UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN

“LESIONES QUISTICAS Y AMELOBLASTOMA EN RELACIÓN A LA POSICIÓN ANÓMALA DE TERCERAS MOLARES INFERIORES EN ORTOPANTOMOGRAFÍAS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SAN LUIS GONZAGA DE ICA, PERIODO 2017”

INVESTIGADORES:

NAVARRO SALVATIERRA ASTRID KAROLINA

NOVOA GUEVARA ALBERT EINSTEN

ASESOR: CLEMENTE LARA HUALLCCA

ICA-2018

ÍNDICE

INFORME DE INVESTIGACIÓN 4

I.- INFORMACIÓN GENERAL 4

A.- TÍTULO. 4

B.- INVESTIGADORES: 4

C.- ÁREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACION ..4

D.- ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 4

E.- LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD 4

II.- RESUMEN 5

III.- INTRODUCCIÓN 7

IV.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN 10

4.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 10

4.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 10

4.3.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN 12

4.4.- LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 13

4.5.- OBJETIVOS 13

4.5.1.- OBJETIVO GENERAL 13

4.5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS 14

V.- MARCO TEORICO 16

5.1.- ANTECEDENTES DE ESTUDIOS 16

5.2.- BASES TEORICAS 24

5.2.1. LESIONES QUISTICAS Y TUMORALES 24

5.2.1.1. DEFINICIÓN DE QUISTE 24

5.2.1.2. COMPLICACIONES QUISTICAS ODONTOGENICAS. 26

1.- Quistes paradentales 26

2.- Quistes radiculares 27

3.- Quistes foliculares o dentígeros 28

5.2.1.3. AMELOBLASTOMA 31

5.2.2. TERCER MOLAR 32

5.2.2.1. CLASIFICACIÓN DE POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES SEGÚN WINTER 32

5.3.- SISTEMA DE HIPOTESIS 41

VI.- SISTEMA DE VARIABLES 44

5.1.- VARIABLES 44

6.2.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES 45

VII.- METODOLOGIA 45

7.1.- NIVEL, TIPO, Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 45

7.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA 46

7.3.- MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO 47

7.4.- RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS 48

VIII.- RESULTADOS 51

IX.- COMPROBACION DE HIPOTESIS 58

X.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 63

XI.- CONCLUSIONES 65

XII.- RECOMENDACIONES 68

XIII.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA 69

TABLA DE ANEXOS

ANEXO 1 Fichas de observación de las ortopantomografías digitales 73

ANEXO 2 Fichas de observación de las ortopantomografías digitales.....74

ANEXO 3 Documento dirigido al director de la Clínica Odontológica de la UNICA, solicitando el permiso corr4spondiente para el acceso a las ortopantomografías digitales tomadas en el periodo 2017 75

ANEXO 4 Pago correspondiente por el derecho de investigación a la Clínica Odontológica de la UNICA 76

ANEXO 5 Pago correspondiente por el derecho de investigación a la Clínica Odontológica de la UNICA 76

ANEXO 6 Recogimos las muestras de estudio, con el apoyo del docente encargado del área de tomografía de la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica.....77

ANEXO 7 Lesión quística imagen radiolúcida bien circunscrita de tamaño mayor a 2.5mm, corticalizados 77

ANEXO 8 Ameloblastoma como las imágenes radiolúcidas, radiotransparentes, delimitada, que presenten un aspecto multilocular 78

ANEXO 9 Registramos los datos obtenidos en la ficha de observación y la tabla de recolección de datos general, donde se tomó en cuenta la patología quística o tumora.....79

ANEXO 10 Registramos los datos obtenidos en la ficha de observación y la tabla de recolección de datos general, donde se tomó en cuenta la patología quística o tumoral 80

INFORME DE INVESTIGACIÓN

I.- INFORMACIÓN GENERAL

a.- TÍTULO.

Lesiones quísticas y Ameloblastoma en relación a la posición anómala de terceras molares inferiores en ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, periodo 2017.

b.- INVESTIGADORES:

- Navarro Salvatierra Astrid Karolina.
- Novoa Guevara Albert Einsten.

c.- ÁREA O ESPECIALIDAD A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACION

- Radiología Oral y maxilofacial
- Patología Oral

d.- ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

e.- LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD

- Ciencias de la Salud

II.- RESUMEN

El presente estudio cuantitativo, relacional, observacional, transversal y retrospectivo tuvo como principal objetivo determinar la relación entre lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de terceros molares inferiores en ortopantomografías tomada en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017, donde se realizó la observación y análisis de 165 piezas dentales (3eras molares inferiores) en 100 ortopantomografías digitales de pacientes adultos entre 16 a 32 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017, apoyándonos en fichas de recolección de datos, programas como ScanoraLite, SPSS Stadistic 21, como resultado obtuvimos que el 58% de los afectados fueron varones, siendo el grupo de 20 a 23 años el de mayor presencia con el 42%, el quiste dentígero fue el más frecuente con un 17% en la tercera molar derecha y 9% en la izquierda; luego el quiste paradental con el 8% del lado izquierdo y 6% en el derecho, el quiste radicular se presentó en el 2% a ambos lados y solo una pieza 4.8 tuvo ameloblastoma; la posición de la tercera molar inferior es mayormente mesioangular con un 38% de la pieza 3.8 y 34% de la pieza 4.8; concluimos que en nuestro estudio realizado no existe relación entre lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de terceros molares inferiores en ortopantomografías tomada en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

(PALABRAS CLAVES) Posición anómala de terceros molares, quistes dentígeros, quistes paradental, quiste radicular, Ameloblastoma.

SUMMARY

The main objective of the present quantitative, relational, observational, cross-sectional and retrospective study was to determine the relationship between cystic lesions and Ameloblastoma with the anomalous position of lower third molars in orthopantomographies taken at the Dental Clinic of the National University of San Luis Gonzaga of Ica. period 2017, where the observation and analysis of 165 dental pieces (lower third molars) in 100 digital orthopantomographies of adult patients between 16 and 32 years attended in the Dental Clinic of the San Luis Gonzaga University of Ica in the period 2017, was carried out. in data collection cards, programs such as ScanoraLite, SPSS Stadistic 21, as a result we obtained that 58% of those affected were male, with the group of 20 to 23 years being the most present with 42%, the dentigerous cyst was the more frequent with 17% in the right third molar and 9% in the left; then the paradental cyst with 8% of the left side and 6% in the right, the root cyst was presented in 2% on both sides and only one part 4.8 had ameloblastoma; the position of the lower third molar is mostly mesioangular with 38% of the piece 3.8 and 34% of the piece 4.8; We conclude that in our study conducted there is no relationship between cystic lesions and Ameloblastoma with the anomalous position of lower third molars in orthopantomographies taken at the Dental Clinic of the National University San Luis Gonzaga de Ica in the period 2017.

KEY WORDS

Abnormal position of third molars, dentigerous cysts, paradental cysts, radicular cyst, Ameloblastoma.

III.- INTRODUCCIÓN

Los terceros molares pueden presentar diferentes posiciones y están clasificados según criterios de cada autor, por lo general suelen estar asociados a diferentes patologías, estudios realizados en este tema refieren por ejemplo que la patología que se presenta con mayor frecuencia es el quiste dentígero, existiendo controversia con otros estudios que reportan que dichos quiste es el segundo en frecuencia después del quiste radicular, a sí mismo reportan zonas radiolucidas compatibles con tumores odontogénico con incidencia relativamente baja, también encontramos evidencia que la posición mesioangular es la que se presenta con mayor frecuencia en las terceras molares en el curso de su erupción, también podemos evidenciar la predilección de estas patologías por el sexo femenino.

Las lesiones quísticas y tumorales odontogénicos como el Ameloblastoma en relación a la posición anómala de terceros molares, no se encuentra estudios que pongan en evidencia tales resultados, en tal sentido nos planteamos la siguiente pregunta científica, ¿Existe relación entre lesiones quísticas y Ameloblastoma con posición anómala de terceros molares inferiores en ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017?

Las patologías que se pueden presentar en el complejo maxilofacial son múltiples, y dentro de ellos los de mayor frecuencia encontramos los quistes y tumores odontogénicos, muchas de estas lesiones pueden o no presentar algún tipo de sintomatología en tal motivo son descubiertos como hallazgos casuales en exámenes de rutina odontológico, es aquí donde los exámenes radiográficos

adquieren relevante importancia y fundamental herramienta ya que nos permitirá realizar un diagnóstico diferencial radiográfico, teniendo en cuenta que la imagen radiográfica presenta solo zonas de radiolucidez y radiopacidad con respecto al hueso y muchos de estos procesos patológicos presentan estas características y puede crear confusión por suerte cada patología, su localización su forma de crecimiento y efectos que tienen en el hueso circundante , son de gran ayuda para el reconocimiento radiográfico de cada patología así tenemos que los quistes son considerados como zonas radiolucidas que se desarrollan a expensas de la pieza dental y que "pueden alcanzar diámetros de 1,5 a 3 cm; así mismo los ameloblastomas son de frecuencia rara pero a la vez el más común de los tumores odontogénicos" [(1)] y se aprecian como zonas radiolucidas que pueden alcanzar grandes diámetros.

La literatura refiere que los quistes y tumores odontogénicos están más asociados a los terceros molares inferiores, órganos dentales que por su cronología de erupción y región anatómica adquieren una variabilidad de posiciones que diferentes autores han clasificado, algunos en relación al espacio, en relación a la segunda molar o en el caso de Winter (clasificación que en este trabajo utilizamos) clasifica en relación a su eje mayor, etc.

En tal sentido esta investigación se realiza en un estudio retrospectivo en ortopantomografías digitales, utilizando variables como lesiones quísticas, donde se tomaron las de mayor prevalencia como el quiste paradental, quiste radicular, quiste dentígero. Así también el tumor odontogénico de mayor frecuencia como es el Ameloblastoma, se consideró la clasificación de Winter para terceras molares por último la edad y el sexo.

Al mismo tiempo es necesario referir las limitaciones de este trabajo de investigación como los resultados encontrados solo permite aseverar resultados analizados del exclusivos del área donde se realizado la investigación también el estudio realizado se dio solo en ortopantomografías digitales lo cual no permite hacer un diagnósticos definitivo. Y por último la falta de publicación de trabajos similares que no nos permiten hacer comparaciones de resultados.

Conocer la relación que existe entre patologías quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de terceras molares, dentro del ámbito odontológico es de relevante importancia porque permite conocer la posición especifica que se relaciona con una patología quística o Ameloblastoma, tener un instrumento fiable de información que aporta a la estadística epidemiológica de estas patología que afectan al complejo bucomaxilofacial, a la vez ayuda a prever estrategias para la realización de su plan de tratamiento.

IV.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, los exámenes complementarios han adquirido relevante importancia, por la información que se pueden adquirir de estos.

Es el caso de la ortopantomografía que ha demostrado ser de gran utilidad en los últimos años en la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, no solo para realizar un correcto plan de tratamiento, si no también es de gran utilidad por los hallazgos casuales que en estas se pueden observar.

Diferentes estudios han demostrado que la mandíbula es la región anatómica donde mayormente se presentan patologías y que un número considerable de están asociadas a posición anómala de terceras molares inferiores.

4.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

GENERAL

¿Existe relación entre lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de los terceros molares inferiores en ortopantomografía de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica - Periodo 2017?

ESPECIFICOS

1. ¿Existe relación entre lesiones quísticas y la posición vertical del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017?

2. ¿Existe relación entre lesiones quísticas y la posición mesioangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017?

3. ¿Existe relación entre lesiones quísticas y la posición distoangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga de Ica” en el periodo 2017?

4. ¿Existe relación entre lesiones quísticas y la posición horizontal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga de Ica” de la en el periodo 2017?

5. ¿Existe relación entre lesiones quísticas y la posición invertida del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017?

6. ¿Existe relación entre lesiones quísticas y la posición transversal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017?

7. ¿Existe relación entre el Ameloblastoma y la mal posición del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017?

4.3.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tuvo por finalidad estudiar las lesiones quísticas y tumorales en relación a la posición anómala de terceros molares inferiores en ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, justificándose en que las terceras molares inferiores en su gran mayoría presentan posición anómala y a su vez puede generar lesiones quísticas y tumorales, casos que se han observado en pacientes que acudieron al área de tomografía de la clínica odontológica, por lo cual es de vital importancia que los alumnos tengan conocimiento de dichas relaciones.

4.4.- LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- El área donde se desarrolló la investigación solo permitió aseverar resultados exclusivos de ortopantomografías tomadas en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga en el periodo 2017.

- La investigación solo se realizó con ortopantomografías que presentaron las terceras molares inferiores.

- La escasa publicación de trabajos de investigación a nivel nacional, similar a la que se realizó, no nos permitió hacer la comparación de resultados.

