



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del
consultorio de odontología del hospital III José Cayetano
Heredia, Piura. 2010-2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Cirujano Dentista**

AUTORES:

Córdova Castillo, Yan Marco (ORCID: 0000-0003-1084-5800)

Leyton Arismendis, María Sol (ORCID:0000-0002-7850-9494)

ASESORA:

Mg, Ibáñez Sevilla, Carmen Teresa (ORCID:0000-0002-5551-1428)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible

PIURA – PERÚ

2021

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a nuestros padres por el apoyo brindado en todos los años de carrera.

Agradecimiento

Le agradecemos a nuestra asesora de tesis Mg. Carmen Teresa Ibáñez Sevilla que nos brindó lo conocimientos necesarios para concluir con éxito nuestra investigación.

Índice de contenidos

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice de contenidos	IV
Índice de tablas	V
Índice de abreviaturas	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	13
3.2 Variables y operacionalización	13
3.3 Población, muestra y muestreo	13
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	14
3.5 Procedimientos.....	14
3.6 Método de análisis de datos	14
3.7 Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	21
VI. CONCLUSIONES.....	26
VII. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS.....	34

Índice de tablas

Tabla 1	16
Tabla 2	17
Tabla 3	18
Tabla 4	19
Tabla 5	20

Índice de abreviaturas

1. OMS: Organización mundial de la salud.
2. MINSA: Ministerio de Salud.

Resumen

El trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar cuál es la frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de Odontología del Hospital III José Cayetano Heredia, Piura 2010–2018. Se trata de un diseño no experimental transversal del tipo descriptivo, se analizaron 351 historias clínicas con diagnóstico de quistes odontogénicos. Los quistes encontrados fueron el quiste radicular 54.4%, el quiste dentígero 30.2% y el queratoquiste 15.4%. El quiste radicular se encontró en el sexo masculino en 29.9%, el quiste folicular se encontró en 15.1% para ambos sexos y el queratoquiste está presente en el 10.3% de los varones. La zona maxilar anterior se establece como la región con mayor localización de quistes, el quiste radicular con 29.6% y el quiste dentígero 14.8%. El tratamiento de elección fue la enucleación quirúrgica, con 49.6% en el quiste radicular, 25.1% en el folicular y 15.4% en el queratoquiste. Los quistes radiculares se presentaron mayormente entre las edades de 30-59 años, el quiste folicular en pacientes >29 años, con respecto al queratoquiste odontogénico en edades >60 años. Llegando a la conclusión que predominaron los quistes radiculares, en varones, ubicados a nivel de la zona maxilar anterior, en edades superiores a los 30 años.

Palabras claves: Quistes óseos, Quiste radicular, Quiste dentígero.

Abstract

The objective of the thesis work was to determine the frequency of odontogenic cysts in patients at the Dentistry office of Hospital III José Cayetano Heredia, Piura 2010-2018. It is a non-experimental, cross-sectional descriptive design, 351 were analyzed medical records with a diagnosis of odontogenic cyst. The cysts found were the radicular cyst 54.4%, the dentigerous cyst 30.2% and the keratocyst 15.4%. The radicular cyst was found in the male sex in 29.9%, the follicular cyst was found in 15.1% for both sexes and the keratocyst is present in 10.3% of the males. The anterior maxillary area is established as the region with the greatest location of cysts, the radicular cyst with 29.6% and the dentigerous cyst 14.8%. The treatment of choice was surgical enucleation, with 49.6% in the radicular cyst, 25.1% in the follicular and 15.4% in the keratocyst. Root cysts occur mostly between the ages of 30-59 years, the follicular cyst in earlier ages > 29 years, with respect to the odontogenic keratocyst in ages > 60 years. Reaching the conclusion that predominantly root cysts, in males, located at the level of the anterior maxillary area, in ages over 30 years.

Keywords: Bone cysts, Radicular cysts, Dentigerous cysts.

I. INTRODUCCIÓN

Los maxilares son huesos que contienen estructuras dentarias, estos son susceptibles de desarrollar diferentes patologías, por lo tanto, es prioridad del odontólogo poder identificar cualquier lesión que afecte los maxilares. ¹

Como lo reporta Zou J² en primer lugar, dentro de las patologías bucales encontró a la caries bucal, seguido de enfermedad periodontal, lesiones pulpares y/o periapicales, trauma, anomalías del desarrollo (quistes) y hábitos bucales en niños, además en su estudio epidemiológico de quistes odontogénicos y no odontogénicos, en niños y adolescentes de una población brasileña halló una prevalencia de 94.8% quistes odontogénicos.

La ausencia de controles rutinarios en la población, genera que la prevalencia de estos quistes sea elevada, siendo diagnosticadas como hallazgos radiográficos cuando acuden al cirujano dentista por otra patología existente. ³

Los quistes odontogénicos son lesiones benignas bastante frecuentes, los cuales se dividen en dos grupos: los quistes del desarrollo e inflamatorios, los quistes del desarrollo son causados por el epitelio odontogénico en el momento en que se desarrollan los dientes y los inflamatorios se forman por causas inflamatorias en la zona bucal. ⁴

Deepashri H et al⁵ en su estudio indica que los quistes tienen predilección en la tercera década de la vida, en el sexo masculino, y con una localización en el maxilar superior, así como su comportamiento, como es el caso del queratoquiste odontogénico el cual llega a tener un gran tamaño, creando deformidades faciales y destrucción de estructuras adyacentes, por lo cual es importante diagnosticar este tipo de lesiones lo antes posible. Se fundamenta que el queratoquiste presenta un comportamiento clínico agresivo y una alta tasa de recurrencia en relación al resto de quistes.⁶

La importancia de estudiar los quistes odontogénicos reside en que en el área de Cirugía estomatológica se observa continuamente que los pacientes no cuentan con el cuidado debido y la supervisión odontológica no es la adecuada, podemos afirmar que los quistes odontogénicos presentan importancia clínica para el componente maxilofacial debido a que los quistes odontogénicos de desarrollo e inflamatorios tienden a crecer lentamente y poseen una tendencia expansiva,⁷

este tipo de quistes son benignos, aunque pueden alcanzar tamaños considerables si no son diagnosticados a tiempo⁸.

Estas patologías presentan ciertas características anatómicas que generan complicaciones dentales, como es expansión de las corticales óseas, movilidad dental, pérdida de dientes, asimetría facial⁴, por lo cual, plantea un reto para los cirujanos dentistas obtener un diagnóstico acertado en lo que refiere a este tipo de patologías.

Por consiguiente, se planteó el siguiente problema ¿Cuál es la frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del hospital III José Cayetano Heredia, Piura 2010- 2018?

El presente trabajo se justifica debido a que se buscó ampliar la información de quistes odontogénicos porque a nivel nacional se encontraron estudios limitados en fuentes de información virtual y escrita, no existe suficiente data estadística que describa la frecuencia de quistes odontogénicos en nuestra región, así mismo, en nuestra localidad se desconoce cuál es la frecuencia de quistes y al evaluarla en un periodo de tiempo de 8 años, permite generar datos estadísticos, por consiguiente es de vital interés evaluar la frecuencia de estos quistes en nuestra realidad, debido a que los estudios realizados en otras áreas geográficas (países europeos, africanos y asiáticos), no concuerdan con el tipo fenotípico de nuestra población.

Con esta investigación se plantea determinar la frecuencia de este tipo de patologías, por grupos etarios y sexo, determinar qué patologías se encuentran con mayor frecuencia en nuestra población, lo cual sirve como base de inicio para futuras investigaciones en quistes odontogénicos.

Además, es necesario para que los cirujanos dentistas pongan mayor énfasis en la sintomatología clínica y tengan en cuenta como diagnostico presuntivo de patología oral a los quistes, porque es su responsabilidad diagnosticar este tipo de lesiones y no suponer que solo compete al área de cirugía maxilofacial.

Por lo cual se plantea los siguientes objetivos: Determinar la frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018, Identificar la frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del Hospital III José

Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según sexo, Identificar la frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según grupo etario, Determinar la frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según localización en maxilares, Identificar la frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según tratamiento.

II. MARCO TEÓRICO

Da Silva. et al ⁹ (2018) Brasil, el objetivo fue describir la frecuencia de quistes en pacientes diagnosticados histopatológicamente. Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo (1980-2016), su población de estudio estuvo compuesta por 14,565 lesiones orales y maxilofaciales, de las cuales 2,114 biopsias correspondieron a quistes odontogénicos, pertenecientes a pacientes desde 19 años de edad. El estudio obtuvo que el 94.8% fueron quistes odontogénicos y el 5.2% fueron no odontogénicos, la mayoría de casos se diagnosticaron entre los 20 y 30 años de edad, la distribución de género fue homogéneo, el área más afectada por quistes odontogénicos fue la mandíbula con 56%, el quiste odontogénico que más prevaleció fue el quiste radicular con 49.3%, además el quiste dentígero fue la lesión más frecuente en pacientes de 0-9 años de edad con 31.6%, los quistes no odontogénicos que más se encontraron afectaron la primera década de vida, siendo el piso de boca el área anatómica más afectada con 6.37%, el quiste no odontogénico más frecuente fue el quiste epidermoide con 1.3%. Concluyeron que los quistes odontogénicos radiculares son los más prevalentes en la población estudiada, debido a la pobre condición de salud bucal, enfatizando que la información basada en estudios histopatológicos son una herramienta importante en estudios de lesiones orales y maxilofaciales.

