



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

FRECUENCIA DE TUMORES ODONTOGÉNICOS BENIGNOS Y QUISTES  
ODONTOGÉNICOS EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA  
DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS, 2018 - 2022

FREQUENCY OF BENIGN ODONTOGENIC TUMORS AND  
ODONTOGENIC CYSTS IN THE ODONTOSTOMATOLOGY SERVICE OF  
THE EDGARDO REBAGLIATI MARTINS NATIONAL  
HOSPITAL, 2018 - 2022

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA  
BUCAL Y MAXILOFACIAL

AUTOR

DAVID DELGADO RODRIGUEZ

ASESOR

ABEL ALEX RIVADENEYRA RODRIGUEZ

LIMA – PERÚ

2025



## **JURADO**

Presidente: MG. ESP. MARIA AURISTELA VILLAFUERTE OLIVERA

Vocal: MG. ESP. CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

Secretario: CD. ESP. KATMAN BEAR TOLEDO SANCHEZ

Fecha de Sustentación: 18 de agosto 2025

Calificación: Aprobado.

**ASESOR DE TESIS**

**ASESOR**

ESP. ABEL ALEX RIVADENEYRA RODRIGUEZ

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial

ORCID: 0000-0002-4132-834X

## **DEDICATORIA**

A mis padres Segundo y Maruja, por su amor incondicional en cada paso de mi vida, por su sacrificio y apoyo constante para conseguir mis objetivos.

A mis Hermanos: Noé, Benjamín y Jacob; por brindarme su apoyo incondicional, aliento y confianza para dar lo mejor de mí a diario.

A toda mi querida familia, en especial a mi tía Luz, que es para mí como una madre, por todo su cariño y apoyo en todo momento.

A mi enamorada Julissa, por su gran amor que siempre me ha demostrado, por su paciencia, por confiar en mí y siempre animarme a seguir creciendo en lo personal, espiritual, profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darme la vida, por mostrarme su amor infinito cada día, por toda la fortaleza para culminar esta etapa.

A mi asesor de tesis Dr. Abel Rivadeneyra; por quien siento admiración, por guiarme, brindarme su tiempo, comprensión, paciencia y ánimo en todo el proceso del presente trabajo de investigación.

A cada uno de los doctores del Servicio de Odontoestomatología de mi sede docente: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que se convirtió en mi segundo hogar; en especial al Dr Abel Rivadeneyra, Dra Rosario Ugarte y Dr Alejandro Gutierrez, por compartir sus conocimientos, experiencias y por sembrar en mí la pasión de seguir desarrollando esta hermosa especialidad.

Al Dr Andy Montalvo, Dr Helard Ventura, Dr Jorge Gutierrez, y a mis compañeros de residencia; por su amistad y por compartir siempre sus conocimientos que fueron importantes para mi crecimiento profesional.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El autor declara no contar con fuentes de financiamiento.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

El autor declara no tener conflictos de interés.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	DELGADO RODRIGUEZ DAVID

Pertencientes al programa de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL**, autor del trabajo titulado: **FRECUENCIA DE TUMORES ODONTOGÉNICOS BENIGNOS Y QUISTES ODONTOGÉNICOS EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2018 – 2022** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	RIVADENEYRA RODRIGUEZ ABEL ALEX	ESTOMATOLOGÍA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **14 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3358547580**; fecha de entrega: **01-10-2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 01 de octubre del 2025.**

Firma del asesor  
N° DNI: 09878611  
ORCID: 0000-0002-4132-834X



## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	4
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
IV. RESULTADOS.....	9
V. DISCUSIÓN.....	12
VI. CONCLUSIONES.....	21
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
VIII. TABLAS.....	27
ANEXOS	

## RESUMEN

**Introducción:** El conocimiento de las lesiones orales y maxilofaciales, como los tumores y quistes odontogénicos, a través de estudios epidemiológicos, representa un papel importante en la salud pública, pues revela información relacionada con su distribución en función de determinadas características inherentes a los grupos poblacionales de estudio. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de tumores odontogénicos benignos (TOB) y quistes odontogénicos (QO) en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) entre 2018 y 2022. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de corte transversal, con una muestra conformada por la totalidad de historias clínicas de pacientes que recibieron atención en la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022, con diagnóstico de TOB o QO. Se consideró como variables a los TOB y QO; y covariables: tipo de entidad, localización, sexo, edad y año. Se realizó un análisis descriptivo para presentar frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** En el período comprendido entre 2018 y 2022, se registraron 96 casos de TOB y QO en el Servicio de Odontoestomatología del HNERM. El 30.21% (n=29) correspondieron a TOB. Los QO representaron el 69.79% (n=67). **Conclusión:** El estudio detectó una frecuencia de TOB y QO en el Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022 con predominio de los QO sobre los TOB, siendo el quiste dentígero la lesión más común. La mandíbula, especialmente la región molar, fue la zona más afectada; siendo adultos jóvenes el grupo etario principal y observándose ligero predominio femenino. Las fluctuaciones anuales, incluido un descenso en 2020 vinculado a la pandemia, refuerzan la necesidad de garantizar acceso continuo a diagnóstico temprano y manejo oportuno.

**Palabras claves:** Epidemiología, Tumores Odontogénicos, Quistes Odontogénicos (DeCS).

## ABSTRACT

**Introduction:** Knowledge oral and maxillofacial lesions, such as odontogenic tumors and cysts, through epidemiological studies, plays an important role in public health, as it reveals information related to their distribution based on certain characteristics inherent to the study population groups. **Objective:** To determine the frequency of benign odontogenic tumors (BOT) and odontogenic cysts (OC) in the Odontostomatology Service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital (HNERM) between 2018 and 2022. **Materials and methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted, with a sample consisting of all medical records of patients who received care at the Oral and Maxillofacial Surgery Unit of the Odontostomatology Service of the HNERM between 2018 and 2022, with diagnosis of BOT or OC. The variables considered were the BOT and OC; and the covariates were the type of entity, location, sex, age, and year. A descriptive analysis was performed to present absolute and relative frequencies. **Results:** During the period from 2018 to 2022, 96 cases of BOT and OC were recorded in the Odontostomatology Service of the HNERM. BOT accounted for 30.21% (n=29). OC represented 69.79% (n=67). **Conclusion:** The study detected a frequency of BOT and OC in the Dental and Stomatology Department of the HNERM between 2018 and 2022, with predominating over BOT, and dentigerous cysts being the most common lesion. The mandible, especially the molar region, was the most affected area; young adults were the main age group, and there was a slight female predominance. Annual fluctuations, including a pandemic related decrease in 2020, reinforce the need to ensure continued access to early diagnosis and timely management.

**Keywords:** Epidemiology, Odontogenic Tumors, Odontogenic Cysts (MeSH).

## I. INTRODUCCIÓN

La región oral y maxilofacial puede verse afectada por múltiples patologías, que presentan una diversidad de características clínicas e histopatológicas, que van desde benignas hasta malignas. El diagnóstico de estas lesiones suele ser complejo y requieren de un examen clínico, radiográfico e histopatológico; siendo este último, una herramienta fundamental para establecer un diagnóstico definitivo. Entre estas lesiones destacan los tumores odontogénicos (TO) y quistes odontogénicos (QO) (1-3).

