



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

FRECUENCIA, RECURRENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
QUERATOQUISTES DIAGNOSTICADOS EN EL LABORATORIO DE
PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL DEL CENTRO DENTAL DOCENTE
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA,
LIMA-PERÚ, 2000-2019

FREQUENCY, RECURRENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH
KERATOCYSTS DIAGNOSED IN THE ORAL AND MAXILLOFACIAL
PATHOLOGY LABORATORY OF THE UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA TEACHING DENTAL CENTER,
LIMA-PERU, 2000-2019

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTORES

SUJEY LISBETH BANDA MENDOZA
ALEX SANDRA FLOR RIOS MENDOZA

ASESOR

CARLOS VLADIMIR ESPINOZA MONTES

LIMA- PERÚ

2025

JURADO

Presidente: MG.ESP. LILLIE ELIZABETH ABANTO SILVA

Vocal: MG.ESP. CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

Secretario: MG.ESP. MARIA AURISTELA VILLAFUERTE OLIVERA

Fecha de Sustentación: 1 de abril del 2025

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

MG. ESP. CARLOS VLADIMIR ESPINOZA MONTES

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial

ORCID: 0000-0003-3860-4486

AGRADECIMIENTOS

Con profundo agradecimiento, extendemos nuestro más sincero reconocimiento a nuestros padres, cuyo apoyo incondicional y confianza inquebrantable nos impulsaron a seguir adelante en cada paso de este camino. Asimismo, expresamos nuestra gratitud al Dr. Carlos Espinoza Montes, nuestro asesor, por su invaluable dedicación, paciencia y guía constante. Su compromiso y orientación fueron pilares fundamentales para la culminación exitosa de esta tesis.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi valiente madre Isabel Mendoza, esto es el resultado de tu amor, apoyo y sacrificio. Tus palabras de aliento, tu perseverancia y tu ejemplo constante han sido mi inspiración. Esta tesis es un tributo a ti, mi fuente inagotable de fortaleza. A la memoria de mi padre Pedro Banda, por enseñarme a nunca rendirme y a siempre esforzarme por alcanzar mis sueños, cuya memoria vive en cada logro. Tu ejemplo de perseverancia y amor siempre será mi inspiración, porque sé que estarías orgulloso de ver que tu hija se ha convertido en tu colega.

Sujej Lisbeth Banda Mendoza

Dedico esto, primero, a mi madre, Flor Mendoza, mi pilar, mi fuerza, mi refugio en cada etapa de este camino. Gracias por apoyarme hasta en los detalles más pequeños, por confiar en mí cuando ni yo misma podía hacerlo, por sostenerme sin pedir nada a cambio. Si hoy estoy aquí, es porque tú nunca dejaste de creer que lo lograría. y hoy, mamá, aquí está el resultado. Mi papá, Alex Ríos, que ahora me cuida desde el cielo y con quien llevo con profundo orgullo el mismo nombre. Gracias por darme tu fuerza, tu carácter y tu forma de mirar la vida con firmeza y corazón. Sé que estarías feliz de verme llegar hasta aquí, porque este logro también es tuyo. A mi hermana Jesa, que con sus palabras me ha levantado mil veces, que siempre me dice que soy la mejor, pero yo sé que lo soy porque tengo su amor, y su apoyo constante. Sin ti, no sería nada de lo que soy hoy. Gracias por ser mi ejemplo, mi impulso y mi abrazo en todo este camino. A mi mamita María, mi abuelita adorada, por quien estos cinco años lejos han valido cada sacrificio. A mis tías Rocío, Gladys y Rosita, por esas llamadas llenas de amor que siempre me daban fuerzas, y a Fabito y Estrellita, por ser parte esencial de mi familia y de mi alegría. A Luna y Manchita, que en medio de la pandemia me dieron ese apoyo emocional que solo un alma noble puede entregar. A Sherin y Josi, porque su amistad es de esas que trascienden todo: gracias por levantarme cuando más lo necesité, por estar siempre. Y a Rafael, quien ha sido mi compañero incansable durante estos seis años, aunque venga de un mundo distinto como la ingeniería, nunca dudó en acompañarme en el mío. Siempre dispuesto a tenderme la mano, a traducir mis enredos, a facilitar lo difícil. Este logro es de ustedes tanto como mío, porque sin su amor, nada de esto sería posible.

Alex Sandra Flor Rios Mendoza

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Este trabajo es autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

FRECUENCIA, RECURRENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
QUERATOQUISTES DIAGNOSTICADOS EN EL LABORATORIO DE
PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL DEL CENTRO DENTAL DOCENTE
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA,
LIMA-PERÚ, 2000-2019

FREQUENCY, RECURRENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH
KERATOCYSTS DIAGNOSED IN THE ORAL AND MAXILLOFACIAL
PATHOLOGY LABORATORY OF THE UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA TEACHING DENTAL CENTER,
LIMA-PERU, 2000-2019

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTORES

SUJEY LISBETH BANDA MENDOZA
ALEX SANDRA FLOR RIOS MENDOZA

ASESOR

CARLOS VLADIMIR ESPINOZA MONTES

LIMA- PERÚ

2025



15% Similitud

Filtros

estándar

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas



1

Internet



repositorio.upch.edu.pe

5%

23 bloques de
texto

319 palabra que
coinciden

2

Internet



cache.oalib.com

2%

3 bloques de
texto

113 palabra que
coinciden

3

Internet



www.researchgate.net

<1%

5 bloques de
texto

51 palabra que
coinciden

4

Internet



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	6
III. Materiales y Métodos	7
IV. Resultados	13
V. Discusión	18
VI. Conclusiones	27
VII. Referencias Bibliográficas	29
VIII. Tablas y gráficos	38
Anexos	42

RESUMEN

El queratoquiste es una lesión quística que se origina de los restos de la lámina dental. Su incidencia es más común entre la segunda y tercera década de vida, con una alta prevalencia en el maxilar inferior especialmente en la región de las últimas piezas dentarias. **Objetivo:** Establecer la frecuencia, recurrencia de queratoquistes y factores asociados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Lima-Perú durante el periodo 2000-2019. **Materiales y métodos:** El estudio fue transversal, analítico, descriptivo y retrospectivo, basado en 15,926 fichas anatomopatológicas del laboratorio de patología bucomaxilofacial de la UPCH (2000-2019). La muestra aplica criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Se analizaron 321 casos de queratoquistes odontogénicos, de los cuales el 75.08% se localizaron en el maxilar inferior y el 24.92% en el maxilar superior. Dentro del maxilar inferior, el cuerpo mandibular fue la zona más afectada (21.18%). En cuanto a la recurrencia, el 11.53% de los casos presentó recurrencia, con mayor frecuencia en el primer año (5.30%). El cuerpo mandibular fue nuevamente la zona más afectada en los casos de recurrencia (4.37%). En la distribución por sexo, hubo una ligera prevalencia en mujeres (55.76%). Respecto a los grupos etarios, la mayor incidencia se observó en pacientes de 11 a 20 años (25.23%). **Conclusión:** Los QQ afectan predominantemente el maxilar inferior, con mayor frecuencia en el cuerpo mandibular y en pacientes jóvenes, especialmente entre los 11 y 20 años. Aunque la recurrencia es baja, se presenta principalmente en el primer año posterior al tratamiento. No se encontraron diferencias significativas según el sexo o grupo etario en la distribución de los casos o su recurrencia, lo que sugiere que otros factores pueden influir.

Palabras claves: Queratoquistes, Tiempo de recurrencia, Síndrome de Gorlin-Goltz, Maxilares.

ABSTRACT

The keratocyst is a cystic lesion that originates from the remnants of the dental lamina. Its incidence is most common between the second and third decades of life, with a high prevalence in the lower jaw, particularly in the region of the last molars. **Objective:** To determine the frequency, recurrence of keratocysts, and associated factors in the oral and maxillofacial pathology laboratory of the dental teaching center at Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Lima, Peru, during the period 2000-2019. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional, analytical, descriptive, and retrospective study based on 15,926 histopathological records from the oral and maxillofacial pathology laboratory at UPCH (2000-2019). The sample applied inclusion and exclusion criteria. **Results:** A total of 321 cases of odontogenic keratocysts were analyzed, of which 75.08% were located in the lower jaw and 24.92% in the upper jaw. Within the lower jaw, the mandibular body was the most affected area (21.18%). Regarding recurrence, 11.53% of cases showed recurrence, most frequently within the first year (5.30%). The mandibular body was again the most affected site in recurrent cases (4.37%). In terms of sex distribution, there was a slight predominance in females (55.76%). The highest incidence was observed in patients aged 11 to 20 years (25.23%). **Conclusion:** Keratocysts predominantly affect the lower jaw, with the mandibular body being the most commonly involved area, particularly in young patients between 11 and 20 years old. Although recurrence is low, it primarily occurs within the first year after treatment. No significant differences were found in case distribution or recurrence based on sex or age group, suggesting that other factors may influence their development.

