30mm		De 30,01 a 40,00		Mayor a 40,01		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Radicular	1	2,9	10	28,6	6	17,1	0	0	0	0	17	48,6
Residual	1	2,9	4	11,4	0	0	0	0	0	0	5	14,3
Paradental	0	0	1	2,9	1	2,9	0	0	0	0	2	5,7
Dentígero	0	0	1	2,9	3	8,6	0	0	0	0	4	11,4
Lat. Periodontal	1	2,9	1	2,9	0	0	0	0	0	0	2	5,7
Queratoquiste	0	0	1	2,9	0	0	2	5,7	2	5,7	5	14,3
TOTAL	3	8,6	18	51,4	10	28,6	2	5,7	2	5,7	35	100,0

Fuente: Matriz de datos

Según la tabla puede observar que el quistes maxilar odontogénico más frecuente fue el Radicular con el diámetro mayor de 10,01 y 20 mm (28.6%).

GRÁFICO N°13

Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos de acuerdo al Diámetro Mayor



5.2. Comprobación de hipótesis

- Hipótesis de Investigación inicial:

Es probable que la prevalencia de quistes odontogénicos de los maxilares en radiografías panorámicas sea mayor al 1%.

- Validación:

Se ha demostrado que la prevalencia de quistes odontogénicos de los maxilares en radiografías panorámicas es de 0,194% menor al 1%, por lo que se rechaza la hipótesis inicial y se valida la hipótesis derivada.

5.3 Discusión

Si bien existen estudios relacionados sobre quistes maxilares odontogénicos en diversas poblaciones; existen pocos que determinen la prevalencia de quistes maxilares odontogénicos intraóseos observados en radiografías panorámicas. La finalidad de la investigación fue hallar la prevalencia de quistes odontogénicos en el periodo 2015-2017, se observó 18042 radiografías panorámicas en un periodo de 4 meses en dos centros radiográficos, así mismo se determinó la prevalencia de quistes odontogénicos según sexo, grupo etario, tipo, localización y diámetro. Se encontró una prevalencia total del 0,194%, este resultado es sumamente inferior al mostrado por Ponce de León Pérez en un estudio realizado sobre prevalencia de hallazgos en radiografías panorámicas en Lima 2014, con una muestra de 3065 radiografías, en la cual se encontró una frecuencia 19.43% compatibles con lesiones quísticas. Sin embargo,

estos resultados difieren de datos obtenidos en historias clínicas de diversos hospitales, tales como un estudio presentado por Guerra Zambrano en Lima sobre prevalencia de quistes odontogénicos en el Hospital nacional Hipólito Unnanue 2002-2014, en el cual la prevalencia encontrada para quistes odontogénicos fue de 0,0039% del total de historias clínicas, similares resultados fueron registrados por Moya D (2011), un estudio realizado también en Lima, donde se obtuvo una prevalencia de 0,005%.

Según sexo, los quistes odontogénicos se presentaron preferentemente en mujeres (51,4%), en contraste con Ponce de León Pérez, en el cual el género masculino tuvo una mayor prevalencia (52,33%), mientras que el género femenino (47.67%). estos resultados concuerdan con un estudio basado en historias clínicas del servicio de diagnóstico histopatológico de la universidad de México, en el cual de 753 quistes odontogénicos, 369 se encontraron en mujeres y 384 en hombres. De la misma forma, se determinó la frecuencia de hallazgos según edad, donde se halló que la mayor prevalencia de quistes odontogénicos estuvo en el rango de 21 a 30 años con un 22,9%. Estos datos se aproximan a los obtenidos por Ponce de León, en el cual se encontró el mayor número de lesiones quísticas en el rango de edad de 19-30años con un 6.85%.

Del mismo modo, se determinó la frecuencia de hallazgos según la localización. Los resultados indicaron que la mayor prevalencia estuvo ubicada en el maxilar inferior con un total de 51,4%.

El quiste radicular fue el más frecuente y estuvo presente en un 48,6% del total de los quistes, este resultado concuerda con las fuentes bibliográficas.

El estudio presenta resultados de esta población los cuales pueden ser similares o discordantes a otras investigaciones, y esto es debido a que en la mayoría de estudios mencionados, se utilizan como único método el análisis documental, específicamente historias clínicas de pacientes que acuden a diversos hospitales. También es importante mencionar que algunas de las diferencias entre los estudios se pueden ocasionar al comparar países donde se observan diferentes características sociodemográficas, culturales, sociales, económicas y principalmente, genéticas.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.- La prevalencia total de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de ambos centros radiológicos es de 35 casos (0.194%).
- SEGUNDA.- La prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial fue de 25 casos (0.140%).
- TERCERA.- La prevalencia de quistes maxilares odontogénicos en radiografías panorámicas de Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial fue de 10 casos (0,055%).
- CUARTA.- Los quistes odontogénicos de los maxilares en radiografías panorámicas se presentaron preferentemente en el sexo femenino (51,4%).
- QUINTA.- Los quistes odontogénicos de los maxilares en radiografías panorámicas se presentaron frecuentemente en el rango de 21 a 30 años con un 22,9%.
- SEXTA.- El diámetro más frecuente de quistes maxilares odontogénicos vistos en radiografías panorámicas según diámetro fue de 10 a 20 mm.

