



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
RADIOLÓGICAS DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y NO
ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Odontología

Autor

Chávez Acosta, Francis Fernando

Asesor

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

ORCID: 0000-0002-7866-5243

Jurado

Cayo Rojas, César Félix

Alvitez Temoche Daniel Augusto

Meneses Gómez Nadia Carolina

Lima - Perú

2024

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y NO ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
4	revcmpinar.sld.cu Fuente de Internet	1%
5	eusalud.uninet.edu Fuente de Internet	1%
6	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
7	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	riunet.upv.es Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS
DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y
NO ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE
ODONTOLOGÍA

Línea de Investigación:
Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Odontología

Autor

Chávez Acosta, Francis Fernando

Asesor

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

ORCID: 0000-0002-7866-5243

Jurado

Cayo Rojas, César Félix

Alvitez Temoche Daniel Augusto

Meneses Gómez Nadia Carolina

Lima - Perú

2024

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante en mi formación profesional

A papá y mamá por ser mis pilares en mi formación como persona, con su inmenso cariño, amor, apoyo incondicional y consejos, sé que he llegado a este punto gracias a ellos.

A mi hermana, a la cual adoro, respeto, admiro y extraño, y a pesar de la distancia siento que siempre está a mi lado con sus consejos, cariños o detalles ayudándome a seguir creciendo como padre y persona.

Por su paciencia, amor y comprensión a mi esposa y a mi hija Rafaella, las amo, son básicamente mi razón, motivo de vivir y seguir creciendo en todo aspecto.

Finalmente, a mi abuela Nancy Alarcón Postigo, sin su apoyo y gran amor, todo este camino hubiera sido más difícil. Su coraje, esfuerzo y superación para el trabajo es digno de admirar e imitar.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi toda mi familia, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tienen en mí.

A mi esposa, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

A mi gran amiga y colega la Doctora Belú Castillo Cornock por su guía durante todo el proyecto y desarrollo del mismo, brindándome toda su experiencia y apoyo incondicional.

A mi asesor de tesis el Dr. Glenn Lozano Zanell y el jurado por su valiosa guía o asesoramiento a la realización de la misma.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

ÍNDICE

Resumen	8
Abstract	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Descripción del problema	10
1.3. Formulación del problema	12
<i>1.3.1. Problema general</i>	<i>12</i>
<i>1.3.1. Problemas específicos</i>	<i>12</i>
1.4. Antecedentes	12
<i>1.4.1. Antecedentes internacionales</i>	<i>12</i>
<i>1.4.2. Antecedentes nacionales</i>	<i>15</i>
1.5. Justificación de la investigación	17
1.6. Limitaciones de la investigación	18
1.7. Objetivos	18
<i>1.7.1. Objetivo general</i>	<i>18</i>
<i>1.7.2. Objetivos específicos</i>	<i>18</i>
1.8. Hipótesis	19
<i>1.8.1. Hipótesis general</i>	<i>19</i>
<i>1.8.2. Hipótesis específicas</i>	<i>19</i>

II. MARCO TEÓRICO	21
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	21
III. MÉTODO	78
3.1. Tipo de investigación	78
3.2. Población y muestra	78
3.3. Operacionalización de variables	79
3.4. Instrumentos	80
3.5. Procedimientos	81
3.6. Análisis de datos	81
3.7. Consideraciones éticas	82
IV. RESULTADOS	83
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	87
VI. CONCLUSIONES	90
VII. RECOMENDACIONES	91
VIII. REFERENCIAS	92
IX. ANEXOS	102
Anexo A: Matriz de consistencia	103
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	105
Anexo C: Validación por Juicio de Expertos	114
Anexo D: Confiabilidad: Alpha de Crombach	123

Anexo E: Aprobación de proyecto	124
Anexo F: Listado de estudiantes	125
Anexo H: Consentimiento Informado	126
Anexo I: Gráfico distribución de la población por sexo	127
Anexo J: Gráfico distribución de la población por rango de edad.....	128
Anexo J: Gráfico distribución de la población por ciclo de estudio	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos en estudiantes de odontología.	83
Tabla 2: Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos	84
Tabla 3: Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes no odontogénicos	84
Tabla 4: Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según edad	85
Tabla 5: Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según género.....	85
Tabla 6: Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según ciclo académico.....	86

Resumen

El **objetivo** fue determinar el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos en estudiantes de odontología

Método: la investigación fue de tipo analítico, prospectivo, observacional y transversal en una muestra de 195 estudiantes de estomatología de 6to a 10mo ciclo, mediante un cuestionario virtual estructurado de 35 preguntas. **Resultados:** el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos fue regular en un 36,4%, con respecto al conocimiento de quistes odontogénicos el resultado fue regular con 39,5%, mientras que para quistes no odontogénicos el resultado fue bueno con 40,5%. No se evidencia asociación significativa del nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con la edad, sexo y ciclo académico. **Conclusiones:** Se concluye que el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos es regular en estudiantes de odontología.

Palabras claves: conocimiento, quiste radicular, quiste dentígero, odontología, medicina oral

Abstract

The **objective** was to determine the level of knowledge of the clinical and radiographic characteristics of odontogenic and non-odontogenic cysts in dental students. **Method:** the study was analytical, cross-sectional, observational and prospective in a sample of 195 dental students from 6th to 10th cycle, through a structured virtual questionnaire of 35 questions. **Results:** the level of knowledge of the clinical and radiological characteristics of odontogenic and non-odontogenic cysts was regular in 36.4%, with respect to the knowledge of odontogenic cysts the result was regular with 39.5%, while for non-odontogenic cysts The result was good with 40.5%. There is no significant association between the level of knowledge of the clinical and radiographic characteristics of odontogenic and non-odontogenic cysts with age, sex and academic cycle. **Conclusions:** It is concluded that the level of knowledge of the clinical and radiographic characteristics of odontogenic and non-odontogenic cysts is regular in stomatology students.

Keywords: radicular cyst, dentigerous cyst, knowledge, oral medicine

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Tanto los quistes de origen odontogénico (QO) como no odontogénicos (QNO) se caracterizan por ser asintomáticos, generalmente el 80% de su hallazgo por radiográficas y el 20% por los síntomas clínica (Fajardo Ortiz & Peña Vega, 2018). Teniendo en cuenta que el diagnóstico definitivo se da mediante métodos anatomopatológicos, la presunción diagnóstica tanto clínica y radiográfica generan una idea cercana a la gravedad de la lesión, por lo que conocer las características clínicas y radiológicas por parte tanto del estudiante como del profesional odontológico aportan las luces necesarias, para determinar la existencia de una patología en sí, obtener un diagnóstico diferencial y así poder dar un tratamiento acertado frente a las patologías quísticas de origen tanto odontogénico y como no odontogénico. (Ruiz et al., 2020)

1.2. Descripción del problema

Tanto los QO como los QNO constituyen un grupo importante de patologías de la cavidad oral, pueden generar múltiples problemas cuando no son detectadas a tiempo (Salgado et al., 2018)

Las características propias de cada uno permite no sólo identificarlos clínica o radiográficamente sino también, realizar un diagnóstico diferencial entre ellos, y así poder llevar a cabo el tratamiento adecuado para cada patología, debido a que el diagnóstico definitivo será mediante el estudio anatomopatológico posterior a la extirpación de los mismos, por esta razón no poseer los conocimientos adecuados puede llevarnos al fracaso en el tratamiento y el pronóstico de los mismos. (Cárceles et al., 2018)

Los quistes odontogénicos, dada su prevalencia, así como su caracterización, y su aparición con mayor frecuencia nivel de los maxilares por la persistencia de restos epiteliales tras la formación de los gérmenes dentarios, pudiendo localizarse a nivel de la mandíbula y la maxila, siendo rara su aparición en el cóndilo o en la apófisis coronoides, incluso se puede observar el crecimiento en el interior de los senos maxilares, por lo general, suelen presentarse por sobre el canal del nervio dentario inferior, encontrándose con mayor frecuencia en las zonas del hueso alveolar y sus alrededores. (Cárceles et al., 2018; Varcarcél Arroyo, 2017)

Al ser el presentar un crecimiento lento, pueden provocar a larga el desplazamiento y reabsorción de las piezas dentarias, por lo general el área de reabsorción es curva y nítida, también se puede producir expansión del mandíbula, modificando las corticales óseas, afinando sus paredes, así mismo pueden desplazar el canal del nervio dentario inferior hacia la zona basal de la mandíbula y en la maxila puede invaginarse en la zona interna del seno maxilar con la persistencia de una capa delgada del hueso separando el quiste del antro del hueso maxilar. (Varcarcél Arroyo, 2017)

Mientras que los QNO, se originan en los restos epiteliales de origen no odontogénicos que quedan dentro de los maxilares, se creía que eran tejido ectodérmico que había quedado atrapado en las zonas de fusión que forman parte de los procesos embrionarios que forman la cara y los maxilares, actualmente ha quedado demostrado que solo quedan restos epiteliales en el paladar secundario, quedando englobado en este grupo el quiste nasopalatino y el nasolabial. (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015)

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiográficas de los quistes de origen odontogénico y no odontogénico en estudiantes de odontología?

1.3.1. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiológicas de los quistes de origen odontogénico en estudiantes de odontología?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiográficas de los quistes de origen no odontogénico en estudiantes de odontología?
- ¿Cuál es la asociación que existe entre el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiológicas de quistes de origen odontogénico y no odontogénico con la edad de los estudiantes de odontología?
- ¿Cuál es la asociación que existe entre el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiológicas de quistes de origen odontogénico y no odontogénico con el sexo de los estudiantes de odontología?
- ¿Cuál es la asociación que existe entre el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiológicas de quistes de origen odontogénico y no odontogénico con el ciclo académico de los estudiantes de odontología?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Kalbasi Gharavi et al. (2020) evaluaron el conocimiento de 199 dentistas generales que trabajan en Isfahan sobre los quistes y tumores odontogénicos comunes, usando cuestionario.

Obtuvo como resultado, La puntuación media del conocimiento sobre quistes (52.9 ± 9.8) y tumores (33.8 ± 21.6) fue estadísticamente significativa. Las diferencias estadísticas fueron significativas entre el conocimiento de los dentistas sobre quistes y tumores. Los dentistas fueron moderados para quistes y pobre para tumores. La prueba t independiente mostró que el puntaje de conocimiento de los dentistas sobre quistes y tumores no se correlacionó significativamente con el género ($P = 0.22$, $P = 0.21$). El ANOVA de una vía mostró que el conocimiento de los dentistas sobre quistes y tumores no se correlacionó significativamente con la universidad de estudio ($P = 0.73$, $P = 0.49$). Los resultados también mostraron que la puntuación media del conocimiento de los dentistas fue significativamente correlacionó con el año de graduación ($P = 0.001$, $P = 0.04$) y el puntaje más alto fue para los graduados de 69 a 80 años y el puntaje más bajo fue para los graduados de 86 a 90 años. Concluyeron que el nivel de conocimiento de la mayoría de los odontólogos en Isfahan sobre los quistes era moderado y el de los tumores era bajo. La puntuación media del conocimiento sobre los quistes fue significativamente mayor que su conocimiento sobre los tumores y se correlacionó significativamente con el año de graduación, por lo que los graduados mayores estaban más informados sobre los quistes y los tumores.

Beltrán et al. (2018) en su investigación evaluaron el nivel de conocimiento del diagnóstico de patologías orales frecuente las diferentes de técnicas radiográficas utilizadas por 87 alumnos de Estomatología de la Universidad Andrés Bello de Chile en el último año, usando un cuestionario y la exposición de radiografías para su reconocimiento. Obtuvieron como resultado que el 53,1% fue deficiente con respecto al diagnóstico de radiografías y el 60% obtuvo un conocimiento regular con respecto al cuestionario, en las radiografías con quistes odontogénicos el 50,6% identificó la lesión mientras que en la radiografía 8 el 77% se identificaron las lesiones en una panorámica. Para el cuestionario el 63,8% respondieron

correctamente a las preguntas de quiste odontogénico. Concluyeron que existe un deficiente conocimiento en el diagnóstico radiográfico, siendo importante el trabajo conjunto entre alumnos y profesores, para mejorar las capacidades y competencias en radiología oral.

Fajardo & Peña (2018), su investigación describe la frecuencia en la que se presentan los QO, utilizando la nomenclatura de la OMS (2017), en pacientes acudieron a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá en el diagnóstico histopatológico de QO de las historias clínicas revisadas. Encontraron como frecuencia de los quistes odontogénicos: un 66,6% quiste dentígero, el 22,2% quistes radiculares y 11,2% queratoquistes odontogénicos. Concluyeron que el quiste dentígero se manifiesta en alrededor de los 20 a 30 años, sobre todo en los hombres y sobre todo en la zona posteromandibular. Por el contrario, el quiste radicular se presenta en cualquier sexo presentándose alrededor de los 40 años en la zona anteromaxilar, por último, el queratoquiste odontogénico se presenta indistintamente en hombres y mujeres y tanto en la mandíbula como la maxila, sobre todo entre los 30 y 50 años.

Pereira da Silva et al. (2018) describieron la prevalencia de lesiones quísticas con diagnóstico histopatológico en pacientes brasileños en la 1era y 2da década de vida. El estudio fue retrospectivo entre 1980 y 2016, se analizaron 2114 biopsias, encontrando que 294 fueron diagnosticaron como QO (13,9%) y 16 casos como QNO (0,8%), siendo la lesión más frecuente el quiste radicular (145 casos) y quiste epidermoide (4 casos) respectivamente. Concluyeron que los QO son relativamente más comunes, pero los QNO son raros en esta población.

Amadeu et al. (2015) evaluaron la disposición de las lesiones orales y maxilofaciales de jóvenes tratados en la Universidad Federal del Paraná en Brasil en el Servicio de Diagnóstico Oral entre los años de 1994 al 2013. Se revisaron las historias clínicas clasificando las lesiones

encontradas en once categorías según su ubicación: glándulas salivales, gingiva y periodonto, quistes de origen odontogénico, patologías de las piezas dentales, quistes de origen no odontogénicos, hueso, mucosa, tejido conectivo, tumores odontogénicos y malignos y otro tipo de patologías. Luego del análisis, se identificaron 376 lesiones, teniendo predilección por el sexo femenino (51,9%), en la raza blanca (77,1%). 4,5% de las lesiones halladas fueron quistes odontogénicos (quiste dentígero, paradental, de erupción, odontogénico) y el 2,5% fueron quistes no odontogénicos (quiste traumático, epidermoide y sinumaxilar), concluyendo que la variedad de lesiones que pueden presentarse en la mucosa bucal y complejo máxilo mandibular en este grupo etario, alertando a los profesionales de especialidad para potenciar el estudio de ese campo y despertar el interés del médico general y odontólogo, en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estas lesiones.

Açikgöz et al. (2012) determinaron la incidencia y la distribución de los QO y QNO en 12 350 pacientes atendidos en el Departamento de Diagnóstico y Radiología Oral y Cirugía Oral y Maxilofacial, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ondokuz Mayıs, Samsun, Turquía. Se revisaron las historias clínicas, imágenes radiográficas e informes anatomopatológicos del 2000 al 2008. Se encontraron 499 casos que representaban el 3,51% de QO y QNO, siendo los hombres los más afectados, de las lesiones quísticas halladas, el 98,5% corresponde a los QO y el 1,5% a QNO. Encontrando que los quistes odontogénicos más frecuentes son: con un 54,7% el radicular, con un 26,6% el dentígero (26,6%), con un 13,7% el residual, con un 3,3% el queratoquiste y el lateral con un 0,2%. El único QNO presente fue el del conducto nasopalatino (1,5%). Concluyeron que principalmente fueron hallados quistes inflamatorios.

1.4.2. Antecedentes nacionales

Villazante Tica (2021) en su estudio describió el nivel de conocimiento sobre QO en 79 alumnos del décimo ciclo de Estomatología de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa. Encontró que el nivel fue regular en el conocimiento tanto sobre QO en general con un 58,2% como para los QO de desarrollo con un 51,9% mientras que para los de origen inflamatorio obtuvieron un buen resultado con el 34,2%. Concluyendo que los alumnos requieren mayor entrenamiento para mejorar su nivel de conocimiento.

Córdova & Layton (2021) el objetivo de la tesis de grado fue el de determinar la frecuencia de QO en 351 historias clínicas del servicio odontológico del Hospital III José Cayetano Heredia en Lima, Perú de entre el 2010 y el 2018 cuyo diagnóstico fue de quiste odontogénico. Se halló que de los quistes encontrados, el 54,4% fueron radiculares, 30,2% dentígeros y el 15,4% queratoquistes. Concluyeron que hubo un predominio de quistes radiculares, de preferencia al sexo masculino, sobre todo en la zona anterior del maxilar, por sobre los 30 años.

Díaz-Calderón & Yupanqui-Tejero (2020) determinaron la frecuencia de QO observados en 780 radiografías ortopantografías digitales en adultos Piura-Perú del 2017 al 2019 de un Centro Radiológico de Diagnóstico Maxilofacial. Encontraron que la prevalencia fue del 15,4% de quistes de origen odontogénico, con predominio del quiste dentígero (50,8%) y el quiste radicular (38,3%). En cuanto a su ubicación tuvo predominio de un 75% en la zona anterior de la maxila y en un 87% de la zona postero mandibular. Es prevalente en la juventud (57,5%) y de preferencia en las mujeres (70%). Concluyendo, la prevalencia de QO es baja.

Mucha-Galarza, (2020) determinó la prevalencia de QO en 17 200 historias clínicas del Hospital Central de Lima del 2008 al 2018, Lima-Perú, de las cuales 82 habían cumplido con los criterios de selección. Encontraron que el 0,8% eran quistes odontogénicos, con mayor

prevalencia en varones (74,4%) que en fémininas (25,6%). Mayor prevalencia presentó el quiste radicular (56,1%) y el quiste dentígero (22%). Siendo prevalentes los radiculares en mayores de 51 años (23,2%), mientras que el quiste dentígero se tuvo una frecuencia de 77,8% en pacientes de 11 a 30 años. Según su ubicación, la maxila fue más prevalente (58,6%) que en la mandíbula (41,1%). En la región anterior de la maxila se presentan los quistes radiculares (50%), mientras que en la mandíbula se presenta el quiste dentígero (50%). Concluyeron que existe diferencia significativa en la prevalencia de QO con respecto a la edad, pero no para el sexo o la localización ($p < 0,005$).

Gamarra, (2016) en su investigación determinaron la prevalencia y las características histopatológicas en 41 muestras del quiste naso palatino, los que se diagnosticaron en los laboratorios de patología oral de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre 1991 al 2015 en Lima-Perú. Encontrando que los quistes nasopalatinos tuvieron una prevalencia del 0,3% mientras que los quistes maxilares fueron del 2,8%. Concluyeron que los quistes nasopalatinos son una patología poco frecuente.

Condo-Castro (2014) en su investigación comparó el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de imágenes radiolúcidas y radiopacas periapicales en 125 estudiantes de estomatología de 8vo y 10mo ciclo de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa, Perú. Encontró que hay un bajo nivel de conocimientos sin diferencias significativas para ambos ciclos.

1.5. Justificación de la investigación

Este estudio es original, por la necesidad del estudiante de obtener conocimientos para poder diagnosticar y tratar este tipo de patologías, es de actualidad, si bien es cierto hay estudios sobre el tema, muy pocos se abocan en estudiantes, de la misma forma, debido a la pandemia

por Covid-19, y a las dificultades presentadas con las practicas debido a la educación virtual, es importante precisar en qué nivel de conocimiento se encuentran los alumnos en este tema.

Tiene relevancia científica ya que toda la información obtenida servirá de base para el mejoramiento o el reforzamiento de estos temas para la práctica profesional, la relevancia social está asociada al beneficio que se daría a la población para la detección temprana de estas lesiones por parte de los nuevos profesionales y así mismo realizar un tratamiento adecuado, por otro lado conocer que tanto conocen los alumnos sobre este tema permitirá reforzar los conocimientos de los alumnos previo al egreso de la universidad.

Es útil, por lo que los alumnos al tener el cuestionario pueden absolver sus dudas sobre el tema y mejorar sus conocimientos, es viable ya que se cuentan tanto con los recursos como con la población necesaria para su ejecución y por último es de Interés debido a que se mejoraran los parámetros y la calidad de la metodología en la enseñanza de este tipo de metodologías.

1.6. Limitaciones de la investigación

Este estudio al ser netamente virtual, es decir se enviará a los alumnos por correo institucional el cuestionario, podría suceder que los alumnos no le tomen importancia, por lo que el tiempo para su ejecución podría alargarse.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos en estudiantes de odontología.

1.7.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos
- Determinar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes no odontogénicos
- Establecer la asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con la edad.
- Establecer la asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el género.
- Establecer la asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el ciclo académico.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

El nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los quistes de origen odontogénico y no odontogénico es regular en estudiantes de odontología.

1.8.2. Hipótesis específicas

- Existe diferencia estadística al comparar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos
- Existe diferencia estadística al comparar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes no odontogénicos
- Existe asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con la edad.
- Existe asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el género.

