

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. ODONTOLOGÍA



PREVALENCIA DE ODONTOMAS EN PACIENTES DE 15 A 25 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA PERU 2016

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bach.: BAJONERO CAMPOS, Mabel Marilú

ASESOR: Mg. C.D: CALZADA GONZALES, Nancy Doris

HUÁNUCO – PERÚ

2017

**PREVALENCIA DE ODONTOMAS EN PACIENTES DE 15
A 25 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA
PERU 2016**

DEDICATORIA

A Dios

Por la fortaleza que me brinda cada día para salir adelante a pesar de las dificultades.
Sé que no te puedo ver, no te puedo oír, pero con las oraciones que hago sé que me das la fuerza para seguir.

A mis padres

Bajonero Quispe Guillermo y Eustolia Campos Suárez que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a ser un profesional, con todo mi cariño y mi amor, Uds son mi VIDA que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento. ¡LOS AMO!

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la **UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO** por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día. Agradezco también a mi Asesor de Tesis. Mg. C.D Nancy Calzada Gonzales por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis. Mi agradecimiento también va dirigido al Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central por haber aceptado que se realice mi Tesis en su prestigiosa institución. Y para finalizar cuando me preguntan cuántos hermanos tengo, siempre respondo tres, ninguno de sangre, todos de corazón porque que Dios es un padre bondadoso que no pudo mandarme mejor bendición que Uds. a mi vida, han estado a mi lado por muchos años como mi mano derecha, les agradezco por toda su ayuda por los buenos y malos momentos que nos tocó vivir.

Muchas gracias por todo. ¡Nunca cambien hermanos!

JHOMAIRA, ALMIRA y WALTER ALBERTO

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia de odontomas en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima PERU 2016.

Materiales y Método: Se realizó un estudio, observacional, nivel descriptivo de tipo básico, retrospectivo y transversal, el universo estuvo conformada por todos las radiografías panorámicas de los pacientes del servicio de radiología del Hospital Militar Central Lima- Perú de Enero a Abril del 2016, contando con una muestra de 300 radiografías de pacientes de 15 a 25 años, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS versión 22.00 utilizando la estadística descriptiva.

Resultados: De un total de 300 (100%), 171 (57,0%) son de sexo femenino y el restante 43,0%, es decir 129 pacientes son de sexo masculino. 10 casos presentaban imágenes compatibles con odontoma que equivale al 3.3%. El odontoma prevaleció en el sexo femenino con 60%, y en menor porcentaje en el sexo masculino con un 40%. La imagen compatible con odontoma prevaleció en el grupo etareo de 18 a 21 años y 21 a 25 años con 1,7%, respectivamente y no se presentó ningún caso en el grupo etareo 15 a 18 años

Conclusiones: La prevalencia de imágenes compatibles con odontoma en pacientes de 15 a 25 años fue de 3,3%. De los dos tipos de esta patología, el odontoma compuesto es el más prevalente, con respecto al complejo. Con referente al género, el sexo femenino presenta ligeramente una mayor prevalencia.

Palabras claves: Odontoma, complejo, compuesta, radiografía panorámica

SUMMARY

Objective: To estimate the prevalence of odontomas in patients aged 15 to 25 years in the Military Hospital Central Lima PERU 2016.

Materials and Methods: An observational, descriptive, baseline, retrospective and transversal study was performed. The universe consisted of all the panoramic radiographs of the patients of the radiology service of the Central Military Hospital Lima from January to May of 2016, counting on A sample of 300 radiographs of patients aged 15 to 25 years, considering the inclusion and exclusion criteria. Statistical analysis was performed in SPSS version 22.00 using descriptive statistics.

Results: Of a total of 300 (100%), 171 (57.0%) are female and the remaining 43.0%, ie, 129 patients are male. 10 cases had odontoma compatible images, equivalent to 3.3%. Odontoma prevailed in the female sex with 60%, and in a lower percentage in the masculine sex with 40%. The odontoma-compatible image prevailed in the age group of 18 to 21 years and 21 to 25 years old, with 1.7%, respectively, and no cases occurred in the age group 15 to 18 years

Conclusions: The prevalence of compatible odontoma images in patients aged 15 to 25 years was 3.3%. Of the two types of this pathology, compound odontoma is the most prevalent, with respect to the complex. With regard to gender, the female gender presents a slightly higher prevalence.

Key words: Odontoma, complex, composite, panoramic x-ray.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo estimar la prevalencia de odontomas en los pacientes de 15 a 25 años que acudieron al Hospital Militar Central Lima- Perú 2016.

Los odontomas son tumores mixtos (tienen componente epitelial y mesenquimal) de crecimiento lento, considerados hamartomas más que verdaderas neoplasias. Los odontomas constituyen el tumor odontogénico más común, siendo generalmente asintomáticos. Odontomas constituyen alrededor del 22% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares.

Una ayuda para el diagnóstico de odontomas es la radiografía panorámica de rutina, que se solicita previo al tratamiento odontológico.

La metodología de la investigación, se basa al método descriptivo y detallando todo lo que se relaciona con el tema y ver si los antecedentes que ya conocemos siguen siendo los mismos o han variado. Los Odontólogos tenemos como prioridad velar por el bienestar de nuestros pacientes por tal razón en el presente trabajo se dan recomendaciones para los investigadores y la comunidad odontológica.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTOS.....	04
RESUMEN.....	05
SUMARY.....	06
INTRODUCCIÓN.....	07
INDICE.....	08

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación y planteamiento del problema.....	09
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Justificación de la investigación.....	11
1.4. Objetivos de la investigación.....	12
- General	
- Específicos	

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema.....	14
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Definición de términos.....	39
2.4. Hipótesis.....	40
2.5. Identificación de Variables.....	40
2.6. Operacionalización de Variables.....	41

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Tipo de Investigación.....	42
3.2. Método de Investigación.....	43
3.3. Diseño de la Investigación.....	43
3.4. Población y Muestra.....	44
3.5. Técnicas e Instrumentos.....	44
3.6. Análisis y Procesamiento de Datos.....	46

CAPITULO IV: RESULTADOS.....

CAPITULO V: DISCUSIONES.....

CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

BIBLIOGRAFIA.....

ANEXOS.....

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Odontoma que antes se consideraba como un tumor de origen odontogénico¹. Actualmente, se considera como una malformación dental hamartomatoso formado por el crecimiento excesivo o transitorio de tejido dental completa². Los odontomas son generalmente asintomática y generalmente consisten en los dientes no erupcionados o impactados, retenido dientes de leche, la hinchazón y la evidencia de infección³. Kramer y Satish ha discutido los factores atribuidos a la etiología de la formación de odontoma^{4,5}.

Odontomas constituyen alrededor del 22% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares.⁶ La incidencia de odontoma compuesto oscila entre el 9% y el 37% y el de odontoma complejo entre 5% a 30%, respectivamente⁴. Odontomas se detectan generalmente durante la segunda y tercera décadas de la vida con algunos casos en la primera década de la vida también⁶. El odontoma compuesto es más común que el odontoma complejo, que a su vez es más común que ameloblasticodontoma. La mayoría de los odontomas en segmento anterior de las mandíbulas son odontoma compuesto (61%); mientras que en el segmento posterior, odontomas complejos son comunes (34%)⁶. Curiosamente, se ha observado que ambos tipos de odontomas

ocurrió con más frecuencia en el lado derecho de la mandíbula que de la izquierda, (compuesto 62% y compleja 68%)^{2,3}.

