



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO**

TEMA:

**FRECUENCIA DE LOS AMELOBLASTOMAS EN PACIENTES
ATENDIDOS EN CRD (CENTRO RADIOLOGICO DENTAL)**

AUTOR:

PAULINA IVONNE CORONEL LITARDO

TUTOR:

DRA. MARGARITA MORÁN

Guayaquil, abril, 2019



APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **FRECUENCIA DE LOS AMELOBLASTOMAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN CRD (CENTRO RADIOLOGICO DENTAL)**, presentado por la Srita. PAULINA IVONNE CORONEL LITARDO, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil, abril del 2019.

.....
Dr.

CC.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo/a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....
Dr. JOSE FERNANDO FRANCO VALDIVIEZO, Mg.

Decano de la Facultad

.....
Dr. PATRICIO PROAÑO YELA, Esp.MSc.

Gestor de Titulación



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **PAULINA IVONNE CORONEL LITARDO**, con cédula de identidad N°**0919405902**, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, abril del 2019.

.....
PAULINA IVONNE CORONEL LITARDO,
N°0919405902,



DEDICATORIA

Madre

Agradezco a Dios padre por darme salud, vida y permitirme estar junto a las personas que más amo, a mi madre quien es la persona que me ha motivado a seguir adelante y cumplir aquellos sueños que todos creían imposible pero que hoy finalmente después de un largo camino recorrido lleno de sacrificio, lágrimas y muchos altibajos he logrado conseguir.

Padre

Amigo incondicional y la persona a quien debo lo que soy y por a verme educado con valores y siendo el madre y padre cuando más necesita dios bendiga siempre tu camino y que hagas un buen ser humano también de Danielito y Noemí.

Hijo, hermana

En la vida de uno siempre habrá personas que llenen de amor y felicidad con su sola presencia a mi amado hijo el cual espero y aspiro que dios me permita guiarlo siempre por el camino del bien, a mi querida hermana quien estaba en los momentos más difíciles y estuvo ahí para aconsejarme quien como ustedes dando sentido a mi vida los amo.

Sra. América

Tal vez no haya lazos de sangre pero de mi corazón hacia usted hay un infinito agradecimiento por todo lo que ha hecho por mi hijo y por mi todo este tiempo, Dios bendiga siempre su camino y a toda su familia por acogido en su seno familiar.

Gonzalo

Querido Gonzalo como padre de mi hijo te agradezco mucho por tu apoyo brindado años de felicidad y contrariedades como toda pareja pero a pesar de todo eres una de las personas que forma parte de mi vida, hemos tenido un hijo bello quien es motivo de alegría premiada por haberte tenido todo este tiempo a mi lado, por tu paciencia y comprensión de ante mano te estoy agradecida.

Vivo cada vez que habláis de mí y muero otra vez si lloráis. He aprendido al fin a disfrutar y soy tan feliz. Para mi pequeño amor

Desde mi cielo (Mago De Oz).



AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a mi madre de quien me siento tan orgullosa de ser hija de una mujer trabajadora humilde y buena que a pesar de la distancia siempre ha estado más cerca que nadie a mi padre por el apoyo moral e incondicional siempre estuvo pendiente a mi querido hijo quien es el motivo de perseverancia y lucha diaria mi pequeña hermana amiga incondicional estoy feliz de tenerte a mi lado, a mi querida Señora América Mañay no habrá nada que se compare con su gran corazón y humildad me ayudo a crecer como persona, a mi familia quien con sus palabras de aliento supieron hacerme una persona luchadora que no se dejó vencer aunque haya muchas cosas que me desalentaron siempre estuve acompañada por mi querida mamita Delia Silva Calderón que desde el cielo me daba fuerzas para enfrentar todo lo duro que tuve que pasar durante el tiempo de estudio al padre de mi hijo que estuvo conmigo en la buenas y malas que supo ser un buen padre y compañero de vida también le agradezco infinitamente por haber formado parte de mi vida, a mis tíos que desde pequeña me aconsejaron que uno no se debe dejar vencer ni por más dura que sea la situación siempre habrá una luz al final del camino.

A mis docentes quien fueron los que en mi plantaron las semillas del saber y ahora dan frutos de sus enseñanzas y compañeros que siempre estuvimos unidos para poder cumplir nuestros sueños, esperanzas que nunca nadie olvidar la sensación de haber culminado los años de estudio para ser buenos profesionales bendiciones a todos.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

**JOSE FERNANDO FRANCO VALDIVIEZO, Mg
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Presente.

A través de este medio indico a Ud. Que se procedo a realizar la entrega de la cesión de derechos del autor en forma libre y voluntaria del trabajo de análisis de caso, realizado como requisito previo para la obtención del título de odontóloga, a la universidad de Guayaquil.

Guayaquil abril 2019

.....
PAULINA IVONNE CORONEL LITARDO
N°0919405902,

**Dr. PATRICIO PROAÑO YELA, Esp.MSc
DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**



INDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	I
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	VI
INDICE	VII
RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:.....	3
1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	4
1.1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	4
1.2 JUSTIFICACION	4
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES	6
2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	8
2.1.1 AMELOBLASTOMAS	8
2.1.2 CUADRO CLINICO DEL AMELOBLASTOMA	8
2.1.3 ETIOPATOGENIA	9
2.1.5 CLASIFICACIÓN DEL AMELOBLASTOMA.....	10
2.1.5.1 AMELOBLASTOMA DESMOPLÁSTICO	11
2.1.5.2 AMELOBLASTOMA UNIQÜÍSTICO.....	11
2.1.5.2.1 CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS	11
2.1.5.3. AMELOBLASTOMA SÓLIDO O MULTIQUÍSTICO.....	12
2.1.5.4. AMELOBLASTOMA EXTRAÓSEO O PERIFÉRICO	12

2.1.6 MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS	13
2.1.7 REVISIONES RADIOGRAFICAS.....	13
2.1.8 CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS.....	15
2.1.9DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	21
CAPITULO III.....	21
MARCO METODOLOGICO.....	21
3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	21
3.2 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	22
3.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3.4 ANALISIS DE RESULTADOS	23
3.5 DISCUSION DE RESULTADOS	30
CAPITULO IV	32
4.1CONCLUSIÓN	32
4.2 RECOMENDACIONES	33
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	34

RESUMEN

El presente trabajo trata el estudio de la frecuencia de los ameloblastomas en la cavidad bucal, estos son tumores odontogénicos benignos y se presentan en pacientes de diversas edades y raza, teniendo en cuenta que son recidivantes e invasivos, estos forman parte de los tumores odontogénicos que afecta a la cavidad

bucal de una manera muy agresiva, debido a la magnitud del daño provocado en la estructura ósea que presenta la mandíbula. El ameloblastoma presenta un cuadro clínico donde se va a observar distintas características como son deformaciones faciales, crecimiento lento y asintomático del tumor durante su evolución, ya que las manifestaciones clínicas no se presentan de manera inmediata si no después de periodo tiempo. El tratamiento depende del tipo, localización y el tamaño del tumor, así como de la edad del paciente. Esta clase de afecciones se muestran durante la cuarta y quinta décadas de vida, sin predilección del sexo. Puede presentarse a cualquier edad, pero la mayor incidencia es entre los 20 y 50 años salvo la variedad uniuística que se diagnostica generalmente entre los 20 y 30. Este tumor crece lentamente y de forma silente, sin signos precoces evidentes, afectando fundamentalmente el hueso mandibular. El objetivo del presente trabajo es realizar un estudio de la frecuencia de los ameloblastomas en casos diagnosticados en los datos existentes de los archivos de CRD (centro radiológico dental) durante el periodo realizado el 6 febrero del 2018 hasta el 12 de febrero del 2019. Se analizaron los archivos de los pacientes desde las fechas indicadas con anterioridad, que fueron un total de 340 pacientes atendidos en el centro radiológico dental CRD con respecto a las tomas radiográficas panorámicas, con diagnóstico definitivo de ameloblastoma dando como resultado una cantidad de 3 pacientes los que presentaron la patología , Fueron analizadas las informaciones con respecto a sexo y edad del paciente, aspecto radiográfico del tumor, diagnóstico histopatológico y ubicación anatómica. Como conclusión se pudo determinar que el porcentaje de pacientes que presentan ameloblastomas en cuanto a la población de análisis fue muy bajo teniendo como resultado solo 3 pacientes durante el 6 febrero del 2018 hasta el 12 de febrero del 2019.

.PALABRAS CLAVES.- Ameloblastoma, tumor odontogénico, Epidemiología, quistes.

ABSTRACT

The study deals with of the incidence of ameloblastoma in patients, experts know that benign, locally invasive and recurrent odontogenic tumors, which

constitutes approximately 11% of odontogenic tumors. The clinical picture is usually characterized by facial deformities, slow growth and asymptomatic. Treatment depends on the type, location and size of the tumor, as well as the age of the patient. ameloblastoma manifests itself predominantly during the fourth and fifth decades of life, without a predilection for sex. It can occur at any age, but the highest incidence is between 20 and 50 years old except the unicystic variety that is usually diagnosed between 20 and 30. This tumor grows slowly and silently, without obvious early signs, affecting mainly the mandibular bone. The aim of this study is to perform a investigation of the frequency of ameloblastomas in cases diagnosed in the existing data of the CRD archives (dental radiological center). The files of patients with definitive diagnosis of ameloblastoma were analyzed, resulting in a number of 3 patients. Information was analyzed regarding sex, race, age of the patient, presence of symptoms, radiographic appearance of the tumor, histopathological diagnosis and anatomical location. In conclusion, take it out the data of the ameloblastomas reported in this study were similar to those of other series published in the medical literature.