4.5.- OBJETIVOS

4.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de terceros molares inferiores en ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

4.5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la relación entre lesiones quísticas y la posición vertical del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

2. Identificar la relación entre lesiones quísticas y la posición mesioangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

3. Identificar la relación entre lesiones quísticas y la posición distoangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

4. Identificar la relación entre lesiones quísticas y la posición horizontal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

5. Identificar la relación entre lesiones quísticas y la posición invertida del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

6. Identificar la relación entre lesiones quísticas y la posición transversal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

7. Identificar la relación entre el Ameloblastoma y la mal posición del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

V.- MARCO TEORICO

5.1.- ANTECEDENTES DE ESTUDIOS

A.- INTERNACIONALES

ESTRADA, 2009. Se realizó una investigación retrospectiva y descriptiva de 18 pacientes hospitalizados que recibieron tratamiento quirúrgico por presentar lesiones quísticas asociadas a un tercer molar retenido, con el objetivo de evaluar dichas lesiones durante el período 1985-1994. De los 18 pacientes 13 eran masculinos, la edad media fue de 33,7 años, 12 pacientes (66,7 %) fueron diagnosticados por exámenes radiológicos. La longitud media de la lesión fue de 39,8 mm, 3 pacientes presentaron signos clínicos de infección al ingreso. La longitud media de la lesión fue de 39,8 mm. Todos los quistes fueron tratados quirúrgicamente con una proporción de infección del 11,1 %. [(2)]

BIDESE, 2009. En este estudio pretendieron establecer la prevalencia de áreas radiolúcidas bien delimitadas de más de 2,5 mm. (quistes dentales), localizadas en la cara distal de terceros molares inferiores y su relación con otros parámetros (edad, sexo, estado eruptivo). Estudian un total de 1012 sujetos, de los que 468 presentaban áreas de más de 2,5 mm. (grupo pacientes). A dichos pacientes se les hicieron un total de 1480 radiografías de los 1012 sujetos estudiados, 639 eran mujeres y 373 hombres con una edad media de 29,2 años. De los 1012 sujetos incluidos en el estudio,

121 (12%) presentaban lesiones con áreas de más de 2,5 mm. De las 1480 radiografías, 134 mostraron áreas de más de 2,5 mm. En cuanto a la presencia de lesiones según el estado eruptivo, el 18,8% de los molares semierupcionados presentaban lesiones, el 2,1% de los no erupcionados y el 0,8% de los molares erupcionados. Según este estudio, la frecuencia de áreas radiolúcidas de más de 2,5 mm., es del 12%. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos sin lesiones y el grupo de pacientes con lesiones en cuanto a la edad o al sexo. Un 18,8% de los casos con lesiones se correspondían con terceros molares parcialmente erupcionado. [3]

MATEOS, HERNÁNDEZ; 2010. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de inclusión dental y patología asociada de la población que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California. Realizaron un estudio retrospectivo del año 2003 donde se evaluaron unas series radiográficas de los 3,449 pacientes ingresados durante este año en la Clínica de la Facultad de Odontología. Los pacientes mayores de 17 años de edad fueron 2,865 (promedio de edad de 30.76). Los pacientes que presentaron una inclusión dental o más fueron 767 (26.77%). Encontraron un total de 1,411 dientes incluidos, los cuales fueron analizados y se registró su posición y localización. Los dientes incluidos encontrados con mayor frecuencia fueron los terceros molares

mandibulares (79.29%), seguidos por los terceros molares maxilares (19.71%) y los caninos maxilares (0.57%). Los segundos molares adyacentes a dientes incluidos que presentaron pérdida ósea mayor a 5 mm en la superficie distal fueron del 6.02%. Además se encontró que el agrandamiento del espacio correspondiente del folículo pericoronario existe relativamente pocos casos (4.82%). [4]

ALBUREZ, 2011. El presente estudio tuvo por objeto determinar cuáles eran las complicaciones más frecuentes, que se asocian a terceras molares superiores e inferiores en retención y malposición, radiográficamente, en pacientes mayores de 25 años, que asistieron a la Clínica de la Unidad de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el período comprendido de marzo a mayo del año 2010, en una población de 200 radiografías, evaluaron los siguientes parámetros: radiolucidez patológica asociada a terceras molares retenidas. Los resultados que obtuvieron fue que de los sexos estudiados, el 84% correspondió a pacientes del sexo femenino y un 16% al sexo masculino. Con respecto a la evaluación radiológica, se pudo determinar que la complicación más frecuente que produce la tercera molar, tanto superior como inferior fue la presencia de patología periodontal ocasionada por dicha pieza presentando los siguientes porcentajes: pieza No. 1: 40%, pieza No.16: un 75%, pieza No. 17: con un 37% y en un 90% de los casos

a la pieza No. 32, de lo que se interpreta que la pieza No. 32 es la pieza que mayormente causa patología periodontales ocasionada por su retención. [5]

MONGE, 2012. Determinaron las complicaciones causadas por la malposicion de las terceras molares en proceso de erupción en pacientes de 18 a 25 años de edad. Se determinó el número de terceras molares retenidas en cada paciente, la frecuencia de estas con sus diferentes posiciones anatómicas, además se enumeraron y se clasificaron las complicaciones encontradas; la muestra fue de 137 pacientes, los resultados que se obtuvieron fueron que la mayoría de pacientes presentaron las cuatro terceras molares retenidas; la posición más frecuente fue la mesioangulada, ya que del 100% de pacientes, el 54% presentó dicha posición; las complicaciones se clasificaron en Infecciosas (pericoronaritis y caries), Mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular) y Tumorales (quistes); presentando las infecciosas el mayor porcentaje que fue de 46%, en las Mecánicas fue de 25%, y Tumorales no se encontraron; además se encontró que el sexo masculino es el que presenta mayores porcentajes en las complicaciones, aunque la frecuencia de pacientes atendidos fue mayor la del sexo femenino. [6]

ARDILES, 2013. El presente trabajo tuvo como objetivo comprobar que cantidad de sacos pericoronarios de terceros molares

inferiores retenidos asintomáticos tienen potencialidad patológica. Realizaron un estudio prospectivo en 80 pacientes de la Facultad de Odontología de Córdoba-Argentina. La pericoronaritis se dio en 17 casos, quiste dentígero en 4 casos, displasia epitelial en 2 casos, hiperplasia en 6 casos, y ameloblastoma en 3 casos. (7)

LECO, FERNÁNDEZ, BARONA, MARTÍNEZ, ARTIGAS, 2014. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar si las imágenes radiotransparentes encontradas a nivel de los terceros molares, corresponden a folículos dentales o a quistes dentígeros, para ello realizaron una revisión sistemática de los artículos publicados en las bases de datos Pubmed / Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews y Embase hasta el 1 de marzo de 2013 incluido, Los criterios de inclusión de los artículos se establecieron según el formato PICO. Concluyeron que se ha observado que la presencia de una imagen radiotransparente a nivel de los terceros molares, no siempre es excluyente a la hora de establecer un diagnóstico final. Por ello, es necesario considerar siempre la anatomía patológica, que nos proporcionará o corroborará el diagnóstico. (8)

BUENO, 2015. Exponen el caso de una paciente con un quiste dentígero asociado a un tercer molar retenido, que acude al servicio de Cirugía Máxilofacial, del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech” en Camagüey. Las radiografías evidencian la

presencia de un proceso radiolúcido extenso con cortical radiopaca definida, compatible con un quiste dentígero. En el caso presentado el diagnostico se basó en el estudio radiográfico que informo de la presencia de una zona radiolúcida relacionada con la corona del diente de un tercer molar inferior derecho. La conducta a seguir constituye la enucleación del quiste y avulsión de los dientes involucrados en el proceso y la evolución de la paciente. (9)

SOTOMAYOR, 2016. En el presente trabajo de investigación tuvieron como objetivo analizar el quiste odontogénico folicular en los terceros molares retenidos, realizaron un estudio descriptivo y documental de diseño no experimental; concluyendo que los quistes dentígeros son los quistes odontogénicos de desarrollo más frecuentes, que afectan principalmente a los terceros molares. (10)

CANTO, 2016. Concluyó que el quiste dentígero es el segundo en frecuencia de aparición después del quiste radicular y casi siempre está asociado con la corona de un diente permanente normal, retenido y no erupcionado. Se presenta más comúnmente en pacientes del sexo masculino, en la segunda y la tercera décadas de la vida y en un 70-75% en el maxilar inferior; aparece, según el orden de frecuencia, asociado a los terceros molares inferiores, sus síntomas son escasos y rara vez alcanzan grandes proporciones, en la mayoría de los casos es detectado como un hallazgo radiográfico. A veces se observa una radiolucidez pericoronaria

incipiente que confunde entre un quiste dentígero pequeño y un folículo o espacio folicular dental ligeramente dilatado. Estos quistes, inicialmente, se presentan como una radiolucencia unilocular pericoronaria, con un ancho que excede los 2.5mm. (11)

LIRA, 2017. En el presente trabajo realizaron un estudio no experimental, descriptivo, transversal realizado en el Hospital Roberto Calderón Gutiérrez en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, en un periodo de 2 años de Enero del 2015 a Noviembre del 2016 en cual se pretendió evaluar el comportamiento de los quistes odontogénicos asociados a terceros molares retenidos, donde realizaron una muestra de 24 pacientes los cuales cumplían con los criterios de inclusión, encontrándose que estas patologías afectaron mayormente al sexo femenino (75%) en nuestra población, siendo la segunda y la cuarta década de vida más afectada. El quiste dentígero fue el diagnóstico mayormente encontrado, la mayor población procedió del área urbana, y el diente que mayormente se relacionó a estas patología fue la tercera molar inferior derecha. (12)

B.- NACIONALES

PONCE, 2016. Tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de hallazgos radiográficos panorámicos de los pacientes de la clínica docente UPC durante el periodo Febrero 2011 – Abril 2014. Realizaron un estudio descriptivo, observacional, transversal y

retrospectivo, examinaron 3065 radiografías panorámicas, estos incluían anomalías dentales, lesiones quísticas y tumorales. Se obtuvieron los valores de 193 imágenes radiográfica compatibles con lesiones quísticas (6.30%) y 18 casos fueron compatibles con lesiones tumorales (0.59%). Dentro de las anomalías dentales, el diente impactado fue el diente más prevalente con 389 casos y un 12.69%. De las lesiones quísticas, la imagen compatible con el quiste radicular fue la más frecuente con 104 casos equivalente a un 3.39%. Dentro de las lesiones tumorales, la imagen compatible con el odontoma complejo tuvo mayor prevalencia con 10 casos y un 0.33%. Concluyeron que existen diversos hallazgos en la cavidad oral, es importante su diagnóstico, pues estas lesiones pueden comprometer el crecimiento y desarrollo de los maxilares, además de alterar la dentición y función de ellos; estos pueden llegar a constituir un problema de salud en los pacientes. [13]

C.- LOCALES

No se encontró ningún estudio semejante a nivel local, pero si existieran estudios similares al Proyecto planteado, no se tiene acceso por la falta de publicación, lo que hace difícil su obtención para comparación de resultados de la investigación.

5.2.- BASES TEORICAS

5.2.1. LESIONES QUISTICAS Y TUMORALES

5.2.1.1. DEFINICIÓN DE QUISTE

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio organizado (14) en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior pueden recidivar, son asintomáticos y se descubren en estudios radiográficos de rutina (15) . Los de origen embrionario derivan de los restos de Malassez que son restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz, el epitelio del órgano del esmalte que es un epitelio residual que rodea la corona del diente después de completarse la formación del esmalte y de restos de la lámina dental que son islotes y tiras de epitelio que se originan en el epitelio bucal y permanecen en los tejidos después de inducir el desarrollo del diente. (16)

La existencia de un quiste folicular puede provocar también alteraciones de la erupción de dientes vecinos al producir movimientos de rotación o versión.

Los quistes dentales pueden relacionarse con la posición del cordal:

Cuando el saco pericoronario del tercer molar está por debajo del cuello anatómico del segundo molar pueden aparecer trastornos reflejos y patología referida a la ATM.

Si el saco pericoronario del tercer molar está en contacto con la corona del segundo molar, produce principalmente problemas infecciosos.

Cuando el tercer molar está erupcionado pero está cubierto en mayor o menor grado por el capuchón de encía, aparecen fundamentalmente problemas del tipo de pericoronaritis.

Si el tercer molar está bien erupcionado pero con lesión del rodete gingival, existirá patología en el fondo de saco retromolar.