El odontoma compuesto se produce con frecuencia en la región del incisivo-canino del maxilar superior en contraste con odontoma complejo que se encuentra generalmente en la región premolar-molar de la mandíbula⁶.

Por lo tanto, este estudio evaluará la prevalencia de los odontomas en pacientes de 15 a 25 años que acuden al Hospital Militar Central Lima.

1.2. Formulación del problema

Problema General

¿Cuál es la prevalencia de odontomas en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es la prevalencia de odontomas según su tipo en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016?
- 2.
3. ¿Cuál es la prevalencia de odontoma según sexo del paciente en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016?
4. ¿Cuál es la prevalencia de odontoma según la edad del paciente en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016?

5. ¿Cuál es la prevalencia de odontoma según ubicación anatómica en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016?

1.3. Justificación de la investigación

Teórica:

La realización de este estudio es relevante ya que el mismo constituye una actualización y contextualización sobre el tema de la prevalencia de odontomas en los pacientes de 15 a 25 años que acuden al Hospital Militar Central Lima 2016.

Práctica:

Los resultados favorecerán a la docencia y a la práctica médica ya que en Perú en la mayoría de las áreas de Ciencias de la Salud sobre todo en la Escuela Académico Profesional de Odontología, tanto los estudiantes como los profesores e investigadores, consultan bibliografías extranjeras, trayendo como consecuencia un distanciamiento con nuestra realidad, en lo que problemas de salud se refiere.

Metodológica

Al diagnosticar mediante imágenes radiográficas las posibles complicaciones de los odontomas, pues, detrás de este proceso quirúrgico puede haber varios factores que puedan complicar el procedimiento.

1.4. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Estimar la prevalencia de odontomas en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima PERU 2016.

Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de odontomas según su tipo en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016.
2. Identificar la prevalencia de odontoma según sexo del paciente en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016.
3. Determinar la prevalencia de odontoma según la edad del paciente en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016.
4. Identificar la prevalencia de odontoma según ubicación anatómica en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema

Internacional

Çizmecı F. y Cols Turquía 2012 Frecuencia relativa y la distribución de los diferentes tipos de tumores odontogénicos en el sureste de Europa, concentrándose en la región del Mar Negro de Turquía.

OBJETIVO Determinar Frecuencia relativa y la distribución de los diferentes tipos de tumores odontogénico **METODOLOGÍA** se evaluaron en total 1165 registros orales y maxilofaciales de biopsia para el diagnóstico histológico en un periodo aproximado de 7 años, de pacientes remitidos del departamento de cirugía oral y maxilofacial y del departamento de patología de la Universidad Técnica de Karadeniz, facultad de odontología y medicina Trabzon, Turquía. **RESULTADOS** en un total de 86 tumores odontogénicos reportados la incidencia de tumores malignos solo ocurrió en 6 casos (6,8%) mientras que los demás fueron benignos (93,2%). **CONCLUSIONES** El estudio reportó que el odontoma era el tumor odontogénico más común (41,8%). En el caso del odontoma compuesto se

halló un caso en el rango de edad de 11 a 20, 3 casos de 21 a 30. Según su ubicación anatómica, se encontraron una cantidad de 32 casos de odontoma compuesto, hallándose 24 en el maxilar, de los cuales 5 se hallaron en el sector posterior y 19 en el anterior; en la mandíbula⁷.

Rezvani G, Amanpoor S, Hamed S. Brasil 2011. Hallazgo clínico patológicamente tumores odontogénicos OBJETIVO Establecer Hallazgo clínico patológicamente tumores odontogénicos. METODOLOGÍA En el estudio se hizo una revisión en 118 casos de pacientes que acudían al Departament of Pathology of Shiraz Dental School. RESULTADOS. De los 118 casos se halló con más frecuencia al tumor odontogénico queratoquístico en un número de 50 casos (24 mujeres y 26 varones) ameloblastoma en 36 casos (19 mujeres y 17 varones) en tercer lugar se encuentra el odontoma en los que se hallaron 11 casos de odontoma entre complejos y compuesto (no especifica) en dichos casos 3 fueron femeninos y 8 masculinos. CONCLUSIONES De los 11 casos se encontró un odontoma en el rango de edad de 0 a 9, tres de 10 a 19, cinco de 20 a 29 y uno de 30 a 39. Además resaltaron los siguientes resultados: 6 casos en la mandíbula y 5 en el maxilar⁸.

Batista S, Montebello A, Junqueira C, Tavano O. Argentina, 2011. Prevalencia de imágenes compatibles con odontoma en la clínica radiológica do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, em Campinas (SP), entre 2003 y 2007. OBJETIVOS Determinar la Prevalencia de imágenes compatibles con odontoma en la

clínica radiológica do Centro de Pesquisas Odontológicas METODOLOGÍA

Para dicho objetivo fue realizado un estudio retrospectivo de 1130 radiografías panorámicas, siendo 1077 convencionales y 53 digitales, de los cuales 580 eran de género femenino, y 550 de género masculino. Los datos fueron recopilados de 1130 radiografías panorámicas y la encuesta

Las radiografías fueron divididas en 3 grupos según sus edades.

RESULTADOS Donde se halló lo siguiente: imágenes compatibles con odontoma compuesto, en el grupo 1 (0-10años) y en el grupo 2 (11-20años), siendo en el primero un varón y en el segundo una mujer, ambos representando el 0,1% de varones y mujeres en sus respectivos grupos.

CONCLUSIONES que posible realizar el estudio radiográfico en las radiografías panorámicas hallando imágenes compatibles con odontoma, desde sus características radiográficas, facilitado por sus características patognomónicas, donde dos imágenes compatibles con odontoma compuesto se encuentran en la parte anterior mandibular, ambos relacionados con los dientes sin erupcionar⁹.

Varkhede A, Tupkari V, Mandale S, Sardar M. India 2010.

Epidemiología o frecuencia relativa y la presentación de la patología clínica de los tumores odontogénicos observados de los registros histopatológicos en el Gobierno Dental College de Mumbai, India, durante el período de enero de 2001 a marzo de 2010.

OBJETIVO Establecer la Epidemiología o frecuencia relativa y la presentación de la patología clínica de los tumores odontogénicos observados de los registros histopatológicos

METODOLOGÍA. Se revisaron un total de 60 lesiones

clasificadas como tumores odontogénicos. Además estas fueron analizadas en cuanto a la edad, género, ubicación del tumor, y diagnóstico histopatológico. Las lesiones del maxilar superior fueron divididas en 2 categorías basadas en la extensión de la radiografía. RESULTADOS La Clase 1 consistió en lesiones limitadas al segmento anterior del maxilar superior (distal del canino derecho a la cara distal del canino izquierdo). La Clase 2 consistió en lesiones limitadas al segmento posterior del maxilar (cara mesial del primer premolar a cara distal de la última molar presente, tanto del lado derecho como izquierdo). Del mismo modo, las lesiones mandibulares fueron divididas en 2 categorías. Clase 1 consistió en lesiones limitadas al segmento anterior de la mandíbula (cara distal del canino derecho a cara distal del canino izquierdo). Clase 2 de lesiones limitadas en el segmento posterior de la mandíbula (cara mesial del primer premolar a la cara distal del tercer molar). CONCLUSIONES indican que el tipo histológico más frecuente fue ameloblastoma (66,67%), seguido de odontoma (20%), tumor odontogénico adenomatoide (10%). El análisis de género mostró una predilección femenina para la mayoría de los tumores, excepto ameloblastoma. Además se observó predilección por la mandíbula y las regiones posteriores de los maxilares. Los tumores odontogénicos muestran una variación geográfica definida¹⁰.