- SÉPTIMA.- Los quistes odontogénicos de los maxilares en radiografías panorámicas se presentaron frecuentemente en el maxilar inferior con un total de 51,4% en la hemiarcada izquierda con un total de 48,6%.
- OCTAVA: El quiste radicular fue el más frecuente y estuvo presente en un 48,6% del total de los quistes maxilares odontogénicos.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA.- Se recomienda a los profesionales de la especialidad considerar a la radiografía panorámica sea un exámen auxiliar obligatorio previo a cualquier tratamiento odontológico para así evitar el desarrollo de cualquier patología tales como los quistes maxilares.
- SEGUNDA.- Se recomienda a los profesionales de la especialidad en caso de diagnosticar un queratoquiste odontogénico por medio de una radiografía panorámica, realizar un estudio más profundo mediante una tomografía computarizada.
- SEGUNDA.- Se recomienda realizar más estudios referentes al diámetro de los quistes que puedan colaborar posteriormente al diagnóstico y tratamiento de los diferentes quistes ya que no existe mucha evidencia bibliográfica referente a ello.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. C. White Stuart, J. Pharoah Michael. Radiología oral Principios e interpretación. Cuarta Edición. Madrid España: Editorial S.A. Elsevier Science; 1999.
2. Sapp J. Philip, Eversole R. Lewis, Wysocki P. George. Patología oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda Edición. Madrid España: Editorial S.A. Elsevier Science; 2000.
3. Almeida P. Fernando, Álvarez F. Modesto, Arenaz B. Jorge, Arias C. Bartolomé, Arias G. Javier. Cirugía Oral y Maxilofacial. Tercera Edición. Madrid España: Editorial médica Panamericana; 2012.
4. Bhaskar S.N, Centeno Ries, A. Guillermo. Patología Bucal. Sexta Edición. Buenos Aires Argentina: Editorial El Ateneo; 1997.
5. Sánchez Novella Marina. Estudio Epidemiológico de Quistes Maxilares y Granulomas Periapicales en una muestra de 1807 pacientes de la Universidad Complutense de Madrid; 2014.
6. Sciubba J. James, Regezi A. Joseph. Patología Bucal Correlaciones clinicopatológicas. Tercera Edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores; 2000.
7. Ramírez Cádiz Julio, Núñez Asecio María Pilar, Cohen Szóbel José, Esguep Sarah Alfredo. Imágenes radiográficas de las patologías del área bucomaxilofacial. Primera Edición. México: Editorial El Ateneo; 1992.

8. M. Speight Paul, Takata Takashi. New tumor entities in the 4th edition of World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. National Library of Medicine National Institutes of Health. 2017; 11 (1): 68-77.
9. Pérez González Elisa, López Labady Jeaneth, Villarroel Dorrego Mariana. Quiste Odontogénico Ortoqueratinizado: una nueva entidad derivada del Queratoquiste odontogénico. Revisión de la Literatura. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2014; 11 (2): 3-15.
10. Romero Jasso Gerardo, Daniel Dillarza Andrade. Quiste odontogénico Ortoqueratinizado. Reporte de un caso. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2012; 10 (1): 48-52.
11. Sarmiento Villasis Luis, Portilla Robertson Javier, Melendez Ocampo Arcelia, Gaitán Cepeda Luis Alberto, Leyva Huerta Elba Rosa. Prevalencia y Distribución de los quistes odontogénicos un estudio de 753 casos en la Universidad Autónoma de México; 2017.
12. Castillo Rivas Edna Milagros. Estudio de la Prevalencia del Quiste Dentígero relacionado con los dientes retenidos mediante diagnóstico radiográfico en Cirugía Bucal de la Universidad de Guayaquil; 2014.
13. Ponce de León Pérez María Alejandra. Prevalencia de hallazgos en radiografías panorámicas de los pacientes de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014.

14. Guerra Zambrano Yahandra Thesla. Prevalencia de Quistes Odontogénicos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2002-2014; 2015.
15. Torres Lizama Claudia Patricia. Prevalencia de quiste Odontogénico Ortoqueratinizado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
16. Li Albrizzio Jeinmy Marcela. Quistes Maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2011.