Los cordales heterotópicos pueden localizarse en la apófisis coronoides, en el reborde basilar o a nivel del cóndilo mandibular, etc. y los accidentes que pueden provocar pueden ser muy variados. [17]

Aunque en ocasiones los cordales incluidos pueden permanecer asintomáticos toda la vida, lo más frecuente es que estos dientes participen en distintos procesos patológicos como proceso local de escasa importancia hasta la aparición de una lesión neoplásica en los tejidos foliculares circundantes (carcinoma intraóseo). Estos accidentes en relación con el cordal suelen aparecer preferentemente entre los 17 y 28 años, aunque pueden verse a todas las edades (desde los 15 a 90 años. [17]

5.2.1.2. COMPLICACIONES QUISTICAS ODONTOGENICAS.

1.- Quistes paradentales

Pueden aparecer granulomas marginales en las zonas anterior o posterior que son considerados por algunos autores como quistes laterocoronarios, quistes inflamatorios colaterales o paradentales. (17)

Se trata de procesos osteolíticos que producen imágenes radiotransparentes, como se creía hasta hace pocos años, a expensas de la vacuolización o proliferación epitelial de los restos celulares del saco pericoronario. Actualmente se acepta que el origen de estos quistes paradentales es el ligamento periodontal (restos epiteliales de Malassez) del tercer molar. En la radiografía veremos una rarefacción ósea bien delimitada que cubre el borde anterior de la rama ascendente, dando el aspecto de “croissant” alrededor de la cara distal del cordal. Esta imagen radiotransparente puede estar situada en la cara mesial del tercer molar, cuando está en mesioversión. (17)

Etiolopatogenia

La etiología de estos quistes es aún debatida, la inflamación gingival crónica, está presente siempre durante la erupción dentaria, la que podría ser un estímulo importante para la proliferación del epitelio crevicular y odontogénicos, la OMS lo incluye dentro de los quistes odontogénicos inflamatorios y

lo define como Quiste inflamatorio que surge en la cara bucal o distal de un diente vital, como resultado de un proceso inflamatorio en la bolsa periodontal. [18]

Radiograficamente

La manifestación radiográfica es variable, usualmente se presenta como una lesión radiolúcida bien definida, localizada distalmente al tercer molar inferior parcialmente erupcionado. La radiolucidez depende de varios factores tales como el tamaño de la lesión, la región en que aparece

2.- Quistes radiculares

Definición

Es una lesión osteolítica de los maxilares que se origina a partir de un foco inflamatorio procedente del foramen apical de la raíz o delas raíces del diente no vital, El estímulo de los restos epiteliales periapicales puede acarrear la aparición de un quiste que rodea la raíz dentaria [19]

Existen tres teorías sobre el desarrollo y crecimiento de los quistes radiculares: Teoría de la cavitación intraepitelial, teoría de la formación de microabscesos y la teoría de la colonización epitelial. [20]

Radiográficamente

En la radiografía se observa una zona de rarefacción ósea más o menos circunscrita de contorno nítido, fondo radiotransparente y generalmente ovalada que envuelve el ápice.

Para intentar diferenciarlo de un granuloma, se siguen los siguientes criterios epidemiológicos: el quiste tiene los bordes bien delimitados, por lo general las dimensiones son mayores de 10 – 20 mm, el quiste puede abarcar más de un ápice y suele estar rodeada de una zona lineal radiopaca.

3.- Quistes foliculares o dentígeros

El tercer molar inferior es el diente que participa con mayor frecuencia en la formación de quistes foliculares. Cuando el cordal está completamente incluido, pueden aparecer quistes a expensas del folículo dentario; veremos en este caso una imagen quística unilocular que rodea a la corona del diente incluido; se debe a la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte [21]. Estos quistes pueden alcanzar dimensiones considerables, llegar al ángulo y a la rama ascendente mandibular, e intruir o distalizar el cordal. [17] La prevalencia de quistes foliculares en dientes incluidos varía entre el 0,81% (Stanley y cols.), el 4,5% (Nordenram y cols.), hasta el 10 o 20% de imágenes radiolúcidas compatibles con

este diagnóstico. En cualquier caso es imprescindible el estudio histopatológico para establecer el diagnóstico de certeza. [17]

Radiograficamente

La mayoría de autores consideran que un folículo dentario de 2-3 mm de grosor con bordes bien definidos en la radiografía periapical o de 5 mm en la ortopantomografía, nos debe orientar al diagnóstico de quiste dentígero. [17]

Santana refiere que hay autores que plantean que es difícil diferenciar entre un saco pericoronario dilatado y un quiste dentígero, y proponen que si en el examen radiográfico el espacio pericoronario es menor que 2,5 mm, se trata de un saco normal, y que por encima de esta cifra, es un quiste dentígero. Este, según Santana, es un enfoque simplista del problema, ya que estas imágenes radiográficas se corresponden muchas veces con formaciones microscópicas de un quiste dentígero, por lo que al diagnosticar no se puede perder la perspectiva de que estos sacos dilatados pueden ser quistes dentígenos y se debe tener presente la posibilidad de derivación hacia la formación de neoplasias odontogénicas. [22]

La existencia de un quiste dentígero o folicular puede representar un obstáculo a la erupción del diente permanente afecto. Estos quistes son relativamente

frecuentes representan aproximadamente el 20% de todos los quistes que afectan a los maxilares; originados a partir del folículo dental, engloban la corona dentaria y se insertan en su cuello. Las raíces del diente están fuera del saco quístico. En cuanto a la incidencia presenta predicción por la mandíbula, región de terceros molares y rama ascendente de mayor localización en las primeras décadas de vida en hombres discretamente mayor que en mujeres. [17] [14]

ESTUDIO RADIOLÓGICO

Radiográficamente los quistes se presentan como imágenes radiolucidas bien circunscritas que rodean a la corona del diente principalmente en terceros molares generalmente es unilocular. [14] [21]

Es imprescindible realizar siempre un estudio radiológico preciso que muestre todo el tercer molar incluido y las estructuras que le rodean.

Para ello, debe efectuarse una ortopantomografía, que nos dará una visión general, y las radiografías periapicales estándar que sean precisas para valorar los detalles locales.

5.2.1.3. AMELOBLASTOMA

El tercer molar puede estar implicado en la aparición de ameloblastomas y tumores malignos, en la mayoría de los casos a expensas de quistes foliculares y queratoquistes. (17)

Definición.

Es un tumor o neoplasia verdadera benigna central que se origina de los tejidos del órgano del esmalte. (17)

Etiopatogénia.

El ameloblastoma está formado por células odontogénicas que surgen a partir de remanentes epiteliales del órgano del esmalte, la lámina dental o restos epiteliales de Malassez (vaina de Hertwig); del epitelio de revestimiento de los quistes dentígeros u odontomas; de la capa basal del epitelio ductal y del epitelio heterotrópico de la glándula pituitaria (hipófisis). Se ha observa además que su origen ha estado íntimamente asociado a traumas; ya que con frecuencia aparecen posteriores a extracciones dentales y exéresis de tumores o quistes.

Los ameloblastomas pueden recidivar después de una exéresis incorrecta de los quistes foliculares y pericoronarios del tercer molar y los quistes primordiales, esto implica que, siempre que efectuemos la extracción de un cordal y obtengamos un tejido sospechoso, debamos remitirlo al anatomopatólogo para su estudio histológico. El ameloblastoma suele dar una imagen

radiotransparente uni o multilocular. [17] La multiloculacion caracteriza a las lesiones de mayor tamaño a da al a radiografía un aspecto de “burbujas de jabón” [21]

Radiográficamente

Se muestra imagen radiolúcida de límites precisos o irregulares, que semeja a pompas de jabón o panal de abejas, con mayor frecuencia multilocular, pero puede presentarse unilocular, parecidas a imágenes quisticas en estadios avanzados. La imagen puede verse asociada al quiste dentígero. [23]

5.2.2. TERCER MOLAR

Los terceros molares son los últimos órganos dentales en completar su erupción en la cavidad bucal de 17 a 21 años [24]. En la población caucásica se da entre 18 y 25 años. Sin embargo la edad media de erupción en el hombre es de 19.5 años, mujeres de 20.4 años [17]

El molar mandibular varía considerablemente en cada individuo y presenta muchas anomalías tanto de forma como posición [25].

5.2.2.1. CLASIFICACIÓN DE POSICIÓN DE TERCEROS MOLARES SEGÚN WINTER

El término “posición” señala la actitud o postura de un diente respecto a su eje mayor. Tiene, pues, un significado de alineamiento o inclinación. [26]

Winter propuso una clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

– **Mesioangular**. El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia mesial, formando un ángulo de apertura inferior. (27)

– **Horizontal**. El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar. (27)

– **Vertical**. En ella el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar con una dirección normal en la arcada dentaria. (27)

– **Distoangular**. Con el ángulo abierto hacia atrás y su corona apunta en grado variable hacia la rama ascendente. (27)

– **Invertido**. Eje oblicuo hacia abajo y adelante. (27)

Para autores como Liedholm y cols., y Krutsson y cols. Los cordales en posición mesioangular tienen de 22 a 34 veces más posibilidades de provocar patología que un tercer molar erupcionado o en inclusión intraósea completa. La posición distoangular tiene un riesgo de 5 a 12 veces mayor de dar patología.

Es también interesante conocer la relación del cordal con las corticales externas e interna del hueso mandibular, ya que dicho diente puede estar en vestibuloversión o en linguoversión.

Asimismo es importante determinar si la inclusión es intraósea (parcial o completa) o submucosa. [17] [28] [29]

La erupción dentaria comprende una serie de fenómenos Mediante los cuales el diente en formación dentro del maxilar y aún incompleto migra hasta ponerse en contacto con el medio bucal, ocupando su lugar en la arcada dentaria. [24]

La erupción no es la aparición del diente en la luz de la cavidad bucal, sino que dicho proceso involucra una serie de movimientos complejos, cambios histológicos información de nuevas estructuras. [24]

Aunque de la misma existen varias teorías que tratan de explicar la erupción dentaria, el mecanismo exacto se desconoce aún. Se han propuesto cuatro mecanismos como posibles responsables directos de la erupción de la pieza dentaria como la formación o crecimiento de la raíz, crecimiento de hueso alveolar, presión vascular hidrostática del conectivo periodontal y tracción del componente colágeno del ligamento periodontal. [24]

Una teoría apunta que la erupción depende del folículo dentario y que es independiente del crecimiento radicular e incluso del diente en sí mismo. Así, la parte coronal del folículo dentario puede coordinar la reabsorción del hueso alveolar, necesario para la erupción dentaria, atrayendo y dirigiendo hacia la pared de la cripta una población de células mononucleares que se convierten en osteoclastos o bien dirigen la actividad osteoclástica durante la

erupción dentaria. Asimismo, el folículo dentario es un elemento necesario para la formación de hueso en la base de la cripta ósea. Moxham y Berkowitz, por su parte, han defendido el papel del ligamento alveolo dentario en la fase eruptiva prefuncional. [17]

La erupción dentaria sigue una secuencia determinada y en unos intervalos concretos de tiempo. Si existe un retraso mayor de seis meses, debe investigarse si existe una agenesia o si el diente está incluido. [17]

5.2.2.2. GENERALIDADES DE MALPOSICION DEL TERCER MOLAR.

El tercer molar es el órgano dental que presenta mayor complejidad, que en ocasiones las alteraciones en su morfología hacen que no se parezca ningún diente vecino [25]. Su posición hace que comprometa a las estructuras anatómicas vecinas.

El molar mandibular varía considerablemente en cada individuo y presenta muchas anomalías tanto de forma como posición, sin embargo su diseño sigue el patrón de todos los molares mandibulares quedando más cerca a del segundo molar, en cuanto al número de cúspides en la cara oclusal varía en cada individuo, es así que puede presentar de 5 a más cúspides [25]

5.2.2.3. CONDICIONES QUE INFLUYEN EN UNA POSICIÓN ANÓMALA DEL TERCER MOLAR

A. CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS

La calcificación de este diente comienza a los 8-10 años, esmalte termina de completarse 12 a 16 años, la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 18 a 25 años pero su corona no termina la calcificación hasta los 15-16 años; de edad, y va a realizarse en un espacio muy limitado. El hueso, en su crecimiento, tiene tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar. (17) (25)

El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria. Esta región del ángulo mandibular va a modificarse durante la formación del molar, por alargamiento óseo de la misma hacia atrás, arrastrando con él las partes del diente que aún no se han calcificado. Este fenómeno acentúa su oblicuidad primitiva y le obliga, para alcanzar su lugar normal en la arcada por detrás del segundo molar, a efectuar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y hacia arriba (curva de enderezamiento de Capdepont). La evolución de este diente se efectúa en un espacio muy limitado, entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente, de una parte, y entre las dos corticales óseas, de las cuales la externa es espesa y

muy compacta, por lo que se desvía más bien hacia la cortical interna, con lo que termina implantándose hacia lingual, si es que lo logra. [17]

El enderezamiento del diente termina, por lo general, a los 18 años; sin embargo, estos obstáculos suelen ser origen de impactaciones y anomalías de posición en la arcada dentaria. Así, la corona del cordal debe normalmente reflejarse en la cara distal del segundo molar, enderezarse y seguir su erupción hasta llegar al plano oclusal. Este proceso es poco predecible y son posibles las evoluciones de todo tipo. García y Chauncey comprobaron que el 10% de los cordales de los pacientes de su estudio aparecieron en la arcada dentaria después de 10 años de seguimiento. Para Hattab el cordal pierde capacidad de erupción a partir de 25-30º de inclinación respecto al eje vertical, presentando buen pronóstico mientras la inclinación no sobrepase los 5-10º. Sewerin y Von Wowern demostraron que los cordales suelen cambiar su posición entre 18 y 25 años. [17]