Saghravanian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak I. Iran, 2010 En esta investigación se evaluaron los tumores odontogénicos tomando en cuenta ciertos criterios tales como la edad, el género y la localización de la lesión. OBJETIVOS Establecer tumores odontogénicos

tomando en cuenta ciertos criterios tales como la edad, el género y la localización de la lesión. METODOLOGÍA realizaron un estudio retrospectivo (1978-2008), utilizando los registros de casos del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Mashhad, Irán. Llegaron a la RESULTADOS que 88 casos fueron Tumores odontogénicos epiteliales (EOT = 53,4%), 54 fueron tumores odontogénicos mixtos (MixOT = 32,7%) y 23 eran tumores odontogénicos mesenquimales (MOT = 13,9%). CONCLUSIONES el Ameloblastoma fue el tumor odontogénico más prevalente (70 casos; 42,4%), seguido del Odontoma (44 casos, 26,7%), Mixoma odontogénico y Tumor odontogénico adenomatoide (15 casos cada uno; 9,1%). El resto eran otros tumores (21 casos; 12,7%)¹¹.

Harris R, Rebolledo M, Díaz A, Carbonel Z. Colombia (2009) Odontoma Serie de casos El trabajo establece la existencia de otras patologías asociadas a odontomas como los quistes. METODOLOGÍA Establece también que se deben incluir diagnósticos diferenciales entre imágenes radiográficas como el cementoma, osteomielitis esclerosante focal, dientes supernumerarios, tumor odontogénico epitelial calcificante y tumor odontogénico adenomatoide. CONCLUSIÓN Por último el presente artículo hace referencia que la recurrencia de los odontomas es muy rara, en niños en que sus edades oscilan entre 1 y 5 años no es recomendable a realizar procedimiento quirúrgicos para su enucleación, ya que los odontomas se encuentran en estadios iniciales o tempranos del desarrollo, encontrándose

porciones celulares no calcificadas de este que aumentan el riesgo de recurrencia cuando se realice la cirugía¹².

Faria da Silva L, David L, Ribeiro D, Felino A. Portugal, 2009 un estudio clínico patológica en una población portuguesa. OBJETIVO Determinar el estudio clínico patológica en una población portuguesa

METODOLOGÍA, Un total de 65 casos de tumores odontogénicos se obtuvieron de los archivos del Departamento de Patología del Hospital Sao Joao, Oporto, Portugal, y el Instituto de Patología Molecular e Inmunología de la Universidad de Oporto (IPATIMUP), entre enero de 1993 diciembre de 2006. de estos casos, 48 fueron recuperados y analizados. El diagnóstico final de cada caso se basa en la clasificación de la OMS de 2005 histopatológico odontogenictumors, y con el mejor conocimiento de los autores, la serie actual representa el primer estudio sobre los odontomas en una población del norte de Portugal. **RESULTADOS** el odontoma era el tumor odontogénico más frecuente. De los 48 casos hallados de odontoma, 26 fueron hallados en hombres y 22 en mujeres, 34(70,8%) fueron compuestos y 14(29,2%) fueron complejos. La mayoría de odontomas (72,9%) se hallaron en pacientes por debajo de los 30 años de edad, con un pico de incidencia en la segunda década de vida. 28 (58,3%) de los odontomas fueron hallados en el maxilar y 20 (41,7%) en la mandíbula. 28 (58,3%) de los 48 odontomas fueron asociados con dientes impactados. **CONCLUSIONES** La información obtenida clínica y patológica de los tumores odontogénicos en una población portuguesa, el odontoma es el tumor odontogénico más frecuente, el tipo de odontoma más

frecuente es el compuesto, que el odontoma tiene mayor incidencia en la segunda década de vida que es más frecuente en hombres que mujeres y por último que es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula¹³.

Guerrisi M, Piloni M J, Keszler A. Argentina 2007. Tumores odontogénicos en pacientes de hasta 20 años de edad diagnosticados en un centro especializado de diagnóstico anatomopatológico bucal.

OBJETIVO Conocer los Tumores odontogénicos en pacientes de hasta 20 años de edad diagnosticados en un centro especializado de diagnóstico anatomopatológico bucal METODOLOGÍA, estudio retrospectivo, se seleccionaron los archivos del servicio los casos con diagnóstico de tumores odontogénicos correspondientes al periodo 1990-2004 RESULTADOS maxilares. La edad media general fue de 12,7 años y la relación hombre mujer 2:1. Los tipos tumorales más frecuentes fueron: el odontoma (50,9%), ameloblastoma (18,3%) y mixoma (8,5%). El más infrecuente fue el tumor odontogénico epitelial calcificante (1,3%). El presente trabajo CONCLUYE que: los tumores odontogénicos y en especial el odontoma no pueden ser considerados infrecuentes, debido a la asiduidad de casos hallados¹⁴.

Vainer L, Castro D Cuba 2003. El estudio se enfoca en la retención de piezas como consecuencia de la obstrucción mecánica producida por odontomas. OBJETIVO Determinar retención de piezas como consecuencia de la obstrucción mecánica producida por odontomas METODOLOGÍA El estudio concluye que al ser las alteraciones de la

erupción un problema muy común en la consulta dental, es importante que los odontólogos en general, se concienticen acerca de la importancia de realizar un diagnóstico completo, que permita detectar este tipo de problemas de manera temprana. El diagnóstico temprano de las anomalías y su atención oportuna puede evitar el desarrollo de otros problemas de mayor complejidad. El estudio **CONCLUYÓ** que el tratamiento debe ir orientado hacia la remoción del odontoma y la restauración fisiológica u ortodóntica de la erupción de las piezas dentarias permanentes involucradas¹⁵.

Amado S, Gargallo J, Berini L, Gay C. España (2001). Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. METODOLOGÍA Se ha efectuado la revisión de los casos de odontomas diagnosticados entre 1983 y 2001 en la clínica Nuestra Señora de Remei en el centro médico Teknon de Barcelona y en el master de cirugía e implantología bucal de la facultad de odontología de la Universidad de Barcelona, valorando su prevalencia, distribución por sexo, edad, localización anatómica, afectación de estructuras vecinas, sintomatología y clasificación histológica. RESULTADOS para los odontomas complejos la edad media de 29,3 años (rango entre 14 a 46 años) y para los odontomas compuestos fue de 19,1 años (rango entre 6 a 42 años). El 37,7% de las lesiones se correspondían con odontomas de tipo complejo y el 62,3% de tipo compuesto. La región antero superior fue la más representativa recogiendo el 54% de los casos. CONCLUSIONES El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de 23 odontomas

complejos (37,7%) y 38 compuestos (62,3%). El 44,3% de los odontomas se localizó en la mandíbula y el 55,7% en el maxilar superior. En la región anterosuperior se localizaron el 54 % de los casos y la zona posteroinferior el 26,6%. El resto de odontomas se encontraron en la región de molares superiores. Un único caso (1,6%) se presentó de forma transmucosa en la cavidad bucal, mientras que el resto tenía ubicación intraósea¹⁶.