KEYWORDS.- Ameloblastoma, odontogenic tumor, Epidemiology, cysts

INTRODUCCION

El presente trabajo se trata del estudio de la frecuencia del ameloblastoma en pacientes siendo este un tumor odontogénico, de comportamiento agresivo e infiltrante, con una gran capacidad de recidiva. Es un tumor derivado de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente, como por ejemplo: remanente de la lámina dental (restos de malassez), órgano reducido del esmalte, células basales del epitelio de los maxilares, epitelio del órgano del esmalte, epitelio de quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas. En general, su aparición se manifiesta entre la tercera a la séptima década de la vida, no existiendo diferencias entre sexos. (Santana, 2014)

Se localizan principalmente en la mandíbula, con una prevalencia del 85%, sobre todo en la zona de molares y rama ascendente del maxilar inferior y, con menor frecuencia, en la zona de premolares y región antero inferior. En el maxilar superior se presenta con una prevalencia del 15%. Son más frecuentes en el área de los molares, pudiendo afectar al seno maxilar y al suelo de las fosas nasales. (Morales Navarro, 2009)

Según la clasificación de los tumores odontogénicos de la Organización Mundial de la Salud (2005) se reconocen 4 tipos de ameloblastomas denominados sólido/multiquístico, unikuístico, periférico/extraóseo y desmoplásico. (Di Cosola, 2017)

Clínicamente las lesiones son de crecimiento lento, asintomático y con expansión de la cortical ósea o perforación de la cortical e infiltración para los tejidos blandos.

Radiográficamente los ameloblastomas se presentan como una imagen radiotransparente, unilocular o multilocular en forma de burbujas de jabón, ya que está dividida por múltiples tabiques óseos y puede estar o no asociado con dientes retenidos. Los dientes relacionados con la lesión están vitales;

posteriormente estos pueden causar migración, movilidad, resorción radicular y parestesia. (Torres, 2015)

Histológicamente pueden clasificarse en folicular, plexiforme, acantomatoso, células granulosas y células basales, siendo la forma folicular la más frecuente, seguida de la plexiforme.

El tratamiento del ameloblastoma es quirúrgico, comprendiendo desde formas conservadoras, como el curetaje, la enucleación y la criocirugía, hasta tratamientos más radicales, como la resección marginal, en bloque o la resección segmentaria/hemisección.

El ameloblastoma por lo general no presenta sintomatología y se desarrolla en normalmente en los maxilares, en la mayoría de los casos no se muestra una tumefacción.

Este tipo de tumor casi siempre crece lentamente y en silencio, sin mostrar signos antes de tiempo y que estos se noten. Por lo general puede ser descubierto a lo que se realiza un examen bucal. Se muestra en las fases que han avanzado rápido una lesión que crece lentamente pero que muestra una progresiva tumefacción de la parte ósea. Por lo general cuando este tumor se diagnostica se los da en dimensiones mayores de 3 cm de diámetro, motivadas por su curso silente. (López Alvarenga, 2013)

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas que se han detectado a nivel de la salud oral, es la presencia del ameloblastomas que suelen afectar en las zonas posterior como son los molares, sabiendo que los pacientes que tiene este tumor aparecen con características específicas, según la Organización Mundial de la Salud este tumor al igual del otros tumefacciones ocupan el 9% de tumores de la cavidad oral teniendo en cuenta que el ameloblastomas solo representa el 1% entre todas estas patologías y es considerado como una neoplasia invasiva y destructiva a nivel estético y psicológico para el paciente ya que afecta de tal modo que es difícil para el paciente poder asimilar como va a llevar su vida cotidiana después de ser afectado por esta patología . Por lo que realizó el estudio de la frecuencia de los ameloblastomas en pacientes que fueron atendidos en el Centro Radiológico Dental CRD. Se analizaron los archivos de pacientes con un diagnóstico definitivo de ameloblastoma. Fueron analizadas las informaciones con respecto a sexo, edad del paciente, aspecto radiográfico del tumor y así como también la ubicación anatómica.

1.1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

Tema: Frecuencia de los ameloblastomas en pacientes atendidos en CRD (Centro Radiológico Dental).

Campo de acción: Pacientes atendidos en CRD (Centro Radiológico Dental).

Periodo: 6 Febrero del 2018 hasta el 12 de Febrero del 2019.

Lugar: CRD (Centro Radiológico Dental).

Área: Radiología.

Línea de investigación: Salud oral, prevención, tratamiento y servicios de la salud.

Sublínea de investigación: Prevención

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las frecuencias de los ameloblastomas en pacientes que padecen de la patología durante el periodo del 6 de febrero del 2018 hasta el 12 de febrero del 2019 que acudieron a CRD a realizarse la toma radiográfica en ese laxo de tiempo?

1.1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué tipo de ameloblastomas se presenta más frecuente en la cavidad bucal?

¿Cuál es la importancia del estudio radiográfico de los ameloblastomas?

¿Cuáles son los aspectos radiográficos de los ameloblastomas?

¿Qué ocasionan los ameloblastomas en estructuras óseas de la cavidad bucal?

¿Cuál es la ubicación más frecuente donde aparece el ameloblastoma?

1.2 JUSTIFICACION

La presente justificación del trabajo se basa en el estudio de la frecuencia de los ameloblastomas en pacientes atendidos en Centro Radiológico Dental CRD, tomando en cuenta que este tipo de tumores odontogénicos forman un grupo de lesiones que no se los ve usualmente en los maxilares que son originados de alguna malformación en el proceso de la odontogénesis.

Por esta razón en la actualidad los ameloblastomas están constuidos controversialmente en los que se refiere a su manejo y localización ya que muestran una conducta agresiva en cuanto al manejo se refiere y también porque se muestra en los últimos tiempos una frecuencia de gran magnitud, es decir se presentan con mucha recurrencia y contienen un bajo potencial metastásico.

1.3OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de los ameloblastomas en pacientes atendidos en CRD (centro radiológico dental) en el periodo del 6 de febrero del 2018 hasta el 12 de febrero del 2019.

1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar el estudio tomando en cuenta el sexo y edad de los pacientes atendidos en CRD.
- Determinar los aspectos radiológicos en los que se presentan este tipo de quistes
- Establecer la frecuencia en la que se presenta este tipo de tumores en pacientes observando su edad, aspecto radiográfico y la ubicación donde más suele aparecer.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

(López Alvarenga, 2013) .Realizo un estudio con un rango de pacientes que presentaron ameloblastoma y en estos se observó una gran presencia en su mayoría en la en la parte del cuerpo y ángulo de la mandíbula, se dio a conocer también con este estudio que afecta de la misma manera a ambos sexos pero el rango de edad está entre los 36 años y también se demostró que este rango de pacientes la mayoría fueron asintomáticos. El ameloblastoma que se presentó con más frecuencia fue el multiquístico, el unikuístico y el periférico se notó con menos frecuencia observándose la mayoría de este tipo de tumores en las personas de raza blanca. Cuando se hizo el estudio radiográfico se mostró que la mayoría de lesiones fueron observadas en la raza blanca y radiográficamente se mostró que el ameloblastoma más frecuente es el multilocular. Dando como conclusión se pudo determinar que el porcentaje de pacientes que presentan ameloblastomas en cuanto a la población de análisis fue muy bajo teniendo como resultado solo 3 pacientes durante el 6 febrero del 2018 hasta el 12 de febrero del 2019.

Por otro lado en un estudio retrospectivo de 17 años basado en los datos existentes de los archivos del Departamento Oral de Patología, analizó los archivos de pacientes, con un diagnóstico definitivo de ameloblastoma. Fue recogida la información respecto al sexo, raza, presencia de síntomas, ubicación anatómica y extensión, dentro de los 60 pacientes con ameloblastoma se observó, mayor incidencia en la tercera década de vida (28,3 %). Las mujeres fueron más comprometidas que los hombres, con una proporción 1,22:1. La mayoría de lesiones fueron observadas en la raza blanca (51,7 %). El sitio más habitual por la ocurrencia de tumor fue la mandíbula (85

%). Los pacientes fueron sintomáticos en el 75 %. La mayoría de pacientes presentaron lesiones de 3,5 a 6,0 centímetros de extensión (55 %). Conclusiones: el ameloblastoma es mayormente observado en mujeres, en la tercera década de la vida y en la mandíbula. Las diferencias con otros estudios entre el sexo, la edad, raza, extensión, localización anatómica y los síntomas pueden ser atribuidos a las diferencias geográficas. (Santana, 2014)

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno de origen epitelial sin inducción en el tejido conectivo. En el tratamiento del mismo se debe valorar el tipo clínico (sólido y multiquístico, unikuístico, periférico), la localización y el tamaño del tumor, así como la edad del paciente. Recientemente se han publicado algunos artículos con el fin de actualizar los conocimientos y actitudes terapéuticas frente al ameloblastoma. Se presentan seis casos de pacientes afectados de ameloblastomas localizados en la mandíbula, tratados en los últimos siete años. Se aportan datos acerca de su aparición clínica, sus características histológicas, el manejo terapéutico realizado que consistió en la extirpación de la lesión, fresado perilesional del hueso o resección en bloque, según el tipo de ameloblastoma. Finalmente analizamos el seguimiento y la aparición de recidivas en los pacientes presentados. (Torres, 2015)

Mediante una serie de casos de ameloblastomas, tumores odontogénicos de origen epitelial, valoro los hallazgos histológicos y radiográficos más comunes, su sintomatología más frecuente, y estimaremos la variación de su prevalencia en función de la edad del paciente, sexo, localización de la lesión, etc. A su vez destaco los principales factores de riesgo y clasifico los distintos tratamientos en función de su histología, clínica y tipo de lesión. Dando como conclusión que el instrumental del examen para esta fase diagnóstica (rayos-X, CT o MRT) es esencial; mientras que métodos como la biopsia de la lesión son ineficaces porque normalmente no dan una visión general del tumor y pueden guiarnos hacia un diagnóstico erróneo (Di Cosola, 2017)

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1.1 AMELOBLASTOMAS

En 1868 se describe el primer reporte de ameloblastoma en la literatura científica. Y se asumió también la primera descripción histológica detallada en 1879. Malassez en 1885 introduce el término de adamantinoma, que luego fue abandonado. Desde ese momento se emplea un sin número de términos para referirse a los ameloblastomas como tumores odontogénicos. (López Alvarenga, 2013)

La Organización Mundial de la Salud lo define como una neoplasia polimórfica que se presenta en ciertas partes y de forma invasiva que variadamente muestra un patrón folicular o plexiforme, también está representada por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso por lo que se clasifica entre los tumores benignos del epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico.