- Existe asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el ciclo académico.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

Los quistes son estructuras anatómicas anormales que consisten en una cavidad cerrada o saco revestido por tejido, generalmente compuesta por células epiteliales, que contienen material líquido, semilíquido o gaseoso en su interior. Estos quistes pueden desarrollarse en diferentes partes del cuerpo, incluyendo órganos internos y superficies cutáneas. Son definidos como toda cavidad patológica que se encuentre revestida por un epitelio con contenido líquido o semilíquido como moco queratina, o residuos celulares recibe el nombre de quiste. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

2.1.1. Quistes orales

La prevalencia de los quistes en la población ha sido objeto de interés en la comunidad médica y odontológica debido a su influencia en la salud oral y la calidad de vida de las personas. Los quistes pueden surgir en diversas partes del cuerpo, incluyendo la cavidad oral, y su aparición puede estar relacionada con una serie de factores, como la edad, el género, los hábitos de higiene y la predisposición genética. Entender la prevalencia de los quistes en la población es esencial para evaluar su impacto en la salud pública y orientar las estrategias de prevención y tratamiento. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Las causas de los quistes son variadas y pueden derivar de factores genéticos, infecciones, obstrucciones de las glándulas o conductos, lesiones traumáticas, reacciones inflamatorias, o incluso neoplasias. Comprender las causas subyacentes de la formación de quistes es esencial para su prevención y tratamiento adecuado. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

El diagnóstico de los quistes implica una evaluación clínica detallada, que a menudo incluye la historia médica del paciente y un examen físico. Sin embargo, la confirmación diagnóstica suele requerir técnicas de imagen como la ecografía, la resonancia magnética o la tomografía computarizada, así como procedimientos invasivos como la punción o la biopsia para analizar el contenido del quiste y determinar su naturaleza. Los quistes en general pueden presentar procesos inflamatorios variables, lo que puede afectar en la morfología del mismo, modificando con ellos tanto sus rasgos característicos como dificultando el diagnóstico. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Las características radiográficas desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de los quistes. Diversas técnicas de imagen, como la radiografía, la ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética, permiten visualizar la morfología y localización de los quistes, así como evaluar su relación con estructuras circundantes. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

El estudio histológico de los tejidos obtenidos de los quistes proporciona información esencial sobre su origen, naturaleza y comportamiento. La observación microscópica revela la composición de la pared quística y el contenido interno, lo que contribuye a la clasificación y manejo adecuado de los quistes. Presenta tres zonas definidas: Luz o cavidad central o luz, tejido epitelial de revestimiento que puede ser cubico, cilíndrico, pseudoestratificado, plano estratificado queratinizado o no queratinizado., así como una pared exterior o cápsula conformada por tejido conectivo con presencia de vasos sanguíneos y fibroblastos. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

El tratamiento de los quistes es un aspecto crucial en la atención médica y odontológica. La elección de la terapia adecuada depende de diversos factores, como el tipo y la ubicación del quiste, la edad del paciente y su salud general. Los enfoques terapéuticos pueden variar

desde la observación cuidadosa en casos asintomáticos hasta procedimientos quirúrgicos más complejos en situaciones que requieren extirpación. Comprender las opciones de tratamiento disponibles es esencial para garantizar la atención adecuada de los pacientes que presentan quistes. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Los quistes pueden presentar una amplia variedad de síntomas y signos clínicos, que dependen de su ubicación y tamaño. Estos síntomas pueden incluir dolor, inflamación, sensibilidad, cambios en la textura o apariencia de la piel, y en algunos casos, complicaciones como infecciones secundarias. La presencia de inflamación severa, puede ocasionar la destrucción parcial o total del epitelio, lo que posibilitaría que el cuadro clínico se resuelva sin necesidad de tratamiento. (Eusalud, 2015)

Los quistes orales son una categoría específica de quistes que se desarrollan en la cavidad bucal y estructuras orales. Estos quistes pueden variar desde quistes mucosos simples hasta lesiones más complejas, como los quistes odontogénicos, que se originan en los tejidos dentales. Comprender las características y peculiaridades de los quistes orales es de gran importancia en odontología y cirugía oral, ya que influyen en su diagnóstico y tratamiento. (Eusalud, 2015)

Los quistes orales son una categoría específica de quistes que se desarrollan en la cavidad bucal y sus estructuras circundantes. La etiología de estos quistes puede variar y a menudo está relacionada con factores específicos que afectan la salud oral. Entre las causas comunes se incluyen la obstrucción de las glándulas salivales, infecciones, trauma y, en algunos casos, la acumulación de tejido embrionario que no se resuelve adecuadamente. Comprender las causas subyacentes de los quistes orales es esencial para su diagnóstico y tratamiento efectivo. (Eusalud, 2015)

La prevalencia de los quistes orales es un tema relevante en la odontología y la salud oral en general. Estas lesiones pueden manifestarse en diferentes áreas de la cavidad bucal, como los maxilares, las encías y la lengua. La prevalencia de quistes orales puede variar según la población estudiada y las condiciones geográficas y culturales. Comprender la frecuencia con la que se encuentran los quistes orales es importante para evaluar su impacto en la salud bucal y orientar las prácticas clínicas y de prevención. (Eusalud, 2015)

El tratamiento de los quistes orales es un aspecto esencial de la atención odontológica. La elección de la terapia adecuada depende del tipo de quiste oral, su ubicación y su tamaño. Los enfoques terapéuticos pueden incluir desde la enucleación quirúrgica hasta procedimientos menos invasivos. La planificación y ejecución de un tratamiento efectivo son fundamentales para garantizar la salud bucal del paciente y prevenir posibles complicaciones. El conocimiento de las opciones de tratamiento disponibles es esencial para el manejo exitoso de los quistes orales. (Eusalud, 2015)

En términos generales, los quistes orales tienen origen en epitelio odontogénico, se les conoce como quistes verdaderos, las lesiones más prevalentes y clínicamente importantes pueden tener signos y síntomas relevantes y destruir el tejido, sobre todo cuando crecen y se infectan. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

2.1.2. Clasificación histopatológica de los quistes bucales

Los quistes orales comprenden una variedad de tipos que se distinguen por su origen y características clínicas. Algunos de los tipos más comunes incluyen el quiste mucoso, el quiste periodontal, el quiste de erupción, el quiste dentígero, el quiste radicular y el quiste residual. Cada uno de estos tipos tiene sus propias particularidades en términos de formación, ubicación y pronóstico. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

La clasificación histopatológica de los quistes orales se basa en la observación microscópica de las características celulares y tisulares de las lesiones. Los quistes orales se pueden clasificar en quistes no proliferativos y quistes proliferativos. Los quistes no proliferativos incluyen el quiste radicular, el quiste dentígero y el quiste residual, que generalmente no muestran un crecimiento celular anormal. Por otro lado, los quistes proliferativos, como el quiste de la luna de miel y el quiste queratoquístico, se caracterizan por un crecimiento más activo de las células epiteliales, lo que puede influir en su comportamiento clínico y su manejo terapéutico. La clasificación histopatológica proporciona información esencial para determinar la naturaleza y el tratamiento de los quistes orales. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

En el contexto de los quistes orales, es importante distinguir entre los quistes verdaderos y los quistes falsos. Los quistes verdaderos son aquellos que cumplen con la definición clásica de un quiste, con una cavidad revestida por tejido epitelial y contenido líquido o semilíquido. En contraste, los quistes falsos, también conocidos como pseudocistos, no cumplen con esta definición, ya que su contenido no está rodeado por una verdadera capa epitelial. Los quistes falsos son más comunes en áreas donde el tejido conectivo reacciona a la presencia de sangre o líquidos en el interior, formando una cápsula sin revestimiento epitelial. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Los quistes verdaderos pueden clasificarse en diferentes subtipos en función de su origen y características clínicas. Esta clasificación incluye los quistes odontogénicos, que se derivan de los tejidos dentales, y los quistes no odontogénicos, que tienen un origen diferente. Los quistes odontogénicos, a su vez, se subdividen en quistes inflamatorios, quistes de desarrollo y quistes de retención, cada uno con características específicas que los distinguen en términos de su etiología y comportamiento clínico. Esta clasificación proporciona una base

sólida para el diagnóstico y el plan de tratamiento de los quistes orales verdaderos. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

En resumen, los quistes verdaderos se dividen en:

- Quiste de origen odontogénico
- Quiste de origen no odontogénico
- Existen otros quistes que tienen un origen de tipo inflamatorio como son el quiste radicular, residual y apical producidos por un proceso inflamatorio en los tejidos del periápice productos de una invasión bacteriana.

2.1.3. Quistes Odontogénicos

Los quistes odontogénicos son una categoría de lesiones quísticas que se desarrollan en la región maxilofacial y tienen su origen en los tejidos asociados con la formación dental. Estos quistes se caracterizan por la acumulación de líquido o material quístico en una cavidad revestida por tejido epitelial y se presentan en diversas formas y tamaños, lo que les confiere una relevancia clínica significativa en la odontología. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Las causas de los quistes odontogénicos están relacionadas con factores genéticos y ambientales que influyen en el desarrollo dental. Estos quistes a menudo se originan a partir de la transformación patológica de restos epiteliales remanentes que quedan atrapados durante el proceso de desarrollo de los dientes. Cambios en estos restos epiteliales pueden dar lugar a la formación de quistes odontogénicos. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Los quistes odontogénicos comprenden una variedad de tipos, cada uno con características clínicas y histológicas distintivas. Algunos de los tipos más comunes incluyen el quiste dentígero, el quiste radicular, el quiste de erupción, el quiste de Gorlin-Goltz y el quiste queratoquístico. Cada tipo de quiste odontogénico presenta particularidades en términos

de ubicación, etiología y pronóstico, lo que influye en su diagnóstico y tratamiento. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Es una lesión donde el revestimiento interno de la cavidad proviene del epitelio que se produce en el desarrollo dentario, como:

- Restos epiteliales de Malassez: son estructuras que se encuentran en el periodonto, el tejido que rodea los dientes. Estos restos son derivados del epitelio del órgano del esmalte y pueden dar origen a quistes odontogénicos, como el quiste dentígero, si experimentan cambios patológicos y comienzan a acumular líquido en su interior. Además, son derivados de la vaina de Hertwing, los que pueden formar pequeños islotes de tejido atrapado en el ligamento periodontal mientras se está formando la raíz, por lo general aparecen en tercio apical radicular, los cuales pueden proliferar y formar un quiste, con tejido necrosado, formándose una cavidad rodeada de tejido epitelial el cual se llena de líquido. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)
- Epitelio reducido del esmalte: es otro componente relacionado con la formación de quistes odontogénicos. Este tejido se origina a partir del órgano del esmalte durante el desarrollo dental y puede persistir en la mandíbula o el maxilar. Si el epitelio reducido del esmalte sufre cambios patológicos, puede dar lugar a la formación de quistes odontogénicos, como el quiste dentígero. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)
- Restos de Serres: son tejidos que tienen su origen en los tejidos embrionarios involucrados en la formación de las estructuras dentales. En ciertas situaciones, estos restos pueden contribuir a la formación de quistes odontogénicos si experimentan transformaciones patológicas. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

- Los quistes paradentales: constituyen un subgrupo de quistes odontogénicos que se desarrollan en estrecha relación con las estructuras del periodonto que rodean los dientes, como el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Los quistes paradentales incluyen el quiste lateral, el quiste de la bifurcación y otros tipos de quistes que se originan en el periodonto. Comprender las características clínicas y la patogénesis de los quistes paradentales es fundamental para su diagnóstico y tratamiento en el campo de la odontología. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

2.1.4. Quistes derivados de los restos de Malassez

Los quistes derivados de los restos de Malassez son una categoría importante de quistes odontogénicos. Estos quistes se originan a partir de los remanentes del epitelio que rodea el órgano del esmalte durante el desarrollo dental. Por lo general, se encuentran en estrecha proximidad a las raíces dentales y se presentan como lesiones quísticas en la mandíbula o el maxilar. La formación de estos quistes puede estar relacionada con cambios patológicos en los restos de Malassez, que llevan a la acumulación de líquido en una cavidad quística revestida por tejido epitelial. (Medina, 2020)

Quiste Periapical

El quiste periapical es un tipo de quiste odontogénico que se forma en el extremo de la raíz de un diente, específicamente en respuesta a una infección crónica de la pulpa dental. Este quiste es el más prevalente en la cavidad bucal, se forma en respuesta a un proceso inflamatorio desencadenado por una invasión bacteriana en el tejido pulpar o por acción de necrosis pulpar, lo que produce que los restos de Malassez proliferen, debido a la necrosis celular se forma la luz o cavidad central, por la gradiente osmótica se establece una membrana que separa al tejido conectivo del necrótico de los líquidos, esto produce el aumento del tamaño. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Medina, 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste periapical, también conocido como quiste radicular, es una lesión odontogénica que se encuentra comúnmente en el campo de la odontología. Su prevalencia varía en diferentes poblaciones y regiones geográficas. Este quiste se forma en el ápice de una raíz dental como resultado de una infección crónica de origen pulpar. Comprender su prevalencia es fundamental para evaluar su impacto en la salud bucal y orientar las prácticas odontológicas. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Medina, 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste periapical se localiza específicamente en el extremo apical de una raíz dental. Por lo general, se desarrolla como una respuesta a una infección crónica en el tejido pulpar, y su formación puede llevar a la destrucción del hueso circundante. La ubicación precisa de estos quistes en relación con las raíces dentales y el hueso alveolar es un factor clave en su diagnóstico y tratamiento. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Medina, 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

La histología del quiste periapical revela características distintivas. Este tipo de quiste generalmente está revestido por un epitelio estratificado escamoso que forma la pared quística. El contenido del quiste periapical varía y puede incluir líquido, células inflamatorias y tejido conectivo fibroso. La presencia de células inflamatorias en el tejido circundante es común y refleja la naturaleza inflamatoria de la lesión. Histológicamente, se observa una lesión cavitaria con un revestimiento de epitelio plano de espesor variado no estratificado, debido al proceso inflamatorio intenso en la zona parte del tejido epitelial de revestimiento se destruye y forma un tejido de granulación. También pueden apreciarse cuerpos hialinos de Rushton. La pared del tejido conectivo que rodea al quiste puede mostrar un infiltrado inflamatorio compuesto por células plasmáticas, histocitos, linfocitos y neutrófilos. También se puede apreciar células

gigantes multinucleadas, por lo general el contenido del quiste es líquido con proteínas y restos celulares necróticos. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste periapical se manifiesta clínicamente con varios signos y síntomas, que pueden incluir dolor localizado, hinchazón en el área periapical, sensibilidad a la palpación, y en algunos casos, drenaje de pus a través de una fístula dental. El diagnóstico del quiste periapical suele requerir técnicas de imagen, como radiografías dentales, para visualizar la lesión y evaluar su extensión. Clínicamente, por lo general parecen en el ápice radicular, pero también pueden aparecer alrededor de los conductos accesorios. En las imágenes radiográficas, se evidencia una zona radiolúcida redondeada y circunscrita, por lo general a nivel apical de un diente desvitalizado, si se presenta a nivel de un incisivo lateral superior se observa la imagen radiolúcida globular, que puede producir la separación de las raíces del canino y el incisivo lateral. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

La detección y el diagnóstico de los quistes periapicales a menudo se realizan mediante imágenes radiográficas, como radiografías periapicales, panorámicas dentales y tomografías computarizadas. Las características radiográficas de estos quistes suelen incluir una imagen radiolúcida (de menor densidad) en el área apical de una raíz dental. Esta radiolucidez se debe a la pérdida de densidad ósea y la formación de un espacio quístico. La forma y el tamaño de esta lesión pueden variar, y su apariencia radiográfica es una parte importante de la evaluación y el diagnóstico en odontología. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

El tratamiento del quiste periapical implica la erradicación de la infección y la eliminación del tejido quístico. Esto se logra a través de un procedimiento llamado endodoncia o tratamiento de conducto, que implica la desinfección de los conductos radiculares del diente infectado y la obturación de los mismos para evitar futuras infecciones. En algunos casos,

puede ser necesario realizar una cirugía para eliminar el quiste y, en situaciones más complejas, es posible que se requiera la extracción del diente afectado. La elección del tratamiento depende de la gravedad de la lesión y la respuesta del paciente a la terapia. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013)

Quiste residual

El quiste residual es un tipo de quiste odontogénico que se desarrolla como resultado de la presencia de tejido quístico remanente en la mandíbula o el maxilar después de un tratamiento dental inadecuado o incompleto. La etiología del quiste residual se vincula principalmente con la falta de eliminación completa del tejido quístico durante un procedimiento previo, como una endodoncia o la enucleación de un quiste. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Lévano et al., 2021; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

El quiste residual es una variante de los quistes odontogénicos que a menudo se forma como una continuación o remanente de un quiste previamente tratado o de un quiste que no se ha extirpado por completo. La prevalencia del quiste residual varía en función de la población y la disponibilidad de atención dental. Su detección y manejo son importantes para prevenir complicaciones y recurrencias en pacientes que han tenido experiencias previas con quistes odontogénicos. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Lévano et al., 2021; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

Este quiste permanece o se forma en el espacio de una pieza dentaria extraída, clínicamente la mayoría son asintomáticos y son descubiertos por exámenes radiográfico de piezas aledañas. Los cambios producidos por la extracción de la pieza dentaria se pueden observar radiográficamente, una zona bien circunscrita, unilocular menor de un centímetro de diámetro. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Lévano et al., 2021; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

El quiste residual se encuentra en la misma área donde se originó el quiste original. La localización específica puede variar, ya que depende de la ubicación del quiste odontogénico inicial. Estos quistes a menudo se desarrollan en el maxilar o la mandíbula, en estrecha proximidad a las raíces dentales. La identificación de la ubicación del quiste residual es fundamental para su manejo y tratamiento adecuados. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Lévano et al., 2021; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

Desde el punto de vista histológico, el quiste residual comparte características con otros quistes odontogénicos. Por lo general, está revestido por un epitelio estratificado escamoso y puede contener líquido o material quístico en su interior. La histología también puede mostrar signos de inflamación crónica, ya que la persistencia del tejido quístico puede dar lugar a una reacción inflamatoria en el área circundante. Histológicamente, se observa el quiste tapizado parcial o totalmente por epitelio estratificado escamoso, con grosor variable y discontinuo en algunas partes, se observa infiltrado inflamatorio formado por leucocitos y neutrófilos en el revestimiento, en la capsula fibrosa predominan algunos macrófagos y células plasmáticas. Tratamiento, enucleación del quiste. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Lévano et al., 2021; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

Las características radiográficas del quiste residual suelen mostrar una imagen radiolúcida en el área previamente afectada por el quiste odontogénico original. Esta radiolúcidez puede ser persistente después del tratamiento del quiste original y, en algunos casos, puede disminuir de tamaño o desaparecer por completo. La apariencia radiográfica del quiste residual puede variar desde una pequeña área radiolúcida hasta una lesión más grande y bien definida. La identificación de estas características radiográficas es esencial para determinar la necesidad de tratamiento adicional y garantizar una atención odontológica

completa para el paciente. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Lévano et al., 2021; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

El tratamiento del quiste residual implica la eliminación completa del tejido quístico persistente y, en algunos casos, la realización de una cirugía oral. Esto suele requerir una enucleación quirúrgica del quiste y la limpieza meticulosa del área afectada. La cirugía debe realizarse con cuidado para evitar recurrencias y asegurar la salud oral del paciente. El tratamiento suele ser exitoso si se elimina por completo el tejido quístico residual y se realiza un seguimiento adecuado para garantizar la curación y la ausencia de complicaciones. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Lévano et al., 2021; Medina, 2020; Vega et al., 2013)

2.1.5. Quistes derivados del epitelio reducido del esmalte

El epitelio reducido del esmalte es un componente relacionado con la formación dental y se deriva del órgano del esmalte. Este epitelio, a diferencia del epitelio interno del órgano del esmalte, persiste después de la erupción dental y se encuentra en la unión amelocementaria. Aunque su función específica no está completamente esclarecida, se considera una estructura remanente que puede estar implicada en la patogénesis de ciertos quistes odontogénicos, como el quiste dentígero. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El epitelio reducido del esmalte, se encuentra conformado por una capa células epiteliales que está formada por el epitelio interno, retículo estrellado y de los ameloblastos, siendo un complejo conjunto de células secretoras, que permanecen entorno a la corona después de que el esmalte se halla formado. Se encuentra dentro de ellos: Quiste dentígero y quiste de erupción. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Quiste dentígero

Este quiste se forma entorno a la corona dentaria sin erupcionar, originándose por el líquido acumulado entre la superficie del esmalte y el epitelio reducido circundante, formándose un quiste alrededor de la corona, pero dejando las raíces fuera. Por lo general se forma en los terceros molares ya sean superiores o inferiores o en los caninos superiores no erupcionados. Su etiología se asocia comúnmente con la presencia del epitelio reducido del esmalte que rodea la corona del diente en desarrollo. Este epitelio se cree que persiste después del desarrollo dental normal y, si se somete a cambios patológicos, puede dar lugar a la formación de un quiste dentígero. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste dentígero es una de las lesiones quísticas más comunes en la cavidad bucal y se encuentra con cierta prevalencia en la población. Su incidencia puede variar en diferentes poblaciones y regiones geográficas. Este quiste se asocia típicamente con la corona de un diente impactado o no erupcionado, y comprender su prevalencia es crucial para evaluar su impacto en la salud bucal y orientar las prácticas odontológicas. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste dentígero se localiza principalmente alrededor de la corona de un diente, ya sea un diente permanente no erupcionado o un diente deciduo. Este quiste rodea la corona y a menudo se encuentra en estrecha proximidad a la zona de la línea amelocementaria, que es la unión entre el esmalte dental y la raíz. La localización específica puede variar según el diente afectado, pero por lo general se encuentra en el maxilar o la mandíbula, donde los dientes están en proceso de erupción. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste dentígero muestra características histológicas específicas. Por lo general, se caracteriza por un epitelio estratificado escamoso que rodea la corona de un diente no

erupcionado y se extiende hacia el tejido conectivo circundante. El contenido del quiste puede variar desde líquido hasta material mucoso o gelatinoso, y puede contener células inflamatorias en respuesta a infecciones secundarias. Radiológicamente, se observa imagen radiolúcida unilocular, asociada a un cordal impactado, al estar unido en la zona cervical, impide la erupción y pudiendo desplazar a la pieza dentaria. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Ibarra et al., 2020; Olaechea-Ramos et al., 2019; Vega et al., 2013)

