



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

**TEMA:**

Estudio de la prevalencia del quiste dentígero relacionado con los dientes retenidos mediante diagnóstico radiográfico en Cirugía Bucal en la Facultad de Odontología, periodo 2013-2014

**AUTOR(A)**

**Edna Milagros Castillo Rivas**

**TUTOR:**

**Dr. Alex Pólit Luna  
Cirujano Maxilofacial**

**Guayaquil, julio de 2014**

# **CERTIFICACIÓN DE TUTORES**

## **En calidad de tutores del trabajo de titulación:**

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

## **CERTIFICAMOS**

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo/a

## **El trabajo de titulación se refiere a:**

Estudio de la prevalencia del quiste dentígero relacionado con los dientes retenidos mediante diagnóstico radiográfico en Cirugía Bucal en la Facultad de Odontología, periodo 2013-2014

## **Presentado por:**

**Edna Milagros Castillo Rivas**

**C.C. 1126564636**

## **Tutor:**

---

**Dr. Alex Polit Luna**

---

**Dra. Elisa Llanos R. Msc**

**científico Tutor Metodológico**

---

**Dr. Miguel Álvarez avilés Msc**

**DECANO (e)**

**Guayaquil, julio de 2014**

## **AUTORÍA**

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la Srta.

**EDNA MILAGROS CASTILLO RIVAS**

**1126564636**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por brindarme la oportunidad de estudiar una carrera profesional, oportunidad que todos no tienen y me siento bendecida y afortunada por ser yo quien disfrute de esta.

Agradezco a mis padres por luchar cada día conmigo por este sueño por brindarme prioridad ante cualquier dificultad en la vida por todo su apoyo durante estos cinco años de carrera, agradezco a la vida por permitirme disfrutar de ella con experiencias inolvidables.

Sin duda cabe rescatar la enorme admiración hacia un país lleno de oportunidades como lo es la republica del ecuador quien me abrió sus puertas de forma incondicional y me permitió cumplir con un sueño tan importante como lo es ser una profesional en odontología, mis más sinceros agradecimientos para este país que creyó en mí y en mis facultades.

Agradezco mi tutor el Dr. Alex Polit quien ha sido mi guía para la realización de este trabajo y que con arduo esfuerzo dedico su tiempo para que esta investigación fuera posible.

Por último agradezco a todas esa personas que creyeron y que confiaron en mí y que siempre supieron que yo lo podía lograr y a los que no creyeron también se los agradezco porque me llenaron de mucha más fuerza y valentía para lograr mis propósitos y demostrarles que si puedo y podré lograr todo lo que me proponga de ahora en adelante.

Muchas gracias universidad de Guayaquil por permitirme ser una Profesional de la Facultad Piloto de Odontología.

Edna Milagros Castillo Rivas

## **DEDICATORIA**

Dedico el esfuerzo a quienes me han apoyado a lo largo de estos cinco años de carrera llenos de obstáculos que no pudieron conmigo, y experiencias que siempre quedarán en mi corazón.

Principalmente dedico este triunfo a Dios y a mis padres que fueron el motor para que yo empezara con este largo proyecto que fue la experiencia más linda que obtuve en medio de mis estudios como profesional quien más que un obstáculo fue un motivo para seguir en la lucha y para decir yo sí puedo.

Edna Milagros Castillo Rivas

## ÍNDICE GENERAL

---

<b>Contenido</b>	<b>pág.</b>
Caratula	I
Certificación de tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VI
Índice de Fotos	VIII
Resumen	X
Abstract	XI
Introducción	1
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>2</b>
<b>EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Descripción del problema	2
1.3 Formulación del problema	3
1.4 Delimitación del problema	3
1.5 Preguntas de investigación	4
1.6 Objetivos	4
1.6.1 Objetivo general	4
1.6.2 Objetivo específico	4
1.7 Justificación de la investigación	4
1.8 Valoración crítica de la investigación	5
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Bases Teóricas	8
2.2.1 Quiste dentígero	9
2.2.1.1 Características clínicas	9
2.2.1.2 Características radiográficas	10

2.2.1.3 Histología	11
2.2.1.4 Pronostico	12
2.2.1.5 Tratamiento	12
2.2.2 Dientes retenidos	13
2.2.3 Dientes incluidos	13
2.2.3.1 Causas	14
2.2.4 Dientes semiretenidos	14
2.2.4.1 Causa	15
2.2.4.2 Factores locales	15
2.2.4.3 Factores generales	15
2.2.5 Tumor odontogénico queratoquístico	15
2.2.5.1 Características clínicas	15
2.2.5.2 Característica radiográficas	16
2.2.5.3 Histología	16
2.2.5.4 Pronostico y tratamiento	17
2.2.5.5 Tratamiento	18
2.2.5.6 Diagnóstico y diagnóstico diferencial	18
2.2.6 Tumor odontogénico adenomatoide	18
2.2.6.1 Características clínicas	19
2.2.6.2 Características radiográficas	20
2.2.6.3 Histología	20
2.2.6.4 Tratamiento	21
2.2.6.5 Diagnóstico diferencial	21
2.2.7 Ameloblastoma	22
2.2.7.1 Características clínicas	22
2.2.7.2 Características radiográficas	23
2.2.7.3 Histología	24
2.2.7.4 Pronostico	25
2.2.7.5 Tratamiento	25
2.2.7.6 Diagnóstico diferencial	25
2.3 maro Conceptual	26
2.4 marco Legal	27

2.5 Elaboración de hipótesis	29
2.6 Variable de la investigación	29
2.6.1 Variable independiente	29
2.6.2 Variable dependiente	29
2.7 Operacionalización de variables	29
<b>CAPITULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	30
3.1 Nivel de la investigación	28
3.2 Fases Metodológicas	35
3.3 Instrumentos de recolección de información	35
3.4 Población y muestra	36
3.5 Diseño de la investigación	36
4. Análisis de los resultados	36
5. Conclusiones	37
6. Recomendaciones	40
7. Bibliografía	41
Anexos	43

## INDICE DE FOTOS

<b>contenido</b>	<b>pág.</b>
Anexo 1-2	44
Anexo 2-3	45
Anexo 4-5	46
Anexo 6-7	47
Anexo 8-9	48
Anexo 10-11	52
Anexo 12-13	53
Anexo 14-15	54
Anexo 16-17	55
Anexo 18-19	56
Anexo 20-21	57
Anexo 22-23	58
Anexo 24-25	59
Anexo 26-27	60
Anexo 28-29	61
Anexo 30-31	62
Anexo 32-33	63
Anexo 34-35	64
Anexo 36-37	65
Anexo 38-39	66
Anexo 40-41	67
Anexo 42-43	68
Anexo 44-45	69
Anexo 46-47	70
Anexo 48-49	71
Anexo 50-51	72
Anexo 52-53	73
Anexo 54-55	74
Anexo 56-57	75

Anexo 58-59	76
Anexo 60-61	77
Anexo 62-63	78
Anexo 64-65	79
Anexo 66-67	80
Anexo 68-69	81
Anexo 70-71	82
Anexo 72-73	83
Anexo 74-75	84
Anexo 76-77	85
Anexo 78-79	86
Anexo 80-81	87
Anexo 82-83	88
Anexo 84-85	89
Anexo 86-87	90
Anexo 88-89	91
Anexo 90-91	92
Anexo 92-93	93
Anexo 94-95	94
Anexo 96-97	95
Anexo 98-99	96
Anexo 100-101	97
Anexo 102-103	98
Anexo 104	99

## RESUMEN

El Quiste Dentígero es el segundo quiste odontogénico más común generalmente está asociado con la corona de un diente normal impactado, usualmente con los terceros molares inferiores y caninos superiores. Frecuentemente se observa en pacientes del sexo masculino entre los 20 y 40 años de edad. En estudios realizados clínicamente se observan tumefacciones no dolorosas relacionadas con los caninos impactados. Luego de realizar el bosquejo del presente estudio, analizaremos las posibles soluciones encontradas en los datos recopilados. Demostré en un estudio de la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013- 2014 seleccionamos 100 pacientes aleatorios entre las edades de 19 a 35 años de edad se objetivo que 12 pacientes presentaban Quiste Dentigero en este caso la prevalencia de quiste en esta entidad relacionado a estos pacientes se obtuvo un resultado de:  $P = 12 / 100 = 0.12 = 12 \%$  de Quiste Dentigero. Es importante actuar en el momento oportuno, para evitar complicaciones mayores en el paciente cuando el diente se encuentra retenido en mala posición, la indicación sería su remoción quirúrgica, en otros casos cuando el trayecto de erupción es favorable se le realiza el enlace y se lleva al arco dentario por medio de aparatología ortodóncica. Es un requisito absoluto que todos los tejidos provenientes del quiste Dentigero deben someterse a un examen histopatológico, debido a que en algunas áreas de la pared del quiste pueden presentarse cambios a nivel de las células epiteliales que no deben pasar desapercibidos en su evaluación. Es necesario concienciar a la población de la necesidad de someterse a controles odontológicos periódicos el estudio anatomopatológico es imprescindible, así como el control de los pacientes a corto, mediano y largo plazo en edad pediátrica los quistes dentígeros junto con los mucocelos son las lesiones más frecuentes.

**PALABRAS CLAVES: QUISTE, MUCOCELES, ODONTOGÉNICO, DENTIGEROUS**

## **ABSTRACT**

The Dentigerous cyst is the second most common Odontogenic cyst usually associated with the Crown of a normal tooth impacted, usually with third canines and lower molars. It is often seen in patients of a male between 20 and 40 years of age. Clinically studies there are no painful swellings related to impacted canines. After the draft of this study, discuss possible solutions found in the collected data. I showed in a study of the pilot school of dentistry in 2013 - 2014 select 100 randomised patients between the ages of 19 to 35 years of age is objective 12 patients presenting Dentigerous cyst in this case the prevalence of cyst in this entity related to these patients was a result of:  $P = 12 / 100 = 0.12 = 12\%$  of cyst Dentigerous. It is important to act at the right time, to avoid complications in the patient when the tooth is held in bad position, the indication would be their surgical removal, in other cases when the path of eruption is favorable is done the link and takes the dental arch via orthodontic appliances. It is an absolute requirement that all tissues from Dentigerous cyst should undergo a histopathology, due that in some areas of the cyst wall may occur changes in epithelial cells that should not go unnoticed in your evaluation. It is necessary to raise awareness of the need to undergo regular dental checks study pathology is essential, as well as the control of the patients in the short, medium and long term at age Pediatric dentigerous along with mucoceles cysts are the most common injuries, with respect to the age

**KEY WORDS: CYST, MUCOCELE, ODONTOGENIC, DENTIGEROUS**

## INTRODUCCIÓN

Los dientes son considerados piezas importantes para el sistema estomatognático, siendo indispensables para los movimientos de lateralidad y vitales para la continuidad de los arcos dentarios, responsables para el funcionamiento y la armonía oclusal. Su posición adecuada en el arco asegura un buen contorno de la cara y una estética aceptable de los dientes. (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2011)

De acuerdo con Moss, después de los terceros molares el canino superior es el más frecuentemente retenido presentándose con mayor frecuencia en el aspecto palatino y siendo la retención unilateral mucho más común que la bilateral.