Keywords: Keratocysts, Recurrence time, Gorlin-Goltz syndrome, Jaws.

I. INTRODUCCIÓN

La denominación "queratoquiste odontogénico" se empleó inicialmente en 1956 para describir un quiste odontogénico revestido con epitelio escamoso estratificado queratinizado. En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo el término "queratoquiste odontogénico", sinónimo de "quiste primordial", para indicar quistes benignos de origen odontogénico y apariencia histológica específica. Pero en 2005, considerando el alto riesgo de recurrencia, el curso clínico agresivo, los cambios genéticos dados en el gen supresor de tumores (PTCH1), la aparición de quistes satélites y su relación con el síndrome de Gorlin-Goltz, la OMS clasificó esta patología como un tumor odontogénico queratoquístico benigno (QCOT) (1). Sin embargo, en 2017, la Organización Mundial de la Salud publicó una nueva clasificación de tumores de cabeza y cuello. Como no había pruebas suficientes para categorizar la patología antes mencionada como lesión neoplásica, el QCOT volvió a la categoría de quiste con el nombre de queratoquiste odontogénico.

En la quinta edición de la Clasificación de Tumores de Cabeza y Cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha preservado la denominación de queratoquiste odontogénico (QQ) para describir esta entidad patológica, la cual representa aproximadamente el 10% de todos los quistes odontogénicos. Esta clasificación mantiene la misma nomenclatura y prevalencia reportada en la

edición de 2017. No obstante, es importante señalar que la designación "tumor odontogénico queratoquístico" persiste en la literatura científica actual (3).

El queratoquiste es una lesión quística que a menudo se encuentra asociado con dientes que no han erupcionado. El queratoquiste odontogénico se origina de los residuos de la lámina dental, que se localizan en el maxilar inferior (mandíbula), también suelen ubicarse en el maxilar superior. Por el contrario, este puede asimismo derivar de una prolongación de los elementos de las células basales ubicadas en el epitelio bucal que reviste la lesión. Análogamente, podría tener su origen en el órgano dentario debido al deterioro progresivo del retículo estrellado, previa iniciación de la creación de la capa que protege los dientes o denominado epitelio reducido del órgano del esmalte (1).

Se informa que cerca del 10 al 12% de aquellos quistes que tienen su desarrollo en el epitelio o tejido dental son queratoquistes odontogénicos. Esta afección es capaz de manifestarse a lo largo de la vida, pero es más común durante la segunda o tercera década, con una posible segunda aparición a la quinta década, especialmente en hombres. Un porcentaje considerable como el 65% de las muestras analizadas se localizan en el maxilar inferior, con una elevada incidencia en la región de las últimas piezas dentarias y la región superior del cuerpo mandibular (4, 5).

Según algunos autores, en general, los queratoquistes tienden a ser asintomáticos y a menudo se descubren durante exámenes radiográficos de rutina. Cuando esta lesión produce signos y síntomas, entre los más frecuentes son: la presencia de

molestia o hasta más grave dolor, incremento del tamaño de aquellos tejidos blandos circundantes de la zona afectada y el crecimiento óseo, lo que puede resultar en asimetría facial. Estos quistes pueden crecer considerablemente y tienen una alta probabilidad de volver a aparecer. Sin embargo, la infección del quiste puede causar síntomas locales como inflamación, abscesos, fístulas o dificultad para abrir la boca. También pueden provocar perforaciones en las corticales óseas en alrededor del 25% de los casos, lo que puede resultar en fracturas patológicas (6).

La existencia de múltiples queratoquistes odontogénicos dentro de un mismo paciente podría vincularse al Síndrome del Carcinoma Nevoide producida en las células basales, reconocido como el Síndrome de Gorlin - Goltz (2,3).

Desde una perspectiva de imágenes radiográficas, presentan una apariencia de cavidad con forma oval o redonda (6). El daño identificado se muestra radiográficamente como una región oscura (radiolúcida) Tiene límites definidos y exhibe márgenes radiopacos delgados. En ocasiones, se puede apreciar la presencia de múltiples compartimentos, especialmente en lesiones extensas, pero en su mayoría son de un solo compartimento. Adicionalmente, en más del 40% de los casos, se encuentra en proximidad de la corona de un diente que aún no ha hecho erupción (7).

Histológicamente, se pueden categorizar en dos grupos: el 60% de los casos corresponde a quistes de origen primordial, que se origina de los residuos de la lámina dental y no están relacionados con dientes; mientras que el 40% restante

son quistes de origen dentígero, que se originan en el tejido del órgano del esmalte que se encuentra reducido y que están vinculados a dientes incluidos (8).

El examen histológico revela un epitelio escamoso estratificado de 6 a 8 capas con células basales cilíndricas, dispuestas en patrón en empalizada y polarización inversa y una cápsula fibrosa. La cavidad del quiste contiene una sustancia cremosa de apariencia blanca y un olor distintivo, compuesta por paraqueratina (8).

Hoy en día, se pueden encontrar una gran variedad de enfoques quirúrgicos, entre ellos tenemos opciones desde los más conservadores hasta aquellas más invasivas (9). Algunas opciones más convencionales incluyen la marsupialización, descompresión y enucleación, por otro lado, tenemos alternativas más invasivas como la ostectomía que es la extirpación de tejido óseo con el manejo de un tratamiento complementario como es la solución de Carnoy y la aplicación de nitrógeno en forma líquida (10).

Tanto la descompresión como marsupialización son dos procedimientos que se realizan quirúrgicamente distintos, recomendados para reducir el volumen de los QQ grandes antes de una enucleación, lo que nos permite preservar estructuras importantes como por ejemplo el nervio alveolar inferior (11). Ambos enfoques resultan en una disminución del volumen intraluminal (12,13) y el revestimiento de los quistes marsupializados o descomprimidos se torna mucho más parecido a la mucosa oral que a los QQ desde el punto de vista histológico (13). La marsupialización se puede definir como la extracción quirúrgica de una pared del

cuerpo de los queratoquistes seguida de la sutura de los límites de la lesión a la mucosa adyacente de la cavidad bucal, lo que permite irrigaciones regulares por parte del paciente (14). De igual manera, la descompresión conlleva la creación de una abertura en la cavidad del quiste y la realización de un drenaje, lo que facilita la reducción de la presión dentro del quiste y la consiguiente formación de hueso (12). En contraste, la enucleación implica la extirpación completa del QQ evitando dejar restos macroscópicos del mismo (15). Sin embargo, la enucleación ha estado relacionada con tasas altas de recurrencia (13.3-56%) (16), principalmente debido a la fragilidad y delgadez del QQ, que tiende a fragmentarse durante la extirpación (17). Por otro lado, la reincidencia del QQ también puede ser atribuida a diversas razones, como la presencia de quistes satélites o hijos que quedan fuera del quiste enucleado, especialmente en lesiones de índole multilocular; la existencia de islas epiteliales o microquistes no retirados de la mucosa adyacente al QQ; y la retención del diente impactado relacionado con la lesión (18). Después de la revisión conceptual realizada se tuvo por bien realizar la presente investigación en la que se plantea la siguiente interrogante, ¿Cuál es la prevalencia de queratoquistes y factores asociados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la UPCH, Lima-Perú durante el periodo del 2000 hasta el 2019?

II.OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la frecuencia, recurrencia y los factores asociados al queratoquiste en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la UPCH, Lima- Perú durante el periodo del 2000 hasta el 2019.

Objetivos Específicos

1. Determinar la **frecuencia y recurrencia** de queratoquistes en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la UPCH, Lima-Perú durante el periodo del 2000 hasta el 2019.
2. Determinar la **localización general y específica** de queratoquistes según sexo y grupo etario en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la UPCH, Lima-Perú durante el periodo del 2000 hasta el 2019.
3. Determinar la **recurrencia** de queratoquistes según sexo y grupo etario en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la UPCH, Lima-Perú durante el periodo del 2000 hasta el 2019.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de la investigación:

El estudio se realizó mediante el uso de la técnica no probabilística, de índole transversal, analítico, descriptivo y retrospectivo que cumplió los criterios de inclusión y exclusión del proyecto de investigación

Población:

Está constituida por las 15926 fichas anatomopatológicas de los casos de quistes diagnosticados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la UPCH desde el periodo del 2000 hasta el 2019.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 321 casos de queratoquistes diagnosticados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la UPCH desde el periodo del 2000 hasta el 2019. después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

- Se consideraron todos los casos diagnosticados con queratoquiste definitivo durante el periodo del 2000 y 2019.