Li N. et al ¹⁰ (2014) China, el objetivo fue determinar la incidencia y prevalencia de quistes odontogénicos en niños y adolescentes de los dos tipos más comunes: quiste dentígero y queratoquiste odontogénico. Estudio retrospectivo de 20 años realizado en la Universidad de Jiao Tong de Shanghai (1993 al 2012), se analizaron historias clínicas, la muestra fue de 369 pacientes con diagnóstico patológico de quiste odontogénico, los cuales eran niños en edad de 12 años y adolescentes 13 a 18 años. El análisis histopatológico de la muestra de tejido se realizó fijándose en formalina, posteriormente se incrustó en parafina para exámenes de sección de tinción de hematoxilina-eosina, en los pacientes con quistes recurrentes sólo se tuvo en consideración el primer diagnóstico. Sus resultados mostraron que el 76.1% de pacientes presentaron quistes dentígeros, el 30% fueron queratoquistes, el quiste dentígero afectó en menor frecuencia al maxilar con 39.7% en comparación a la mandíbula que se presentó 60.3%, el

queratoquiste con 78.8% fue más frecuente en adolescentes, por lo tanto el quiste dentígero con 59.1% fue más común en niños, la edad en la que predominó el quiste dentígero fue de 11.8 años de edad, en comparación con el queratoquiste en los 14.7 años de edad; además se encontró el quiste glandular con 1.6 %, quiste de erupción con 0.3% y quiste gingival con 0.3% , no se encontró el quiste periodontal lateral. El estudio concluyó que el quiste dentígero y el queratoquiste fueron los dos quistes odontogénicos más comunes en niños y adolescentes.

Amadeu J. et al ¹¹ (2015) Brasil, el objetivo fue estudiar la distribución de las patologías bucales y maxilomandibulares en adolescentes, fue un estudio transversal retrospectivo, se analizaron historias clínicas con diagnóstico oral clínico de 1994 al 2013 en pacientes de 12 a 18 años de edad, las lesiones fueron clasificadas en once categorías, las lesiones se agruparon según la clasificación de Jones & Franklin. Un total de 376 lesiones fueron analizadas en este estudio, de las cuales 195 (51,90%) fueron mujeres y 181 (48.10%) fueron de hombres, las lesiones disminuyeron de acuerdo al rango de edad, el 18.35% entre los 12 - 14 años y de 10.10% a los 18 años de edad; el labio inferior fue el área anatómica más afectada, seguido por encías y lengua, las glándulas salivares fueron las que representaron el mayor número de lesiones siendo el mucocele (27.6%) el más común, dentro de los quistes odontogénicos se encontró con 4.5% el quiste dentígero, no se encontraron quistes paradentales ni quistes no odontogénicos. En conclusión, las lesiones traumáticas son las más frecuentes de 12 a 14 años de edad siendo las mujeres las más afectadas, condicionadas a la raza blanca, cabe mencionar que no solo el diagnóstico histopatológico es de vital importancia en estos estudios, sino que además el análisis clínico profundo ayuda determinar lesiones en la cavidad bucal y así ayudar a los profesionales de la salud oral diagnosticarlas para un tratamiento oportuno y específico.

Cavallaro C.¹² (2017) Venezuela, el objetivo fue especificar la prevalencia de quistes odontogénicos en los años 2010-2015, fue un estudio retrospectivo, transversal, se realizó una revisión de la documentación del laboratorio de histopatología, se registró la edad, género y localización de la lesión en un total de 1879 casos. Los resultados demostraron que existe una prevalencia de 6.9% en quistes odontogénicos, de todos los casos revisados el más común fue el

quiste periodontal apical con 45.85%, siendo el segundo cuadrante el área más común de su localización con 33.3%, el género femenino representó el 66% de las afecciones, siendo la edad promedio de los pacientes afectados 45 años, el segundo quiste más frecuente fue el quiste dentígero con 35.9%, con una edad promedio de 25 años, siendo el género masculino el de mayor tendencia con 54.7%, el quiste residual representó 5.3% de las lesiones ubicándose en tercer lugar de la distribución, la localización más común de dichas afecciones fue la mandíbula, los quistes no odontogénicos menos frecuentes fueron el quiste ortoqueratinizante, óseo simple y paradental con 1.5% para cada uno de ellos, el quiste nasopalatino, el quiste óseo solitario, el quiste de erupción y el quiste traumático con 0.80% para cada uno de ellos. El estudio concluyó que existe amplia variedad de quistes odontogénicos los cuales poseen cierta afinidad según el sexo, localización y edad, por lo tanto, es necesario que los odontólogos soliciten radiografías de control previo a cualquier tratamiento debido a que estos quistes son en su mayoría asintomáticos, para un diagnóstico temprano de la afección disminuyendo sus consecuencias.

Quintana L. et al ¹³ (2018) Nicaragua, el objetivo fue determinar la frecuencia de Quistes y tumores odontogénicos, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, Se evaluaron habitantes de 5 ciudades, analizándose 13,102 biopsias en un intervalo de tiempo de 7 años. En los resultados se encontró quistes en 54.1% y tumores en 45.2%, el quiste dentígero fue el que se encontró con mayor frecuencia con 69.5% seguido del quiste radicular en 20.3%, queratoquiste odontogénico con 6.7%, el grupo etario más afectado fue de 21-30 años en 73%, el quiste dentígero se encontró con mayor frecuencia en pacientes de 11-20 años con 38%, viéndose más afectada la mandíbula que el maxilar; el 50% de tumores odontogénicos fueron los ameloblastomas, el 18% mixomas odontogénicos y 16% tumores odontogénicos adenomatoides. Se concluyó que existe una alta frecuencia a temprana edad, no habiendo diferencias significativas de acuerdo al sexo.

Kambalimath D. et al ¹⁴ (2014) India, el objetivo fue determinar la prevalencia y distribución de quistes odontogénicos, fue un estudio retrospectivo de 10 años (2001- 2011), se analizaron lesiones de quistes odontogénicos, además se registró: la edad, género y localización de la lesión, las biopsias fueron

reevaluadas y se agruparon según la clasificación de la OMS. Según los resultados obtenidos se hallaron 980 lesiones de las cuales 150 correspondían a quistes odontogénicos según la evaluación histopatológica, obteniendo una prevalencia de 15.31%, hubo una mayor afectación del sexo masculino con 58% a diferencia del sexo femenino con 42%, la edad osciló entre los 8-84 años con una edad media de 33,2 años, se halló una mayor frecuencia en la tercera década de la vida con 27,33%, seguido la segunda década con 26%, la primera década de la vida solo tuvo una afectación del 2%; la localización más frecuente fue el maxilar superior con 50.67% y en mandíbula 49.33%, el quiste más frecuente fue el quiste radicular con 48.67%, el quiste dentígero con 17.33%, el queratoquiste fue el tercero más común con 8%, por último se encontró al quiste paradental con 7.33%, y el periodontal lateral con 6%. Se concluyó que los quistes tienen predilección por determinadas edades, sexo y sitios, además que el queratoquiste puede llegar a alcanzar grandes tamaños, lo que resulta como deformidades óseas, destrucción de las estructuras faciales y difícil manejo quirúrgico.

Villasis L. et al ¹⁵ (2017) México, el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de los quistes odontogénicos y las características clínicas demográficas de la población mexicana, fue un estudio retrospectivo de 13 años (2000- 2013), con una población de 10,970 caso, los datos se recolectaron del archivo del Servicio de Diagnóstico histopatológico de la universidad de México, además se registró: el género, edad, y localización de la lesión, para lo cual se dividieron los maxilares en zona anterior y posterior, los quistes se agruparon según la clasificación de la OMS. Los resultados arrojaron una prevalencia de 6.8% de quistes odontogénicos, el género más afectado fue el sexo masculino con 50.9% y el femenino 49.1%; con respecto a los grupos etarios, el más afectado fue el de 20 a 40 años con 52.9%, la zona más afectada fue la mandíbula en la región posterior con 34.5%, seguido por la zona anterior del maxilar superior con 25.6%, y por último la zona posterior del maxilar superior con 19.1%, las lesiones más frecuentes fueron el quiste radicular con 54.1% y el quiste dentígero con 41%, además se encontraron con 0.7% el quiste periodontal lateral, el quiste paradental y gingival con 0.5% para cada uno. Las conclusiones del estudio indican que los quistes odontogénicos son las lesiones intraóseas más frecuentes de la mandíbula, existiendo una relación entre el quiste radicular con la caries dental.

Díaz J. et al ¹⁶ (2014) Cuba, el objetivo fue determinar el perfil epidemiológico, clínico y terapéutico en los pacientes, el cual tuvo una metodología descriptiva, prospectiva y longitudinal, su muestra estuvo conformada por 230 quistes odontogénicos provenientes del servicio de cirugía maxilofacial (200-2008), se evaluaron las variables de edad, sexo, quiste, localización, tratamiento, complicaciones y recurrencias. Los resultados evidenciaron una mayor predilección por el sexo masculino con 71,3%, el rango de edad estuvo comprendido entre los 15 y 71 años, la mandíbula fue la región más afectada, el quiste radicular fue el más frecuente con 44.8%, el quiste residual y dentígero con 13.9% cada uno, queratoquiste con 8.7%, paradental con 2.2%, glandular odontogénico con 1,3%, de los quistes del desarrollo prevalecieron los quistes dentígeros y queratoquiste, entre los inflamatorios los radiculares y residuales. Se concluyó que el queratoquiste, glandular y radicular, son los quistes con mayores complicaciones por recidiva, las complicaciones postoperatorias eran poco probables.