Santos N, Pereira L. Figueiredo V, de Souza B. Brasil 2001. La prevalencia de los tumores odontogénicos diagnosticados en el Laboratorio de Patología Oral de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte en Brasil entre los años 1970 y 1999, OBJETIVO Determinar la prevalencia de los tumores odontogénicos diagnosticados en el Laboratorio de Patología Oral **METODOLOGÍA** con el fin de proporcionar los datos para la comparación con los resultados anteriormente publicados en estudios de otros servicios de diagnóstico oral. Además se determinó el tipo, la frecuencia relativa y la distribución de la lesión, edad, sexo y ubicación. **CONCLUYERON** que la comparación de los resultados de esta investigación con los de otras poblaciones, no hubieron diferencias en cuanto a tipos, frecuencias y distribución de los tumores. Esto indica que algunas variaciones pueden atribuirse a diferencias geográficas. Además, debido a la escasez de información a largo plazo, es difícil determinar el tiempo medio de recurrencia de las lesiones analizadas en el presente estudio¹⁷.

Mouchrek M, Goncalves L, Sabino J, de Cassia E, Amaral R, Nogueira M. Brasil El estudio se enfocó en las lesiones orales y maxilofaciales biopsiadas en el Servicio de Anatomía y Patología del Hospital Pediátrico Presidente Dutra, de la Universidad Federal de Maranhão, Brasil, y comparar los datos epidemiológicos con los de estudios anteriores. METODOLOGÍA Revisión bibliográfica. Con respecto a las categorías de diagnóstico llegaron a la CONCLUSIÓN que el mayor número de casos se produjo en la categoría hiperplásico / reactiva (27,3%), lesiones de las glándulas salivales (13,6%), neoplasia benigna de tejidos blandos (12,7%), tumores odontogénicos y lesiones quísticas (11,5%), neoplasias malignas (8,9%), inflamaciones periapicales (3,4%), lesiones de la mucosa oral y patologías óseas (0%). En cuanto a los tumores odontogénicos (11,5%), el estudio llegó a la siguiente conclusión: el Odontoma representó el 80% de los tumores odontogénicos seguido por el tumor odontogénico queratoquístico y el Ameloblastoma (1,3%)¹⁸.

A NIVEL NACIONAL

Mejía A. Lima Perú 2014. Prevalencia de imágenes compatibles con odontoma en radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al centro de diagnóstico por imágenes (CDI) entre enero y marzo de 2013

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de imágenes compatibles con odontoma en pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico por Imágenes (CDI) entre enero y marzo de 2013.

Materiales y métodos: Se analizaron 2998 radiografías panorámicas digitales, clasificándolos según su tipo, sexo, grupos etarios, ubicación

topográfica y ubicación anatómica. Los datos se procesaron por medio del programa estadístico SPSS versión 15. Se realizaron análisis univariado, bivariado y tablas de contingencia, con sus respectivos gráficos de barras.

Resultados: Se encontró una prevalencia del 0.5% que presentan imágenes compatibles con odontoma, de los cuales 42.9% fueron del tipo compuesto y 57.1% del tipo complejo, la mitad de los casos se encontraron en mandíbula. El 42.9% se halló en la zona anteroinferior, el 35.7% en la zona anterosuperior y ningún caso en las zonas posterior derecha en ambos maxilares. De los casos observados 42.9% correspondía al sexo masculino y 57.1% en el sexo femenino. Por último se pudo apreciar que un 78.6% de los casos correspondía al grupo de 1-40 años, con un valor promedio de 25.3 años. **Conclusión:** En nuestra población existe una prevalencia de imágenes compatibles con odontoma similar a lo reportado en la literatura, lo que no sucede en cuanto a la prevalencia del odontoma complejo, donde apreciamos una mayor prevalencia en la zona anterior

Mejía A. Prevalencia de imágenes compatibles con odontoma en radiografías panorámicas de pacientes que acudieron al centro de diagnóstico por imágenes (CDI) entre enero y marzo de 2013 [Tesis pregrado]. Universidad San Martín de Porres Lima 2014.

Aliaga R., Perea M, Aliaga A. PERÚ (2009). Frecuencia de intervenciones quirúrgicas de dientes supernumerarios, odontomas y dientes incluidos en odontopediatría. OBJETIVO Determinar Frecuencia de intervenciones quirúrgicas de dientes supernumerarios, odontomas y dientes incluidos en odontopediatría.la METODOLOGÍA. Fue observacional, descriptivo,

transversal, y retrospectivo. La muestra se obtuvo por conveniencia, estuvo constituida por 192 historias clínicas seleccionadas de un total de 329 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Odontopediatría de la clínica de postgrado de la UPCH 2002-2009, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar dientes supernumerarios, odontomas y dientes incluidos, y que fueron registrados en el cuaderno de bitácora. Para el análisis estadístico se usó la prueba chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. RESULTADOS Se encontró una mayor frecuencia de intervenciones quirúrgicas de dientes supernumerarios que de odontomas y dientes incluidos. Se evidenció el mayor número de intervenciones quirúrgicas de dientes supernumerarios, en el grupo de 6 a 11 años de edad, la forma de presentación que predominó fue la única, con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar superior, y la intervención quirúrgica realizada fue la exodoncia compleja. CONCLUSIONES Con respecto a las intervenciones de odontomas, la forma de presentación que predominó fue el odontoma compuesto y la intervención quirúrgica realizada fue la enucleación. Estas alteraciones, dientes supernumerarios, odontomas y dientes incluidos, demostraron tener una alta frecuencia entre los pacientes pediátricos de ahí la importancia de establecer un diagnóstico precoz y un plan de tratamiento óptimo procurando evitar complicaciones futuras¹⁹.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ODONTOMA

DEFINICIÓN

Los odontomas son tumores mixtos (tienen componente epitelial y mesenquimal) de crecimiento lento, considerados hamartomas más que verdaderas neoplasias^{20,21}. Los odontomas constituyen el tumor odontogénico más común, siendo generalmente asintomáticos.

Los odontomas se conocen como tumores odontógenos mixtos, porque se componen de tejido de origen epitelial y mesenquimatoso, estos tejidos pueden diferenciarse por completo y como resultado hay depósito de esmalte por ameloblastos y dentina por odontoblastos. Aunque estas células y tejidos tienen aspecto normal, su estructura es defectuosa. Esta organización anormal de tejidos maduros, por lo demás normales, condujo a la opinión que los odontomas deben considerarse como hamartomas y no neoplasias. Tales anomalías calcificadas adoptan una de dos configuraciones generales. Pueden aparecer como un gran número de dientes rudimentarios o en miniatura, en cuyo caso se las conoce como odontoma compuesto o presentar como conglomeraciones amorfas de

tejido duro y entonces recibe el nombre de odontomas complejos. Como grupo son los tumores odontógenos más frecuentes²².

ETIOPATOGENIA:

Existen dos teorías clásicas que explican su origen: la de Malassez, a expensas de los restos paradentarios; y Rywkind que explica una histogenia análoga al mecanismo de la odontogénesis, aunque se sugiere que el traumatismo o infección local puede conducir al desarrollo de ésta lesión; también puede resultar una hipoplasia, según el momento de la odontogénesis²³.