Analizando lo antes expuesto y basado en estos conceptos la presente investigación documental tiene como objetivo la recolección, organización, análisis e interpretación de información relacionadas a las generalidades de los dientes que por varios motivos tienden a verse afectados por quiste, especialmente en dientes retenidos.

Cualquier diente de la cavidad bucal puede estar afectado, pero muchos estudios han demostrado que los terceros molares inferiores, los superiores y los caninos superiores son los que mayormente quedan retenidos. Se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin tener preferencia de sexo ni color de la piel.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los quistes dentígero relacionados a los dientes retenidos son muy frecuentes debido a múltiples causas que intervienen en la retención dentaria, teniendo como causas locales: la densidad del hueso que cubre al diente, la falta de espacio en los maxilares poco desarrollados, la pérdida prematura de los temporarios, la irregularidad en la presión y posición de un diente adyacente y una de las más comunes, la fibrosis gingival. También pueden provocar retención dentaria causas generales o sistémicas como por ejemplo: el raquitismo, la anemia, la desnutrición, tuberculosis, trastornos endocrinos metabólicos y sífilis congénita.

### **1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Unas de las condiciones del quiste dentígero son patológicas que pueden ocasionar la aparición de dientes retenidos como es el caso de traumatismos dentarios producidos en la dentición temporal que provoquen cambios de dirección en los folículos de sus sucesores permanentes, lo que fue denominado por Andreas en lesiones de los dientes en desarrollo.

Las lesiones de los dientes en desarrollo pueden influir en su crecimiento posterior y madurez, y generalmente dejan una deformación permanente y con frecuencia muy visible.

La estrecha relación que existe entre los ápices de los dientes temporales y sus sucesores permanentes en desarrollo explica por qué la lesión de los dientes temporales es transmitida fácilmente a la dentición permanente esto a consecuencia que se puede presentar común quiste dentígero.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué factores intervienen en la formación del quiste dentígero relacionado con los dientes retenidos?

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema:** Estudio de la prevalencia del quiste dentígero relacionado con los dientes retenidos mediante diagnóstico radiográfico en cirugía bucal en la facultad de odontología, periodo 2013-2014

**Objeto de estudio:** dientes retenidos

**Campo de acción:** el quiste dentígero

**Área:** Facultad de Odontología

**Periodo:** 2013 – 2014

### **1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

¿Por qué se forman los quistes dentígeros?

¿Cuáles son las características de un quiste dentígero?

¿Qué consecuencias conlleva un quiste dentígero?

¿Cómo se diagnostica un quiste dentígero?

¿Cuáles son las piezas dentarias más afectadas por los quistes dentígeros?

¿Cuál es el tratamiento indicado para el quiste dentígero?

¿Qué es la retención dentaria?

¿Cuáles son las complicaciones de la retención dentaria?

¿Qué efecto tienen las anomalías de erupción en la oclusión dentaria?

## 1.6 OBJETIVOS

### 1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el estudio de la prevalencia del quiste dentígero relacionado con los dientes retenidos mediante diagnóstico radiográfico en Cirugía Bucal en la Facultad de Odontología, periodo 2013-2014

### 1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el diagnóstico radiográfico de los dientes retenidos que presenten erupción pericoronarias más frecuentes.
- Establecer el diagnóstico diferencial de los tumores que presentan diente retenidos.
- Investigar el pronóstico y el tratamiento de los quiste dentígero asociados a los dientes retenidos.

## 1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación se justifica porque cumple con los siguientes aspectos:

**Conveniencia:** es conveniente diagnosticar correctamente mediante series radiográficas las posibles complicaciones que se puedan presentar en un quiste dentígero antes de una exodoncia, pues, detrás de este proceso quirúrgico puede haber varios factores como son la mala posición y crecimiento de las piezas dentales

**Relevancia social:** Se han observado en cien (100) radiografías que un quiste dentígero en dichas piezas pueden sufrir alteraciones al momento de formarse haciendo que queden retenidos, incluidos o semiretenidos las piezas dentarias.

**Implicaciones prácticas:** Mediante este estudio vamos a conocer las posibilidades de prevalencia entre, edad, sexo, posición

**Valor teórico:** para saber la correcta aplicación de métodos a tomar en esta situación y de esta manera incluir los resultados de este estudio radiográfico teniendo en cuenta la prevalencia del quiste dentígero.

**Utilidad metodológica:** logrando ayudar a la comunidad a realizar un estudio radiográfico prematuro de sus piezas dentarias pudiendo surgir ideas en las cual puedan ayudar a disminuir la presencia de esta patología dental y obtener un bienestar en su salud odontológica obteniendo una mejor calidad de vida.

## **1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Este estudio se realiza mediante revisión literaria científica mediante recopilación radiográfica con quiste dentígero con relación a los dientes retenidos

Evaluaremos el presente estudio mediante varios aspectos:

**Delimitado**, ya que describiremos el problema de manera detallada.

**Evidente**, presentamos el problema mediante manifestaciones claras y precisas.

**Concreto**, ya que la redacción expuesta es corta, precisa y directa

**Relevante**, el estudio será importante para la comunidad estudiantil y odontológica.

**Factible**, pues se encontrará soluciones en el problema a investigar y será una guía para la comunidad teniendo recursos como libros, textos del internet, apoyo de radiografías de diagnóstico

**Identifica los productos esperados**, será de utilidad para entidades educativas e interés de la comunidad

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Stephens y otros afirmaron el riesgo a desarrollar un quiste dentígero asociado con un tercer molar no erupcionado ha sido ampliamente recalado. Girod y otros señalaron la necesidad de investigaciones adicionales que permitan identificar factores de riesgo para extraer selectivamente el tercer molar retenido, ante el peligro de que un quiste grande se desarrolle y calcular el riesgo cuando un tercer molar asintomático es dejado en su sitio.(Daley, Tom D. Extracción profiláctica del tercer molar: revisión y análisis de la literatura)

El quiste dentígero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva produciendo expansión ósea, asimetría facial , desplazamiento dental, resorción radicular de los dientes adyacentes y dolorLos de origen embrionario derivan de los restos de Malassez que son restos de la vaina epitelialradicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz, el epitelio del órgano del esmalte que es un epitelio residual que rodea la corona del diente después de completarse la formación del esmalte y de restos de la lámina dental que son islotes y tiras de epitelio que se originan en el epitelio oral y permanecen en los tejidos después de inducir el desarrollo del diente. (AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA, 2008)

**Monteiro y col. (2005)**, reporta que el quiste dentigero representa el 16 % de los quistes maxilares, y se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, entre 10 y 30 años de edad, en este estudio representó el 35.5% de los quistes maxilares, sin embargo se observó con mayor frecuencia en el sexo femenino y la mayor parte de los casos se verificaron en pacientes con edades comprendidas entre los 10 y 29 años(col., 2005)

**Mitsuru 2005** reporta que el ancho de la radiolucenciapericoronar fue menor de 3mm en 61 casos de paciente(<http://Www.scielo.org.ve>, 2001)

El quiste dentígero es un quiste odontogénico que afecta generalmente a dientes impactados, por lo general caninos y terceros molares

El quiste dentígero se origina después que la corona del diente se ha formado por completo, mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona del diente subyacente formado. (E & J, 2001)

Según la teoría de Broca y Magitot, este quiste se puede formar durante una de las tres fases de la (MONTILLA, 2007)

**Pina GG y col (2007):** Realizaron un análisis clínico de los quistes

Maxilares en niños. Los casos fueron tomados de los archivos del Programa de Post Grado en Patología Oral de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Brasil, en el período de marzo de 1970 a noviembre de 2002 teniendo como resultado rio grande en el norte de Brasil El quiste ontogénico de mayor incidencia fue el quiste dentígero (57%). (Pina GG, 2007),

**Li AJM (2007):** Realizó un estudio sobre los quistes maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período 2002 – 2007 teniendo como resultado en Perú del quiste dentígero (20,8%)(AJM, 2007)

**Tortorici S y col (2008):** Realizaron un estudio sobre la prevalencia y distribución de quistes odontogénicos en Sicilia, entre los años 1986 y 2005 teniendo como resultado los quistes dentígeros (11,4%)(col, 2008)

**Avelar RL y col (2009):** Realizaron un estudio clínico-patológico de 507 casos de quistes odontogénicos. Se revisaron 5100 reportes del Laboratorio de Patología Oral de la Escuela de Odontología de

Pernambuco, Universidad de Pernambuco, Recife, Brasil resultó como prevalencia que el quiste dentífero (30,7%)

**Moctezuma BGS y col (2009):** Realizaron un estudio retrospectivo de 103 casos de quistes odontogénicos. Se revisaron 34118 estudios histopatológicos de los Departamentos de Patología de los Hospitales Generales de Zona 2 y Zona 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, México resultó como prevalencia que Los quistes dentíferos (56,3%)

**Pechalova PF y col (2009):** Realizaron un estudio clínico de 621 casos de quistes de los maxilares. Se tomaron a los pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Maxilo Facial del Hospital Universitario de Plovdiv, Bulgaria resultó que Los quistes dentíferos se desarrollan con mayor frecuencia en la mandíbula (72,6%)

**Yazdani J y col (2009):** Realizaron un estudio clínico de 245 casos de quistes odontogénicos de desarrollo. Fueron analizados 245 casos de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz, Irán siendo el más prevalente el quiste dentífero (44%)

**Núñez US y col (2010)::** Realizaron un estudio retrospectivo clínicopatológico de 418 quistes odontogénicos. Se revisaron 1235 diagnósticos histopatológicos de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Bucal de la Clínica Dental de la Universidad de Barcelona resultó de prevalencia del quiste folicular o dentífero (21,8%)(col n. U., 2010)

**Batista SL y col (2010):** Realizaron un estudio para determinar el perfil demográfico de los quistes odontogénicos en una población brasileña en un período de 38 años. Se revisaron 9216 biopsias orales de los archivos del Servicio de Patología Oral de la Universidad de Rio Grande del Norte, Natal, Brasil resultó de prevalencia de quistes dentíferos (20,1%)

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 QUISTE DENTIGERO**

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior.(Radiología oral y maxilar, 2011)

El quiste dentígero o Coronodentario es clasificado por la O.M.S. como uno de los quistes odontogénico de desarrollo, siendo una cavidad anormal que rodea la corona de un diente no erupcionado, dejando por fuera la raíz o raíces de dicha estructura dentaria. Se origina por alteración del epitelio del órgano del esmalte después de la formación completa de la corona por la acumulación de líquido entre las capas del epitelio adamantino o entre este y la corona dental. Está siempre asociado a la corona de un diente retenido. Suelen descubrirse por un estudio radiográfico de rutina. Es de crecimiento lento y asintomático. Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y gran reabsorción radicular de los dientes adyacentes.

#### **2.2.1.1 Características Clínicas**(Radiología oral y maxilar, 2011)

Los síntomas en el QD son escasos y rara vez alcanza grandes proporciones, cuando esto sucede se detecta clínicamente, ya que produce expansión ósea y asimetría facial, debido a la excesiva presión interna de la lesión, lo que predispone a la producción de fracturas patológicas por erosión del hueso cortical, sin embargo, en la mayoría de los casos es detectado como un hallazgo radiográfico (Regezi y Sciubba, 1995). También debemos estar atentos en observar si hay pérdida de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y dolor, los cuales son secuelas del continuo agrandamiento del quiste. Por otra parte, es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva.

Nos podemos guiar con las siguientes características:

Localización: 75% asociados a 3ra molar inferior y canino superior.