Los Quistes Maxilares son un bolsa conectivo – epitelial, tapizada en su interior por epitelio y que está rodeada en su contorno por tejido conectivo, su contenido puede ser un material líquido o en su defecto un material semilíquido⁷, si no existiera presencia de revestimiento epitelial debería ser considerado como un pseudoquiste, estos quistes se localizan en la región orofacial en ambos maxilares, los maxilares por la presencia de dientes pueden modificar su estructura por lo cual son susceptibles a patologías relacionadas a etapas de la embriogénesis o a otros procesos infecciosos de origen dental.¹⁷

Los quistes se clasifican en quistes no odontogénicos también llamados quistes fisurales, porque su componente epitelial no es derivado de remanentes dentarios¹⁸, los cuales son los siguientes: Quiste del conducto nasopalatino, Quiste nasolabial, Quistes medianos alveolares, palatinos y mandibular, Quiste mandibular de la línea media, Quiste globulomaxilar¹⁹; y los quistes odontogénicos surgen del componente epitelial del aparato odontogénico o de sus remanentes y se clasifican en del desarrollo o inflamatorios como resultado de una reacción inflamatoria.²⁰

Existen tres elementos implicados en el desarrollo del órgano dentario, la lámina dental, el órgano del esmalte y la vaina de Hertwig, todos estos elementos se reducen a remanentes epiteliales conocidos como restos de Malassez el epitelio reducido del esmalte y las glándulas de Serres que dan origen a los quistes.¹⁸

Los quistes derivados de los restos de Malassez en su formación constituyen pequeños islotes y tiras de epitelio odontogénico que se encuentran en función al ligamento periodontal estos representan restos de la vaina radicular la cual es una estructura que se localiza a nivel periapical, rodeando a la raíz en desarrollo.²¹

Asimismo tenemos que el epitelio reducido del esmalte representa una capa de epitelio que se localiza alrededor de la corona de las piezas dentales al culminar la formación del esmalte, esta deriva de los componentes especializados del órgano del esmalte: epitelio interno, epitelio intermedio, epitelio retículo estrellado, y un epitelio externo, los cuales estuvieron activos durante la etapa de la amelogénesis y se fusionan en una membrana inactiva por un conjunto de varias células de espesor, el epitelio reducido del esmalte puede contener una población de células de la lámina dental que durante la formación estaban unidas con el órgano del esmalte.²¹

De la lámina dental también conocido como resto de Serres, aquí encontramos que la lámina dental viene a ser un epitelio embrionario que moviliza la pieza dentaria a su destino a la parte interna de los maxilares, durante la etapa funcional la lámina dental une a la mucosa alveolar con el esmalte en desarrollo, seguidamente esta lamina se destruye dando a lugar un conjunto de filamentos que se denominan residuo de la lámina y pueden localizarse dentro del hueso alveolar o también pueden localizarse dentro del tejido gingival.²¹

Estos restos poseen una serie de propiedades similares a las células escamosas sin embargo en algunos casos se acumulan cantidades importantes de glucógeno que le otorgan un aspecto traslúcido a su citoplasma, estos residuos de células claras de la lámina dental se denominan restos de Serres. Aunque ambos residuos presentan características diferentes ambas denominaciones se pueden utilizar y se emplean de manera indiferente.²¹

Dentro de los quistes derivados de los restos de malassez se encuentra el quiste radicular también llamado quiste periodontal o quiste periodontal apical²¹, representándose frecuencias entre 7 al 54% de las lesiones radiolúcidas periapicales, se forma debido a un foco infeccioso de origen dental como consecuencia de necrosis pulpar, teniendo en cuenta que es el que se presenta con más frecuencia y representa hasta el 80% de los quistes odontogénicos.²² El tratamiento del quiste es la enucleación quirúrgica o endodoncia de la pieza dental.²¹

Dentro de los quistes derivados del epitelio reducido del esmalte encontramos el Quiste dentífero o folicular, este se caracteriza por encerrar la corona de un diente impactado o parcialmente impactado²³, es el segundo más común después del quiste radicular, es frecuente entre las edades de 10 a 20 años, de acuerdo a su localización está asociado a las terceras molares inferiores y a los caninos superiores, siendo las piezas más afectadas debido a que pueden encontrarse retenidas y con mayor probabilidad de no erupcionar, por lo general son asintomáticos²⁴, el tratamiento que se debe elegir es quirúrgico ya sea una marsupialización o una enucleación.²³

Quiste de erupción o hematoma de erupción es un quiste extra óseo que se presenta justo antes de la erupción de los dientes, principalmente en niños, en la evaluación clínica se puede presentar en el reborde alveolar sobre las coronas de las piezas dentales en erupción, como una pequeña tumoración gingival blanda que se forma de un color azulado o rojo, generalmente estas patologías no requieren tratamiento debido a que desaparece con la erupción del diente y puede realizarse una ulectomía si la lesión persiste o cuando dificulta la succión y masticación del paciente.²⁵

Dentro de los Quistes derivados de la lámina dental (restos de Serres) encontramos al Quiste periodontal lateral, originado de los restos epiteliales odontogénicos y se encuentran en la proximidad de las raíces del diente afectado²⁶, los dientes comúnmente afectados son premolares mandibulares y su diagnóstico se realiza por visualización radiográfica, por lo cual en el análisis radiográfico se ve una pieza afectada con una imagen radio transparente, redonda u ovoide, bien delimitado con margen esclerótico que puede ser aproximadamente

hasta un centímetro como máximo y el tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica.²⁷

En el caso de los quistes gingivales del adulto éstos tienen su origen en la lámina dentaria, se localiza a predominio en la región canina y la región premolar de la mandíbula²⁸ este tipo de quiste está formado por una pared del quiste inflamado con un revestimiento epitelial que tiene una característica escamosa y estratificada delgada, ocasionalmente con espesamientos, se localizan preferentemente en la encía labial adherida, suele producir una tumefacción gingival pequeña, con aparente líquido dentro de la lesión, de aspecto azulado y es similar a una vesícula.²⁹ En algunos casos el quiste puede producir una reabsorción en forma de pala en la superficie del hueso alveolar, la cual no es detectable en las radiografías, pero suele observarse mediante la exéresis quirúrgica del quiste.³⁰

Quiste de la lámina dental del recién nacido, derivan de los restos de la lámina dental que permanecen en los tejidos blandos de los maxilares, estas patologías suelen hallarse como pequeñas pápulas, múltiples, blanquecinas³¹, aproximadamente de 1 a 3 mm de diámetro, se encuentran usualmente en el rafe palatino medio y menos frecuente en la mucosa de los maxilares³² generalmente estas patologías no requieren tratamiento debido a que son muy superficiales también hay quistes más grandes que permanecen de 6 a 8 meses antes de romperse.³³

Quiste Odontogénico glandular, es un quiste raro e histológicamente del tipo inusual, poseen una tasa de recurrencia de 21 a 55%, similar al queratoquiste³⁴, afecta a pacientes entre los 50 y 60 años, este tipo de quiste es asintomático aunque se observa aumento de volumen,³⁵ se presenta en adultos ubicándose principalmente en la región anterior mandibular, de acuerdo a su clínica puede ser localmente invasivo, agresivo, causando la perforación del hueso adyacente, por ello presenta una mayor recurrencia que el resto de quistes inflamatorios, el tratamiento que se debe realizar es desde legrado, la extracción del quiste completo seguido por la enucleación quirúrgica, en bloque y osteotomía parcial.³⁶ En el caso de queratoquiste odontogénico es una patología del desarrollo proveniente de la lámina dental, el 70 y 80% se encuentran mayormente en el ángulo de la mandíbula, la rama o hacia el cuerpo mandibular y maxilar, estos

quistes están latentes por periodos largos de tiempo, a menudo asintomáticos, pudiendo alcanzar un tamaño considerable sin llegar a deformar la mandíbula, se diferencian con el quiste radicular y dentígero, por la expansión alveolar causada por el crecimiento expansivo³⁷, histopatológicamente puede diferenciarse fácilmente de otros quistes, tiene un gran potencial de destrucción total y recurrencia muy alta, siendo descubiertos por radiografías dentales de rutina, producen dolor, hinchazón; radiológicamente se observa imágenes uniloculares con márgenes marcados, puede llegar a producir desplazamiento dentario, generalmente el tratamiento es quirúrgico y posteriormente control radiográfico.³⁸

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de tipo básica porque el objetivo fue incrementar nuestros conocimientos acerca de quistes odontogénicos y porque los datos obtenidos en el estudio no fueron contrastados en el ámbito práctico.³⁹

El diseño de la investigación es de tipo no experimental debido a que las variables no fueron manipuladas y se basó en la observación, de acuerdo al alcance es de tipo descriptiva porque el objetivo fue tener mayor información de los quistes odontogénicos, de acuerdo al origen de datos en el tiempo fue del tipo retrospectivo porque se analizó datos del pasado de los 2010 a 2018 y transversal porque la investigación se dio en un solo momento del tiempo.

3.2 Variables y operacionalización (Anexo 1)

Quiste Odontogénico: Variable tipo cualitativa politómica.

Sexo: Variable tipo cualitativa dicotómica.

Grupo etario: Variable cualitativa ordinal.

3.3 Población, muestra y muestreo

Durante el periodo del 2010- 2018 se registraron 69 120 historias clínicas de pacientes atendidos en el consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia- Piura, de las cuales 351 historias clínicas formaban parte de la población de estudio.

La muestra estuvo representada por historias clínicas de pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Para los criterios de Inclusión se tomaron en cuenta: historia Clínica de pacientes del consultorio de odontología del Hospital III Cayetano Heredia entre el año 2010–2018 que presentaron quistes odontogénicos, historia Clínica de pacientes de ambos sexos, historia Clínica del paciente que acudió al consultorio externo de Odontología.