Siedmund y Weber colocaron hace algún tiempo estos procesos entre los hamartoblastomas (desarrollo defectuoso del germen dentario). Hitchin sugirió que los Odontomas son heredados o se deben a un gen o una interferencia mutante, posiblemente posnatal, con el control genético del desarrollo dental.

Actualmente, existe una moderna tendencia, que considera a los odontomas como una lesión hamatomatosa o una malformación²⁴.

En cuanto a la etiología, se les asocia con antecedentes previos de traumatismos durante la primera dentición, así como a procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome de Hermann), hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el

gen de control del desarrollo dentario. (Just another WordPress.com site.
Posted on marzo 18, 2013 by dulloc)

La etiopatogenia de los odontomas es desconocida, en algunos pacientes es hereditaria pero también puede ser causa de tumores. Su etiología se le relaciona con Restos paradentales de Malassez¹² o Procesos inflamatorios¹² o Traumatismos^{9,12}.

Quiste odontogénico calcificante^{9,13,15} o Piezas retenidas^{25,26}

La literatura menciona también asociación con antecedentes previos de traumatismos durante la primera dentición, así como a procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias síndrome de Gardner, síndrome de Hermann, hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario¹².

HISTOPATOLOGÍA:

Las células de los tejidos del odontoma son normales, se caracteriza por presentar dentina primaria, esmalte calcificado e hipocalcificado, cemento inmaduro y una cápsula, se presenta un desorden en las moléculas extracelulares de la matriz del mesénquima. Histológicamente están compuestos por varias formaciones de tejido dentario entre los cuales encontramos esmalte, dentina, cemento y a veces pulpa. Suelen estar localizados entre las raíces de los dientes erupcionados o entre la dentición temporal y la permanente¹².

UBICACIÓN

Respecto a la localización, la mayoría se sitúan en el área de incisivos y caninos del maxilar superior, seguida por las zonas anteroinferior y posteroinferior, de acuerdo a un estudio de casos por amado y col²⁷, Los de tipo complejo tienen mayor predilección por las zonas de segundos y terceros molares inferiores²⁸ También Puede localizarse desplazado a otros sitios como el seno maxilar^{29,30}, paredes del seno maxilar izquierdo³¹, en la cavidad nasal^{32,33}, piso de la orbita²⁹, ángulo de la rama mandibular^{32,34} y parte posterior de la mandíbula³⁵.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Normalmente los odontomas son asintomáticos, producen retención de piezas permanentes (con la permanencia en boca de la pieza decidua) y tumefacciones alveolares^{12,13}.

Estadísticamente, el maxilar superior presenta mayor tendencia a desarrollar odontomas que el maxilar inferior; sin embargo, en mandíbula es común encontrar odontomas complejos en la parte posterior y odontomas compuestos en la porción anterior^{13,36,37,38}.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

Según la clasificación de la OMS de 1992 se reconocen dos tipos de odontomas^{39,40}

- ✓ Compuesto: malformación en la cual están representados todos los tejidos dentarios con un patrón de distribución ordenado; la lesión consta de muchas estructuras similares a los dientes denominadas dentículos.
- ✓ Complejo; malformación en la cual están representados todos los tejidos dentarios pero con un patrón de distribución desordenado. Los odontomas compuestos suelen ser lesiones uniloculares radiopacas y múltiples, que pueden contener pocas (2 a 3) o muchas (20 a 30) estructuras análogas a dientes en miniatura^{41,42}.

La clasificación de la OMS no incluye a los tumores odontogénicos híbridos, los cuales de acuerdo a la literatura están formados por más de un tipo de tumor odontogénico. Así, se han reportado tumores odontogénicos donde se han identificado dos y hasta tres tipos histológicos, en algunos casos con presencia de tejido dental calcificado correspondiente a odontoma compuesto y complejo. La mayoría se desarrollan dentro de los maxilares, con mayor frecuencia en la mandíbula, pero también se han descrito casos extraóseos^{43,44}.

Los odontomas compuestos que se presentan más frecuentemente en la parte posterior de la mandíbula, sobre dientes impactados, pueden alcanzar un tamaño de hasta varios centímetros. Tienen un aspecto de masa radiopaca, unilocular y sólida, con alguna nodularidad, estando rodeados por un halo fino radiotransparente 27,28)^{45,46,47,48}.

Están clasificados, radiográfica e histológicamente en odontoma compuesto y complejo, siendo de tipo compuesto constituido por múltiples dientes bien formados, denominados dentículos^{9,12,16}.

El odontoma complejo contiene todos los elementos básicos de un diente, pero conglomerados en una masa amorfa. El desenvolvimiento de los odontomas ocurre durante edades inferiores a los 20 años^{9,12,13}.

El odontoma compuesto se presenta con mayor frecuencia que el complejo y generalmente está asociado a dientes permanentes no erupcionados, siendo considerado los dos tumores odontogénicos más comunes asociados con erupción dental tardía. El odontoma se localiza con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar, entre las raíces y sobre la corona de un diente retenido; por otro lado al odontoma complejo se le localiza con mayor frecuencia en la zona posterior de la mandíbula^{12,16}.

Una condición muy poco frecuente de estas lesiones es su aparición de forma transmucosa, como si se tratara de un diente erupcionado. Por lo

tanto, siempre que se encuentre una situación en la que exista una tumoración con las características descritas deberá ser incluida en el diagnóstico diferencial de un odontoma, que por estar visible en boca definiríamos como un odontoma erupcionado¹⁶.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Radiográficamente, posee los siguientes diagnósticos diferenciales: cementoma, osteítis esclerosante focal, diente supernumerario, tumor odontogénico epitelial calcificante y tumor odontogénico adenomatoide^{12,16}.

PREVALENCIA:

Los odontomas son los tumores más frecuentes de los maxilares y representan, según diversas fuentes, entre un 22% y un 67% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares. Respecto a la localización, la mayoría se sitúan en el área de incisivos y caninos del maxilar superior, seguida por las zonas anteroinferior y posteroinferior^{7,12,16}.

Los de tipo complejo tienen mayor predilección por las zonas de segundos y terceros molares inferiores. Existe mayor predominio en niños y adolescentes, observándose poca diferencia en su incidencia entre mujeres y varones. Estas lesiones normalmente se descubren mediante exámenes radiográficos de rutina durante la segunda y tercera década de la vida^{10,11,14}.

TRATAMIENTO:

El tratamiento del odontoma es quirúrgico, incluyendo la enucleación y eliminación de la cápsula del tejido que lo rodea. La recurrencia del odontoma es muy rara. En niños entre 1 y 5 años no es recomendable realizar procedimientos quirúrgicos para su enucleación, ya que los odontomas se encuentran en estadios iniciales o tempranos del desarrollo, encontrándose porciones celulares no calcificadas de este, que aumentan el riesgo de recurrencia postquirúrgica^{26,49,50}.

COMPLICACIONES

La mayor parte de los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia, tales como dientes supernumerarios⁵¹, incisivos impactados, caninos impactados⁵², molares impactados^{53,54} asociado a una angina de ludwing⁵⁵. inflamación e infección^{56,57}, obstrucción nasal, síndrome otodental⁵⁸, algunas variantes mixtas como los ameloblasticos pueden convertirse en malignos^{59,60}, Vengal y col reportan un caso con asimetría facial⁶¹.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Odontoma.- El término "odontoma" fue introducido en 1867 por Broca. Es una neoplasia benigna mixta (HAMARTOMA) de origen odontógeno, es decir,

es una lesión de células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas, completamente diferenciadas y que forman esmalte, dentina y cemento⁶².

