



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**FRECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA TUMORES
ODONTOGÉNICOS BENIGNOS EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO
DENTAL DOCENTE CAYETANO HEREDIA, LIMA - PERÚ, 2015-2019**

**FREQUENCY OF DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR BENIGN ODONTOGENIC
TUMORS IN PATIENTS WHO ATTEND THE CENTRO DENTAL DOCENTE
CAYETANO HEREDIA, LIMA - PERÚ, 2015-2019**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORAS

GRECIA SOFIA ARRESE HENOSTROZA

ESTEFANY ELVIRA CERQUIN CACERES

ALEXANDRA CHAVEZ CARDENAS

ASESOR

FREDY AGUSTIN GUTIERREZ VENTURA

CO-ASESOR

JAIRO SANCHEZ LEON

Lima - Perú

2024

JURADO

Presidente: Mg. Esp. Carlos Vladimir Espinoza Montes

Vocal: Dr. Esp. Leonidas Humberto Silva Rubio

Secretario: CD. Esp. Carola Coronado Li

Fecha de Sustentación: 24/01/2024

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR

Mg. Esp. FREDY AGUSTIN GUTIERREZ VENTURA

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial.

ORCID: 0000-0002-1766-8221

CO-ASESOR

Mg. Esp. JAIRO SANCHEZ LEON

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial.

ORCID: 0009-0004-7254-4135

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos, por su amor incondicional, apoyo constante y sacrificios inquebrantables. A nuestros asesores, cuyas enseñanzas han iluminado nuestro camino profesional. A nuestros amigos, por su aliento y comprensión en cada etapa de esta travesía. Este logro es para todos ustedes; gracias por estar presente siempre con nosotras.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación de esta tesis. A nuestros asesores, Dr. Fredy Agustín Gutiérrez Ventura y al Dr. Jairo Sánchez León, por su orientación experta, paciencia y dedicación, por compartir sus conocimientos y brindarnos valiosas sugerencias. Este logro no habría sido posible sin la colaboración y apoyo de cada uno de ustedes. Gracias totales.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Las tesisistas declaran no tener ninguna fuente de financiamiento.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las tesisistas declaran no tener ningún conflicto de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

“Frecuencia del diagnóstico y tratamiento para tumores odontogénicos benignos en pacientes que acudieron al Centro Dental Docente Cayetano Heredia, Lima - Perú, 2015-2019”

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	14%	2%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	www.scielo.cl Fuente de Internet	1%
6	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	search.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%
8	faest.cayetano.edu.pe Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	9
Objetivo general	9
Objetivos Específicos	9
III. MATERIAL Y MÉTODOS	10
Procedimientos y técnicas	11
Aspectos éticos del estudio	12
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN	17
VI. CONCLUSIONES	21
VII. RECOMENDACIONES	22
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
IX. TABLAS	28
Tabla N°1: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes que acudieron al Centro Dental Docente Cayetano Heredia	28
Tabla N°2: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el sexo	29
Tabla N°3: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según la edad.	31
Tabla N°4: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el lugar de referencia	33
Tabla N°5: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el área anatómica	35
ANEXOS	36

RESUMEN

Introducción: Los tumores odontogénicos (TO) son neoplasias que se manifiestan en los maxilares y se forman a partir del tejido epitelial y/o mesenquimal que se da en la odontogénesis, algunos de ellos no llegan a hacer verdaderas neoplasias, sino alteraciones de una de las etapas de la odontogénesis. El diagnóstico se realiza por el examen histopatológico y en algunos casos se complementan por los exámenes clínicos y/o imagenológicos. Los tratamientos pueden ser conservadores y/o agresivos para cada tipo de tumor. **Objetivo:** Determinar la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes que acudieron al Centro Dental Docente Cayetano Heredia entre los años 2015-2019. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. **Resultados:** Se reportaron 242 casos de Tumores Odontogénicos Benignos. Dentro de las lesiones más frecuentes obtuvimos al Odontoma (86, 35.54%), seguido del Ameloblastoma (81, 33.47%), y el Mixoma/Mixofibroma Odontogénico (36, 14.88%). El rango de edad en el cual se presentaron fue de 19-26 años (80, 33.05%). El sexo femenino mostró una mayor predilección con un 54.55%, y el área anatómica más afectado fue la mandíbula (107, 44.21%), principalmente en el cuerpo mandibular. **Conclusiones:** En este estudio encontramos al Odontoma, entre todos los tumores odontogénicos benignos, como el tumor más frecuente con una prevalencia mayor en el sexo femenino, en el rango de 19-26 años, el área anatómica más afectada fue el cuerpo mandibular y el tratamiento más frecuente fue el agresivo.

Palabras Claves: Patología, Tumor Odontogénico, Ameloblastoma.

ABSTRACT

Introduction: Odontogenic tumors (OT) are neoplasms that manifest in the jaws and are formed from epithelial and/or mesenchymal tissue that occurs in odontogenesis, some of them do not become true neoplasms, but alterations of one of the stages of odontogenesis. The diagnosis is made by histopathological examination and in some cases complemented by clinical and/or imaging examinations. Treatments can be conservative and/or aggressive for each type of tumor. **Objective:** Determine the frequency of diagnosis and treatment of benign odontogenic tumors in patients who attended the Centro Dental Docente Cayetano Heredia between the years 2015-2019. **Materials and Methods:** Observational and cross-sectional study. **Results:** 242 cases of benign odontogenic tumors were reported. Among the most frequent lesions we obtained Odontoma (86, 35.54%), followed by Ameloblastoma (81, 33.47%), and Odontogenic Myxoma/Myxofibroma (36, 14.88%). The age range in which they occurred was 19-26 years (80, 33.05%). The female sex showed a greater predilection with 54.55%, and the most affected anatomical area was the mandible (107, 44.21%), mainly in the mandibular body. **Conclusions:** In this study we found Odontoma, among all the benign odontogenic tumors, as the most frequent tumor with a higher prevalence in the female sex, in the range of 19-26 years, the most affected anatomical area was the mandibular body and the most frequent treatment was aggressive.

Keywords: Pathology, Odontogenic Tumor, Ameloblastoma.

I. INTRODUCCIÓN

El estudio se realizó teniendo como base a las historias clínicas de pacientes con tumores odontogénicos benignos atendidos en el Centro Dental Docente Cayetano Heredia entre los años 2015-2019. El propósito es brindar información a la población acerca de este tipo de neoplasias, para así poder determinar un diagnóstico temprano, no poner en riesgo al paciente y además ofrecerle un adecuado tratamiento quirúrgico conservador dependiendo de la naturaleza de la lesión.

Los Tumores Odontogénicos son neoplasias que se dan en los maxilares y se forman a partir del tejido epitelial en la odontogénesis, algunos de ellos no llegan a hacer verdaderas neoplasias, sino alteraciones de una de las etapas de la odontogénesis (1). Las neoplasias se desarrollan como un tejido anormal que aparece en la cavidad bucal, pueden ser malignas o benignas, las malignas podrían dar metástasis y aparecer en otras partes del organismo (2).

Los tumores odontogénicos se presentan en el maxilar superior, mandíbula y tejidos blandos de la cavidad oral. La frecuencia o prevalencia de los TO puede variar según la edad, raza, sexo, área anatómica, entre otras. Según diversos estudios en TO señalan una mayor frecuencia de patologías benignas que malignas (3).