ANEXOS:

ANEXO1: FICHA DE RECOLECCIÓN DOCUMENTAL

**PREVALENCIA DE QUISTES MAXILARES ODONTOGÉNICOS PRESENTES
EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS. CENTROMAX CENTRO
RADIOGRÁFICO ODONTOLÓGICO. CRANEX INSTITUTO DE
RADIODIAGNÓSTICO MAXILOFACIAL AREQUIPA 2015 - 2017**

FICHA N° _____

FECHA: __/__/__

1. SEXO: Femenino ()

Masculino ()

2. EDAD: _____ años

3. TIPO DE QUISTE ODONTOGÉNICO:

Quistes del desarrollo:

- Quiste dentífero ()
- Queratoquiste odontogénico ()
- Quiste lateral periodontal ()
- Quiste odontogénico glandular ()
- Quiste odontogénico calcificante ()
- Quiste odontogénico ortoqueratinizado ()

Quistes inflamatorios:

- Quiste radicular ()
- Quiste paradental ()
- Quiste residual ()

4. LOCALIZACIÓN

() Zona Maxilar

() Zona Mandibular

5. HEMIARCADA

() Derecha

() Izquierda

6. TAMAÑO: _____mm

7. OTRAS OBSERVACIONES: _____

Firma del Experto

ANEXO 2: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Validación Experto 1

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : FLORES PIZARRO CRISTIAN
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO :

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado											X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											X		
3. ACTUALIZACION	Esta adecuadoa los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.											X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización logica.											X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.											X		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.											X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o científicos.											X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sitems.											X		


9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y diseño aplicados para lograr las hipotesis.													X		
10. PERTINENCIA	El insteumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion													X		

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 18-05-2017 DNI: 40077449 FIRMA DEL EXPERTO: 

Validación Experto 2

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JÚICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : Berthe C. Scala Tizna
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : CLINOMAX Centro de Diagnóstico Odontológico
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Ficha de revisión documental
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Gabriela Jimena Valdivia Alvarado

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													✓
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													✓
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													✓
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.													✓

9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.																			✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación																			✓

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 15/05/18

DNI: 29720325

FIRMA DEL EXPERTO:

Berthe C. Scala Tizna

Validación Experto 3

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

Quispe Huancá José H.
Universidad Alas Peruanas
Facultad de Odontología
Gabriela Valcarlos Arroyo

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado											X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos												X	
3. ACTUALIZACION	Esta adecuaoa los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.											X		
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica.											X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.											X		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o científicos.											X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sitem.											X		

9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y diseño aplicados para lograr las hipotesis.												X		
10. PERTINENCIA	El insteumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion												X		

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 15/05/2017

DNI: 29126198

FIRMA DEL EXPERTO:



ANEXO 3: DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA



CENTROMAX

CENTRO RADIOGRÁFICO ODONTOLÓGICO MAXILOFACIAL
Calle Pierola N°108 of. A-4 2do Piso-Galerías Heresi (al costado del Banco de la Nación)
Telf.: 507156 centromax_pierola@hotmail.com
Horario de Atención: 09:00 a.m. a 08:00 Pm. De Lunes a viernes de corrido
Horario de Atención: 09:00 a.m. a 2:00 Pm. Y 04:00 pm. A 08:00 pm. Los **Sábados**

CONSTANCIA

Conste por el presente documento que la Srta. **GABRIELA JIMENA VALCÁRCEL ARROYO**, ha realizado la recolección de la base de datos en el Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial – CENTROMAX, para la Tesis titulada “**Prevalencia de Quistes Maxilares Odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017**”, desde el 22 de Mayo 2017 hasta el 21 de Agosto del 2017.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Arequipa, 27 de Agosto del 2017

Dr. Berlie Ocola Ticona

Dr. Berlie Ocola Ticona
ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA
ORAL
R.N.E. 493

CONSTANCIA

El que suscribe, Mg. Esp, C.D. Cristian Flores Pizarro, otorga la presente constancia:

GABRIELA JIMENA VALCÁRCEL ARROYO

Bachiller en Estomatología de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa; identificada con DNI.: 72956866, quien ha realizado la recolección de datos en el Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial - CRANEX, para la Tesis titulada **“Prevalencia de Quistes Maxilares Odontogénicos observados en radiografías panorámicas. Centromax Centro Radiográfico Odontológico Maxilofacial. Cranex Instituto de Radiodiagnóstico Maxilofacial Arequipa 2015 – 2017”**, desde el 12 de Junio 2017 hasta el 31 de Julio del 2017.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Arequipa, 31 de Julio del 2017

INSTITUTO DE RADIOLOGÍA
MAXILOFACIAL CRANEX S.A.C.