El ameloblastoma representa entre el 11 y 13 % de todos los tumores Odontogénicos. (Di Cosola, 2017)

2.1.2 CUADRO CLINICO DEL AMELOBLASTOMA

Dentro de los datos prevalentes en los que se presenta este tipo de tumores se demuestra que este comienza a crecer durante la cuarta y quinta década de vida, sin regirse a sexo o raza. (A. Abayomi, 2016)

Claro está que se puede presentar a cualquier edad pero los datos demuestran que por lo general tiene la predilección de parecer entre los 20 y 50 años, con un promedio de 40 años, a excepción del uniuístico que se diagnostica generalmente entre los 20 y 30 años. Sin embargo la lesión se puede encontrar en cualquier grupo de edad, afectando hasta los niños. (Torres, 2015)

Hasta el momento no se muestran diferencias en cuanto la frecuencia de su aparición según el sexo o la raza, aunque hay autores que indican que en las personas de raza negra en especial los varones es donde más se puede presentar este tipo de tumores y esto se aprecia en un estudio que realizaron

en África del este donde les dio como resultado que se presenta en individuos caucásicos, afroamericanos y asiáticos, pero con preferencia en chinos. (Torres, 2015)

Por lo general estos tumores se los localiza radiográficamente con mayor frecuencia en la mandíbula dando un 80% y muy poco en el maxilar dando un 20 %. De los cuales los que se localizan en el maxilar se presentan más en la región de los molares y con menos frecuencia en el suelo de la nariz, la región canina, y en paladar casi muy poco. (D. Gardner, 2015)

Cuando se produce una afectación del ameloblastoma en el maxilar este afecta los tejidos circundantes, como la fosa infratemporal, el espacio pterigomaxilar; y existe una gran probabilidad de que se extienda sobre las estructuras del hueso como lo es la base del cráneo, órbitas y fosas nasales. Cuando esté afectando a la mandíbula como se presentan en las literaturas ya que aquí está muy frecuente este se da en la zona molar o rama ascendente, y no muy común en la zona de premolares casi nada se encuentra en la parte anterior. La mayoría de los casos donde existe la aparición de tumores se debe al asocio de dientes no erupcionados. (Santana, 2014)

Es muy poco común con la aparición de ameloblastomas extraóseos periféricos: estos e los conoce porque se presentan en tejidos blandos tanto primarios como secundarios; suelen aparecer después de la realización de una cirugía y se localizan en la encía, aparecen en adultos de entre los 40 y 60 años y se originan del epitelio propio de la misma. Son de origen benigno, no son agresivos, y no invaden hueso es decir son muy poco frecuentes. (López Alvarenga, 2013)

2.1.3 ETIOPATOGENIA

En la etiopatogenia del ameloblastoma decimos que se derivan del epitelio que está en relación con la formación de los dientes, por lo que estas células son capaces de formar tejido dental, tejido epitelial e incluso órganos que contengan esmalte como (restos de Malassez), epitelio de quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas, alteraciones del órgano del esmalte en

desarrollo, células basales del epitelio de los maxilares y remanentes epiteliales de la lámina dental. (Torres, 2015)

Hasta la actualidad se desconoce si hay o no factores que desencadenan estímulos con el fin de que se produzca una transformación neoplásica de estas estructuras epiteliales. Algunos autores afirman que esta neoplasia es con frecuencia posterior a extracciones dentales quistectomías o a otros traumatismos. (Di Cosola, 2017)

2.1.4 ASPECTOS HISTOLÓGICOS

En cuanto a su aspecto histológico tenemos que es muy parecido al órgano del esmalte. Por lo que se encuentran varios tipos pero el que con más frecuencia se desarrolla es el folicular, que contiene grandes masas de tejido epitelial que se encuentran sumergidas en partes de tejido conjuntivo. (G. Sammartino, 2017)

Estas masas están contenidas por unas células que tienen parecido a los ameloblastos que se encuentran en la periferia y al centro tejido que recuerda el retículo estrellado. Hay formas llamadas plexiforme: que contienen cordones y redes epiteliales que van dejando espacios en la parte que contiene el estroma conjuntivo se pueden presentar también en forma acantomatosa: que presenta formación de queratina en los islotes epiteliales; la de células granulosas: con islotes con células de citoplasma granuloso y eosinófilos que corresponden a lisosomas; y la de células basales: con un patrón similar al del carcinoma cutáneo de células basales. (López Alvarenga, 2013)

2.1.5 CLASIFICACIÓN DEL AMELOBLASTOMA

Según la OMS (2005) clasificación de los tumores odontogénicos.

1. Ameloblastoma tipo desmoplástico
2. Ameloblastoma tipo uniuquístico

3. Ameloblastoma sólido/multiquístico

4. Ameloblastoma extraóseo/tipo periférico

2.1.5.1 AMELOBLASTOMA DESMOPLÁSTICO

Dentro de este tipo de ameloblastoma se presenta histopatológicamente partes grandes de epitelio con formas irregulares y bordes puntiagudos, también existen células periféricas cuboidales con núcleos hipercromáticos, apariencia columnar menos frecuentes que las otras variantes, microquistes en el espesor de los islotes y estroma fibroso con severa desmoplasia. (López Alvarenga, 2013)

2.1.5.2 AMELOBLASTOMA UNIQUÍSTICO

Según investigadores esta lesión fue separada de las otras porque posee cuadros histogenéticos particulares distintos a lo de los demás hay autores que relatan que se desarrolla a partir de los quistes odontogénicos preexistentes, en cuanto a otros autores describen que el Ameloblastoma y los quistes odontogénicos tienen un ancestro común. (Morales Navarro, 2009)

La transición desde un quiste no neoplásico a uno neoplásico podría ser una posibilidad. Hay autores que describen que podría existir mecanismos patogénicos que se dan para su evolución: hay una teoría que nos relata que se deriva del órgano del esmalte, o de un epitelio y otro que dice que se presenta de una forma sólida y esta degenera o se transforma en quística. (Morales Navarro, 2009)

2.1.5.2.1 CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS

A todas las lesiones quísticas que se presentan adheridas en algún tejido se las denomina características microscópicas:

- Ameloblastoma unikuístico simple: Este se presenta con el tejido epitelial del quiste un poco ameloblastomatoso.

- Ameloblastoma unikuístico intraluminal: Este se presenta en forma de un nódulo ameloblastomatoso, y no presenta rasgos de infiltración de la pared fibrosa del quiste por epitelio odontogénico.
- Ameloblastoma unikuístico intramural:
Se presenta como uno o más proyecciones de tejido epitelial ameloblásticas que se encuentran proliferando en el espesor de la pared conectiva, ya sea del tipo folicular o plexiforme el cual puede estar o no conectado a la cubierta epitelial del quiste.

Las islas de tejido ameloblasto están presentes en el interior de la pared conectiva en contacto directo con el epitelio de un quiste aparentemente no neoplásico. (López Alvarenga, 2013)

2.1.5.3. AMELOBLASTOMA SÓLIDO O MULTIKUÍSTICO

Este tipo de ameloblastoma según los investigadores es el más frecuente ya que se origina frecuentemente en la parte central de los maxilares aunque también suele presentarse en todas las direcciones para lograr invadir todo el tejido local y así lograr destruir la mayoría del hueso. Este tipo de lesiones no suelen encapsularse y tampoco ser recidivantes si son tratados a tiempo con un buen curetaje (Santana, 2014)

2.1.5.4. AMELOBLASTOMA EXTRAÓSEO O PERIFÉRICO

Este tipo de ameloblastomas en su mayoría presentan un aumento de su dimensión en la parte que está localizada que es en la encía. También según investigadores es la que se presenta con menos frecuencia clínicamente, es muy raro el caso que se haya tratado donde se evidencia una afectación al hueso en el que se adhiere y suele presentar una muy buena evolución posterior al tratamiento quirúrgico. (Di Cosola, 2017)

2.1.6 MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS

Estos marcadores inmunohistoquímicos de proliferación celular miden o evalúan el tamaño y el comportamiento del tumor. Y trata él estudió, la expresión del antígeno nuclear de proliferación celular (PCNA) en ameloblastomas. (H. Philipsen, 2016)

En los ameloblastomas unicísticos, que las células invaden la pared quística exhiben un índice significativamente alto de células PCNA positivas más que las células de los nódulos o excrecencias intraluminales del tipo I y II. Estos ameloblastomas de tipo folicular presentaron altos índices. (Torres, 2015)

En el estudio realizado por Piattelli se demuestra que hay una correlación entre la expresión de PCNA y el comportamiento biológico en una serie de lesiones odontogénicas, sin embargo otros autores han intentado el uso de distintos marcadores que diferencien el tipo de ameloblastoma, pero sin resultados esperanzadores por el momento. (Santana, 2014)

2.1.7 REVISIONES RADIOGRAFICAS

Radiográficamente el ameloblastoma se presenta radiolúcidamente. El que se presenta con más frecuencia es el multilocular, donde se presenta en formas de pompas de jabón; los parámetros que se revisan en las imágenes están que pueden ser lisos o también presentar irregularidades.