B. CONDICIONES ANATÓMICAS

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así, debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que produce la inclusión del cordal inferior. El espacio retromolar ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular a lo largo de

la evolución filogenética, mientras que las dimensiones dentarias permanecen sensiblemente iguales que en los orígenes. Así, en la mandíbula del hombre neolítico, existía un espacio importante entre la cara posterior del tercer molar y el borde anterior de la rama ascendente. Este espacio, actualmente, ha desaparecido completamente y por ello el cordal no tiene espacio suficiente para erupcionar y queda parcialmente enclavado en la rama ascendente y se ve obligado a desarrollarse en situación ectópica, generalmente en la cara interna de esta rama ascendente mandibular. (17)

La falta de espacio como factor etiológico de la inclusión de los terceros molares inferiores es incontestable; la distancia punto Xi-segundo molar es mayor en individuos con dentición completa que en aquellos que tienen el cordal incluido. (17)

Graber considera que la dirección y la cantidad de crecimiento mandibular son determinantes de primer orden en la impactación o erupción del tercer molar. La inclusión de los cordales parece ser más frecuente en pacientes con crecimiento condilar en dirección vertical, con poco crecimiento alveolar, rama ascendente mandibular larga, longitud mandibular corta y una mayor inclinación mesial. (17)

Las referencias anatómicas empeoran aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo. Estas son: (17)

- Delante. El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.
- Debajo. El tercer molar está en una relación más o menos estrecha con el paquete vásculo-nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas.
- Arriba. La mucosa, laxa y extensible, no se retrae con el cordal, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo de saco donde los microorganismos pueden multiplicarse y provocar una infección. (17)

5.2.2.4. ETIOPATOGENIA DE LA POSICIÓN ANÓMALA DEL TERCER MOLAR

La etiopatogenia de las anomalías de la erupción dentaria no se conoce completamente. El hecho de esta peculiar anormalidad en la erupción de los dientes debe buscarse en su causa primera en el mismo origen de la especie humana en el eslabón en que el hombre como tal inicia su línea evolutiva, desde Homo habilis a Homo erectus, Homo sapiens y el hombre actual u Homo sapiens sapiens, por lo que ello comportó. (17)

Los antropólogos afirman que la cerebración del ser humano, constantemente en aumento, excepto en casos significativos, agranda su caja craneana a expensas de los maxilares. La línea prehipofisaria que se inclinaba hacia delante

desde la frente en recesión hasta la mandíbula en protrusión en las formas prehumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido el número dedientes. (17)

Hooton afirmó que las diferentes partes que forman el aparato estomatognático han disminuido en proporción inversa a su dureza y plasticidad, es decir, lo que más ha empequeñecido son los músculos, porque ha disminuido la función masticatoria, seguidamente los huesos y por último los dientes. Una dieta más blanda y refinada que requiere menos trabajo de masticación, favorece esta tendencia, lo que hace innecesario poseer un aparato estomatognático poderoso. Funcionalmente el hombre primitivo presentaba una oclusión borde a borde y una abrasión oclusal e interproximal durante toda su vida, debido a la masticación de alimentos duros poco elaborados lo que favorecía el equilibrio contenido-continente al compensar la reducción de tamaño de los maxilares. (17)

Herpin también expuso su teoría sobre la evolución del aparato estomatognático humano en base a la regresión de los diferentes elementos que lo componen, que son los músculos (factores activos), los dientes (factores de ejecución) y los huesos (órganos de transmisión). Los músculos primitivamente muy potentes han bajado su inserción como el músculo temporal, y los maxilares primitivamente prognáticos y de gran tamaño se han convertido en ortognatos y han reducido su tamaño. Así quedan manifiestamente pequeños para la suma de diámetros mesio-

distales de los dientes actuales. Estos también se han visto reducidos en número (agenesias) y en sus dimensiones (como los premolares que en el prehomínido Australopitécido de hace un millón de años eran tricuspídeos) pero a pesar de estas reducciones siguen siendo excesivos. Así pues la evolución filogenética ha inducido una importante discrepancia óseo-dentaria en los maxilares de la especie humana. [17]

5.3.- SISTEMA DE HIPOTESIS

GENERAL

H1: Existe relación entre las lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de terceras molares inferiores en ortopantomografías - Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – periodo 2017.

H0: No Existe relación entre las lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de terceras molares inferiores en ortopantomografías - Clínica Odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – periodo 2017.

ESPECÍFICAS

H1: Existe relación entre lesiones quísticas y la posición vertical del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H0: No existe relación entre lesiones quísticas y la posición vertical del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H1: Existe relación entre lesiones quísticas y la posición mesioangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H0: No existe relación entre lesiones quísticas y la posición mesioangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H1: Existe relación entre lesiones quísticas y la posición distoangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H0: No existe relación entre lesiones quísticas y la posición distoangular del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H1: Existe relación entre lesiones quísticas y la posición horizontal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H0: No existe relación entre lesiones quísticas y la posición horizontal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H1: Existe relación entre lesiones quísticas y la posición invertida del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H0: No existe relación entre lesiones quísticas y la posición invertida del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H1: Existe relación entre lesiones quísticas y la posición transversal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H0: No existe relación entre lesiones quísticas y la posición transversal del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H1: Existe relación entre el Ameloblastoma y la mal posición del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

H0: No existe relación entre el Ameloblastoma y la mal posición del tercer molar inferior en las ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

VI.- SISTEMA DE VARIABLES

5.1.- VARIABLES

- Posición anómala de la 3ra molar inferior según Winter
- Lesiones quísticas
- Ameloblastoma
- Edad
- Sexo

6.2.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR
LESIONES QUISTICAS	Imágenes radiolúcidas bien circunscritas mayor a 2.5 mm.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Quiste paradental Quiste radicular Quiste dentígero
AMELOBLASTOMA	Imagen radiolúcida de límites precisos o irregulares, que se asemejan a pompas de jabón o panal de abeja, unilocular o multilocular.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Ameloblastoma
POSICIÓN DE LA 3RA MOLAR SEGÚN WINTER	Esta clasificación valora la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Vertical Horizontal Invertido Angulado
EDAD	Tiempo de años de vida.	Distributiva	Cuantitativa	Discreta	16 – 21 años. 22 – 27 años. 28 – 33 años. 24 – 40 años.
SEXO	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer.	Distributiva	Cualitativa	Nominal	Hombre ( ) Mujer ( )

VII.- METODOLOGIA

7.1.- NIVEL, TIPO, Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- **NIVEL:** Relacional
- **TIPO:** Observacional, transversal retrospectivo.
- **DISEÑO DE INVESTIGACION:** Cuantitativo, epidemiológico, no experimental

7.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

- **UNIVERSO**

  El universo de referencia estuvo constituida por todas las ortopantomografías digitales que presentaron algún tipo de patología que investigamos a nivel del tercer molar inferior y que fueron tomadas en la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica durante el periodo 2017.

- **UNIDAD DE MUESTRA**

  La unidad de muestra estuvo constituida por ortopantomografías digitales.

  Criterios De Inclusión

  - Radiografías panorámicas digitales tomadas en el área de Tomografía de la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica.
  - Radiografías de pacientes con edades entre 16 y 40 años.
  - Radiografías que presentaron lesiones quísticas o Ameloblastoma en zona de terceros molares
  - Radiografías que presentaron por lo menos una Tercer Molar inferior en posición anómala
  - Radiografías que mostraron nitidez de la zona a estudiar.

Criterios De Exclusión

- Imágenes radiográficas que no permitieron la identificación clara de la zona a ser estudiada.
- Radiografías de pacientes cuya edad no se encontraban dentro del rango de 16 a 40 años.

- **TIPO DE MUESTRA**

La muestra fue de tipo no probabilística.

- **TAMAÑO DE MUESTRA**

El tamaño de muestra estuvo constituida por 100 ortopantomografías digitales de pacientes adultos entre 16 a 32 años, atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2017.

7.3.- MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilística, muestreo intencional o de conveniencia.

7.4.- RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (CONFIABILIDAD Y VALIDEZ)**

  Se elaboró un instrumentó (Fichas de observación de las ortopantomografías digitales (Anexos 1 y 2)) diseñado a criterio nuestro en el cual registramos el informe de las radiografías panorámicas digitales con respecto a las lesiones quísticas y Ameloblastoma y posición anómala de terceros molares inferiores previamente validado por nuestro asesor.

- **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS (PRUEBAS ESTADISTICAS)**

  Por tener 27 casillas o celdas con valores menores que 5 la prueba estadística Chi cuadrado (x^2) no puede aplicarse, recurrimos en este caso a la Correlación de Pearson.

  Los datos fueron procesados con la asesoría de un especialista en estadísticas, y de ese modo se logró un correcto análisis e interpretación de los datos recolectados.

- **PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCION DE DATOS**

1. Enviamos un documento dirigido al director de la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, solicitando el permiso respectivo para poder tener acceso a las

ortopantomografías digitales tomadas en el periodo 2017 en el área de tomografía. Ver anexo (3)

2. Realizamos el pago correspondiente por el derecho de investigación a la Clínica Odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, para obtener el acceso a las ortopantomografías digitales tomadas en el periodo 2017 en el área de tomografía. ver anexo (4 y 5)

3. Recogimos las muestras de estudio, con el apoyo del docente encargado del área de tomografía de la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, seleccionando las ortopantomografías digitales de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión en nuestro trabajo de investigación. Ver anexo (6)

4. Analizamos las muestras de investigación mediante la observación, con previa estandarización y calibración de criterios de diagnóstico radiográfico, en un lapso de dos días, para una mejor concordancia con el análisis; nos apoyamos con dos ordenadores portátiles (laptops), donde se almacenaron las ortopantomografías digitales para una mejor observación, todo ello se realizó bajo supervisión de nuestro asesor.

5. Realizamos el estudio, análisis y diagnóstico imageneológico de 20 ortopantomografías por día, 10 por cada investigador, tomándonos un lapso de 10 minutos por cada análisis y 5 minutos de descanso, siendo un total de 2 horas y media de trabajo al día.

6. Consideramos como lesión quística a toda imagen radiolúcida bien circunscrita de tamaño mayor a 2.5mm, corticalizados; al ameloblastoma como las imágenes radiolúcidas, radiotransparentes, delimitada, que presenten un aspecto multilocular (aspecto de panal de abejas); y a las malposiciones de terceros molares inferiores según el criterio de clasificación de Winter. Ver anexo (7 y 8)

7. Registramos los datos obtenidos en la ficha de observación y la tabla de recolección de datos general, donde se tomó en cuenta la patología quística o tumoral, la malposición del tercer molar inferior, edad y sexo. Ver anexo (9 y 10)

8. Procesamos la información obtenida mediante el programa estadístico SPSS Stadistic 21 para obtención de cuadros y tablas de análisis, con colaboración de un especialista en el área.

9. Realizamos el Análisis de los datos obtenidos para brindar las conclusiones y recomendaciones.

VIII.- RESULTADOS

1.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES.- En el presente estudio que buscó determinar la relación entre lesiones quísticas y tumorales con la posición anómala de los terceros molares inferiores en ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, los pacientes que fueron incluidos tiene las siguientes características generales el 58% fueron varones y de 16 a 32 años de edad, siendo el grupo de 20 a 23 al de mayor presencia con el 42%

TABLA 1 SEXO DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA OONTOLÓGICA

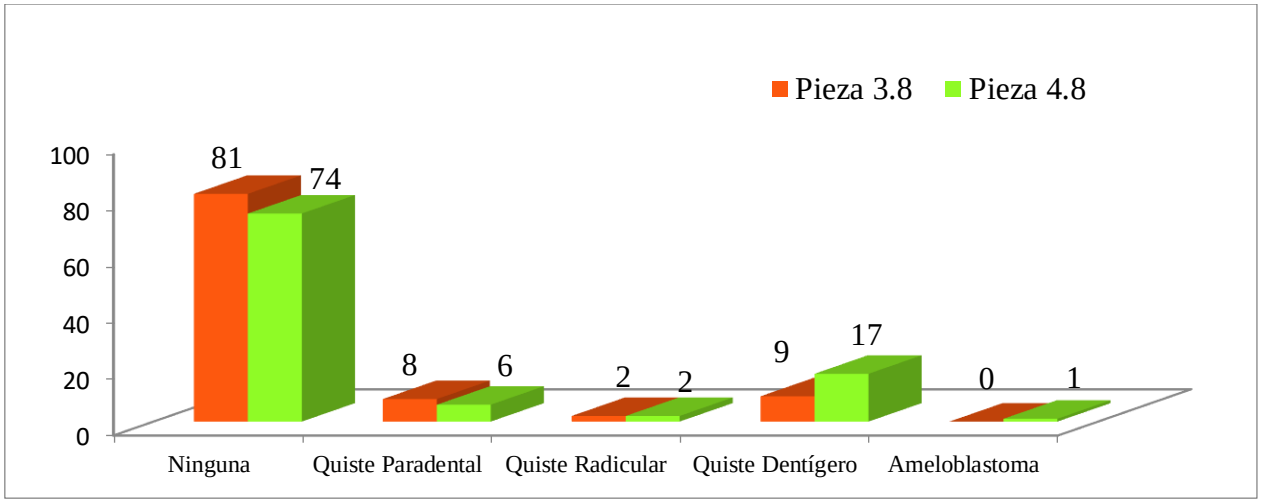
SEXO	Número de alumnos	Porcentaje
Masculino	58	58
Femenino	42	42
TOTAL	**100**	**100**