Los TO son neoplasias, que según su comportamiento biológico son benignos o malignos; derivados del epitelio odontogénico, del tejido mesenquimal o de ambos componentes. Representan entre el 1% y el 32% de todos los tumores maxilares. La clasificación de estas patologías ha sido presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sucesivas actualizaciones en los años 1971, 1992, 2005, 2017 y la más reciente en 2022; en esta última, se integra al ameloblastoma adenoide como una nueva entidad; además, se reemplazó el término “sólido/multiquístico” por el descriptor “convencional” en el ameloblastoma (4-6).

Los QO son cavidades patológicas intraóseas que contienen material líquido o semisólido, parcial o totalmente recubiertas de tejido epitelial y delimitadas por una cápsula de tejido conjuntivo. Se originan de restos epiteliales y mesenquimales de la embriogénesis dental, como los restos epiteliales de Malassez, los restos de Serres y el folículo dental. Según su origen se dividen en inflamatorio y del desarrollo. En la clasificación de la OMS del 2022, el término general de “quistes

de los maxilares” se usa sin una subdivisión, englobando a los QO y a los quistes no odontogénicos (6,7).

A nivel mundial, respecto a los TO y QO, se ha descrito que los QO son 2.25 veces más frecuentes que los TO. Los TO benignos más frecuentes son el odontoma y el ameloblastoma en sus diferentes presentaciones; mientras que dentro de los QO destacan el quiste radicular, seguido del quiste dentígero y del queratoquiste odontogénico (8,9).

La distribución de los TO benignos y QO es fundamental para estimar su frecuencia, identificar grupos de alto riesgo y optimizar los recursos sanitarios en materia de prevención y/o tratamiento. Asimismo, el conocimiento de características como la edad, el sexo y las predilecciones de localización de estas lesiones representa un aporte importante para comprender su comportamiento en un contexto demográfico; ello, considerando que tanto las diferencias ambientales, como del estilo de vida de cada grupo poblacional, pueden generar notables variaciones respecto a su aparición global (10,11).

A nivel nacional, la evaluación epidemiológica de estas lesiones es limitada. La mayoría de los estudios disponibles se enfocan en lesiones específicas o en poblaciones reducidas, lo que dificulta obtener una visión global de su comportamiento en nuestro medio. Este contexto, menoscaba la importancia de la caracterización de estas lesiones, a partir de la clasificación de tumores de cabeza y cuello de la OMS del 2022, para diferenciar los tipos de TO y QO (12).

Sobre esta base, el presente trabajo buscó contestar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál fue la frecuencia de TO benignos y QO en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) entre 2018 y 2022?

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la frecuencia de tumores odontogénicos benignos (TOB) y quistes odontogénicos (QO) en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) entre 2018 y 2022.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar la frecuencia de TOB y QO en el Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022, según tipo de lesión.
2. Determinar la frecuencia de TOB y QO en el Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022, según localización.
3. Determinar la frecuencia de TOB y QO en el Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022, según sexo.
4. Determinar la frecuencia de TOB y QO en el Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022, según edad.
5. Determinar la frecuencia de TOB y QO en el Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022, según año.

### **III. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Diseño del estudio**

Transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo.

#### **Población**

La población estuvo constituida por 96 historias clínicas de pacientes que recibieron atención en la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) entre 2018 y 2022, que contaron con diagnóstico anatomopatológico de tumores odontogénicos benignos (TOB) y quistes odontogénicos (QO) conforme a la clasificación de Tumores de Cabeza y Cuello de la OMS del 2022. Se decidió trabajar con la totalidad de la población, por lo que no se realizó un cálculo para determinar el tamaño muestral.

## **Criterios de selección**

- **Criterios de inclusión:** Historias clínicas de pacientes que recibieron atención en la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Servicio de Odontoestomatología del HNERM entre 2018 y 2022, con diagnóstico anatomopatológico de TOB o QO.
- **Criterios de exclusión:** Historias clínicas de pacientes con información faltante de las variables (TOB, QO) o covariables en estudio (localización, sexo, edad, año).

## **Definición operacional de variables**

Se consideró como variables a TOB y QO; y como covariables los siguientes criterios: tipo de lesión, localización, sexo, edad y año (Anexo 1).

## **Procedimientos y técnicas**

Se realizó la totalidad de trámites necesarios para la planificación, autorización y ejecución de la presente investigación. La aprobación del Proyecto de Investigación fue otorgada en un primer momento por la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología; luego, por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) (Anexo 2). Así mismo, el Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM)

también otorgó la aprobación al Proyecto de Investigación (Anexo 3). Después de ello, se revisó en el Cuaderno de Cargo de biopsias realizadas por la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Servicio de Odontoestomatología del HNERM dirigidas al Departamento de Anatomía Patológica del HNERM entre el periodo 2018-2022, así mismo se entrelazó esta información con la base de datos en Excel manejadas por la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial, con el fin de obtener la lista completa de las Historias Clínicas electrónicas con informe anatomopatológico. Tras ello, con la autorización de la Jefatura del Servicio de Odontoestomatología del HNERM se usó del Sistema de Servicios de Salud Inteligente (ESSI) (Anexo 4), se ingresó a dicho Sistema con el usuario y contraseña brindado por Jefatura de Servicio para acceder a las Historias Clínicas electrónicas, y revisar los informes de anatomía patológica. A continuación, la información sobre las variables y covariables se recolectó utilizando un instrumento previamente elaborado y verificando los criterios de inclusión y exclusión, asignando un código correlativo para la identificación de los casos (Anexo 5). Finalmente, se elaboró una base de datos en Excel con la información recabada para posterior análisis haciendo uso del software estadístico StataNow 19 SE.

## **Plan de análisis**

El programa estadístico StataNow 19 SE fue empleado. Se realizó el análisis descriptivo de las variables y covariables para presentar frecuencias absolutas y relativas.

## **Aspectos éticos del estudio**

A fin de iniciar los procesos administrativos en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se procedió a solicitar la aprobación tanto de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería, como del Comité Institucional de Ética (CIE-UPCH). Es importante mencionar que, también se solicitó la aprobación del Comité de Investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Así mismo, el instrumento de recolección de datos se codificó de manera correlativa garantizando el anonimato de los pacientes y la confidencialidad de sus datos. La base de datos generada fue de acceso exclusivo para el investigador y el asesor; al finalizar el estudio se eliminaron las fichas de recolección de datos.

#### IV. RESULTADOS

En el período comprendido entre 2018 y 2022, se registraron 96 casos de tumores odontogénicos benignos (TOB) y quistes odontogénicos (QO) en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. De estos, 30.21% (n=29) correspondieron a TOB; destacando los tumores mesenquimales con 14.58% (n=14) resaltando el fibroma cemento-osificante con 8.33% (n=8); seguidos por los tumores mixtos con 9.38% (n=9), siendo el odontoma la totalidad de estos casos; y los tumores epiteliales con 6.25% (n=6), siendo el tumor odontogénico adenomatoide el más frecuente con 3,13% (n=3). Por otro lado, los QO representaron 69.79% (n=67); siendo, el quiste dentígero el que predominó con 37.50% (n=36), seguido por el queratoquiste odontogénico con 15.63% (n=15) y el quiste radicular con 11.46% (n=11) (Tabla 1).