Para los criterios de exclusión se tomaron en cuenta: historia clínica que no se encuentra en buen estado de conservación.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental, debido a que se revisaron fuentes secundarias como las historias clínicas. Los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos (Anexo 2).

3.5 Procedimientos

En primer lugar, se ingresó una carta por mesa de partes al Hospital José Cayetano Heredia Piura a fin de obtener las historias de los pacientes atendidos en el periodo 2010 – 2018 (Anexo 3), después de que el jefe del área de investigación aprobara la ejecución de la investigación, el área de capacitación (área encargada de todas las investigaciones realizadas en el hospital), envió una carta al área de estadística, la cual brindó los códigos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en los años 2010-2018, se nos entregó la data de los 69 120 pacientes, de los cuales se seleccionó a los que tenían diagnóstico CIE- 10 de quistes odontogénicos, posteriormente se procedió a la ubicación de las 351 historias clínicas (archivo), y se tomó en cuenta la información relevante como diagnóstico de tipo de quiste, edad, sexo, localización y tratamiento de la lesión. (Anexo 3)

3.6 Método de análisis de datos

Después de haber recolectado los datos necesarios de las historias clínicas, se diseñó una matriz de datos en el software estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25, en el cual se procedió a analizar la información, se aplicó la estadística descriptiva, mediante las tablas de frecuencia y porcentaje y la estadística inferencial mediante la prueba de chi cuadrado para relacionar las variables cualitativas. ⁴⁰

3.7 Aspectos éticos

Esta investigación contó con los permisos y autorizaciones por parte de la Institución, para realizar el levantamiento de datos y así mismo contó con la aprobación por parte de la universidad, para su ejecución.

Según Belmont Report quien postuló ⁴¹ los principios éticos primordiales, en los que los cuales se deben basar las normas éticas para llevar a cabo una

investigación: El Principio de Beneficencia, No maleficencia, El Principio Respeto a la dignidad humana y El Principio el de Justicia:

En el caso del principio, de Beneficencia, basado en “hacer el bien sobre todas las cosas, no hacer daño”, cuando se procedió hacer la revisión de historias clínicas, se cumplió este principio, al buscar la información relevante para la investigación, evitando causar daños. Hay que tener en cuenta que, al ser un trabajo retrospectivo, no ocasionó daño a los pacientes.

En el caso de los principios de no maleficencia, se estableció un trato que no perjudico la información de los pacientes, debido que se actuó como observador de las patológicas registradas en la historia clínica.

En el principio de Justicia; el cual indica que todo paciente de estudio tiene derecho a un trato justo, se respetó su privacidad mediante un proceso de confidencialidad (codificación de las historias clínicas).

En el Respeto a la Dignidad Humana, se mantuvo el anonimato de los pacientes, teniendo en cuenta el uso de la codificación de las historias clínicas, para recabar datos de importancia al estudio.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de Odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018.

TIPO DE QUISTE	n	%
Quiste radicular	191	54,4
Quiste Dentígero	106	30,2
Queratoquiste odontogenico	54	15,4
Total	351	100

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

En la tabla 1 se muestra los tipos de quistes encontrados en la revisión documental de historias clínicas del hospital José Cayetano Heredia, se encontró principalmente que el quiste radicular está presente en 54,4%, el quiste dentígero o también conocido como el quiste folicular está presente en 30,2% y el queratoquiste odontogénico está presente en 15,4%.

Tabla 2 Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según sexo.

TIPO DE QUISTE	SEXO				Total		p*
	Masculino		Femenino		N	%	
	n	%	n	%			
Quiste radicular	105	29,9	86	24,5	191	54,4	
Quiste Dentífero	53	15,1	53	15,1	106	30,2	0.133
Queratoquiste odontogénico	36	10,3	18	5,1	54	15,4	
Total	194	55,3	157	44,7	351	100	

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas

* Chi cuadrado. Nivel de Significancia 0.05

En la tabla 2 relación entre el tipo de quiste y el sexo encontramos que el quiste radicular se encuentra principalmente en el sexo masculino con 29,9%, en el sexo femenino con 24,5%, por otro lado, el quiste dentífero está presente de igual manera para ambos sexos con 15,1% respectivamente y en el caso del queratoquiste odontogénico está presente en 10,3% de los varones y 5,1% en mujeres.

Al asociar la variable sexo con el tipo de quiste, se encontró mediante la prueba chi cuadrado $p=0.133$, lo cual demuestra que el sexo no influye en el tipo de quiste.

Tabla 3 Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio externo del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según grupo etario.

TIPO DE QUISTE	GRUPO ETAREO						Total		p*
	Joven		Adultos		Adulto mayor		N	%	
	n	%	n	%	n	%			
Quiste radicular	36	34,0	120	69,0	35	49,3	191	54,4	
Quiste Dentífero	70	66,0	18	10,3	18	25,4	106	30,2	
Queratoquiste odontogénico	0	0,0	36	20,7	18	25,4	54	15,4	0.00
Total	106	30,2	174	49,6	71	20,2	351	100	

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

* Chi cuadrado. Nivel de Significancia 0.05

En la tabla 5 en la edad y el tipo de quiste se encontró que el quiste radicular está presente en pacientes jóvenes con 34,0%, en pacientes adultos con 69,0%, en adultos mayores con 49,3%; el quiste dentífero se encontró en 66,0% en pacientes jóvenes, en pacientes adultos con 10,3%, y adultos mayores en 25,4%, el queratoquiste no se encontró en pacientes jóvenes, en adultos con 20,7% y adulto mayor con 25,4%.

Al asociar la variable grupo etario con el tipo de quiste, se encontró mediante la prueba chi cuadrado $p=0.00$, lo cual demuestra que si existe asociación estadística entre dichas variables.

Tabla 4 Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según localización.

LOCALIZACIÓN	TIPO DE QUISTE						p*
	Quiste Radicular		Quiste dentígero		Queratoquiste odontogenico		
	n	%	n	%	N	%	
Región Maxilar anterior	104	29,6	52	14,8	0	0,0	
Región Maxilar premolar	35	10,0	18	5,1	54	15,4	
Región Mandibular anterior	0	0,0	18	5,1	0	0,0	0.00
Región Mandibular premolar	18	5,1	0	0,0	0	0,0	
Región Mandibular molar	34	9,7	18	5,1	0	0,0	
Total	191	54,4	106	30,1	54	15,4	

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

* Chi cuadrado. Nivel de Significancia 0.05

En la tabla 3 en el tipo de quiste con relación a la localización, el quiste radicular principalmente se ubica en la región maxilar anterior con 29,6%, en la región maxilar premolar con 10,0%; el quiste dentígero está presente en la región maxilar anterior con 14,8%, en la región maxilar premolar, mandibular anterior y mandibular molar con 5,1%; el queratoquiste odontogénico se presenta mayormente en la región premolar con 15,4%, siendo de manera conjunta la mayor región donde se ubica los quistes es la región maxilar anterior con 44,4%.

Al asociar la variable localización con el tipo de quiste, se encontró mediante la prueba chi cuadrado $p=0.00$, lo cual demuestra que si existe asociación estadística entre dichas variables.

Tabla 5 Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes atendidos del consultorio de odontología del Hospital III José Cayetano Heredia. Piura 2010 – 2018 según tratamiento.

TIPO DE QUISTE	TRATAMIENTO				Total		p*
	Enucleación		Marsupialización		N	%	
	n	%	n	%			
Quiste radicular	174	49,6	17	4,8	191	54,4	
Quiste Dentífero	88	25,1	18	5,1	106	30,2	0.02
Queratoquiste odontogénico	54	15,4	0	0,0	54	15,4	
Total	316	90,0	35	10,0	351	100	

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

* Chi cuadrado. Nivel de Significancia 0.05

En la tabla 4 con respecto al diagnóstico de quistes y el tratamiento de este, se establece que la enucleación fue realizada en el 49,6% de los quistes radiculares y en 25,1% de los quistes dentíferos, asimismo en el 15,4% en los queratoquistes.

El tratamiento de marsupialización se realizó en el 4,8% de los quistes radiculares y 5,1% de los quistes dentíferos.

Al asociar la variable tratamiento con el tipo de quiste, se encontró mediante la prueba chi cuadrado $p=0.02$, lo cual demuestra que si existe asociación estadística entre dichas variables.

V. DISCUSIÓN

Se encontraron diferentes aportes internacionales y nacionales sobre la patología, denominada quistes odontogénicos, y en este estudio se encontró que el quiste radicular fue el más común 54,4%, quiste dentígero 30,2%, queratoquiste 15,4%, Li N et al.¹⁰, mencionan que la patología con mayor incidencia en su investigación fue el quiste dentígero con 76,2%, seguido por el queratoquiste con 21,7%, en el caso de Amadeu J. et al¹¹ encontraron que el quiste dentígero fue el más frecuente de los quistes odontogénicos con 4,5%, seguido por el quiste de erupción 0,79% y por último el quiste paradental con 0,26%, estas investigaciones no concuerdan con nuestra investigación debido a que su grupo de investigación solo estuvo comprendido entre niños y adolescentes, y es la edad en que los dientes retenidos son los más comunes, Cavallaro C. et al¹², en su investigación obtuvieron una prevalencia del 6,9% de quistes odontogénicos, además mencionan que el quiste periodontal apical fue el más frecuente 45,85%, el quiste dentígero 35,9% por lo tanto difiere de la presente investigación, debido a que estudiaron todas las lesiones orales encontradas en el departamento de histopatología, Quintana L. et al¹³, evaluaron quistes odontogénicos 54,1% y tumores 45,2%, el quiste dentígero fue el más frecuente con 69,5%, seguido por el quiste radicular 29,3% y el queratoquiste con 6,7%. Por otro lado, Da Silva et al⁹ reportaron que el quiste con mayor frecuencia fue el radicular con 49,3%, siguiéndole el quiste dentígero con 52% esto debido a las bajas condiciones de salud bucal y a la alta presencia de lesiones inflamatorias como menciona el autor en su estudio, lo cual concuerda con la presente investigación debido a que las características fenotípicas son similares en esta región de Sudamérica, Kabalimath D et al¹⁴, realizaron una investigación que abarcó 10 años y concluyó que el quiste radicular se encontró en un 48,67% de los casos, seguido por el quiste dentígero 17,33%, queratoquiste 8%, paradental 7,33%, periodontal lateral 6%, se encontraron resultados similares a pesar que la población es de áreas geográficas diferentes, Villasis L. et al¹⁵ encontraron que el quiste radicular fue uno de los más frecuentes 54,1%, seguido por el quiste dentígero 41%, los resultados obtenidos son coincidentes debido a que se analizó a la población en un lapso de tiempo similar, a pesar que la población estudiada es diferente; Diaz J. et al¹⁶ también encontraron que el quiste radicular fue el más frecuente con 44,8%, el quiste residual en un 13,9%, dentígero

13,9%, queratoquiste 8,7%, además encontró quistes paradentales 2,2. % y quiste odontogénico glandular 1,3% los cuales no fueron encontrados en nuestro estudio, pero si concuerda que el quiste radicular fue el más frecuente.