En otras ocasiones se ve una imagen unilocular o asociada a la presencia de un diente retenido, dando la apariencia de un quiste dentífero o a otras imágenes similares a este tumor, lo que explica que su imagen radiográfica no sea patognomónica. (López Alvarenga, 2013)

Recientemente según lo publicado en artículos publicados sobre el tema, las imágenes uniloculares y multiloculares se precian en ambos tipos de ameloblastoma, con la excepción de que en los ameloblastomas unicísticos con frecuencia se aprecia una imagen unilocular y en el ameloblastoma infiltrante se nota con frecuencia la imagen multilocular. (J. Hong, 2017)

Hay autores que discuten estas versiones y dicen que en los ameloblastomas unicísticos que se presentan multiloculares la causa de esta lesión que presentan márgenes imprecisos, aspecto ya señalado anteriormente por otros autores. (L. Junquera, 2014)

Cuando se realiza un examen radiográfico en la presencia de un posible ameloblastoma deberían ser considerados algunos aspectos como lo son: la localización de este tumor, la relación que presenta con piezas dentarias incluidas y formas en las que se puede presentar la lesión. (A. Natri, 2015)

Varios autores han descrito la interpretación del examen radiográfico en 6 grandes grupos:

1. Que presenten aspectos similares a las de la presencia de un quiste folicular.
2. Que presenten aspectos similares a la presencia de un quiste folicular pero con desplazamiento de un diente incluido y con alargamiento a la neoformación en la rama pudiendo alcanzar la parte coronoides de esta.
3. Que presenten un aspecto similar a la de un quiste folicular pero con la presencia de márgenes policíclicos.
4. Que presenten un aspecto muy parecido a la de un quiste radicular pero que sobresalga porque presente reabsorción de las raíces dentarias contiguas.
5. Que presenten una osteolisis piriforme que se encuentre entre dos piezas dentarias contiguas y desplazamiento dentario.
6. Que presenten osteolisis multilocular periapical pero con presencia de una reabsorción radicular. (P.A. Reichart, 2015)

Por lo general estos ameloblastomas presentan reabsorción de piezas dentarias que siempre están relacionadas a un elemento, esta es la característica principal que lo diferencia de simples lesiones quísticas. (Morales Navarro, 2009)

El otro tipo de ameloblastoma llamado desmoplástico casi siempre cambia las características radiológicas, y muestra una imagen radiolúcida-radiopaca, con

bordes que siempre están mal definidos. Esta es una imagen más común de una lesión fibrosa. Por lo general este está asociado a la presencia del tercer molar retenido. (Morales Navarro, 2009)

La tomografía computarizada sería la mejor opción en cuanto radiográficamente hablamos nos será de mucha ayuda para observar cuanto se ha extendido a través del hueso maxilar, ya que los ameloblastomas primarios casi siempre afectan al hueso. Cuando hay ameloblastomas recurrentes será la mejor opción la toma de una resonancia magnética ya que generalmente se originan de los tejidos blandos o de caras óseas resecaas. (Torres, 2015)

2.1.8 CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

La terapéutica que se aplica en la presencia de este tipo de neoplasias es un poco compleja ya que no se sabe si esta característica presentara acciones recidivantes por lo que podría haber la posibilidad de dejar lesiones microscópicas periféricas y de la eventualidad de un origen pluricéntrico del tumor. Por todas estas razones varios investigadores han decidido subdividirlos en tres grupos clínico histológicos en relación a las modalidades de tratamiento y al pronóstico: uniuístico, sólidos o multiuísticos, periféricos. (Santana, 2014)

La elección de un tratamiento adecuado para los ameloblastomas uniuísticos se debe de la histología que ellos presentan. Por lo que en esta parte es de vital importancia que haya una comunicación entre el cirujano y el patólogo a fin de evaluar la histología y sus elementos y localizar la conducta terapéutica adecuada con el fin de que sea conservadora y erradique la problemática del caso. (T. Tamme, 2014)

Hay un tratamiento que se realiza exclusivamente para la eliminación de los ameloblastomas uniuísticos, este toma el nombre de “enucleación” este se encarga cuando la proliferación ameloblásticas está limitada al epitelio quístico

o que dicho crecimiento protruye a la luz quística sin invasión de la pared ya que en estos casos el tejido o pared conjuntiva periférica que lo circunda actúa como una barrera adecuada de tejido integro. (Morales Navarro, 2009)

La elección para un tratamiento adecuado según las necesidades de esta basado a una serie de características según como se presente clinicopatológicamente el Ameloblastoma, también se consideran las razones macroscópicas y microscópicas de la lesión, la localización, el tamaño, la edad del paciente y la posibilidad de un seguimiento periódico a largo plazo. (Morales Navarro, 2009)

Se opta por considerar a los ameloblastomas unikuísticos intramurales como ameloblastomas poliakuísticos y el tratamiento de elección es la hemirresección mandibular. Para dicha elección se argumenta sobre el carácter agresivo, invasivo y multicéntrico de su crecimiento. (Morales Navarro, 2009)

Al momento de la elección de una conducta terapéutica frente a ameloblastomas sólidos o multikuísticos esto se debe basar en que en estas entidades se ve con frecuencia la infiltración de tejido esponjoso, y también se aprecia una pequeña inclinación a la infiltración del hueso cortical, entonces en este proceso el periostio muy usualmente inicia con la formación de una barrera contra el crecimiento tumoral y que no es posible localizar una cápsula definida cuando el tumor está en contacto con la mucosa bucal. (López Alvarenga, 2013)

Estos son los hallazgos que hacen derivar varias inferencias en el manejo de estos tumores: (Morales Navarro, 2009)

1. El hueso esponjoso debe ser resecado a cierta distancia del límite tumoral macroscópico, siendo recomendado un centímetro de margen de hueso aparentemente sano para lograr una adecuada resección. (Morales Navarro, 2009)

2. El hueso cortical debe ser resecado moderadamente. (Morales Navarro, 2009)

3. La mucosa en contacto con el hueso alveolar y que encierra el hueso perforado debe ser incluida en la resección. (Morales Navarro, 2009)

Otros autores escogen la conducta terapéutica en dependencia de la magnitud del compromiso: (Morales Navarro, 2009)

1. < 1 cm curetaje y controles.

2. > 1 cm Scanner para ver si hay compromiso de las corticales:

- Si no hay compromiso: Curetaje.

- Si hay compromiso: Resección en bloque.

- Si hay ruptura de corticales: Eliminar tejidos blandos.

En caso de que exista recidiva de algún tumor poliquístico, y este se presente con erosión de las corticales, se debe indicar un tratamiento más complejo que consiste en la resección amplia con márgenes de seguridad amplios (al menos 1 centímetro más allá de los límites radiológicos). (Morales Navarro, 2009)

Los ameloblastomas que se presentan en los maxilares se los considera ser más agresivos, y con un pronóstico con un grado de dificultad por lo que también dificulta el tratamiento a realizar ya que en el maxilar los huesos y sus corticales son más delgados que en la mandíbula y no apoya al crecimiento tumoral como ocurre en la mandíbula. (H. Philipsen, 2016)

La combinación de un hueso fino y frágil con la proximidad del maxilar a la cavidad nasal, senos paranasales, órbita y otras estructuras vitales en la base del cráneo agregan una dimensión clínica no presente en los tumores mandibulares. Para logra localizar estos tumores en los maxilares sobre todo los que se adhieren y se encuentran en los sectores latero posteriores, se indica que se debe realizar una Cirugía más compleja y más agresiva, ya que se considera que tiene la capacidad de desarrollarse de manera asintomática con dificultad de poder infiltrar el seno maxilar, la fosa pterigopalatina, la fosa temporal y hasta la base del cráneo. (Santana, 2014)

También se debe tomar en cuenta que ciertos profesionales sugieren que para el tratamiento de la eliminación de los ameloblastomas sólidos o multiquísticos de la mandíbula se debe hacer curetaje seguido de una criocirugía con spray de nitrógeno líquido, con el fin de disminuir la cantidad de recidiva local y disminuir la indicación a la resección radical. (Di Cosola, 2017)

Casi siempre o en todos los casos está indicada la extracción de los dientes que se presenten incluidos en el margen de resección de seguridad alrededor de la lesión. Solo con el fin es de conservarlos en el hueso alveolar que rodea la lesión se podría decir que representan un riesgo para la aparición de recidivas posteriormente. (Morales Navarro, 2009)

Dentro del plan de tratamiento de este tipo de tumores llamados ameloblastomas se debe tomar en cuenta un dato muy importante que es la rehabilitación del paciente con el fin de lograr devolverle la capacidad funcional, anatómica y estética que ha perdido por padecer esta afección. Es por ello que son utilizadas unas especies de placas metálicas llamadas de reconstrucción, o también la utilización de injertos óseos, materiales aloplásticos y parte distracción osteogénica. (T. Tamme, 2014)

Existe un tratamiento que trata de la intervención en la realización de una exeresis, esta se da más a la eliminación del Ameloblastoma periférico, ya que no presenta un comportamiento agresivo y no afecta al hueso subyacente, esta se la nota con mínimo margen y su recurrencia es muy rara en aparecer. (Torres, 2015)

Por otra parte cuando existen ameloblastomas de tipo desmoplástico, se escoge otro tipo de tratamiento en este caso se elige la realización de una resección quirúrgica. Para esto se recomienda realizar una escisión en bloque con márgenes de seguridad, ya que esta se presenta con una gran tendencia a invadir estructuras vecinas y también por la relación que existe entre el número de recidivas y el riesgo de malignización. (Morales Navarro, 2009)

Es por esto que los tratamientos quirúrgicos para la erradicación de los ameloblastomas se resumen en:

1. Curetaje: Raspado quirúrgico de las paredes delimitantes de la lesión.
2. Enucleación: Remoción de la lesión íntegra.
3. Resección en Bloque: Remoción quirúrgica de la lesión intacta con una cuota de hueso periférico íntegro (1-1,5 cm). Mantiene la continuidad del margen mandibular posterior e inferior.
4. Resección segmental: trata la remoción quirúrgica de un segmento de mandíbula o maxilar superior sin preservar la continuidad del margen.
5. Hemirresección: Hemimandibulectomía o hemimaxilarectomía. (W. Jing, 2017)

Entre los factores que se deben considerar para la toma de decisiones sobre el tratamiento adecuado entre los distintos abordajes quirúrgicos son:

1. Agresividad de la lesión.
2. Localización anatómica de la lesión.
3. Proximidad a los dientes y las estructuras neurovasculares.
4. Dimensiones del tumor.
5. Duración de la lesión. (Morales Navarro, 2009)