De los 96 casos analizados, 37.50% (n=36) se localizaron en el maxilar y 62.50% (n=60) en la mandíbula. En el maxilar, la región anterior fue la más afectada con 20.83% (n=20), mientras que, en la mandíbula, la región molar predominó con 44.79% (n=43). Los TOB mostraron una mayor frecuencia en la mandíbula con 72.41% (n=21), especialmente en la región molar; mientras que, los QO también se concentraron en la mandíbula con 58.21% (n=39), de igual manera en la región molar. Notablemente, todos los tumores odontogénicos adenomatoides 100% (n=3) se ubicaron en la región anterior del maxilar; por el contrario, existió una mayor predilección por la mandíbula específicamente en la región molar con respecto a todos los ameloblastomas uniuquísticos 100% (n=2), al odontoma 71.43% (n=5), al fibroma cemento-osificante 60% (n=3) y el mixoma odontogénico 83.33% (n=5). En cuanto a los QO, el quiste radicular se distribuye principalmente en la región

anterior del maxilar 62.5% (n=5); el quiste dentígero en la región molar de la mandíbula 65.22% (n=15) y en la región anterior del maxilar 53.85% (n=7); y el queratoquiste odontogénico en la región molar de la mandíbula 62.5% (n=5) (Tabla 2).

Respecto al sexo, del total de 96 casos, 43.75% (n=42) correspondieron a hombres y 56.25% (n=54) a mujeres, evidenciando una ligera predominancia femenina. Los TOB mostraron mayor frecuencia en mujeres con 65.52% (n=19) frente a 34.48% (n=10) en hombres, destacando los tumores mesenquimales con 71.43% (n=10) en mujeres frente a 28.57% (n=4) en hombres. En contraste, los QO presentaron una distribución más equilibrada, con 47.76% (n=32) en hombres y 52.24% (n=35) en mujeres. Sin embargo, el quiste dentígero mostró una predominancia en mujeres con 58.33% (n=21) frente a 41.67% (n=15) en hombres; similar al queratoquiste odontogénico, que fue menos frecuente en hombres con 46.67% (n=7) frente a 53.33% (n=8) en mujeres. Por otro lado, el quiste radicular mostró una elevada predominancia en hombres con 81.82% (n=9) frente a 18.18% (n=2) en mujeres (Tabla 3).

La distribución por grupos etarios indicó que los casos se concentraron principalmente en adultos jóvenes y de mediana edad, con 33.33% (n=32) en el grupo de 18 a 29 años y con 36.46% (n=35) en el grupo de 30 a 59 años. Los grupos de 0 a 11 años y de 12 a 17 años registraron 5.21% (n=5) y 9.38% (n=9), respectivamente, mientras que el grupo de 60 años o más presentó 15.63% (n=15). Los TOB predominaron en el grupo de 30 a 59 años con 41.38% (n=12); resaltando

el tumor odontogénico adenomatoide en el grupo de 12 a 17 años con 66.67% (n=2); además el odontoma predominó en el grupo de 0 a 11 años y de 18 a 29 años con 33.33% (n=3) en cada uno; por otro lado, el fibroma cemento-osificante fue más frecuente en el grupo de 30 a 59 años con 75% (n=6); por último, el mixoma odontogénico resaltó de igual forma en los grupos de 18 a 29 años y de 30 a 59 años con 50% (n=2) en cada uno. Los QO se concentraron en los grupos de 18 a 29 años con 35.82% (n=24) y 30 a 59 años con 34.33% (n=23). Específicamente, los quistes radiculares fueron más frecuentes en el grupo de 30 a 59 años con 54.55% (n=6); los quistes dentígeros en el grupo de 18 a 29 años con 50.00% (n=18), y los queratoquistes odontogénicos en el grupo de 60 años o más con 40.00% (n=6) (Tabla 4).

Durante el período estudiado, la distribución anual de los 96 casos mostró variaciones: 23.96% (n=23) en 2018, 21.88% (n=21) en 2019, una notable disminución a 6.25% (n=6) en 2020, un aumento a 26.04% (n=25) en 2021 y 21.88% (n=21) en 2022. Los TOB alcanzaron un pico en 2018 con 31.03% (n=9), mientras que los QO mostraron un incremento en 2021 con 26.87% (n=18). El quiste dentígero, en particular, presentó mayor frecuencia en 2021 con 33.33% (n=12) y en 2022 con 27.78% (n=10) (Tabla 5).

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la frecuencia y caracterizar las variables demográficas y clínicas de los tumores odontogénicos benignos (TOB) y quistes odontogénicos (QO) diagnosticados en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 2018 y 2022. Estas lesiones, derivadas de tejidos asociados al desarrollo dental, constituyen un grupo relevante de patologías maxilofaciales cuya caracterización epidemiológica resulta esencial para optimizar el diagnóstico, el manejo clínico y la asignación de recursos sanitarios en contextos locales. Los hallazgos obtenidos, basados en el análisis retrospectivo de 96 casos confirmados histopatológicamente, aportan datos valiosos sobre el perfil de estas entidades en una población hospitalaria peruana, permitiendo su comparación con la literatura internacional (1).

Los resultados del estudio revelaron una mayor frecuencia de QO (69.79%) en comparación con los TOB (30.21%), dicho hallazgo concuerda con la tendencia reportada en la literatura mundial, donde los QO suelen ser más frecuentes que los TOB. Al analizar los QO, el quiste dentígero fue el más frecuente (37.5%), seguido por el queratoquiste odontogénico (15.63%) y el quiste radicular (11.46%). Este orden difiere significativamente de lo reportado en la mayoría de estudios internacionales, los cuales identifican de manera consistente al quiste radicular como la lesión quística más común. Por ejemplo, Monteiro et al. (2021) reportaron una frecuencia de quiste radicular del 59.4%, de quiste dentígero del 18.2% y de queratoquiste odontogénico del 11.5%. Hallazgos similares fueron documentados por Franklin et al. (2021) con 36.5%, 27.5% y 14.2%; Johnson et al. (2014) con

54.6%, 20.6% y 11.7%; y Kammer et al. (2020) con 54.26%, 22.94% y 11.99%, para quiste radicular, quiste dentígero y queratoquiste odontogénico, respectivamente. La menor representatividad del quiste radicular en esta investigación podría explicarse por el perfil de derivación que recibe un hospital de alta complejidad como el HNERM. Es probable que los quistes radiculares, sean tratados en el nivel de atención primaria o en servicios de odontología general, reduciendo su registro en un servicio especializado de cirugía, donde se prioriza el diagnóstico y tratamiento de lesiones más complejas, como el quiste dentígero y el queratoquiste odontogénico. Esta presunción se ve apoyada por estudios como el de Fajardo et al. (2018) en Colombia, quienes, en un establecimiento de salud que brinda atención odontológica especializada, también reportaron una mayor frecuencia del quiste dentígero (66.6%), lo que sugiere la existencia de variaciones regionales o institucionales en los patrones de derivación y práctica clínica (2,7,8,13,14).