- Todos los casos que cuenten con las solicitudes de examen anatomopatológico con los datos completos (sexo, edad, localización general).
- Se incluyeron aquellos casos que no contaban con información detallada sobre la ubicación específica del queratoquiste, ya que esta variable es fundamental para el análisis de la investigación. Excluir estos datos reduciría significativamente la base de datos y afectaría la interpretación de los resultados.

Criterios de exclusión

- No se incluyeron en el estudio los casos de queratoquistes odontogénicos que se presentaron en pacientes con síndromes como el caso de Gorlin-Götz.
- Para evitar sesgos por duplicidad, se excluyeron los datos repetidos, reteniendo únicamente la información posterior a la intervención quirúrgica (marsupialización)

Definición de variables

- **Prevalencia de Queratoquistes:** número de queratoquistes en relación con todos los casos ingresados al laboratorio de patología bucomaxilofacial. (19)
- **Localización general del queratoquiste:** El QQ se localiza predominantemente en los maxilares, ya sea en el maxilar superior o en la mandíbula. (20,21)

- **Localización específica del queratoquiste:** El queratoquiste odontogénico (QQ) presenta una predilección por ciertas localizaciones dentro de los maxilares los cuales puede ser: rama, ángulo, área de incisivos, molares, premolares superiores. (20,21)
- **Recurrencia del queratoquiste:** Desarrollo de una segunda lesión en la misma zona de la primera lesión, después de un período de mejoría o remisión de la primera. (22)
- **Tiempo de Recurrencia del queratoquiste:** Periodo de tiempo entre la aparición de la primera lesión y la recurrencia. (23)
- **Lugar de Recurrencia del queratoquiste:** Región anatómica donde reaparece el queratoquiste. (24)
- **Grupo Etario:** Rango de edad por décadas en el cual se hizo la solicitud del examen anatomopatológico. (25)
- **Edad Promedio:** Etapa de la vida en la que se agrupan distintos períodos del desarrollo humano. (26)
- **Sexo:** caracteres sexuales externos. (27)

Los datos de definición conceptual, definición operacional, tipo de variable, escala, indicadores y valores o categorías se presentan en el cuadro de operacionalización de variables (Anexo 1).

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

- Se solicitó la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) (ANEXO N4°).
- Se solicitó permiso al Jefe del Departamento Académico de Departamento de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial para revisar la base de datos de los diagnósticos realizados entre los años 200-2019, los cuales se nos fueron entregados de manera digital, pero posterior a eso se tuvo que verificar de manera física las fichas debido a que cierta parte de la base no se encontraba digitalizada (ANEXO N°5).
- Se procedió a evaluar el archivo, en formato Excel, del laboratorio donde figuran todas las solicitudes de los pacientes con sus respectivos códigos.
- En este archivo se determinó el total de casos ingresados durante el periodo de 2000 y 2019, luego se filtró los diagnósticos de queratoquiste para determinar la prevalencia.
- Con el código de cada paciente se extrajo del archivo la solicitud del informe anatomopatológico con el diagnóstico histopatológico, así como todos los datos de las variables
- La selección de la muestra se realizó a través de un proceso de filtrado, basado en criterios de inclusión y exclusión, para garantizar su idoneidad.

- Luego se hizo el procesamiento de la base de datos en el programa Microsoft Excel y la exploración de los resultados analizándolo en el programa Stata 17.0.

PLAN DE ANÁLISIS -STATA 17.0

- Se hizo un análisis descriptivo: Frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, promedios y desviación estándar de las variables cuantitativas para lo cual se utilizó el programa de Microsoft Excel 365 y Stata 17.0, con un nivel de confianza de 95% y $p < 0.05$. Así mismo, se usó la prueba Chi cuadrado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El proyecto de investigación se registró en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la investigación (SIDISI)
- Luego fue evaluado por la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina, Estomatología y Enfermería
- Finalmente, fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI-UPCH).

- Los datos acerca de los pacientes fueron manejados de manera anónima, se asignó un código correlativo a cada paciente que inicia con el año de admisión y seguido del número arábico. No se recolectaron identificadores como nombres, apellidos, iniciales, N° DNI, N° de historia clínica, entre otros y estos tampoco fueron utilizados para la codificación, de esa manera se aseguró el anonimato.
- La codificación realizada fue a través del año de recepción del caso.

IV. RESULTADOS

En este estudio, se evaluaron un total de 15926 exámenes anatomopatológicos del 2000 al 2019, pero solo 321 casos, que representa el 2.016% fueron queratoquistes, clasificados según la localización anatómica, recurrencia, tiempo y lugar de recurrencia, grupo etario y edad promedio y sexo de los pacientes.

En la tabla N°1 al analizar la localización general de las lesiones, los resultados muestran que existen 241 (75.08%) casos en el maxilar inferior y en el maxilar superior 80 casos (24.92%). En cuanto a la localización específica de las lesiones dentro de las zonas anatómicas, el cuerpo del maxilar inferior resulta ser el sitio más frecuente con 68 casos (21.18%). Le siguen los molares del maxilar inferior con 35 casos (10.91%); la rama con 22 casos (6.85%), luego la sínfisis con 21 casos (6.54%); otras áreas del maxilar superior con 16 casos (4.98%); los incisivos y caninos 15 casos (4.67%); otras áreas del maxilar inferior 10 casos (3.13%); molares superiores 9 casos (2.80%); ángulo 6 casos (1.87%); parasínfisis 5 casos (1.56%) y finalmente la zona de premolares presentó 0 casos.

En relación con la recurrencia de las lesiones, el análisis revela que 284 casos (88.47%) no presentan recurrencia, mientras que, 37 casos (11.53%) si presentan. Dentro de los casos con recurrencia, se evaluó el tiempo de recurrencia y se encontró que la mayor frecuencia se da en el primer año con 17 casos (5.30%). Otros periodos menos frecuentes de recurrencia fueron ≥ 5 años, 7 casos (2.18%); a los 3 años, 5 casos (1.55%); a los 2 años 4 casos (1.25%); a los 4 años, 4 casos (1.25%) y menos de un año presentó 0 casos. Con relación al lugar de recurrencia,

un 88.47% (284 casos) no presenta una ubicación específica. No obstante, en los casos donde la recurrencia se identifica en ubicaciones específicas, el cuerpo del maxilar inferior es nuevamente el área más afectada con 14 casos (4.37%), seguido de los molares del maxilar inferior con un 7 casos (2.18%); la rama con 5 casos (1.57%); premolares 3 casos(0.93%);molares superiores 2 casos (0.62%); incisivos y caninos superiores 2 casos (0.62%); otras áreas del maxilar superior 1 caso (0.31%); sínfisis 2 casos(0.62%); ángulo 1 caso(0.31%);otras áreas del maxilar inferior 0 casos.

La distribución por sexo indica una ligera prevalencia de casos en pacientes femeninos, con 179 casos (55.76%), frente a 142 casos en pacientes masculinos (44.24%). En cuanto al grupo etario de los pacientes, los datos revelan que el grupo de 11 a 20 años es el más afectado, presentando 81 casos (25.23%); seguido por el grupo de 21 a 30 años con 55 casos (17.13%); a continuación el grupo de 31 a 40 años con 53 casos (16.51%); después el grupo de 41 a 50 años 43 casos(13.40%); luego el grupo de 51 a 60 años con 31 casos(9.66%); inmediatamente el grupo de ≥ 71 años presentó 26 casos (8.10%); posteriormente el grupo de 61 a 70 años 25 casos(7.79%) y finalmente el grupo de 01 a 10 años con 7 casos(2.18%).

En la tabla 2 se analiza la distribución de los queratoquistes odontogénicos según su localización general y específica, considerando variables como el sexo y el grupo etario.