Las características clínicas del quiste dentígero incluyen la hinchazón localizada en el área donde se encuentra el diente no erupcionado y, en algunos casos, la desviación de dientes adyacentes. El paciente puede experimentar molestias o dolor, y en ocasiones, el quiste dentígero puede ser detectado incidentalmente en una radiografía dental de rutina. Clínicamente, puede no presentar síntomas, en algunos casos puede presentar tumefacción o dolor sobre todo si presenta inflamación, al estar alrededor de la corona de la pieza esta se encuentra ausente de la arcada, por lo general son diagnosticados radiográficamente. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Ibarra et al., 2020; Olaechea-Ramos et al., 2019; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Histológicamente, la luz se encuentra tapizada por una uniforme delgada capa de epitelio estratificado escamoso no queratinizado, asociada alrededor al tejido conectivo con infiltrado crónico inflamatorio. Según el tipo de inflamación y de la intensidad, puede llegar a convertirse en tejido hiperplásico, ulcerado o atrófico, pero por lo general se observa células inflamatorias agudas y crónicas. Se observa metaplasia o prosoplasia del tejido celular mucoso. Los quistes que son de larga data pueden presentar la queratinización de algunas zonas o mostrar cambios displásicos o premalignos del revestimiento epitelial. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Ibarra et al., 2020; Olaechea-Ramos et al., 2019; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Las características radiográficas del quiste dentígero suelen incluir una imagen radiolúcida bien delimitada alrededor de la corona de un diente no erupcionado. Esta radiolucidez se debe al espacio quístico que rodea la corona dental y es visible en radiografías dentales, como radiografías periapicales o panorámicas. La forma y el tamaño de esta lesión pueden variar según el diente afectado y la etapa de desarrollo. La identificación de estas características radiográficas es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento adecuados en odontología, lo que permite abordar oportunamente las implicaciones clínicas asociadas con el quiste dentígero. (Açikgöz et al., 2012; Eusalud, 2015; Ibarra et al., 2020; Olaechea-Ramos et al., 2019; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El tratamiento del quiste dentígero suele requerir la extirpación quirúrgica del quiste y la eliminación del diente no erupcionado. La cirugía debe realizarse con cuidado para evitar dañar estructuras circundantes, como dientes adyacentes y tejido óseo. Después de la extirpación del quiste y del diente, se realiza un seguimiento clínico para asegurarse de que no haya recurrencia. El pronóstico es generalmente favorable si se realiza un tratamiento adecuado y se monitorea de cerca la evolución del paciente. La recidiva es rara. (Ibarra et al., 2020; Olaechea-Ramos et al., 2019; Vega et al., 2013)

Quiste de erupción

El quiste de erupción, también conocido como quiste de erupción folicular, se forma debido a una etiología relacionada con la erupción dental. Este quiste se origina cuando el folículo dental que rodea el diente en desarrollo no se resuelve adecuadamente durante el proceso de erupción, lo que resulta en la acumulación de líquido y tejido en su interior. La interacción entre el folículo y el diente en erupción desempeña un papel fundamental en la patogénesis de este quiste. Tiene características del quiste dentígero, se forma un tejido blando

alrededor de la corona del órgano dentario en proceso de erupción. (Açikgöz et al., 2012; Alvarez-Páucar et al., 2016; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste de erupción, también conocido como quiste folicular, es una lesión quística que a veces se asocia con la erupción dentaria. Su prevalencia puede variar en diferentes poblaciones y grupos de edad. Aunque es menos común que otros quistes dentígeros, el quiste de erupción es relevante en el campo de la odontología y la cirugía oral, y su prevalencia es importante para comprender su impacto en la salud bucal. (Açikgöz et al., 2012; Alvarez-Páucar et al., 2016; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste de erupción se localiza típicamente alrededor de la corona de un diente no erupcionado, a menudo en relación con un diente permanente que está en proceso de erupción. Se forma alrededor del saco folicular dental, que es la estructura que rodea el germen dental y se desarrolla durante la formación del diente. La localización específica puede variar según el diente afectado, pero por lo general se encuentra en el maxilar o la mandíbula, donde los dientes están en proceso de erupción. (Açikgöz et al., 2012; Alvarez-Páucar et al., 2016; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste de erupción suele manifestarse clínicamente con hinchazón y sensibilidad localizadas en la región de la erupción dental. En algunos casos, puede ser visible una hendidura o bolsa en la encía sobre el diente afectado. A menudo, el quiste de erupción se asocia con un diente que no erupciona correctamente y puede causar molestias o dolor en el área circundante. (Açikgöz et al., 2012; Alvarez-Páucar et al., 2016; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Desde el punto de vista histológico, el quiste de erupción se caracteriza por un revestimiento epitelial que rodea la corona del diente que está en proceso de erupción. Este epitelio es del tipo escamoso estratificado y puede contener capas de células aplanadas. El

contenido del quiste de erupción puede variar, pero a menudo contiene un líquido claro o mucoso, así como células inflamatorias en respuesta a procesos infecciosos secundarios. (Açikgöz et al., 2012; Alvarez-Páucar et al., 2016; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

En las imágenes radiográficas, el quiste de erupción suele manifestarse como una imagen radiolúcida que rodea la corona de un diente no erupcionado. Esta radiolucidez es característica y se debe al espacio quístico que rodea la corona dental. La forma y el tamaño de la lesión pueden variar según el diente afectado y su etapa de desarrollo. La identificación de estas características radiográficas es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento adecuados en odontología y para abordar las implicaciones clínicas asociadas con el quiste de erupción. (Açikgöz et al., 2012; Alvarez-Páucar et al., 2016; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El tratamiento del quiste de erupción generalmente implica la enucleación quirúrgica del quiste, junto con la extracción del tejido asociado con el diente en erupción. La cirugía se realiza con cuidado para evitar dañar estructuras dentales o circundantes. La extirpación del quiste de erupción permite que el diente erupcione adecuadamente y evita futuras complicaciones. El pronóstico después del tratamiento es generalmente favorable, y se realiza un seguimiento clínico para asegurarse de que no haya recurrencia del quiste. (Açikgöz et al., 2012; Alvarez-Páucar et al., 2016; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

2.1.6. Quistes derivados de los restos de Serres (lámina dental)

La lámina dental es una cinta de epitelio embrionario, la que inicia la formación del germen dental ubicándolo en su posición dentro de los maxilares en desarrollo. Los quistes derivados de los restos de Serres, también conocidos como quistes de la lámina dental, son una categoría de quistes odontogénicos que se originan a partir de remanentes del tejido conocido

como lámina dental. Esta estructura se forma durante el desarrollo dental y está involucrada en la interacción entre el epitelio y el mesénquima para la formación de los tejidos dentales. Cuando la lámina dental no se resuelve de manera adecuada durante el proceso de desarrollo, puede dar lugar a la formación de quistes odontogénicos. Estos quistes pueden presentarse en diversas áreas de la mandíbula y el maxilar, y su comprensión es esencial en el campo de la odontología para el diagnóstico y tratamiento adecuados. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Tiene como función la de conectar el germen dentario con la mucosa alveolar, cuando termina su función, se desintegra y forma pequeñas islas y bandas de epitelios llamado restos de Serres que se mantienen hasta la adultez. Puede encontrarse en tejido conectivo de la gingiva y también en el hueso alveolar, muestras características de células escamosas, pero muchas de ellas, contiene glucógeno produciendo un aspecto transparente o claro del citoplasma, denominándose Restos de Serres. Entre ellos tenemos: queratoquiste, quiste gingival, quiste de la lámina dental del recién nacido, quiste periodontal y quiste odontógeno glandular. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Queratoquiste odontógeno

El queratoquiste odontógeno es una variante de quiste odontogénico que se caracteriza por su capacidad de crecimiento y recurrencia. Aunque no es tan común como otros quistes odontogénicos, su prevalencia es significativa en la población y varía según la región geográfica y la población estudiada. Comprender su prevalencia es esencial para evaluar su impacto en la salud bucal y orientar las prácticas clínicas y de investigación en odontología. (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Villazante, 2021)

El queratoquiste odontógeno se localiza típicamente en los maxilares, cerca de la zona de la línea amelocementaria, que es la unión entre el esmalte dental y la raíz del diente. A

menudo, se origina en el área de los terceros molares o los premolares y puede expandirse a medida que crece. La localización específica puede variar según el diente y la etapa de desarrollo. La identificación precisa de la ubicación del queratoquiste odontógeno es fundamental para su diagnóstico y manejo adecuados. (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Villazante, 2021)

Se produce en cualquier momento de la vida habiendo mayor incidencia entre la 2da y 3era década de la vida sobre todo en hombres de raza blanca y tiene una prevalencia del 3 al 11% de los quistes. Así mismo, la mandíbula es la zona más frecuente que se encuentra afectada sobre todo en el ángulo de la mandíbula extendiéndose tanto interior como superiormente. (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Villazante, 2021)

Si bien es cierto, un gran número se presentan como lesiones intraóseas, estas pueden involucrar no solo el hueso cortical sino también las estructuras que se encuentran adyacentes (Ramírez et al., 2021). Cuando se presentan varios quistes en una sola persona pudiera estarse tratando del Síndrome Névico o Síndrome de Gorlin, los criterios son la presencia de: gran cantidad de queratoquistes, costillas bífidas, más de dos carcinomas basocelulares, más de tres hoyuelos o pits palmares o plantares y un familiar de consanguineidad en primer grado que presente el síndrome; mientras que los criterios menos prevalentes consisten en: hipertelorismo, malformaciones congénitas tales como la fisura palatina o labia y la prominencia frontal, deformación del pecho y sindactilia, se observan también alteraciones evidenciadas radiográficamente como un puente en la silla turca, hemivértebras, elongación y/o fusión de las vértebras, macrocefalia, meduloblastomas y en el caso de las mujeres fibromas en ovarios (Eusalud, 2015). En la actualidad la OMS, debido a su naturaleza neoplásica, ha propuesto el uso del término Tumor Queratoquístico (TQQO) (Ramírez et al., 2021; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

Clínicamente, tiene un potencial de crecimiento notable, pudiendo alcanzar grandes tamaños habiendo gran destrucción ósea, siendo esta, asociada con la falta de regulación del ciclo celular del epitelio de revestimiento, se incrementa la expresión EGFR, la proliferación celular, CEA y ciclina D1. Como característica relevante del síndrome, fuera de la presencia del queratoquiste odontógeno, es la presencia del carcinoma névico basocelular y costillas bífidas, la presencia de quistes epidermoides múltiples en la piel, la calcificación de las Hoz del cerebro, los metacarpos cortos y el meduloblastoma (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

En las imágenes radiográficas, el queratoquiste odontógeno generalmente se presenta como una lesión bien definida con características radiolúcidas y radiotransparentes. A menudo se observa como una estructura en forma de saco con un margen fino y regular que rodea la corona dental o se encuentra en el área periapical. Estas características radiográficas son útiles para diferenciar el queratoquiste odontógeno de otras lesiones quísticas en la cavidad bucal y son esenciales para el diagnóstico y el plan de tratamiento. La evaluación radiográfica es una parte crucial de la atención odontológica y la cirugía oral cuando se sospecha la presencia de un queratoquiste odontógeno (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

Radiológicamente, la lesión es radiolúcida, solitaria definida con bordes que pueden ser lisos o festoneados, que puede ser multilocular o poliquística, con cortical adelgazada, por la inflamación la cortical puede perforarse siendo difícil su visualización. Por lo general se descubre por análisis radiográficos de rutina y por lo general se asocia a piezas dentarias impactadas, por lo que se confunde con un quiste dentígero (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

Histológicamente, se caracteriza por tener el revestimiento uniforme y delgado de epitelio estratificado escamoso paraqueratinizado u ortoparaqueratinizado (puede tener de 6 a 0 células de espesor), las células basales se posicionan en empalizada, con una capa de paraqueratina ondulada en la superficie, sin presencia de papilas. El tejido epitelial y conjuntivo se encuentran separados por una zona libre de inflamación. En la zona de la luz existe paraqueratina descamada, se observan residuos de la lámina dental y en diversas ocasiones pequeños quistes en la superficie capsular, encontrándose esta por lo general sin respuesta inflamatoria (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

Para el tratamiento se emplea la enucleación quirúrgica, cuando ha habido perforación ósea se procede a hacer la resección quirúrgica del tejido óseo involucrado. Actualmente se está empleando la marsupialización del quiste antes de su extirpación para reducir el tamaño. Tiene alta recidiva de alrededor del 60% de los casos entre alrededor de los 5 a 10 años posteriores a la cirugía, es aconsejable el seguimiento del lecho quirúrgico (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

Queratoquiste odontógeno ortoqueratinizado

El Queratoquiste Odontógeno Ortoqueratinizado es un tipo específico de quiste odontogénico que se origina por una etiología compleja. Aunque su origen no está completamente esclarecido, se asocia con factores genéticos y la participación de la vía de señalización del gen PTCH1, que está involucrado en la regulación del crecimiento y desarrollo celular. Este quiste también ha mostrado una fuerte relación con la neoplasia quística odontogénica, lo que lo convierte en un tema de interés y estudio en la odontología. Se considera el 2do tipo de queratoquiste odontógeno, difiere del paraqueratinizado por su menor actividad proliferativa y que no se asocia con el síndrome nevo basocelular, así como su probabilidad de recidiva es mucho menor de alrededor del 5%. Por lo general se asocia a los

terceros molares, si bien es cierto se hace la enucleación quirúrgica del quiste no necesita resección ósea (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

El queratoquiste odontógeno ortoqueratinizado es una variante del queratoquiste odontógeno que se caracteriza por su diferenciación ortoqueratinizada, lo que reduce su capacidad de crecimiento y recurrencia en comparación con otras variantes del queratoquiste. Aunque es menos común que otras lesiones quísticas, su prevalencia puede variar en diferentes poblaciones y regiones geográficas. Comprender su prevalencia es importante para evaluar su impacto en la salud bucal y orientar las prácticas clínicas y de investigación en odontología (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

El queratoquiste odontógeno ortoqueratinizado se encuentra principalmente en los maxilares, a menudo en áreas cercanas a los terceros molares o los premolares. Su localización suele ser similar a la de otras variantes del queratoquiste odontógeno. Se origina en la zona de la línea amelocementaria, que es la unión entre el esmalte dental y la raíz del diente. La identificación precisa de la ubicación del queratoquiste odontógeno ortoqueratinizado es esencial para su diagnóstico y tratamiento adecuados (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021).

Las características clínicas varían, pero a menudo se presenta como una lesión asintomática y descubierta incidentalmente durante una radiografía dental de rutina. Puede generar una expansión ósea localizada y, en algunos casos, desplazar dientes adyacentes. A diferencia de otros quistes odontogénicos, la recurrencia es una característica común del Queratoquiste Odontógeno Ortoqueratinizado, lo que destaca su importancia clínica y el énfasis en el seguimiento del paciente. (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Desde una perspectiva histológica, el Queratoquiste Odontógeno Ortoqueratinizado se caracteriza por presentar un epitelio ortoqueratinizado, que es una variante del epitelio escamoso estratificado. En contraste con otros quistes odontogénicos, este quiste muestra una capa de células superficiales aplanadas con queratina en su interior. Además, el epitelio del Queratoquiste Odontógeno Ortoqueratinizado suele ser más delgado y menos inflamatorio en comparación con otros quistes odontogénicos. (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Las características radiográficas del queratoquiste odontógeno ortoqueratinizado suelen incluir una imagen radiolúcida que rodea la corona de un diente o se encuentra en el área periapical. A diferencia de otras variantes del queratoquiste odontógeno, este tipo presenta un margen fino y regular y tiende a tener una menor capacidad de crecimiento. Las características radiográficas son útiles para el diagnóstico y la diferenciación de otras lesiones quísticas en la cavidad bucal. La evaluación radiográfica es esencial en la atención odontológica y la cirugía oral cuando se sospecha la presencia de un queratoquiste odontógeno ortoqueratinizado. (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El tratamiento del Queratoquiste Odontógeno Ortoqueratinizado implica la enucleación quirúrgica de la lesión, que debe llevarse a cabo con precaución para evitar daños a estructuras adyacentes. Dado que la recurrencia es común en este tipo de quiste, se requiere un seguimiento clínico y radiográfico a largo plazo para detectar cualquier signo de regeneración de la lesión. En algunos casos, se puede considerar la resección más amplia de tejido para minimizar el riesgo de recurrencia, y la decisión del tratamiento debe ser individualizada para cada paciente. (Eusalud, 2015; Ramírez et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Quiste Periodontal Lateral

Son lesiones de desarrollo intraóseo que se sitúan en la zona lateral radicular de una pieza dentaria erupcionada, el crecimiento es lento y no expansivo, que derivan de la lámina dental. Representa menos del 1% de las lesiones quísticas presentes en boca pueden presentarse a cualquier edad, en especial entre los 40 a 70 años, sin predilección de sexo, por lo general afectan la mandíbula en especial la zona canina y premolar. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste periodontal lateral es una lesión quística que se asocia con los dientes y el tejido periodontal. Su prevalencia puede variar en diferentes poblaciones y grupos de edad. Aunque es una entidad menos común en comparación con otros quistes dentales, su prevalencia es importante en el campo de la odontología. Comprender cuán frecuente es esta lesión es fundamental para evaluar su impacto en la salud bucal y orientar las prácticas clínicas y de investigación. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste periodontal lateral se encuentra en estrecha proximidad a los dientes, específicamente en el área del ligamento periodontal. A menudo se origina a partir del saco epitelial del ligamento periodontal, que es la estructura que rodea las raíces dentales. La localización específica puede variar según el diente afectado, pero generalmente se encuentra en el maxilar o la mandíbula. La identificación precisa de la ubicación del quiste periodontal lateral es crucial para su diagnóstico y tratamiento adecuados. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Histopatología, se observan dos o tres capas de epitelio no queratinizado en el revestimiento, presentando células claras con contenido de glucógeno. En algunos quistes con génesis de los Restos de Serres, hay mayor engrosamiento o presencia de placas focales de epitelio.