TABLA 2 EDAD DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA OONTOLÓGICA

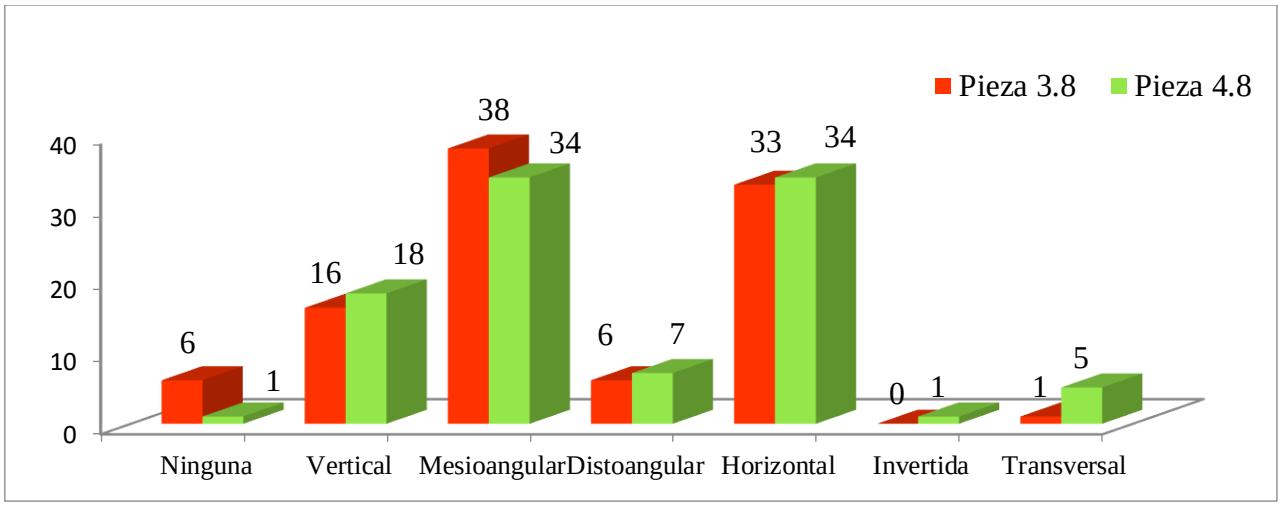
EDAD	Número de alumnos	Porcentaje
16 a 19	23	23
20 a 23	42	42
24 a 27	15	15
28 a 32	20	20
TOTAL	**100**	**100**

2.- LESIONES Y POSICIÓN.- Una gran mayoría de 81% y 74% no presentaron quistes en las terceras molares inferiores izquierda y derecha respectivamente. El quiste dentígero fue el más frecuente 17% en la tercera molar derecha y 9% en la izquierda; luego el quiste paradental con el 8% del lado izquierdo y 6% en el derecho. El quiste radicular se presentó en el 2% a ambos lados (Figura N° 1). Sólo una pieza 4.8 tuvo ***ameloblastoma.***

La **posición** de la tercera molar inferior es mayormente mesioangular (38% de la pieza 3.8 y 34% de la pieza 4.8) y luego la posición horizontal (33% de la 3.8 y 34% de la pieza 4.8). La posición menos frecuente es la Invertida y la Transversal con porcentajes de 0, 1 y 5% (Figura N° 2)



Gráfica N° 1 TIPO DE LESIÓN QUISTICA Y AMELOBLASTOMA EN EL TERCER MOLAR INFERIOR

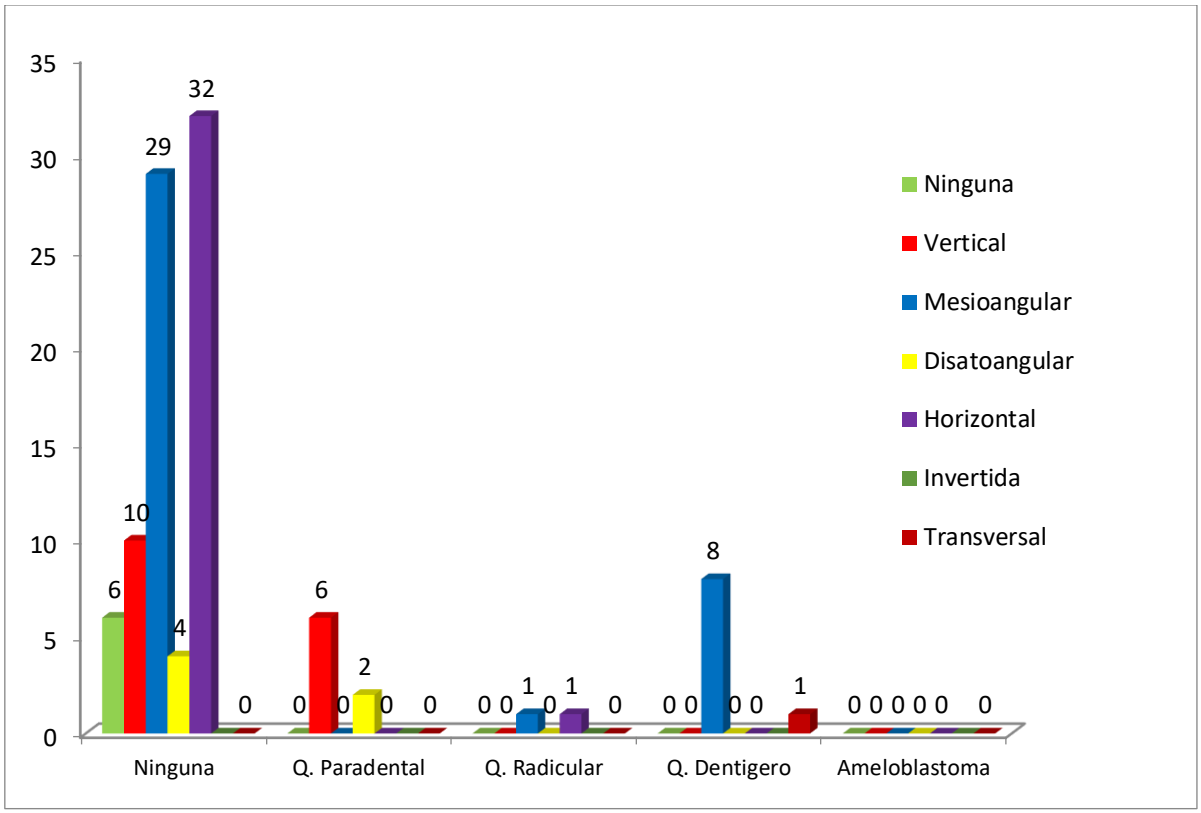


Gráfica N° 2 TIPO DE POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR

3.- RELACIÓN ENTRE LESIÓN Y POSICIÓN.- Relacionando las lesiones con la posición de la tercera molar inferior izquierda 3.8 tenemos que de las 9 piezas dentales con **quiste dentígero**, 8 piezas dentales están en posición ***mesioangular*** y 1 pieza dental en posición ***transversal.***

De las 8 piezas dentales con **quiste paradental**, 6 piezas dentales están relacionadas con la posición ***vertical*** y 2 piezas dentales en posición ***distoangular***.

El **quiste radicular** encontrado en 2 piezas dentales, 1 de ellas está en posición ***mesioangular*** y la otra en ***horizontal.***

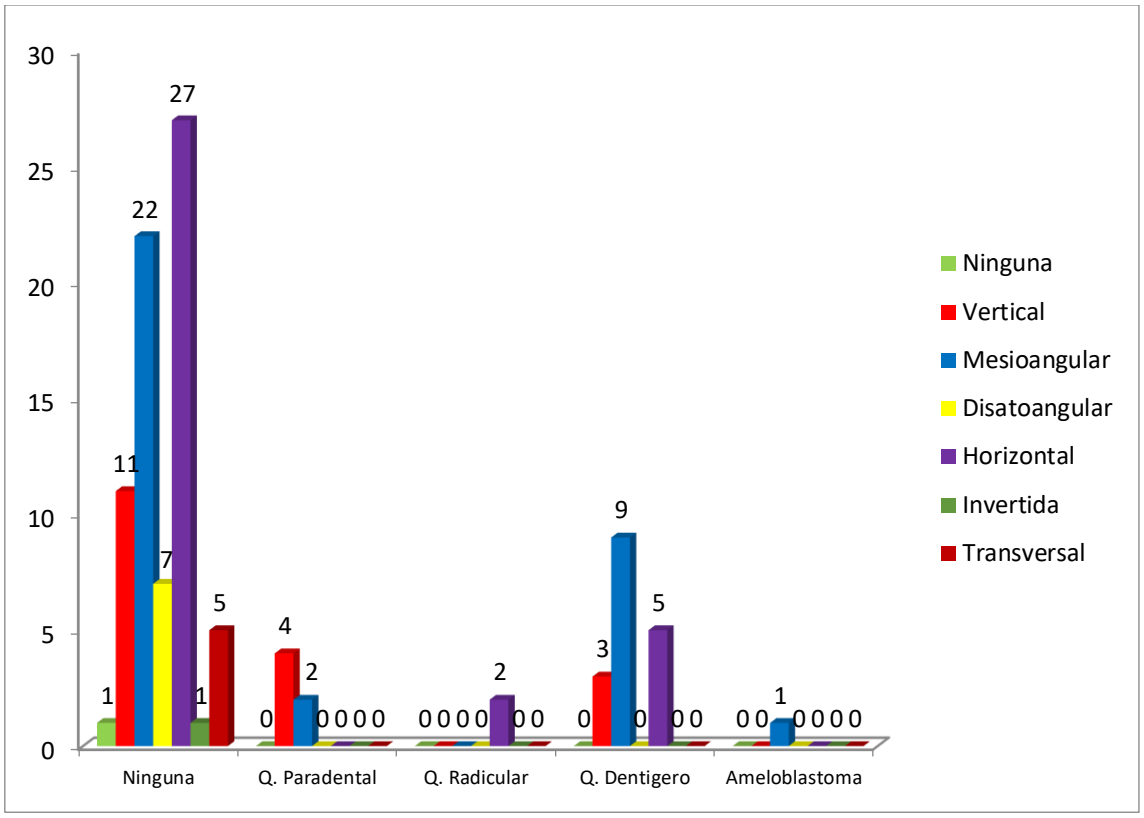


Gráfica N° 3 RELACIÓN ENTRE TIPO DE LESIÓN QUISTICA Y AMELOBLASTOMA CON LA POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR DE LA ARCADA IZQUIERDA

Relacionando las lesiones con la posición de la tercera molar inferior derecha 4.8 tenemos que de las 17 piezas dentales con **quiste dentígero**, 9 piezas dentales están en posición ***mesioangular,*** 5 piezas dentales en ***horizontal*** y 3 piezas dentales en ***vertical***.

De las 6 piezas dentales con **quiste paradental**, 4 piezas dentales están relacionadas con la posición ***vertical*** y 2 piezas dentales en posición ***mesioangular***.

El **quiste radicular** encontrado en 2 piezas dentales, se encuentran en posición ***horizontal.***



Gráfica N° 4 RELACIÓN ENTRE TIPO DE LESIÓN QUISTICA Y AMELOBLASTOMA CON LA POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR DE LA ARCADA DERECHA

En la siguiente tabla se muestra la relación entre la lesión y la posición de las 200 piezas dentales correspondientes a las terceras molares inferiores, tanto de la arcada izquierda como derecha. Observamos que 155 piezas dentales (77,5%) no presentaron lesión alguna y de las piezas dentales con lesión una mayoría de 26 (13%) tuvieron quiste dentigero, estando 17 de ellas en posición mesioangular. Con quiste paradental se tienen 14 piezas dentales (7%) de las cuales 10 están en posición vertical. El quiste radicular está en 4 piezas dentales (2%) con 3 de ellas en posición horizontal. La única pieza dental con ameloblastoma está en posición mesioangular.