Edad: Adolescente o adulto joven

Crecimiento lento

Dependiendo del tamaño puede producir asimetría facial

Generalmente es asintomático

Rara vez produce parestesia

Si es múltiple se puede asociar a Displasia Cleidocraneal

La recurrencia es rara

#### **2.2.1.2 Características radiográficas**(Radiología oral y maxilar, 2011)

El examen radiográfico del maxilar que está afectado por un QD revelará una lesión radiolúcida bien definida, con cortical, alrededor de la corona de un diente no erupcionado. Las lesiones pequeñas de menos de 2,0 cm de diámetro son "uniloculares". Sin embargo, si no son detectadas tempranamente, la lesión puede crecer y se vuelve un quiste dentígero "grande y multilocular", lo que hace posible la confusión con otras lesiones más agresivas, como por ejemplo el ameloblastoma (School of Dentistry. U. S. C., 1997). A veces se observa una radiolucidez pericoronaria incipiente que confunde entre un quiste dentígero pequeño y un folículo o espacio folicular dental ligeramente dilatado. Para esto, Maroo en 1991 señala que estos quistes inicialmente se presentan como una radiolucencia unilocular pericoronaria, cuyo ancho excede de 2,5 mm. Sin embargo, se establece que hay que realizar un control radiográfico, para seguir la evolución del diente y determinar si se trata de una lesión o simplemente de la dilatación del folículo dentario en la fase pre-eruptiva.

A continuación mencionamos las siguientes características:

Lesión pericoronaria, envuelve a la corona de un diente incluido a partir de la unión esmalte-cemento

Densidad: Radiolúcida Corticalizada (hiperostóticos)

Forma: redondeada u ovalada, Unilocular

Si se encuentra en el maxilar superior puede extenderse dentro del antro maxilar.

Produce:

Expansión de tablas óseas

Desplazamiento y reabsorción radicular

### **2.2.1.3 Histología**

Para el quiste dentígero no hay características microscópicas típicas que puedan distinguir entre un quiste dentígero de cualquier otro quiste odontogénico.

Por lo general está constituido por una delgada pared de tejido conectivo con una capa delgada de epitelio escamoso estratificado que tapiza la luz del quiste. La formación de brotes epiteliales suele faltar, salvo que exista infección secundaria. La pared de tejido conectivo a menudo es bastante gruesa y se compone de mucho tejido conectivo fibroso. Además la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa "acanalada" de paraqueratina y ortoqueratina similar a la observada en el quiste primordial y los otros queratoquistes odontogénicos. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común, aunque no siempre hay causa evidente para ello. El contenido de la luz es un líquido acuoso amarillento, poco espeso y a veces con sangre (Dental, 2004)

La pared del quiste está cubierta por un epitelio estratificado escamoso no queratinizado, el estroma se compone de colágena en un fondo rico en glucoproteínas y mucopolisacáridos ácidos.

Además es importante destacar que no hay microscópicamente características que se puedan usar para distinguir el quiste dentígero de los otros tipos de quistes odontogénicos.

#### **2.2.1.4 Pronóstico**

Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva. Mientras que si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existiendo el riesgo de producir fractura patológica del maxilar comprometido (School of Dentistry. U.S.C., 1997). También es importante destacar que los quistes odontogénicos tienen que ser considerados una posible fuente de enfermedades metastásicas (Manganaro y cols., 1997).

#### **2.2.1.5 Tratamiento (tra)**

Las lesiones uniloculares pequeñas se eliminan a través de la osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión. En las lesiones grandes puede ser necesaria una cirugía extensa donde incluso puede haber resección de la mandíbula (Shafer y cols., 1986). Hay dos procedimientos quirúrgicos que se emplean para eliminar estos quistes, marsupialización y enucleación. La marsupialización es un procedimiento indicado en aquellos casos donde se presentan Quiste Dentígero de gran tamaño, que involucran una seria pérdida ósea y que adelgazan peligrosamente el hueso; es muy utilizado sobretodo en niños, en los casos que se pueda guiar la erupción del diente impactado hasta llevarlo a una posición normal (Laskin, 1987). Con relación a la enucleación, siempre que sea posible se prefiere este procedimiento, porque pueden existir transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a la pared del Quiste Dentígero, lo cual hace necesario enuclear el quiste y someterlo a un estudio histopatológico, de esta manera se hace una escisión total del tejido patológico, disminuyendo posibilidades de recurrencia y de transformaciones desfavorables (Laskin, 1987)

## **2.2.2 DIENTES RETENIDOS**

Las retenciones dentarias son alteraciones que se encuentran con cierta frecuencia. Se producen debido a múltiples factores y podrían ser interceptadas si se hiciera un diagnóstico clínico y radiográfico a temprana edad. Una pieza dentaria retenida es aquélla que no ha erupcionado en su época cronológica normal. En otras palabras podemos concluir que es un diente que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar.

## **2.2.3 DIENTES INCLUIDOS**

Diente erupcionado durante el tiempo esperado y se encuentra al interior del maxilar, con o sin patología asociada. Esto se debe a que en la evolución del hombre, el tamaño del maxilar superior y de la mandíbula ha ido disminuyendo más rápidamente que el número de dientes. Se da más frecuentemente con las cordales (muelas del juicio) y con los caninos (colmillos). En su intento por salir, empujan al resto de dientes pudiendo provocar apiñamiento y mala posición, dolor, inflamación y supuración, y lesión en las raíces de dientes cercanos e incluso provocar su caída. Es mejor realizar su extracción cuando no existe sintomatología ni molestias. El estudio más preciso para su diagnóstico es la Tomografía 3D

### **2.2.3.1 Causas**(detododental.blogspot.com, 2009)

La evolución del hombre ha conducido a que los maxilares sean más pequeños. Hay una tendencia evolutiva a la desaparición de algunas piezas dentales más comúnmente los terceros molares (cordales, muelas del juicio) y los incisivos laterales superiores. También se cree que los maxilares son más pequeños debido a que la alimentación es más blanda, produciéndose así poco estímulo para el desarrollo de los huesos maxilares.

Las causas locales para los dientes incluidos podrían ser:(detododental.blogspot.com, 2009)

La mala posición dentaria

Perdida de espacio por la pérdida de piezas ya sea primarias o permanentes

Retención prolongada de las piezas primarias

Rotación de los gérmenes dentarios

Patología

Inflamación crónica de la mucosa con la consiguiente fibrosis y aumento de la densidad de la misma.

Causas locales adquiridas:

Infección o necrosis tisular

Cambios inflamatorios en el hueso

Algunas condiciones sistémicas:(detododental.blogspot.com, 2009)

#### **2.2.4 DIENTES SEMIRETENIDOS**

Termino que se utiliza para aquellos dientes que se exfolianpero de una manera incompleta o parcial

##### **2.2.4.1 Causa**

Multifactorial

##### **2.2.4.2 Factores Locales:**

Falta de espacio

Quistes dentígeros

Fibromatosis gingival

Secuela de traumatismo

Restos radiculares persistentes

Anquilosis del predecesor

Dientes supernumerarios

Pérdida precoz del diente temporal

### **2.2.4.3 Factores Generales**(<http://es.scribd.com/doc/97947947/>, 2008)

Trastornos endocrinos

Avitaminosis-Síndrome de Down

Cretinismo

Osteopetrosis

Amelogénesis imperfecta

Cabe mencionar que las características clínicas y radiográficas son parecidas a los retenidos con la diferencia de que lo semiretenidos si son vistos parcialmente.

## **2.2.5 TUMOR ODONTOGENICO QUERATOQUISTICO**

### **2.2.5.1 Características clínicas**

Clínicamente hay asimetría en la zona, es asintomático y de crecimiento lento. La recurrencia va del 10 al 60%. Debido a que presenta quistes satélites, se recomienda utilizar solución de Carroy después del curetaje. Cuando son múltiples se descarta el síndrome de Gorlin.(BARNES L, 2005.)

### **2.2.5.2 Características radiográficas**

Zonas radiolúcidasoniloculares o multiloculares, asociadas o no a la corona de un diente, bien delimitadas con o sin borde esclerótico, tiene más un crecimiento intramedular que con expansión de corticales, por lo que existen lesiones de gran tamaño.

### **2.2.5.3 Histología**

Definido por la Organización Mundial de la salud, como un quiste “caracterizado por una delgada capsula fibrosa y revestido por epitelio escamoso estratificado queratinizado, usualmente con cinco a ocho células en empalizada, con todos sus núcleos al mismo nivel”.

GRINSPAN D, realizó una excelente descripción de la histología de los queratoquistes odontogénico del cual se hará una breve reseña, él mismo señala las pautas histológicas que describiera Shear en 1990; “como una capa de epitelio escamoso estratificado, regular y delgada, sin conos, con la superficie para u orto queratinizada y la queratina acumulada en la cavidad. La basal es usualmente columnar, más raramente cuboidal y las células tienen a veces núcleos picnóticos y vacuolados. La pared conectiva está generalmente libre de células inflamatorias”. Cuando existe paraqueratinización existe una capa delgada, con pequeños arrugamientos como sobreimpresos en una capa epitelial con grandes dobleces.

En cambio con la ortoqueratinización, el material es abundante y se acumula en grandes cantidades en la bolsa quística.

El tipo de queratinización puede predecir el índice de recurrencia. Por consiguiente los queratoquistes que presentan ortoqueratosis, raramente presentan recurrencia en comparación con los queratoquistes paraqueratinizados

#### **2.2.5.4 Pronóstico y tratamiento.**(BARNES L, 2005.)

El índice de recurrencia de los tumores odontogénicos queratoquísticos varían enormemente con un rango de 0% a 62 %<sup>11</sup>. La mayoría de las recurrencias ocurren dentro de los 5 años después del tratamiento<sup>11, 12</sup>. Por tal motivo muchos de los cirujanos están abocados a realizar una quistectomía completa con márgenes extensivos o realizando un curetaje meticuloso alrededor de los tejidos.

MEISELMAN considera las terapias conservadoras e incluyen: enucleación, curetaje y marsupialización.

WILLIAMS y colaboradores definen al tratamiento agresivo como aquel método utilizado, sumado a la enucleación, e incluye curetaje (mecánico,

físico/o químico) y/o resección con o sin pérdida de continuidad mandibular.

El uso de terminología estandarizada para métodos de extirpación de lesiones óseas es parámetro de discusión; la terminología recomendada por GIULIANI<sup>28</sup> incluye enucleación, curetaje, descompresión, marzupialización, resección con o sin defecto de continuidad y desarticulación.

Se sabe que la recurrencia de los queratoquistes puede ser por varios motivos<sup>28</sup>:

1. Remoción incompleta o lesiones quísticas residuales ocasionando el desarrollo de nuevas formaciones (quistes hijos o islas epiteliales en la pared del quiste original de algún remanente en el hueso o tejido blando).
2. Nuevos queratoquistes desarrollados a partir de un brote de la línea basal del epitelio oral.
3. Continúas formaciones de nuevos quistes en pacientes con el Síndrome de Gorlin-Gotz.