Clínicamente, deben diferenciarse de los quistes inflamatorios producto de lesiones pulpares que se sitúan en la pared lateral de la raíz, así como del queratoquiste odontogénico lateral y del quiste gingival del adulto, se desarrolla como una lesión solitaria. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Radiológicamente, se evidencia una imagen unilocular radiolúcida, bien delimitada y pequeña, con cortical delgada, que se localiza en la cresta alveolar y en las paredes laterales de las raíces órganos dentarios vitales, de menos de 1cm, localizado de preferencia en premolares inferiores y entre le lateral y el canino en la maxila. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013)

El quiste periodontal lateral, cuando se presenta multilocular, es más agresivo y recidivante localmente después de ser extirpado, a esta variante se le llama quiste odontogénico botroide, se asemeja al quiste periodontal lateral presentando múltiples cavidades con septos fibrosos, radiográficamente se observa una lesión radiolúcida multilocular. Tratamiento: enucleación quirúrgica y de rara recidiva en su forma unilocular, los casos recidivantes son de la forma multilocular. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Quiste Gingival del Adulto

El Quiste Gingival del Adulto, también conocido como quiste gingival mandibular, es una entidad clínica cuya etiología se asocia principalmente con la acumulación de líquido en el tejido conectivo del revestimiento del quiste. A diferencia de otros quistes odontogénicos, su formación no está relacionada con la interacción de tejidos dentales específicos o remanentes de desarrollo, lo que lo hace único. Aunque su origen exacto sigue siendo tema de estudio e investigación, se ha observado una relación con la inflamación local y la acumulación de líquido en las encías de adultos. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste gingival del adulto es una lesión odontogénica poco común que afecta principalmente a la población adulta. Su prevalencia es relativamente baja en comparación con

otras lesiones quísticas en la cavidad bucal. Sin embargo, su importancia clínica radica en su capacidad de expansión y su potencial para causar molestias. Comprender la prevalencia de esta lesión es esencial para evaluar su impacto en la salud bucal y orientar las prácticas odontológicas y de investigación. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste gingival del adulto se encuentra típicamente en la encía, cerca de la zona de las encías que rodea los dientes. A menudo se origina en la zona de la línea amelocementaria, que es la unión entre el esmalte dental y la raíz del diente. La localización específica puede variar, pero suele estar en áreas de encía libre o encía adherida, donde las encías se adhieren a los dientes y a veces cerca de la línea de la encía marginal. La identificación precisa de la ubicación del quiste gingival del adulto es fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuados. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Esta lesión es similar al quiste periodontal lateral, pero clínicamente es diferente. Se localiza en la encía por fuera de la zona ósea, deriva de los restos de Serres. Si bien es cierto solo aparecen en tejidos blandos puede ocasionar reabsorción en el hueso alveolar a la presión. Mientras que el quiste lateral tiene su origen en la zona interna del hueso. Es prevalente en personas de más de 40 años, con una incidencia en la zona vestibular en la mandíbula entre los premolares y el incisivo lateral. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El Quiste Gingival del Adulto suele ser una lesión pequeña y asintomática que se manifiesta clínicamente como una protuberancia o una hinchazón en la encía. A menudo se encuentra en el área de los premolares y molares mandibulares. Aunque la mayoría de las veces es una lesión benigna, es importante realizar una evaluación clínica adecuada para descartar otras patologías, y la confirmación se logra mediante biopsia. Clínicamente, se observa en las encías un nódulo pequeño delimitado, recubierto por mucosa normal, puede medir de pocos milímetros hasta 1 cm. Radiológicamente, al estar ubicados en tejido blando, no se observa en

las radiografías, se observa zonas depresivas o aplanadas en el hueso alveolar debido a la presión ejercida. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Desde una perspectiva histológica, el Quiste Gingival del Adulto muestra una pared quística revestida por un epitelio delgado y a menudo no queratinizado. El contenido del quiste generalmente consiste en líquido seroso o mucoso, y la presencia de células inflamatorias es mínima en comparación con otros quistes odontogénicos. La histología del Quiste Gingival del Adulto refleja su naturaleza relativamente benigna en comparación con otros quistes orales. Histopatológicamente, se encuentra revestido por un epitelio parecido al del quiste lateral, el que presenta células claras ocasionales inmersas en una delgada capa de células escamosas o cúbicas. En algunos casos pueden presentarse como lesiones poliquísticas. Tratamiento, extirpación quirúrgica y una vez eliminado no genera recidiva. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Las características radiográficas del quiste gingival del adulto generalmente no muestran imágenes radiolúcidas notables, ya que esta lesión se encuentra principalmente en el tejido blando de la encía. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, no es detectable mediante radiografías dentales convencionales. Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica y, a menudo, en estudios histopatológicos después de la extirpación quirúrgica. La identificación de las características y la evaluación clínicas adecuadas son cruciales para diagnosticar y tratar el quiste gingival del adulto. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El tratamiento del Quiste Gingival del Adulto implica la enucleación quirúrgica de la lesión, que es un procedimiento relativamente sencillo y suele realizarse de forma ambulatoria. La tasa de recurrencia de este quiste es muy baja, lo que lo diferencia de otros quistes odontogénicos. La eliminación completa de la lesión es suficiente para garantizar la curación,

y se recomienda un seguimiento clínico a largo plazo para evaluar la respuesta del paciente y descartar recurrencias. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Quiste de la Lámina dental del recién nacido

El Quiste de la Lámina Dental del Recién Nacido es una lesión que se presenta en bebés poco después del nacimiento. Su etiología se relaciona con la obstrucción de las glándulas sebáceas en la boca del recién nacido, lo que provoca la retención de secreciones sebáceas en los conductos glandulares. Esta retención conduce a la formación del quiste y se cree que es una respuesta a la estimulación hormonal materna durante el parto. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste de la lámina dental del recién nacido es una lesión oral benigna que afecta principalmente a los lactantes. Aunque es una entidad poco común, se observa ocasionalmente en neonatos. Su prevalencia varía en función de la población estudiada y la región geográfica. Comprender la prevalencia de esta lesión es importante para evaluar su impacto en la salud oral de los recién nacidos y guiar la atención médica y dental en esta población. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

El quiste de la lámina dental del recién nacido generalmente se localiza en la cavidad oral de los neonatos. Con mayor frecuencia, se encuentra en la línea media de la boca, en el área del paladar. La localización específica puede variar, pero es típico que aparezca en la región del paladar, en la parte anterior o media del mismo. Es importante señalar que esta lesión es congénita y suele ser evidente en el momento del nacimiento. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Llamado también Nódulos de Bohn, perlas de Epstein, o quiste gingival del recién nacido, se observa como lesiones pequeñas blanquesinas, únicas o múltiples, asintomáticas derivadas de la lámina dental ubicadas en el reborde alveolar de 1 a 3 mm de diámetro, en la

mucosa del reborde alveolar. Presentan contenido de queratina, no necesitan tratamiento ya que remiten espontáneamente a lo largo de los meses. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Histopatológicamente, es revestido de epitelio plano estratificado y queratinizado, presenta de 2 a 3 capas de células, con queratina compactada y descamada. Tanto el quiste gingival del recién nacido como el del adulto se originan de la lámina dental y de la sucesional. Tratamiento, al resolverse espontáneamente después de unos meses, no necesita tratamiento. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Las características radiográficas del quiste de la lámina dental del recién nacido son mínimas o inexistentes, ya que esta lesión se encuentra en el tejido blando de la cavidad oral. En la mayoría de los casos, no es detectable mediante radiografías dentales convencionales, ya que es una entidad clínica observada directamente en el paladar del neonato. El diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica y no requiere estudios radiográficos para su identificación. La mayoría de los casos no necesitan intervención y tienden a resolver por sí solos con el tiempo. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Por lo general, no se requiere tratamiento para el Quiste de la Lámina Dental del Recién Nacido, ya que tiende a desaparecer de forma espontánea con el tiempo. En la mayoría de los casos, la lesión se resuelve por sí sola sin intervención médica. Sin embargo, es importante que los padres estén informados sobre la naturaleza benigna de esta lesión y que se realice un seguimiento clínico para asegurarse de que no haya complicaciones o cambios en la lesión. En raras ocasiones, si la lesión persiste y causa molestias al bebé, se puede considerar la extirpación quirúrgica en consulta con un profesional de la salud. (Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Quiste Odontógeno Glandular

Es un quiste sialoodontógeno que al tener características similares al quiste odontógeno botroide y al quiste periodontal lateral, se cree que deriva de la lámina dental. Se definen como glándulas pequeñas ubicadas en zonas engrosadas del revestimiento epitelial las que secretan mucina debido a la presencia de células mucosas (PAS positivo); aparecen preferentemente en la mandíbula sobre todo en el segmento anterior, en promedio aparecen alrededor de los 50 años. Propensas a la recurrencia. Su etiología se asocia con la estimulación de las glándulas salivales menores en el área bucal. Se cree que factores irritantes o traumáticos en la mucosa oral pueden provocar una respuesta de las glándulas salivales menores, lo que lleva a la acumulación de saliva en los conductos glandulares y, finalmente, a la formación de este quiste. (Cortes et al., 2017; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013)

El quiste odontógeno glandular es una variante poco común de los quistes odontogénicos que afecta a la cavidad bucal. Su prevalencia es relativamente baja en comparación con otras lesiones quísticas orales. Aunque es una entidad rara, comprender su prevalencia es importante para evaluar su impacto en la salud bucal y para el conocimiento de la comunidad odontológica y la práctica clínica. (Cortes et al., 2017; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013)

El quiste odontógeno glandular suele encontrarse en la región posterior de los maxilares, específicamente en el área de los terceros molares. Aunque la localización puede variar, es más común en esta zona. Este quiste se origina en el epitelio de las glándulas salivales menores y a menudo se asocia con un diente impactado, generalmente un tercer molar. Su localización cercana a las glándulas salivales menores es característica de esta variante de quiste odontogénico. (Cortes et al., 2017; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013)

El Quiste Odontógeno Glandular suele manifestarse clínicamente con síntomas leves o ser completamente asintomático. Los pacientes pueden notar una pequeña hinchazón o

protuberancia en el área bucal o en la mejilla. El quiste generalmente es de crecimiento lento y no suele causar molestias significativas. A menudo se descubre durante un examen de rutina o debido a preocupaciones estéticas. (Cortes et al., 2017; Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Radiológicamente, las lesiones presentan aspecto inespecífico y tamaño variable incluso menores de 1cm, pueden afectar toda la mandíbula de forma bilateral, se pueden presentar imágenes radiolúcidas con borde radiográfico bien definido y esclerosados, que pueden ser uni o multiloculados. Las lesiones más agresivas presentan borde mal definido. (Cortes et al., 2017; Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Histopatológicamente, esta revestido por un epitelio delgado y uniforme con zonas localizadas de engrosamiento, donde se pueden observar como remolinos; estructuras glandulares pequeñas con microquistes en el epitelio de revestimiento, en la zona externa se observan una capa de células cubica, puede presentar células mucosas parecidas a las células caliciformes que se encuentran en la mucosa intestinal. (Cortes et al., 2017; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Tratamiento, según su agresividad y su extensión clínica y radiológica es la que determinará el tipo de extensión quirúrgica, así como el raspaje periférico y resección marginal en las zonas del hueso sano. Es importante monitorizar a largo plazo por la recidiva de esta lesión es del 25%. El tratamiento del Quiste Odontógeno Glandular suele implicar la enucleación quirúrgica de la lesión. La cirugía se realiza para extirpar completamente el quiste y, en algunos casos, se debe tomar una muestra para confirmar su naturaleza quística. La tasa de recurrencia de este quiste es baja, y el pronóstico después del tratamiento suele ser muy favorable. El seguimiento clínico a largo plazo es importante para evaluar la respuesta del paciente y asegurarse de que no haya recurrencia. La detección temprana y el tratamiento

adecuado son esenciales para garantizar la salud oral del paciente. (Cortes et al., 2017; Eusalud, 2015; Vega et al., 2013; Villazante, 2021)

Quiste Paradental

El Quiste Paradental, también conocido como quiste bucal inflamatorio, se origina como una respuesta inflamatoria a la irritación crónica de los tejidos periodontales. La etiología de este quiste está relacionada con la presencia de bacterias y detritos que se acumulan en las bolsas periodontales, generando una respuesta inflamatoria crónica. A medida que la inflamación persiste, se forma una lesión quística en respuesta a esta irritación. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

El quiste paradental es una lesión odontogénica poco común que se encuentra en la cavidad bucal. Su prevalencia es relativamente baja en comparación con otras lesiones quísticas en la cavidad bucal. Aunque es una entidad poco común, comprender su prevalencia es importante para evaluar su impacto en la salud bucal y para orientar las prácticas clínicas y de investigación en odontología. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Se ubica en la subgingival, sobre la zona vestibular de las molares inferiores erupcionado, por lo que también se le conoce como quiste de furca, también puede presentarse en la zona distal de una 3era molar parcial o totalmente erupcionado. Una de las teorías dice que la proyección cervical del esmalte puede ser una anomalía de los dientes afectados como factor predisponente. Cuando se empieza a formar el quiste, este continua su desarrollo hacia apical por debajo del límite amelocementario dirigiéndose al interior de la furca y sobrepasándola. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

También se sugiere como teoría, que el quiste aparece por la estimulación entre y alrededor de la furca de los restos odontogénicos, o por la incapacidad de la erupción completa del órgano dentario, por lo que al producir el atascamiento en este periodo se forma un margen

de encía libre que se encuentra por sobre la cara vestibular de la corona, lo que permite que los restos alimenticios se acumulen junto con bacterias, originando una bolsa periodontal extensa y un quiste paradental, que se extiende en la furca. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Hay otra variedad de quistes que se forman a distal de terceros molares inferiores que han quedado semi impactados en la rama ascendente de la rama mandibular dejando solo al descubierto las cúspides mesiales, reciben el nombre de quistes dentígeros distalizados. (Eusalud, 2015; Villazante, 2021)

Radiológicamente, no se observa en las radiografías ya que la imagen se superpone con la pieza dental a la que está asociada; si se forma en distal de una tercera molar se observa como imagen radiolúcida bien circunscrita. Histológicamente, está constituida por tejido plano no queratinizado hiperplásico infiltrado por neutrófilos; encapsulado por tejido conjuntivo en el que se evidencia infiltrado inflamatorio crónico. (Eusalud, 2015; Marin et al., 2019; Villazante, 2021)

Desde una perspectiva histológica, el Quiste Paradental muestra características típicas de una lesión inflamatoria crónica. Por lo general, presenta una pared quística revestida por un epitelio escamoso estratificado y puede contener contenido quístico variado, como fluido seroso o purulento, así como células inflamatorias, incluyendo neutrófilos y macrófagos. La histología refleja la naturaleza inflamatoria de este quiste. (Eusalud, 2015; Marin et al., 2019; Villazante, 2021)

El tratamiento del Quiste Paradental implica la eliminación de la fuente de irritación crónica, que generalmente se logra a través de procedimientos de higiene oral, como la limpieza profunda de las bolsas periodontales y la eliminación de cálculos dentales. Además, se puede realizar una cirugía para enucleación del quiste, asegurando que se elimine por completo. El pronóstico es generalmente favorable después del tratamiento, y el seguimiento clínico es

esencial para monitorear la salud periodontal del paciente y prevenir futuras recurrencias. (Marin et al., 2019; Vega et al., 2013)

2.1.7. QNO o embrionarios de las regiones orales (quistes de desarrollo)

Los Quistes Embrionarios de las Regiones Orales se originan debido a una etiología vinculada al desarrollo embrionario. La causa subyacente es la retención o atrapamiento de restos de tejidos embrionarios durante la formación de las estructuras orales. Estos restos pueden ser epiteliales o de otro tipo y, cuando quedan atrapados en el proceso de desarrollo, pueden dar lugar a la formación de quistes en diversas regiones de la boca, incluyendo el suelo de la boca y el cuello. (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015)

Los QNO tienen su origen en los restos epiteliales no odontogénicos que se encuentran dentro de los maxilares, se creía que eran tejido ectodérmico que había quedado atrapado en las líneas donde se fusionan los procesos embrionarios que forman la cara y los maxilares, actualmente ha quedado demostrado que solo quedan restos epiteliales en el paladar secundario, quedando englobado en este grupo el quiste nasopalatino y el nasolabial (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015).

Las características clínicas de los Quistes Embrionarios de las Regiones Orales dependen en gran medida de la ubicación de la lesión y su tipo específico. Estas lesiones pueden manifestarse como protuberancias o masas en la boca y, en algunos casos, pueden causar molestias, dolor o sensibilidad. La presencia de síntomas y la gravedad de los mismos varían según la lesión y la respuesta del paciente (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015).

El tratamiento de los Quistes Embrionarios de las Regiones Orales generalmente implica la enucleación quirúrgica de la lesión, que debe realizarse con cuidado para garantizar la eliminación completa de la misma. El pronóstico varía según el tipo de quiste y su ubicación, pero en muchos casos, el tratamiento es exitoso y el riesgo de recurrencia es bajo. El

seguimiento clínico a largo plazo es esencial para monitorear la salud oral del paciente y detectar cualquier signo de recurrencia o complicaciones (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015).

Los QNO son de cuatro tipos:

- Quistes de conductos vestigiales: quiste del conducto labial y nasopalatino.
- Quistes linfoepiteliales: cervical y oral.
- Quistes de trayecto vestigial: quiste del conducto tirogloso.
- Quistes embrionarios de origen cutáneo: quiste epidermoide y dermoide.

2.1.8. Quistes de conductos vestigiales

Los Quistes de Conductos Vestigiales son una categoría de quistes odontogénicos que se originan a partir de la persistencia de conductos embrionarios que normalmente se desarrollan y se cierran durante el proceso de formación de las estructuras dentales y orales. Estos conductos vestigiales son remanentes de tejidos embrionarios que, en condiciones normales, deberían desaparecer a medida que el desarrollo dental y oral avanza. Sin embargo, cuando estos conductos no se resuelven adecuadamente, pueden dar lugar a la formación de quistes en diversas regiones de la cavidad bucal. La comprensión de estos quistes es fundamental en la odontología para su diagnóstico y tratamiento adecuado (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015).

Quiste del Conducto Incisivo o Quiste del Conducto Nasopalatino

Quiste de desarrollo de formación intraósea, ubicada en la zona anterior y media palatina, se forma del epitelio remanente después que el conducto nasopalatino embrionario (células del órgano de Jacobson) cierra. Además de las lesiones intraóseas, existe un bajo número que se presenta en el conducto incisivo en la zona de tejido blando interna del paladar anterior, el que se denomina quiste de la papila incisiva. En algunas ocasiones, pueden producir

un exudado salino; si se permite su crecimiento pueden formar una tumoración por la línea media en el paladar anterior, si son superficiales se denominan quistes de la papila palatina (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015; Marin et al., 2019; Salgado et al., 2018).

El Quiste del Conducto Incisivo, también conocido como Quiste del Conducto Nasopalatino, tiene una etiología relacionada con la persistencia o el desarrollo anormal del conducto incisivo, que es una estructura embrionaria que se encuentra en la región anterior del paladar. Se cree que factores como la obstrucción del conducto o la acumulación de detritos pueden contribuir a la formación de este quiste. Además, se ha propuesto una relación con procesos infecciosos o traumáticos que desencadenan su desarrollo (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015; Marin et al., 2019; Salgado et al., 2018).

El Quiste del Conducto Incisivo se manifiesta clínicamente con la presencia de una protuberancia en el paladar anterior, a menudo cerca de los incisivos centrales. Los pacientes pueden notar una hinchazón o una lesión palpable en esta área, que puede causar molestias o dolor. Además, en algunos casos, se puede observar una comunicación con el conducto nasopalatino, lo que permite la descarga de contenido quístico en la cavidad oral (Cabezón et al., 2020; Eusalud, 2015; Marin et al., 2019; Salgado et al., 2018).

Radiológicamente, se observa una imagen radiolúcida circunscrita en forma de corazón u ovalo, que se encuentra en la zona anterior y media del paladar entre las raíces de los incisivos centrales. Muchos son asintomáticos, y son detectados con radiografías de rutina. Si se infectan o inflaman causan dolor a la presión y la zona puede hallarse tumefacta (Eusalud, 2015; Gamarra, 2016; Marin et al., 2019).

Histopatológicamente, se observa una capa de epitelio cúbico, plano o cilíndrico ciliado o una mezcla de ellos; en los casos de procesos inflamatorios se observa también linfocitos y células plasmáticas. En la cápsula se encuentran nervios periféricos y vasos sanguíneos.

Tratamiento, escisión quirúrgica, con abordaje en el paladar. La recidiva es rara. (Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015; Gamarra, 2016).

El tratamiento del Quiste del Conducto Incisivo implica la enucleación quirúrgica de la lesión, que generalmente se realiza de manera ambulatoria. La cirugía se lleva a cabo con cuidado para eliminar completamente el quiste y, en algunos casos, se requiere la eliminación del conducto incisivo afectado. El pronóstico después del tratamiento es generalmente favorable, y la recurrencia es rara. El seguimiento clínico es esencial para garantizar la curación y verificar que no haya complicaciones. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mantener la salud oral del paciente. (Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015; Gamarra, 2016).

Quiste nasolabial

El Quiste Nasolabial, también conocido como quiste del labio superior o quiste del vestíbulo labial, se origina a partir de la etiología relacionada con la obstrucción de las glándulas salivales menores en la región del vestíbulo labial superior. Estas glándulas salivales menores secretan saliva en la cavidad bucal y, cuando sus conductos se obstruyen o bloquean, puede acumularse líquido y dar lugar a la formación de este quiste. La etiología precisa de la obstrucción puede variar, pero se cree que factores irritantes o traumáticos pueden desempeñar un papel en su desarrollo (Açikgöz et al., 2012; Cabezón et al., 2020; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

El quiste nasolabial es una lesión poco común que se desarrolla en la región nasolabial de la cara. Su prevalencia es baja en comparación con otras lesiones quísticas en la cavidad bucal. Aunque es una entidad rara, comprender su prevalencia es importante para evaluar su impacto en la salud facial y orientar las prácticas clínicas y de investigación en el campo de la

cirugía maxilofacial y la odontología (Açikgöz et al., 2012; Cabezón et al., 2020; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

Denominado quiste de Klestadt o quiste nasolabial, se considera que se forma en el vestíbulo anterior de la maxila a partir de los tejidos blandos, en la profundidad del surco nasolabial, abajo del ala nasal. La teoría más aceptada actualmente, indica que se producen a partir de los rezagos de la porción anterior e inferior del conducto nasolacrimal (Açikgöz et al., 2012; Cabezón et al., 2020; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

En los hallazgos clínicos, se presenta como una tumefacción unilateral indolora, que ocasiona que el surco nasolabial se aplane en la zona de la piel en el ala de la nariz, rara vez puede presentarse bilateral. Se presentan entre los 40 y 50 años de preferencia en mujeres. Puede observarse intraoralmente cuando se tracciona el labio adecuadamente como una tumefacción en la zona vestibular maxilar. Se observa como una tumefacción en la zona del pliegue mucobucal a la altura del piso de la nariz y del canino. La sintomatología principal es obstrucción nasal y sensación de presión. (Açikgöz et al., 2012; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

En general, el quiste nasolabial no se detecta mediante radiografías dentales convencionales, ya que se encuentra en tejidos blandos de la región nasolabial y no afecta directamente las estructuras dentales. Por lo tanto, su diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica y estudios de imagen especializados, como la tomografía computarizada o la resonancia magnética, que pueden revelar la extensión y las características del quiste en la región nasolabial. Estas imágenes son cruciales para diagnosticar y planificar el tratamiento adecuado en el caso de un quiste nasolabial. (Açikgöz et al., 2012; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

Radiológicamente, no es clara por presentarse en tejido blandos, pero puede proyectarse como un contraste de luz para observarse mejor. Lo que se parecía es la zona de reabsorción en la zona donde el quiste presiona al hueso alveolar. Su diagnóstico es histopatológico (Açikgöz et al., 2012; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

Histopatológicamente, se halla recubierto por epitelio pseudoestratificado cilíndrico, con un epitelio cúbico ductal y varias capas de células caliciformes. Se observa cierto grado de plegamiento del tejido conjuntivo y del interno de revestimiento del quiste. Tratamiento, enucleación quirúrgica cuidadosa para evitar perforar o colapsar la lesión (Açikgöz et al., 2012; Cabezón et al., 2020; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

El tratamiento del Quiste Nasolabial generalmente implica la enucleación quirúrgica de la lesión, que se realiza para eliminar completamente el quiste y, en algunos casos, la glándula salival menor obstruida. El pronóstico después del tratamiento es favorable, y la recurrencia es rara. El seguimiento clínico es esencial para garantizar la curación y verificar que no haya complicaciones. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mantener la salud oral y estética del paciente en la región del labio superior (Açikgöz et al., 2012; Cabezón et al., 2020; Cárceles et al., 2018; Eusalud, 2015).