En cuanto a los TOB, los de origen mesenquimal fueron los más frecuentes en este estudio (14.58%), destacando el fibroma cemento-osificante (8.33%) y el mixoma odontogénico (6.25%). Le siguieron los tumores mixtos (9.38%), representados por el odontoma (9.38%) y, finalmente los tumores epiteliales (6.25%). Este perfil de frecuencia contrasta notablemente con la amplia mayoría de reportes de la literatura internacional y nacional, donde el odontoma y el ameloblastoma suelen ser las lesiones predominantes. Estudios como los de Silveira et al. (2021) reportaron 48.4% de odontomas y 31% de ameloblastomas; Johnson et al. (2014) documentaron 45.8% y 36.9%; Escobar et al. (2023) encontraron 44.3% y 20%;

Siriwardena et al. (2019) reportaron 25.5% y 33.8%; Kokubun et al. (2020) documentaron 42.5% y 41.9%; Soluk-Tekkesin et al. (2020) encontraron 27.2% y 29.7%; y Arrese et al. (2024) en Perú reportaron 35.54% y 33.47% para odontoma y ameloblastoma, respectivamente. Incluso en estudios donde el ameloblastoma es el más frecuente, como el de Al-aroomy et al. (2022) en Egipto (55.65%), la frecuencia relativa de estas dos entidades es mucho mayor que la observada en la presente investigación, donde el ameloblastoma representó solo el 2.08% de los TOB. La baja frecuencia relativa de ameloblastoma es un hallazgo notable, dado su conocido predominio en diversas regiones, como lo demuestra el estudio de Aborisade et al. (2025) en el África subsahariana, que reportó una frecuencia del 9%. La alta frecuencia relativa del fibroma cemento-osificante en este estudio (8.33% de todos los TOB) puede estar influenciada por la Clasificación de la OMS 2022, que respalda su inclusión como tumor odontogénico, a diferencia de clasificaciones previas donde su estatus era menos claro. Esto podría conducir a un aumento en su diagnóstico y registro en comparación con centros que utilizan sistemas de clasificación más antiguos (4,6,8,15-21).

En relación con la localización anatómica de las lesiones, los resultados del presente estudio demostraron un claro predominio de la mandíbula (62.50%) como sitio de afectación tanto para QO como para TOB. Respecto a los QO, se observó una mayor frecuencia en la mandíbula (58.21%) en comparación con el maxilar (41.79%), siendo la región molar mandibular la de mayor afectación. Este hallazgo concuerda con la literatura internacional, que consistentemente reporta una predilección mandibular para este tipo de lesiones. Los resultados de esta investigación son

consistentes con los de Franklin et al. (2021), quienes documentaron una distribución del 53.13% en mandíbula y 46.87% en maxilar; Kammer et al. (2020), con 53.81% y 46.19% respectivamente; y Fajardo et al. (2018), quienes encontraron que el 55.6% de los quistes se ubicaban en la mandíbula, con una clara superioridad en el sector posterior (44.4%), frente a un 44.4% en el maxilar. Por otro lado, los TOB mostraron una predilección mandibular aún más marcada (72.41%) frente al maxilar (27.59%). Al analizar lesiones específicas, se identificaron localizaciones clásicas que refuerzan la validez de los hallazgos (7, 13,14).

Los tumores odontogénicos adenomatoideos se restringieron exclusivamente a la región anterior del maxilar (100%), un resultado que se alinea con la predilección clásica por la región incisivo-canina maxilar descrita en la literatura, como lo señaló Mascitti et al. (2020). De manera similar, y aunque es un QO, el quiste radicular mostró un comportamiento distinto, predominando en el maxilar (72.73%), con una marcada preferencia por el sector anterior. Este dato es congruente con el reportado por Fajardo et al. (2018), quienes documentaron que el 16.6% de los quistes radiculares en su estudio se ubicaban en el sector maxilar anterior. Esta distribución está posiblemente vinculada a una mayor prevalencia de traumatismos y consiguiente necrosis pulpar en los dientes anterosuperiores, como lo ha descrito Cunha et al. (2024). La particular distribución de estas lesiones en la muestra estudiada también podría reflejar características epidemiológicas o patrones de derivación específicos. Estos hallazgos enfatizan la crucial importancia de estudios imagenológicos detallados, como la tomografía computarizada de haz cónico, para precisar con exactitud la extensión, las relaciones anatómicas y la localización de

estas lesiones. Una evaluación topográfica precisa es fundamental para establecer un diagnóstico diferencial acertado y, sobre todo, para una planificación quirúrgica meticulosa que minimice riesgos y optimice los resultados funcionales y estéticos del paciente (14,22,23).

Respecto a la distribución según sexo, los resultados del presente estudio evidenciaron una ligera predominancia global del sexo femenino (56.25%), con una distribución diferencial entre las categorías de lesiones. Esta predominancia fue más marcada en los TOB, donde las mujeres representaron el 65.52% de los casos, en comparación con el 52.24% observado en los QO. Al analizar lesiones específicas dentro de los TOB, el mixoma odontogénico mostró una clara predilección por el sexo femenino (66.67%). Este hallazgo coincide con lo reportado por Silveira et al. (2021), quienes encontraron una proporción masculino: femenino de 1:1.5, y se alinea con lo sugerido por la actual clasificación de la OMS 2022, que establece una proporción de 1:2 a favor del sexo femenino para esta entidad. En cuanto a los QO, el predominio femenino global (52.24%) encontrado en esta investigación difiere de las tendencias reportadas en gran parte de la literatura internacional y regional, donde típicamente se describe un ligero predominio masculino. Kammer et al. (2020), en su revisión de literatura, describieron un predominio masculino del 54.09%. Específicamente, tanto el quiste dentígero (58.33%) como el queratoquiste odontogénico (53.33%) mostraron una leve predilección por el sexo femenino en nuestro estudio, contrastando con lo descrito por Fajardo et al. en Colombia, quienes reportaron mayor frecuencia en hombres para el quiste dentígero (61.00%) y ausencia de predilección sexual definida para el queratoquiste odontogénico. Esta

discrepancia podría relacionarse con factores socioculturales que influyen en los patrones de búsqueda de atención odontológica, donde las mujeres podrían mostrar mayor tendencia a solicitar servicios de salud bucal (4,6,13,14).

Un hallazgo particularmente notable fue la marcada predominancia masculina del quiste radicular (81.82%), que concuerda consistentemente con lo reportado en la literatura. Alotaiby et al. (2024) reportaron un predominio masculino del 59.61%; Alhindi (2019) documentó 51.18% (agrupando quistes radiculares y residuales); Monteiro (2021) reportó 57.3%; y Franklin (2021) encontró 52.99%. Considerando el origen inflamatorio de esta lesión, una explicación probable para esta distribución sería que los hombres tradicionalmente presentan peores hábitos de higiene oral y mayor susceptibilidad a traumatismos dentales en comparación con las mujeres, factores que predisponen al desarrollo de necrosis pulpar y consecuentemente a la formación de quistes radiculares. Esta variabilidad en la distribución por sexo según el tipo de lesión refuerza la importancia de considerar factores etiológicos específicos, así como aspectos socioculturales y de acceso a servicios de salud, al interpretar los patrones epidemiológicos de las lesiones odontogénicas (2,7,10,12).