#### **2.2.5.5 Tratamiento**

Quirúrgico y conservador, con un curetaje profundo y la aplicación de la solución de Carnoy

#### **2.2.5.6 Diagnóstico y diagnóstico diferencial.**

El diagnóstico del tumor odontogénicoqueratoquísticos es esencialmente histopatológico, siendo ventajosamente sencillo. El diagnóstico diferencial del tumor odontogénicoqueratoquístico se puede hacer con el quiste dentífero por la similitud en la edad de aparición, sitio de predilección, además de características radiológicas mencionadas. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con el ameloblastoma, casi con exclusividad, ya que comparten características muy parecidas como ser la edad promedio de aparición, apariencia radiográfica, deformación de las tablas óseas,

reabsorción radicular y ocasionalmente parestesia del hemilabio. También surge la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con entidades de comportamiento radiográfico, que en algunas veces son parecidas al del tumor odontogénicoqueratoquístico, como ser el mixoma cuando se presenta con el aspecto de quiste.(SHEAR M, 2007)

También los tumores no odontogénicos como las anomalías vasculares, los tumores óseos benignos, el plasmocitoma-mieloma y los carcinomas con poca capacidad de metástasis, pueden manifestarse de forma similar a la descrita.6

### **2.2.6 TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE**

El Tumor Odontogénico Adenomatoides es una lesión clasificada por la OMS dentro de los tumores odontogénicos con participación del ectomesénquima, ya que puede contener, además del epitelio, tejido calcificado en su interior.

Es una lesión de crecimiento lento y poco invasiva pero que se puede asemejar a otras lesiones odontógenas de mayor agresividad como el quiste dentígero y el ameloblastoma entre otros. Su localización clásica (área de caninos superiores) nos orienta al diagnóstico y su patrón histológico ductiforme es muy propio de este tumor.

Se hace una revisión de la literatura acerca de este tumor odontogénico benigno, sus características clínicas, radiográficas, tratamiento, así como los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta, y se reporta un caso.

([http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor\\_odontogenico\\_adenomatoides.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor_odontogenico_adenomatoides.asp), 2010)

#### **2.2.6.1 Características clínicas**

El Tumor Odontogénico Adenoide se presenta como una masa o tumefacción de tamaño variable, generalmente en un rango de 5 a 30 años de edad, con mayor frecuencia en el segundo decenio de vida, con

predilección por el sexo femenino sobre el masculino en una relación de 2:1 y la zona anterior del maxilar superior.

Es más frecuente en la raza negra. Su aparición en el maxilar superior con respecto a la mandíbula es del doble.

Representa solo el 0.1 % del total de tumores y quistes de los maxilares y el 3% de los tumores odontogénicos.

Bulut y cols. Lo describen como una lesión odontogénica poco común, que se presenta entre la 2da y 3era década de vida con fuerte predilección por el sexo femenino localizada mayormente en la zona de incisivo lateral y canino superior.

Este tumor a menudo se encuentra asociado a la corona de un diente retenido, principalmente el canino superior, y en ocasiones puede presentarse en localización extra ósea como una tumoración gingival

Aunque es frecuente en la zona anterior del maxilar superior, se han reportado casos de TOA localizado en la mandíbula entre las raíces del canino y primer premolar.

#### **2.2.6.2 Características radiográficas**

En los casos asociados a dientes retenidos la lesión usualmente se presenta como una lesión radiolúcidas bien definida en situación pericoronar, de manera similar a la imagen que produce el quiste dentígero y en ocasiones se observan finas áreas radiopacas dispersas dentro de la lesión, las cuales indican la presencia de tejido mineralizado. La lesión puede ocasionar divergencia en las raíces dentales.

Es habitualmente unilocular pero por lo menos cuatro casos de lesiones multiloculares se ha reportado en la literatura.

Aunque habitualmente está asociado a la corona de un solo diente retenidos, también puede relacionarse con las coronas de varios dientes retenidos.

Layton dice que este tumor se presenta con frecuencia como una radiolucencia de 1.5 a 3cm de diámetro en la zona anterior del maxilar superior comúnmente asociada a la corona de un diente retenido.

Curran y cols. Reportaron un caso de Tumor Odontogénico Adenoideo que se presentó como una imagen radiolúcida asociada a las raíces de dientes erupcionado semejando un quiste radicular.

([http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor\\_odontogenico\\_adenomatoide.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor_odontogenico_adenomatoide.asp), 2010)

### **2.2.6.3 Histología**

El Tumor Odontogénico Adenoideo se compone de mantos de células poliédricas y fusiformes dispuestas en un patrón lobular y en algunas ocasiones reticular. Contiene estructuras en forma de conductos formadas por células epiteliales columnares que le dan el aspecto histológico característico a esta lesión. En ocasiones se pueden observar focos de calcificación distrófica dentro de la lesión, entre las células epiteliales. Con frecuencia esta lesión puede contener áreas localizadas que recuerdan al tumor odontogénico epitelial calcificante o tumor de Pindborg, con abundante mineralización y material amiloide globular; sin embargo, es importante señalar que este hallazgo no altera el carácter benigno de la lesión.

Poulson reporta un caso donde se observan estructuras que podrían ser gránulos secretores.

### **2.2.6.4 Tratamiento**

Debido a que el Tumor Odontogénico Adenoideo es una lesión muy bien encapsulada, benigna y de comportamiento poco agresivo, está indicada la enucleación conservadora. Es excepcional la recurrencia.

### **2.3.6.5 Diagnóstico Diferencial**

La lesión que con mayor frecuencia puede confundirse con este tumor es el quiste dentígero debido a la asociación de ambos a la corona de un diente retenido. Sin embargo, un dato radiográfico que puede ser útil para diferenciarlos es la presencia de material calcificado dentro del tumor, aunque no todos los casos de TOA presentan esta característica. En otras ocasiones el aspecto macroscópico del espécimen permite identificar en el interior de la cavidad al tumor en forma de proyecciones papilares o sólidas de color blanco-amarillento bien delimitadas por una gruesa cápsula fibrosa.

([http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor\\_odontogenico\\_adenomatoide.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor_odontogenico_adenomatoide.asp), 2010)

Aunque no es frecuente existen reportes de que el Tumor Odontogénico Adenoideo puede presentar con semejanzas radiográficas a un quiste radicular inflamatorio (quiste periapical).

En los casos en que se presentan calcificaciones intralesionales en lesiones pericoronales o extrafoliculares es obligado considerar al quiste odontógenocalcificante (COC) y al tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC) como diagnósticos diferenciales.

### **2.2.7 AMELOBLASTOMA**

El tumor odontógeno adenomatoide Tumor Odontogénico Adenoideo es una lesión odontogénica benigna bien circunscrita derivada del epitelio odontógeno con muy baja tendencia a la recidiva. De crecimiento lento y poco invasiva. Muestra una morfología muy peculiar (aparición basaloide con estructuras glanduliformes, calcificaciones esferulares, presencia de material amiloide y aspecto “adenomatoso”) que facilitan su reconocimiento histológico. Suele presentarse alrededor de las coronas de los dientes anteriores no erupcionados en pacientes jóvenes.

Se conocen tres variantes de Tumor Odontogénico Adenoideo:

Folicular

Extrafolicular

Periférico

### **2.2.7.1 Características clínicas**

Los ameloblastomas están asociados frecuentemente con la presencia de dientes no erupcionados. Los síntomas incluyen edema indoloro, deformidad facial en casos severos, dolor si el hinchazón comprime otras estructuras, perdidas dentales, úlceras, y enfermedades periodontales. Pueden presentarse lesiones en la mandíbula o el maxilar, sin embargo el 75% se presentan en la rama mandibular presentándose con deformidad extensa de la región facial afectada.

En el maxilar puede extenderse dentro del seno maxilar y base de la nariz. La lesión tiene una tendencia a engrosar las cortezas óseas, debido a que el lento crecimiento de la lesión permite que el periostio desarrollar una capa delgada de hueso alrededor de la lesión en expansión. Esta capa de hueso se rompe al ser palpada y el fenómeno es descrito como «ruptura de cáscara de huevo» crépito, un signo diagnóstico importante. El ameloblastoma es tentativamente diagnosticado por medio de radiografías y debe ser confirmado por medio del examen histológico.

Radiográficamente, aparece como una sombraradiolúcida en el hueso, de tamaño y apariencia variables, en ocasiones es una lesión única, bien demarcada, pero en ocasiones se presenta en apariencia, como una «pompa de jabón» multilobulada. La reabsorción de las raíces de los dientes involucrados puede observarse en algunos casos, pero no es exclusiva del ameloblastoma. La enfermedad con más frecuencia se encuentra en el cuerpo posterior y el ángulo de la mandíbula, pero puede presentarse en cualquier sitio, ya sea del maxilar o de la mandíbula. El ameloblastoma está a menudo asociado con las muelas del juicio

impactadas, una de las razones para que los odontólogos recomienden su extracción.(PHILIP Sapp J, 2009)

#### **2.2.7.2 Características radiográficas** (Bucal & novena, 2005)

En los casos asociados a dientes retenidos la lesión usualmente se presenta como una lesión radiolúcida bien definida en situación pericoronar y en ocasiones se observan finas áreas radiopacas dispersas dentro de la lesión, las cuales indican la presencia de tejido mineralizado. La lesión puede ocasionar divergencia en las raíces dentales.

Es habitualmente unilocular pero por lo menos cuatro casos de lesiones multiloculares se ha reportado en la literatura. Aunque habitualmente está asociado a la corona de un solo diente retenido, también puede relacionarse con las coronas de varios dientes retenidos.

Layton dice que este tumor se presenta con frecuencia como una radiolucencia de 1.5 a 3cm de diámetro en la zona anterior del maxilar superior comúnmente asociada a la corona de un diente retenido.

Aunque como ya se mencionó la localización más frecuente es la zona canina superior hay un caso reportado de esta lesión asociada a un tercer molar superior retenido.

#### **2.2.7.3 Histología**

El Tumor Odontogénico Adenoideo está constituido por una capsula externa de tejido conjuntivo fibroso, que rodea una formación nodular de células epiteliales. El resto del tejido puede ser sólido o contener áreas quísticas focales. Los nódulos están formados por células epiteliales fusiformes que están a menudo en una disposición arremolinada. Dispersas la mayoría de las lesiones se observan estructuras ductales, constituidas por una disposición circular de células cilíndricas con depósitos interpuestos de material eosinófilo positivo para el ácido peryodico-Shiff (PAS). Se considera que es una forma de membrana basal. Las calcificaciones esféricas suelen estar dispersas por todo el

epitelio, pero no son un hallazgo constante. El estroma contiene a veces áreas difusas de material hialino.(PHILIP Sapp J, 2009)

En ocasiones se pueden observar focos de calcificación distrófica dentro de la lesión, entre las células epiteliales. Con frecuencia esta lesión puede contener áreas localizadas que recuerdan al tumor odontogénico epitelial calcificante o tumor de Pindborg, con abundante mineralización y material amiloide globular; sin embargo, es importante señalar que este hallazgo no altera el carácter benigno de la lesión.

El aspecto histológico del ameloblastoma es muy parecido al del órgano del esmalte. Aun así, varias han sido las clasificaciones realizadas, siendo una de las más utilizadas, la confeccionada por la OMS, que identifica cinco variantes que a continuación se describen:

Ameloblastoma folicular (simple): se compone de muchas islas tumorales pequeñas, formadas por una capa periférica de células cuboidales o columnares con núcleos polarizados que tienen bastante similitud con los ameloblastos o pre-ameloblastos, y una porción central de células poliédricas semejantes al retículo estrellado. Se asemeja al folículo dental normal.