Las radiografías panorámicas como la tomografía son la primera opción para diagnosticar este tipo de lesiones y se deberían aplicar sólo en aquellos casos en los que no fuese posible el tratamiento quirúrgico (edad del paciente, enfermedades de base, localización y/o tamaño tumoral). La radioterapia como parte del tratamiento de los ameloblastomas, considerados tumores radio resistentes, son la polémica de varios profesionales y muy limitado en casos de que la cirugía sería excesivamente destructiva. La tasa de recurrencias en pacientes tratados únicamente con radioterapia es alta. (Morales Navarro, 2009)

Hay profesionales que discuten que la quimioterapia sea un tratamiento de elección ya que algunos autores afirman que su efectividad es casi siempre

nula mientras que otros obtienen resultados más satisfactorios. (López Alvarenga, 2013)

El tratamiento radical está indicado en casos de ameloblastomas malignos que sobretodo llegan a afectar a personas jóvenes y que padezcan carcinoma ameloblástico. La efectividad de la intervención cuenta con la eliminación en su mayoría de la lesión, sino trata de alcanzar la efectividad funcional: trata de procedimientos reconstructivos, por tanto, se deben planear antes de la cirugía. (D. Gardner, 2015)

Para este tipo de pacientes que han recibido una intervención quirúrgica por la presencia de ameloblastomas se debe realizar una rehabilitación protésica y funcional. Los límites de esta rehabilitación dental son imputables a la distorsión que hubo en la anatomía bucal, también por la presencia de tejido cicatricial, y por la modificación de la topografía ósea y la pérdida del vestíbulo. (Santana, 2014)

Se da un 95 % que se detectan una recurrencia de ameloblastoma y este se da en unos 5 años tras la intervención inicial, aunque el 50 % de estas aparecen en el primer año. Pero también se ha demostrado casos muy pocos de personas en los que le vuelve a aparecer esta lesión más allá del plazo establecido. (H. Philipsen, 2016)

En ciertas ocasiones se muestran que luego de haber pasado muchas cirugías para la erradicación de esta lesión que la lesión sigue apareciendo transformación maligna del ameloblastoma. Es por esto que los profesionales recomiendan a los pacientes el seguimiento a largo plazo y esto sea una pieza fundamental por lo que las características micro invasivas del tumor hacen probable la extensión en los márgenes quirúrgicos. Estos pacientes deben ser observados mínimo 5 años, pero se recomiendan controles clínicos y radiográficos a largo plazo. (Torres, 2015)

2.1.9DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentro del diagnóstico diferencial está considerado la edad, localización y las características clínico-radiográficas, este tipo de diagnósticos se da en 3 grandes categorías que son: tumores odontogénicos, lesiones quísticas y lesiones benignas no odontogénicas. (Morales Navarro, 2009)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo cuantitativa ya que a través de la revisión de los casos, se estableció la frecuencia de forma estadística presentando pasteles con el porcentaje de pacientes que presentaron ameloblastomas sabiendo que para esto se analizó la edad, el sexo, aspectos radiográfico y ubicación del tumor.

También es de tipo exploratorio ya que esta investigación pretende darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a la frecuencia de los ameloblastomas. Este tipo de investigación se realizó ya que se estima que este tema ha sido poco explorado y reconocido.

Se estableció que bajo parámetros que se presentaron durante el periodo se determinó el número de pacientes que presentaron la patología ya que se pudo obtener un porcentaje el cual era la finalidad de esta investigación al conocer que la frecuencia de los ameloblastomas en un periodo de tiempo sabiendo que no solo se pudo observar el daño que causaba a nivel óseo si no

observador que tipo de personas eran afectadas por este tumor, también ver cuál es la zona afectada más recurrente ya que se obtuvieron datos de otros artículos con la finalidad de ampliar el tema a través de la búsqueda, recopilación, organización, valoración, crítica e información bibliográfica y estadística sobre un tema específico permite la visión panorámica de un problema.

3.2 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.3.1 METODOS

El método a utilizar en este tipo de investigación es el de analítico- deductivo ya que se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado a partir de esta experimentación y análisis de una cantidad de casos se establecen leyes universales. Consiste en la extracción de las partes de un todo, con el objeto de estudiarlas y examinarlas por separado, para ver, por ejemplo las relaciones entre las mismas.

También es de método científico ya que se dan un conjunto de pasos ordenados que se emplea principalmente para hallar nuevos conocimientos en las ciencias. Para ser llamado científico, un método de investigación debe basarse en lo empírico y en la medición, sujeto a los principios de las pruebas de razonamiento.

3.3.2 TECNICAS

- Revisión bibliográfica: es, principalmente, una modalidad de trabajo académico para elaborar artículos científicos, trabajos de fin de grado, máster o tesis. El objetivo principal de esta modalidad es realizar una investigación documental, es decir, recopilar información ya existente sobre un tema o problema.
- Ficha nemotécnicas: Son aquellas que sirven para anexar los aspectos más importantes del contenido de un libro, de una revista o

de un artículo periodístico tales como: conceptos, definiciones y comentarios.

3.3.3 INSTRUMENTOS

- Radiografías panorámicas

3.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Este procedimiento de la investigación se lo realizó por 3 etapas que serán descritas en orden:

- En la primera etapa se desarrollara el tema señalado con el respectivo levantamiento de información documental en base artículos científicos que se relacionan con el tema descrito en la investigación.
- En la segunda parte se seleccionara las partes más importantes que pueden aportar a este trabajo investigativo para mentar de información importante este trabajo
- En la tercera etapa se revisara y se analizara la literatura empleada junto con el resultado que nos dará el análisis de las radiografías para la realización de su análisis de resultado junto con sus conclusiones y sus - recomendaciones.

3.4 ANALISIS DE RESULTADOS

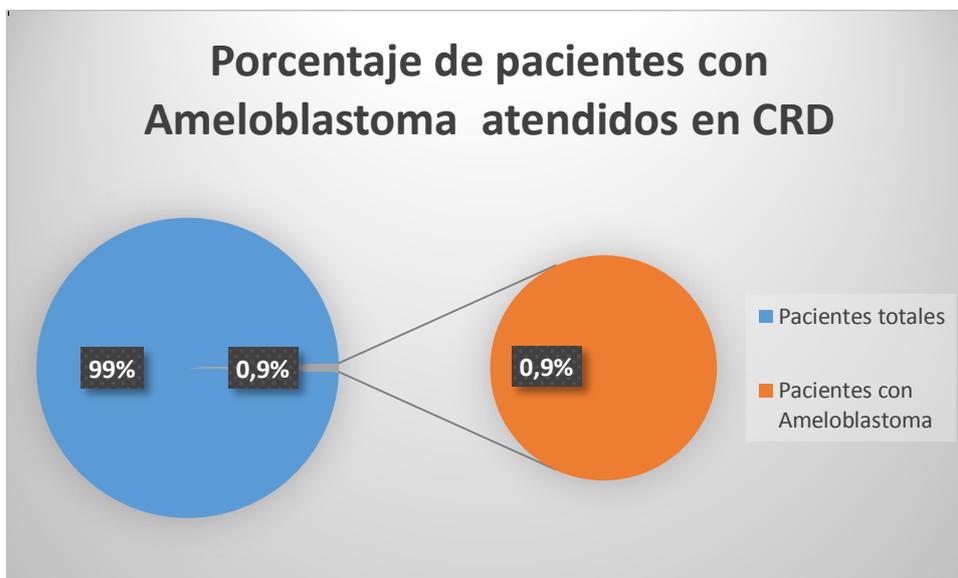
Se realizó un estudio mediante los datos obtenidos del Centro Radiológico Dental CRD, se analizaron archivos de los 340 pacientes que se realizaron las tomas radiográficas de tipo panorámica, en el periodo de tiempo que fue establecido desde el 6 de febrero del 2018 hasta el 12 de febrero del 2019 dando como resultado un total de 3 pacientes que presentaron dicha patología, en este periodo donde solo una minoría resultaron con un diagnóstico definitivo

de ameloblastoma. Fueron analizadas las informaciones con respecto a sexo, edad del paciente, aspecto radiográfico del tumor así como también la ubicación anatómica.

De los archivos obtenidos del Centro Radiológico Dental CRD con un total de 340 pacientes atendidos en el periodo establecido, obteniendo del cual 3 casos que resultaron tener dicho tumor de los cuales 2 pertenecían al sexo masculino y 1 al sexo femenino el rango de edad que se obtuvo fue de 35 a 42 años, el promedio de edad para los multiquisticos fue 42 años y para los unquisticos 35 años.

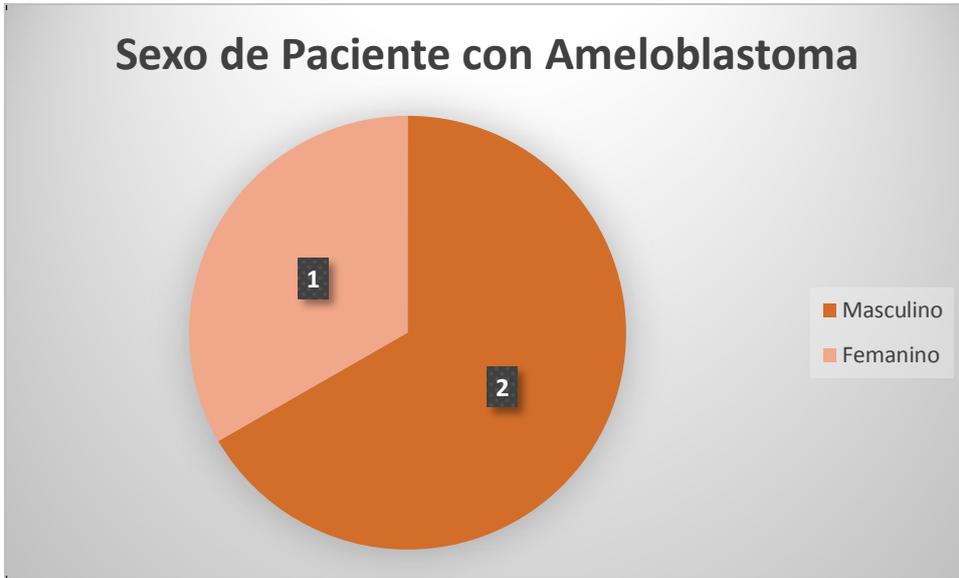
En lo que se trata a la localización todos los 3 casos se detectaron en la mandíbula, aquí el lugar con más frecuencia fue la región del ángulo y rama con un 90% seguida se cuerpo y ángulo con un 10% con nada de frecuencia en la parte anterior de la mandíbula.