Tumor odontogénico.- Los tumores odontogénicos son neoplasias que se desarrollan exclusivamente en la mandíbula o en el maxilar, originadas por proliferación del tejido epitelial mesenquimal o de ambos. Forman un amplio y heterogéneo grupo tumoral que incluye desde lesiones benignas hasta auténticos carcinomas; constituyen menos del 4 % de las neoplasias del área bucal y maxilofacial y dentro de este porcentaje, no más del 6 % se consideran malignos⁶³.

Prevalencia.- Se denomina a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Hamartoma.- Es una patología benigna, malformación de coordinación que se asemeja a un tumor en el tejido de su origen. No es un tumor maligno, y crece al mismo ritmo que los tejidos circundantes.

Restos epiteliales de Malassez.- Restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz.

Radiografía panorámica.- Es una técnica radiológica que representa, en una única película, una imagen general de los maxilares, la mandíbula y los dientes, por tanto, es de primordial utilidad en el área dentomaxilomandibular.

2.4 HIPÓTESIS

Hi

La prevalencia de odontoma en los pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar central Lima es de aproximadamente 10%

Ho

La prevalencia de odontoma en los pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar central Lima no es aproximadamente 10%

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

Variable de estudio

Prevalencia de odontoma

Variable de caracterización

Edad

Sexo

Ubicación anatómica

2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definiciones conceptuales	Dimensión	Indicadores	Tipo de variable Escala	Valor
Variable de estudio					
Odontoma	Tumor odontogénico benigno o hamartoma, compuesto por una mixtura de tejidos duros y blandos.	Tipo de odontoma	Compuesto Complejo	Cualitativa dicotómica Nominal	1, 2
Variable de Caracterización					
Sexo	Rasgos y características sexuales de los pacientes.	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa dicotómica Nominal	1, 2,
Edad	Años de vida, sin contar la vida intrauterina.	Edad	15 a 19 20 a 25	Cualitativo Ordinal	Grupo etario
Ubicación anatómica	Lugar en que se halla.	Clasificación de Bird ⁶⁴	Anteroinferior Posteroinferior derecho Posteroinferior izquierdo Anterosuperior Posterosuperior Derecho Posterosuperior Izquierdo	Cualitativo Nominal Politómica	1,2,3,4,5,6

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo, nivel y método de investigación

Tipo

Según la finalidad del investigador:	Básica
Según intervención del investigador:	Descriptivo
Según número de mediciones de la variable de estudio:	Transversal
Según número de variables de interés (analíticas):	Analítica
Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:	Prospectivo

Nivel

Descriptivo

Diseño metodológico:



Dónde:

M: Representa una muestra del estudio

O: Representa la información de la muestra

3.2. Población y muestra

Población de investigación

La población estará conformada por 300 radiografías digitales tomadas en los meses de Enero a Abril en el Hospital Militar Central Lima 2016.

Muestra

Se realizará por muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo todas las radiografías digitales tomadas a los pacientes de 15 a 25 años que fueron atendidos en los meses de Enero a Abril en el Hospital Militar Central Lima 2016, y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- ✓ Radiografías tomadas a pacientes dentro del rango de edad de 15 a 25 años.
- ✓ Placas radiográficas nítidas.
- ✓ Registros de datos del paciente en el sistema.

Criterios de exclusión

- ✓ Radiografías que presente distorsión por cuerpo extraño o artefactos en la zona de estudio.
- ✓ Radiografías de pacientes con patologías extensas en las zonas de estudio.

3.3. Plan de recolección de datos

- ✓ Permiso a las autoridades del Hospital Militar Central Lima
- ✓ Se accederá a toda la información con previa autorización de la dirección y administración del Hospital. Se solicitará el acceso a las radiografías panorámicas de los pacientes que acudieron al área de radiología durante el periodo Enero a Abril del 2016. La técnica a emplearse será la observación clínica.
- ✓ La recopilación de la información se obtendrá a través de la base de datos del área de radiología, en la cual cada operador ha ingresado todas las radiografías panorámicas. Para el presente estudio, únicamente se utilizaron las radiografías panorámicas que cumplían los criterios de inclusión.
- ✓ Para los criterios de selección y análisis de las radiografías panorámicas, La selección de las radiografías panorámicas se realizará según los criterios de inclusión y exclusión. En primer lugar se evaluará la edad y género de cada paciente, Seguidamente se procederá a analizar cada radiografía, de ser

encontrada la lesión se utilizará la clasificación de Bird, la cual divide la boca en sextantes.

Técnica de recolección de datos

La técnica que se empleará para la recolección de datos será por medio de la observación, para ello intervendrán tres expertos quienes validarán los instrumentos elaborados.

3.4. Plan de tabulación y análisis de datos

Para el procesamiento se utilizará un ordenador Intel inside core i5, se utilizará el programa estadístico Excel y SPSS V 22.0. Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva para la presentación de las variables en la población de estudio y también se utilizará la estadística inferencial para la prueba de hipótesis; por usar variables cuantitativas convertidas a cualitativas se utilizará las pruebas no paramétricas. Los resultados se presentarán en tablas y gráficas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del presente estudio. Los datos se representan por medio de cuadros y gráficos para observar su comportamiento.

TABLA 01
Caracterización de los pacientes de 15 a 25 años según sexo Lima 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	171	57,0	57,0	57,0
	MASCULINO	129	43,0	43,0	100,0
Total		300	100,0	100,0	

Fuente: Hospital Militar Central Limar 2016

GRÁFICO 01
Caracterización de los pacientes de 15 a 25 años según sexo Huánuco 2016



Interpretación

En la tabla y gráfico 01, se observa la distribución de los pacientes de 15 a 25 años según sexo, obteniéndose los siguientes resultados: De un total de 300 (100%), 171 (57,0%) son de sexo femenino y el restante 43,0%, es decir 129 pacientes son de sexo masculino.

TABLA 02

Caracterización de los pacientes estudiados según grupo etareo. Lima 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15 A 18 años	69	23,0	23,0	23,0
18 a 21 años	87	29,0	29,0	52,0
21 a 25 años	144	48,0	48,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Fuente: Hospital Militar Central Limar 2016

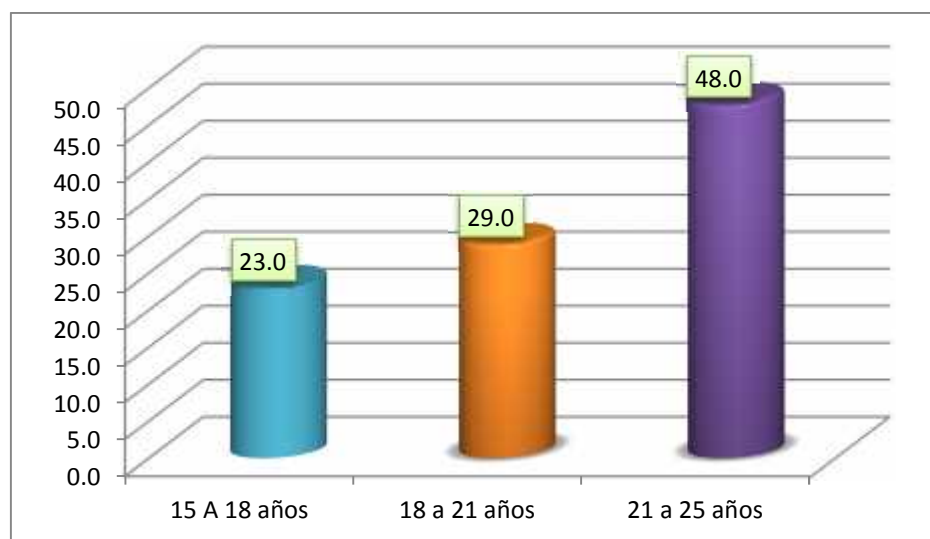


GRÁFICO 02

Caracterización de los pacientes estudiados según grupo etareo. Huánuco 2016

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sus edades (grupo etareo), observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 21 a 25 años (48%), seguido en frecuencia por pacientes de 18 a 21 años 29% y finalmente, los paciente de 15 a 18 años de edad que se presentaron en un 23%.