En cuanto a la localización general, se encontró que la mayoría de los casos se presentaron en el maxilar inferior con 241 casos (75,08%), mientras que en el

maxilar superior se identificaron 80 casos (24,92%). Al analizar la distribución de la localización general por sexo, en mujeres se observaron 41 casos en el maxilar superior (22,91%) y 138 casos en el maxilar inferior (77,09%). En hombres, se registraron 39 casos en el maxilar superior (27,46%) y 103 en el maxilar inferior (72,54%), la diferencia entre sexos no es significativa $p=0.348$. Por grupos etarios, los queratoquistes se localizan mayormente en el maxilar inferior en todos los rangos de edad. Los casos más frecuentes ocurrieron entre los 11 a 20 años, con 61 casos en el maxilar inferior (75,31%) y 20 casos en el maxilar superior (24,69%) y el menos frecuente fue el grupo etario de 1 a 10 años con solo 7 casos en total; 6 en el maxilar inferior (85,71%) y 1 caso en el maxilar superior (14,29%). Los análisis para grupos etarios respecto a localización general arrojaron un valor de $p = 0.527$, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de los queratoquistes entre el maxilar superior e inferior según el grupo etario. En cuanto a la localización específica respecto al sexo encontramos que la localización más frecuente fue en mujeres en el cuerpo mandibular con 42 casos (23,46%), mientras que en hombres fue también en el cuerpo mandibular (18,31%) y la localización menos frecuente fue en premolares con 0 casos en ambos sexos. Según el análisis de $p = 0.069$ indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre sexos en la distribución de localización de los casos. En cuanto a la localización específica respecto al grupo etario dentro de los maxilares, el más afectado fue el grupo de 31 a 40 años en el área del cuerpo mandibular con 16 casos (30,19%), seguido por el grupo etario de 11 a 20 años con 15 casos (18,52%). El grupo etario menos frecuente fue de 1 a 10 años, sin embargo, cuando ocurren, se concentran en el cuerpo mandibular (28,57%) y la región molar (14,29%). Según el

análisis valor $p=0.477$ indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos etarios en cuanto a la localización específica.

La Tabla 3 analiza variables como el sexo, grupo etario respecto a la recurrencia, tiempo de recurrencia y lugar anatómico de recurrencia. En cuanto a la recurrencia respecto sexo, La recurrencia es más frecuente en hombres con 20 casos (14.08%) y menos frecuente en mujeres con 17 casos (9.50%), con un valor de significancia $p = 0.201$, lo que indica que la diferencia no es estadísticamente significativa. Respecto a la distribución de la recurrencia frente al grupo etario, el mayor porcentaje de recurrencias ocurrió en el grupo de 11 a 20 años con 10 casos (12.35%) de recurrencia frente al grupo de ≥ 71 años, donde ninguna persona presentó recurrencia; mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Al analizar el tiempo de recurrencia frente al sexo, la recurrencia con mayor número de casos se encuentra en el primer año siendo este más frecuente en hombres con 11 casos (7.75%) que en mujeres con 6 casos (3.35%), seguido de la recurrencia ≥ 5 años que también es mayor en hombres 5 casos (3.52%) frente a mujeres 2 casos (1.12%). La diferencia entre sexos no es estadísticamente significativa ($p = 0.219$). En cuanto a la distribución del grupo etario frente tiempo de recurrencia, los grupos etarios con mayor número de casos fueron de 11 a 20 y 21 a 30 años con 6 casos cada uno respectivamente. El análisis estadístico reveló que las variaciones en el tiempo de recurrencia entre los grupos etarios no fueron significativas ($p = 0.075$). Al comparar lugar de recurrencia específica frente al sexo encontramos que tanto en mujeres como en hombres el lugar de recurrencia con mayor número fue el área del cuerpo con 7 casos cada uno, con un valor de $p=0.727$

que indica que no es estadísticamente significativo. Al realizar el análisis de lugar de recurrencia específica con grupo etario se pudo observar que el mayor número de casos se observó en el cuerpo con 4 casos dentro del grupo etario de 21 a 30 años. La diferencia entre lugar de recurrencia específica y grupo etario no es estadísticamente significativo ($p = 0.344$).

V. DISCUSIÓN

Según la última edición (5ta) de la Clasificación de tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), el QQ se mantiene como queratoquiste odontogénico, y se define como una lesión de origen epitelial derivada del epitelio del órgano del esmalte o restos de la lámina dental (3). Este estudio, analiza 321 casos registrados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial de la UPCH (2000-2019) y permite identificar características clínicas y epidemiológicas.

Los resultados presentados evidencian una alta prevalencia de los queratoquistes odontogénicos en el maxilar inferior (75,08%), particularmente en la región del cuerpo y el ángulo mandibular, hallazgos consistentes con estudios realizados por Velázquez en el que muestra una prevalencia del 70 a 80%, por otro lado, este mismo estudio asocia al maxilar inferior ya que presenta mayor densidad ósea y susceptibilidad a quistes odontogénicos (18). Según Regezzi, el motivo de que los queratoquistes odontogénicos se desarrollen a partir de residuos relacionados con el desarrollo de los restos epiteliales de Mallessez y con ello se puede explicar la predilección mencionada anteriormente en la mandíbula, ya que estos residuos celulares a menudo permanecen en la región posterior de la mandíbula durante la odontogénesis (28).

En cuanto a la tasa de recurrencia podemos observar en este estudio que el análisis revela que 284 casos (88.47%) no presentan recurrencia. Sin embargo, 37 casos (11.53%) sí muestran recurrencia. Según estudios realizados por Velázquez y Sosa,

las tasas de recurrencia del QQ tienen un amplio rango de variación, desde 0% a 62% (18,29), así mismo el estudio realizado por Stoelinga refiere que la mayoría de los casos muestran recurrencia en los primeros cinco años. (30) La alta tasa de recurrencia de los queratoquistes representa un desafío clínico significativo. Jahanshahi en su estudio, reportó que un 21% de los pacientes experimentaron una reaparición de la lesión, incluso después del tratamiento quirúrgico (31). Hallazgos realizados por Pylkkö y colaboradores, sugieren que la naturaleza biológica de los queratoquistes, su capacidad infiltrativa y alto potencial de proliferación, dificulta su erradicación completa. (32).

El tratamiento de los queratoquistes odontogénicos (QQ) presenta una variedad de abordajes terapéuticos, cuya selección depende de factores como el tamaño, localización y relación con estructuras anatómicas adyacentes. Según Sharif; la enucleación, marsupialización, curetaje, ostectomía periférica, aplicación de agentes químicos y resección segmentaria son algunas de las técnicas quirúrgicas disponibles. La planificación prequirúrgica exhaustiva que es basada en una evaluación individualizada de cada caso es fundamental para garantizar el éxito del tratamiento y minimizar las complicaciones. (33)

En la descripción realizada por Ochoa, la marsupialización y la descompresión son dos modalidades terapéuticas que comparten el objetivo de reducir el volumen y la presión intraquística. Sin embargo, difieren en su abordaje quirúrgico. Por otro lado, otro método como la marsupialización consiste en la extirpación parcial de la pared quística y la sutura de los bordes a la mucosa oral, creando una comunicación directa con la cavidad oral. Por su parte, la descompresión implica la colocación de

un drenaje que mantiene abierta la cavidad quística, permitiendo la salida del líquido y disminuyendo la presión intraquística. Ambas técnicas inducen una serie de cambios biológicos que favorecen la resolución del quiste. (34)

Para Wanbutorn, la resección está representada una opción terapéutica para los QQ, sin embargo, su aplicación como tratamiento de rutina es controvertida debido a su alta morbilidad y a la posibilidad de complicaciones postoperatorias (35). Aunque estudios previos han reportado una tasa de recurrencia cercana al 0% tras la resección. (43)

Por otro lado Akther, propuso el uso 5-FU (5. fluoracilo) que según su estudio es más útil en el tratamiento del QQ que la solución de Carnoy debido a su corto tiempo de operación, disponibilidad, simplicidad técnica, menor morbilidad, bajo costo y con poca o ninguna recurrencia, lo que disminuye la necesidad de una segunda cirugía. Sin embargo, se requieren ensayos clínicos más amplios para generar evidencia sobre el uso del 5-FU como una técnica novedosa para el manejo de QQ (36).

Dado que no existen protocolos universales para el tratamiento del QQ. La búsqueda de alternativas terapéuticas menos invasivas y con tasas de éxito comparables se ha convertido en un objetivo prioritario en el manejo de los QQ.