La localización más frecuente y extensión a estructuras anatómicas aledañas de los tumores odontogénicos benignos son las siguientes: dentro de los tumores odontogénicos epiteliales benignos tenemos: el Ameloblastoma que afecta al hueso mandibular en la rama ascendente, en la zona molar, en la zona premolar, región canina, seno maxilar, piso de las fosas nasales y paladar; y como tejidos circundantes están la fosa infratemporal, el espacio pterigomaxilar y en algunos casos el piso de la cavidad bucal. También se asocian a un diente no erupcionado provocando extensión anatómica hacia la base de cráneo, órbitas y fosas nasales (1); el Tumor

Odontogénico Escamoso (TOE) que afecta por igual ambos maxilares, provocando una expansión hacia los senos maxilares, paladar, fosas nasales y los carrillos (2); el Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (TOEC), que suele afectar en el maxilar superior a la zona de premolares y en la mandíbula a la zona de los molares mandibulares (3); el Tumor Odontogénico Adenomatoides (TOA), que presenta 3 variantes clínicas: folicular, extrafolicular y periférico, y que afecta frecuentemente la región anterior del maxilar superior como la corona de caninos superiores, provocando una expansión hacia las láminas corticales, pero no infiltra al hueso (4).

Dentro de los tumores odontogénicos benignos mixtos epiteliales y mesenquimatosos tenemos: el Fibroma Ameloblástico, el cual presenta una localización más frecuente en la mandíbula, en el que a veces se asocia a un diente incluido (5); el Tumor Odontogénico Primordial, que se localiza con mayor frecuencia en la zona posterior de la mandíbula(6); el Odontoma, que contiene 2 subtipos, los cuales son el Odontoma Compuesto, que se desarrolla en el maxilar superior y suele afectar a los incisivos y caninos, seguido por las zonas anteroinferiores (7) y el Odontoma Complejo, que se desarrolla en el cuerpo posterior de la mandíbula y suele localizarse con mayor frecuencia en la zona posterior de la mandíbula, sobre los dientes impactados y presentan poca regularidad en la zona anterior del maxilar superior(8). Ambos tipos de odontomas son lesiones asintomáticas de crecimiento lento, generalmente asociados a dientes no erupcionados. Poseen un diámetro de 10 - 30 mm, pero algunas veces alcanza hasta 80 mm de diámetro, logrando así desplazar y reabsorber los dientes e impidiendo su erupción, pudiendo ser múltiples (24, 25).

El Tumor de Células Fantasma Dentinogénico (TEF) puede darse en ambos maxilares, la variante intraósea afecta la zona anterior de la mandíbula, mientras que la variante extraósea afecta la región del canino hasta la primera molar (9).

Dentro de los tumores odontogénicos mesenquimales benignos tenemos: el Cementoblastoma, que afecta con mayor frecuencia a la mandíbula en la zona de premolares y molares inferiores, está asociado a la raíz del diente y provoca una expansión ósea tanto interna como externa (10). En el caso del Fibroma Odontogénico, este se da en mayor proporción en el área posterior de la mandíbula, además tiene un crecimiento lento y progresivo, el cual tiene como resultado la expansión cortical. También puede estar asociada a dientes no erupcionados, puede observarse desplazamiento y/o reabsorción de dientes adyacentes (11). Otro tumor de este grupo es el Mixoma, el cual se ubica con mayor recurrencia en el área posterior de la mandíbula, sucesivo al área de los incisivos, del maxilar y el cóndilo mandibular (12). Finalmente está el Fibroma Cemento-Osificante, este suele presentarse en el maxilar superior, aunque también puede afectar el hueso orbital, frontal, paranasal y temporal (5).

Los tumores benignos de la cavidad oral son malformaciones de tejido que aparecen en la región maxilofacial, según sus características crecen lentamente, generalmente no producen metástasis a excepción del Ameloblastoma Metastatizante, están circunscritos y en su crecimiento desplazan las estructuras que los rodean; mientras que los tumores malignos de la cavidad oral presentan características opuestas como: crecen rápidamente, generan metástasis y exponen a un estado de riesgo a la persona (3,6).

Los TO benignos suelen diagnosticarse con frecuencia mediante imágenes de rutina dependiendo de su presentación y ubicación anatómica, y no de manera clínica, por ser asintomáticos en los períodos tempranos de su desarrollo y cuando alcanza tamaños significativos se vuelven sintomáticos, teniendo las características de incremento de volumen de la cara, maloclusión o dolor de dientes en la zona afectada, provocando así reabsorción ósea y/o radicular (15).

Luego de realizar los exámenes clínicos es necesario realizar exámenes complementarios para obtener un diagnóstico más concreto acerca de la lesión que el paciente puede presentar. Los exámenes histopatológicos muestran el potencial de crecimiento que tiene la lesión y una amplia variedad de cuadros histológicos obtenidos mediante biopsias (17). La biopsia excisional se realiza para lesiones menores de 1 cm, la biopsia por aspiración cuando la lesión se presenta en forma líquida y la biopsia incisional es para lesiones mayores de 1 cm, para estos tipos de biopsia se extraerá una parte de la lesión para luego tñirlo con la tinción histológica y así obtener un buen margen, el cual es ideal para confirmar el diagnóstico clínico y radiográfico (18, 2).

Los exámenes histopatológicos observados en algunas ocasiones no suelen ser muy específicos, por lo que es necesario recurrir a los exámenes inmunohistoquímicos y moleculares para alcanzar un resultado más acertado. Los marcadores inmunohistoquímicos de proliferación celular nos ayudan a pronosticar el comportamiento biológico en las lesiones odontogénicas en relación a la muerte celular y a la actividad proliferativa de estos, causada por la inflamación (10,11).

Las imágenes utilizadas frecuentemente en el diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos son: Radiografía Intraoral, Radiografía Panorámica, Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética y Ecografías, para detectar lesiones anormales en la cavidad bucal y son eficaces para el diagnóstico diferencial y la determinación de la extensión de las lesiones. La Radiografía Intraoral se utiliza cuando la lesión es pequeña, menor de 2 cm de diámetro, por el tamaño de la película. La Radiografía Panorámica nos sirve para observar todos los reparos anatómicos (tejidos blandos, piezas dentales y huesos de la cara). La Tomografía Computarizada nos brinda una imagen en tres dimensiones y con mayor precisión, permitiéndonos observar el grado de

destrucción, inflamación y calcificación del hueso cortical. La Resonancia Magnética nos ayuda a diferenciar entre los quistes y tumores, evaluando la infiltración y detección de los cambios en la médula ósea de la mandíbula y del maxilar (19).

Al momento de realizar un diagnóstico, se debe tener en cuenta características como edad, sexo, localización y su apariencia radiográfica, ya que de acuerdo a esto se puede saber la diferencia entre un tumor benigno o maligno. La etiología de estos tumores aún es desconocida; ya que suele surgir sin una causa aparente (20).

Dentro de los tumores benignos, los menos agresivos requieren de tratamiento conservador y los más agresivos necesitan un tratamiento radical como por ejemplo la resección maxilar, sin embargo, cabe resaltar que esto es muy global y el especialista debe saber que el tratamiento será individualizado de manera diferente según el tipo de paciente, la lesión que presenten y su comportamiento (14).

El personal médico al momento de escoger una adecuada opción para el tratamiento debe tener en cuenta algunos criterios como permitir la eliminación de la lesión, favorecer la regeneración ósea, tener una cicatrización eficaz y rápida para disminuir las secuelas estéticas que pueda dejar el tratamiento y evitar la recidiva de la lesión (16). Además, puede ser útil como un tratamiento prequirúrgico en pacientes jóvenes la marsupialización, debido a que limita la extensión de la cirugía y minimiza el volumen del tumor (1).