En la presente investigación se encontró una mayor frecuencia en el sexo masculino 55,3% mientras que en el femenino 44,7%, el quiste radicular principalmente se ubica en el sexo masculino con 29,9% y en el sexo femenino con 24,5%, por otro lado, el quiste dentígero está presente de igual manera para ambos sexos con el 15,1% y en el caso del queratoquiste odontogénico está presente en el 10,3% de los varones, y 5,1% en el sexo femenino, Cavallaro C et al¹² en su investigación encontraron que el quiste radicular se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres con un 60% por lo cual no es coincidente con nuestra investigación, mientras que el quiste dentígero se encontró con mayor frecuencia en pacientes hombres con el 57,40% por lo que en nuestra investigación este tipo de quiste se encuentra en igual similitud para ambos sexos, además el queratoquiste no se encontró en mujeres lo cual no concuerda con nuestro trabajo porque en mujeres se encontró en un 5,1%, así mismo, Li N. et al¹⁰ establecen que los quistes predominaron en el sexo masculino 64,04% analizó que cuando se encontraban en el sexo femenino estaban asociadas a mayor riesgo de neoplasia a comparación con el maxilar, Kambalimath D. et al¹⁴ menciona que los quistes predominaron en el sexo masculino, al igual que en esta investigación, llegaron a la conclusión que eran causados por procesos inflamatorios crónicos debido al descuido de la higiene oral y a traumatismos pasados y están acorde con Villasis L. et al¹⁵ y Diaz J. et al¹⁶, los cuales establecen que el sexo masculino lidera los porcentajes, en el estudio de Diaz J. et al¹⁶ indican que el sexo masculino tiene una mayor predisposición a desarrollar quistes en los maxilares con un 71,30%, el cual está relacionado con los factores de riesgo y determinantes sociales de la población estudiada, lo cual no coincide con nuestra investigación debido que al asociar la variable sexo con el tipo de quiste, mediante la prueba chi cuadrado $p=0.133$, se demostró que el sexo no influye según el tipo de quiste; Amadeu J. et al¹¹, menciona que los quistes predominaron el sexo femenino 51,90%, Da Silva et al⁹ reportan que hubo un predominio del sexo femenino 71,3%, por lo cual las mujeres fueron las más afectadas, lo cual no coincide con los resultados encontrados en el Hospital José Cayetano Heredia.

En la presente investigación se encontró el quiste radicular en pacientes jóvenes con 34,0%, en pacientes adultos con 69,0%, en adultos mayores con 49,3%; el quiste dentígero se encontró en 66,0% en pacientes jóvenes, en pacientes adultos con 10,3%, y adultos mayores en 25,4%, el queratoquiste no se encontró en pacientes jóvenes, adultos con 20,7%, adulto mayor con 25,4%, el grupo etario más afectado fue de 30 a 59 años en un 49,6%, al asociar la variable grupo etario con el tipo de quiste, se encontró mediante la prueba chi cuadrado $p=0.00$, lo cual demuestra que si existe asociación estadística entre dichas variables, Li N. et al¹⁰ por el contrario reportaron un rango de frecuencia en adolescentes de 19,7% comparado con el rango de frecuencia en niños de 80,3%, por lo cual indican que los pacientes pediátricos chinos tienen más probabilidades de desarrollar quistes y que estos sean más agresivos, en la experiencia de Da silva et al⁹ mencionan que el rango de edad más afectado fue entre los 10 y 19 años debido a que el evaluó a niños y adolescentes, por lo cual precisa que en esas edades es más frecuente encontrar quistes dentígeros por caninos impactados o terceras molares retenidas, Amadeu J. et al¹¹ mencionan que los pacientes afectados fueron relativamente jóvenes, la edad osciló entre los 12 y 14 años en un promedio de 18,35%, lo cual dista a nuestros resultados que postulamos, ya que las edades presentan intervalos de edad más amplios. Sin embargo, Cavallaro C. et al¹², establece en su estudio que el grupo etario más afectado estuvo en un promedio de 45 años en mujeres con un 60%, Quintana L et al¹³ mencionan que los pacientes más afectados fueron menores de 30 años con un 73%, además menciona que el queratoquiste se encontró mayormente en pacientes jóvenes de 11 a 30 años de edad, lo cual difiere de nuestros resultados debido a que este tipo de quiste no se encontró en pacientes jóvenes y se encontró con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, guardando relación con Kambalimath D et al¹⁴ donde los pacientes de 30 años fueron los más afectados con un 27,33% de porcentaje, seguido de los de 20 años al 26% y mayores de 10 años con un 2% entre los 20 a 40 años, por el contrario, en el caso de Villasis L. et al¹⁵, la edad estuvo entre los 20 y 40 años con un 52,9%, su muestra estuvo comprendida entre los 4 años de edad hasta los 81 años, lo cual coincidente con los extremos establecidos para con nuestra tesis.

En esta investigación la localización más afectada fue el maxilar superior con 74,9%, mientras que la mandíbula se encontró 25,1%, Li N. et al¹⁰ mencionan que los quistes se hallaron con más frecuencia con un 50,67% en la región maxilar y por otro lado la mandíbula arrojó que presentaba una incidencia de 43,08%, al asociar la variable localización con el tipo de quiste, se encontró mediante la prueba chi cuadrado $p=0.00$, lo cual demuestra que si existe asociación estadística entre dichas variables, siendo coincidente con los postulados de Kambalimath D. et al¹⁴, en donde mencionan que la región más afectada de acuerdo a la disposición anatómica fue al maxilar superior en el 50,67% a diferencia de la mandíbula con 49,33% de los casos, lo cual coincide con nuestros resultados debido a que el 74,9% se ubica en la zona maxilar superior, así mismo Villasis L. et al¹⁵ mencionan que el 33,3% de los casos afectó la región anterior de los maxilares y 25% en la zona posterior. Da Silva et al⁹, mencionan que el área anatómica más afectada fue la zona molar ubicado en la mandíbula con un porcentaje de 45,57%, debido a la presencia de terceras molares incluidas, al igual que los postulados de Diaz J. et al¹⁶, quienes establecen que la mandíbula es la zona más afectada, así mismo, Cavallaro C. et al¹² et al, señalan que la zona anatómica que se vio más afectada fue la mandíbula con un porcentaje de 48,1%, el maxilar con un porcentaje de 42,1% lo cual dista de nuestros resultados, debido a que, la zona maxilar superior es la zona más frecuente de quistes en pacientes del Hospital José Cayetano Heredia,

El tratamiento que se realizó con mayor frecuencia en el Hospital Cayetano Heredia fue la enucleación 90%, mientras que la marsupialización en un 10%, al asociar la variable tratamiento con el tipo de quiste, se encontró mediante la prueba chi cuadrado $p=0.02$, lo cual demuestra que si existe asociación estadística entre dichas variables, que la enucleación quirúrgica haya sido el tratamiento de elección es lo ideal porque se evitan las posibles recidivas, mientras que Diaz J. et al¹⁶, postula que la quistectomía fue la técnica quirúrgica más realizada con un 93,9 %, lo cual no es coincidente con nuestra investigación.

En la presente investigación se puede afirmar que prevalecieron los quistes radicales, en la región maxilar anterior, se encontró en quistes radicales en pacientes hombres en el grupo etario de 30 a 59 años, por lo cual debemos poner

mayor énfasis en realizar un buen examen clínico y radiológico de este grupo específico de la población para poder contar con diagnósticos oportunos.

Las principales complicaciones son la movilidad o pérdida de los dientes adyacentes, porque tienen un crecimiento lento un diagnóstico oportuno podría evitar el compromiso de estructuras cercanas que por su expansión pueden llegar a provocar fracturas óseas.

Los quistes se caracterizan por tener características clínicas distintas, por ello cuando se haya diagnosticado la patología se recomienda establecer un diagnóstico diferencial y de presunción con posibles patologías existentes encontradas según el presente estudio en la población (Quiste radicular, dentígero, queratoquiste odontogénico).