En cuanto a la distribución según edad, los hallazgos del presente estudio revelaron que la mayor frecuencia de lesiones se concentró en adultos jóvenes y de mediana edad, representando el 33.33% y 36.46% de los casos, respectivamente. Esta distribución etaria coincide con lo reportado en la literatura internacional. Jaeger et al. (2017) encontraron que el 81.6% de las lesiones quísticas se presentaban entre la primera y quinta década de vida, mientras que el 51.29% de las lesiones tumorales

también mostraban mayor frecuencia en este rango de edad. Al analizar lesiones específicas, se observaron patrones distintivos acordes con su etiología. Los quistes dentígeros mostraron su máxima frecuencia en el grupo de 18 a 29 años (50.00%), hallazgo que concuerda con su fisiopatología asociada al desarrollo y erupción dental, particularmente de terceros molares, proceso que ocurre predominantemente durante la adolescencia tardía y la adultez temprana. Por el contrario, los quistes radiculares, vinculados a procesos inflamatorios crónicos de origen pulpar, tendieron a presentarse en grupos de mayor edad, lo cual es consistente con el concepto de acumulación de enfermedad dental a lo largo de la vida (9).

Resultó particularmente interesante el pico de frecuencia de queratoquistes odontogénicos en pacientes mayores de 60 años, resultado que contrasta con lo reportado por Kammer et al. (2020), quienes documentaron una edad media de presentación de 28 años para los quistes de desarrollo y 41 años para los quistes inflamatorios. Esta discrepancia podría sugerir posibles retrasos diagnósticos en la población estudiada o características demográficas particulares. Respecto a TOB, el odontoma, el tumor más frecuente en el estudio, mostró una distribución bimodal, con casos en edades tempranas (33.33%) y una frecuencia similar en el rango de 18 a 29 años (33.33%). Este patrón coincide parcialmente con lo reportado por Mascitti et al. (2020), quienes encontraron una edad media de presentación de 14.8 años para esta lesión. La variabilidad en la distribución etaria según el tipo de lesión refuerza la importancia de considerar la edad como un factor determinante en el diagnóstico diferencial de las patologías odontogénicas, así como la necesidad de establecer

protocolos de screening apropiados para diferentes grupos etarios dentro de la población pediátrica, adulta y geriátrica (13,22).

El análisis temporal mostró una disminución significativa de casos en 2020 (6,25% de los casos), seguida de una recuperación en 2021 (26,04%) y 2022 (21,88%). Esta caída coincide con el impacto de la pandemia de COVID-19, que redujo la atención electiva y los procedimientos diagnósticos, como se observó en estudios similares durante este período. La ausencia de una tendencia clara creciente o decreciente fuera de 2020 sugiere que las fluctuaciones responden más a factores externos que a cambios intrínsecos en la incidencia de estas lesiones (24).

Entre las limitaciones del estudio se incluyen su diseño retrospectivo, que depende de la calidad de los registros clínicos, y su enfoque unicéntrico, lo que restringe la generalización a la población peruana. Además, el tamaño muestral limitado puede haber subrepresentado lesiones raras, afectando la precisión de las frecuencias relativas. Estas limitaciones son comunes en estudios hospitalarios retrospectivos y subrayan la necesidad de interpretar los resultados con cautela (10).

Las implicaciones clínicas de este estudio destacan la importancia de la confirmación histopatológica para diferenciar lesiones con presentaciones clínico-radiográficas similares, especialmente en un contexto donde el quiste dentígero predomina y el ameloblastoma es poco frecuente. La alta prevalencia de quistes del desarrollo resalta la necesidad de exámenes radiográficos de rutina en adultos jóvenes para detectar dientes incluidos asociados. En ese sentido, se recomienda

realizar estudios multicéntricos y prospectivos en Perú para validar estas tendencias y explorar factores genéticos, ambientales o socioeconómicos que expliquen las discrepancias con datos globales. Asimismo, investigaciones futuras podrían analizar los resultados a largo plazo del tratamiento y correlacionar hallazgos clínicos con perfiles histopatológicos para mejorar la práctica clínica en la región.

## **VI. CONCLUSIONES**

La presente investigación evidenció una frecuencia de tumores odontogénicos benignos (TOB) y quistes odontogénicos (QO) en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 2018 y 2022, con predominio de los QO sobre los TOB, lo que refleja un patrón epidemiológico relevante en esta población hospitalaria.

Al analizar la frecuencia según el tipo histopatológico, se identificó que el quiste dentígero fue la lesión más frecuente, seguido por el queratoquiste odontogénico y el odontoma, destacando la mayor prevalencia de quistes del desarrollo en la región maxilofacial, en línea con tendencias globales.

La localización anatómica más afectada fue la mandíbula, particularmente la región molar, lo que subraya la necesidad de un examen clínico y radiográfico detallado en esta área para facilitar el diagnóstico temprano y el manejo oportuno de estas patologías.

Se observó una distribución heterogénea por sexo, con una ligera predominancia en mujeres, lo que podría sugerir diferencias en la presentación clínica o en la demanda de atención médica entre géneros, aportando información clave para la planificación sanitaria.

El grupo etario de adultos jóvenes y de mediana edad concentró la mayor incidencia de TOB y QO, destacando la importancia de implementar estrategias de vigilancia y educación en salud oral dirigidas a esta población para prevenir complicaciones asociadas.

Finalmente, la frecuencia anual mostró variaciones notables, con una considerable disminución en 2020, probablemente relacionada con el impacto de la pandemia de COVID-19, seguida de un incremento en los años posteriores, lo que resalta la necesidad de garantizar la continuidad de la atención médica durante crisis sanitarias.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hassona Y, Al Boosh D, Al Saed A, Al Mousa M, Barghout N, Al Kayed A, et al. The range of pathological diagnoses of oral diseases in Jordan: an 11-year-retrospective study. *Saudi J Oral Sci.* 2020;7(3):151-5.
2. Monteiro L, Santiago C, Amaral BD, Al-Mossallami A, Albuquerque R, Lopes C. An observational retrospective study of odontogenic cyst's and tumours over an 18-year period in a Portuguese population according to the new WHO Head and Neck Tumour classification. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2021;26(4):e482-93.
3. Speight PM, Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Arch.* 2018;472(3):331-9.
4. Silveira FM, Macedo CC, Borges CM, Mauramo M, Vasconcelos AC, Soares AB, et al. Odontogenic tumors: An 11-year international multicenter study. *Oral Dis.* 2021;27(2):320-4.
5. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. *Turk Patoloji Derg.* 2022;38(2):168-84.
6. World Health Organization. Classification of Tumors Editorial Board. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 5th ed. Lyon: IARC; 2022.
7. Franklin JR, Vieira EL, Brito LN, Castro JF, Godoy GP. Epidemiological evaluation of jaw cysts according to the new WHO classification: a 30-year retrospective analysis. *Braz Oral Res.* 2021; 35:1-7.

8. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent.* 2014;5(1):9-14.
9. Jaeger F, De Noronha MS, Silva ML, Amaral MB, Grossmann SM, Horta MC et al. Prevalence profile of odontogenic cysts and tumors on Brazilian sample after the reclassification of odontogenic keratocyst. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017;45(2):267-70.
10. Alhindi NA, Sindi AM, Binmadi NO, Elias WY. A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2019; 11:45-52.
11. Mahmoudi P, Razavi SM, Tahani B. Orofacial pathological lesions in children and adolescents: a 25-year survey in Iran. *J Dent.* 2018;19(4):265-72.
12. Alotaiby F, Alruhaimi R, Alzamil N, Alsemanni E, Almutairi A, Elsaka H. Prevalence and Pattern of Oral and Maxillofacial Pathology in Al-Qassim Region, Saudi Arabia. *Int J Dent.* 2024;2024(1):1-10.
13. Kammer PV, Mello FW, Rivero ER. Comparative analysis between developmental and inflammatory odontogenic cysts: retrospective study and literature review. *Oral Maxillofac Surg.* 2020;24(1):73-84.
14. Fajardo LV, Peña CP. Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. *Univ Odontol.* 2018;37(79).
15. Escobar E, Gómez-Valenzuela F, Peñafiel C, Ortega-Pinto A. Odontogenic tumours in a Chilean population: a retrospective study of 544 cases based on

- 2022 WHO classification. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2023;28(6):e596-606.
16. Siriwardena BS, Crane H, O'Neill N, Abdelkarim R, Brierley DJ, Franklin CD, et al. Odontogenic tumors and lesions treated in a single specialist oral and maxillofacial pathology unit in the United Kingdom in 1992–2016. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2019;127(2):151-66.
17. Kokubun K, Yamamoto K, Nakajima K, Akashi Y, Chujo T, Takano M, et al. Frequency of Odontogenic Tumors: A Single Center Study of 1089 Cases in Japan and Literature Review. *Head and Neck Pathol*. 2022;16(2):494-502.
18. Soluk-Tekkesin M, Cakarer S, Aksakalli N, Alatli C, Olgac V. New World Health Organization classification of odontogenic tumours: impact on the prevalence of odontogenic tumours and analysis of 1231 cases from Turkey. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2020;58(8):1017-22.
19. Arrese GS, Cerquin EE, Chavez A. Frecuencia del diagnóstico y tratamiento para tumores odontogénicos benignos en pacientes que acudieron al Centro Dental Docente Cayetano Heredia, Lima - Perú, 2015-2019 (Tesis para Título de Cirujano Dentista). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024.
20. Al-aroomy L, Wali M, Alwadeai M, Desouky EE, Amer H. Odontogenic tumors: A Retrospective Study in Egyptian population using WHO 2017 classification. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2022;27(3):e198-204.
21. Aborisade A, Okolo C, Akinsanya O, Oguchi C, Alalade O, Oluwadaisi A. Prevalence of Ameloblastoma in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2025;126(1):1-8.

22. Mascitti M, Togni L, Troiano G, Caponio VC, Sabatucci A, Balercia A, et al. Odontogenic tumours: a 25-year epidemiological study in the Marche region of Italy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277(2):527-38.
23. Cunha JL, Martins SS, Barros EF, Cavalcante IL, Barros CC, Turatti E, et al. Cystic Lesions and Odontogenic Tumors in Older People: A Brazilian Multicenter Study. *J Clin Exp Dent.* 2024;16(10):e1183-92.
24. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med.* 2021;27(6):964-80.

## VIII. TABLAS

**Tabla 1.** Frecuencia de tumores odontogénicos benignos y quistes odontogénicos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2018 - 2022, según tipo de lesión.

	n	%
Total	96	100.00
Tumores odontogénicos benignos	29	30.21
Tumores epiteliales	6	6.25
Tumor odontogénico adenomatoide	3	3.13
Tumor odontogénico escamoso	0	0.00
Tumor odontogénico epitelial calcificante	1	1.04
Ameloblastoma uniuístico	2	2.08
Ameloblastoma extraóseo/periférico	0	0.00
Ameloblastoma convencional	0	0.00
Ameloblastoma adenoide	0	0.00
Ameloblastoma metastásico	0	0.00
Tumores mixtos	9	9.38
Odontoma	9	9.38
Tumor odontogénico primordial	0	0.00
Fibroma ameloblástico	0	0.00
Tumor dentinogénico de células fantasma	0	0.00
Tumores mesenquimales	14	14.58
Fibroma odontogénico	0	0.00
Cementoblastoma	0	0.00
Fibroma cemento-osificante	8	8.33
Mixoma odontogénico	6	6.25
Quistes de los maxilares (odontogénicos)	67	69.79
Quiste radicular	11	11.46
Quiste colateral inflamatorio	1	1.04
Quiste gingival	0	0.00
Quiste dentígero	36	37.50
Quiste odontogénico ortoqueratinizado	0	0.00
Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioide	4	4.17
Quiste odontogénico calcificante	0	0.00
Quiste odontogénico glandular	0	0.00
Queratoquiste odontogénico	15	15.63

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.

**Tabla 2.** Frecuencia de tumores odontogénicos benignos y quistes odontogénicos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2018 - 2022, según localización.

	n	%	Localización															
			Maxilar						Mandíbula						n	%		
			Región anterior		Región premolar		Región molar		Región anterior		Región premolar		Región molar					
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Total	96	100.00	20	20.83	7	7.29	9	9.38	36	37.50	7	7.29	10	10.42	43	44.79	60	62.50
Tumores odontogénicos benignos	29	30.21	7	87.50	1	12.50	0	0.00	8	27.59	1	4.76	4	19.05	16	76.19	21	72.41
Tumores epiteliales	6	6.25	3	100.00	0	0.00	0	0.00	3	50.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00	3	50.00
Tumor odontogénico adenomatoide	3	3.13	3	100.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor odontogénico escamoso	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor odontogénico epitelial calcificante	1	1.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	1	100.00
Ameloblastoma uniuístico	2	2.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	2	100.00
Ameloblastoma extraóseo/periférico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma convencional	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma adenoide	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma metastásico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mixtos	9	9.38	2	100.00	0	0.00	0	0.00	2	22.22	0	0.00	2	28.57	5	71.43	7	77.78
Odontoma	9	9.38	2	100.00	0	0.00	0	0.00	2	22.22	0	0.00	2	28.57	5	71.43	7	77.78
Tumor odontogénico primordial	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Fibroma ameloblástico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor dentinogénico de células fantasma	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mesenquimales	14	14.58	2	66.67	1	33.33	0	0.00	3	21.43	1	9.09	2	18.18	8	72.73	11	78.57
Fibroma odontogénico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Cementoblastoma	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fibroma cemento-osificante	8	8.33	2	66.67	1	33.33	0	0.00	3	37.50	0	0.00	2	40.00	3	60.00	5	62.50
Mixoma odontogénico	6	6.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	16.67	0	0.00	5	83.33	6	100.00
Quistes de los maxilares (odontogénicos)	67	69.79	13	46.43	6	21.43	9	32.14	28	41.79	6	15.38	6	15.38	27	69.23	39	58.21
Quiste radicular	11	11.46	5	62.50	3	37.50	0	0.00	8	72.73	0	0.00	1	33.33	2	66.67	3	27.27
Quiste colateral inflamatorio	1	1.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	1	100.00
Quiste gingival	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste dentífero	36	37.50	7	53.85	2	15.38	4	30.77	13	36.11	3	13.04	5	21.74	15	65.22	23	63.89
Quiste odontogénico ortoqueratinizado	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botriode	4	4.17	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00	4	100.00
Quiste odontogénico calcificante	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste odontogénico glandular	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Queratoquiste odontogénico	15	15.63	1	14.29	1	14.29	5	71.43	7	46.67	3	37.50	0	0.00	5	62.50	8	53.33

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.