Cristian Flores Pizarro
GERENTE GENERAL

ANEXO 4: MATRIZ DE DATOS

Ficha	Centro Radiológico	Año de toma	Mes	Edad	Sexo	Tipo de Quiste	Ubicación	Hemiarcada	Diámetro mayor	Diámetro menor
1	Centromax	2016	Febrero	60	M	Q. residual	M. Sup.	Derecho	8,4	7,4
2	Centromax	2016	Febrero	24	M	Q. radicular	M. Sup.	Izquierdo	23,8	16
3	Centromax	2016	Marzo	60	F	Q. radicular	M. Sup.	Derecho	22,4	13,1
4	Centromax	2016	Marzo	55	M	Q. radicular	M. Sup.	ambos lados	21,2	19,9
5	Centromax	2016	Abril	30	F	Queratoquiste	M. inf.	ambos lados	66,9	20,1
6	Centromax	2016	Abril	37	F	Q. radicular	M. inf.	Izquierdo	17,5	12,8
7	Centromax	2016	Abril	33	M	Q. residual	M. inf.	Derecho	12,4	11,8
8	Centromax	2016	Junio	25	F	Q. radicular	M. Sup.	Derecho	21,7	10,3
9	Centromax	2016	Julio	19	F	Q. lat.period.	M. inf.	Izquierdo	8,4	6
10	Centromax	2016	Noviembre	40	M	Q. radicular	M. Sup.	Derecho	11,2	10,3
11	Centromax	2016	Diciembre	22	F	Q. radicular	M. inf.	Izquierdo	14,6	12,6
12	Centromax	2017	Enero	56	F	Q. radicular	M. Sup.	Izquierdo	24,3	12,9
13	Centromax	2017	Marzo	21	M	Q. radicular	M. inf.	Derecho	15,6	10,8
14	Centromax	2017	Abril	29	M	Q. residual	M. inf.	Izquierdo	13,8	12,9
15	Centromax	2017	Mayo	60	M	Q. radicular	M. Sup.	Derecho	9	8,2
16	Centromax	2017	Mayo	13	M	Q. Dentígero	M. Sup.	Derecho	22,5	16,6
17	Centromax	2017	Junio	44	F	Q. radicular	M. Sup.	Izquierdo	10,4	9,4
18	Centromax	2017	Julio	19	F	Queratoquiste	M. inf.	Izquierdo	35,7	16,8
19	Centromax	2017	Julio	16	M	Q. radicular	M. Sup.	Derecho	24,9	22,3
20	Centromax	2015	Febrero	10	F	Q. Dentígero	M. inf.	Izquierdo	24,5	16,58
21	Centromax	2015	Diciembre	21	M	Q. residual	M. inf.	Derecho	16,94	11,54
22	Centromax	2015	Julio	32	M	Queratoquiste	M. inf.	Izquierdo	41,9	41,6
23	Centromax	2015	Julio	32	M	Q. radicular	M. Sup.	Izquierdo	15,6	14,8
24	Centromax	2015	Diciembre	19	F	Q. paradental	M. inf.	Izquierdo	26,6	21
25	Centromax	2015	Junio	26	M	Q. radicular	M. Sup.	Derecho	18,96	15,07
26	Cranex	2017	Enero	12	M	Q. Dentígero	M. inf.	ambos lados	20,4	20,1
27	Cranex	2017	Febrero	32	M	Queratoquiste	M. inf.	Derecho	16,2	12,9
28	Cranex	2016	Febrero	18	M	Queratoquiste	M. inf.	Derecho	30,8	19,9
29	Cranex	2016	Diciembre	18	F	Q. paradental	M. inf.	Derecho	16,7	13,3
30	Cranex	2016	Octubre	17	F	Q. Dentígero	M. Sup.	Izquierdo	16,7	13,7
31	Cranex	2016	Octubre	31	F	Q. residual	M. Sup.	Derecho	17,3	16,8
32	Cranex	2016	Diciembre	16	F	Q. lat. Periodont.	M. inf.	Izquierdo	15	10,2
33	Cranex	2016	Julio	30	F	Q. radicular	M. Sup.	Izquierdo	12,3	12,2
34	Cranex	2016	Diciembre	27	F	Q. radicular	M. Sup.	Izquierdo	16,9	15,7
35	Cranex	2016	Mayo	56	F	Q. radicular	M. inf.	Izquierdo	13	9,7

ANEXO 5: QUISTES ODONTOGÉNICOS MAXILARES CRANEX

Fig. 1: Quiste dentígero



Fig. 2: Queratoquiste Odontogénico



Fig. 3: Quiste Paradental Lateral



Fig 4: Quiste Residual



Fig 5: Quiste Lateral Periodontal



Fig 6: Quiste Radicular



ANEXO 4: QUISTES ODONTOGÉNICOS MAXILARES CENTROMAX

Fig. 1: Quiste Dentífero



Fig. 2: Quiste Paradental Lateral



Fig 3: Queratoquiste Odontogénico



Fig 4: Quiste Residual



Fig. Quiste Radicular



Fig 6: Quiste Periodontal Lateral