Según estudios realizados por Ochoa y Khan afirman que la marsupialización debe considerarse como la primera línea de tratamiento y además de ser considerado un tratamiento conservador, especialmente para un QQ de un tamaño extenso, pero no

puede considerarse como una modalidad de tratamiento única para el QQ, ya que la finalidad más importante es disminuir las altas tasas de recurrencia de esta entidad, que pueden presentarse hasta diez años tras la cirugía (34,37). Gonçalves y colaboradores realizaron una revisión sistemática sobre la recurrencia de QQ, encontrando que la enucleación es el tratamiento más común, pero con una alta tasa de recurrencia del 30% al 60%, especialmente cuando no se emplean técnicas adyuvantes. La marsupialización, aunque menos invasiva, mostró tasas de recurrencia del 16,2% al 43,2% y es recomendada en casos de quistes grandes o en pacientes jóvenes para preservar estructuras anatómicas importantes (38). Por otro lado, Karaca realizó una investigación retrospectiva donde al combinar dos técnicas como la enucleación y ostectomía periférica, se observó que esta combinación de métodos reducía la tasa de recurrencia a 14.8%. (39)

Por ello ambos estudios subrayan la importancia del enfoque quirúrgico en la recurrencia QQ y sugieren que la marsupialización podría ser la mejor opción en ciertos casos, aunque la enucleación con técnicas adyuvantes sigue siendo comúnmente utilizada. (38,39)

Las posibilidades de tratamiento incluyen la enucleación simple (no recomendada dadas las altas tasas de recurrencia a las que se asocia, 17-56%). Por ende, deben emplearse técnicas coadyuvantes como la aplicación de solución de Carnoy tras la enucleación (alcohol absoluto, cloroformo, ácido acético al 98% y cloruro férrico), o la crioterapia, disminuyendo así los índices de recurrencia (1-8,7%) (40)(54). Es necesario un seguimiento postoperatorio del paciente con el fin de vigilar las posibles recurrencias, que pueden explicarse tanto por una enucleación o curetaje

incompletos, debidos a la debilidad de la pared del quiste. La recurrencia de los queratoquistes odontogénicos representa un desafío clínico significativo. (41)

Estudios realizados por Menon han identificado factores de riesgo asociados a la recurrencia del QQ entre los que destaca la técnica quirúrgica empleada durante la cirugía (42). Por otro lado, Morgan y Giovacchini afirman que un curetaje incompleto durante la enucleación del quiste se considera una causa principal de recurrencia, ya que la persistencia de restos epiteliales puede dar lugar a la formación de nuevas lesiones (43,44). Por lo tanto, la optimización de la técnica quirúrgica, incluyendo un curetaje enérgico y la utilización de técnicas adyuvantes, resulta fundamental para mejorar los resultados a largo plazo en el tratamiento en el que reiteradamente se menciona. Otro motivo por el que puede explicarse la recurrencia es debido a la invasión de tejidos blandos adyacentes al QQ ya que destaca también la capacidad infiltrativa de estas lesiones (45).

La extensión del queratoquiste hacia los tejidos blandos adyacentes dificulta la resección completa del tejido patológico, o bien es dado también por la presencia de quistes satélites. Cavarra destaca la presencia de quistes satélites en lesiones multiloculares grandes de QQ, que pueden presentar una apariencia de "burbuja de jabón" radiográficamente, resaltando la importancia de las imágenes para el diagnóstico diferencial de QQ frente a otros quistes odontogénicos. (42). Por otro lado, Jahanshahi se enfoca en la influencia de características histopatológicas como la presencia de quistes satélites, que se asocian con una mayor probabilidad de recurrencia, sugiriendo que estos hallazgos, junto con otros factores como la

radiolucidez multilocular en radiografía, pueden ser indicadores clave para predecir la recurrencia de QQ y guiar el tratamiento adecuado. (31).

Asimismo, según Gutiérrez y Fidele la recurrencia se puede explicar también debido a la alta actividad mitótica de la entidad, diversos estudios han demostrado que la alta actividad mitótica de las células epiteliales de estos quistes es un factor determinante en su capacidad para crecer y expandirse. Esta proliferación celular descontrolada dificulta la extirpación completa de la lesión y aumenta el riesgo de recurrencia (46,47). Por ello, la comprensión de los mecanismos moleculares que explican la alta actividad mitótica de los queratoquistes es fundamental para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

En esta investigación, la tabla de análisis muestra una predilección por el sexo femenino, coincidiendo con el estudio realizado por Barreto en el que se muestra la misma tendencia, el cual presenta en su estudio, que la segunda etapa de vida fue la más prevalente concordando con algunos estudios que indican que se presenta principalmente en la segunda y cuarta décadas de la vida (60%), pero se han reportado casos raros tan temprano como la primera década y tan tarde como la novena década de la vida.(48)

Aunque algunos análisis estadísticos no muestran diferencias significativas según sexo o edad, algunos patrones descriptivos sugieren un ligero predominio en hombres y en el grupo etario de 11 a 20 años. Estas observaciones coinciden con reportes de cohortes recientes como el de Román y colaboradores, que identifican a los adolescentes y adultos jóvenes como los más afectados (49), este grupo de

edad podría beneficiarse de estrategias quirúrgicas más conservadoras y vigilancia prolongada para reducir la recurrencia.

El análisis del tiempo de recurrencia indica que la mayoría ocurre dentro del primer año posterior al tratamiento, lo cual está alineado con estudios que destacan la importancia de un seguimiento riguroso en este periodo crítico (51,52). A pesar de que no se encontraron diferencias significativas según el tiempo de recurrencia, los resultados subrayan la necesidad de un manejo multidisciplinario en los primeros años postoperatorios para prevenir recaídas.

En términos anatómicos, las recurrencias se localizaron predominantemente en el cuerpo y los molares mandibulares, áreas que, debido a su proximidad al canal mandibular y estructuras dentales complejas, presentan desafíos técnicos durante la exéresis quirúrgica completa. Esto está respaldado por investigaciones que sugieren que la localización anatómica influye en la complejidad del tratamiento y, por ende, en la tasa de recurrencia (51).

Finalmente, aunque los resultados no muestran significancia estadística en la mayoría de las variables, estos hallazgos deben interpretarse con cautela. Las diferencias descriptivas destacan la necesidad de estudios más amplios y con diseño prospectivo para evaluar cómo factores específicos, como el subtipo histológico del queratoquiste o las técnicas quirúrgicas empleadas, afectan su distribución y recurrencia (53).

Finalmente comprendemos que los queratoquistes odontogénicos (QQ) representan un desafío clínico significativo debido a su alta capacidad proliferativa y riesgo de recurrencia, especialmente en la región del maxilar inferior, donde se observan con mayor prevalencia. Aunque las tasas de recurrencia varían ampliamente según la técnica quirúrgica empleada, el enfoque terapéutico ideal combinada con técnicas conservadores más no agresivas, como la marsupialización, con técnicas adyuvantes, como la aplicación de solución de Carnoy o el uso de agentes novedosos como el 5-FU que se encuentra en estudios más recientes en cirugías de QQ, ayudando a minimizar el riesgo de recurrencia y preservar estructuras anatómicas. Además, la identificación de factores como quistes satélites, alta actividad mitótica y características histopatológicas específicas subraya la importancia de una planificación prequirúrgica individualizada con un estudio multidisciplinario y un seguimiento postoperatorio minucioso. Este enfoque integral es clave para optimizar los resultados clínicos y reducir las complicaciones a largo plazo.

Este estudio presenta ciertas limitaciones inherentes a su diseño. La dependencia de registros de laboratorio puede haber introducido sesgos en la selección de casos y la disponibilidad de datos clínicos completos. La exclusión de casos sindrómicos de Gorlin-Götz, si bien necesaria para el enfoque del estudio, limita la generalización de los resultados a esta población específica. Además, la variabilidad en los protocolos de seguimiento postquirúrgico a lo largo del periodo estudiado podría haber afectado la precisión en la evaluación de la recurrencia. Se recomienda que futuras investigaciones aborden estas limitaciones mediante estudios

prospectivos con seguimiento estandarizado y la inclusión de datos clínicos y radiográficos detallados. Asimismo, se sugiere explorar la influencia de factores genéticos y moleculares en la patogénesis y recurrencia de los queratoquistes, así como realizar estudios comparativos entre diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico.

Se recomienda también que, para garantizar la utilidad de las historias clínicas o fichas anatomopatológicas en futuras investigaciones, es esencial un llenado exhaustivo y preciso que incluya datos demográficos completos, de ser posible, antecedentes médicos detallados, registros precisos de consultas y tratamientos, resultados de pruebas. La claridad, organización y estandarización de la información, junto con el cumplimiento de normas éticas y legales, son cruciales. La digitalización y el uso de terminología estandarizada facilitan el análisis de datos. La implementación de estas recomendaciones asegura que las historias o fichas sean una fuente de información valiosa para la investigación.