**Tabla 3.** Frecuencia de tumores odontogénicos benignos y quistes odontogénicos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2018 - 2022, según sexo.

	n	%	Sexo			
			Hombre		Mujer	
			n	%	n	%
Total	96	100.00	42	43.75	54	56.25
Tumores odontogénicos benignos	29	30.21	10	34.48	19	65.52
Tumores epiteliales	6	6.25	2	33.33	4	66.67
Tumor odontogénico adenomatoide	3	3.13	1	33.33	2	66.67
Tumor odontogénico escamoso	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor odontogénico epitelial calcificante	1	1.04	0	0.00	1	100.00
Ameloblastoma uniuístico	2	2.08	1	50.00	1	50.00
Ameloblastoma extraóseo/periférico	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma convencional	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma adenoide	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma metastásico	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mixtos	9	9.38	4	44.44	5	55.56
Odontoma	9	9.38	4	44.44	5	55.56
Tumor odontogénico primordial	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Fibroma ameloblástico	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor dentinogénico de células fantasma	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mesenquimales	14	14.58	4	28.57	10	71.43
Fibroma odontogénico	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Cementoblastoma	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Fibroma cemento-osificante	8	8.33	2	25.00	6	75.00
Mixoma odontogénico	6	6.25	2	33.33	4	66.67
Quistes de los maxilares (odontogénicos)	67	69.79	32	47.76	35	52.24
Quiste radicular	11	11.46	9	81.82	2	18.18
Quiste colateral inflamatorio	1	1.04	0	0.00	1	100.00
Quiste gingival	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste dentígero	36	37.50	15	41.67	21	58.33
Quiste odontogénico ortoqueratinizado	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioide	4	4.17	1	25.00	3	75.00
Quiste odontogénico calcificante	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste odontogénico glandular	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Queratoquiste odontogénico	15	15.63	7	46.67	8	53.33

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.

**Tabla 4.** Frecuencia de tumores odontogénicos benignos y quistes odontogénicos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2018 - 2022, según edad.

	n	%	Edad									
			De 0 a 11 años		De 12 a 17 años		De 18 a 29 años		De 30 a 59 años		De 60 años a más	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	96	100.00	5	5.21	9	9.38	32	33.33	35	36.46	15	15.63
Tumores odontogénicos benignos	29	30.21	4	13.79	4	13.79	8	27.59	12	41.38	1	3.45
Tumores epiteliales	6	6.25	1	16.67	2	33.33	2	33.33	1	16.67	0	0.00
Tumor odontogénico adenomatoide	3	3.13	1	33.33	2	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor odontogénico escamoso	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor odontogénico epitelial calcificante	1	1.04	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma uniuístico	2	2.08	0	0.00	0	0.00	1	50.00	1	50.00	0	0.00
Ameloblastoma extraóseo/periférico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma convencional	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma adenoide	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma metastásico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mixtos	9	9.38	3	33.33	1	11.11	3	33.33	2	22.22	0	0.00
Odontoma	9	9.38	3	33.33	1	11.11	3	33.33	2	22.22	0	0.00
Tumor odontogénico primordial	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Fibroma ameloblástico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor dentinogénico de células fantasma	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mesenquimales	14	14.58	0	0.00	1	7.14	3	21.43	9	64.29	1	7.14
Fibroma odontogénico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Cementoblastoma	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Fibroma cemento-osificante	8	8.33	0	0.00	1	12.50	0	0.00	6	75.00	1	12.50

Mixoma odontogénico	6	6.25	0	0.00	0	0.00	3	50.00	3	50.00	0	0.00
Quistes de los maxilares (odontogénicos)	67	69.79	1	1.49	5	7.46	24	35.82	23	34.33	14	20.90
Quiste radicular	11	11.46	0	0.00	0	0.00	3	27.27	6	54.55	2	18.18
Quiste colateral inflamatorio	1	1.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
Quiste gingival	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste dentífero	36	37.50	1	2.78	3	8.33	18	50.00	9	25.00	5	13.89
Quiste odontogénico ortoqueratinizado	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioide	4	4.17	0	0.00	0	0.00	1	25.00	3	75.00	0	0.00
Quiste odontogénico calcificante	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste odontogénico glandular	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Queratoquiste odontogénico	15	15.63	0	0.00	2	13.33	2	13.33	5	33.33	6	40.00

---

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.

**Tabla 5.** Frecuencia de tumores odontogénicos benignos y quistes odontogénicos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2018 - 2022, según año.

	n	%	Año									
			2018		2019		2020		2021		2022	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	96	100.00	23	23.96	21	21.88	6	6.25	25	26.04	21	21.88
Tumores odontogénicos benignos	29	30.21	9	31.03	6	20.69	2	6.90	7	24.14	5	17.24
Tumores epiteliales	6	6.25	3	50.00	0	0.00	1	16.67	2	33.33	0	0.00
Tumor odontogénico adenomatoide	3	3.13	1	33.33	0	0.00	1	33.33	1	33.33	0	0.00
Tumor odontogénico escamoso	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor odontogénico epitelial calcificante	1	1.04	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma uniuquístico	2	2.08	1	50.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00
Ameloblastoma extraóseo/periférico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma convencional	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma adenoide	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ameloblastoma metastásico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mixtos	9	9.38	2	22.22	2	22.22	1	11.11	2	22.22	2	22.22
Odontoma	9	9.38	2	22.22	2	22.22	1	11.11	2	22.22	2	22.22
Tumor odontogénico primordial	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Fibroma ameloblástico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumor dentinogénico de células fantasma	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tumores mesenquimales	14	14.58	4	28.57	4	28.57	0	0.00	3	21.43	3	21.43
Fibroma odontogénico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Cementoblastoma	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Fibroma cemento-osificante	8	8.33	2	25.00	2	25.00	0	0.00	2	25.00	2	25.00

Mixoma odontogénico	6	6.25	2	33.33	2	33.33	0	0.00	1	16.67	1	16.67
Quistes de los maxilares (odontogénicos)	67	69.79	14	20.90	15	22.39	4	5.97	18	26.87	16	23.88
Quiste radicular	11	11.46	3	27.27	3	27.27	2	18.18	3	27.27	0	0.00
Quiste colateral inflamatorio	1	1.04	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Quiste gingival	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste dentígero	36	37.50	6	16.67	8	22.22	0	0.00	12	33.33	10	27.78
Quiste odontogénico ortoqueratinizado	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioide	4	4.17	0	0.00	1	25.00	0	0.00	1	25.00	2	50.00
Quiste odontogénico calcificante	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quiste odontogénico glandular	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Queratoquiste odontogénico	15	15.63	5	33.33	3	20.00	1	6.67	2	13.33	4	26.67

---

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.