Ameloblastoma de células basales: son tumores que presentan un patrón similar al del carcinoma cutáneo de células basales, razón por la cual recibe este nombre. En este caso las células epiteliales del tumor son más primitivas y menos columnares y por lo general están ordenadas en láminas más pronunciadas que en cualquier otro tipo de tumor.

#### **2.2.7.4 Pronóstico**

Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva. Mientras que si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al

hueso, existiendo el riesgo de producir fractura patológica del maxilar comprometido.(PHILIP Sapp J, 2009)

#### **2.2.7.5 Tratamiento**

En un estudio detallado en 345 pacientes, la quimioterapia y radioterapia parece estar contraindicadas para el tratamiento de ameloblastomas.<sup>2</sup> En lugar de estos, la cirugía es el tratamiento de elección para este tumor. Debido a la naturaleza invasiva del crecimiento, se requiere la escisión de tejido normal en la vecindad del tumor. A menudo se requiere retirar márgenes amplias para asegurar un buen pronóstico. A menudo el tratamiento requiere la resección de porciones enteras de la mandíbula.

#### **2.2.7.6 Diagnóstico Diferencial**

Cuando la variante folicular del Tumor Odontogénico Adenoideo se presenta sin evidencias radiográficas de calcificaciones, puede sugerirse como diagnóstico diferencial al quiste dentígero, aunque los hallazgos radiográficos del Tumor Odontogénico Adenoideo también pueden simular queratoquiste, ameloblastoma, quiste odontogénicocalcificante y tumor odontogénico epitelial calcificante, haciendo difícil el diagnóstico. Por la diversidad de patrones radiográficos de las otras variantes de esta lesión, que usualmente se aprecia bien definida, también se debe considerar al quiste radicular e infrecuentemente al quiste residual, por lo que es importante contar con una radiografía periapical, ya que esta radiografía puede detectar depósitos discretos de calcificaciones que la ortopantomografía puede omitir. El Tumor Odontogénico Adenoideo posee tres características clínicas frecuentes que sugieren su presencia. (PHILIP Sapp J, 2009)

Afecta a pacientes jóvenes (primeras tres décadas de la vida)

Comúnmente se presenta en la región anterior del maxilar, a menudo asociado a uno o más dientes retenidos y

Predomina en mujeres.

Datos todos ellos que sugieren su diagnóstico, aunque también los quistes dentígeros podrían presentar estos hallazgos.

La clasificación de tumores odontogénicos de la OMS de 1992 clasificaba al Tumor Odontogénico Adenoide dentro del grupo de tumores de epitelio odontogénico con ectomesénquimaodontogénico, con o sin formación de tejido dental duro, pero en la actual edición de la OMS se agrupa como una lesión de origen epitelial sin participación del mesénquima, ya que se considera que el material dentinoide que puede presentarse adyacente a la lesión es producto de metaplasma y no de verdadera inducción ectomesenquimatosa.(L., 2011)

### **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

**Quiste:** es una bolsa cerrada con una membrana propia que se desarrolla anormalmente en una cavidad o estructura del cuerpo.

**Quiste dentígero:** El Quiste Dentígero es el segundo quiste odontogénico más común. Generalmente está asociado con la corona de un diente normal impactado, usualmente con los terceros molares inferiores y caninos superiores

**Dientes Retenidos:** piezas dentarias que no ha erupcionado en su época cronológica normal.

**Dientes Incluidos:** Diente que erupciona en el interior del maxilar.

**Diagnóstico radiográfico:** La interpretación radiográfica es un proceso de extracción de información, que se encuentra contenida en las radiografías en tonos que varían desde el negro, blanco y gris, comprendiendo la naturaleza y las limitaciones de los diferentes tipos de imágenes capturadas en una película o en un sensor digital.

**Adenomatoide:** Relativo a un tumor benigno originado a partir de células mesoteliales, que semeja un adenoma.

**Mixoma:** Neoplasia benigna derivada de tejido conjuntivo consistente principalmente en células poliédricas y estrelladas enclavadas en forma poco compacta en una matriz blanda mucoidal por lo que parece tejido mesenquimático primitivo.

**Coronodentario:** Construcción protésica cuyo objetivo consiste en cubrir un elemento dentario que tiene la raíz en el interior del hueso sano, mientras que una parte del exterior se encuentra considerablemente destruida por patologías como la caries.

**Cleidocraneal:** De transmisión autosómica dominante poco frecuente, que se caracteriza por aplasia o hipoplasia de las clavículas, osificación incompleta de los huesos de la bóveda craneal y malformaciones dentarias

## **2.4 MARCO LEGAL**

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los **Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual.** La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio

de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos

se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

## 2.5 ELABORACION DE HIPOTESIS

La intervención quirúrgica temprana de las piezas dentarias retenidas evitará la formación del quiste dentígero

## 2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.6.1 Variable independiente

Los dientes retenidos

### 2.6.2 Variable dependiente

El quiste dentígero

### 2.6.3 Variable interviniente

Intervención quirúrgica

## 2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Dientes retenidos	Es aquella pieza dentaria retenida que no ha erupcionado en su época cronológica normal y se producen debido a múltiples factores que podrían ser interceptadas si se hiciera un diagnóstico clínico y radiográfico a temprana edad	Para determinar la ausencia clínica de alguna pieza dentaria	Relacionado con la asimetría facial y el grado de aparición ósea entre la corona y el epitelio que lo rodea	Diagnostico biopsia con aguja fina, radiografía
Quiste dentígero	son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior	Determinar el tipo de complicaciones y como resolverlas	Relacionado a consecuencia de impactación de una pieza dentaria	Más común en Caninos y terceros molares

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y p procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de Dankhe (1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

Esta clasificación es muy importante, debido a que según el tipo de estudio de que se trate varía la estrategia de investigación. El diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos en estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. En la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro clases de investigación.

#### **3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se abordo un objeto de estudio y el campo de acción. Se trata de una investigación ecloratoria, descriptiva y explicativa.

**Investigacion Documental.-** Para la Universidad Santa María (2001) la investigación documental, se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teóricos. (p.41)

Según la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998).

La investigación Documental, es estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. (p.6)

**Investigación Exploratoria:** Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento. Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.

Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas" (Dankhe, 1986, p. 412).

**Investigación descriptiva:** Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis

(Dankhe, 1986). Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga.

Tamayo (1991) precisa que: "la investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos" (p.35)

**Investigación Correlacional:** Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

**Investigación Explicativa:** Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos. (Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe, 1976)

**Investigación de Campo:** En los diseños de campo los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador.

Para la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2001) la investigación de campo es: El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios. (p.5)

### 3.2 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La **fase conceptual** de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

La **fase metodológica** es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a

nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: ¿Qué diseño se adapta mejor al objeto del estudio? ¿Queremos describir la realidad o queremos ponerla a prueba? ¿Qué metodología nos permitirá encontrar unos resultados más ricos y que se ajusten más a nuestro tema de investigación?

Definición de los sujetos del estudio: ¿Quién es nuestra población de estudio? ¿Cómo debo muestrearla? ¿Quiénes deben resultar excluidos de la investigación?

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: ¿Desde qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o "hacer un grupo de discusión", si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además cómo vamos analizar los datos que recojamos en nuestro estudio.

La última fase, la fase empírica es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Interpretación de los resultados:

Un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos puede resultar poco interesante, tanto para el investigador, como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tienen lugar y analizarlo a la luz de trabajos anteriores enriquece, sin duda, el estudio llevado a cabo.

Difusión de los resultados: Una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad, aparte de la satisfacción personal de haberla llevado a cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigador.

### **3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Haremos uso de la investigación no experimental ya que se trata de la observación de hechos o fenómenos que después serán investigados y analizados; esta investigación se emplea para indicar probables soluciones al problema.

Esta investigación le sirve a este proyecto para analizar lo antes observado y tomar el inconveniente más relevante y necesario de solucionar que es el problema en estudio.

La bibliográfica o documental que es aquella que se realiza a través de la recopilación de información en documentos, tales como: libros, revistas, resultados de otras investigaciones, entrevistas, constituciones etc. Este tipo de investigación la empleamos al momento de buscar información, de todo aquello que tuvo relación con lo que se realizó y que fue situada en los lugares correspondientes dentro del estudio.

### **3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El estudio documental representa principalmente a la información que se recopila en documentos, es decir que es todo material al que se puede acudir como referencia (libros, internet, revistas).

Este instrumento se lo utiliza durante todo el proceso de desarrollo del proyecto, principalmente en el marco teórico, con el afán de conseguir información que tenga relación con el tema de investigación, es importante ya nos permite empaparnos debidamente acerca del tema.

### **3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Para la presente investigación no se ha tomado una población específica ya que el caso en estudio es muy general, es por esto que se ha hecho en base a recolección de estudios anteriores tanto clínicos como radiográficos.

### **3.6 FASE METODOLÓGICAS**

Luego de realizar el bosquejo del presente estudio, analizaremos las posibles soluciones encontradas analizando los datos recopilados.

Demostrado en un estudio de la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013- 2014 seleccionamos 100 pacientes aleatorios entre las edades de 19 a 35 años de edad se objetivo que 12 pacientes presentaban Quiste Dentigero en este caso la prevalencia de quiste en esta entidad relacionado a estos pacientes se obtuvo un resultado de:

$$P = 12 / 100 = 0.12 = 12 \% \text{ de Quiste Dentigero}$$

## **4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Es un requisito absoluto que todos los tejidos provenientes del quiste dentígero deben someterse a un examen histopatológico, debido a que en algunas áreas de la pared del quiste pueden presentarse cambios a nivel de las células epiteliales que no deben pasar desapercibidos en su evaluación.

Se recomienda la remoción preventiva de los terceros molares impactados, porque son frecuentes los quiste dentígero asociados a estos dientes. Además, todo diente retenido debe ser tratado para llevarlo a su posición correcta, de no ser así debe ser extraído lo más tempranamente posible.

Un reconocimiento temprano evitará que el quiste dentígero siga creciendo y se convierta en multilocular lo que hace pensar en lesiones más serias. También la incidencia de las transformaciones desfavorables aumenta con la longevidad y el tamaño de los quistes.

La completa remoción del quiste dentígero eliminará todo el epitelio que representa un potencial para desarrollar o dar origen a un nuevo quiste dentígero, es decir, de esta manera se prevee su recurrencia y la posible formación de otras lesiones de comportamiento más agresivo.

## 5. CONCLUSIONES

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior.

Es importante actuar en el momento oportuno, para evitar complicaciones mayores en el paciente. Cuando el diente se encuentra retenido en mala posición, la indicación sería su remoción quirúrgica, en otros casos cuando el trayecto de erupción es favorable se le realiza el enlace y se lleva al arco dentario por medio de aparatología ortodóncica.

Como resultado se demostró en un estudio de la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2013- 2014 seleccionamos 100 pacientes aleatorios entre las edades de 19 a 35 años de edad se objetivo que 12 pacientes presentaban Quiste Dentigero en este caso la prevalencia de quiste en esta entidad relacionado a estos pacientes se obtuvo un resultado de:

$$P = 12 / 100 = 0.12 = 12 \% \text{ de Quiste Dentigero}$$

Es un requisito absoluto que todos los tejidos provenientes del quiste dentígero deben someterse a un examen histopatológico, debido a que en algunas áreas de la pared del quiste pueden presentarse cambios a nivel de las células epiteliales que no deben pasar desapercibidos en su evaluación.