Quistes linfoepiteliales

Lesiones raras, congénitas que pueden deberse a la degeneración de un quiste glandular que se encuentra atrapado en el tejido linfoide oral durante la formación de esta. Aparece entre los 20 a 50 años, con mayor frecuencia en hombres. (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rappoport et al., 2020; Rocha et al., 2020)

Los quistes linfoepiteliales son una categoría de lesiones poco comunes en la cavidad bucal. Su prevalencia es relativamente baja en comparación con otras afecciones orales. Estas lesiones se caracterizan por su origen a partir de tejido linfoepitelial y su presentación clínica

variada. Comprender su prevalencia es importante para evaluar su impacto en la salud oral y para guiar la atención médica y dental (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rappoport et al., 2020; Rocha et al., 2020).

Los quistes linfoepiteliales pueden encontrarse en diferentes áreas de la cavidad bucal, pero son más comunes en el suelo de la boca y en la región submandibular. Su localización específica puede variar en función de la persona afectada, pero es típica en estas áreas. Debido a su origen en tejido linfoepitelial, a menudo se asocian con estructuras anatómicas como las glándulas salivales submandibulares o los ganglios linfáticos del cuello. La identificación precisa de la ubicación de los quistes linfoepiteliales es fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuados (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rappoport et al., 2020; Rocha et al., 2020).

Los Quistes Linfoepiteliales son lesiones que se originan a partir de la etiología relacionada con la acumulación de tejido linfoide en la cavidad bucal. Estos quistes se forman debido a la retención de tejido linfoepitelial en la mucosa oral, especialmente en la región de las amígdalas palatinas. Aunque su etiología precisa no está completamente esclarecida, se cree que factores inmunológicos y reactivos, así como la acumulación de tejido linfoide en respuesta a infecciones pasadas, pueden contribuir a la formación de estos quistes (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rappoport et al., 2020; Rocha et al., 2020).

Es similar en su histopatología, al quiste de la hendidura faríngea del cuello. Se observa ventralmente en la lengua y piso de boca. Clínicamente, se observa un nódulo elevado, firme, móvil, no presenta dolor, está bien definido, de color rojizo o amarillento. Pueden llegar a medir hasta 2cm de diámetro. Tratamiento, escisión quirúrgica (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rocha et al., 2020).

Los Quistes Linfoepiteliales a menudo se manifiestan clínicamente como protuberancias o masas en la región de las amígdalas palatinas o en otras áreas de la mucosa oral. Estas lesiones pueden ser asintomáticas o causar molestias, dolor o dificultad para tragar, especialmente si aumentan de tamaño. Los pacientes pueden notar la presencia de una masa en la boca y pueden preocuparse por la aparición repentina de esta lesión. (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rocha et al., 2020)

Las características radiográficas de los quistes linfoepiteliales pueden variar y no siempre son concluyentes para su diagnóstico. En muchas ocasiones, no son fácilmente detectables mediante radiografías dentales convencionales. Sin embargo, en algunos casos, pueden mostrar cambios radiolúcidos en el área afectada, como el suelo de la boca o la región submandibular. El diagnóstico preciso de los quistes linfoepiteliales suele basarse en estudios de imagen especializados y estudios histopatológicos después de la extirpación quirúrgica. La identificación de las características y la evaluación clínicas adecuadas son cruciales para diagnosticar y tratar los quistes linfoepiteliales. (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rocha et al., 2020)

El tratamiento de los Quistes Linfoepiteliales generalmente implica la enucleación quirúrgica de la lesión. La cirugía se realiza con cuidado para eliminar completamente el quiste y, en algunos casos, se puede requerir la extirpación de tejido linfoide adyacente si está comprometido. El pronóstico después del tratamiento es generalmente favorable, y la recurrencia es rara. El seguimiento clínico es importante para verificar la curación y para descartar la aparición de nuevas lesiones. La detección temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mantener la salud oral del paciente en la región de las amígdalas palatinas y la mucosa oral. (Eusalud, 2015; Miranda & Ramos, 2018; Rocha et al., 2020)

Quiste Linfoepitelial oral

El Quiste Linfoepitelial Oral, también conocido como Quiste de la Rama Mandibular del Quiste Branquial o Quiste de la Línea Media del Cuello, tiene su etiología vinculada a la persistencia de tejido linfoepitelial embrionario en la región oral y cervical. Estos quistes se forman como resultado de la obstrucción o retención de tejido linfoepitelial durante el desarrollo embrionario. Aunque su origen exacto no está completamente claro, se cree que factores genéticos y ambientales pueden influir en su desarrollo (Eusalud, 2015; Rocha et al., 2020).

Denominado también como quiste linfoepitelial benigno. Con frecuencia, se presenta en el borde latero posterior lingual y en el piso de boca. Se sugiere su origen en las criptas epiteliales (invaginaciones) de la mucosa superficial, que cuando se desprenden se engloban en el tejido linfoide. (Eusalud, 2015; Rocha et al., 2020)

El Quiste Linfoepitelial Oral se manifiesta clínicamente como una masa o protuberancia en la región oral y cervical. Los pacientes pueden notar una lesión indolora que a menudo se encuentra en el piso de la boca o en la parte inferior de la boca, cerca de la lengua o las amígdalas. Aunque suele ser asintomático, en algunos casos, puede causar molestias o dificultad para tragar si aumenta de tamaño. (Eusalud, 2015; Rocha et al., 2020)

Histopatológicamente, se observa múltiples folículos linfoides de características normales revestidos con un epitelio estratificado plano encapsulado. La luz puede estar llena de parénquima descamado. Tratamiento, escisión quirúrgica conservadora, rara vez recidiva. (Eusalud, 2015; Rocha et al., 2020)

El tratamiento del Quiste Linfoepitelial Oral generalmente implica la enucleación quirúrgica de la lesión. La cirugía se realiza para eliminar completamente el quiste, y en algunos casos, se puede requerir la extirpación de tejido linfoepitelial adyacente si está

involucrado. El pronóstico después del tratamiento es generalmente favorable, y la recurrencia es rara. El seguimiento clínico es esencial para verificar la curación y descartar la aparición de nuevas lesiones. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mantener la salud oral del paciente en la región oral y cervical. (Eusalud, 2015; Rocha et al., 2020)

Quiste linfoide cervical

Llamado también ganglio linfático quístico benigno o quiste de la hendidura faríngea. Es bastante desarrollado, localizado lateralmente en el cuello, por lo general en la parte anterior del músculo esternocleidomastoideo. Se puede apreciar en la adolescencia y a principios de la adultez. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

El quiste linfoepitelial oral es una lesión poco común en la cavidad bucal. Su prevalencia es relativamente baja en comparación con otras lesiones orales. Se caracteriza por su origen en tejido linfoepitelial y su presentación clínica variada. Comprender su prevalencia es importante para evaluar su impacto en la salud oral y orientar la atención médica y dental. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

El quiste linfoepitelial oral generalmente se encuentra en la mucosa bucal, específicamente en la región de la mucosa yugal, aunque también puede afectar otras áreas de la cavidad oral, como el paladar. Su localización específica puede variar, pero es típica en la mucosa bucal. Debido a su origen en tejido linfoepitelial, estas lesiones pueden desarrollarse en las glándulas salivales menores o en el tejido linfoide de la mucosa bucal. La identificación precisa de la ubicación del quiste linfoepitelial oral es fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuados. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

El Quiste Linfoide Cervical se origina debido a la etiología relacionada con la retención o acumulación de tejido linfoide en los conductos linfáticos en la región cervical. Estos quistes

pueden formarse como resultado de la obstrucción de los conductos linfáticos o la retención de tejido linfoide en respuesta a infecciones previas. La etiología específica de la obstrucción de los conductos linfáticos puede variar, pero factores genéticos y ambientales pueden influir en su desarrollo. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

El Quiste Linfoide Cervical se manifiesta clínicamente como una protuberancia o masa en la región cervical, generalmente en el cuello. A menudo es asintomático, pero en algunos casos, puede causar molestias o dolor si aumenta de tamaño y ejerce presión sobre estructuras circundantes. Los pacientes pueden notar la presencia de una masa en el cuello y buscar atención médica debido a preocupaciones estéticas o por la sensación de plenitud en la zona. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

Desde una perspectiva histológica, el Quiste Linfoide Cervical muestra una pared quística revestida por un epitelio escamoso estratificado. El contenido quístico suele incluir líquido claro o mucoso, así como tejido linfoide. La histología es esencial para confirmar la naturaleza del quiste y distinguirlo de otras lesiones en la región cervical. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

Las características radiográficas del quiste linfoepitelial oral son generalmente inespecíficas y, en muchos casos, no son fácilmente detectables mediante radiografías dentales convencionales. La mayoría de las veces, el diagnóstico se basa en la evaluación clínica y, a menudo, en estudios histopatológicos después de la extirpación quirúrgica. La identificación de las características clínicas, como la apariencia de la lesión en la mucosa bucal, y la evaluación clínica adecuada son esenciales para diagnosticar y tratar los quistes linfoepiteliales orales. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

El tratamiento del Quiste Linfoide Cervical generalmente implica la enucleación quirúrgica de la lesión, que se realiza para eliminar completamente el quiste. La cirugía se lleva

a cabo con cuidado para evitar dañar estructuras cercanas, como vasos sanguíneos o nervios. El pronóstico después del tratamiento es generalmente favorable, y la recurrencia es rara. El seguimiento clínico es importante para verificar la curación y descartar la aparición de nuevas lesiones. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mantener la salud cervical del paciente. (Eusalud, 2015; Karle et al., 2016)

2.1.9. Quistes de trayecto vestigial

Los Quistes de Trayecto Vestigial son una categoría de quistes que se desarrollan a lo largo de estructuras vestigiales, es decir, estructuras que en condiciones normales deberían haber desaparecido durante el desarrollo embrionario, pero persisten de alguna manera. Estos quistes pueden formarse en diversas regiones de la cabeza y el cuello y se originan a partir de la acumulación de restos embrionarios, como conductos o tejidos que no se resuelven adecuadamente. Los quistes de trayecto vestigial pueden manifestarse en diferentes áreas de la cabeza y el cuello y pueden variar en su presentación clínica y características histológicas según su ubicación y origen específicos. La comprensión de estas lesiones es importante para su diagnóstico y tratamiento adecuados en la práctica clínica odontológica y médica.

Quiste Del Conducto Tirogloso

El quiste del conducto tirogloso es una lesión relativamente común en la región cervical. Su prevalencia es más alta en comparación con otras lesiones quísticas cervicales. Estas lesiones se originan a partir del conducto tirogloso, una estructura embriológica que a menudo persiste en la edad adulta. Comprender su prevalencia es importante para evaluar su impacto en la salud cervical y orientar las prácticas médicas y de investigación en el campo de la cirugía maxilofacial y la otorrinolaringología. (Eusalud, 2015; Jorge et al., 2020; Gómez et al., 2019; Oré-Acevedo et al., 2016)

Rara lesión de origen congénito, originada por los restos de origen embrionario del del conducto tirogloso, se ubica en base de la lengua y en la zona superior de la tiroides. Aparece con más frecuencia en niños y jóvenes. Clínicamente, Se observa una masa asintomática móvil, que progresivamente aumenta de tamaño hasta llegar a la línea media del cuello. Cuando aumenta de tamaño puede llegar a dificultar la deglución. (Eusalud, 2015; Jorge et al., 2020; Gómez et al., 2019; Oré-Acevedo et al., 2016)

El quiste del conducto tirogloso se encuentra en la región cervical, específicamente en el área del cuello, a lo largo del conducto tirogloso. Su localización típica es en la línea media del cuello, justo debajo del hueso hioides. Estos quistes se originan a partir del conducto tirogloso, una estructura embriológica que normalmente desaparece durante el desarrollo fetal pero que, en algunos casos, puede persistir y dar lugar a la formación de un quiste. La identificación precisa de la ubicación del quiste del conducto tirogloso es fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuados. (Eusalud, 2015; Jorge et al., 2020; Gómez et al., 2019; Oré-Acevedo et al., 2016)

Histopatológicamente, se observa una mezcla de células epiteliales del conducto tirogloso embrionario que revisten la luz del quiste mientras que en la zona capsular se observa glándulas sebáceas y mucosas y tejido tiroideo. Tratamiento: administración de hormonas tiroideas, monitoreo del paciente, escisión quirúrgica y eliminación de isótopos. (Eusalud, 2015; Jorge et al., 2020; Gómez et al., 2019; Oré-Acevedo et al., 2016)

Las características radiográficas del quiste del conducto tirogloso suelen mostrar una imagen redondeada o alargada en la región cervical, en la línea media, cerca del hueso hioides. Estas lesiones son generalmente visibles mediante estudios de imagen, como la ecografía cervical o la tomografía computarizada, que permiten identificar su extensión y características. La identificación de estas características radiográficas es esencial para el diagnóstico y

planificación del tratamiento adecuado en pacientes con quistes del conducto tirogloso. (Eusalud, 2015; Jorge et al., 2020; Gómez et al., 2019; Oré-Acevedo et al., 2016)

2.1.10. Quistes embrionarios de origen cutáneo

Los Quistes Embrionarios de Origen Cutáneo son lesiones que se desarrollan a partir de restos de tejido cutáneo embrionario que no se han resuelto adecuadamente durante el desarrollo fetal. Estos quistes pueden manifestarse en la piel y las estructuras cutáneas y son conocidos por varios nombres, como quistes epidérmicos o quistes dermoides. Tienen una etiología relacionada con la inclusión de tejido epidérmico o dérmico en capas más profundas de la piel durante la formación embrionaria. Debido a su origen, estos quistes pueden contener una variedad de estructuras, como cabello, glándulas sebáceas y sudoríparas, y pueden presentar características histológicas y clínicas diversas. Su comprensión es esencial para su diagnóstico y tratamiento adecuados en dermatología y medicina.

Quiste Dermoides

Los quistes dermoides son lesiones que se originan debido a la inclusión de tejido ectodérmico durante el desarrollo embrionario. Esta inclusión puede ocurrir por diversas razones, como una anomalía durante la formación de las capas embrionarias o la retención de células epidérmicas durante el cierre de estructuras embrionarias. Los quistes dermoides pueden formarse en diversas regiones del cuerpo, incluyendo la cabeza y el cuello, y su etiología está relacionada con la inclusión anormal de tejido ectodérmico en capas profundas de la piel y estructuras subyacentes. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

La prevalencia de los quistes dermoides varía según la población estudiada y la ubicación geográfica. Estas lesiones pueden manifestarse en diversas áreas del cuerpo,

incluyendo la cabeza y el cuello, así como otras regiones. La determinación de la prevalencia de los quistes dermoides es fundamental para evaluar su impacto en la salud y la calidad de vida de las personas. Comprender la frecuencia con la que se encuentran es esencial para la planificación de estrategias de diagnóstico y tratamiento. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

Se presenta en jóvenes, ya sea en la zona anterior del piso de la cavidad bucal o en la zona media de la parte superior del cuello; se origina de los residuos de piel embrionaria. Clínicamente, se presenta como una elevación, de coloración normal o rojiza, indolora, tiene como característica principal que al tacto es como masa de pan. Si el quiste se sitúa por sobre el músculo geniohioideo, produce que la lengua se deslice hacia arriba lo que produce dificultad para masticar, hablar y tragar. Mientras que, si se sitúa entre los músculos milohioideo y geniohioideo, se observa tumefacción submentoniana. Raramente, se observa en los labios. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

El diagnóstico de los quistes dermoides se basa en la evaluación clínica y, en muchos casos, en técnicas de diagnóstico por imágenes, como la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética. La presentación clínica de estos quistes puede variar, y su diagnóstico preciso es fundamental para determinar la mejor estrategia de tratamiento. La confirmación histológica mediante biopsia es a menudo necesaria para establecer un diagnóstico definitivo. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

Desde una perspectiva histológica, los quistes dermoides suelen mostrar una pared quística revestida por tejido ectodérmico, que puede incluir estructuras como cabello, glándulas sebáceas y sudoríparas. El contenido del quiste dermoide puede variar, y la histología es

esencial para distinguir este tipo de quiste de otras lesiones cutáneas y definir su origen ectodérmico. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles, 2014; Rappoport et al., 2020)

Histopatológicamente, se observa un revestimiento en luz de epitelio plano estratificado queratinizado, con anexos de la piel como: glándulas sebáceas y sudoríparas, folículos pilosos y los músculos erectores del pelo asociados a estas estructuras. Tratamiento: extirpación o enucleación, la recidiva es poco frecuente. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

Los quistes dermoides pueden manifestarse clínicamente como masas subcutáneas, a menudo móviles al tacto. Estas lesiones son típicamente indoloras, aunque en algunos casos pueden inflamarse o infectarse, causando molestias. Su presentación clínica puede variar según la ubicación y el tamaño del quiste dermoide, y su detección temprana es fundamental para el tratamiento exitoso y la prevención de complicaciones. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

En la radiografía convencional, los quistes dermoides generalmente aparecen como áreas bien definidas con densidad similar a los tejidos blandos circundantes. Sin embargo, para una evaluación más detallada, se utilizan técnicas de imagen avanzadas como la tomografía computarizada y la resonancia magnética. La TC proporciona imágenes transversales detalladas que pueden revelar la ubicación exacta del quiste, su relación con las estructuras circundantes y la presencia de calcificaciones en su interior. Por otro lado, la RM ofrece una excelente visualización de los tejidos blandos, lo que permite diferenciar los quistes dermoides de otras lesiones con mayor precisión. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

El tratamiento de los quistes dermoides implica típicamente la extirpación quirúrgica de la lesión. La cirugía se lleva a cabo con cuidado para eliminar completamente el quiste y

sus contenidos. El pronóstico después del tratamiento es generalmente favorable, y la recurrencia es rara. El seguimiento clínico es importante para verificar la curación y garantizar la eliminación completa del quiste. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mantener la salud cutánea y la calidad de vida del paciente. (Alonso et al., 2020; Eusalud, 2015; Gonzáles et al., 2014; Rappoport et al., 2020)

Quiste Epidermoide

Los quistes epidermoides, también conocidos como quistes de inclusión epidermoide, se forman debido a la obstrucción de los conductos de las glándulas sebáceas o a la inclusión anormal de células epiteliales escamosas en el interior de la piel. Estas inclusiones pueden ocurrir como resultado de trauma, inflamación, o pueden ser congénitas. La acumulación de queratina en el interior del quiste es característica de esta lesión. La etiología de los quistes epidermoides está estrechamente relacionada con la función de las glándulas sebáceas y la formación de folículos pilosos en la piel. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

La prevalencia de los quistes epidermoides varía según la población y la ubicación geográfica, y estos quistes pueden manifestarse en diferentes áreas del cuerpo, especialmente en la piel. Son lesiones cutáneas comunes y su aparición es más frecuente en áreas donde se encuentran las glándulas sebáceas, como la cara, el cuero cabelludo, el cuello y el tronco. La determinación de la prevalencia de los quistes epidermoides es esencial para evaluar su impacto en la salud cutánea y las prácticas clínicas. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

El diagnóstico de los quistes epidermoides se basa en la evaluación clínica y, en muchos casos, en la confirmación mediante biopsia. La presentación clínica típica de un quiste

epidermoide incluye una lesión subcutánea bien delimitada que puede ser móvil al tacto. La confirmación histológica a través de la biopsia es necesaria para establecer un diagnóstico definitivo y diferenciarlos de otras lesiones cutáneas. Las pruebas de imagen, como la ecografía, a menudo se utilizan para evaluar la extensión y la relación con estructuras circundantes. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

Los quistes epidermoides suelen presentarse clínicamente como masas subcutáneas indoloras que pueden ser palpables y móviles bajo la piel. Su crecimiento es generalmente lento y pueden permanecer asintomáticos durante mucho tiempo. Sin embargo, en ocasiones, los quistes epidermoides pueden inflamarse, infectarse o volverse dolorosos, lo que puede requerir tratamiento. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

Desde una perspectiva histológica, los quistes epidermoides suelen mostrar una pared quística revestida por tejido epitelial escamoso estratificado. El contenido del quiste epidermoide está compuesto principalmente por queratina, que es una proteína naturalmente presente en la piel. Esta acumulación de queratina en el interior del quiste es característica de esta lesión y contribuye a su apariencia distintiva. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

De preferencia se observa en la piel, pero cuando se manifiestan en la boca, la histopatología es similar al de los quistes epidermoides. Histopatológicamente, está revestido por un epitelio plano queratinizado con ausencia de anexos cutáneos. En la pared habitualmente libre, se observa tejido conectivo fibroso, estrecho y comprimido. Tratamiento, enucleación o

extirpación quirúrgica, rara vez recidiva. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

Las pruebas de imagen, como la radiografía, la ecografía, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), se utilizan para evaluar los quistes epidermoides. En la radiografía, los quistes epidermoides a menudo aparecen como áreas bien definidas con densidad similar a los tejidos blandos circundantes. La ecografía puede proporcionar una evaluación en tiempo real de la lesión y su relación con estructuras circundantes. La TC y la RM son útiles para evaluar la extensión del quiste y su relación con tejidos profundos. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

El tratamiento de los quistes epidermoides generalmente implica la extirpación quirúrgica de la lesión. La cirugía se realiza con cuidado para eliminar completamente el quiste y su contenido, lo que incluye la queratina acumulada. El pronóstico después del tratamiento es generalmente favorable, y la recurrencia es poco común si se elimina completamente el quiste. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mantener la salud cutánea y la calidad de vida del paciente. (Buitrago-Rojas & Cruz-Pérez, 2019; Eusalud, 2015; Medina et al., 2018; Romero & Rubio, 2016)

El hilo de toda investigación está basado en la corriente o posición filosófica para obtener el conocimiento, suele partir tanto del objeto como del sujeto de análisis en forma conjunta, basado en el racionalismo que fundamenta que el conocimiento se encuentra en las experiencias.