TABLA 03
Prevalencia de odontomas en los pacientes de 15 a 25 años en los pacientes del Hospital Militar Central Lima 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRESENTE	10	3,3	3,3	3,3
	AUSENTE	290	96,7	96,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

Fuente: Hospital Militar Central Lima 2016



TABLA 03

Prevalencia de odontomas en los pacientes de 15 a 25 años en los pacientes del Hospital Militar Central Lima 2016

Interpretación

En el presente estudio se encontró que de un total de 300 radiografías digitales, 10 presentaban imágenes compatibles con odontoma que equivale al 3.3%.

Tabla 04

Pacientes de 15 a 25 años según tipo de odontomas en el Hospital Militar Central Lima 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	COMPLEJO	3	30,0	30,0	30,0
	COMPUESTO	7	70,0	70,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

Fuente: Hospital Militar Central Lima 2016

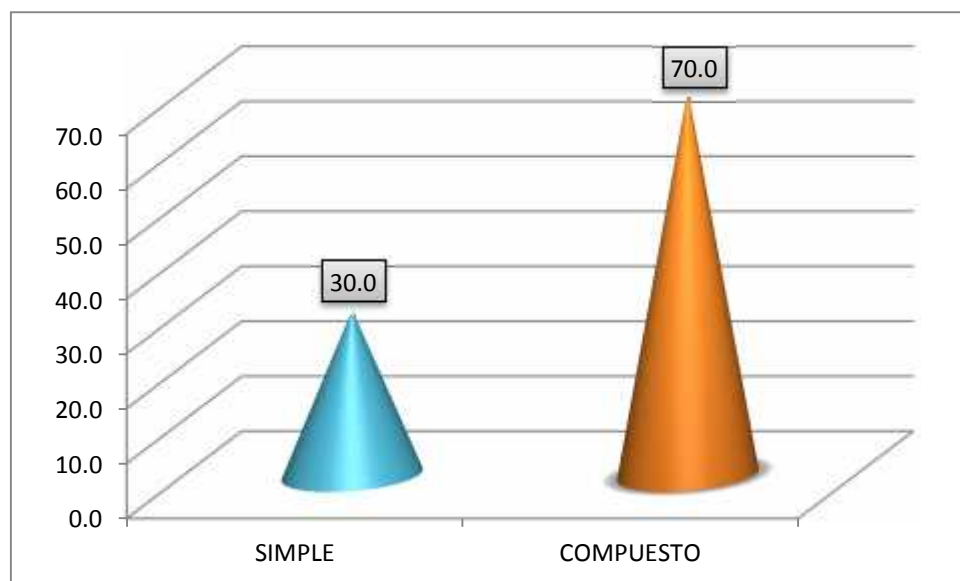


Gráfico 04
Pacientes de 15 a 25 años según tipo de odontomas en el Hospital Militar Central Lima 2016

Interpretación:

Con referente a la prevalencia de odontoma según al tipo, se pudo observar que del total de casos de odontomas, 7 correspondían a imágenes compatibles con odontoma compuesto (70.0%) y 3 del complejo (30.0%).

Tabla 05
Pacientes de 15 a 25 años según la ubicación anatómica del odontoma en el Hospital Militar Central Lima 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MAXILAR INFERIOR	9	90,0	90,0	90,0
	MAXILAR SUPERIOR	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Hospital Militar Central Lima 2016

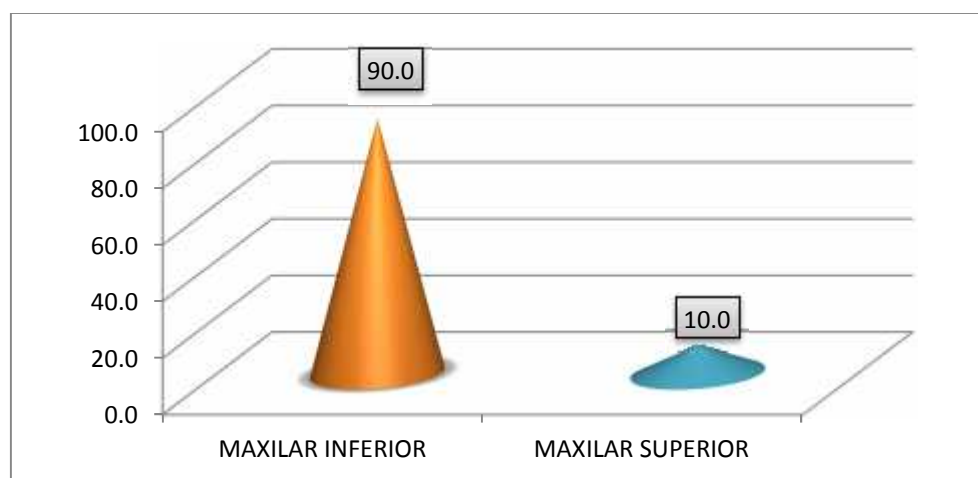


Gráfico 05
Pacientes de 15 a 25 años según la ubicación anatómica del odontoma en el Hospital Militar Central Lima 2016

Interpretación:

En relación a la ubicación anatómica, se decidió dividirla en maxilar superior y maxilar inferior; de un total de 10 casos hallados, 9 casos se encontraron en el maxilar inferior (90%) y en menor porcentaje en el maxilar superior (10%).