VI. CONCLUSIONES

- El análisis de 15,926 casos entre 2000 y 2019 en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la UPCH, Lima-Perú, arrojó una prevalencia significativamente baja de queratoquistes odontogénicos, con un total de 321 casos, representando solo el 2.016% de la población.
- Respecto a la frecuencia y recurrencia de los queratoquistes, estos afectan predominantemente el maxilar inferior (75,08%), especialmente en el cuerpo mandibular (21,18%). Se presenta con mayor frecuencia en jóvenes de 11 a 20 años (25,23%) y afecta ligeramente más a mujeres (55,76%). La recurrencia es baja (11,53%), y cuando ocurre, suele manifestarse en el primer año.
- Respecto a la localización general y específica según sexo y grupo etario, se presentan con mayor frecuencia en el maxilar inferior, especialmente en el cuerpo mandibular. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en su distribución según el sexo ni el grupo etario. Aunque afectan principalmente a jóvenes de 11 a 20 años, por otro lado, el grupo de 31 a 40 años mostró la mayor concentración en la localización específica del cuerpo mandibular.
- Respecto a la recurrencia de queratoquistes según sexo y grupo etario, es más frecuente en hombres (14.08%) que en mujeres (9.50%), pero sin diferencias estadísticamente significativas. Se presenta con mayor frecuencia en el grupo de 11 a 20 años, con una diferencia significativa entre grupos etarios. La mayoría de los casos ocurren en el primer año, sin

variaciones significativas entre sexos ni entre grupos etarios. El sitio de recurrencia más común es el cuerpo mandibular, sin diferencias significativas entre ambas variables.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaczmarzyk T, Stypułkowska J, Tomaszewska R. Actualización de la clasificación de la OMS de tumores óseos odontógenos y maxilofaciales. *J Stomatol.* 2017;70(5):484–5
2. Soluk-Tekkeşin M, Wright JM. Clasificación de lesiones odontogénicas de la Organización Mundial de la Salud: resumen de los cambios de la (4.^a) edición de 2017. *Turco Patoloji Derg.* 2018;34(1):1–18
3. Vered M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. *Head Neck Pathol.* [Internet]. 2022 Mar 21 [citado 29 de Noviembre 2024];16(1):63-75. doi: 10.1007/s12105-021-01404-7.
4. Sánchez X, Aguilar J, Barreno KM, Jinez P . Queratoquiste odontogénico: características diagnósticas y tratamiento quirúrgico conservador. *Int J Med Surg Sci.* 2021 ;8(4):1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i4.1655>
5. Galvão H, Núñez MA, Freitas T, Freitas R, Souza L. Queratoquiste Odontogénico: Presentación de un caso en maxilar.: Queratoquiste Odontogénico: Presentación de un caso en maxilar. *Acta odontol. ven* [Internet]. 2005 [consultado el 15 de octubre del 2023]; 43(3): 301-303. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000300016&lng=es

6. Quezada M, Delgado W, Calderón V. Características radiográficas de los queratoquistes odontogénicos paraqueratinizados del maxilar inferior. Rev Estomatol Herediana 2005; 15 (2): 112 - 18.
7. Regezi, J. Tratado de Cirugía bucal. México, Interamericana, 1993. p 349- 54
8. Quintana JC, Miranda J, Al-Gobhari F. Queratoquiste odontogénico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 2025 Ene 26]; 46(3): 70-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300008&lng=es.
9. Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, et al. Odontogenic keratocyst: to decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. J Oral Maxillofac Surg. 2007; 65(4): 640–644. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2006.06.284>
10. Al-Moraissi EA, Pogrel MA, Ellis E. Enucleation with or without adjuvant therapy versus marsupialization with or without secondary enucleation in the treatment of keratocystic odontogenic tumors: a systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg .2016; 44(9):1395–1403. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2016.05.020>
11. Mendes AR, Carvalho JFC, Van der Waal I. Characterization and management of the keratocystic odontogenic tumor in relation to its pathological and biological features. Oral Oncol .2010; 46:470–475 25

12. Maurette P, Jorge J, De Moraes M . Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64(3):379–383. [10.1016/j.joms.2005.11.007](https://doi.org/10.1016/j.joms.2005.11.007)
13. Nakamura N, Mitsuyasu T, Mitsuyasu Y, Taketomi T, Higuchi Y, Ohishi M. Marsupialization for odontogenic keratocysts: long-term follow-up analysis of the effects and changes in growth characteristics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*2002; 94(5):543–553. <https://doi.org/10.1067/moe.2002.128022> 26.
14. Pogrel M. Treatment of keratocysts: the case for decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.*2005;3(11): 1667–73. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2005.08.008>
15. Cunha J, Gomes C, De Mesquita R, Andrade E, De Castro W, Gomez R. Clinicopathologic features associated with recurrence of the odontogenic keratocyst: a cohort retrospective analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2006;121(6):629–35. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2016.01.015>
16. Philipsen H .Keratocystic odontogenic tumour. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (eds) *World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours.* Lyon, IARC, pp 306–7
17. Dias G, Marques T, Coelho P. Treatment options for keratocyst odontogenic tumour (KCOT): a systematic review. *Oral Surg.* 2016;10(4):193–209. <https://doi.org/10.1111/ors.12250>

18. Velazque L, Alonso C, Valenzuela C, Velazque G; . Diagnóstico y tratamiento conservador del queratoquiste odontogénico. *Odontoestomatol* [Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Nov 30] ; 24(9): e407. Disponible en: <https://doi.org/10.22592/ode2022n39e407>
19. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed. [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [citado 17 mar 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/prevalencia>
20. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed. [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [citado 17 mar 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/localización>
21. Ríos Hidalgo N, et al. *Patología general*. Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/inor/files/2023/03/Patolog%C3%ADa-general.pdf>
22. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed. [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [citado 17 mar 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/recurrencia>
23. National Cancer Institute. *Tiempo transcurrido hasta la progresión*. [Internet]. [citado 17 mar 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tiempo-transcurrido-hasta-la-progresion>
24. National Cancer Institute. Cáncer que recidiva localmente [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cancer-que-recidiva-localmente>

25. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed. [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [citado 17 mar 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/etario>
26. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed. [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [citado 17 mar 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
27. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed. [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [citado 17 mar 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
28. Neville, BW, Damm, DD, Allen, CM y Chi, AC .Patología oral y maxilofacial.En: WB Saunders ,editor. 4.^a edición, Missouri, Elsevier.2016.p.604-5.
29. .Sosa R, Umérez C, Maestu C. Queratoquiste Odontogénico. Revisión de la literatura. Reporte de dos casos clínicos. Acta Odontol Venez. 2002;20(3).View of Odontogenic keratocyst: diagnostic
30. Stoelinga, P. J. W. (2022). The odontogenic keratocyst revisited. Int J Oral Max Surg ,51(11), 1420–1423. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2022.02.005>
31. Jahanshahi GR, Keshani F, Mirkazemi Z, Mirkazemi H. Evaluating histopathological factors of predicting the recurrence rate of odontogenic keratocyst. Dent Res J (Isfahan). 2023 Jan 18;20:12. PMID: 36820134
32. Pylkkö, J., Willberg, J., Suominen, A., Laine, H. K., & Rautava, J. (2023). Appearance and recurrence of odontogenic keratocysts. Clin Exp Dent Res, 9(5), 894–898. <https://doi.org/10.1002/CRE2.796>

33. Sharif J, Oliver R, Sweet C, Sharif MO. Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, Issue 11. Art. No.: CD008464. DOI: 10.1002/14651858.CD008464.pub3.
34. Ochoa JA, Reinoso SJ, Molina M. Techniques for the treatment of keratocyst, review of the literature and case report. *Rev Cient Odontol* . 2023 Jun 29;11(2):e159. doi: 10.21142/2523-2754-1102-2023-159
35. Warburton G, Shihabi A, Ord RA. Keratocystic Odontogenic Tumor (KCOT/OKC)-Clinical Guidelines for Resection. *J Maxillofac Oral Surg*. 2015 Sep;14(3):558-64. doi: 10.1007/s12663-014-0732-7.
36. Akhter Lone P, Ahmed Wani N, Ahmed Janbaz Z, Bibi M, Kour A. Topical 5-fluorouracil application in management of odontogenic keratocysts. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2020 Oct-Dec;10(4):404-406. doi: 10.1016/j.jobcr.2020.07.008
37. Khan AA, Qahtani SA, Dawasaz AA, Saquib SA, Asif SM, Ishfaq M, Kota MZ, Ibrahim M. Management of an extensive odontogenic keratocyst: A rare case report with 10-year follow-up. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Dec;98(51):e17987. doi: 10.1097/MD.00000000000017987. PMID: 31860950; PMCID: PMC6940056.
38. Gonçalves TO de F, Rangel RMR, Marañón GA, Soares L, Agostini M, Abrahão AC, et al. Management and recurrence of the odontogenic keratocyst: an overview of systematic reviews. *Oral Maxillofac Surg [Internet]*. 2024;28(4):1457–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10006-024-01277-4>