También la incidencia de las transformaciones desfavorables aumenta con la longevidad y el tamaño de los quistes.

La completa remoción del quiste dentígeros eliminará todo el epitelio que representa un potencial para desarrollar o dar origen a un nuevo quiste dentígeros, es decir, de esta manera se prevee su recurrencia y la posible formación de otras lesiones de comportamiento más agresivo.

Es necesario concienciar a la población de la necesidad de someterse a controles odontológicos periódicos.

El estudio anatomopatológico es imprescindible, así como el control de los pacientes a corto, mediano y largo plazo.

En edad pediátrica los quistes dentígeros junto con los mucocelos son las lesiones más frecuentes, con respecto a la edad difieren según el autor

El tratamiento a realizar en este tipo de quiste, depende del tamaño y la relación de este con otras estructuras. Dada la capacidad de producir complicaciones, el diagnóstico debe ser lo más precoz posible.

## **6. RECOMENDACIONES**

Realizar la remoción preventiva de los terceros molares en germen impactados, porque son frecuentes los quiste dentígeros asociados a estos dientes.

Extraer el diente retenido o llevarlo a su posición correcta

Evitar que el quiste dentígeros siga creciendo y se convierta en multilocular lo que hace pensar en lesiones más serias.

Realizar un diagnóstico temprano de este tipo de quiste debido a la posibilidad de presentar complicaciones como reabsorción de las piezas adyacentes, mal oclusiones y su posible transformación maligna.

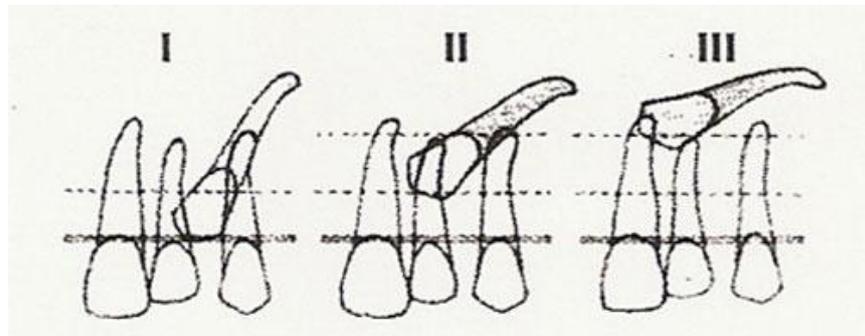
## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. ANDREASEN FM. Traumatología dental y ortodoncia. OrtodonciaClínica. 2004
2. BARNES L, EVENSON J, REICHART P, SIDRANSKY D. Pathology and genetics head and neck tumours. World, 2005.
3. BARNES L. "World, Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of the head and the neck tumours". pp. 304
4. <http://es.scribd.com/doc/97947947/Transtornos-de-La-Erupcion-Dentaria>
5. [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor\\_odontogenico\\_adenomatoide.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/tumor_odontogenico_adenomatoide.asp)
6. MOLTOLA Angelo, MALERRARI Silvia, "Abordaje quirúrgico y clasificación de las piezas dentarias incluidas", Journal de Clínica en Odontología, 1999
7. PHILIP Sapp J, EVERSOLE LR, WY SOCKI GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2 ed. Elsevier. pp. 145-147
8. RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILAR
9. SHEAR M, SPEIGHT P. Cysts of the oral and maxillofacial regions, Cuartaedición. BlackwellMunksgaard, 2007.
10. Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2003.
11. TRATAMIENTOS INCLUIDOS  
<http://detododental.blogspot.com/2011/11/causas-de-los-dientes-incluidos>
12. VÁZQUEZ Diego J, GANDINI Pablo C, CARVAJAL Eduardo E. Quistedentígero: diagnóstico y resolución de un caso
13. WORLD DENTAL MEXICO 2004, <http://boards4.melodysoft.com/wdm/--quiste-dentigero-24.html>
14. YEMAN OD. Incisivos centrales superiores retenidos. RevSocOdont Argentina. 2003; 6(2):21-26.
15. @ Clínicas Propdental SL 2013 Todos los derechos reservados. Registrada en España CIF B6518547
16. KILLEY H., KAY L., SEWARD G. (1979). Lesiones quísticas benignas de los maxilares, su diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi.

17. LASKIN D. (1987). Cirugía bucal y maxilofacial. Tomo I. México. Editorial Médica Panamericana.
18. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral & Maxillofacial Pathology. Segunda Edición, USA, W.B. Saunders Company. 2002.
19. Regezi J, Sciubba J: Patología Bucal. Segunda Edición, Philadelphia, W.B. Saunders Company, USA. 1993.
20. Koželj V, Sotošek B: Inflammatory dentigerous cyst of children treated by tooth extraction and decompression - report of four cases. Br Dent J. 1999;187(11):587-590.
21. Morimoto Y, Tanaka T, Nishida I, Kito S, Hiroshima S, Okabe S, Ohba T: Inflammatory paradental cyst (IPC) in the mandibular premolar region in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004(97)286-293.
22. Martínez-Pérez D, Varela-Morales M: Conservative Treatment of Dentigerous Cysts in Children: A Report of 4 Cases. J Oral Maxillofac Surg. 2001(59)331-334.
23. Ümit E, Yavuz S: Interesting Eruption of 4 Teeth Associated With a Large Dentigerous Cyst in Mandible by Only Marsupialization. J Oral Maxillofac Surg. 2003(61)728-730.
24. Zaragoza DV. Quistes odontogénicos radiculares. Estudio clínico patológico de 62 casos. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Facultad de
25. Medicina y Odontología. Valencia - España. 2007
26. BASCONES MARTÍNEZ, Antonio. Medicina Bucal. España. Ediciones AVANCES. Tercera edición. 2004. 423 - 429 pág.
27. Ceccotti Eduardo Luis, Sforza Ricardo R, Carzoglio Julio Cesar 2007– el
28. diagnóstico en clínica estomatología, Buenos Aires Argentina; editorial
29. panamericana; pág. 393 – 420.
30. Freitas Aguinaldo, Edu Rosa José, Faria e Souza Icleo 2002 – Radiología
31. odontológica; sau pablo Brasil; Editorial Artes Medicas Ltda.; pág. 425
32. Raspall Guillermo 2006 – cirugía oral e implantología; Buenos Aires
33. Argentina; editorial panamericana; pág. 237 – 262.
33. Regezi Joseph A, Sciubba James J. – patología bucal 1989; editorial
34. interamericana S.A; Pág. 306-310.
35. Ries Centeno Guillermo A. 2003 - Cirugía Bucal; novena edición revisada;
36. Buenos Aires Argentina; Editorial El Ateneo; pág. 656 – 669

## **ANEXOS**

### Anexo 1.



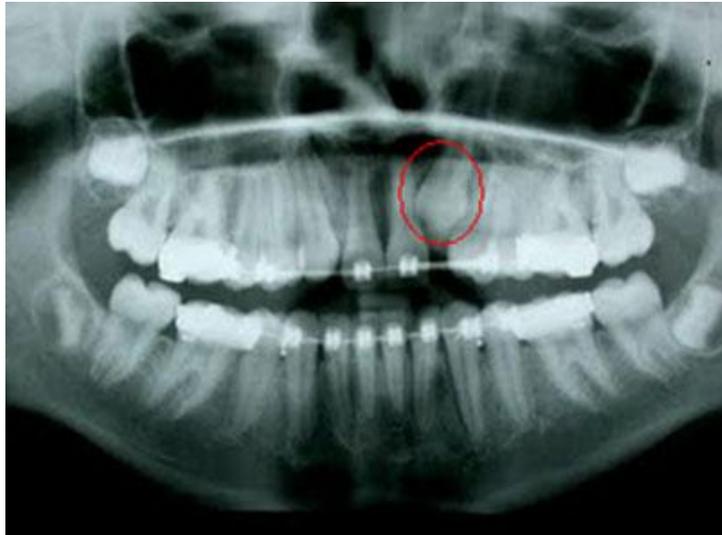
Fuente : Retenciones dentarias. Posición I, II, III

### Anexo 2..



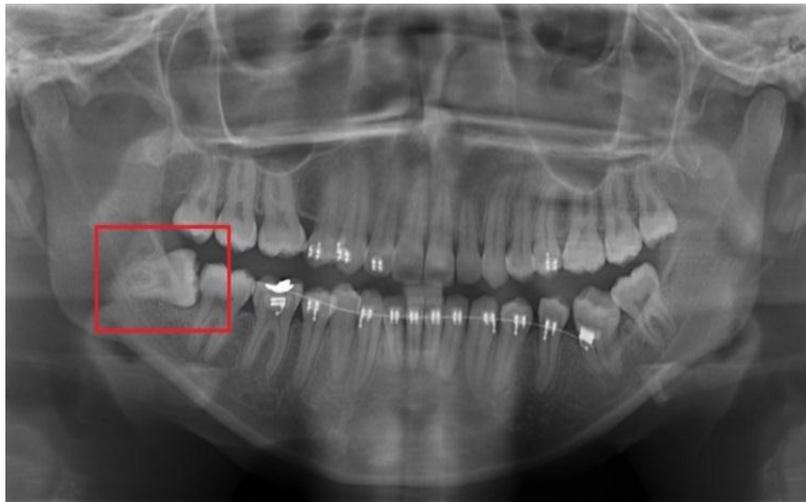
Fuente: Tratamiento ortodóncico de caninos superiores bilaterales retenidos por E. Carrillo. 2005

### Anexo 3.



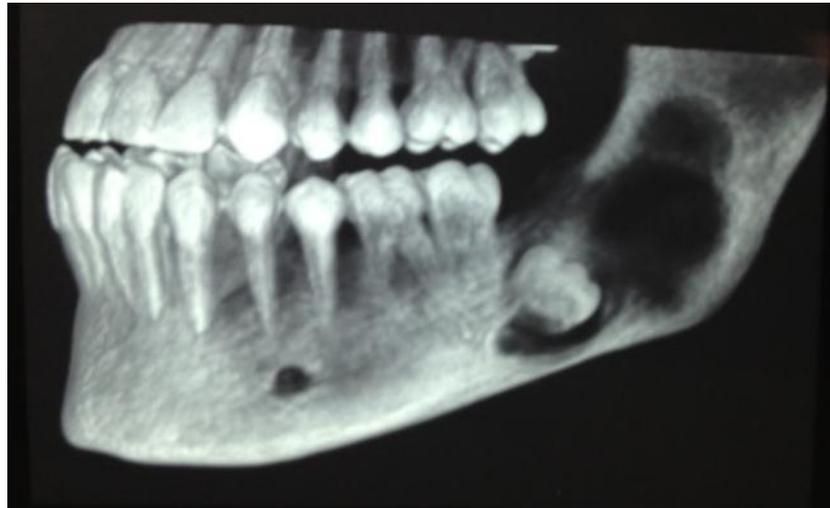
Fuente: Canino superior retenido en una radiografía panorámica

### Anexo 4



**Fuente:** Radiografía se observa una cordal incluida que puede generar daño al diente adyacente o aumentar el apiñamiento en el sector anterior

### Anexo 5



**Fuente:** El diagnóstico de la biopsia: Queratoquisteodontogénico (así llamado por la mayoría aunque algunos prefieren Tumor odontogénicoqueratoquístico

### Anexo 6.



Fuente: Radiografía de tumor odontogénicoadenomatoide

## Anexo 7

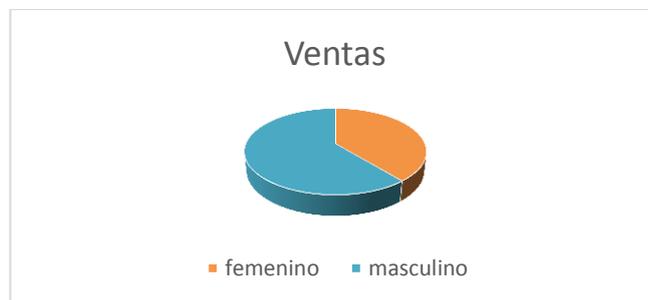


Fig. 1.