## ANEXOS

### Anexo 1. Definición operacional de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Dimensión	Valores
Tumores odontogénicos benignos	Lesiones neoplásicas benignas que tienen origen en los tejidos que forman los dientes.	Información obtenida de las historias clínicas, a partir del Informe de Anatomía Patológica - ítem DIAGNÓSTICO.	Cualitativa	Nominal politómica	Epiteliales	1: Tumor odontogénico adenomatoide 2: Tumor odontogénico escamoso 3: Tumor odontogénico epitelial calcificante 4: Ameloblastoma uniuístico 5: Ameloblastoma extraóseo/periférico 6: Ameloblastoma convencional 7: Ameloblastoma adenoide 8: Ameloblastoma metastásico
					Mixtos	9: Odontoma 10: Tumor odontogénico primordial 11: Fibroma ameloblástico 12: Tumor dentinogénico de células fantasma
					Mesenquimales	13: Fibroma odontogénico 14: Cementoblastoma 15: Fibroma cemento-osificante 16: Mixoma odontogénico
Quistes	Cavidades patológicas intraóseas,	Información obtenida de las	Cualitativa	Nominal	-	1: Quiste radicular

odontogénicos	desarrollados a partir de restos de tejido epitelial odontogénico, recubiertas de tejido epitelial y delimitadas por una cápsula de tejido conjuntivo.	historias clínicas, a partir del Informe de Anatomía Patológica - ítem DIAGNÓSTICO.		politómica		2: Quiste colateral inflamatorio 3: Quiste gingival 4: Quiste dentífero 5: Quiste odontogénico ortoqueratinizado 6: Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioides 7: Quiste odontogénico calcificante 8: Quiste odontogénico glandular 9: Queratoquiste odontogénico
Localización	Lugar en el cuerpo humano en que se encuentra ubicada una lesión.	Información obtenida de las historias clínicas, a partir del Informe de Anatomía Patológica - ítem LOCALIZACIÓN.	Cualitativa	Nominal politómica	Maxilar	1: Región anterior 2: Región premolar 3: Región molar
					Mandíbula	4: Región anterior 5: Región premolar 6: Región molar
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie.	Información obtenida de las historias clínicas, a partir del ítem SEXO.	Cualitativa	Nominal dicotómica	-	1: Hombre 2: Mujer
Edad	Número de años cumplidos cronológicamente	Información obtenida de las historias clínicas, a partir del ítem EDAD.	Cualitativa	Ordinal	-	1: De 0 a 11 años 2: De 12 a 17 años 3: De 18 a 29 años 4: De 30 a 59 años 5: De 60 años a más
Año	Tiempo cronológico de 365 días.	Valor obtenido en función de las historias clínicas analizadas, a partir del ítem AÑO.	Cualitativa	Ordinal	-	1: 2018 2: 2019 3: 2020 4: 2021 5: 2022

**Anexo 2.** Aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología, y del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH).



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

**CONSTANCIA-CIEI-E-195-24-25**

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó de manera expedita la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Protocolo : **“FRECUENCIA DE TUMORES ODONTOGÉNICOS BENIGNOS Y QUISTES ODONTOGÉNICOS EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2018 - 2022”**

SIDISI : 210042

Investigador(a) principal(es) : **Delgado Rodriguez, David**

La enmienda/modificación corresponde al siguiente documento:

1. **Protocolo de investigación, versión 8.1 de fecha 01 de mayo del 2025.**

Lima, 09 de junio del 2025.



**Dr. Mannel Raúl Pérez Martínot**  
Presidente  
Comité Institucional de Ética en Investigación

/s/

**Anexo 3.** Aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración  
de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

**COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

**CERTIFICADO DE CALIFICACIÓN ÉTICA**

**AUT. N° 019 -CE-GHNERM-GRPR-ESSALUD-2024**

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, a fin de comunicarle que el Comité de Ética que represento, en la sesión realizada el 8 de febrero de 2024, acordó aprobar el proyecto de investigación titulado "FRECUENCIA DE TUMORES Y QUISTES ODONTOGÉNICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2013 - 2022, presentado por el CD. David Delgado Rodríguez, como investigador principal y el CD. Abel Rivadeneyra Rodríguez, como co-investigador responsable.

El investigador deberá hacer llegar al Comité de Ética un informe de avance del estudio en forma anual.

**FECHA:** 9 de febrero de 2024

**FIRMA :**

**Dr. GADWAYN SANCHEZ FELIX  
CMP 12382  
COMITÉ DE ÉTICA  
PRESIDENTE**

**Anexo 4. Autorización por parte de la Jefatura del Servicio de Odontología del HNERM para el uso del Sistema de Servicios de Salud Inteligente (ESSI)**



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**CARTA N° 74 – GRPR- ESSALUD 2024**

Lima, 10 de marzo 2024

Señor Cirujano Dentista  
DAVID DELGADO RODRÍGUEZ  
Investigador

Asunto: AUTORIZACIÓN DE USO DEL SISTEMA ESSI PARA RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN


De mi consideración:

La presente tiene el objeto de dar respuesta a su solicitud de autorización de uso del sistema ESSI para la recolección de datos en la ejecución del Proyecto de Investigación: "FRECUENCIA DE TUMORES Y QUISTES ODONTOGÉNICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2013 - 2022".

Al respecto, se autoriza el uso del sistema de gestión de servicios de salud, conocido como Servicio de Salud Inteligente (ESSI), para la recolección de datos de historias clínicas electrónicas

Sin otro particular,

Atentamente

  
  
Dra. ROSARIO R. UGARTE PALACIO  
JEFE DEL SERV. ODONTOESTOMATOLOGIA  
C.M.R. 15775 R.N.E. 1629

www.essalud.gob.pe | Av. Rebagliati n°490  
Jesús María  
Lima 11 - Perú



**Anexo 5.** Ficha de recolección de datos

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Código:** \_\_\_\_\_

**Año de Registro de Informe de Anatomía Patológica:** \_\_\_\_\_

**Edad del paciente:** \_\_\_\_\_

De 0 a 11 años	
De 12 a 17 años	
De 18 a 29 años	

De 30 a 59 años	
De 60 años a más	

**Sexo del paciente:** Hombre

Mujer

**Diagnóstico**

Tumor

Tumores odontogénicos benignos	Epiteliales	Tumor odontogénico adenomatoide	
		Tumor odontogénico escamoso	
		Tumor odontogénico epitelial calcificante	
		Ameloblastoma uniuístico	
		Ameloblastoma extraóseo/periférico	
		Ameloblastoma convencional	
		Ameloblastoma adenoide	
		Ameloblastoma metastásico	
	Mixtos	Odontoma	
		Tumor odontogénico primordial	
		Fibroma ameloblástico	
		Tumor dentinogénico de células fantasma	
	Mesenquimales	Fibroma odontogénico	
		Cementoblastoma	
		Fibroma cemento-osificante	
		Mixoma odontogénico	

Quiste

Quistes odontogénicos	Quiste radicular	
	Quiste colateral inflamatorio	
	Quiste gingival	
	Quiste dentígero	
	Quiste odontogénico ortoqueratinizado	
	Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioide	
	Quiste odontogénico calcificante	
	Quiste odontogénico glandular	
	Queratoquiste odontogénico	

### Localización

Maxilar	Región anterior	
	Región premolar	
	Región molar	

Mandíbula	Región anterior	
	Región premolar	
	Región molar	