39. Karaca C, Dere KA, Er N, et al. Recurrence rate of odontogenic keratocyst treated by enucleation and peripheral ostectomy: Retrospective case series with up to 12 years of follow-up. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(4):e443-e448. doi:10.4317/medoral.22366
40. Molon R, Verzola M, Pires L, Mascarenhas V, Da Silva R, Cirelli J, et al. Five years follow-up of a keratocyst odontogenic tumor treated by marsupialization and enucleation: A case report and literature review. *Contemp Clin Dent*. 2015; 6(1): 106-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374304/>
41. Dioguardi, M, Quarta, C, Sovereto, D. et al. Factores y técnicas de manejo en queratoquistes odontogénicos: una revisión sistemática. *Eur J Med Res*.2024. 29 <https://doi.org/10.1186/s40001-024-01854-z>
42. Menon, S. Keratocystic odontogenic tumours: etiology, pathogenesis and treatment revisited. *J. Maxillofac. Oral Surg.*, 14(3):541-7, 2015.
43. Morgan TA, Burton CC, Qian F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 63 (5): 635-639.
44. Giovacchini F , . Bensil C , Paradiso D , Belli S , Mitro. V , Tullio. A .Factores que influyen en la recurrencia de los queratoquistes: estudio monocéntrico . *J Oral Med Oral Surg* , 2020 :1-7

45. Moris H, Medina R, Pineda E, Fuente MD, Lazo D, Mardones M. Queratoquiste: expresión mandibular en un caso clínico. *Int J Interdisciplina Mella*. 2024;17(2):105-108. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882024000200105&lng=en.
46. Gutiérrez A, Rivadeneyra A. Queratoquiste odontogénico recurrente en paciente con síndrome de Gorlin-Goltz. *Rev Estomatol Herediana*. 2020;30(1):53-62. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552020000100053&lng=es. doi: 10.20453/reh.v30i1.3741.
47. Fidele NB, Bing L, Sun Y, Wu T, Zheng Y, Zhao Y. "Management of mandibular odontogenic keratocyst through radical resection: Report of 35 cases". 2019;287:733-741.
48. Borges LBO, Almeida RS, Da Silva RA, Sato, FRL. Retrospective study of therapeutic approaches, recurrence and prevalence of cases of odontogenic keratocysts at a general hospital. *Adv Oral Maxillofac Surg*. 2021;2. <https://doi.org/10.1016/J.ADOMS.2021.100047>
49. Roman CR, Faur CI, Boțan E, Ghiurca RS, Moldovan MA. Odontogenic Keratocyst: The Dos and Don'ts in a Clinical Case Scenario. *Am J Case Rep*. 2022 Aug 4;23:e936641. doi: 10.12659/AJCR.936641.

50. Slusarenko Y, Stoelinga PJW, Grillo R et al . Cyst or Tumor? A systematic review and meta-analysis on the expression of p53 marker in Odontogenic Keratocysts .J Craniomaxillofac Surg.2021; 49(12), 1101–06.
<https://doi.org/10.1016/J.JCMS.2021.09.015>
51. Sánchez R, Castillo J, Morán MJ, Pingarrón L, Burgueño M. Queratoquiste odontogénico mandibular: Presentación como trismus de larga evolución. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2008 Ago [citado 2024 Nov 30] ; 30(4): 291-4. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582008000400010&lng=es.
52. Raj A, Ramesh G, Nagarajappa R, Pandey A, Raj A. Prevalence of odontogenic lesions among the Kanpur population: an institutional study. J Exp Ther Oncol. 2017; 12(1): 35-42
53. Rao K, Kumar S. The use of enucleation and chemical cauterization (Carnoy's) in the management of odontogenic keratocyst of the jaws. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;66(1):8-12. doi: 10.1007/s12070-012-0523-8.
54. De Souza LB, Gordón MA, Nonaka FW, Medeiros MC, Torres TF, Emiliano GBG. Odontogenic cysts : demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period.,Med Oral Patol Oral Cir Bucal.2010; 15(4), 583–590.
<https://doi.org/10.4317/>

VIII. TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Frecuencia y recurrencia de queratoquistes en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la UPCH, Lima-Perú durante el periodo del 2000 hasta el 2019

Variables	n	%
LOCALIZACION GENERAL		
Maxilar superior	80	24.92
Maxilar inferior	241	75.08
LOCALIZACION ESPECIFICA		
NO DESCRITO EN LA FICHA	114	35.51
INCISIVOS Y CANINOS	15	4.67
PREMOLARES	0	0.00
MOLARES INFERIORES	9	2.80
OTRAS ÁREAS DEL MAXILAR SUPERIOR	16	4.98
SÍNFISIS	21	6.54
PARASÍNFISIS	5	1.56
CUERPO	68	21.18
ANGULO	6	1.87
RAMA	22	6.85
MOLARES SUPERIORES	35	10.91
OTRAS ÁREAS DEL MAXILAR INFERIOR	10	3.13
RECURRENCIA		
No	284	88.47
Sí	37	11.53
TIEMPO DE RECURRENCIA		
No presenta	284	88.47
Menos a un año	0	0.00
1 año	17	5.30
2 años	4	1.25
3 años	5	1.55
4 años	4	1.25
≥ 5 años	7	2.18
LUGAR DE RECURRENCIA		
NO DESCRITO EN LA FICHA	284	88.47
INCISIVOS Y CANINOS	2	0.62
PREMOLARES	3	0.93
MOLARES SUPERIORES	2	0.62
OTRAS ÁREAS DEL MAXILAR SUPERIOR	1	0.31
SÍNFISIS	2	0.62
PARASÍNFISIS	0	0.00
CUERPO	14	4.37
ANGULO	1	0.31
RAMA	5	1.57
MOLARES INFERIORES	7	2.18

	OTRAS ÁREAS DEL MAXILAR INFERIOR	0	0.00
SEXO			
	Femenino	179	55.76
	Masculino	142	44.24
GRUPO ETARIO			
	01 a 10 años	7	2.18
	11 a 20 años	81	25.23
	21 a 30 años	55	17.13
	31 a 40 años	53	16.51
	41 a 50 años	43	13.40
	51 a 60 años	31	9.66
	61 a 70 años	25	7.79
	≥ a 71 años	26	8.10
EDAD			
X (DE)	19,15 (2.12)		
Total		321	100.00

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

IX. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ID	AÑO	SEXO	GRUPO ETARIO	LOCALIZACIÓN GENERAL	LOCALIZACIÓN ESPECIFICA	RECURRENCIA	TIEMPO DE RECURRENCIA	LUGAR DE RECURRENCIA

<i>SEXO</i>	1	FEMENINO
	2	MASCULINO

<i>QUERATOQUISTE MAXILAR SUPERIOR</i>	1	
<i>QUERATOQUISTE MAXILAR INFERIOR</i>	2	
<i>UBICACIÓN ESPECIFICA</i>	0	NO DESCRITO EN LA FICHA
	1	INCISIVOS Y CANINOS
	2	PREMOLARES
	3	MOLARES
	4	OTRAS ÁREAS DEL MAXILAR SUPERIOR
	5	SÍNFISIS
	6	PARASÍNFISIS
	7	CUERPO
	8	ANGULO
	9	RAMA
	10	MOLARES
	11	OTRAS ÁREAS DEL MAXILAR INFERIOR
	1	01 a 10 años
	2	11 a 20 años
<i>EDAD</i>	3	21 a 30 años
	4	31 a 40 años
	5	41 a 50 años
	6	51 a 60 años
	7	61 a 70 años
	8	≥ a 71 años
	<i>TIEMPO DE RECURRENCIA</i>	0
1		MENOR A UN AÑO
2		1 AÑOS
3		2 AÑOS
4		3 AÑOS
5		4 AÑOS
6		≥ 5 AÑOS

<i>RECURRENCIA</i>	1	SI
	2	NO

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo y Escala	Indicador	Valores o Categorías
Prevalencia de queratoquiste (19)	Número de queratoquistes diagnosticados en relación con todos los casos ingresados en el laboratorio	Número de queratoquistes diagnosticados con relación a todos los casos ingresados al laboratorio	Cuantitativa de razón	Numero de queratoquistes diagnosticados en relación con todos los casos ingresados laboratorio	De 0-100%
Localización general del queratoquiste (20,21)	Sitio de manifestación del queratoquiste en la cavidad bucal.	Registro de la ubicación en la solicitud de examen anatomopatológico	Cualitativa Nominal	Ubicación registrada en la solicitud de examen anatomopatológico	Maxilar superior Maxilar inferior
Localización específica del queratoquiste (20,21)	Lugar de manifestación del queratoquiste dentro de los maxilares	Registro de la ubicación en la solicitud de examen anatomopatológico	Cualitativa Nominal	Ubicación registrada en la solicitud de examen anatomopatológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incisivos y Caninos superiores 2. Premolares superiores 3. Molares superiores 4. Sínfisis 5. Parasínfisis 6. Cuerpo 7. Angulo 8. Rama