TABLA 3 RELACIÓN ENTRE TIPO DE LESIÓN QUISTICA Y AMELOBLASTOMA CON POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR

LESIÓN	POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR							TOTAL
	Ninguna	*Vertical*	*Mesioangular*	*Distoangular*	*Horizontal*	*Invertida*	*Transversal*	
Ninguna	**7**	**21**	**51**	**11**	**59**	**1**	**5**	155
Q. Paradental	0	**10**	**2**	2	0	0	0	14
Q. Radicular	0	0	1	0	**3**	0	0	4
Q. Dentigero	0	**3**	**17**	0	**5**	0	1	26
Ameloblastoma	0	0	**1**	0	0	0	0	1
TOTAL	**7**	**34**	**72**	**13**	**67**	**1**	**6**	**200**

4.- RELACIÓN ENTRE LESIÓN Y EDAD DEL PACIENTE.- La mayor cantidad de terceras molares inferiores con quistes paradental, quiste dentígero y ameloblastoma se presentan entre los 20 a 23 años de edad en número de 84 (42%); el 23% en edades de 16 a 19 años y el 35% restante en pacientes de 24 a 32 años.

TABLA 4 RELACIÓN ENTRE TIPO DE LESIÓN QUISTICA Y AMELOBLASTOMA CON LA EDAD

EDAD	LESIONES QUISTICAS Y AMELOBLASTOMA										TOTAL	
	Ninguna		Quiste Paradental		Quiste Radicular		Quiste Dentigero		Ameloblastoma			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
16 a 19	30	65,2	**1**	2,2	**3**	6,5	**11**	23,9	**1**	2,2	46	100
20 a 23	65	77,4	**9**	10,7	0	0	**10**	11,9	0	0	**84**	100
24 a 27	25	83,3	**1**	3,3	**1**	3,3	**3**	10,0	0	0	**30**	100
28 a 32	35	87,5	**3**	7,5	0	0	**2**	5,0	0	0	**40**	100
TOTAL	155	77,5	14	7,0	4	2,0	26	13,0	1	0,5	200	100

5.- RELACIÓN ENTRE LESIÓN Y SEXO DEL PACIENTE.- El quiste dentígero es más frecuente en mujeres 19% que en varones 6,9% de las 200 terceras molares evaluadas; en cambio el quiste paradental resultó más frecuente en varones 8,6% contra ningún caso en mujeres. El quiste radicular con presencia de 3,4% correspondió a piezas de varones y el único caso de ameloblastoma es en mujeres.

TABLA 5 RELACIÓN ENTRE TIPO DE LESIÓN QUISTICA Y AMELOBLASTOMA CON SEXO

	LESIONES QUISTICA Y AMELOBLASTOMA											
	Ninguna		Quiste Paradental		Quiste Radicular		Quiste Dentígero		Ameloblastoma		**TOTAL**	
SEXO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	88	70,7	**11**	8,6	**4**	3,4	**13**	6,9	0	0	116	100
Femenino	67	81,0	**3**	0	0	0	**13**	19,0	**1**	2,4	84	100
TOTAL	155	77,5	14	7,0	4	2,0	26	13,0	1	0,5	200	100

6.- RELACIÓN ENTRE LESIÓN Y EDAD DEL PACIENTE.- Las diferentes posiciones del tercer molar inferior como mesioangular, horizontal, vertical y distoangular, se presentan con mayor frecuencia en pacientes de 20 a 23 años con un 42%; luego con 23% de casos los de 16 a 19 años.

EDAD	POSICION DEL 3ER MOLAR INFERIOR							**TOTAL**
	Ninguna	*Vertical*	*Mesioangular*	*Distoangular*	*Horizontal*	*Invertida*	*Transversal*	
16 a 19	1	**2**	**25**	**1**	**14**	0	**3**	46
20 a 23	4	**18**	**28**	**5**	**28**	0	**1**	84
24 a 27	1	**7**	**6**	**2**	**13**	0	**1**	30
28 a 32	1	**7**	**13**	**5**	**12**	**1**	**1**	40
TOTAL	7	34	72	13	67	1	6	200

7.- RELACIÓN ENTRE LESIÓN Y SEXO DEL PACIENTE.- La mayor frecuencia 116 (58%) de las terceras molares inferiores las vemos en los varones con posición mesioangular, horizontal y vertical; en las mujeres del 42% de las piezas dentarias también la posición es mesioangular, horizontal y vertical mayormente.

SEXO	POSICION DEL 3ER MOLAR INFERIOR							TOTAL
	Ninguna	*Vertical*	*Mesioangular*	*Distoangular*	*Horizontal*	*Invertida*	*Transversal*	
Masculino	5	**16**	**44**	**6**	**43**	0	**2**	116
Femenino	2	**18**	**28**	**7**	**24**	**1**	**4**	84
TOTAL	7	34	72	13	67	1	6	200

IX.- COMPROBACION DE HIPOTESIS

H1: Si hay relación entre lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de los terceros molares inferiores en ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica.

Ho: No hay relación entre lesiones quísticas y Ameloblastoma con la posición anómala de los terceros molares inferiores en ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica.

ESTADISTICO DE PRUEBA: Chi cuadrado

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN: 5 %

DATOS

LESIÓN	POSICION DEL 3ER MOLAR INFERIOR							TOTAL
	Ninguna	*Vertica*	*Mesioangula*	*Distoangular*	*Horizontal*	*Invertida*	*Transversal*	
	0	**l**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	
0 Ninguna	7	21	51	11	59	**1**	5	155
1 Q. Paradental	**0**	10	**2**	**2**	**0**	**0**	**0**	14
2 Q. Radicular	**0**	**0**	**1**	**0**	**3**	**0**	**0**	4
3 Q. Dentigero	**0**	**3**	17	**0**	5	**0**	**1**	26
4 Ameloblastoma	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	1
TOTAL	7	34	72	13	67	1	6	200

ESTADISTICO DE CÁLCULO UTILIZANDO EL SOFTWARE SPSS STADISTIC 21

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,556[a]	24	0,001
Razón de verosimilitudes	50,327	24	0,001
Asociación lineal por lineal	1,944	1	0,163
N de casos válidos	200		

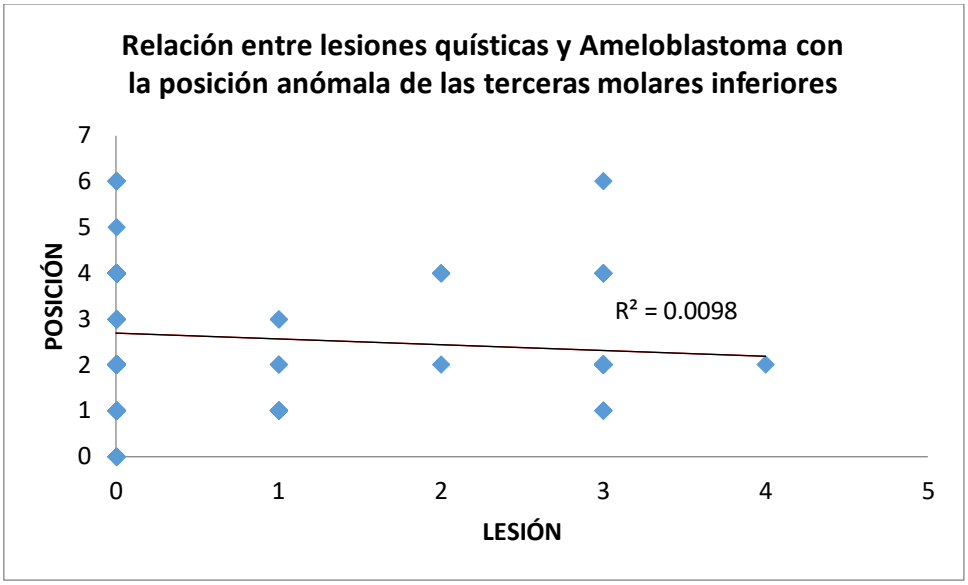
a. 27 casillas (77,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

DISCUSIÓN: Por tener 27 casillas o celdas con valores menores que 5 el estadístico Chi cuadrado no puede aplicarse.

Recurrimos en este caso a la Correlación de Pearson y su valor es

Correlaciones

		LESIÓN	POSICIÓN
LESIÓN	Correlación de Pearson	1	**-0,099**
	Sig. (bilateral)		0,164
POSICIÓN	Correlación de Pearson	**- 0,099**	1
	Sig. (bilateral)	0,164	
	N	200	200



DISCUSIÓN: Como el valor del Coeficiente de correlación lineal de Pearson es – 0,099 se interpreta como muy baja correlación lineal, por ello la gran mayoría de los rombos azules están alejados de la recta.

CONCLUSIÓN: Al no estar cerca de 1 o a -1, el coeficiente de correlación lineal de Pearson se concluye que no hay relación entre lesiones quísticas y ameloblastoma con la posición anómala de los terceros molares inferiores en ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica.

CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

	POSICION DEL 3ER MOLAR INFERIOR							
LESIÓN	***Ninguna***	***Vertical***	***Mesioangular***	***Distoangular***	***Horizontal***	***Invertida***	***Transversal***	TOTAL
Ninguna	**7**	**21**	**51**	**11**	**59**	**1**	**5**	155
Q. Paradental	0	**10**	**2**	**2**	0	0	0	14
Q. Radicular	0	0	**1**	0	**3**	0	0	4
Q. Dentígero	0	**3**	**17**	0	**5**	0	**1**	26
Ameloblastoma	0	0	**1**	0	0	0	0	1
TOTAL	7	34	72	13	67	1	6	200

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre lesión quística y la posición vertical. **H_1:** Si hay relación entre lesión quística y la posición vertical.		No hay relación, porque la mayoría (62%) de las piezas dentales en **posición vertical** no tienen lesión quística. Sólo se tiene lesión quística paradental en 10 (29%) y quiste dentígero en 3 piezas (9%).

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre lesión quística y la posición mesioangular. **H_1:** Si hay relación entre lesión quística y la posición mesioangular.		No hay relación, porque la mayoría (71%) de las piezas dentales en posición **mesioangular** no tienen lesión quística. El 24% presentaron quiste dentígero y solo 3%, 1%, quiste paradental y radicular respectivamente.

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre lesión quística y la posición distoangular. **H_1**: No hay relación entre lesión quística y la posición distoangular.		No hay relación, porque la mayoría (85%) de las piezas dentales en posición **distoangular** no tiene lesión quística. Solo el 15% presentaron quiste paradental.

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre lesión quística y la posición horizontal. **H_1:** No hay relación entre lesión quística y la posición horizontal.		No hay relación, porque la mayoría (88%) de las piezas dentales en posición **horizontal** no tiene lesión quística. Sólo se tiene quíste radicular en 3 (4%) y quiste dentígero en 5 piezas (7%).

HIPÓTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre lesión quística y la posición invertida. **H_1:** No hay relación entre lesión quística y la posición invertida.		No hay relación, porque el 100% de las piezas dentales en posición **invertida** no tiene lesión quística.

HIPÓTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre lesión quística y la posición transversal. H_1: No hay relación entre lesión quística y la posición transversal.		No hay relación, porque el 83% de las piezas dentales en posición **transversal** no tiene lesión quística. Solo el 17% presentaron quiste dentígero.

CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

	POSICION							
LESIÓN	***Ninguna***	***Vertical***	***Mesioangular***	***Distoangular***	***Horizontal***	***Invertida***	***Transversal***	TOTAL
Ninguna	**7**	**21**	**51**	**11**	**59**	**1**	**5**	155
Q. Paradental	0	**10**	**2**	**2**	0	0	0	14
Q. Radicular	0	0	**1**	0	**3**	0	0	4
Q. Dentigero	0	**3**	**17**	0	**5**	0	**1**	26
Ameloblastoma	0	0	**1**	0	0	0	0	1
TOTAL	7	34	72	13	67	1	6	200

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre ameloblastoma y la posición vertical. **H_1:** Si hay relación entre ameloblastoma y la posición vertical.		No hay relación, porque el 100% las piezas dentales con la **posición vertical** no tienen ameloblastoma.

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre ameloblastoma y la posición mesioangular. **H_1:** Si hay relación entre ameloblastoma y la posición mesioangular.		No hay relación, porque la mayoría (99%) de las piezas dentales con la posición **mesioangular** no tienen ameloblastoma. Sólo el 1% presentaron ameloblastoma.

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre ameloblastoma y la posición distoangular. **H_1**: No hay relación entre ameloblastoma quística y la posición distoangular.		No hay relación, porque el 100% las piezas dentales con la posición **distoangular** no tiene ameloblastoma.

HIPOTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre ameloblastoma y la posición horizontal. **H_1:** No hay relación entre ameloblastoma y la posición horizontal.		No hay relación, porque el 100% las piezas dentales con la posición **horizontal** no tiene ameloblastoma

HIPÓTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre ameloblastoma y la posición invertida. **H_1:** No hay relación entre ameloblastoma y la posición invertida.		No hay relación, porque el 100% las piezas dentales con la posición **invertida** no tiene ameloblastoma.

HIPÓTESIS		**CONCLUSIÓN**
Ho: No hay relación entre ameloblastoma y la posición transversal. H_1: No hay relación entre ameloblastoma y la posición transversal.		No hay relación, porque el 100% las piezas dentales con la posición **transversal** no tiene ameloblastoma.