Los tratamientos más comunes para los tumores de los maxilares dependen del comportamiento del tumor y estas se dividen en dos: Tratamiento conservador: curetaje, marsupialización y

enucleación (Con o sin curetaje) y Tratamientos agresivos: resección en bloque o marginal, resección parcial y resección total (21).

Si estos tumores no son diagnosticados oportunamente, el tratamiento podría variar y tener complicaciones como la fractura del hueso maxilar o hasta extenderse a estructuras adyacentes cerca del maxilar (15).

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú durante el periodo de 2000 a 2007, se desarrolló un estudio, donde se halló que los tipos tumorales más usuales fueron el Mixoma (18,92 %), Fibroma Odontogénico (13,51 %) y Lesión Central de Células Gigantes (13,51 %), encontrados en 37 personas atendidas en dicho hospital. La prevalencia de los tumores odontogénicos fue más recurrente en la tercera década de vida y en el sexo femenino (64,86%) en comparación con el sexo masculino (35,14%). El área anatómica con más afectación fue el maxilar inferior en el sector posterior (22).

En un estudio realizado en 2017 en Brasil, con la clasificación de la OMS del 2005 se obtuvo de 376 pacientes, que los Queratoquiste (31.6%) eran los más frecuentes, seguidos del ameloblastoma (28,5%) y el odontoma (22,6%). La edad promedio fue de 32,2 años. La proporción de hombres a mujeres es de 1: 1,37, con una proporción de maxilar y mandíbula de 1: 2,08 (13).

En 2017, se realizó un estudio retrospectivo basado en la clasificación de la OMS del 2005 en la región de Marathwada, India. En total se recibieron 2652 muestras de tejido para examen histopatológico, de las cuales solo 127 eran casos de tumores odontogénicos. Entre estos, la relación hombre:mujer fue de 1.04: 1 con una proporción mandíbula: maxilar de 1.01: 1. El tumor odontogénico benigno más frecuente fue el queratoquiste (44,9%). Los ameloblastomas

fueron los segundos tumores benignos más frecuentes (35,43%), seguidos del odontoma (7,08%) y el tumor odontogénico adenomatoide (4,72%). La cuarta década fue la edad más recurrente (31,49%) (23).

En un estudio realizado en el año 2018 en Nigeria, usando la clasificación de la OMS (2017). En total se registraron 582 casos de tumores odontogénicos, de los cuales fueron 573 casos (98,5%) benignos y los malignos fueron 9 casos (1,5%). De los TO benignos, los TO epiteliales fueron los más frecuentes (500; 86%) mientras que los TO mixtos benignos fueron los menos frecuentes (21; 3,6%). La edad media fue en la tercera década (197; 33,8%) de vida. El ameloblastoma, fue el TO más frecuente representando el 75,5% de los TO, seguido del tumor odontogénico adenomatoide (8,1%) y el mixoma odontogénico (7,2%) (26).

Varios estudios evidencian que existen discrepancias en la frecuencia de los tumores odontogénicos benignos. Además la mayoría de estos se encuentran basados en la clasificación de la OMS del 2005, por lo que hay pocos estudios realizados con la clasificación del año 2017 y en nuestro país son aún más escasos. La nueva clasificación de Tumores de Cabeza y Cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2022 y publicada en el 2023, sale cinco años después de la edición anterior presentando importantes actualizaciones (24). En esta nueva clasificación se adiciona el ameloblastoma adenoide y se presentó un cambio en el tipo de ameloblastoma sólido/multiquístico pasando a llamarse ameloblastoma convencional. En la clasificación del 2017 el término “sólido/multiquístico” cumplía esta función (25), en la nueva actualización fue reemplazado por el término “convencional”.

Los nuevos principios de la clasificación requirieron como término descriptivo de “convencional”, ya que no es una agrupación de subtipos y es importante diferenciarlo de los demás ameloblastomas. El ameloblastoma adenoide ha sido reconocida recientemente como una entidad en la categoría de tumores odontogénicos benignos, la cual en esta nueva clasificación se

le define como una neoplasia epitelial caracterizada por una arquitectura cribiforme y estructuras similares a conductos. Actualmente, el ameloblastoma metastásico se continúa considerando dentro del grupo de los ameloblastomas, evidenciando una similitud con respecto a la clasificación del 2017. Además, al Odontoma se generaliza los 2 tipos (Compuesto y simple) a un solo tipo. Con respecto a los demás tipos de tumores odontogénicos benignos no hubo diferencia entre las clasificaciones.

El presente estudio nos permitirá hacer un estudio tanto teórico, clínico y social, en base a la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de los tumores odontogénicos benignos hallados en la cavidad oral de pacientes que fueron atendidos en el Centro Dental Docente Cayetano Heredia, teniendo en cuenta la prevalencia de estos tumores. La finalidad de esta investigación es crear conciencia en la sociedad y en los profesionales de la salud acerca de la importancia del diagnóstico temprano y evitar tratamientos agresivos. Por lo que hacemos la siguiente pregunta: ¿Cuál fue la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes que acudieron al Centro Dental Docente Cayetano Heredia?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes que acudieron al Centro Dental Docente Cayetano Heredia entre 2015-2019.

Objetivos Específicos

1. Determinar la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de los tumores odontogénicos benignos en pacientes según el sexo.
2. Determinar la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según la edad.
3. Determinar la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el lugar de referencia.
4. Determinar la frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el área anatómica afectada.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. La población inicial originalmente fue de 343 historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de tumores odontogénicos benignos, de las cuales por criterios de selección, se excluyeron 102 historias, resultando en una muestra final de 242 historias clínicas del Centro Dental Docente Cayetano Heredia comprendidos entre los años 2015-2019. Se incluyeron las historias clínicas de biopsias de pacientes que acudieron al servicio de cirugía oral y maxilofacial del Centro Dental Docente Cayetano Heredia, Hospitales y de pacientes atendidos en consulta particular por los cirujanos maxilofaciales, pacientes atendidos durante los años 2015-2019, con historia completa y con diagnósticos de tumores odontogénicos benignos. Se excluyeron las historias clínicas de pacientes con información incompleta (Anamnesis Incompleta).

Definición operacional de variables

(Anexo 1. Cuadro de Operacionalización de Variables).

- a. Diagnóstico de tumor odontogénico benigno: Son los tumores odontogénicos conformados por estudios histopatológicos según la clasificación de la OMS 2022. La información se recolectó de los diagnósticos de las historias clínicas registradas. Variable de tipo cualitativo y escala politómica nominal donde las probables respuestas son: Según la clasificación de la OMS 2022-Desglose ver en Anexo 3.
- b. Tratamiento de los tumores odontogénicos benignos: Son los medios que se utilizan para

curar o aliviar los tumores odontogénicos benignos. La información se recolectó de los tratamientos de las historias clínicas registradas. Variable de tipo cualitativo y escala nominal donde las probables respuestas son: 1= No se realizaron ningún tratamiento, 2= Tratamiento Conservador, 3= Tratamiento Agresivo.