Fuente: se observa la persistencia del segundo molar temporario en boca, la pieza 4.5 retenida y una zona radiolúcida circunscrita rodeando a la pieza retenida

## Anexo 8

Distribución de pacientes que acudieron para exodoncia quirúrgica de terceros molares con quistes dentígeros de acuerdo al Sexo



FUENTE: Entrevista a pacientes en quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador ELABORADO POR: Ana Gabriela VizúeteTerá

**CUADRO DEL ESTUDIÓ DE LA PREVALENCIA RADIOGRAFICA DE  
LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA PERIODO 2013 - 2014  
DEL QUISTE DENTÍGERO CON RELACIÓN A PIEZAS RETENIDAS EN  
100 RADIOGRAFÍAS**

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Año</b>
Amín zoldjalay	M	19	2013
Araceli marines	F	23	2013
Allan rodríguez	M	34	2013
Alexandra suqui	F	23	2014
Adita Bonilla	F	32	2014
Bran Andrade	M	19	2013
Beatriz cueva	F	22	2013
Blanca robles	F	21	2014
Carlos Altamirano	M	31	2014
Carlos Quezada	M	34	2014
Clovis Velarde	F	32	2013
Carla castillo	F	24	2014
Cristian belarcazar	M	35	2013
Carlos Jordán	M	34	2014
Carolina flores	F	31	2014
Daniel Coello	M	19	2013
Dennis parra merviel	F	21	2013
David valle	M	24	2014
Evelin parrales	F	28	2013
Elena Negrón	F	27	2013
Erika Gómez	F	26	2014
Eliana Zamora	F	29	2014
Graciela villacres	F	25	2014
Gabriel Zambrano	M	32	2014
Gladis Jiménez	F	34	2013
Indira echanabel	F	35	2014

Isaac miguel	M	23	2013
Juan arguelo	M	21	2013
Jessica briones	F	32	2013
Juan Coloma	M	34	2014
Juan auchit	M	33	2014
José sabando	M	23	2014
Jean vicent	M	21	2013
Javier poli	M	22	2014
Jacqueline Carvajal	F	26	2014
Jennifer browen	F	27	2013
Jaime Bohórquez	M	29	2013
Juan Carlos Orellana	M	24	2014
José Muñoz	M	22	2013
Johana Lazcano	F	32	2014
Joyce García	M	19	2013
José estrada	M	24	2013
Karin castro	F	22	2013
Kevin bocacela	M	26	2014
Kisa Larrea	F	29	2014
Llunangchang	M	22	2014
Luis Tamayo	M	24	2013
Leonela García	F	21	2013
María Elena Zambrano	F	19	2014
María Jordán	F	25	2014
Mario Campoverde	M	22	2013
María Isabel de Ceballos	F	26	2013
Mercedes Dávila de mora	F	29	2013
Miguel gallardo	M	30	2014
Mirian Malagón	F	31	2013
Menor manilla inca	M	33	2014
Marlon reyes	M	32	2014

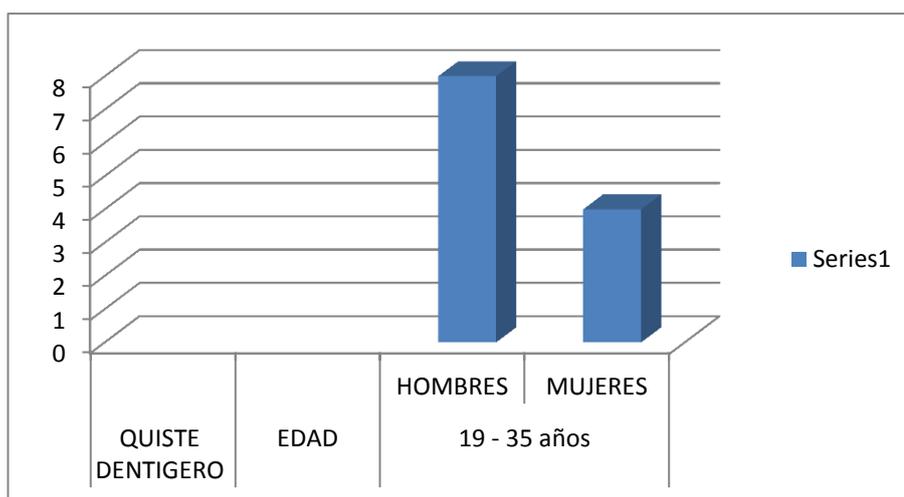
Milton Verdi	M	34	2013
Mario Pazmiño	F	35	2013
María cepeda	F	31	2013
María belén bocca	F	27	2013
Mirian Velásquez	F	29	2014
María sanga rocha	F	25	2014
Melisa quijje	F	31	2014
Mariana cufo	F	26	2014
Melisa fabara	F	28	2013
Nathaly Sánchez	F	25	2013
Nathaly Sáenz	F	23	2013
Nery Ortiz	M	19	2014
Natalie Montalván	F	25	2013
Ney Ortiz	M	28	2013
Patricio Córdoba	M	32	2014
Priscila Zalamea	F	36	2013
Posligua bravo	M	39	2013
Rosa Echeverría	F	23	2013
Rosario García	F	28	2014
Rosa Moreira	F	26	2013
Rafael polit	M	24	2013
Rina cervantes	F	21	2014
Ricardo lalama	M	29	2013
Roberto león	M	23	2013
Rosa Mejía	F	22	2014
Rubén Lara	M	25	2014
Sheila López	F	29	2013
Sabrina Jiménez	F	21	2013
Estefanía Torres	F	23	2013
Tatiana cabezas	F	24	2014
tommy acosa	M	28	2013

Tania Jiménez	F	34	2014
Tania López	F	35	2013
Víctor Albán	M	23	2013
Víctor romero	M	22	2013
Violeta sanco	F	21	2014
Waldo Sánchez	M	19	2013
Xavier Zúñiga	M	24	2013
Yesica vera	F	33	2014