X.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

No existe relación entre lesiones quísticas y ameloblastoma con la posición anómala del tercer molar inferior en ortopantomografía digitales tomadas en la clínica de la universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, ya que el valor del coeficiente de correlación lineal de Pearson es 0.0 99 el cual se interpreta como muy baja correlación lineal. Se utilizó en la presente investigación 100 ortopantomografías digitales y se analizó 200 terceras molares inferiores, revelando que un 22.5% presenta patología quística y un 0.5% ameloblastoma. Con respecto a la relación se observó que el quiste paradental muestra una relación de 10 casos (5%) con la posición vertical, 2 casos (1%) con la posición mesioangular, 2 casos (1%) con la posición de distoangular; el quiste radicular muestra una relación de 1 caso (5%) con la posición mesioangular, 3 casos (1.5%) con la posición horizontal; el quiste dentígero muestra una relación de 3 casos (1.5%) con la posición vertical, 17 casos (8.5%) con la posición mesioangular, cinco casos (2.5%) con la posición horizontal, 1 caso 0.5% con la posición transversal; y el ameloblastoma muestra 1 caso (0.5%) con la posición mesioangular, a diferencia de la investigación que sustenta Ardiles (7) que en el año 2013 muestra un 3.5% de ameloblastomas.

El quiste de mayor frecuencia es el quiste dentígero con 26 casos representando el 13% del total de la muestra, tiene una relación de 65.38% con la posición mesioangular; concordando con Lira (12) en el año 2017 el cual en su trabajo de investigación alega que el quiste dentígero es el más frecuente, contraponiendo lo que para Canto (11) en el año 2016 es el quiste radicular el de mayor frecuencia.

Existe una ligera predilección por los varones con un 58%, concordando con Estrada (2) en el año 2009, Monge (6) en el año 2012, Canto (11) en el año 2016 a diferencia de Bidese (3) en el año 2009, Alburez (5) en el año 2011 y Lira (12) en el año 2017 que sus resultados indican que hay predilección por mujeres.

Se muestra una afinidad por el intervalo de edad entre 20 a 23 años, muy similar a los resultados investigativos de Monge (6) en el año 2012 que concluye que hay mayor relación entre 18 a 25 años, mientras Canto (11) en el año 2016 y Lira (12) en el año 2017 que concluyen que existe mayor relación entre 2da a 3era década de vida y 2da y 4ta década de vida respectivamente.

XI.- CONCLUSIONES

Al no estar cerca de 1 o a -1, el coeficiente de correlación lineal de Pearson se concluye que no hay relación entre lesiones quísticas y Ameloblastomas con la posición anómala de los terceros molares inferiores en ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica.

1. No hay relación entre lesión quística y la posición vertical del tercer molar inferior, porque la mayoría (62%) de las piezas dentarias en dicha posición no presentaron lesión quística, solo un 29% presentaron quiste paradental y un 9% quiste dentígero.

2. No hay relación entre lesión quística y la posición mesioangular del tercer molar inferior, porque la mayoría (71%) de las piezas dentarias en dicha posición no presentaron lesión quística, solo un 24% presentaron quiste dentígero y un 3%, 1%, quiste paradental y radicular respectivamente.

3. No hay relación entre lesión quística y posición distoangular del tercer molar inferior, porque la mayoría (85%) de las piezas dentarias en dicha posición no presentaron lesión quística, solo un 15% presentaron quiste paradental.

4. No hay relación entre lesión quística y posición horizontal del tercer molar inferior, porque la mayoría (88%) de las piezas dentarias en dicha posición no tiene lesión quística, solo presentaron quiste radicular en 3 piezas dentarias (4%) y quiste dentígero en 5 piezas dentarias (7%).

5. No hay relación entre lesión quística y posición invertida del tercer molar inferior, porque el 99.5% de las piezas dentarias en dicha posición no presentaron lesión quística.

6. No hay relación entre lesión quística y posición transversal del tercer molar inferior, porque el 83% de las piezas dentarias en dicha posición no tiene lesión quística. Solo el 17% presentaron quiste dentígero.

7. No hay relación entre Ameloblastoma y posiciones anómalas del tercer molar inferior, porque el 99.5% de las piezas dentarias estudiadas no mostraron dicha lesión y solo un 0.5% se presentaron en posición mesioangular.

8. De las muestras analizadas en el presente estudio se observó que el sexo masculino representaron un 58% y el 42% al sexo femenino, concluyendo que existe una predilección de las posiciones anómalas por el sexo masculino.

9. De las muestras analizadas en el presente estudio se observó que el intervalo de 16 a 19 años, 20 a 23 años, 24 a 27años y 28 a 32 años representan al 23%, 42%, 15% y 20% respectivamente; concluyendo que el intervalo de edad de 20 a 23 años son los que presentan mayor problema de posición anómala del tercer molar inferior.

XII.- RECOMENDACIONES

1.- De la muestra analizada en nuestro estudio, se encontró un solo caso de ameloblastoma que representa el 0.5 % por lo que recomendamos, aumentar la muestra con la finalidad de analizar la incidencia de esta lesión y poder determinar la relación que puede existir con la posición anómala de los terceros molares inferiores.

2.- Por la similitud en la interpretación radiográfica que presentan los quistes dentígeros (variable del presente estudio) y el quiste periodontal se recomienda, realizar un estudio histopatológico con la finalidad de determinar el diagnóstico definitivo.

3.- La posición horizontal y la posición mesioangular en cierto grado de angulación presentan una ligera semejanza por lo que se recomienda, realizar en estudios próximos una mejor estandarización del grado de angulación que presentan estas posiciones.

4.- Al estudiar la muestra del presente estudio se halló otras lesiones que no correspondían a las variables propuestas en nuestra investigación, como dientes supernumerarios (cuarto molar), por lo que se recomienda, realizar estudios de los casos antes mencionados.

XIII.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Whaites E, Nicholas D. Fundamentos de radiologia dental. 5th ed. Espana: Elsevier; 2014.

2. Estrada SM. Lesiones quísticas asociadas a terceros molares retenidos que requirieron hospitalización. Scielo. 1998 Septiembre ; 35(3).

3. Bidese DM. Prevalencia de áreas radiolucidas bien delimitadas en la cara distal de terceros molares mandibulares. Tesis pregrado. Granada, España: Universidadde Granada; 2002.

4. Mateos CI , Hernández FF. Prevalencia de inclusión dental y Patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. Odontologica Mexicana. 205 Junio ; 9(2).

5. Alburez RR. Determinación de las complicaciones más frecuentes, que se asocian a terceras molares retenidas superiores e inferiores, clínica y radiográficamente, en pacientes mayores de 25 años que asisten a la clínica de la unidad de cirugía de la facultad de odont. Tesis doctoral. Guatemala:, 2011.

6. Monge CL. Complicaciones causadas por terceras molares en. Tesis pregrado. El Salvador: Universidad del Salvador; 2012.

7. Ricardo AJ. Estudio del saco pericoronario asintomático y la justificación de extirpación junto con el diente, en los terceros molares inferiores retenidos. Tesis Docotoral. Cordova: Universidad Nacional de Cordova; 2013.

8. Leco BM , Fernández CF , Barona DC , Martínez GJ , Artigas CA. Revisión sistemática sobre el diagnóstico diferencial de lesiones radiotransparentes asociadas a terceros molares. Dialnet, Revista científica de formación continuada. 2014 Enero; 11(3).

9. Bueno RJ. uiste dentígero asociado a un tercer molar retenido. Tesis. Camagüey, Cub: Facultad de Estomatología; 2015.

10. Sotomayor SB. Quiste odontogénico folicular en terceros molares retenidos. Tesis de Pregrado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016.

11. Canto PM , Cabrera GA , Borges GT. Quistes dentigeros asociados a terceros molares mandibulares retenidos en posicion invertida. Acta Medica del Centro. 2016 octubre; 10(1).

12. Lira OX. Comportamiento de los Quistes Odontogénicos asociados a terceros molares retenidos en los Maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo comprendido de Enero del 2015 a Noviembre del 2016. Tesis de Posgrado. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan-Managua; 2016.

13. Ponce PM. Prevalencia de hallazgos en radiografías panorámicas de los pacientes de la clínica docente UPC durante el periodo Febrero 2011 – Abril 2014. Tesis pregrado. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima; 2016.

14. Boraks Silvio. Diagnostico bucal. 1st ed. Hecht M, editor. Sao Paulo-SP-Brisil: Artes Medicas Ltda; 2014.

15. Vega LA , Ayuso MR , Teixidor Ol. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. scielo. 2012 abril; 29(2).

16. Flores CP. Quiste dentígero asociado a tercer molar retenido. Odontologia actual. 2016 agosto;(160).

17. Gay EC , Berini AL. Tratado de cirugía bucal Madrid: Ergon; 2015.

18. Martínez BM , Bruno IG. Quiste bucal mandibular infectado y quiste paradental. UBA. 2012 Marzo; 27(63).

19. Bascones Martines A. Periodoncia clinica e implantologia oral. primera ed. Barcelona - España: Lexus; 2010.

20. Peñarrocha DM. Cirugía periapical. Primera ed. Lexus , editor. Barcelona: Ars Medica; 2010.

21. Philip SJ , Eversole RL , Wysocki PG. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2nd ed. Barcelona, España: Elsevier; 2005.

22. Rodríguez GL , Guiardinu MR , Arte LM , Blanco RO. Quistes de los maxilares. Cubana Estomatol. 2016 Agosto; 43(4).

23. Lázaro RO , Pérez PO. Tumortes Odontogenicos. Tesis De Pregardo. Mayabeque Cuba: Facultad de Ciencias Medicas; 2013.

24. Gomez FM , Campos MA. Histología, Embriología Ee Ingenieria Tisular Bucodental. 3rd ed. Mexico: Editorial Médica Panamericana, S. A.; 2009.

25. Major MA , Stanley JN. Wheeler anatomia, fisiologia y oclusion dental. 10th ed. España: S.A. Elsevier; 2015.

26. Donato RM , Martines GJ. Cirugia Bucal Patologia y Tecnica. 4th ed. Barcelona España: Masson; 2014.

27. Alva LL. Frecuencia de la posición, tipo y clase de terceros molares inferiores atendidos en el hospital militar central Lima - 2015. tesis pregrado. Huánuco: Universidad de Huánuco, Huánuco; 2016.

28. Guilllermo RM. Cirugia Oral e Implantologia. 2nd ed. Buenos Aires Madrid: Medica Panamericana; 2006.

29. Solé BF , Muñoz TF. Cirugia Bucal para pregrado y el Odontologo General Bases de la Cirugia Bucal. 2012th ed. Solé Besoain F, editor. Santiago de Chile: Amolca; 2012.

30. Colorado PM , Huitzil ME. Agenesia de terceros molares en pacientes del Centro del estado de Veracruz. Tamé. 2015 Noviembre; IV.

31. Castro SC. Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción en pacientes atendidos en la clínica dental del hospital militar central. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos , Lima; 2007.

XIV.- ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA POSICIÓN ANÓMALA TERCEROS MOLARES INFERIORES Y PATOLOGÍAS QUÍSTICAS Y AMELOBLASTOMA

N° DE RX:.....

EDAD: ..... **SEXO**: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

INFORME RADIOGRÁFICO

Pza. 38

_____

_____

_____

Pza. 48

_____

_____

_____

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO: EN RELACIÓN A LA LESIÓN QUÍSTICA Y AMELOBLASTOMA

PIEZA DENTARIA	QUISTE PARADENTAL	QUISTE RADICULAR	QUISTE DENTIGERO	AMELOBLASTOMA
38				
48				

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO: EN RELACIÓN AL ANÁLISIS DE WINTER POSICIÓN TERCER MOLAR INFERIOR

PIEZA DENTARIA	VERTICAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	HORIZONTAL	INVERTIDA
38					
48					

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL ASESOR

ANEXO 1 Fichas de observación de las ortopantomografías digitales

Tabla de recolección de datos general de lesiones quísticas, Ameloblastoma y posición anómala según Winter de ortopantomografías de la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica.

		LESIÒN QUISTICA AMELOBLASTOMA				POSICIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR SEGÚN WINTER					EDAD EN AÑOS				SEXO	
Nº RX	Pieza	Q.P	Q.R	Q.D	A	V	M	D	H	I	18-21	22-27	28-33	34-40	M	F
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															
	38															
	48															

ANEXO 2 Fichas de observación de las ortopantomografías digitales

"AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL"

SOLICITO: MUESTRA DE ESTUDIO DE 200 ORTOPANTOMOGRAFÍAS DEL PERIODO 2017

Señor Doctor
CCAHUANA GONZALES, ROMUALDO
Director de la clinica, Facultad de odontología - UNICA

Los suscritos Navarro Salvatierra Astrid Karolina, Novoa Guevara Albert Einsten, ex alumnos de la Facultad de odontología con código universitario 20122265 y 20122955 respectivamente, ante usted nos presentamos respetuosamente para solicitarle que se nos conceda la muestras de estudio de 200 ortopantomografias tomadas en el periodo 2017, lo cual nos es necesario para poder realizar nuestro trabajo de campo, como consta en el acta de aprobación del proyecto del cual adjunto copia a este documento.