- c. Sexo: Es el conjunto de características fisiológicas de una especie, que los divide en masculinos y femeninos. La información se recolectó del sexo masculino o femenino registrados en la historia clínica. Variable de tipo cualitativo y de escala dicotómica nominal donde las posibles respuestas son: 1= Masculino, 2= Femenino.
- d. Edad: Es el tiempo de vida que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo. La información se recolectó de los años registrados en la historia clínica. Variable de tipo cualitativa y escala ordinal donde las posibles respuestas son: 1= 0 a 5 años, 2= 6 a 11 años, 3= 12 a 18 años, 4= 19 a 26 años, 5= 27 a 59 años, 6= 60 años a más.
- e. Lugar de procedencia: Se consideró el lugar de referencia del paciente. Variable de tipo cualitativo y de escala politómica nominal donde las posibles respuestas son: 1= Centro Dental Docente Cayetano Heredia, 2= Hospitales, 3= Particular/Clínicas Privadas.
- f. Área anatómica afectada: Hace referencia a la ubicación o sitio específico de la lesión. Se consideró la ubicación anatómica afectada registrada en la historia clínica. Variable de tipo cualitativo y de escala politómica nominal donde las posibles respuestas son: 1= Maxilar Derecho, 2= Maxilar Izquierdo, 3= Sínfisis Mandibular, 4=Rama Mandibular, 5= Cuerpo Mandibular.

Procedimientos y técnicas

Se solicitó el permiso a la Jefatura del Departamento académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial y al servicio de cirugía oral del Centro Dental Docente Cayetano Heredia para obtener las historias clínicas físicas y digitales como la base de datos de los pacientes que se

atendieron en dicho servicio en el periodo del 2015 al 2019. Se solicitó la autorización al servicio de laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente Cayetano Heredia para obtener las fichas de histopatología según las historias clínicas; en base a eso se revisó y se recopiló la información de cada una de las historias clínicas respectivas que cumplieran con todos los criterios de inclusión de la base de datos obtenidos. Dicha información se recopiló en una ficha de base de datos elaborada en el programa Excel, por indicación del asesor y fue aprobada por el servicio de Patología Bucomaxilofacial.

Las 3 integrantes a cargo del presente estudio, realizamos la revisión de las Historias Clínicas dentro de un periodo de 18 meses, realizamos la revisión de las historias clínicas comprendidas desde el periodo de 2015 a diciembre de 2019, en total se revisaron 344 historias clínicas con diagnóstico de tumores odontogénicos benignos, de las cuales por criterios de exclusión e inclusión obtuvimos una población conformada por 242 historias clínicas del Centro Dental Docente Cayetano Heredia.

Aspectos éticos del estudio

El estudio se ejecutó después de obtener la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH), una vez que fue aprobado por el comité de ética fue hecho de conocimiento a la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería.

Los consentimientos informados de los pacientes están implícitos en la historias clínicas al momento de autorizar el procedimiento quirúrgico.

Los datos de los pacientes se anonimizaron y se codificaron por protección personal y este banco de datos se entregó al Jefe de Departamento para su posterior guardado.

Se guardará en la base de datos general del Departamento correspondiente con el nombre de

nuestro proyecto.

Plan de análisis

El estudio tuvo un análisis descriptivo y bivariado. Primero se obtuvo las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas. Luego se procedió a realizar un análisis bivariado por medio de la prueba de chi cuadrado para hallar vínculos entre las variables. Este estudio se usó con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$. Se usó el programa estadístico STATA 16.

IV. RESULTADOS

En la tabla 1 se halló que el tipo de tumor más frecuente de los tumores odontogénicos benignos fueron los TO epiteliales (95, 39.26%) mientras que los TO mesenquimales benignos fueron los menos frecuentes (23.97%). El Odontoma, fue el TO más frecuente (86, 35.54%), seguido del ameloblastoma (81, 33.47%) y el mixoma odontogénico (36, 14.88%). El TO con menor frecuencia fue el Tumor Odontogénico Primordial (1, 0.41%), el segundo menos frecuente fue el Fibroma Ameloblástico (2, 0.83%) y el Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (5, 2.07%) fue el tercero menos frecuente. Se registraron un total de 198 pacientes (81.82%) que no se realizaron un tratamiento oportuno, sin embargo no se debe descartar la posibilidad de que hayan recibido atención en otros centros de salud, ya sea en hospitales o consultorios particulares. Por otro lado, 44 pacientes (18.18%) se realizaron tratamientos tanto conservadores como agresivos, siendo este último el más utilizado.

En la tabla 2 se tomaron en cuenta un total de 242 muestras, de las cuales el 45.45% de los participantes fueron hombres, es decir 110 participantes y el 54.55% restante fueron mujeres, es decir 132 participantes. Según el sexo, quienes presentaría mayor frecuencia de tumores odontogénicos benignos, es el sexo femenino con un 54.55% (132 personas), a diferencia del sexo masculino con un 45.46% (110 personas).

En los tratamientos agresivos se visualiza una mayor diferencia en ambos sexos, siendo el masculino el más prevalente (20, 8.26%) y el femenino el menor (9, 3.72%); a diferencia del tratamiento conservador, siendo el sexo femenino más prevalente (10, 4.13%) y el masculino menos prevalente (5, 2.07%), dando así como resultado que el sexo masculino tuvo mayor frecuencia de tratamientos (25, 10.33%) y el sexo femenino menor frecuencia (19, 7.85%).

En la tabla 3 se consideró la clasificación de la OMS para la distribución de los grupos etarios para poder recopilar nuestra información para este proyecto. Según la edad obtuvimos que, de los tumores odontogénicos benignos, el rango de edad más frecuente fue 19 a 26 años (80, 33.05%), seguido de los pacientes de 6 a 11 años (66, 27.27%), luego los de 12 a 18 años (47, 19.42%), 0 a 5 años (33, 13.64%) y finalmente el rango de edad más infrecuente fue de 60 años a (2, 0.83%).

El rango de edad con más frecuencia de tratamiento agresivo fue de 12-18 años (10, 4.13%), sin embargo, en los tratamientos conservadores hay una frecuencia uniforme (4, 1.65%) en los rangos de edad de 6-11, 12-18 y 19-26 años.

En la tabla 4, con respecto al lugar de referencia donde se brindó el diagnóstico y tratamiento de los tumores odontogénicos benignos, se obtuvieron los siguientes resultados: 94 (38.84%) de los casos con presencia de tumores odontogénicos benignos fueron atendidos en el Centro Dental Docente Cayetano Heredia, 67 (27.69%) en hospitales y 81 (33.47%) en clínicas privadas.

En este caso solo se logró hacer seguimiento de las personas que fueron atendidas y se realizan tratamientos para su caso en el Centro Dental Docente Cayetano Heredia siendo un total de 32 (17.36%).

En la tabla 5 el área anatómica afectada más frecuente para los TO fue en el cuerpo mandibular con un total de 88 casos (36.36%), seguido del maxilar derecho con un total de 107 casos (44.21%) y el área anatómica menos frecuente fue la rama mandibular con un total de 12 casos (4.95%). Clasificándose en maxilar y mandibular, obtendremos que el área anatómica más afectada es en la mandibular (61.55%) a diferencia del maxilar (38.42%).

El tratamiento agresivo fue más común en el cuerpo mandibular (5.78%), se observó de igual forma en el tratamiento conservador (2.89%).

Sin embargo, la mayor cantidad de TO no recibieron tratamiento en el Centro Dental Docente Cayetano Heredia, representando así al 82.19% de los casos.