Grafico 1

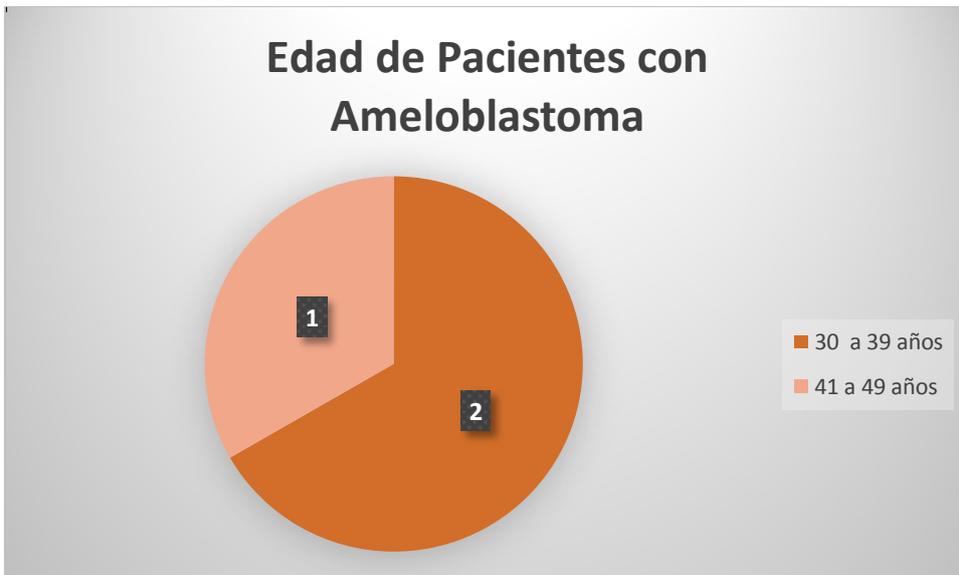


Análisis: de los 340 pacientes que tomamos para nuestro estudio el 0,89% (3 personas) presento en su radiografía un ameloblastoma.

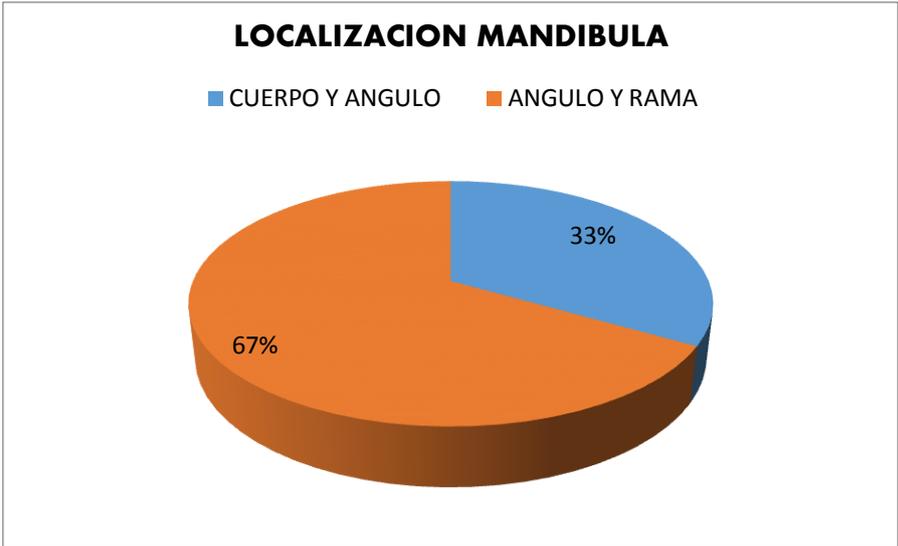
Grafico 2



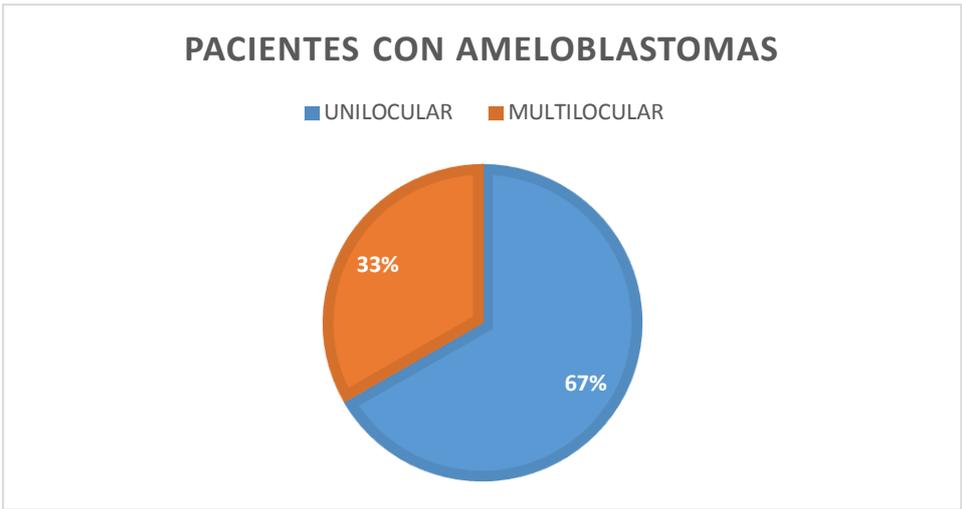
Análisis: de los 340 pacientes el 67% sesxo masculino y de sexo femenino un 33% los que presentaron ameloblastoma



Análisis: el rango que se eligió para este estudio fue de 30 a 70 años donde dos presentaron Ameloblastoma.



Análisis: se encontró que el 67% se alojó en el ángulo y rama de mandíbula seguido por un 33% en el cuerpo



Análisis: en cuanto a los ameloblastomas en pacientes que tienen de aspecto radiográfico 67% fue unilocular y un 33% multilocular.

Radiográficamente se presentó en la imagen #1 un ameloblastoma unilocular, órgano dentario retenido (tercer molar) se presenta este tipo de tumor en la parte de la rama de la mandíbula.

Imagen# 1

Radiografía Panorámica



Fuente propia de la investigación: Paulina Coronel

Espacio: Centro Radiológico Dental CRD

3.5 DISCUSION DE RESULTADOS

Según reportes de estudios ya realizados por varios autores la frecuencia en la que se presenta este tipo de lesiones como los ameloblastomas es grande ya que este tipo de tumores constituyen alrededor del 1% de todos los tumores bucales, y cerca del 18% de los tumores odontogénico. Este aparece en ambos sexos aunque estudios indican que en las mujeres tienden a presentarse unos 4 años y alcanzar un gran tamaño.

La frecuencia en los que se asocia la aparición de este tipo de tumores es por la presencia de dientes no erupcionado y esto sin duda alguna a veces se da

por la falta de espacio entre maxilares ya que se asocia a las malas erupciones de dientes o el tamaño de hueso en la que se presenta.

Se sospecha que se padece de este tipo de tumores cuando hay estudios radiográficos que se realizan por otras afecciones ya que estos se presentan asintomáticos. El diagnóstico que da una certeza de esta lesión es la de biopsia y la realización de un estudio histológico.

Radiográficamente, se estudió que se muestra como una zona radiolúcida en el hueso, de tamaño y apariencia variables, en ocasiones es una lesión única, bien demarcada, otras veces se presenta como una «pompa de jabón (multiloculada).

En algunos casos a veces en la mayoría se observa reabsorción de las raíces de los dientes involucrados, pero no es exclusiva del ameloblastoma. La enfermedad afecta con más frecuencia al cuerpo posterior y el ángulo de la mandíbula, pero puede presentarse en cualquier parte del maxilar inferior o superior. El ameloblastoma se asocia a menudo con muelas del juicio impactadas, una de las razones para que los odontólogos recomienden su extracción. (Morales Navarro, 2009)

Los ameloblastomas fueron mencionados y descritos inicialmente en 1827 y en 1868 fue un autor quien publicó el primer caso en la literatura científica. Y completó la primera descripción histológica detallada en 1879. Posteriormente, en 1885, introdujo el término adamantinoma -epitelioma. Desde entonces se han utilizado numerosos sinónimos para referirse a estos tumores, hasta la actual denominación de ameloblastoma. (Morales Navarro, 2009)

El ameloblastoma se puede presentar de 2 maneras clínicas, la que se presenta con más frecuencia es la intraósea y otra que afecta a los tejidos blandos llamado ameloblastoma periférico; varios autores lo definen como un tumor odontogénico con mismas características histopatológicas muy similares a las del ameloblastoma intraóseo, solo con la leve diferencia de que este solo

involucra a los tejidos blandos (encía/mucosa) que cubren el hueso de los maxilares. (Morales Navarro, 2009)

En los últimos años se han publicado varios artículos que tratan del ameloblastoma, los cuales los hemos tomado como referencia para la realización de la fundamentación teórica de este trabajo. En este estudio se revisaron 3 casos de ameloblastoma tomados de la base de datos de un centro radiológico, con el fin de analizar la frecuencia en la que esta patología se presenta. (Morales Navarro, 2009)

Las muestras radiográficas nos ayudan a establecer la diferencia entre los tipos de ameloblastoma en una forma más clara.