**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

### PREVALENCIA DE QUISTE DENTIGENO POR EDAD Y SEXO

QUISTE DENTIGERO		
EDAD		
19 - 35 años	HOMBRES	8
	MUJERES	4



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

## ANEXO # 9



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 10



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 11



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 12



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 13



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

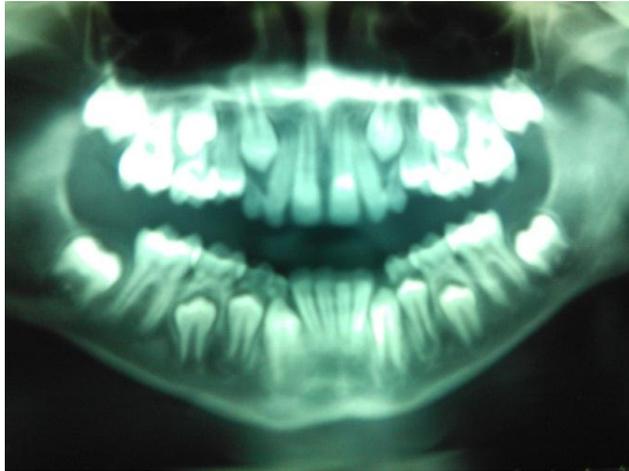
### ANEXO # 14



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

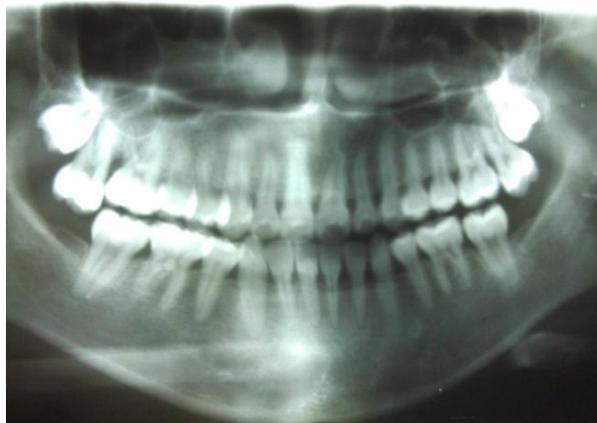
## ANEXO # 15



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 16



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 17



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 18



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 19



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 20



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 21



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 22



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 23



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 24



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 25



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 26



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 27



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 28



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 29



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 30



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

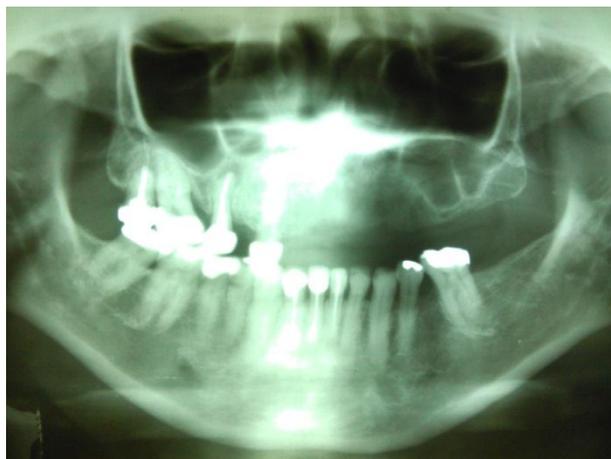
### ANEXO # 31



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 32



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 33



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 34



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 35



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 36



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 37



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 38



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 39



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 40



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 41



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 42



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 43



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

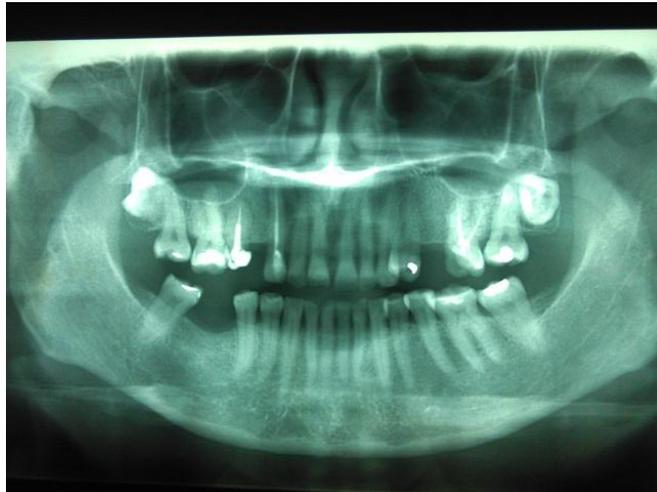
### ANEXO # 44



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 45



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 46



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 47



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 48



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

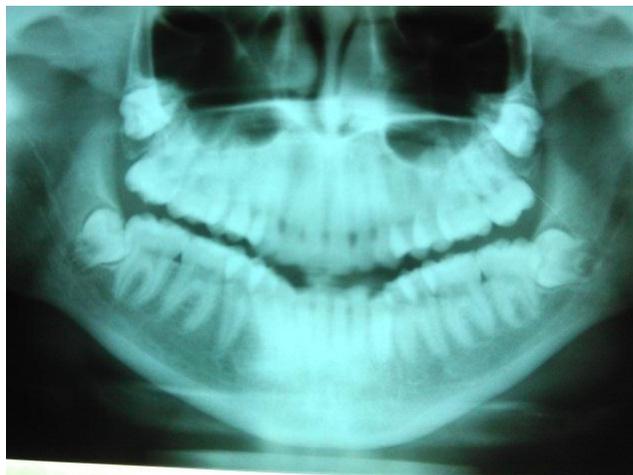
## ANEXO # 49



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 50



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 51



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

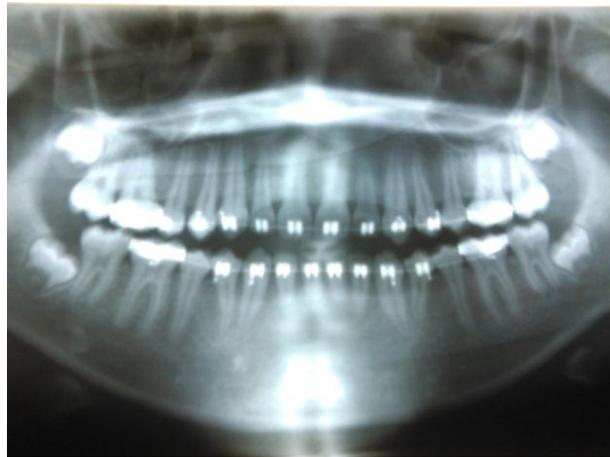
## ANEXO # 52



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 53



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 54



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 55



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 56



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 57



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 58



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 59



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

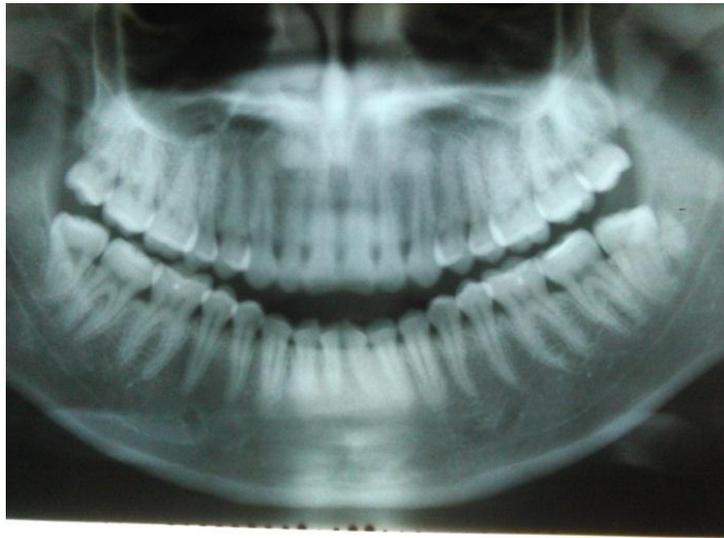
## ANEXO # 60



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 61



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

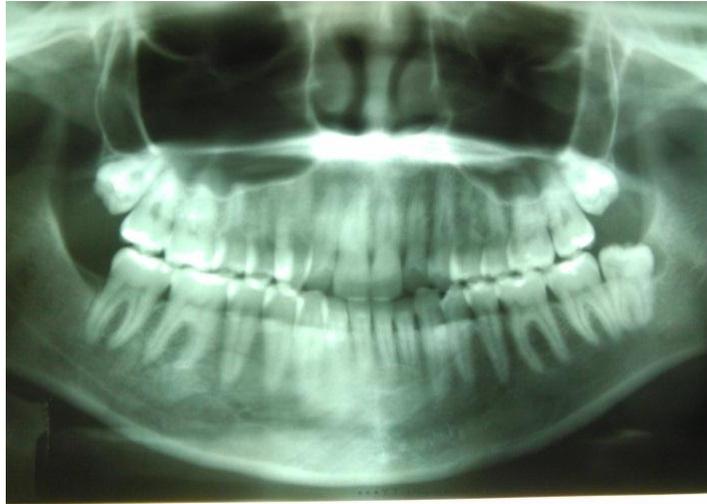
## ANEXO # 62



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 63



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 64



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 65



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 66



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 67



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 68



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 69



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 70



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 71



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 72



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

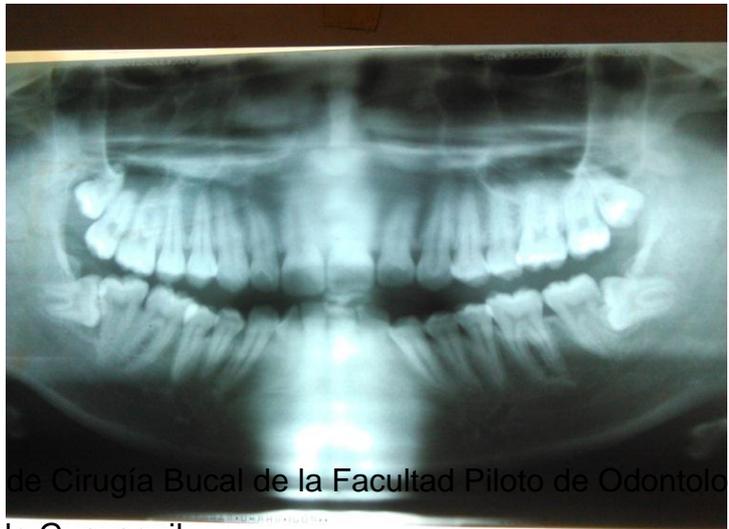
### ANEXO # 73



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 74



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 75



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 76



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 77



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 78



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

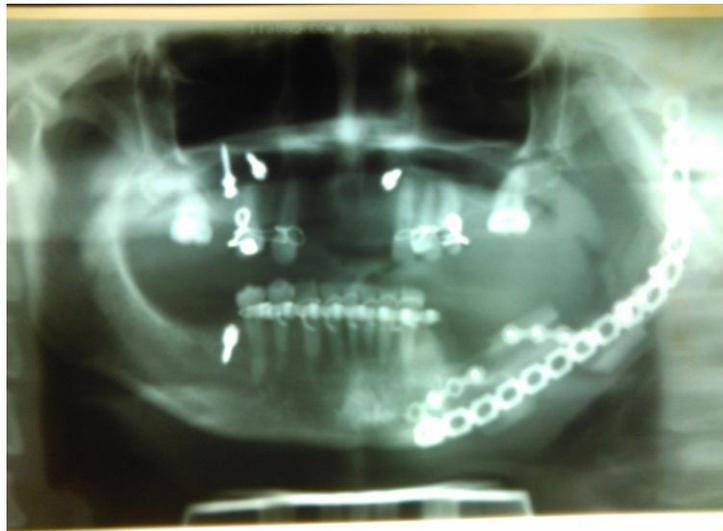
## ANEXO # 79



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

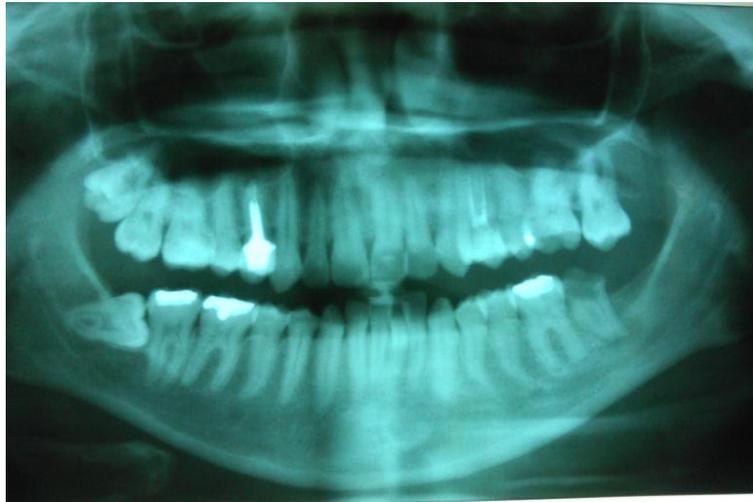
## ANEXO # 80



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 81



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 82



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 83



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 84



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 85



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 86



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 87



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 88



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 89



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 90



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 91



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 92



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 93



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 94



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 95



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 96



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 97



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

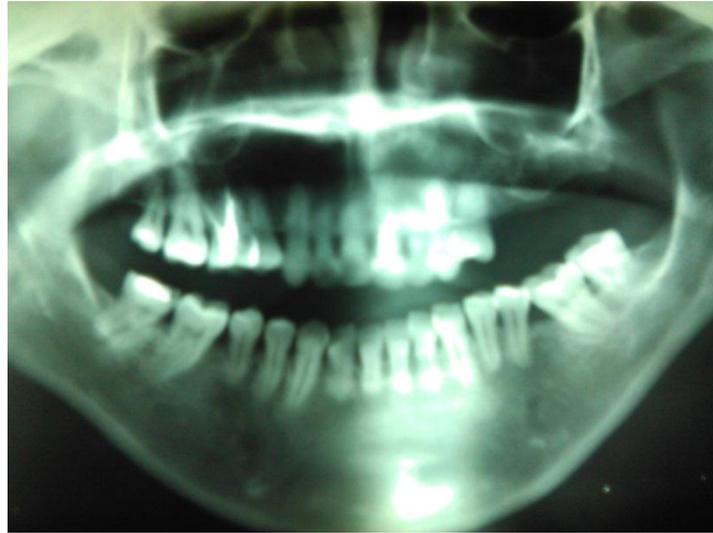
## ANEXO # 98



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 99



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

## ANEXO # 100



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 101



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 102



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

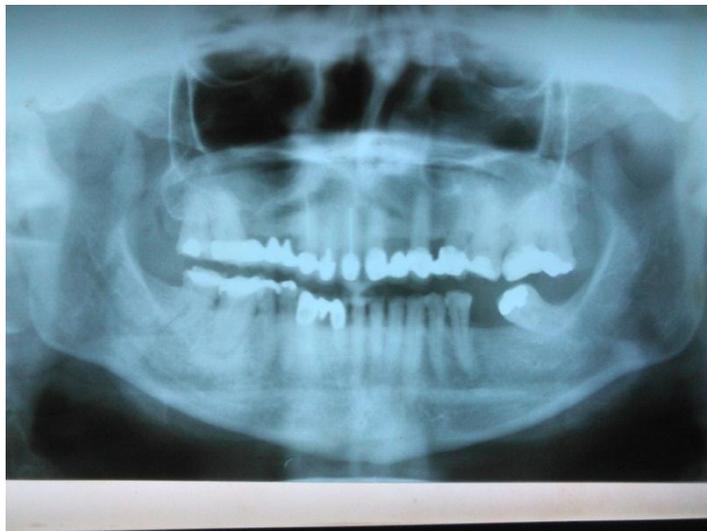
### ANEXO # 103



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna

### ANEXO # 104



**Fuente:** clínica de Cirugía Bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

**Autor:** Dr. Alex Polit luna