Recurrencia de queratoquiste (22)	Desarrollo de una segunda lesión en la misma zona de la primera lesión después de un periodo de mejoría o remisión de la primera	Registro de la recurrencia en la solicitud de examen anatomopatológico	Cualitativa Nominal	Recurrencia a registrada en la solicitud de examen anatomopatológico	Si No
Tiempo de recurrencia (23)	Periodo de tiempo entre la aparición de la primera lesión y la recurrencia	Periodo de tiempo entre la aparición de la primera lesión y la recurrencia	Cualitativa ordinal	Tiempo entre la primera y segunda lesión	Menor a un año 1 año 2 años 3 años 4 años ≥5 años

Lugar de recurrencia (24)	Región anatómica donde aparece el queratoquiste	Región anatómica donde aparece el queratoquiste	Cualitativa Nominal	Área registrada del lugar de reaparición del queratoquiste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incisivos y Caninos superiores 2. Premolares superiores 3. Molares superiores 4. Sínfisis 5. Parasínfisis 6. Cuerpo 7. Angulo 8. Rama

Grupo etario (25)	Periodo de edad por décadas en el cual se hizo la solicitud del examen anatomopatológico	Registro de edad en la solicitud de examen anatomopatológico	Cualitativa ordinal	Edad registrada en la solicitud de examen anatomopatológico	0 a 10 años 11 a 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años ≥ a 71 años
Edad promedio (26)	Etapas de la vida en la que se agrupan distintos períodos del desarrollo humano.	Registro de la edad en la solicitud de examen anatomopatológico	Cuantitativa Razón	Edad registrada en la solicitud de examen anatomopatológico	De 0 al ∞
Sexo (27)	Caracteres sexuales externos.	Registro del sexo en la solicitud de examen anatomopatológico	Cualitativa Nominal	Sexo registrado en la solicitud de examen anatomopatológico	Masculino Femenino

Anexo 3: Registro del Estudio



Generado el 20/04/2024 11:59:30

REGISTRO SIDISI

CÓDIGO DE REGISTRO:

213997

ETAPA DEL PROYECTO:

EN REVISIÓN

ESTADO DEL PROYECTO:

ACEPTADO POR UNIDAD DE GESTIÓN

FECHA DE REGISTRO:

27/03/2024 10:21:11 AM

FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

15/04/2024 03:15:09 PM

TÍTULO:



FRECUENCIA, RECURRENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A QUERATOQUISTES DIAGNOSTICADOS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL DEL CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA UPCH, LIMA-PERÚ, 2000-2019

RESUMEN:

El término "queratoquiste odontogénico" ha experimentado diversas clasificaciones a lo largo del tiempo, desde su primera mención en 1956 hasta las revisiones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Inicialmente denominado como un tipo específico de quiste odontogénico, se le ha considerado como un tumor odontogénico queratoquístico benigno (QCOT) en 2005, para luego retornar a la categoría de quiste odontogénico con el nombre de queratoquiste odontogénico (OKC) en 2017. A pesar de esta última clasificación, el término "tumor odontogénico queratoquístico" sigue siendo utilizado en la práctica clínica. El queratoquiste odontogénico es una lesión quística asociada frecuentemente con dientes no erupcionados, originándose en restos de la lámina dental o en el epitelio bucal. Su incidencia es más común entre la segunda y tercera década de vida, con una alta prevalencia en la mandíbula, especialmente en la región de los molares y la rama mandibular. Aunque suele ser asintomático, puede presentar síntomas como dolor, aumento del tamaño de los tejidos blandos y expansión ósea. Objetivo: Determinar la frecuencia y recurrencia de queratoquistes y factores asociados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del CDD de la UPCH, Lima-Perú entre los años 2000 y 2019. Materiales y métodos: El estudio es de tipo analítico, descriptivo y retrospectivo, con una población constituida por todos los casos de queratoquiste diagnosticados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial de dicha institución durante el período mencionado

TIPO DE PROYECTO:

Investigación

GRADO ACADÉMICO:

Título Profesional

PROGRAMA ACADÉMICO:

PE001 - CARRERA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

PALABRAS CLAVE:

lámina dental, Síndrome de Gorlin-Goltz, Maxilares, Tratamiento quirúrgico, Queratoquiste odontogénico

PARTICIPANTES:

1. ESTUDIANTE: BANDA MENDOZA SUJEY LISBETH
2. ASESOR: ESPINOZA MONTES CARLOS VLADIMIR
3. ESTUDIANTE: RIOS MENDOZA ALEX SANDRA FLOR [Responsable]

UNIDAD DE GESTIÓN:

Facultad de Estomatología



UNIDAD OPERATIVA EN LA QUE SE DESARROLLA EL PROYECTO:

1. Laboratorio de Patología Bucocomaxilofacial - Facultad de Estomatología

ÁREA - SUB ÁREA - DISCIPLINA

1. Ciencias Naturales - Ciencias Biológicas - Biología celular, Microbiología

TIPO DE FINANCIAMIENTO:

AUTOFINANCIADO

Administrador del proyecto:

Sin definir

POSTULACIÓN GANADORA DE FINANCIAMIENTO:

Ninguno

Anexo 4: Aprobación Éticas



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-312-27-24

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXENTO**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : **“FRECUENCIA, RECURRENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A QUERATOQUISTES DIAGNOSTICADOS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL DEL CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA UPCH, LIMA-PERÚ, 2000-2019”**

Código SIDISI : **213997**

Investigador(a) principal(es) : **Banda Mendoza Sujey Lisbeth**
Rios Mendoza Alex Sandra Flor

La **aprobación** incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación, versión 3.0 de fecha 26 de junio de 2024.**

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador está exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y sólo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **Miércoles 27 de junio del 2029**.

El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 27 de junio del 2024



Manuel Raul Perez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

Anexo 5: Permiso para el acceso a base de datos



CAR-FAEST-DAMCIBUM-120-2024

Lima, 9 de mayo de 2024

Señoritas

Sujey Lisbeth Banda Mendoza

Alex Sandra Ríos Mendoza

Alumnas del cuarto año de Estomatología

Facultad de Estomatología Roberto Beltrán

Presente -

De mi consideración:

Es grato dirigirme a ustedes para saludarlas y comunicarles que su solicitud para realizar su trabajo de investigación, titulado: "Frecuencia, recurrencia y factores asociados a queratoquistes diagnosticados en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la UPCH, Lima-Perú, 2000-2019", ha sido aceptada y cuenta con la autorización para el acceso al Servicio de Patología Oral – sede San Martín de Porres, a fin de revisar la base de datos de las Historias Clínicas y poder realizar su trabajo de investigación.

El presente trabajo, sólo debe ejecutarse en el mencionado Servicio, una vez entregado la constancia de aprobación del proyecto emitida por el Comité de Ética y bajo la coordinación de su asesor, Dr. Carlos Espinoza Montes, coordinador de la Sección de Medicina Bucomaxilofacial y docente del Departamento Académico.

Agradezco su amable atención.

Atentamente,



Dr. Alberto German Santa Cruz

Jefe, Departamento Académico de Medicina y Cirugía
Bucomaxilofacial

c.c.: - Dr. Carlos Espinoza, Coordinador Sección Medicina BM y
Asesor de tesis.

AGS/aa.

Av. Honorio Delgado 430, SMP
(511) 3190021 anexo 224304

faest.mocopo1@oficinas-upch.pe

Código SIDISI: 213997

Título Completo del Proyecto: Frecuencia, recurrencia y factores asociados a queratoquistes diagnosticados en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la UPCH, Lima-Perú, 2000-2019

Nombre del Investigador Principal: Rios Mendoza Alex Sandra

Banda Mendoza Sujei Lisbeth

**Declaración del Jefe de la Unidad Operativa¹
en la que se llevará a cabo el estudio**

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de este proyecto según nuestros procedimientos internos, y nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, dentro de la ley y de las normas nacionales e internacionales para la realización de proyectos de investigación.

Certifico además, que el investigador principal y sus colaboradores tienen la competencia necesaria para su realización

(Podrá incluirse tantas áreas operativas como fuera necesario, un formulario por cada una)

Nombre del Jefe del Área Operativa:	Mag. Alberto German Santa Cruz
Área Operativa:	Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial.
Firma y sello: 	Fecha: Mayo 10, 2024.



¹ Jefe del Departamento Académico o Jefe del Laboratorio(s) o Jefe de Unidad de Investigación de la unidad de gestión para proyectos en UPCH. Para unidades operativas externas a UPCH, debe ser la persona con la responsabilidad de dar autorizaciones.