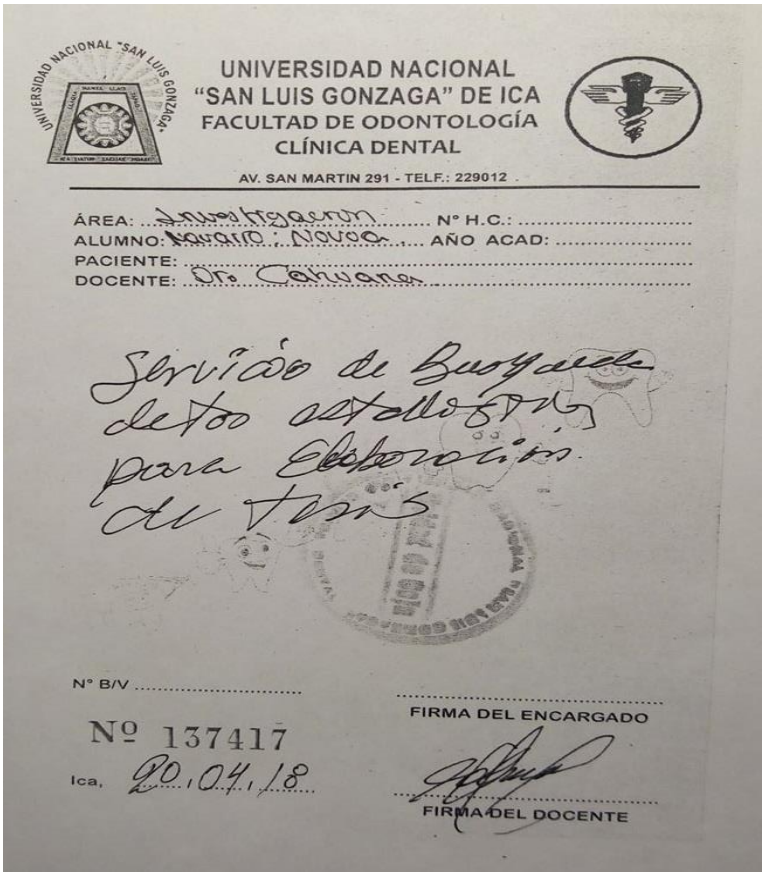
Desde ya agradezco por anticipado su muestra de apoyo y comprensión

Atentamente,

Navarro Salvatierra Astrid K.
DNI: 73522473

Novoa Guevara Albert E.
DNI 47673142

ANEXO 3 Documento dirigido al director de la Clínica Odontológica de la UNICA, solicitando el permiso corr4spondiente para el acceso a las ortopantomografías digitales tomadas en el periodo 2017



UNIVERSIDAD NACIONAL
"SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DENTAL

AV. SAN MARTIN 291 - TELF.: 229012

ÁREA: Investigacion N° H.C.:
ALUMNO: Navarro Novoa AÑO ACAD:
PACIENTE:
DOCENTE: Dr. Carbajal

Servicio de Busqueda de los estadisticos para Elaboracion de Tesis

N° B/V

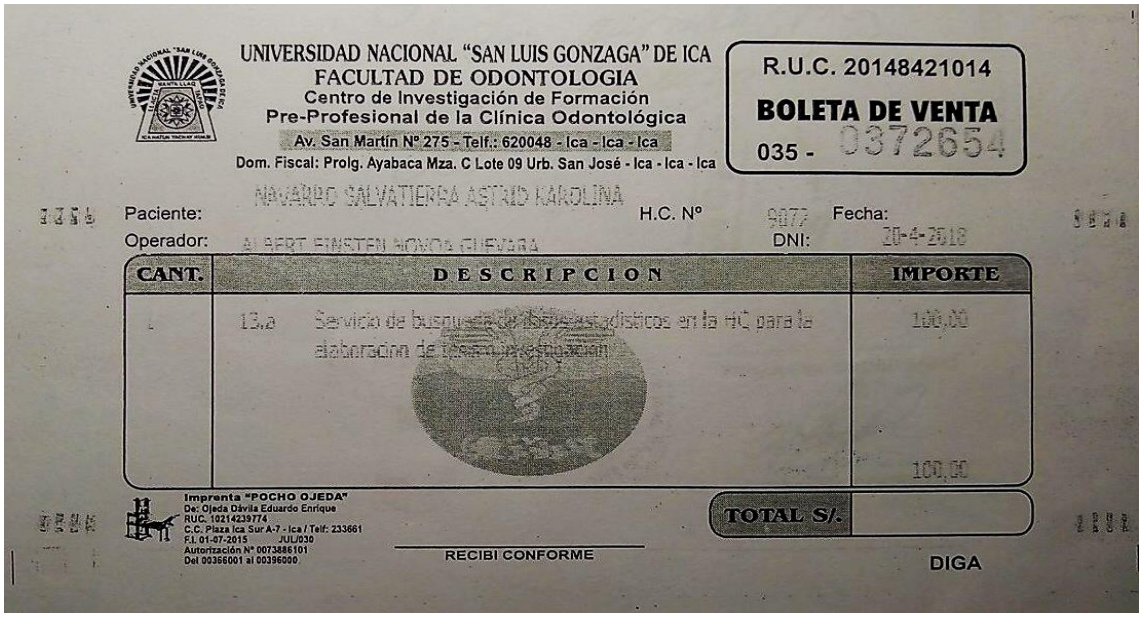
Nº 137417

Ica, 20.04.18

FIRMA DEL ENCARGADO

FIRMA DEL DOCENTE

ANEXO 4 Pago correspondiente por el derecho de investigación a la Clínica Odontológica de la UNICA



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Centro de Investigación de Formación
Pre-Profesional de la Clínica Odontológica
Av. San Martín Nº 275 - Telf.: 620048 - Ica - Ica - Ica
Dom. Fiscal: Prolg. Ayabaca Mza. C Lote 09 Urb. San José - Ica - Ica - Ica

R.U.C. 20148421014
BOLETA DE VENTA
035 - 0372654

Paciente: NAVARRO SALVATIERRA ASTRID KAROLINA H.C. Nº 9877 Fecha:
Operador: ALBERT EINSTEN NOVOA CHEVARA DNI: 20-4-2018

CANT.	DESCRIPCION	IMPORTE
1	13.0 Servicio de busqueda de datos estadisticos en la HC para la elaboracion de tesis y estadisticos	100.00
		100.00

Imprenta "POCHO OJEDA"
De: Ojeda Dávila Eduardo Enrique
RUC. 10214239774
C.C. Plaza Ica Sur A-7 - Ica / Telf: 233661
F.I. 01-07-2015 JUL/030
Autorización Nº 0073486101
Del 00366001 al 00396000

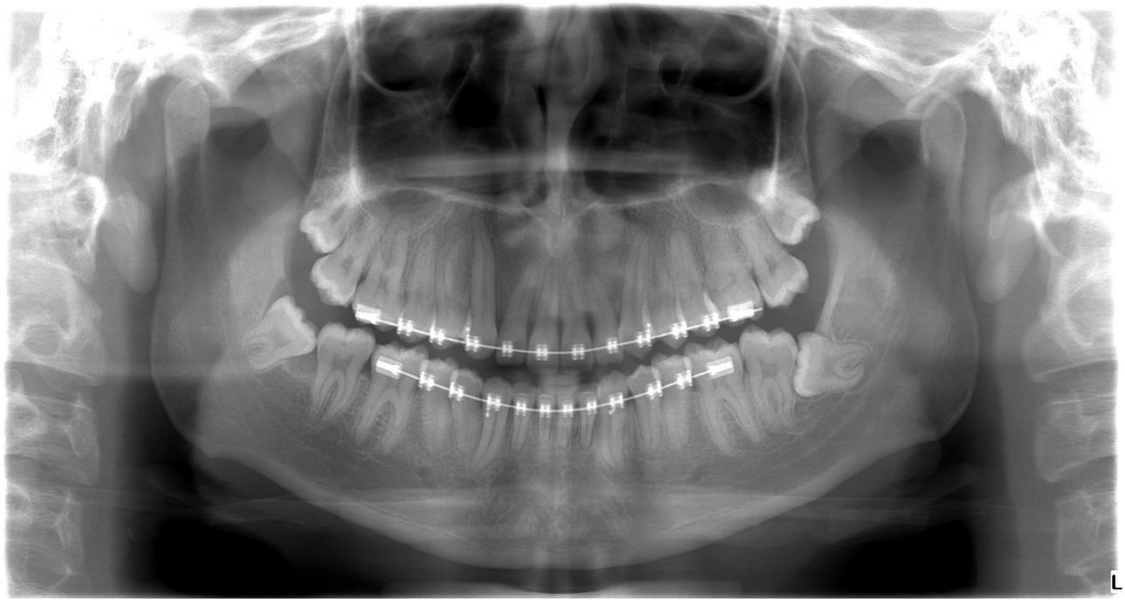
TOTAL S/.

RECIBI CONFORME

DIGA

ANEXO 5 Pago correspondiente por el derecho de investigación a la Clínica Odontológica de la UNICA

ANEXO 6 Recogimos las muestras de estudio, con el apoyo del docente encargado del área de tomografía de la clínica odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica



ANEXO 7 Lesión quística imagen radiolúcida bien circunscrita de tamaño mayor a 2.5mm, corticalizados

ANEXO 8 Ameloblastoma como las imágenes radiolúcidas, radiotransparentes, delimitada, que presenten un aspecto multilocular

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES Y PATOLOGIAS QUISTICAS Y AMELOBLASTOMA

N° DE RX: 051

EDAD: 19 Años SEXO: MASCULINO [x] FEMENINO [ ]

INFORME RADIOGRAFICO

PIEZA 3.8
En posición mesioangular, impactado, a nivel coronal imagen radiolúcida de bordes definidos, bien circunscrita, corticalizado, con un diámetro aproximado de 2.7mm, compatible con quiste dentígero, tercio mesiooclusal en contacto con el tercio medio de la raíz distal de la pieza 3.7.

PIEZA 4.8
En posición mesioangular, impactado, a nivel coronal imagen radiolúcida de bordes definidos, bien circunscrita, corticalizado, con un diámetro aproximado de 2.2mm, compatible con quiste dentígero, tercio mesiooclusal en contacto con el tercio cervical de la raíz distal de la pieza 4.7.

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO: EN RELACION A LA LESION QUISTICA Y AMELOBLASTOMA

PIEZA DENTARIA	QUISTE PARADENTAL	QUISTE RADICULAR	QUISTE DENTIGERO	AMELOBLASTOMA
3.8	-	-	X	-
4.8	-	-	X	-

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO: EN RELACION AL ANÁLISIS DE WINTER POSICION TERCER MOLAR INFERIOR

PIEZA DENTARIA	VERTICAL	MESIOANGULAR	DISTOANGULAR	HORIZONTAL	INVERTIDA	TRANSVERSAL
3.8	-	X	-	-	-	-
4.8	-	X	-	-	-	-

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL ASESOR

ANEXO 9 Registramos los datos obtenidos en la ficha de observación y la tabla de recolección de datos general, donde se tomó en cuenta la patología quística o tumora

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Tabla de recolección de datos general de lesiones quísticas tumorales y la posición anómala según Winter de ortopantomografías de la clínica odontológica de la ÚNICA

Nº	EDAD EN AÑOS				SEXO		PIEZA DENTAL	LESION QUISTICA O TUMORAL				POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR SEGÚN WINTER					
	16-19	20-23	24-27	28-32	M	F		Q.P	Q.R	Q.D	A	V	M	D	H	I	T
1			X			X	3.8	-	-	-	-		X				
							4.8	-	-	-	-		X				
2				X		X	3.8	-	-	-	-				X		
							4.8	-	-	-	-				X		
3	X				X		3.8	-	-	-	-				X		
							4.8	-	-	-	-		X				
4		X			X		3.8	-	-	-	-		X				
							4.8	-	-	-	-				X		
5			X		X		3.8	-	-	-	-		X				
							4.8	-	-	-	-		X				
6				X		X	3.8	-	-	-	-			X			
							4.8			X			X				
7		X				X	3.8	-	-	-	-	X					
							4.8			X					X		
8	X				X		3.8	-	-	-	-				X		
							4.8	-	-	-	-				X		
9		X			X		3.8	-	-	-	-				X		
							4.8	X				X					
10		X			X		3.8	-	-	-	-			X			
							4.8	-	-	-	-			X			
11			X			X	3.8	-	-	-	-				X		
							4.8	-	-	-	-				X		
12	X				X		3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
							4.8	-	-	-	-			X			
13		X			X		3.8	-	-	-	-		X				
							4.8	-	-	-	-						X
14				X		X	3.8	-	-	-	-			X			
							4.8	-	-	-	-			X			
15	X				X		3.8		X						X		
							4.8			X			X				

ANEXO 10 Registramos los datos obtenidos en la ficha de observación y la tabla de recolección de datos general, donde se tomó en cuenta la patología quística o tumoral