Para obtener diagnóstico definitivo de los ameloblastomas se debe realizar un correcto análisis anatomopatológico. También es importante recalcar que para el estudio de los ameloblastomas se debe hacer una diferenciación entre los tipos multiquísticos y unikuísticos, ya que en esto se basa la diferencia del pronóstico. (Morales Navarro, 2009)

Muchas teorías han surgido con respecto al mejor tratamiento de los ameloblastomas, y se basan principalmente en la naturaleza histológica benigna, en el tipo, en la localización y en el tamaño del tumor, así como en la edad del paciente, lo que conlleva que muchos autores no estén de acuerdo sobre el tipo de tratamiento ideal. (Morales Navarro, 2009)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES

4.1CONCLUSIÓN

- Del trabajo realizado sobre la frecuencia de ameloblastomas en pacientes atendidos en el centro radiológico dental CRD de los 340 pacientes como población atendida en el periodo del 6 de febrero del 2018 hasta el 12 de febrero del 2019 dio un total de 3 pacientes los

cuales serían los afectados por este tumor, donde se evidencio un porcentaje minoritario de 0.882 % presentaba dicha patología , durante este proceso se supo la cantidad de pacientes de sexo masculino dando un total de 180 con un porcentaje de pacientes con ameloblastoma es de 1,11 %, mientras que de sexo femenino fueron un total de 160 dando como un porcentaje de 0,62 % de los pacientes con ameloblastomas.

- Otras de las características que se tomó en cuenta fue la edad promedio de los pacientes con este tumor presente en boca, con pacientes de la edad entre los 35 a 45 años, dando como resultado de nuestro estudio un promedio de 2 pacientes con 35 años de sexo masculino y otra de 42 años de edad de sexo femenino.
- También se pudo obtener el resultado del aspecto radiológico que presentaron cada uno de los tumores, dando como resultado dos tumores uniloculares de 35 años de edad de sexo masculino y uno tumor multilocular de 42 años de edad y de sexo femenino.
- En el último punto se trató sobre la ubicación de cada tumor en la cavidad oral y se obtuvo que eran más prevalentes en el ángulo y rama de la mandíbula que en el cuerpo de la mandíbula, dando como resultado 2 ubicados en el ángulo y rama de la mandíbula y un en el cuerpo de esta.
- Como conclusión final de este estudio pudimos verificar que la frecuencia de este tumor en la cavidad oral de los pacientes tratados en el centro radiológico dental CRD no son muy frecuentes a lo largo de la vida cotidiana.
-

4.2 RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se llegó a las siguientes recomendaciones:

- a) Acudir a consulta odontológica como método preventivo de posibles problemas causados por la presencia de remanente de la lámina dental (restos de malassez), órgano reducido del esmalte, células basales del epitelio de los maxilares, epitelio del órgano del esmalte, epitelio de

quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas, se debe asistir a chequeos radiográficos para evitar destrucción ósea y daños en la mucosa oral de la posible zona afectada por de la existencia de un ameloblastoma, tomando como referencia la edad y sin predilección del sexo.

- b) Realizar chequeos odontológicos pos-tratamiento cada cierto tiempo para prevenir casos donde se produzca una recidiva de este tipo de tumor ya que suele reaparecer y tiende a volverse un tumor maligno.
- c) Los pacientes que presentan este tumor necesitan de ayuda psicológica y estética luego de dar por hecho la existencia de un diagnóstico definitivo ayudando al paciente a conllevar una vida sin complicaciones.
- d) Manifestar al paciente las necesidades terapéuticas de cada aspecto radiográfico de esta patología por si es un tumor de aspecto unilocular necesitara realizar una enucleación y si se trata de un multilocular el tratamiento será ya más complejo para este tipo de tumor.
- e) Tomar en cuenta la ubicación del ameloblastoma en la cavidad oral para conocer que magnitud tiene el tumor y el tratamiento adecuado.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

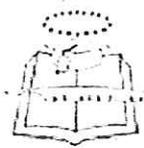
- Abayomi, D. S. (2016). Ameloblastoma: clinical features and management of 315 cases from Kaduna. *Nigeria J Cranio Maxillofac Surg*, 351-355.
- Nastri, D. W. (2015). Maxillary ameloblastoma: a retrospective study of 13 cases Br. *J Oral Maxillofac Surg*,, 28-32

- Olaitan, D.S. Adeola, E.O. Adekeye Ameloblastoma: clinical features and management of 315 cases from Kaduna Nigeria J Cranio Maxillofac Surg, 21 (1993), pp. 351-355
- Olaitan, D.S. Adeola, E.O. Adekeye Ameloblastoma: clinical features and management of 315 cases from Kaduna Nigeria J Cranio Maxillofac Surg, 21 (1993), pp. 351-355
- Ladeinde, M.O. Ogunlewe, B.O. Bamgbose, L. Adeyemow, O.F. Ajayi, G.T. Arotiba, et al. Ameloblastoma: analysis of 207 cases in Nigerian teaching hospital Quintessence Int, 37 (2016), pp. 69-74
- Buchner, P.W. Merrel, W.M. Carpenter Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1.088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world J Oral Maxillofac Surg, 64 (2016), pp. 1343-1352
- Gardner, K. H. (2015). WHO Classification of tumors. Pathology and genetics of Head and Neck Tumours. IACR Press, Lyon, 296-300.
- De Santana Santos, T. A. (2014). Ameloblastoma present in a northeast Brazilian population. *Revista Cubana de Estomatología*, , 47(2), 199-206.
- Cosola, M. T.-C. (2017). El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *Avances en Odontostomatología*, 23(6),
- Gardner Some current concepts on the pathology of ameloblastomas Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod, 82 (2016), pp. 660-669
- Simon, M.A. Merkx, E. Vuhahula, D. Ngassapa, P.J. Stoelinga A 4-year prospective study on epidemiology and clinico pathological presentation

of odontogenic tumors in Tanzania Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 99 (2015), pp. 598-602

- Adebayo, S.O. Ajiki, E.O. Adekeye Odontogenic tumours in children and adolescents: a study of 78 Nigerian cases J Cranio Maxillofac Surg, 30 (2012), pp. 267-272
- Arotiba, A.L. Ladeinde, J.T. Arotiba, AjijkeSo, V.I. Vgboko, O.F Ajayi Ameloblastoma in Nigerian children and adolescents: a review of 79 cases J Oral Maxillofac Surg, 63 (2015), pp. 747-751
- Sammartino, C. Z. (2017). Santarelli Effectiveness of a new decisional algorithm in managing mandibular ameloblastomas: A 10-years experience Br. *J Oral Maxillofac Surg*,, 306-310.
- Wettan, P. Patella, P. Freedman Peripheral ameloblastoma: review of the literature and report of recurrence as severe dysplasia J Oral Maxillofac Surg, 59 (2015), pp. 811-815
- Philipsen, P. y. (2016). Reichart Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases . *from the literature Oral Oncolog*, 317-325.
- Kramer, J. P. (2014). Shea WHO histological typing of odontogenic tumours . (2nd edition).
- Hong, P. Y. (2017). Long-term follow upon recurrence of 305 ameloblastoma cases . *Int J Oral Maxillofac Surg*,, 283-288.
- Eyre, D.C. Rule Conservative management ofameloblastoma in a youngpatient Br Dent J, 154 (2013), pp. 369-373

- Adebisi, V.I. Ugboko, G.O. Omoniyi-Esan, K.C. Ndukwe, F.O. Oginni Clinico-pathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburban Nigerian population *Head Face Med*, 2 (2016), p. 42
- Junquera, G. A.-C. (2014). Ameloblastoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* , 1034-1039.
- López Alvarenga, R. J. (2013). Ameloblastoma: a retrospective study of 48 cases. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*,, 35(4), 145-149.
- Pogrel, B.L. Schimidt Reconstruction of the mandibular ramus/condyle unit following resection of benign and aggressive lesions of the mandible *J Oral Maxillofac Surg*, 65 (2017), pp. 801-804
- Chidzonga, V.M. LopezPerez, A.L. Portilla Alvarez Ameloblastoma: the Zimbabwe an experience over 10 years *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 82 (2016), pp. 38-41



Universidad de Guayaquil

ANEXO 1

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

TRABAJO DE TITULACIÓN
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACION

Nombre de la propuesta de trabajo de la titulación	"Frecuencia de Ameloblastomas en pacientes atendidos en el Centro Radiológico Dental (CRD)".		
Nombre del estudiante (s)	Paulina Ivonne Coronel Litardo		
Facultad	Piloto de Odontología	Carrera	Odontología
Línea de Investigación	Salud oral, prevención, tratamiento y servicios de Salud.	Sub-línea de investigación	Epidemiología y Tratamientos Odontológicos
Fecha de presentación de la propuesta de trabajo de titulación	04/10/2018	Fecha de evaluación de la propuesta de trabajo de titulación	19/11/18

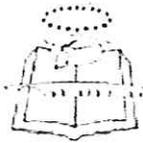
APROBADO

ASPECTO A CONSIDERAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Título de la propuesta de trabajo de titulación	✓		26 Nov 2018 N: 03
Línea de Investigación / Sublínea de Investigación	✓		
Planteamiento del Problema	✓		
Justificación e Importancia	✓		
Objetivos de la Investigación	✓		
Metodología a emplearse	✓		
Cronograma de actividades	✓		
Presupuesto y financiamiento	✓		

APROBADO CON OBSERVACIONES

NO APROBADO

Docente Revisor



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 13 de Noviembre del 2018

ANEXO 2

SR. (SRA)
DIRECTOR (A) DE CARRERA
FACULTAD
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Acuerdo del Plan de Tutoría

Nosotros, Dra. Rosa Margarita Mora Merchan, docente tutor del trabajo de titulación y Paulina Ivonne Coronel Llitardo estudiante de la Carrera/Escuela Odontología, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario: 14:00 a 16:00 pm, el día lunes y de 11:00 - 13:00 el día martes 07:00 - 09:00.