V. DISCUSIÓN

Los tumores odontogénicos se toman en cuenta como casos poco habituales debido a que representan un porcentaje reducido de casos, tomando en cuenta el total de patologías que afectan tanto a los tejidos blandos como al hueso. No obstante, su frecuencia es notoria en relación a las lesiones tumorales de los maxilares. En su mayoría, estos tumores odontogénicos son benignos, aunque algunos de ellos puedan llegar incluso a tener un comportamiento evolutivo agresivo, esto puede deberse a la posibilidad de recidiva o por la gran destrucción ósea que producen los TO, causado por el voluminoso tamaño que suelen alcanzar.

Se han reportado diferentes estudios en estos años tanto a nivel nacional como internacional basado con las clasificaciones de los años 2005 y 2017, pero aún no se tiene ningún estudio reportado con la nueva clasificación del 2022.

Según este estudio basado en la clasificación más actual de la OMS (2022), en total se registraron 242 casos de tumores odontogénicos benignos. Se obtuvo el tumor más prevalente al odontoma (35.54%), continuando con el ameloblastoma (33.47%) y el Mixoma/Mixofibroma Odontogénico (14.88%). Los resultados se asemejan a los obtenidos en los diferentes estudios realizados basados en la clasificación de la OMS (2005) a nivel nacional en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Perú entre los años 2000 al 2007 dando como resultado los tumores más frecuentes el Mixoma Odontogénico (18.92%) y el Fibroma Odontogénico (13.51%) (22), y a nivel internacional el otro estudio es en Brasil en el año 2017, con resultados del Queratoquiste

(31.6%), el Ameloblastoma (28.5%) y Odontoma (22.6%) (13) y el último estudio realizado en la ciudad de Marathwada en India en el año 2017, teniendo al Queratoquiste (44.9%), el Ameloblastoma (35.43%) y Odontoma (7.08%) (23). Al momento que realizaron los estudios mencionados utilizaron la clasificación 2005 que da como resultado al queratoquiste como el TOB más frecuente pero siendo nuestro estudio con la clasificación más reciente, donde se reclasificó al Queratoquiste ya no como un Tumor Odontogénico Benigno, sino como un Tumor Odontogénico maligno, dando un resultado diferente para las siguientes investigaciones, por ende solo obtendremos una concordancia con los Tumores Odontogénicos Benignos más frecuentes como son el Ameloblastoma y el Odontoma. También se registraron estudios basados en la clasificación 2017 a nivel internacional. En Quito, se reportó un estudio de los años 2011 al 2016 el cual dio como resultado al TO Benigno más frecuente al Ameloblastoma (41.50%), seguido del Odontoma (42.86%) y al Mixoma Odontogénico (16.46%) (27), este estudio se asemeja al nuestro considerando a estos tres tumores como los más frecuentes. El otro estudio se realizó en Sinaloa en el periodo de los años 2014 al 2019, donde se obtuvo al Fibroma Cemento-Osificante (33.33%), Odontoma (28.57%) y al Ameloblastoma (23.81%) como Tumores Odontogénico Benignos más frecuentes (28). Comparándolo con nuestro estudio, sólo consideraremos al Odontoma y al Ameloblastoma como los más frecuentes igual que nuestro estudio.

De menor frecuencia obtuvimos al Tumor Odontogénico Primordial (0.41%), seguido del Fibroma Ameloblástico (0.83%) y el Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (2.07%), asemejándose al estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2000 al 2007, donde se tuvo como resultado a los tumores menos frecuentes al Tumor Odontogénico Adenomatoides, Fibroma Ameloblástico, Cementoblastoma y Tumor Odontogénico Escamoso (2.7%) (22). Con nuestro estudio tenemos una similitud con el tumor Fibroma Ameloblástico considerándolo el menos frecuente en ambos estudios.

De los TO benignos registrados en el Centro Dental Docente Cayetano Heredia, los TO epiteliales fueron los más frecuentes (95, 39.26%) mientras que los TO mesenquimales benignos fueron los menos frecuentes (25, 23.97%) reportados desde 2015-2019. En comparación al otro estudio que se realizó en Nigeria en el año 2018 basado en la clasificación de la OMS (2017) se evidencia una similitud con nuestro estudio con el tipo de tumor más frecuente los TO Epiteliales (500, 86%) a diferencia con la menor frecuencia que en este estudio da como resultado el TO Mixtos Benignos (21, 3.6%) y en nuestro estudio fue el TO mesenquimales benignos (23).

En cuanto al sexo que tuvo mayor afección por las patologías, no encontramos mucha diferencia en el estudio con una proporción de hombre / mujer 110 (45,45%) : 132 (54.54%), siendo el comportamiento similar a lo que señala un estudio de casos realizado en una población brasileña, publicado en el año 2017 en el que se obtuvo proporción hombre / mujer de 91(38.7%) : 144(61.2%) (13), sin embargo en un estudio de casos y revisión de la literatura realizado en Nigeria publicado en el año 2018 se encontró una proporción hombre / mujer de 318 (55.5%) : 255 (44.5%) (23), lo que discrepa ligeramente con los resultados de nuestro estudio.

El área anatómica afectada más frecuente para los TO, fue en el cuerpo mandibular, con un total de 107 casos (44.21%) seguido del maxilar derecho con un total de 50 casos (20.66%) y el área anatómica menos frecuente fue la rama mandibular con un total de 12 casos (4.95%). Clasificándose en maxilar y mandibular obtendremos que el área anatómica más afectada es en la mandibular (61.55%) a diferencia del maxilar (38.42%). Comparando nuestro estudio con los dos estudios reportados con la clasificación de la OMS 2017, una en Quito (27) y el otro en Sinaloa (28), obteniendo como resultado al área más afectada a la mandíbula con 79% y 57.2% respectivamente, lo cual nos dará el mismo resultado que nuestro estudio.

El tratamiento más frecuente realizado en el Centro Dental Docentes fue el tratamiento agresivo, siendo lo ideal la resección para el Ameloblastoma y al Mixoma por su prevalencia de recidiva, a diferencia del Odontoma en el que el tratamiento ideal fue la extracción dental más la enucleación del tumor, tratándose este último de un tratamiento conservador por presentar menos casos de recidiva. Según el estudio realizado en la UPCH en el año 2011 sobre el tratamiento conservador de los tumores odontogénicos benignos de los maxilares, da concordancia con nuestro estudio, en el que menciona que el Ameloblastoma y el Mixoma requieren de un tratamiento agresivo, siendo estos resecciones segmentarias, hemimandibulectomía ó hemimaxilectomía según el grado de extensión y que para el Odontoma, en congruencia según lo encontrado en una revisión de la literatura realizado en México indica que, dado que este tipo de tumor se encuentra encapsulada y no presenta alto porcentaje de recidivas, el tratamiento recomendado es la enucleación. (14, 29)

VI. CONCLUSIONES

En este estudio encontramos al Odontoma, entre todos los tumores odontogénicos benignos como el tumor más frecuente, con una prevalencia mayor en el sexo femenino en el rango de 19-26 años, el área anatómica más afectada fue el cuerpo mandíbular y el tratamiento más frecuente fue el agresivo.

La mayor frecuencia tumores benignos de origen odontogénico según el tratamiento, obtuvimos al tratamiento agresivo con un 11.98%, a diferencia del tratamiento conservador con un 6.20%.