El conocimiento es un concepto fundamental en el ámbito de la psicología cognitiva y la educación, y se refiere a la información, comprensión y experiencia adquirida por una

persona a lo largo de su vida. El conocimiento abarca una amplia gama de datos, hechos, teorías, conceptos y habilidades que una persona acumula a través de la educación, la observación, la experiencia personal y la interacción con su entorno. Puede manifestarse en diversas formas, como conocimiento factual, conceptual, procedimental y metacognitivo, y se considera esencial para el desarrollo personal, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la adaptación a situaciones nuevas. (Villegas & Gonzales, 2005)

El nivel de conocimiento de una persona puede estar influenciado por una variedad de factores. Estos incluyen el acceso a la educación y la calidad de esta, la disposición para aprender, la motivación, el entorno social y cultural, la genética, la experiencia personal y la exposición a fuentes de información. Además, el conocimiento puede variar en función de la edad, el contexto y la evolución de la sociedad. Factores como la memoria, la atención y la capacidad cognitiva también desempeñan un papel importante en la adquisición y retención del conocimiento. (Villegas & Gonzales, 2005)

Para construir el conocimiento es necesario basarse en la forma de acceder a este según el propósito que se persigue, por lo que el enfoque empírico analítico, se realiza observando los hechos y el uso de la lógica que va de la mano con el análisis y la observación de los resultados obtenidos usando la estadística. (Villegas & Gonzales, 2005)

La medición del nivel de conocimiento es un proceso fundamental en la evaluación de la comprensión y la retención de información. Esta medición puede llevarse a cabo a través de diversas herramientas y métodos, como pruebas de conocimiento, exámenes, cuestionarios, evaluaciones de desempeño, entrevistas y observación. La elección de la técnica de medición depende del tipo de conocimiento que se desea evaluar y de los objetivos del proceso de evaluación. La medición del conocimiento es esencial en contextos educativos, de

investigación y profesionales, ya que permite determinar el nivel de competencia y comprensión de una persona en un tema específico, y proporciona información valiosa para la toma de decisiones y el desarrollo personal. (Villegas & Gonzales, 2005)

Con este enfoque, permite la concepción que se tenga este ajustada a la realidad analizada, en este caso el conocimiento de los alumnos sobre las características clínicas y radiológicas de los QO y QNO, con el fin de dar una solución, debido a la prevalencia que se tiene de este tipo de lesiones orales a nivel nacional y mundial, un punto de quiebre es el conocimiento con que el alumno de los últimos años de la carrera de odontología debido a que este tipo de lesiones no se ven a menudo en la práctica académica por el nivel de complejidad de los caso, es por ello que el estudiante debe tener el expertis necesario en la parte teórica para poder reconocer estas lesiones en su práctica profesional y poder así resolverlo adecuadamente.

Sabiendo que la experiencia está basada en la experimentación es un punto importante en el quehacer educativo del alumno de odontología, es la que permite basándose en el ensayo y el error y en el conocimiento teórico, lo que han permitido dirigir la investigación desde sus inicios. (Trinchet et al., 2008)

Por la naturaleza intelectual se usa el método científico mediante herramientas y técnicas para el proceso de la obtención apoyado en herramientas y técnicas para la obtención del conocimiento para así poder legitimar la relación que existe entre el sujeto y el objeto de estudio y no estudiarlos por separado, por lo que también se estaría infiriendo al enfoque materialista de la experimentación, debido a que el estudio existe independientemente de la razón y de las conocimiento del investigador. (Trinchet et al., 2008; Villegas & Gonzales, 2005)

El conocimiento acerca de los quistes es esencial para la comprensión de estas lesiones patológicas que pueden afectar diversas áreas del cuerpo. El estudio y la adquisición de

conocimiento sobre los quistes permiten a profesionales de la salud, investigadores y estudiantes de disciplinas relacionadas comprender la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y las implicaciones clínicas de estas lesiones. Este conocimiento es crucial para brindar atención médica adecuada y tomar decisiones informadas en el campo de la medicina y la odontología. (Trinchet et al., 2008)

El conocimiento específico sobre los quistes orales es de gran relevancia en el ámbito de la odontología y la cirugía oral. Los quistes orales representan un grupo de lesiones que pueden afectar la cavidad bucal y las estructuras orales circundantes. Comprender su etiología, características clínicas, diagnóstico y tratamiento es esencial para los profesionales de la odontología, ya que les permite ofrecer una atención odontológica precisa y personalizada a los pacientes que presentan estas lesiones en la cavidad bucal. (Trinchet et al., 2008)

El conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los quistes de origen odontogénico y no odontogénico es esencial para el diagnóstico y tratamiento adecuados de estas lesiones. Los quistes de origen odontogénico se desarrollan a partir de tejidos dentales y periodontales, mientras que los quistes no odontogénicos tienen un origen distinto. Reconocer las diferencias en la presentación clínica y radiológica de estos quistes es fundamental para un diagnóstico preciso y la selección de la estrategia terapéutica más apropiada. (Trinchet et al., 2008; Villegas & Gonzales, 2005)

El nivel de conocimiento en estudiantes de odontología es crucial para su formación académica y futura práctica profesional. La adquisición de conocimiento sobre los quistes, tanto orales como de otro origen, es una parte integral de la educación odontológica. Los estudiantes de odontología deben comprender en profundidad las características clínicas, radiológicas, histológicas y las opciones de tratamiento asociadas con estos quistes para brindar

una atención odontológica de calidad a sus futuros pacientes. Por lo tanto, evaluar y mejorar el conocimiento de los estudiantes de odontología en relación con los quistes es esencial para su desarrollo profesional y el bienestar de los pacientes que atenderán en el futuro. (Trinchet et al., 2008; Villegas & Gonzales, 2005)

Esta investigación busca indagar sobre hechos precisos con fundamentación previa, ya que se conoce que el estudiante de odontología necesita competencias específicas, para poder desarrollar su rol adecuadamente en la sociedad, las que deben ser evaluadas de manera transversal en la currícula de estudios, por lo que el proceso de la obtención del conocimiento, se fundamenta en el enunciado de un problema y debido a los conocimientos previos a la formulación y posterior comprobación de la hipótesis de estudio. (Trinchet et al., 2008)

Si bien es cierto que se estudia al sujeto y objeto de estudio como un todo, es necesario descomponer sus partes para así poder entender el hecho por lo que esta investigación también tiene un componente racionalista (Galván, 2016). Pero de la misma forma, la corriente empirista influye, debido a que es observacional, la experiencia es el eje fundamental de la misma (Borge & Lucero, 2018).

A pesar de ello, la corriente Positivista y Neopositivista tiene una mayor influencia debido a que fundamento es la comprobación de la hipótesis, lo que esta investigación quiere buscar exactamente, así mismo, tal y como lo indican los neopositivistas la formulación del problema es el comienzo del conocimiento y no con la observación de los hechos, (Arcia & Reyes, 2020) y siendo por lo tanto la formulación del problema el inicio de este estudio, que fue ¿Cuál será el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los QO y QNO en estudiantes de odontología?

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio fue de tipo analítico, observacional, transversal y prospectivo.

3.2. Población y muestra

La población fue conformada por alumnos de odontología de 6to a 10mo ciclo de la Universidad San Martín de Porres – Filial Norte.

El total de alumnos por ciclo es de 195, distribuidos:

- 6to ciclo: 79 alumnos
- 7mo ciclo: 37 alumnos
- 8vo ciclo: 29 alumnos
- 9no ciclo: 24 alumnos
- 10mo ciclo: 26 alumnos

3.2.1. *Criterios de selección*

Criterios de inclusión

- Estudiante de odontología de la Universidad San Martín de Porres, filial norte de 6to a 10mo ciclo matriculados en el semestre académico 2022-II.
- Estudiante de odontología que firmen el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Estudiante de odontología que no completó el cuestionario de manera satisfactoria y correcta.

Diseño estadístico de muestreo

Tanto la unidad de análisis como la de muestreo fue el alumno de odontología, mientras que el marco de muestreo estuvo conformado por el listado de alumnos de 6to a 10mo ciclo matriculados en el 2022-II, facilitado por la coordinación académica de la Facultad de Odontología de la Universidad San Martín de Porres Filial Norte.

No se requirió un cálculo de tamaño de muestra porque se trabajó con toda la población según los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INSTRUMENTO	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA			
Nivel de conocimiento clínico y radiográfico de quistes odontogénicos y no odontogénicos	Es conjunto de información que se almacena mediante despues del aprendizaje y la experiencia (a priori). Se refiere a la posecion de datos que se interrelacion para formar ua idea, solos no son de valor sobre los quistes odontogénicos y no odontogénicos. (Definición de conocimiento — Definion.de, s. f.)	Conocimiento clínico de quistes odontogénicos	Encuesta	Pregunta 1 a 14	Excelente: 29 a 35 puntos	Cualitativa	Ordinal		
		Conocimiento radiográfico de quistes odontogénicos						Pregunta 18 a 27	Bueno: de 22 a 28 puntos
		Conocimiento clínico de quistes no odontogénicos						Pregunta 15 a 17	Regular: 15 a 21 puntos
		Conocimiento radiográfico de quistes no odontogénicos						Pregunta de 28 a 35	Deficiente: 08 a 14 puntos
									Malo: 01 a 07 puntos

COVARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
GÉNERO	Entendido desde el punto de vista sociocultural al pertenecen las persoans de cada sexo, en lugar de solo el biológico(ASALE & RAE, s. f.-b)	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Cualitativa	Nominal
EDAD	Tiempo de vida de todo ser vivo , animales, vegetales y personas (ASALE & RAE, s. f.-a)	<ul style="list-style-type: none"> • 18-20 años • 21-23 años • Mas de 24 años 		
CICLO ACADÉMICO	Duración de los estudios de pregrado	<ul style="list-style-type: none"> • Pre clínicas (6-7) • Clincias (8-10) 	Cualitativa	Nominal

3.4. Instrumentos

Se construyó como herramienta un cuestionario, el cual tiene cuatro preguntas generales y 45 preguntas que corresponden a las dimensiones de la variable, cada pregunta correcta se calificó con un punto, la suma de todas ellas originó el nivel de conocimiento, el que se definió de la siguiente manera: (Anexo B)

- Excelente: 29- 35 puntos
- Bueno: 22 - 28 puntos
- Regular: 15 -21 puntos
- Deficiente: 08 -14 puntos
- Malo: 1- 7 puntos

Para la validez, se llevó a cabo un juicio de expertos, con 04 Doctores con especialidad en Cirugía Maxilofacial y/o Radiología, se obtuvo un valor muy alto. (anexo C)

Para la confiabilidad, se realizó con 20 estudiantes de odontología una prueba piloto de la Universidad San Martín de Porres, obteniendo un valor de 0,82 según el coeficiente de alfa de Crombach. (Anexo D)

3.5. Procedimientos

El primer lugar, se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Federico Villareal. (Anexo E)

Después de la aprobación del proyecto, se remitió un correo al Coordinador de Escuela de Odontología de la Universidad San Martín de Porres-Filial Norte (Anexo F) solicitando la autorización para la ejecución y el listado de los estudiantes registrados en el periodo 2022-II del 6to al 10mo ciclo. (Anexo G)

Por medio del correo institucional se remitió a cada alumno el cuestionario en un form junto con el consentimiento informado (Anexo H), donde se hace una previamente la explicación de los objetivos del estudio, de ser aceptado el alumno podría continuar con el cuestionario, caso contrario se agradece la participación y se cierra el cuestionario.

Cada pregunta contestada correctamente se ha valorado directamente con un punto en el Form elaborado para ese fin.

Luego de haber culminado la recolección de los datos mediante el Form, se procedió a descargarla en formato de Excel para posteriormente llevarla al Programa Estadístico SPSS.

3.6. Análisis de datos

La información recopilada fue introducida al programa SPSS Statistics 25 (IBM, Armonk, NY, USA), para luego ser colocada en tablas y gráficos dependiendo de cada objetivo. Se procedió a calcular las frecuencias tanto relativas como absolutas según las

dimensiones y comparaciones establecidas en cada variable y covariable.

Para comparar las poblaciones se usó la prueba estadística de Chi-cuadrado según las covariables categóricas. La significancia que se consideró fue de $p < 0.05$.

3.7. Consideraciones éticas

Todas las investigaciones en salud deben regirse a reglas éticas que permitan se asegure el respeto por cada uno de los sujetos de investigación, de la misma forma la de proteger no solo su salud sino también sus derechos individuales.

El principal propósito de la investigación en el área de salud es la generación de conocimiento, sin embargo, Por lo que no debe estar por encima de los derechos e intereses de los participantes que son evaluados dentro de la investigación.

Por lo que deben prevalecer la autonomía del individuo poniendo en claro la aceptación previo entendimiento de la información que corresponda a la investigación en la cual participará, siendo primordial su aceptación mediante el consentimiento informado; de la misma forma, se cambiará el nombre del individuo por un código para proteger su anonimato y confidencialidad facilitando así la recojo de los datos.

IV. RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos, la población está distribuida de la siguiente manera:

- El 61,5% son mujeres y el 38,5% son varones (Anexo I),
- Con respecto a la edad el 36,9% está en el rango de edad de 18 a 20 años, 44,9% entre los 21 y 23 años y más de 24 años el 18,5%. (Anexo J)
- Según el ciclo académico la población está distribuida: 40,51% pertenecen a sexto ciclo, 18,97% a séptimo ciclo, 14,87% a octavo ciclo, 12,31% a noveno ciclo y 13,33% a décimo ciclo (Anexo K)

Tabla 1

Nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos en estudiantes de odontología.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	30	15,4
Bueno	62	31,8
Regular	77	39,5
Deficiente	23	11,8
Malo	3	1,5
Total	195	100,0

Fuente propia

En la Tabla 1, se obtuvo que el 39,5% corresponde al nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los QO y QNO es regular, el 31,8% a bueno, el 15% a excelente, el 11,8% a deficiente y el 1,5% a malo.

Tabla 2

Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Malo	2	1,0
Deficiente	22	11,3
Regular	71	36,4
Bueno	70	35,9
Excelente	30	15,4
Total	195	100,0

Fuente propia

Según los resultados, el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiográficas de los QO indican que el 37,9% es bueno, el 34,4% es regular, el 15,4% es excelente, el 11,3% es deficiente y el 1% es malo.

Tabla 3

Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes no odontogénicos

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Malo	1	0,5
Deficiente	19	9,7
Regular	68	34,9
Bueno	79	40,5
Excelente	28	14,4
Total	195	100,0

Fuente propia

Según los resultados obtenidos, el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiográficas de los QNO es el 41,5% es bueno, el 33,8% es regular, el 14,4% es excelente, el 9,7% es deficiente y el 0,5% es malo

Tabla 4

Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según edad

Nivel de conocimiento	Rango de edad			Chi-cuadrado
	de 18 a 20 años	21 a 23 años	más de 24 años	
Excelente	15	12	3	0,274
Bueno	25	28	9	
Regular	26	33	18	
Deficiente	4	13	6	
Malo	2	1	0	
Total	72	87	36	195

Fuente: Propia

Los resultados obtenidos en la tabla 4 indican que el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los QO y QNO tanto en el rango de 18 a 20 años (26), 21 a 23 años (33) y más de 24 años (18) presentaron un nivel de conocimiento de regular, obteniendo un chi cuadrado de $0,274 > a 0,05$ por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa y asociación en los resultados.

Tabla 5

Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según género

Nivel de conocimiento	Género		Total	Chi-cuadrado
	Femenino	Masculino		
Excelente	19	11	30	0,984
Bueno	39	23	62	
Regular	47	30	77	
Deficiente	13	10	23	
Malo	2	1	3	
Total	120	75	195	

Fuente: propia

Los resultados de la Tabla 5 sobre el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de QO y QNO según el género, tanto el género femenino como masculino tuvieron un nivel de regular con 47 y 30 participantes respectivamente. Con respecto al valor de chi fue $>$ a 0,05 por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa y asociación en los resultados.

Tabla 6

Nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según ciclo académico

Nivel de conocimiento	Ciclo de estudios					Total	Chi-cuadrado
	Sexto ciclo	Séptimo ciclo	Octavo ciclo	Noveno ciclo	Décimo ciclo		
Excelente	10	5	5	5	5	30	0,744
Bueno	28	10	12	6	6	62	
Regular	27	18	10	9	13	77	
Deficiente	12	4	2	4	1	23	
Malo	2	0	0	0	1	3	
Total	79	37	29	24	26	195	

Fuente propia

Según el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de QO y QNO según el ciclo académico en sexto ciclo el nivel fue bueno con 28 participantes, en séptimo ciclo fue regular con 18 participantes, en octavo ciclo fue bueno con 12 participantes, en noveno ciclo fue regular con 9 participantes y en décimo ciclo fue regular con 13 participantes. Según la prueba de chi-cuadrado el valor es $>$ a 0,05 por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa y asociación en los resultados.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En América Latina diversos estudios han determinado que el tipo de quiste más frecuente es el de origen odontogénico como por ejemplo el quiste radicular, el dentígero y el queratoquiste, mientras que en los QNO es que se encuentra principalmente es el quiste nasopalatino, tal y como se observa en el estudios de Fajardo & Peña Vega (2018) en Colombia, Pereira et al. (2018) y Amadeu et al. (2015) en Brasil, este último también halló que los quistes de erupción y paradentales también estaban presentes..

De la misma forma, en países como Turquía, la prevalencia de quistes de origen odontogénico es mayor que los no odontogénico, siendo el quiste radicular, dentígero, residual y el queratoquistes los que se presentaron con mayor frecuencia, mientras que el nasopalatino fue el único QNO que se presentó en el estudio de Açıkgöz et al. (2012).

A nivel nacional, los resultados concuerdan con el resto de estudios, por ejemplo en la investigación de Córdova & Layton (2021) se halló que más de la mitad correspondía al quiste radicular, seguido del quiste dentígero y del queratoquiste, lo que es similar a los resultados obtenidos por Diaz-Calderón & Yupanqui-Tejero (2020) y el de Mucha-Galarza (2020) ambos encontraron que la forma de quiste predominante es el de origen odontogénico siendo el quiste dentígero el de mayor frecuencia, luego el quiste de desarrollo y el radicular, según la investigación de Gamarra (2016) encontró que dentro de los quistes no odontogénicos el del conducto nasopalatino es de mayor frecuencia.

La prevalencia de los QO y QNO es alta por lo que el estudiante de odontología debe poseer las competencias y capacidades para poder identificar tanto la sintomatología clínica como la radiológica teniendo en cuenta que muchas de estas patologías, al inicio de la lesión

solo puede observarse radiográficamente y que puede ser evidenciado en un hallazgo radiológico.

Los resultados demuestran que el nivel de conocimiento clínico y radiográfico de QO y QNO es regular con un 39,5% seguido de cerca con el nivel bueno con un 31,8%, el 15% obtuvo excelente mientras que el 11,8% deficiente y el 1,5% malo.

El presente estudio concuerda con los resultados con la investigación de Villazante (2021) donde ambos obtiene un nivel de regular mientras difiere con los resultados de Condo-Castro (2014) que obtuvo un nivel de malo, lo tres estudios se centraron en estudiar a alumnos que cursan el último año de la carrera de estomatología, mientras que en los resultados de Kalbasi et al. (2020) si bien es cierto la población son dentistas, obtuvieron un nivel moderado de conocimiento sobre quistes, lo que concuerda con nuestro estudio.

Como se ha visto el nivel de conocimientos clínicos y radiográficos de lesiones quísticas tanto de origen odontogénico como no odontogénico en este estudio es regular, aunado no solo al conocimiento de la sintomatología clínica sino también al descubrimiento radiográfico, es importante destacar el estudio de Beltrán et al. (2018) en el que encuentra que casi las dos cuartas partes los estudiantes obtuvieron un nivel deficiente en el diagnóstico radiográfico en las radiografías con quistes odontogénicos, difiere este resultado con nuestro estudio donde se halló que el 36,4% y el 35,9% obtuvieron un nivel regular y bueno respectivamente.

Sobre las limitaciones de la investigación, una de ellas, fue la falta de información específica del tema, se hallaron muchos estudios sobre la prevalencia de la existencia de lesiones quísticas tanto de origen odontogénico como no odontogénico, pero fue muy poco la que media el nivel de conocimiento tanto de dentistas como de estudiantes, y teniendo en consideración la prevalencia de este tipo de lesiones bucales es bastante alta alrededor del

mundo es importante, seguir que se realicen estudios de este tipo para monitorizar las capacidades de los profesionales odontólogos en beneficio de los pacientes.