VI. CONCLUSIONES

1. El quiste odontogénico encontrado con mayor frecuencia fue el quiste radicular.
2. El quiste radicular predominó en el sexo masculino, el quiste dentígero se encontró en igual porcentaje en ambos sexos, y el queratoquiste odontogénico predominó en el sexo masculino
3. El quiste radicular predominó en los pacientes adultos, el quiste dentígero predominó en los pacientes jóvenes, y el queratoquiste odontogénico predominó en los pacientes adultos mayores.
4. La localización del quiste radicular y del quiste dentígero predominó en la región maxilar anterior, mientras que el queratoquiste odontogénico predominó en la región maxilar premolar.
5. En el quiste radicular, el quiste dentígero y el queratoquiste odontogénico el tratamiento que predominó fue la enucleación quirúrgica.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales cirujanos dentistas que, al hallar una lesión compatible con quiste maxilar, sea clínica o mediante una radiografía, se debe establecer un diagnóstico diferencial y de presunción, teniendo en cuenta la localización, edad y sexo de los pacientes.
2. Se recomienda a los profesionales cirujanos dentistas tener un mayor énfasis en la educación bucal respecto de los procesos inflamatorios crónicos, higiene oral y traumatismos en su población masculina debido a que, en ellos predominan estos factores de riesgo y por ende son los más afectados.
3. Se recomienda realizar radiografías rutinarias de control a fin de descartar lesiones en el grupo de pacientes de 30 a 59 años.
4. Se recomienda a los profesionales Cirujanos dentistas tener en cuenta que cada quiste tiene un comportamiento clínico distinto, por lo cual es necesario saber la frecuencia de su localización a fin de realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras lesiones.

REFERENCIAS

1. Ceballos D, Espinal G, Jones M. Anomalías en el Desarrollo y Formación Dental: Odontodisplasia. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 14]; 9(1): 129-136. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000100020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000100020>.
2. Zou J, Meng M, Law C, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. *Int J Oral Sci.* [Internet]. 2018 [citado 2021 Ene 14]; 13;10(1):7. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41368-018-0012-3>
3. Portillo N, Téllez R, López F. Quiste óseo traumático en la región mandibular, un hallazgo radiográfico. Reporte de dos casos. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac.* [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 14]; 15(1):41-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78640>
4. Khosravi N, Razavi S, Kowkabi M, Navabi A. Demographic distribution of odontogenic cysts in Isfahan (Iran) over a 23-year period (1988-2010). *Dent Res J (Isfahan).* [Internet]. 2013 [citado 2021 Ene 14]; 10(2):162-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731954/>
5. Deepashri H, Agrawal S, Mamta S, Neha J Et al. Prevalence and Distribution of Odontogenic Cyst in Indian Population: A 10 Year Retrospective Study. *J Maxillofac Oral Surg.* [Internet]. 2014 [citado 2021 Ene 14]; 13(1):10–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955469/>
6. Gutierrez P. Rivadeneyra A. Queratoquiste odontogenico recurrente en paciente con síndrome de Gorlin-Goltz. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2020 [citado 2021 Ene 14]; 30(1): 53-62. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552020000100053&script=sci_arttext
7. Vega A, Ayuso R, Teixidor I, Salas J, Marí A, Lopez J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos: Revisión. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2013 [citado 2021 Ene 14]; 29(2): 81-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000200004&lng=es.

8. Olaechea M, Evangelista A, Quezada M. Características radiográficas de los quistes dentígeros diagnosticados en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 14]; 29(1): 49-61. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100006&lng=es.
9. Da Silva L, Gonzaga A, Severo M, Barros C, De Medeiros A, De Souza L, et al. Epidemiologic study of odontogenic and non-odontogenic cysts in children and adolescents of a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Ene 14]; 23(1):e49–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29274165/>
10. Li N, Gao X, Xu Z, Chen Z, Zhu L, Wang J, et al. Prevalence of developmental odontogenic cysts in children and adolescents with emphasis on dentigerous cyst and odontogenic keratocyst (keratocystic odontogenic tumor). *Acta Odontol Scand*. [Internet]. 2014 [citado 2021 Ene 14]; 72(8):795–800. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24832690/>
11. Amadeu J, Schussel J, Piazzetta C, Torres C, Amenábar J. Oral and Maxillofacial Complex Lesions in Adolescents: A Retrospective Study of 20 Years. *Int J Odontostomatol*. [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 14]; 9(1):113–8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v9n1/art18.pdf>
12. Caballaro C, Ortiz I, Mujica V. Prevalencia de Quistes odontogénicos en la población de pacientes que acudieron a la consulta de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, en el periodo 2010-2015. *Académica Biomédica Digital*. [Internet]. 2017 [citado 2021 Ene 14]; 72: 1- 8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6427199>
13. Quintana L, Salgado Q, Javier L, Hernandez E, Javier J, Vilchez R, et al. Frecuencia de quistes y tumores odontogénicos en la población nicaragüense. Estudio retrospectivo a siete años. *Univ. Odontológica*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Ene 14]; 37(78):2027–3444. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UO/UO%2037-78%20\(2018-I\)/231260072010//23652](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UO/UO%2037-78%20(2018-I)/231260072010//23652)
14. Kambalimath D, Kambalimath H, Agrawal S, Singh M, Jain N, Anurag B, et al. Prevalence and Distribution of Odontogenic Cyst in Indian Population: A 10

- year Retrospective Study. *J Mazillofac Oral Surg.* [Internet]. 2014 [citado 2021 Ene 14]; 13(1):10–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955469/>
15. Villasis L, Portilla J, Melendez A, Gaitan L, Leyva E. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in a Mexican sample. A 753 cases study. *J Clin Exp Dent.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Ene 17] 9(4):e531–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28469818/>
 16. Diaz J, Folgar V. Perfil epidemiológico, clínico y terapéutico de los quistes odontogénicos en Santiago de Cuba. *Medisan* [Internet]. 2014; [citado 2021 Ene 17]; 18 (1): 52-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100008
 17. Marín Botero M, García F, Marín M, Castañeda D. Presentación de un quiste óseo aneurismático mandibular de gran tamaño: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2016 [citado 2021 Ene 14]; 32(5):239-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000500002&lng=es.
 18. Moreno E, Lolas J, Vergara A, Márquez A. Quiste folicular inflamatorio en posición atípica: Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2017 [citado 2021 Ene 17]; 27(3): 191-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552017000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v27i3.3203>.
 19. Rodríguez L., Guiardinu R, Arte M, Blanco A. Quistes de los maxilares: Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2006 [citado 2021 Ene 17]; 43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400006&lng=es.
 20. Soluk M, Bahar E, Olgac V, Aksakalli N, Alath C. Odontogenic Lesions in a pediatric population: Review of the literature and presentation of 745 cases. *Int J Pediat. Otorhinolary* [Internet]. 2016 [citado 2021 Ene 17]; 86(2016) 196-199. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27260607/#:~:text=Results%3A%20Of%20the%20total%20of,were%20diagnosed%20as%20odontogenic%20tumors.&text=The%20most%20common%20odontogenic%20tumor,the%20pediatric%20group%20are%20benign.>

21. Philip J., Lewis E, Wysocki. G. Patología Oral Y Maxilofacial Contemporánea. 2a. ed. Amsterdam: Elsevier; 2004.
22. Figueroa L, Contreras R, Alvarez E. Quiste radicular asociado a diente geminado: tratamiento endodóntico-quirúrgico. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 17]; 8(2): 101-105. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072015000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.05.003>.
23. Bilodeau E, Collins B. Odontogenic cysts and neoplasms. Surgical Pathology [Internet]. 2016 [citado 2021 Ene 17]; 10(1): 4-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1875918116301088#:~:text=The%20odontogenic%20epithelium%20entrapped%20in,the%20aforementioned%20cysts%20is%20possible.>
24. Lacerda E, Martorelli S, Martorelli F. Dentigerous cyst in the maxillary posterior region associated with an impacted deciduous molar. RGO, Rev. Gaúch. Odontol. [Internet]. 2018 [citado 2021 Ene 17]; 66(2): 194-198. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372018000200194&lng=en
25. Alvarez M, Sacsquispe S, Paredes N. Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2016 [citado 2021 Ene 17]; 26(4): 255-262. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400008&lng=es.
26. Friedrich R, Scheuer H, Zustin J. Lateral periodontal cyst. In Vivo. [Internet] 2014 [citado 2021 Ene 17]; 28(4):595-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24982228/>
27. Rajendra S. "Odontogenic Cysts." Dental clinic North Am. [Internet]. 2020 [citado 2021 Ene 17]; 64 (1) 71-74105-119. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31735221/>

28. Sayantan K., Sangeeta N, Deepa K. Recurrent Gingival Cyst of Adult: A Rare Case Report with Review of Literature. J Indian Soc Periodontol [Internet]. 2018 [citado 2021 Ene 17]; 22 (6):546-550. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6305099/>
29. Giunta JL. Gingival cysts in the adult. J Periodontol. [Internet]. 2002 [citado 2021 Ene 17] 73(7):827-831. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12146543/>
30. Mançano J, Brod M, Passador F, Borges A, Sperandio M. Case Reports in Dentistry Gingival Cyst of the Adult: Report of an Inconspicuous Lesion Associated with Multiple Agenesis. Case Dep Dent. [Internet] 2017 [citado 2021 Ene 17]; 4346130(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5362702/>
31. Flores J, Molió J, Strauss M, Vidal D, Jiménez S, Krings J et al. Quiste gingival del recién nacido: seguimiento clínico por cinco años y nueve meses en la Clínica Odontológica Univalle - La Paz, Junio 2009 a Marzo 2015. Rev. Inv. Inf. Salud [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene17]; 10(24): 42-48. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-61942015000200007&lng=es.
32. Marini R, Chipaila N, Monaco A, Vitolo D, Sfasciotti G. Unusual symptomatic inclusion cysts in a newborn: a case report. J Med Case Rep. [Internet]. 2014 [citado 2021 Ene 17]; 21(8):314. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25241967/>
33. Priego G. Fraiz F. Estudio prospectivo de quistes de la lámina dental en neonatos venezolanos vih(+) y vih (-). ALOP. [Internet]. 2014 [citado 2021 Ene 17]; 4(1):8-12. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/issue/view/7/18>
34. Anchlia, Sonal et al. "Glandular odontogenic cyst: a rare entity revealed and a review of the literature". BMJ case reports. [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 17]; 2(11):502 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26297768/>
35. França M, Freitas C, Almeida L, Moreira L, Gomes G. Glandular odontogenic cyst: report of an unusual case in the posterior mandible. J. Bras. Patol. Medicina. Laboratorio. [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 17]; 55 (6): 683-692.