La mayor frecuencia de tumores benignos de origen odontogénico según la edad, se encontró que fue en pacientes en el rango de edad de 19-26 años (33.06%), en el caso del Odontoma se presentaron en pacientes de 6 a 11 años (14,05%), el Ameloblastoma en pacientes de 19 a 26 años (14,05%) y el Mixoma Odontogénico en pacientes de 19 a 26 años (6,61%), no obstante, no existió diferencia significativa entre la edad y los tumores benignos de origen odontogénico. (p <0.0001)

La mayor frecuencia de Tumores Benignos de Origen Odontogénico según el sexo, se evidenció en los pacientes del sexo femenino (54.55%), este mismo comportamiento también ocurrió con los pacientes que fueron diagnosticados con Odontoma (20.66%) y Mixoma Odontogénico (9.50 %); en relación a los que obtuvieron el diagnóstico de Ameloblastoma fueron los pacientes del sexo masculino (19,33%), en semejanza los que presentaron mayor frecuencia de tratamientos agresivos fueron los pacientes del sexo masculino (10.33%).

La mayor prevalencia de Tumores Benignos de Origen Odontogénico según su ubicación anatómica, se mostró en el cuerpo mandibular (44.21%). La prevalencia y localización anatómica por tumor fue la siguiente; Ameloblastoma en el cuerpo mandibular (21.89%), Odontoma en el maxilar derecho (11.98%) y Mixoma ubicado en el maxilar izquierdo (3.30%).

VII. RECOMENDACIONES

Se sugiere utilizar la base de datos de este estudio para futuras investigaciones y poder ampliar este estudio con los diferentes centros de salud del país.

Se recomienda a los especialistas tomar en cuenta la nueva clasificación brindada por la OMS 2022 para los futuros exámenes anatomopatológicos e informar a los pacientes sobre el correcto tratamiento para estos tumores, y así pueda haber un correcto seguimiento de los tratamientos realizados y no haya una escasez de datos como manifestamos en este estudio.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales D. Ameloblastoma: Revisión de la literatura. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 Sep [citado 2024 Ene 18] ; 46(3): 48-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300006&lng=es.
2. Yoris O., Pérez L., Molina C. Tumor odontogénico escamoso. una neoplasia poco común. Reporte de caso. MedULA [Internet]. 2009 Jul [citado 2024 Ene 18] ; 18(2): 134-137. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/30693/articulo11.pdf;jsessionid=FC43EB33FF46531C677BE35E437BBD60?sequence=5>
3. Ortega C., Núñez C., Quezada G., Espinoza I., Donoso T. Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante maxilar superior: reporte de un caso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2019 Ago [citado 2024 Ene 18] ; 12(2): 100-102. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072019000200100&lng=es.
4. Duque F., Castellón L., Ardila C. Caracterización del tumor odontogénico adenomatoide en una población Colombiana. Rev. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2013 Abr [citado 2024 Ene 18] ; 17(2): 187-200. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000200010&lng=es.

es.

5. Chrcanovic B., López R., Horta M., Freire-Maia B., Souza L. Fibroma osificante central en el maxilar superior: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2011 Feb [citado 2024 Ene 18] ; 27(1): 33-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000100004&lng=es.
6. Hernández O., Sánchez J. Neoplasias odontogénicas benignas. Revisión de la literatura. *Invest. Medicoquir* [Internet]. 2019 Sep [citado 2024 Ene 18] ; 11(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2019/cmq193q.pdf>
7. Palacios D., Guzmán B., Miranda J., Ramos C. Odontoma compuesto: revisión de la literatura y reporte de un caso con 40 denticulos. *Rev ADM* [Internet]. 2016 Jul.-Ago. [citado 2024 Ene 18] ; 73(4): 206-211. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od164i.pdf>
8. Núñez L., Zamorano G., Moreno M., Landaeta M., Fernandez M., Donoso F. Odontoma complejo erupcionado: reporte de un caso. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* [Internet]. 2016 Abr [citado 2024 Ene 18] ; 9(1): 8-12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000100002&lng=es.
9. Castillo L., Moran J., Alonso H., Rodríguez N. Tumor dentinogénico de células fantasma. Un tumor odontogénico raro. *An Radiol México* [Internet]. 2015 [citado 2024 Ene 18] ; 14(4): 441-445. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2015/arm154l.pdf>
10. Merino C., Siré A., Albornoz C. Cementoma. *Arch. méd. camagüey* [Internet]. 1997 [citado 18 Ene 2024]; 1 (2) Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/3666/1925>

11. Riquelme E., Alegría S., Badilla R. Fibroma Odontogénico Central de Mandíbula: Revisión de la Literatura a Propósito de un Caso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Ene 18] ; 12(3): 144-147. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072019000300144&lng=es.
12. Cadena J., Hernández S., Tapia D., Aldape B. Mixoma odontogénico, revisión de la literatura. Presentación de un caso y seguimiento a dos años. Rev. Méx. de Cirugía Bucal y Maxilofacial [Internet]. 2015 Sep-Dic [citado 2024 Ene 18] ; 11(3): 91-99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2015/cb153d.pdf>
13. Lima R., Turatti E., Cordeiro R., Barroso R. The relative frequency of odontogenic tumors: A study of 376 cases in a Brazilian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2017 Mar [citado 2024 Ene 18] ; 22(2): 193-200. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359699/>
14. Pacheco G. Tratamiento conservador de tumores benignos de los maxilares. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. Disponible en: <https://www.cop.org.pe/bib/tesis/GUSTAVOPACHECOCAMA.pdf>.
15. Ringer E., Kolokythas A. Bone Margin Analysis for Benign Odontogenic Tumors: Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, [Internet]. 2017 May 27. [citado 18ene.2024]; 2017; 29(3): 293–300. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2017.03.006>.
16. Harris J., Martines A., Díaz A. Tumor odontogénico queratoquístico: Tratamiento conservador con injerto autólogo combinado con plasma rico en plaquetas. Acta Odontol. Venez. [Internet]. 2012; 50(1): 37 -38. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/lil-676750>.

17. Delgado W., Arrascue M., Calderón V., Paniura D. Tumor odontogénico híbrido: tumor odontogénico quístico calcificante con odontoma complejo y focos de ameloblastoma. Rev. estomatol. [Internet]. 24 sep. 2014. [citado 18 ene.2024]; 16(2):120. Available from:<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/1916>.
18. López M. Aspectos Clínicos, radiología e inmunohistoquímicos de los quistes dentigeros [Trabajo fin de master]. España: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en:
<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/f5a6edad-4498-48d2-a3fa-b5ea59bc6741/content>
19. Kaneda T., Minami M., Kurabayashi T. Benign odontogenic tumors of the mandible and maxilla. Neuroimaging Clin N Am [Internet]. 2003;13(3):495–507. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1052514903000327/first-page-pdf>.
20. Cusma J. Diagnóstico y Tratamiento del Ameloblastoma. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista] Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. Disponible en:
<https://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/JULIAARACELLYCUSMAORTIZ.pdf>
21. Escobar M., Fernández M. Manejo Quirúrgico de Tumores De Los Maxilares. Rev. Act Clin [Internet]. 2012. Disponible en:
http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-3768201201000007&lng=pt&nrm=iso
22. Palomino P. Prevalencia de tumores odontogénicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2000 al 2007 [Tesis para obtener profesional Cirujano Dentista] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. Disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2214/Palomino_mp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Razek A. Odontogenic tumors: Imaging-based review of the fourth edition of world health organization classification. J Comput Assist Tomogr. [Internet]. 2019. Disponible en:
https://journals.lww.com/jcat/abstract/2019/09000/odontogenic_tumors_imaging_based_review_of_the.1.aspx
24. Vered M., Wright J. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. Head Neck Pathol [Internet]. 2017. 11(1): 68–77. [citado 2024 Ene 19]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28247226/>.
25. El-Naggar A., Chan J., Grandis J., Takata T., Slootweg P. WHO Classification of Head and Neck Tumours [Internet]. 4th Edition, Volume 9. France:International Agency for Research on Cancer (IARC); 2017. [citado 2024 Ene 19] Disponible en:
<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Head-And-Neck-Tumours-2017>.
26. Aregbesola B et al. Odontogenic tumours in Nigeria: A multicentre study of 582 cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341260/>
27. Córdova A. Prevalencia de tumores benignos de origen odontogénico en pacientes atendidos en el Hospital Eugenio Espejo durante los años 2011 a 2016 [Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Cirujano Oral]. Quito: UCE; 2017. Disponible en:
<https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/0c84857b-dc7b-450a-9519-326b06b6c4c3>