De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de tutoría son:

- Realizar un mínimo de 4 tutorías mensuales.
- Elaborar los informes mensuales y el informe final detallando las actividades realizadas en la tutoría.
- Cumplir con el cronograma del proceso de titulación.

Agradeciendo la atención, quedamos de Ud.

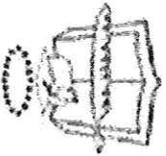
Atentamente,

Estudiante (s)

Docente Tutor

CC: Unidad de Titulación

26 Nov 2018
15:08
J



Universidad de Guayaquil

ANEXO 3

FACULTAD Piloto de Odontología
ESCUELA/CARRERA de Odontología
UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Ido: Dra. Margarita Roxane Herchan
Tipo de trabajo de titulación: Cualitativo y Cuantitativo
Título del trabajo: Frecuencia de los Aprobados en los exámenes de la CRD
Carrera: Odontología

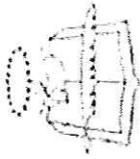
NO. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	14 Nov 2018	- Correcciones del trabajo de titulación (propuesta de trabajo)	14:00	15:00	+ Recursos bibliográficos.		
2	16 Nov 2018	- Estructura del trabajo de titulación	13:00	14:00	+ Investigar y Recopilar textos bibliográficos (Libros, revistas, Folletos y artículos)		
3	2018 19 Nov	- Modificación de tema	14:00	15:00	+ Recopilación bibliográfica.		
4	23 Nov 2018	- Restrucción del tema	14:00	15:30	+ Investigar (Libros, revistas, Folletos y artículos).		

DEPARTAMENTO DE TITULACION DD.

RECIBIDO

FECHA: 03 DIC 2018

HORA: 15:30



Universidad de Guayaquil

ANEXO 3

FACULTAD de Odontología
ESCUELA/CARRERA Odontología
UNIDAD DE TITULACIÓN

Paulina Coronel Fajardo

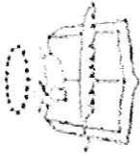
INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dra. Margarita Moran Herrerera
Tipo de trabajo de titulación: Cualitativo y Cuantitativo
Título del trabajo: Evaluación de los Anceblotomas en pacientes pediátricos en CRD
Carrera: Odontología

NO. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	03/12/18	Elección del tema proximo a desarrollar "Anceblotomas"	14:00	15:00	Investiga sobre los diferentes patologías bucales (Anceblotomas)		
2	05/12/18	Estructuración del borrador del trabajo monográfico	13:00	14:00	Ordenamiento de los capítulos del trabajo monográfico.		
3	19/12/18	Revisión del borrador	14:00	15:15	Corrección de ciertas discrepancias narrativas.		
4	21/12/18	Revisión del capítulo I y II del trabajo monográfico en borrador	16:00	17:00	Investiga y recopila información sobre el capítulo III.		

DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN OD.
RECIBIDO

FECHA: 09/01/19
HORA: 14:53



Universidad de Guayaquil

ANEXO 3

FACULTAD de Odontología
ESCUELA/CARRERA Odontología
UNIDAD DE TITULACIÓN

Paulina Coronel Fierdo

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dra. Margarita Herrera Muela
Tipo de trabajo de titulación: Qualitativo y Cuantitativo
Título del trabajo: Frecuencia de los Acheiloboliformes en pacientes adultos en UCRD.
Carrera: Odontología

NO. DE SESIÓN	FECHA TUTORIA	ACTIVIDADES DE TUTORIA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	11/01/19	Corrección del capítulo III	14:00	15:30	Ordenamiento de la información y puntos del visus		
2	14/01/19	Revisión de la corrección del capítulo III	13:00	14:00	Restrucción de los puntos más importantes.		
3	18/01/19	Revisión de conclusión y recomendaciones y su estructura	14:20	15:10	Investigar y recopilar más información sobre las recomendaciones		
4	22/01/19	Corrección de la estructura de las recomendaciones.	16:20	17:00	Revisión de la información entregada.		

DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN OD.
RECIBIDO

FECHA: 12 FEB 2019
HORA: 11:5



ANEXO 1

Universidad de Guayaquil

FACULTAD de Odontología
 ESCUELA/CARRERA de Odontología
 UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dra Margarita Morán
 Tipo de trabajo de titulación: Cuantitativo, Cualitativo
 Título del trabajo: Prevalencia de Ameloblastomas en Pacientes adultos en CRO.
 Carrera: de Odontología

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	11/02/19	Corrección de la conclusión	14:00	15:20	Ordenamiento de la información		
2	13/02/19	Revisión de la corrección	13:00	14:00	Reconstrucción de la información		
3	15/02/19	Revisión de las recomendaciones	11:00	12:30	Investigar sobre el tema		
4	18/02/19	Revisión y Análisis de tesis completa	14:00	15:00	Revisión completa		
5	20/02/19	Corrección de citas bibliográficas	16:00	17:00	Ordenamiento y estructuración completa.		

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.
RECIBIDOFECHA: 26 FEB 2019
HORA: 9.45



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 26 de Febrero del 2019

Sr. /Sra.

**DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **FRECUENCIA DE LOS AMELOBLASTOMAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN CRD (CENTRO RADIOLOGICO DENTAL)** del (los) estudiante (s) **CORONEL LITARDO PAULINA IVONNE** indicando que ha (n) cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

C.I. 0902430961



Universidad de Guayaquil

ANEXO 5

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: FRECUENCIA DE LOS AMELOBLASTOMAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN CRD (CENTRO RADIOLOGICO DENTAL)		
Autor(s): CORONEL LITARDO PAULINA IVONNE		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	4.5
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/ Carrera	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	4.5
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *	10	10
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

FIRMA DEL DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

No. C.I. 0907430961

FECHA: 26-02-2019



Universidad de Guayaquil

ANEXO 6

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado, **Dra. Margarita Morán** tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por, **Coronel Litardo Paulina Ivonne** C.C 091940590-2, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de ODONTOLOGO.

Se informa que el trabajo de titulación **Frecuencia De Los Ameloblastomas En Pacientes Atendidos En CRD (Centro Radiológico Dental)** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (indicar el nombre del programa antiplagio empleado) quedando el 9% de coincidencia.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS PAULINACORONEL para urkund[1].docx (D4817776)
Submitted: 2/21/2019 4:56:00 PM
Submitted By: jose.apolom@ug.edu.ec
Significance: 9 %

Sources Included in the report:

TESIS CUSICAGUA.docx (D40764412)
TUMORES Y LESIONES DE TIPO TUMORAL doc (1).docx (D47913763)
CUSHICAGUA VALERIA.docx (D40829766)
<http://altbucunam.blogspot.com/feeds/posts/default>
<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v1013/medoralv1013p231.pdf>
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2214/Palomino_mp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2007/3%20julio/14-Caso_clinico-14.pdf
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/78533/TFM%2044.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://prezi.com/6q9eq7wr-lbt/ameloblastoma/>
<http://yycuds.maweb.eu/p6v61j987f.html>
<http://www.doctormews.com.pa/ameloblastoma/>
<https://docplayer.es/80492926-Ameloblastomas-un-dilema-oncologico-en-estomatologia.html>

Instances where selected sources appear:

37

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR

C.I. 0903430961

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS PAULINACORONEL para urkund[1].docx (D48177776)
Submitted: 2/21/2019 4:56:00 PM
Submitted By: jose.apolom@ug.edu.ec
Significance: 9 %

Sources included in the report:

TESIS CUSICAGUA.docx (D40764412)
TUMORES Y LESIONES DE TIPO TUMORAL doc (1).docx (D47913763)
CUSHICAGUA VALERIA.docx (D40829766)
<http://altbucunam.blogspot.com/feeds/posts/default>
<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v10i3/medoralv10i3p231.pdf>
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2214/Palomino_mp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2007/3%20julio/14-Caso_clinico-14.pdf
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/78533/TFM%2044.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://prezi.com/6q9eq7wr-lbt/ameloblastoma/>
<http://yycuds.maweb.eu/p6v61j987f.html>
<http://www.doctornews.com.pa/ameloblastoma/>
<https://docplayer.es/80492926-Ameloblastomas-un-dilema-oncologico-en-estomatologia.html>

Instances where selected sources appear:



Universidad de Guayaquil

ANEXO 14

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA
Unidad de Titulación

FREQUENCY OF AMELOBLASTOMAS IN PATIENTS ATTENDED IN CRD (DENTAL RADIOLOGICAL CENTER)

Author: Paulina Coronel

Advisor: Dra. Margarita Morán

Abstract

The present work deals with the study of the incidence of ameloblastoma in patients knowing that these are benign, locally invasive and recurrent odontogenic tumors, which constitutes approximately 11% of odontogenic tumors. The clinical picture is usually characterized by facial deformities, slow growth and asymptomatic. Treatment depends on the type, location and size of the tumor, as well as the age of the patient. It manifests itself predominantly during the fourth and fifth decades of life, without a predilection for sex. It can occur at any age, but the highest incidence is between 20 and 50 years except the unicystic variety that is usually diagnosed between 20 and 30. This tumor grows slowly and silently, without obvious early signs, affecting mainly the mandibular bone. The aim of this study is to perform a study of the frequency of ameloblastomas in cases diagnosed in the existing data of the CRD archives (dental radiological center). The files of patients with definitive diagnosis of ameloblastoma were analyzed, resulting in a number of 3 patients. Information was analyzed regarding sex, race, age of the patient, presence of symptoms, radiographic appearance of the tumor, histopathological diagnosis and anatomical location. The information was analyzed with respect to sex, race, age of the patient, presence of symptoms, radiographic appearance of the tumor, histopathological diagnosis and anatomical location. In conclusion, we have The data of the ameloblastomas reported in this study were similar to those of other series published in the medical literature.

Keywords.- Ameloblastoma, odontogenic tumor, Epidemiology, cysts

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.
RECIBIDO

FECHA: 18 FEB 2019
HORA: 12:47

Revisado y Aprobado por
Lcdo. Nefi Galán Mg
18 de Febrero, 2019