Disponibile en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442019000600683&lng=en.

36. Amisha S, Amit S, Smita B, Ajit k. Glandular odontogenic cyst: A diagnostic dilema. *Case Rep Dent*. [internet]. 2016 [citado 2021 Ene 17]; 7(1):38-43. Disponibile en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4836096/#:~:text=Glandular%20odontogenic%20cyst%20\(GOC\)%20is,with%20relatively%20high%20recurrence%20rate](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4836096/#:~:text=Glandular%20odontogenic%20cyst%20(GOC)%20is,with%20relatively%20high%20recurrence%20rate).
37. Pazdera J, Kolar Z, Zboril V, Tvrdy P, Pink R. Odontogenic keratocysts/keratocystic odontogenic tumours: biological characteristics, clinical manifestation and treatment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. [Internet]. 2014 [citado 2021 Ene 17]; 158(2):170-4. Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23073530/>
38. Borghesi a, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Preda L. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion witg an aggressive behaviour. *Insights Imaging*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Ene 17]; 9(5):883-897. Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30066143/>
39. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. Mexico. McGRAW-HILL / Interamericana editores;2014
40. Dawson B, Tropp R. *Bioestadística Médica*, 4ta edición. México. Editorial Manual Moderno; 2005.
41. Cassell, E. The principles of the Belmont report revisited: How have respect for persons, beneficence, and justice been applied to clinical medicine. *Hastings Center Report*. [Internet]. 2000 [citado 2021 Ene 17]; 30(4), 12-21. Disponibile en: <https://www.jstor.org/stable/3527640?seq=1>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Quiste Odontogénico	Definición conceptual: una cavidad que se forma de manera patológica y que está rodeada en su contorno por un epitelio cuyo contenido puede ser un material líquido o en su defecto un material semisólido y también hay reportes de sustancias mucosas o restos celulares derivado de la queratina rodeado por una pared que está asociada al tejido conectivo o también puede estar rodeada por una cápsula que está relacionada con el epitelio.	Diagnostico obtenido del registro de las historias clínicas.	Tipo	<ul style="list-style-type: none"> · Q. radicular · Q. residual · Q. paradental · Q. gingival del recién nacido · Q. dentífero (folicular) · Q. de erupción · Q. lateral periodontal · Q gingival del adulto · Q. odontogénico glandular 	Nominal
	Es la ubicación del quiste odontogénico	Dato obtenido del registro de las historias clínicas.	Localización	<ul style="list-style-type: none"> · Región maxilar anterior · Región maxilar premolar · Región maxilar molar · Región mandibular anterior · Región mandibular premolar · Región mandibular molar 	Nominal
	Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad.	Dato obtenido del registro de las historias clínicas.	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> · Enucleación · Marsupialización · Exodoncia · Control · Exéresis de capsula pericoronaria 	Nominal
Sexo	Son las cualidades sexuales y fisiológicas que diferencian en varón y mujer.	Dato obtenido del registro de las historias clínicas.		<ul style="list-style-type: none"> *Masculino *Femenino 	Nominal
Grupo etario	Son los grupos divididos por rango edad en una población.	Dato obtenido del registro de las historias clínicas.		<ul style="list-style-type: none"> 0 – 29 años () 30 – 59 años () 60 a más () 	Ordinal

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

		Marcar según lo encontrado en la Historia clínica.
Quiste Odontogénico	tipo	<ul style="list-style-type: none"> · Quiste radicular () · Quiste residual () · Quiste para dental () · Quiste gingival del recién nacido () · Quiste dentígero (folicular) () · Quiste de erupción () · Quiste lateral periodontal() · Quiste gingival del adulto () · Quiste odontogénico glandular()
	Localización	<ul style="list-style-type: none"> · Región maxilar anterior () · Región maxilar premolar () · Región maxilar molar () · Región mandibular anterior () · Región mandibular premolar() · Región mandibular molar ()
	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> · Enucleación() · Marsupialización () · Exodoncia () · Control () · Exéresis de capsula pericoronaria()
Sexo	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> *Masculino () *Femenino ()
Grupo etario	Edad	<ul style="list-style-type: none"> 0 – 29 años () 30 – 59 años () 60 a más ()

Nombre: María Sol Leyton Arismendis
 DNI: 70275364
 Correo:masol_13.5@hotmail.com
 Nombre: Yan Marco Córdova Castillo
 DNI: 46992368
 Correo:poclus@gmail.com

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN

CARGO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
FILIAL - PIURA

Piura, 30 de mayo del 2019

NIT: 1286-2019-2966

CARTA N° 173-2019 - EPEST - FMHyCS - UAP

Dr. José Céspedes Medrano
Gerente de Red Asistencial
Essalud - Piura



Asunto: Brindar facilidades para ejecutar Proyecto de Investigación.

Presente:

De mi mayor consideración.

Tengo a bien dirigirme a usted, para hacerle llegar el saludo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas y el mío propio, para darle a conocer que nuestro Bachiller María Sol Leyton Arismendis ha presentado su proyecto de tesis titulado: "CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA 2010-2018".

En ese sentido solicito de su valioso apoyo para brindarle las facilidades en recoger información referente al tema de su investigación en la institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradecemos anticipadamente la atención que le dé al presente, y haga propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima

Atentamente.

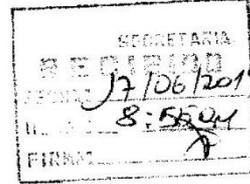
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL - PIURA
C.D. Ruth Barrera Barrera
COORDINADORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



CARGO

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

CARTA N° 502 -UCID-RAPI-ESSALUD-2019



Piura, 11 de junio de 2019

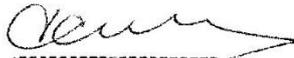
Señor Doctor
RAFAEL GALLO SEMINARIO
Secretario del Comité de Investigación
Red Asistencial Piura
Presente.

ASUNTO : FACILIDADES PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez hago llegar a su despacho el Proyecto de Investigación titulado "CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA 2010 - 2018" teniendo como autora a la alumna **MARÍA SOL LEYTON ARISMENDIS**, para su revisión y aprobación, bajo responsabilidad según normas Institucionales Vigentes.

Sin otro particular, me despido de usted cordialmente y es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Cordialmente,


Dr. CARLOS E. CRUZ MICHOLOT
JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DOCENCIA
RED ASISTENCIAL PIURA


944223822
C.C.: Archivo

NIT.: 1286	2019	2968
------------	------	------

Av. Independencia
Urb. Miraflores
Castilla - Piura
Tel.: 287970



HOSP. III "CAYETANO HEREDIA"
ESTADÍSTICA

01 JUL. 2019

HORA: 12:29

RECIBIDO POR: [Signature]
"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

CARTA N° 519-UCID-RAPI-ESSALUD-2019

Piura, 24 de junio de 2019

Señor Doctor
CARLOS MORE CORONADO
Jefe de la Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencia y Contrareferencia
HOSPITAL III José Cayetano Heredia
Red Asistencial Piura
Presente. -

ASUNTO : ACCESO AL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

REF.: CARTA N° 502-UCID-RAPI-ESSALUD-2019.

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la vez hago de su conocimiento que el Proyecto de Investigación titulado "Características Determinantes de los Quistes Odontogenicos en pacientes Atendidos en el Consultorio Externo del Hospital III José Cayetano Heredia", teniendo como autora a la alumna **MARIA SOL LEYTON ARISMENDIS**, ha pasado el proceso de revisión del Comité de Investigación de la Red, estando apto para su ejecución, bajo responsabilidad según normas Institucionales Vigentes.