28. Félix F., Ríos E., Urias C. Frecuencia de tumores odontogénicos: Un estudio multicéntrico en población sinaloense. Rev Med UAS. 2020;10(4):202-209. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinaloa/uas-2020/uas204e.pdf>.
29. Thistle L., Muela D., Nevarez M., Ríos V., Névarez A. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-aspectos-de-scriptivos-del-odontoma-revision-S1870199X16300611> .

IX. TABLAS

Tabla N°1: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes que acudieron al Centro Dental Docente Cayetano Heredia

VARIABLES	N	%
Diagnóstico		
Ameloblastoma	81	33.47
Tumor Odontogénico epitelial calcificante	5	2.07
Tumor Odontogénico adenomatoide	9	3.72
Fibroma ameloblástico	2	0.83
Tumor Odontogénico primordial	1	0.41
Odontoma	86	35.54
Fibroma odontogénico	7	2.89
Mixoma/Mixofibroma odontogénico	36	14.88
Cementoblastoma	6	2.48
Fibroma cemento-osificante	9	3.72
Tratamiento		
No se realizan tratamiento	198	81.82
Tratamiento Conservador	15	6.2
Tratamiento Agresivo	29	11.98
Total	242	100

N: Frecuencia Absoluta Simple

=: Frecuencia Relativa Simple

Tabla N°2: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el sexo

	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Total n (%)	Valor p
Diagnóstico				
Ameloblastoma	48 (19.83)	33 (13.64)	81 (33.47)	
Tumor Odontogénico epitelial calcificante	3 (1.24)	2 (0.83)	5 (2.07)	
Tumor Odontogénico adenomatoide	2 (0.83)	7 (2.89)	9 (3.72)	
Fibroma ameloblástico	0 (0.00)	2 (0.83)	2 (0.83)	
Tumor Odontogénico primordial	0 (0.00)	1 (0.41)	1 (0.41)	0.110*
Odontoma	36 (14.88)	50 (20.66)	86 (35.54)	
Fibroma odontogénico	2 (0.83)	5 (2.07)	7 (2.89)	
Mixoma/mixofibroma odontogenico	13 (5.37)	23 (9.50)	36 (14.88)	
Cementoblastoma	2 (0.83)	4 (1.65)	6 (2.48)	
Fibroma cemento-osificante	4 (1.65)	5 (2.07)	9 (3.72)	
Tratamiento				
No se realizan tratamiento	85 (35.12)	113 (46.69)	198 (81.82)	
Tratamiento Conservador	5 (2.07)	10 (4.13)	15 (6.20)	0.02**
Tratamiento Agresivo	20 (8.26)	9 (3.72)	29 (11.98)	
Total	110 (45.45)	132 (54.55)	242 (100.0)	

n: Frecuencia Absoluta Simple

=: Frecuencia Relativa Simple

*Prueba Exacta de Fisher

**Prueba Chi²

Tabla N°3: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según la edad.

	0 a 5 años n (%)	6 a 11 años n (%)	12 a 18 años n (%)	19 a 26 años n (%)	27 a 59 años n (%)	60 años a más n (%)	Total n (%)	Valor p
Diagnóstico								
Ameloblastoma	6 (2.48)	11 (4.55)	22 (9.09)	29 (11.98)	11 (4.55)	2 (0.83)	81 (33.47)	
Tumor Odontogénico epitelial calcificante	0 (0.00)	2 (0.83)	1 (0.41)	2 (0.83)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (2.07)	
Tumor Odontogénico adenomatoide	1 (0.41)	7 (2.89)	1 (0.41)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (3.72)	
Fibroma ameloblástico	0 (0.00)	1 (0.41)	1 (0.41)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.83)	<0.0001
Tumor Odontogénico primordial	1 (0.41)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.41)	
Odontoma	20 (8.26)	34 (14.05)	13 (5.37)	17 (7.02)	2 (0.83)	0 (0.00)	86 (35.54)	
Fibroma odontogénico	2 (0.83)	1 (0.41)	0 (0.00)	4 (1.65)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (2.89)	

Mixoma/mixofibroma odontogénico	3 (1.24)	8 (3.31)	8 (3.31)	16 (6.61)	1 (0.41)	0 (0.00)	36 (14.88)
Cementoblastoma	0 (0.00)	2 (0.83)	1 (0.41)	3 (1.24)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (2.48)
Fibroma cemento-oscificante	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (3.72)	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (3.72)

Tratamiento

No se realizan tratamiento	27 (11.16)	54 (22.31)	33 (13.64)	70 (28.93)	13 (5.37)	1 (0.41)	198 (81.82)
Tratamiento Conservador	3 (1.24)	4 (1.65)	4 (1.65)	4 (1.65)	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (6.20)
Tratamiento Agresivo	3 (1.24)	8 (3.31)	10 (4.13)	6 (2.48)	1 (0.41)	1 (0.41)	29 (11.98)
Total	33 (13.64)	66 (27.27)	47 (19.42)	80 (33.06)	14 (5.79)	2 (0.83)	242 (100.0)

0.341

n: Frecuencia Absoluta Simple

=: Frecuencia Relativa Simple

Prueba Exacta de Fisher

Tabla N°4: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el lugar de referencia

	Centro Dental Cayetano Heredia n (%)	Hospit ales n (%)	Particulares/Clín icas Privadas n (%)	Total n (%)	Valor p
Diagnóstico					
Ameloblastoma	33 (13.64)	19 (7.85)	29 (11.98)	81 (33.47)	
Tumor Odontogénico epitelial calcificante	0 (0.00)	1 (0.41)	4 (1.65)	5 (2.07)	
Tumor Odontogénico adenomatoide	2 (0.83)	3 (1.24)	4 (1.65)	9 (3.72)	
Fibroma ameloblástico	0 (0.00)	2 (0.83)	0 (0.00)	2 (0.83)	
Tumor Odontogénico primordial	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.41)	1 (0.41)	0.095*
Odontoma	41 (16.94)	19 (7.85)	26 (10.74)	86 (35.54)	
Fibroma odontogenico	4 (1.65)	1 (0.41)	2 (0.83)	7 (2.89)	
Mixoma/mixofibroma odontogénico	9 (3.72)	16 (6.61)	11 (4.55)	36 (14.88)	
Cementoblastoma	3 (1.24)	2 (0.83)	1 (0.41)	6 (2.48)	
Fibroma cemento-oscificante	2 (0.83)	4 (1.65)	3 (1.24)	9 (3.72)	
Tratamiento					
No se realizan tratamiento	52 (21.49)	67 (27.69)	79 (32.64)	198 (81.82)	
Tratamiento Conservador	15 (6.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (6.20)	<0.0001 **
Tratamiento Agresivo	26 (11.16)	0 (0.00)	2 (0.83)	29 (11.98)	