Si bien es cierto la virtualidad permite el acceso a un mayor número de alumnos con mayor rapidez mediante los correos institucionales, la respuesta de los alumnos para desarrollar el cuestionario no fue la esperada, por lo que se tuvo que reenviar en repetidas ocasiones hasta lograr llegar a la población necesaria para el presente estudio siendo esta razón una limitación en la misma.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. El nivel obtenido del conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos es regular.
- 6.2. El nivel de conocimientos de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos es regular.
- 6.3. El nivel de conocimientos de las características clínicas y radiográficas de los quistes no odontogénicos es bueno.
- 6.4. Según la edad, el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos presentan un nivel de conocimiento regular, con un $p > 0,05$ por lo que no existe asociación y diferencia estadísticamente significativa en los resultados.
- 6.5. Según el género el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según el género, tanto el género femenino como masculino tuvieron un nivel de regular, con un $p > 0,05$ por lo que no existe asociación y diferencia estadísticamente significativa en los resultados.
- 6.6. Según el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos según el ciclo académico en sexto ciclo el nivel fue bueno, en séptimo ciclo fue regular, en octavo ciclo fue bueno, en noveno ciclo fue regular y en décimo ciclo fue regular con un $p > 0,05$ por lo que no existe asociación y diferencia estadísticamente significativa en los resultados.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se debe de tener en cuenta que existe deficiencia en la adquisición de conocimientos sobre quistes de origen odontogénico y no odontogénico por lo que es importante reforzar estos conocimientos durante todo el proceso educativo y no solo en los cursos de patología odontológica sino también en el curso de radiología debido a la prevalencia de este tipo de patologías a nivel mundial.
- 7.2. Es importante que se realice un trabajo coordinado entre estudiantes, docentes y autoridades para mejorar las competencias cognitivas en esta área estomatológica antes del término de la carrera profesional, ya que el desconocimiento en su diagnóstico oportuno puede ser pasado por alto trayendo con el tiempo graves consecuencias en el paciente.

VIII. REFERENCIAS

- Açikgöz, A., Uzun-Bulut, E., & Gündüz, K. (2012). Prevalencia y distribución de quistes odontogénicos y no odontogénicos en una población turca. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. Ed. española*, 17(3), 185-192.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4011678>
- Alonso, A., Salgado, F., Zeta, E., Robles, L., Portilla, J., & Molotla, A. (2020). Quiste teratoide congénito en piso de boca. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 16(1), 36-41.
<https://doi.org/10.35366/93386>
- Alvarez-Páucar, M., Sacsquispe-Contreras, S., & Paredes-Paredes, N. (2016). Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. *Revista Estomatológica Herediana*, 26(4), 255-262.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1019-43552016000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Amadeu, J., Schussel, J., Piazzetta, C., Torres-Pereira, C., & Amenábar, J. (2015). Oral and Maxillofacial Complex Lesions in Adolescents: A Retrospective Study of 20 Years. *International Journal of Odontostomatology*, 9(1), 113-118.
<https://doi.org/10.4067/S0718-381X2015000100018>
- Arcia, F. & Reyes, R. (2020). La investigación social y el positivismo: Una crítica epistemológica infundada. *Consensus - Santiago*, 4(4), 03–22. Recuperado a partir de <https://pragmatikasolutions.com/consensus/index.php/consensus/article/view/63>

ASALE, R.-, & RAE. (2023). *Edad* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 4 de noviembre de 2020, de <https://dle.rae.es/edad>

ASALE, R.-, & RAE. (2023). *Género* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 4 de noviembre de 2020, de <https://dle.rae.es/género>

Avendaño, R., Sosa, L., & Dávila, L. (2017). Quiste gingival del adulto de ubicación inusual. Reporte de un caso. *Acta Odontológica Venezolana*, 55(1). <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-16/>

Beltrán, M., Bravo, C., Gonzáles, J., & Hetz, P. (2018). conocimiento radiológico de estudiantes de odontología en indicaciones técnicas más utilizadas y diagnóstico de patologías orales más frecuentes. Artículo de reflexión. *Anu.Soc.Radiol.Oral maxilo Facial de Chile*, 21, 12-18. http://sociedadradiologiaoral.cl/doc/anuarios_div/2018/anuario2018-14-20.pdf

Borge, B., & Lucero, S. (2018). Ventajas y tensiones en la perspectiva del Estructuralismo Empirista. *Revista de Filosofía*, 43(2), 315-338. <https://doi.org/10.5209/RESF.62033>

Buitrago-Rojas, S., & Cruz-Pérez, G. (2019). Quiste epidermoide en cavidad oral. Un reporte de caso. *Ustasalud*, 18, 55-59. <https://doi.org/10.15332/us.v18i0.2390>

Cabezón, A., Willson, E., García-Huidobro, N., Lira R., Solar G, A. (2020). Quiste nasolabial: Reporte de dos casos. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 80(2), 178-183. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162020000200178>

Cárceles, C., Jiménez, R., Marco, P., López, Á., Azorín, M., & Rodenas, J. (2018). Hallazgos radiológicos de los quistes foliculares o dentígeros. *Seram*. <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/948>

Condo-Castro, E. (2014). *Comparación del nivel de conocimiento en el diagnóstico radiográfico de la imágenes radiolúcidas y radiopacas que se proyectan en el periápice en los alumnos de VIII y X semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa—2014*. [Tesis de grado, Universidad Católica de Santa María]. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3280/64.2491.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Córdova, Y., & Layton, M. (2021). *Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes del consultorio de odontología del hospital III José Cayetano Heredia, Piura. 2010-2018* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62761/C%C3%B3rdova_CYM-Leyton_AMS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cortes, R., Muñoz, R., Cortes, S., Juárez, A., Velasco, E. (2017). Características clínicas, radiográficas e histológicas del quiste globulomaxilar y su tratamiento quirúrgico: Reporte de un caso. *Revista Tame*, 6(17), 654-657. https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_17/Tam1717-16c.pdf

Definicion.de. (2022). Definición de conocimiento. Recuperado 26 de enero de 2022, de <https://definicion.de/conocimiento/>

- Díaz-Calderón, C., & Yupanqui-Tejero, P. (2020). *Frecuencia de quistes odontogénicos valorados en radiografías panorámicas digitales en una población adulta de Piura-Perú, 2017—2019* [Tesis para optar Título Profesional, Universidad César Vallejo]. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62880/D%c3%adaz_CC R-Yupanqui_TPA-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62880/D%c3%adaz_CC_R-Yupanqui_TPA-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Eusalud. (2015). *Quistes de las Regiones Orales*. Eusalud. http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/Quistes_de_las_Regiones_Orales
- Fajardo, L., & Peña, C. (2018). Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. *Universitas Odontológica*, 37(79), 11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771683>
- Floriam, L., Danelon, M., Oliveira da Silva, V., Gonçalves, N., Báez-Quintero, L. C., & Macchetti, D. (2021). Quiste dentífero en odontología. Reporte de caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 9(2), 11. <https://doi.org/10.47990/alop.v9i2.176>
- Jorge, M., Jorges M., Tadeo, I., Robaina, A., Molinet A., Ruíz, R. (2020, octubre 24). Presentación de un caso de quiste de Conducto Tirogloso en adulto. *Morfovirtual 2020*. Morfovirtual 2020. <http://morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/view/950>
- Galván, M. (2016). Racionalismo crítico e interpretación. *Ideas y Valores*, 65(160), 239-251. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/44191>
- Gamarra, G. (2016). *Prevalencia y características histopatológicas de los quistes del conducto nasopalatino diagnosticados en el Laboratorio de Patología Oral de la Clínica Dental*

Docente de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1991-2015). [Tesis de grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/692>

Gómez, J., Fernández, Y., Luz, A., & Amaro, A. (2019). Técnica quirúrgica del quiste tirogloso. *Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 3(1), Article 1. <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/79>

González, M., Alatorre, S., Montaña, S., & Ayala, J. (2014). Quiste dermoide. Reporte de dos casos clínicos. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 11(1), 20-26.

Ibarra, E., Vega, C., & Jiménez, A. (2020). Diagnóstico de quiste dentígero en sacos foliculares de terceros molares incluidos. *Acta Odontológica Colombiana*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n1.82315>

Kalbasi, N., Jahanshahi, R., Dadellahi, Y., & Ahmadifard, Z. (2020). *The Evaluation Of: General Dental Practitioner Knowledge In Isfahan About Odontogenic Cyst And Tumor*. 17(365), 229-235. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=764859>

Karle P., Yumha L., Boettiger B., Carrasco F., & Zamorano S. (2016). Quiste de primer arco branquial, reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76(2), 224-228. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162016000200013>

Lévano, S., Calderón, V., Trevejo-Bocanegra, A. (2021). Caracterización imagenológica del quiste residual maxilar: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Estomatológica Herediana*, 31(1), 60-65. <https://doi.org/10.20453/reh.v31i1.3927>

- Liceaga, C., Banda, R., Castañeda, O., & Gonzáles, V.G. (2013). Quiste nasopalatino de tamaño inusual. Revisión bibliográfica y presentación de un caso. *Revista ADM*, (70)3. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42345>
- López, J., & Almaguer, Y. (2017). Quiste tirogloso gigante: Rareza de estos tiempos. *Medimay*, 24(2), Article 2. <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1100>
- Magaña, M., Robles, M., & Guerrero, C. (2014). Alteraciones bucales del recién nacido. *Revista ADM*, 71(3), 110-114. <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2014/od143.pdf#page=17>
- Malanche, G., & León, A. (2018). Quiste odontogénico glandular. Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 14(1), 44-48. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2018/cb181h.pdf>
- Marin, S., Kirnbauer, B., Rugani, P., Mellacher, A., Payer, M., & Jakse, N. (2019). Eficacia de la descompresión como tratamiento inicial de los quistes maxilares: Estudio retrospectivo de 10 años. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. Ed. española*, 24(3 (Junio)), 196-201. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6981314>
- Martins, S., Neto, T., Soares, J., Balhau, R., Martins, S., Neto, T., Soares, J., & Balhau, R. (2019). Quiste dermoide grande del suelo de la boca. Énfasis en el diagnóstico diferencial. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 41(3), 149-152. <https://doi.org/10.20986/recom.2019.1040/2019>
- Medina, B., Díaz, O., Gómez, O., Franco, L., Rodríguez, I., & Ottone, N. (2018). Epidermoid Cyst of Uvula: Presentation of Case. Review of the Literature. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 4, 1101-1107. <https://doi.org/10.32457/ijmss.2017.002>

- Medina, P. (2020). Los restos de Malassez, vida y destino en los tejidos odontogénicos, una revisión de la literatura. [Tesis de grado, Universidad Científica del Sur]. Repositorio Institucional – UCS. <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/1485>
- Miranda, J., & Ramos, C. (2018). Cervical lymphoepithelial cyst: Description of a clinical case. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 14(1), 12-18. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=78639>
- Mucha-Galarza, D. (2020). *Prevalencia de quistes odontogénicos en pacientes atendidos entre 2008 y 2018 en un Hospital Militar*. [Tesis para optar Título Profesional, Universidad Peruana Los Andes]. <http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1886/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ocampo-Acosta, F., Seamanduras, A., & Enríquez, J. (2008). Quiste Paradental. *Revista Mexicana de Odontología Clínica*.
- Olaechea-Ramos, M., Evangelista-Alva, A., & Quezada-Márquez, M. (2019). Características radiográficas de los quistes dentígeros diagnosticados en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(1), 49-61. <https://doi.org/10.20453/reh.v29i1.3494>
- Oré-Acevedo, J., LaTorre-Caballero, L., & Urteaga-Quiroga, R. (2016). Quiste del conducto tirogloso: Experiencia en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima 2008-2015. *Acta Médica Peruana*, 33(2), 126-129. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

- Pereira da Silva, L., Gonzaga, A., Severo, M., Barros, C., de Medeiros, A., de Souza, L., & da Silveira, É. (2018). Epidemiologic study of odontogenic and non-odontogenic cysts in children and adolescents of a Brazilian population. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 23(1), e49-e53. <https://doi.org/10.4317/medoral.22138>
- Ramírez, L., Hernández, N., & Fuentes, P. (2021). ¿Queratoquiste odontogénico o quiste primordial? Actualización diagnóstica y terapéutica. *Revista científica estudiantil 2 de Diciembre*, 4(4), Article 4. <http://www.revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/167>
- Rappoport W., Rau M., Rodríguez M., Gac E., Segura H., & Cabane T. (2020). Quiste dermoide latero cervical. *Revista de cirugía*, 72(5), 472-475. <https://doi.org/10.35687/s2452-45492020005837>
- Rocafuerte-Acurio, M., & Velásquez-Vásquez, F. (2021). Quiste de erupción dental. Reporte de caso. *Revista Odontología Pediátrica*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.33738/spo.v20i1.158>
- Rocha, L., Silva, G., Xerez, M., Barros, C., Pinheiro, J., Pereira, L., & Costa, A. (2020). Aspectos clinicopatológicos de cisto linfoepitelial oral: Relato de caso. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 56. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200026>
- Romero, J., & Rubio, G. (2016). Quiste epidermoide de cavidad oral. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 12(3), 80-85. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68687>

- Rosário dos Santos, H., Almendra, R., Silva, D., de Souza, T., Leite, P., & Almeida, V. (2021). Involución espontánea de un quiste de bifurcación bucal mandibular unilateral. *Revista Cubana de Estomatología*, 58(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072021000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Ruiz, A., Torti, M., & Oliva, F. (2020). Quiste Odontogénico Ortoqueratinizado. *Authorea*, 12.
https://d197for5662m48.cloudfront.net/documents/publicationstatus/47527/preprint_pdf/b98f61e0414c7c77b681b97dc2240c86.pdf
- Salgado, L., Hernández, L., Vilchez, J., Midence, C., & Díaz, H. (2018). Frecuencia de quistes y tumores odontogénicos en población nicaragüense. Estudio retrospectivo a siete años. *Universitas Odontológica*, 37(78), 10.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771432>
- Trinchet, C., Trinchet, R., Chacón, A., & Méndez, G. (2008). La experimentación: Paso final y determinante para validar el proceso de investigación científica en medicina. *ACIMED*, 18(6), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1024-94352008001200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Varcarcél, G. (2017). *Prevalencia de quistes maxilares odontogénicos observados en radiografías panorámicas. CentroMax Centro Radiográfico Odontológico. Cranex Instituto de radiofiagnóstcio maxilofacial. Arequipa 2015 – 2017* [Tesis para titulación, Universidad Alas Paeruanas].
https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/1063/Tesis_Quistes%20maxilares_Odontog%c3%a9nicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Vázquez, D., Balsamo, M., Gandini, P., Valdez, A., & Carbajal, E. (2009). *Quiste Periapical Inflamatorio. Diagnóstico radiográfico, solución de un caso y revisión de la literatura*. 1, 4.
- Vega, A., Ayuso, R., Teixidor, I., Salas, J., Marí, A., & López, J. (2013). Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. *Av.Odontoestomatología*, 29(2), 81-93. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n2/original3.pdf>
- Villalobos, M., & Jiménez, J. (2019). Quiste periodontal lateral: Reporte de un caso. *Revista Nacional de Odontología*, 15(28), Article 28. <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.01.08>
- Villasana, J., & Montoya, C. (2018). *Quiste linfoepitelial cervical: Descripción de un caso clínico*. *Mediagraphic*, 1(14), 12-18.
- Villazante, S. (2021). *Estudio del nivel de conocimiento acerca de los quistes odontogénicos en los estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología de la UCSM, Arequipa 2020*. [Tesis de grado, Universidad Católica de Santa María]. <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12920/10916>
- Villegas, M., & Gonzales, F. (2005). La construcción del conocimiento por parte de estudiantes de educación superior: Un caso de futuros docentes. *Perfiles educativos*, 27(109-110). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982005000200006

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES			METODOLOGÍA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos de las características clínicas y radiográficas de los quistes prevalentes de origen odontogénico y no odontogénico en estudiantes de odontología?</p> <p>Problemas específicos</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento de las características clínicas y radiográficas de los quistes odontogénicos y no odontogénicos en estudiantes de odontología.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>-Determinar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos</p> <p>-Determinar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes no odontogénicos</p> <p>-Establecer la asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con la edad</p> <p>-Establecer la asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el sexo</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>El nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los quistes de origen odontogénico y no odontogénico es regular en estudiantes de odontología.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>-Existe diferencia estadística al comparar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos</p> <p>-Existe diferencia estadística al comparar el nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes no odontogénicos</p> <p>-Existe asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con la edad</p> <p>- Existe asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el sexo</p> <p>- Existe asociación del nivel de conocimiento de características</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Nivel de conocimiento clínico y radiográfico de quistes odontogénicos y no odontogénicos</p>	<p>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</p> <p>Es conjunto de información que se almacena mediante después del aprendizaje y la experiencia, o a través de la introspección (a priori). Se refiere a la posesión de datos que se interrelacionan para formar una idea, solos no son de valor sobre los quistes odontogénicos y no odontogénicos. (Definición de conocimiento — Definición.de, s. f.)</p>	<p>DIMENSIONES</p> <p>Conocimiento clínico de quistes odontogénicos Pregunta 1 a 14</p> <p>Conocimiento radiográfico de quistes odontogénicos Pregunta 18 a 27</p> <p>Conocimiento clínico de quistes no odontogénicos Pregunta 15 a 17</p> <p>Conocimiento radiográfico de quistes no odontogénicos Pregunta de 28-35</p>	<p>Tipo y diseño de investigación</p> <p>tipo descriptivo, transversal, observacional y prospectivo.</p> <p>Población:</p> <p>Estará conformada por alumnos de odontología de 6to a 10mo ciclo de la Universidad San Martín de Porres.</p> <p>Muestra:</p> <p>estará constituida por los alumnos de odontología de la Universidad San Martín de Porres que cumplan con los criterios de selección, siendo calculada buscando obtener un 95% de certeza.</p> <p>Instrumento</p> <p>Se confeccionará un cuestionario, que consta de 4 preguntas generales y 20 preguntas que corresponden a las dimensiones de la variable, cada pregunta correcta se calificará con un valor de uno, la suma de todas ellas nos dará el nivel de conocimiento.</p>
			<p>COVARIABLES</p>	<p>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</p>	<p>INDICADOR</p>	
			<p>GÉNERO</p>	<p>Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido desde el punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico(ASALE & RAE, s. f.-b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino • Otro 	
			<p>EDAD</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales(ASALE & RAE, s. f.-a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 18-20 años • 21-23 años • Mas de 24 años 	

	<p>-Establecer la asociación del nivel de conocimiento de características clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el ciclo académico</p>	<p>clínicas y radiológicas de quistes odontogénicos y no odontogénicos con el ciclo académico</p>	<p>CICLO ACADÉMICO</p>	<p>Duración de los estudios de pregrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pre clínicas (6-7) • Clínicas (8-10) 	
--	--	---	----------------------------	---	---	--

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

Estimado estudiante, el siguiente cuestionario forma parte de la investigación Nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los quistes de origen odontogénico y no odontogénico en estudiantes de odontología.

Indicaciones: Lea la pregunta y marque la respuesta que más se acerque a sus pensamientos.

DATOS GENERALES

1. Género: F () M ()
2. Edad: () 18 a 20 años () 21 a 23 años () + de 24 años
3. Ciclo de estudio: () 4to () 5to () 6to () 7mo () 8vo () 9no

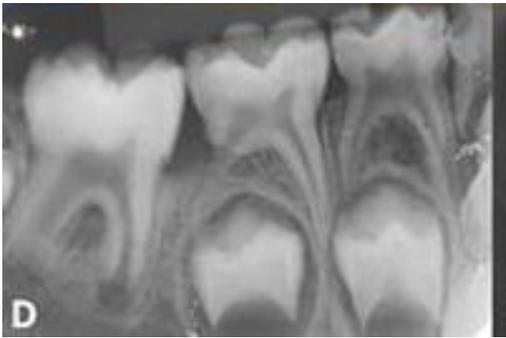
CUESTIONARIO

Marcar la alternativa correcta

1. ¿Qué son los Quistes Odontogénicos?
 - Quiste cuyo revestimiento de la luz interna del epitelio que se produce en el desarrollo dentario.
 - Quiste deriva de los elementos residuales epiteliales atrapados al presionarse los procesos embrionarios que dan lugar al componente óseo del macizo facial
 - Quistes donde pueden observarse inclusiones del epitelio de la glándula salival
2. Identificar cuáles son los Quistes Odontogénicos de desarrollo:
 - Quiste Dentígero, Quiste de erupción, Quiste odontogénico glandular
 - Quiste residual, Quiste gingival del adulto, Quiste periodontal lateral
 - Quiste del conducto palatino, Quiste del conducto tirogloso, Quiste residual
3. Identificar cuáles son los Quistes Odontogénicos inflamatorios:
 - Quiste residual, Quiste radicular, Quiste de bifurcación de molares.
 - Quiste del recién nacido, Queratoquiste, Quiste odontogénico calcificante
 - Quiste periodontal lateral, Quiste radicular, Quiste odontogénico ortoqueratinizante
4. Es correcto decir del Quiste Dentígero
 - Se origina por la acumulación de líquido entre la superficie del esmalte y el epitelio reducido, formándose un quiste alrededor de la corona pero dejando las raíces fuera.
 - Revela una imagen radiopaca y vinculada a la corona de un diente no erupcionado
 - Es más frecuente en hombres que en mujeres, suele presentarse en la segunda y tercera etapa de la vida
5. Clínicamente se evidencia como un pequeño aumento de volumen muchas veces translucido en la mucosa gingival que se sobrepone a la corona.
 - Quiste Gingival del adulto.
 - Quiste Dentígero.