Sin otro particular, me despido de usted cordialmente y es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Cordialmente,

[Signature]
Dr. CARLOS E. CRUZ MICHLOT
JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DOCENCIA
RED ASISTENCIAL PIURA
EsSalud

COORDINAR con SE ROSAR
05 HCL x DIA
04 JUNIO .2019 (A PARTIR)

C.C.: Archivo

NIT.: 1286 2019 2966

Dr. Carlos More Coronado
C.M.P. N° 48973
JEFE DIVISION DE ADMISION REGISTROS
MEDICOS REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
HOSPITAL III Cayetano Heredia - Piura
EsSalud

Av. Independencia
Urb. Miraflores
Castilla - Piura
Tel.: 287970

ANEXO 4

TABLAS, FIGURAS Y FOTOS

FOTO N° 1 OBSERVACION DE HISTORIA CLINICA



FOTO N° 2 HISTORIA CLINICA CON DIAGNOSTICO DE QUISTE

1/2018 Dr. Quiste parotideo (D)
de Primer grado Mandibular
T2: TAC Cuello frontal

FOTO N° 3: LENADO DE FICHA DE LA RECOLECCION DE DATOS



FOTO N° 4: LLENADO DE BASE DE DATOS SPSS

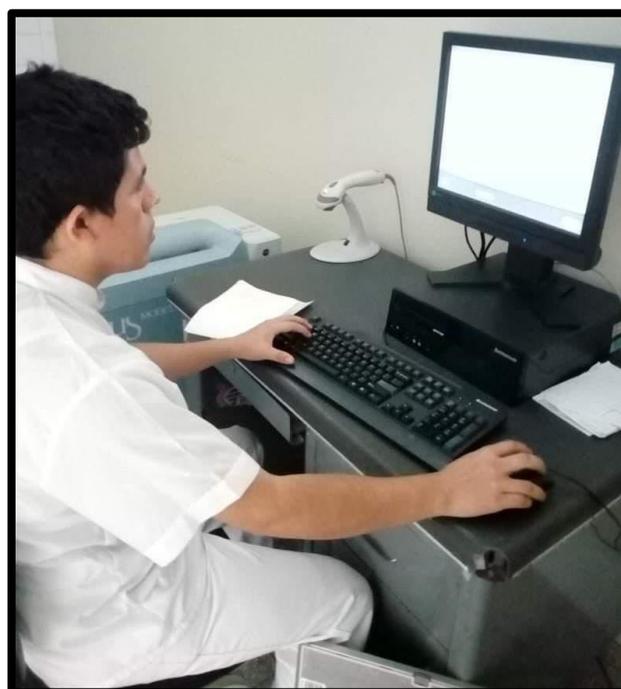


FOTO N° 5: INFORME ANATOMO – PATOLÓGICO

EsSalud
HOSP. III CAYETANO HEREDIA
Dpto. de Anatomía Patológica

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

No. de Registro : 04661-14

Apellidos y Nombres :
No. de Autogenerado :
Edad - Sexo : 48 - Femenino
Procedencia : HOSPITALIZACION
Servicio : CIRUGIA PLASTICA, QUEMADOS Y R
Estación/Habitac./Cama: CIES / H005 / CPO
No.de Historia Clínica: 298001 COD.UBIC: 02-98-001
Médico Solicitante :
Especimen Quirúrgico : CAVIDAD ORAL N- LAMINA- Q- 4661- 14
Tipo de Examen : 3210113 - PIEZA OPERATORIA
Diagnóstico Clínico : QUISTES ORIGINADOS POR EL DESARROLLO DE
Fecha de Operación : 08/11/2014
Fecha de Recepción : 08/11/2014
Exámenes Anteriores :
2014-03660-14 //

D I A G N O S T I C O :

- PARED DE QUISTE REVESTIDA DE EPITELIO ESCAMOSOS ASOCIADO A INFLAMACION CRONICA GRANULOMATOSA TIPO CUERPO EXTRAÑO CON CRISTALES DE COLESTEROL Y FOCO DE CALCIFICACION DISTROFICA.

MACROSCOPIA

SE RECIBEN MULTIPLES FRAGMENTOS DE TEJIDO QUE EN CONJUNTO MIDEN 3 X 2 X 1 cm. DE COLOR GRIS ASPECTO MEMBRANOSO Y OTRO FRAGMENTO DE COLOR AMARILLO DE CONSISTENCIA DURA.

SE INCLUYE MUESTRA REPRESENTATIVA.

Dr.(a) :

CODIGO : T-51000 P-1010 M09350

Fecha de Resultado : 01/12/2014

FOTO N° 6: INFORME ANATOMO – PATOLÓGICO

EsSalud
HOSP. III CAYETANO HEREDIA
Dpto. de Anatomía Patológica

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

No. de Registro : 03360-16

Apellidos y Nombres : [REDACTED]
No. de Autogenerado : [REDACTED]
Edad - Sexo : 73 - Masculino
Procedencia : HOSPITALIZACION
Servicio : CIRUGIA PLASTICA, QUEMADOS Y R
Estación/Habitac./Cama: CIES / H005 / CPO
No.de Historia Clínica: 3479076 COD.UBIC:
Médico Solicitante : [REDACTED]
Especimen Quirurgico : CAVIDAD ORAL
Tipo de Examen : 3210113 - PIEZA OPERATORIA
Diagnóstico Clínico : QUISTES DE LAS FISURAS (NO ODONTOGENICOS)
Fecha de Operación : 01/07/2016
Fecha de Recepción : 02/07/2016
Exámenes Anteriores :

D I A G N O S T I C O :

HISTOLOGIA CONSISTENTE CON QUERATOQUISTE.

MACROSCOPIA

SE RECIBE TEJIDO DE ASPECTO SACULAR Y CONGESTIVO QUE MIDE 4.0 X 3.0 X 1.8 CM. AL CORTE SE OBSERVA LA CAVIDAD QUISTICA CON PAREDES DE 0.4 CM DE ESPESOR Y LIQUIDO SEROSO EN LOS INTERIORES. SE INCLUYE MUESTRA REPRESENTATIVA (1).

Dr.(a) : [REDACTED]

CODIGO : T-51000 P-50000 M33400

Fecha de Resultado : 21/07/2016

FOTO N° 7: INFORME ANATOMO – PATOLÓGICO

EsSalud
HOSP. III CAYETANO HEREDIA
Dpto. de Anatomía Patológica

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

No. de Registro : 03720-16

Apellidos y Nombres :
No. de Autogenerado :
Edad - Sexo : 88 - Masculino
Procedencia : HOSPITALIZACION
Servicio : CIRUGIA PLASTICA, QUEMADOS Y R
Estación/Habitac./Cama: CIES / HO05 / CIO
No.de Historia Clínica: 54050 COD.UBIC: 00-54-050
Médico Solicitante :
Especimen Quirúrgico : CAVIDAD ORAL
Tipo de Examen : 3210113 - PIEZA OPERATORIA
Diagnóstico Clínico : OTROS QUISTES DE LOS MAXILARES
Fecha de Operación : 15/07/2016
Fecha de Recepción : 16/07/2016
Exámenes Anteriores :

D I A G N O S T I C O :

PARED QUISTICA TAPIZADA INTERNAMENTE POR DENSO INFILTRADO DE CELULAS PLASMATICAS, COMPATIBLE CON QUISTE ODONTOGENICO.

MACROSCOPIA

SE RECIBE 2 PIEZAS DENTARIAS Y UN FRAGMENTO LAMINAR DE 3.0 X 2.0 X 0.1 CM., PARDOS OSCUROS DE SUPERFICIE IRREGULAR. SE INCLUYE TODO.
Dr.(a) :

CODIGO : T-51000 P-1140 M33400

Fecha de Resultado : 02/08/2016

FOTO N° 8: INFORME ANATOMO – PATOLÓGICO

EsSalud
HOSP. III CAYETANO HEREDIA
Dpto. de Anatomía Patológica

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

No. de Registro : 05343-17

Apellidos y Nombres :
No. de Autogenerado :
Edad - Sexo : 71 - Masculino
Procedencia : CONSULTA EXTERNA
Servicio : ODONTOLOGIA
No. de Historia Clínica: 1325029 COD.UBIC:
Médico Solicitante :
Especimen Quirurgico : CAVIDAD ORAL
Tipo de Examen : 3210103 - BIOPSIA ESPECIAL
Diagnóstico Clínico : DOLOR AGUDO
Fecha de Operación : 05/10/2017
Fecha de Recepción : 06/10/2017
Exámenes Anteriores :

D I A G N O S T I C O :

QUERATOQUISTE INFLAMADO.

MACROSCOPIA

SE RECIEE 1 FRAGMENTO DE TEJIDO DE FORMA CIRCULAR, ASPECTO CONGESTIVO QUE MIDE 2.5 X 2.0 X 1.0 CM. SE INCLUYE MUESTRA REPRESENTATIVA.

Dr. (a) :

CODIGO : T-51000 P-50000 M09350

Fecha de Resultado : 26/10/2017

FOTO N° 9: INFORME ANATOMO – PATOLÓGICO

EsSalud
HOSP. III CAYETANO HEREDIA
Dpto. de Anatomía Patológica

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

No. de Registro : 00490-18

Apellidos y Nombres :
No. de Autogenerado :
Edad - Sexo : 61 - Masculino
Procedencia : CONSULTA EXTERNA
Servicio : ODONTOLOGIA
No.de Historia Clinica: 204013 COD.UBIC: 02-04-013
Médico Solicitante :
Especimen Quirurgico : CAVIDAD ORAL
Tipo de Examen : 3210103 - BIOPSIA ESPECIAL
Diagnóstico Clínico : DOLOR AGUDO
Fecha de Operación : 24/01/2018
Fecha de Recepción : 27/01/2018
Exámenes Anteriores :

D I A G N O S T I C O :

PROLIFERACION ESCAMOSA DE CRECIMIENTO ENDOFITICO, SIN ATIPIA NUCLEAR, CON INFILTRADO INFLAMATORIO CIRCUNDANTE, CONSISTENTE CON QUERATOQUISTE.

MACROSCOPIA

SE RECIBE 4 FRAGMENTOS DE TEJIDO DE FORMA LAMINAR, PARDO CLARO, QUE EN CONJUNTO MIDEN 5.0 X 3.5 CM.

SE INCLUYE MUESTRA REPRESENTATIVA.

Dr.(a) :

CODIGO : T-51034 P-50000 M09350

Fecha de Resultado : 08/02/2018



Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, **Carmen Teresa Ibáñez Sevilla**, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad César Vallejo Sede Piura, asesora de la Tesis titulada: “**Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del hospital III José Cayetano Heredia, Piura. 2010 - 2018**”, de los autores: **Yan Marco Córdova Castillo** y **María Sol Leyton Arismendis**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **10%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Piura, 29 Mayo 2021.

Apellidos y Nombres del Asesor: Ibáñez Sevilla Carmen Teresa	
DNI: 18212665	 Firma
ORCID: 0000-0002-5551-1428	