Total	94 (38.84)	67 (27.69)	81 (33.47)	242 (100.0)
-------	------------	---------------	------------	----------------

n: Frecuencia Absoluta Simple

=: Frecuencia Relativa Simple

*Prueba Exacta de Fisher

**Prueba Chi2

Tabla N°5: Frecuencia del diagnóstico y tratamiento de tumores odontogénicos benignos en pacientes según el área anatómica

	Maxilar derecho n (%)	Maxilar Izquierd o n (%)	Sinfisis n (%)	Rama n (%)	Cuerpo mandib ular n (%)	Total n (%)	Valor p	
Diagnóstico								
Ameloblastoma	6 (2.48)	5 (2.07)	9 (3.72)	8 (3.31)	53 (21.89)	81 (33.47)	0.003	
Tumor Odontogénico epitelial calcificante	0 (0.00)	1 (0.41)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.66)	5 (2.07)		
Tumor Odontogénico adenomatoide	3 (1.24)	3 (1.24)	3 (1.24)	0 (0.00)	0 (0.83)	9 (3.72)		
Fibroma ameloblástico	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.83)	2 (0.83)		
Tumor Odontogénico primordial	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.41)	1 (0.41)		
Odontoma	29 (11.98)	24 (9.91)	15 (6.20)	2 (0.83)	16 (6.61)	86 (35.54)		
Fibroma odontogénico	2 (0.83)	2 (0.83)	0 (0.00)	1 (0.41)	2 (0.83)	7 (2.89)		
Mixoma/mixofibroma odontogénico	7 (2.89)	8 (3.30)	2 (0.82)	1 (0.41)	18 (7.44)	36 (14.88)		
Cementoblastoma	1 (0.34)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.71)	6 (2.48)		
Fibroma cemento-osificante	2 (0.83)	0 (0.00)	1 (0.41)	0 (0.00)	6 (2.48)	9 (3.72)		
Tratamiento	50	43	30	12	107			
No se realizan tratamiento	40 (16.5)	37 (14.87)	25 (10.33)	10 (4.13)	86 (36.36)	198 (82.19)		0.335
Tratamiento Conservador	5 (2.06)	2 (0.82)	1 (0.41)	0 (0.00)	7 (2.89)	15 (6.20)		
Tratamiento Agresivo	5 (2.06)	4 (1.65)	4 (1.65)	2 (0.82)	14 (5.78)	29 (11.98)		
Total	50 (20.66)	43 (17.76)	30 (12.39)	12 (4.95)	107 (44.21)	242 (100.0)		

n: Frecuencia Absoluta
Simple
%: Frecuencia Relativa
Simple
Prueba Exacta de
Fisher

ANEXOS

Anexo 1. Cuadro de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPOS	ESCALA	VALORES
Diagnóstico de tumor odontogénico benigno	Son los tumores odontogénicos conformados por estudios histopatológicos según la clasificación de la OMS 2022.	Se obtendrá dicha información de los diagnósticos de las historias clínicas registradas.	Cualitativa Politómica	Nominal	<p>1=Ameloblastoma</p> <p>2=Tumor odontogénico escamoso</p> <p>3= Tumor odontogénico epitelial calcificante</p> <p>4= Tumor odontogénico adenomatoide</p> <p>5= Fibroma ameloblástico</p> <p>6= Tumor odontogénico primordial</p> <p>7= Odontoma</p> <p>8= Tumor de células fantasmas Dentinogénico</p> <p>9= Fibroma odontogénico</p> <p>10= Mixoma/mixofibro ma odontogénico</p> <p>11= Cementoblastoma.</p> <p>12 = Fibroma cemento-osificante</p>

Tratamiento de los tumores odontogénicos benignos	Son los medios que se utilizan para curar o aliviar los tumores odontogénicos benignos.	Se obtendrá dicha información de los tratamientos de las historias clínicas registradas.	Cualitativa Politómica	Nominal	1= Sin Tratamiento 2=Tratamiento Conservador 3= Tratamiento Agresivo
Sexo	Es el conjunto de características fisiológicas de una especie, que los divide en masculinos y femeninos.	Se obtendrá dicha información del sexo masculino o femenino registrado en la historia clínica.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
Edad	Es el tiempo de vida que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Se obtendrá dicha información de los años registrados en la historia clínica.	Cualitativa	Ordinal	1= 0 a 5 años 2= 6 a 11 años 3= 12 a 18 años 4= 19 a 26 años 5= 27 a 59 años 6= 60 años a más
Lugar de Procedencia	Lugar de procedencia del paciente	Se considerará el lugar de procedencia del paciente.	Cualitativa Politómica	Nominal	1= Centro Dental Cayetano Heredia 2= Hospitales 3= Particulares/Clinicas Privadas
Área anatómica afectada	Hace referencia a la ubicación o sitio específico de la lesión.	Se considerará la ubicación anatómica afectada registrada en la historia clínica.	Cualitativa Politómica	Nominal	1= Maxilar Derecha 2= Maxilar Izquierda 3= Sínfisis Mandibular 4= Rama Mandibular

					5= Cuerpo Mandibular
--	--	--	--	--	----------------------

Anexo 2. Clasificación de los tumores benignos 2017 según OMS (14)

<p>1= Tumores odontogénicos epiteliales benignos.</p>	<p>Ameloblastomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ameloblastoma, tipo uniuquístico. - Ameloblastoma, tipo extraóseo/ periférico. - Ameloblastoma metastásico. - Ameloblastoma convencional. - Ameloblastoma adenoide. <p>Tumor odontogénico escamoso. Tumor odontogénico epitelial calcificante. Tumor odontogénico adenomatoide.</p>
<p>2= Tumores odontogénicos benignos mixtos epiteliales y mesenquimatosos.</p>	<p>Fibroma Ameloblástico. Tumor odontogénico primordial. Odontoma Tumor de células fantasmas Dentinogénesis.</p>
<p>3= Tumores odontogénicos mesenquimales benignos.</p>	<p>Fibroma odontogénico. Mixoma odontogénico. Cementoblastoma. Fibroma cemento-osificante.</p>

Anexo 3. Clasificación de los tumores benignos 2022 según OMS (27)

<p>Tumores odontogénicos epiteliales benignos</p>	<p>Ameloblastoma uniuíquístico Ameloblastoma, extraóseo/periférica Ameloblastoma convencional Ameloblastoma adenoide Ameloblastoma metastásico Tumor odontogénico escamoso Tumor odontogénico epitelial calcificante Tumor odontogénico adenomatoide</p>
<p>Tumores odontogénicos epiteliales y mesenquimales mixtos benignos</p>	<p>Fibroma ameloblástico Tumor odontogénico primordial Odontoma Tumor de células fantasma dentinogénico</p>
<p>Tumores odontogénicos mesenquimales benignos</p>	<p>Fibroma odontogénico Mixoma/mixofibroma odontogénico Cementoblastoma Fibroma cemento-osificante</p>

Anexo 4.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

TO: Tumores Odontogénicos.

TOE: Tumor Odontogénico Escamoso (TOE),

TOEC: Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante.

TOA: Tumor Odontogénico Adenomatoides.

TEF: Tumor de Células Fantasma Dentinogénesis.

UPCH: Universidad Peruana Cayetano Heredia.