- Quiste de Erupción.
6. El Quiste de erupción se diferencia del quiste dentígero en:
 - Clínicamente, se observa una masa fluctuante sobre el reborde alveolar, muchas veces la masticación puede inducir a la formación de hematoma
 - Histológicamente presenta un epitelio con células gigantes en su pared.
 - El diente no se encuentra inmerso completamente en el tejido óseo.
 7. Podemos ver clínicamente al Quiste del recién nacido como
 - Pequeños nódulos blanquecinos en la mucosa que recubre el proceso alveolar, únicos o múltiples
 - Nódulos eritematosos amarillentos presentes en el paladar siempre son únicos
 - Prominencias color violáceas presentes en el carrillo, siempre son múltiples
 8. Se le conoce con los nombres de Perlas de Epstein, Nódulos de Bohn
 - Quiste del recién nacido
 - Quiste congénito de queratina de los maxilares. o Quiste vestibular de la furca
 - Quiste de Craig
 9. Podemos afirmar del Quiste gingival del adulto
 - Es una tumefacción llena de líquido firme pero compresible
 - Está situada entre la encía facial de la mandíbula o del maxilar superior de los premolares/ caninos/ incisivos
 - Las 2 alternativas son correctas
 10. Quiste con mayor frecuencia en la región premolar mandibular y en el maxilar superior entre el canino y el incisivo lateral
 - Quiste Periodontal Lateral
 - Quiste Gingival del Adulto
 - Quiste Paradental
 11. El Quiste periodontal lateral, en la mayoría de las veces presenta un tamaño no mayor a _____.
 - 1 cm de diámetro
 - 5 cm de diámetro
 - 2 cm de diámetro
 12. Es correcto afirmar que el Quiste Periapical
 - Aparece en el vértice de la raíz de un diente erupcionado, cuya pulpa ha sido desvitalizada por caries o traumatismo dental
 - Se presenta encapsulando todo el diente, cuya pulpa es vital
 - Aparece rodeando la corona de un diente erupcionado
 13. Quiste que prevalece luego de una extracción dentaria
 - Quiste Residual
 - Quiste Dentígero
 - Quiste Radicular
 14. Quiste paradental o de bifurcación de molares es un quiste inflamatorio que se desenvuelve en:
 - La cara vestibular del primer molar inferior permanente o en el segundo molar
 - La cara palatina del segundo molar superior o en tercer molar
 - La cara vestibular de los terceros molares tanto superiores como inferiores
 15. Quiste que se ubica en la línea media del paladar en la zona anterior después que se cierra el conducto nasopalatino
 - Quiste del conducto incisivo

- Quiste naso labial
 - Quiste periapical de incisivos superiores
16. Denominado también quiste de Klestadt
- a. Quiste nasolabial
 - b. Quiste nasolacrimonal
 - c. Quiste linfoepitelial
17. Lesión que se presenta móvil asintomática que aumenta de tamaño lentamente en la línea media de la parte anterior del cuello
- a. Quiste del conducto tirogloso
 - b. Quiste dermoide
 - c. Quiste epidermoide
18. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen



Fuente: Rosário dos Santos, 2021 (Rosário dos Santos et al., 2021) http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072021000400010&script=sci_arttext&tlng=pt

- Quiste de la bifurcación
 - Quiste apical
 - Quiste residual
19. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: Vásquez, 2009 (Vásquez et al., 2009) <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od091d.pdf>

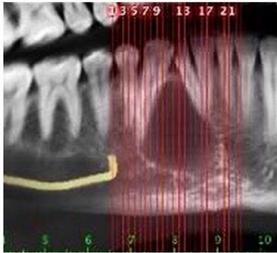
- Quiste apical
 - Quiste residual
 - Quiste quiste lateral
20. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: Floriam, 2019 (Floriam et al., 2021) <https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2019/rol192g.pdf>

- Quiste dentígero
- Queratoquiste
- Quiste paradental

21. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: Villalobos, 2019 (Villalobos Medina & Jiménez Matute, 2019) <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/2603/2636>

- Quiste lateral
- Quiste apical
- Quiste residual

22. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: (Ocampo, 2008) (Ocampo-Acosta et al., 2008)

[https://www.researchgate.net/profile/Alejandro-](https://www.researchgate.net/profile/Alejandro-Seamanduras/publication/267638392_Quiste_Paradental/links/545689040cf2cf516480314e/Quiste-Paradental.pdf)

[Seamanduras/publication/267638392_Quiste_Paradental/links/545689040cf2cf516480314e/Quiste-Paradental.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alejandro-Seamanduras/publication/267638392_Quiste_Paradental/links/545689040cf2cf516480314e/Quiste-Paradental.pdf)

- Quiste paradental
- Quiste dentígero
- Quiste apical

23. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: Lévano, 2021(Lévano Loayza et al., 2021) http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552021000100060&script=sci_arttext

- Quiste residual
- Quiste apical
- Quiste paradental

24. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: Alonso, 2020 (Alonso Moctezuma et al., 2020) <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2020/uo2020f.pdf>

- Queratoquiste
- Quiste paradental
- Quiste odontógeno glandular

25. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: Avendaño, 2017 (Avendaño et al., 2017) <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-16/>

- Quiste gingival del adulto
- Quiste odontógeno glándula
- Quiste dermoide

26. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: Rocafuerte, 2021 (Rocafuerte-Acurio & Velásquez-Vásquez, 2021)
<http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/158/141>

- Quiste de erupción
- Quiste dentífero
- Quiste gingival del adulto

27. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: Magaña, 2014 (Magaña Pérez et al., 2014)
<https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2014/od143.pdf#page=17>

- Quiste de la lámina dental del recién nacido
- Quiste del conducto labial
- Quiste odontógeno glandular

28. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: Liceaga,2013 (Liceaga Escalera et al., s. f.) <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od133i.pdf>

- Quiste nasopalatino
- Quiste apical
- Queratoquiste

29. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen radiográfica:



Fuente: Malanche, 2018 (Malanche Abdalá & León Villacís, 2018) <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2018/cb181h.pdf>

- Quiste odontógeno glandular
- Quiste paradental
- Quiste dentígero

30. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: López, 2017 (López Martín & Almaguer Perdomo, 2017) http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1100/pdf_153

- Quiste del conducto tirogloso
- Quiste dermoide
- Quiste epidermoide

31. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: Rocha, 2020 (Rocha et al., 2020) <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/5d9fB7Jh595jd6wT7ByPLFq/?format=pdf&lang=pt>

- Quiste linfoepitelial oral
- Quiste del conducto labial
- Quiste epidermoide

32. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: Miranda, 2018 (Villasana & Montoya, s. f.) <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2018/cb181d.pdf>

- Quiste linfoepitelial cervical
- Quiste linfoepitelial oral
- Quiste del conducto tirogloso

33. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: Martins, 2020 (Martins et al., 2019) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582019000300009

- Quiste dermoide
- Quiste linfoepitelial oral
- Quiste epidermoide

34. Indique cual es el diagnóstico de la siguiente imagen:



Fuente: Romero, 2016 (Romero Flores & Rubio, 2016) <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2016/cb163b.pdf>

- Quiste epidermoide oral
- Quiste dermoide
- Quiste linfoepitelial oral

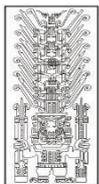
35. Indique el diagnóstico de la siguiente imagen



Fuente: Cabezón, 2020 (Cabezón A et al., 2020)
[48162020000200178&script=sci_arttext&tlng=n](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162020000200178&script=sci_arttext&tlng=n)

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162020000200178&script=sci_arttext&tlng=n)

- Quiste nasolabial
- Quiste naso palatino
- Quiste epidermoide



Anexo C: Validación por Juicio de Expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. **Apellidos y Nombres:** Arbildo Vega, Heber Isac
- 1.2. **Grado académico:** Doctor
- 1.3. **Cargo e Institución donde labora:** Docente Facultad de Odontología
- 1.4. **Nombre del instrumento motivo de evaluación:** Instrumento de recolección de datos-Encuesta
- 1.5. **Título de la Investigación:** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y NO ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.
- 1.6. **Autor(a) del Instrumento:** MG. CHAVEZ ACOSTA FRANCIS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%-80%	Muy buena 81%-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad					X
4. Organización	Existe una organización lógica					X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación					X
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.					X
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores					X
9. Metodología	La formulación responde a la investigación					X
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy Buena

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....

Nombres y Apellidos	Dr. Heber Isac Arbildo Vega	Cel. 942963184
Título profesional	Cirujano Dentista	
Grado académico	Doctor	

Lima, 09 de mayo del 2022



Nombre y Firma del Experto
Dr. Heber Isac Arbildo Vega



**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres: Jiménez Carreño, Gustavo Arturo
- 1.2. Grado académico: Doctor
- 1.3. Cargo e Institución donde labora: Docente Facultad de Odontología
- 1.4. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos-Encuesta
- 1.5. Título de la Investigación: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y NO ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.
- 1.6. Autor(a) del Instrumento: MG. CHAVEZ ACOSTA FRANCIS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%-80%	Muy buena 81%-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad					X
4. Organización	Existe una organización lógica					X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación					X
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.					X
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores					X
9. Metodología	La formulación responde a la investigación					X
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy Buena

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento para la recolección de datos es aplicable para la Investigación.

Nombres y Apellidos	Dr. Gustavo Arturo Jiménez Carreño	Cel.999438562
Título profesional	Cirujano Dentista	
Grado académico	Doctor en Educación	

Lima, 03 de mayo del 2022


Dr.Esp. Gustavo Arturo Jiménez Carreño
COP 9545 / RNE 2307



**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

I. DATOS GENERALES

- 1.1. **Apellidos y Nombres:** Alex David Vidal Mosquera
- 1.2. **Grado académico:** Doctor
- 1.3. **Cargo e Institución donde labora:** Docente Facultad de Odontología
- 1.4. **Nombre del instrumento motivo de evaluación:** Instrumento de recolección de datos-Encuesta
- 1.5. **Título de la Investigación:** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y NO ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.
- 1.6. **Autor(a) del Instrumento:** MG. CHAVEZ ACOSTA FRANCIS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%-80%	Muy buena 81%-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad					X
4. Organización	Existe una organización lógica					X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación					X
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.					X
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores					X
9. Metodología	La formulación responde a la investigación					X
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy Buena

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....

Nombres y Apellidos	Dr. Alex David Vidal Mosquera	Cel.
Título profesional	CIRUJANO DENTISTA	968747345
Grado académico	Doctor	

Lima, 09 de Mayo del 2022

Nombre y Firma del Experto
Dr. Alex David Vidal Mosquera



**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

I. DATOS GENERALES

- 1.1. **Apellidos y Nombres:** La Serna Solari Paola Beatriz
- 1.2. **Grado académico:** Doctor
- 1.3. **Cargo e Institución donde labora:** Docente Escuela de Estomatología
USS
- 1.4. **Nombre del instrumento motivo de evaluación:** Instrumento de recolección de datos-Encuesta
- 1.5. **Título de la Investigación:** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y NO ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.
- 1.6. **Autor(a) del instrumento:** MG. CHAVEZ ACOSTA FRANCIS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%-80%	Muy buena 81%-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad					X
4. Organización	Existe una organización lógica					X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación					X
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.					X
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores					X
9. Metodología	La formulación responde a la investigación					X
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy Buena

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....

Nombres y Apellidos	Dra. Paola Beatriz La Serna Solari	Cel. 979732005
Título profesional	Odontóloga	
Grado académico	Doctor	

Lima, 04 de mayo del 2022



Dra. Paola Beatriz La Serna Solari
COP 9555

V de Aiken

Item	Relación variable/dimensión	Relación dimensión/pregunta	Relación pregunta/respuesta	V de Aiken *	p
1	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
2	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
3	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
4	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
5	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
6	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
7	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
8	1,00	0,80	0,60	0,80	<0,01
9	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
10	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
11	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
12	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
13	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
14	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
15	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
16	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
17	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
18	1,00	0,80	0,60	0,80	<0,01
19	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
20	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
21	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
22	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
23	1,00	0,80	0,60	0,80	<0,01
24	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
25	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
26	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
27	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
28	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
29	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
30	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
31	1,00	0,80	0,60	0,80	<0,01
32	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
33	1,00	1,00	0,60	0,87	<0,01
34	1,00	0,80	0,60	0,80	<0,01
35	1,00	1,00	0,80	0,93	<0,01
V de Aiken	0,89				>0,01

*Coeficiente promedio del total de las 03 valoraciones empleadas para cada ítem: “relación entre la variable y la dimensión”, “relación entre la dimensión y la pregunta”, “Relación entre la pregunta y la respuesta”.

Anexo D: Confiabilidad: Alpha de Crombach

Alpha de Crombach

Item	Promedio	Varianza	Alpha
1	2,32	0,85	
2	3,23	1,27	
3	2,82	1,51	
4	3,05	1,32	
5	3,09	1,08	
6	3,32	1,76	
7	0,86	0,12	
8	0,91	0,08	
9	0,64	0,23	
10	0,32	0,22	
11	0,91	0,08	
12	0,77	0,18	
13	0,86	0,12	
14	0,36	0,23	
15	0,68	0,22	
16	0,82	0,15	0,82
17	0,73	0,20	
18	0,36	0,23	
19	0,50	0,25	
20	0,32	0,22	
21	0,32	0,22	
22	0,32	0,22	
23	0,18	0,15	
24	0,23	0,18	
25	0,09	0,08	
26	0,45	0,25	
27	0,23	0,18	
28	0,41	0,24	
29	0,14	0,12	
30	0,18	0,15	
31	0,45	0,25	
32	0,23	0,18	
33	0,32	0,22	
34	0,18	0,15	
35	0,23	0,18	

Anexo E: Aprobación de proyecto



Universidad Nacional
Federico Villarreal

EUPG
ESCUELA UNIVERSITARIA DE
POSGRADO

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

(Art. 57° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Federico Villarreal
Resolución R. N° 2990-2018-CU-UNFV)

La Jefa de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado de la Escuela Universitaria de Posgrado de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Hace constar que don (ña):

FRANCIS FERNANDO CHAVEZ ACOSTA

Ha Aprobado el plan de tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LOS QUISTES DE ORIGEN ODONTOGÉNICO Y NO ODONTOGÉNICO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA", para optar el grado académico de Doctor en Odontología, encontrándose en condiciones de iniciar el desarrollo de su tesis.

Se otorga la presente constancia para los fines que estime conveniente.

Lima, 13 de julio del 2022



Mg. Moraima Angelica Lagos Castillo de Vilchez
Jefa
Oficina de Grados y Gestión del Egresado

N.T.: 010262 - 2022

665-2022-OGGE-EUPG-UNFV

MALC/Cesibel M.

Prolongación Camami 1014 - Lima

Teléfono: 748-0888 IP: 9505 y 9526

Anexo F: Listado de estudiantes

ACTOS | Tiene datos adjuntos | No leído | Para mí | Me menciona

F ALEX VIDAL MOSQUERA
Para: FRANCIS FERNANDO CHAVEZ ACOSTA
Tue 21/07/2022 13:52

DATA ESTUDIANTES...
51 KB

Mostrar los 3 datos adjuntos (177 KB)

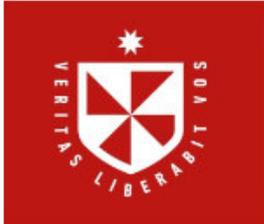
Guardar todo en OneDrive - Universidad de San Martín de Porres

Descargar todo

Estimado Mg. Chávez
Mediante el presente lo saludo y envío lo solicitado en oficio 0038-OA-FN-USMP en cuanto a la lista de estudiantes del VI al X ciclo para la ejecución de su proyecto de tesis.

Adjunto el archivo DATA ESTUDIANTES ODONTOLOGÍA 2022-2

Atentamente



VIDAL MOSQUERA, ALEX DAVID
Coordinador de Programa

Dependencia Programa de Odontología

(074) 48 11 80 Anexo: 4017

@usmp.fs | @usmp.fs | @usmp.fs | @usmp.fs

DIFERÉNCIATE El papel se obtiene de los árboles, piénsalo antes de imprimir este correo.

Aviso de confidencialidad
Este correo electrónico y/o material adjunto es para uso exclusivo de la persona o entidad a quien se dirige este mensaje, su contenido se considera de carácter confidencial y puede incluir información privilegiada. Si usted ha recibido este mensaje por error o no es el destinatario, sírvase proceder a eliminar el correo electrónico original incluyendo sus archivos adjuntos; toda copia o distribución del mismo está prohibida.

Anexo H: Consentimiento Informado

Investigador: Mg. CD Francis Chávez Acosta

Estimado Alumno (a): Se le invita a participar en la presente investigación, que tiene como objetivo determinar el **Nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los quistes de origen odontogénico y no odontogénico en estudiantes de odontología.**

Usted no deberá realizar pago alguno por participar en el estudio, igualmente no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar.

No existe riesgos por participar en el estudio, no se le realizara ningún procedimiento invasivo durante la investigación.

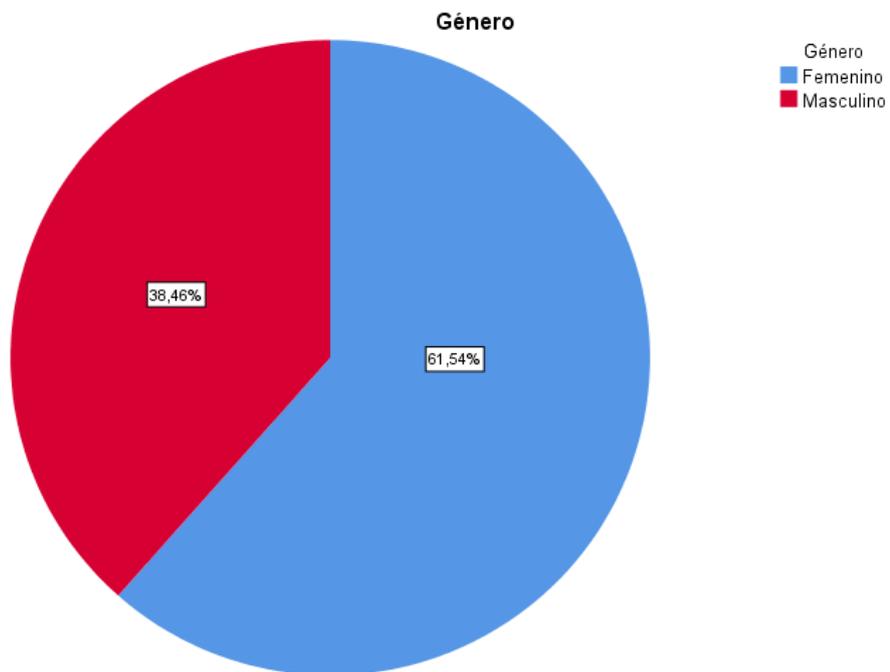
Procedimientos: si decide participar en el estudio, se le hará entrega de un cuestionario sobre “Nivel de conocimiento de las características clínicas y radiológicas de los quistes de origen odontogénico y no odontogénico en estudiantes de odontología”. El desarrollo durara aproximadamente 25 minutos.

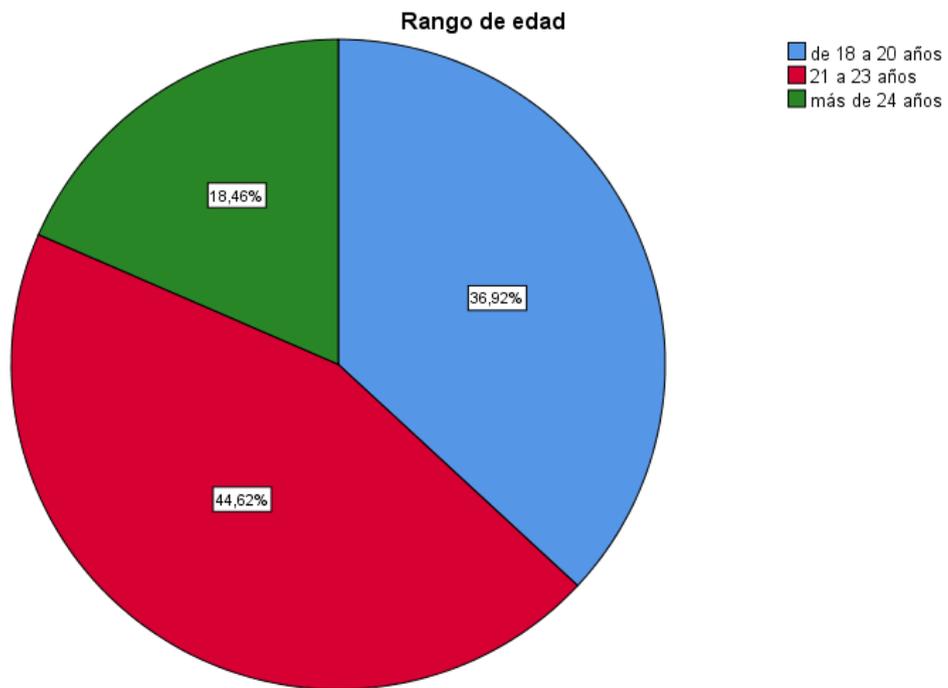
Confidencialidad: se le garantizara que la información brindada es absolutamente confidencial, ninguna persona excepto el investigador, maneja la información obtenida la cual es anónima, no se colocara nombres ni apellidos el cual no será revelado en los resultados o alguna futura publicación.

Contacto: cualquier duda acerca de la investigación, puede conversar con el investigador al teléfono 989 540 601 o correo fchaveza@usmp.pe

Acepto participar en el estudio

No acepto participar en el estudio

Anexo I: Gráfico distribución de la población por sexo

Anexo J: Gráfico distribución de la población por rango de edad

Anexo J: Gráfico distribución de la población por ciclo de estudio