Tabla 06

Prevalencia de odontoma según sexo en los pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima 2016

			ODONTOMA		Total
			PRESENTE	AUSENTE	
SEXO	FEMENINO	Recuento	6	165	171
		%	60,0%	56,9%	57,0%
	MASCULINO	Recuento	4	125	129
		%	40,0%	43,1%	43,0%
Total		Recuento	10	290	300
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Hospital Militar Central Lima 2016

Femenino 6 ----- 1,98

Masculino 4 ----- 1,32

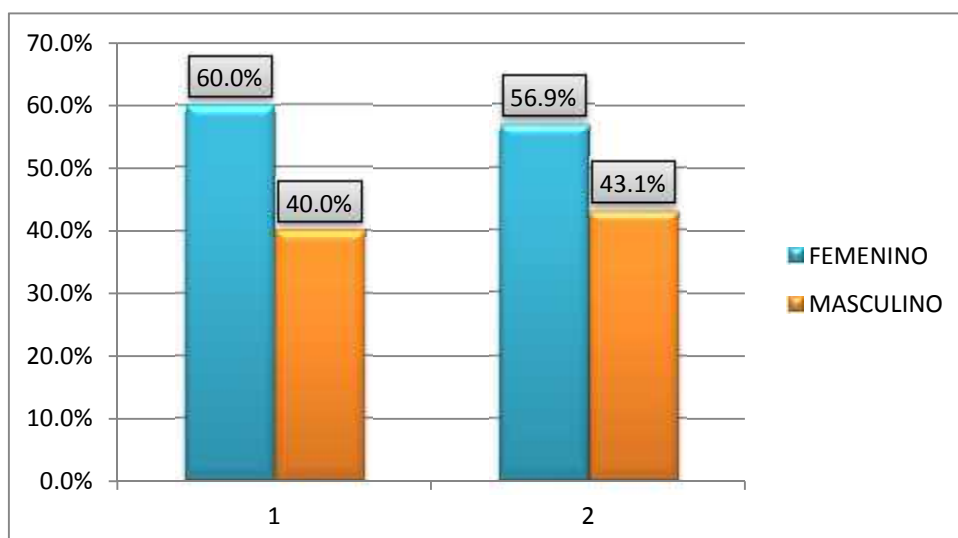


GRÁFICO 06

Prevalencia de odontoma según sexo en los pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima 2016

Interpretación:

En la presente tabla muestra prevalencia de odontoma según sexo, donde la imagen compatible con odontoma prevaleció en el sexo femenino con 60%, y en menor porcentaje en el sexo masculino con un 40%.

TABLA 07

CHI-CUADRADO: Prevalencia de odontoma según sexo en los pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima 2016

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,038 ^a	1	0,845

INTERPRETACIÓN:

Al relacionar prevalencia de odontoma con sexo, no se encontró relación estadísticamente significativa se aplicó la prueba estadística chi-cuadrado valor de $p=0,845$.

Concluyéndose que la prevalencia del odontoma en los pacientes de 15 a 25 años no está influenciada por el sexo.

Tabla 08

Prevalencia de odontoma según grupo etareo en los pacientes del Hospital Militar Central Lima 2016

			ODONTOMA		
			PRESENTE	AUSENTE	Total
GRUPO ETAREO	15 A 18 años	Recuento	0	69	69
		% del total	0,0%	23,0%	23,0%
	18 a 21 años	Recuento	5	82	87
		% del total	1,7%	27,3%	29,0%
	21 a 25 años	Recuento	5	139	144
		% del total	1,7%	46,3%	48,0%
Total		Recuento	10	290	300
		% del total	3,3%	96,7%	100,0%

Promedio: 21,5 años

Fuente: Hospital Militar Central Limar 2016

Interpretación:

En la presente tabla muestra prevalencia de odontoma según grupo etareo, donde la imagen compatible con odontoma prevaleció en el grupo etareo de 18 a 21 años y 21 a 25 años con 1,7%, respectivamente y no se presentó ningún caso en el grupo etareo 15 a 18 años.

TABLA 09

CHI-CUADRADO: Prevalencia de odontoma según grupo etareo en los pacientes del Hospital Militar Central Lima 2016

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,961 ^a	2	0,138

INTERPRETACIÓN:

Al relacionar prevalencia de odontoma con grupo etareo, no se encontró relación estadísticamente significativa se aplicó la prueba estadística chi-cuadrado valor de $p=0,138$

Concluyéndose que la prevalencia del odontoma no está influenciada por el grupo etareo.

Tabla 10

Tipo de odontoma según la ubicación anatómica en los pacientes del Hospital Militar Central Lima 2016

			UBICACIÓN DEL ODONTOMA		
			MAXILAR INFERIOR	MAXILAR SUPERIOR	Total
TIPO DE ODONTOMA	COMPLEJO	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	30,0%	30,0%
	COMPUESTO	Recuento	6	1	7
		% del total	60,0%	10,0%	70,0%
Total		Recuento	9	1	10
		% del total	90,0%	10,0%	100,0%

Interpretación:

Con referente a la tabla 10, muestra que los 3 casos de odontoma complejo se presentaron en el maxilar superior, mientras que el odontoma compuesto el mayor porcentaje fue ubicado anatómicamente en el maxilar inferior con un 60% y solo 1 caso en maxilar superior 10%.

TABLA 11

CHI-CUADRADO: Tipo de odontoma según la ubicación anatómica en los pacientes del Hospital Militar Central Lima 2016

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,476 ^a	1	0,490

INTERPRETACIÓN:

Al relacionar tipo de odontoma con grupo etareo ubicación anatómica, no se encontró relación estadísticamente significativa se aplicó la prueba estadística chi-cuadrado valor de $p=0,490$

Concluyéndose que la prevalencia del odontoma no está influenciada por la ubicación anatómica.

CAPITULO V

DISCUSIONES

La muestra estuvo conformada por 300 radiografías de pacientes, 171 pacientes del sexo femenino y 129 pacientes del sexo masculino y en edades comprendidas entre 15 y 25 años que acudieron al Hospital Militar Central Lima 2016 el período enero a Abril de 2016. De igual manera el muestro fue probabilística. Posterior a la selección de las radiografías se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión.

En el presente trabajo de investigación se halló que la prevalencia de odontoma en los pacientes de 15 a 25 años fue de 3,3%, en comparación con los resultados obtenidos por MANRIQUE (2014) es mas baja, en el que observó que la presencia de imágenes compatibles con odontoma (0.5%) es menor a lo registrado en estudios previamente realizados de acuerdo con los autores citados en las diferentes estudios, las prevalencias halladas en Brasil por, Santos 2001 (1.2%) y en Argentina por, Batista (0.17%), y en Irán por Saghravanian 2010 (0.5%), sin embargo algunas son similares como la hecha en Argentina por Guerrisi 2007 Argentina (3.4%), en pacientes hasta de 20 años aumentando considerablemente la incidencia de odontomas.

Con referente al sexo se halló una ligera predilección por el femenino en un 0.6% en contraste al 0.4% del género masculino, contrario estos resultados con los

estudios realizados por Mejía Masculino 0,5% en comparación con el femenino 0,4%; sin embargo coinciden con los estudios en Irán Saghravanian (1.01% en mujeres y 0.8% en hombres), en Brasil Santos (0.8% en mujeres y 0.39% en hombres) y en Turquía por Çizmeçi. (2.06% en mujeres y 1.03% en hombres) e inclusive hay un estudio que habla de un porcentaje equitativo entre ambos géneros, en Brasil Batista (0.08% mujeres y 0.08% hombres); no obstante cabe resaltar que estos estudios no especifican la cantidad de hombres y mujeres.

De acuerdo a la clasificación de grupos etarios, se halló más casos de odontoma en el grupo de 18 a 21 años y de 21 a 25 años, obteniendo el número total 10 casos (100%), la edad promedio fue de 21.5 años; estos resultados difieren con el estudio realizado por Mejía una media 25.3 años; también por Amado-Cuesta S. que estableció una edad promedio de 23.7años; estos resultados fueron similares a los hallados en Turquía por Çizmeçi Şenel F. 20.3 años, en Irán por Saghravanian 21.4 años, en Brasil por Faria da Silva L. 20.6 años.

Con respecto a la prevalencia de odontoma según ubicación anatómica los resultados hallados demostraron que hubo diferencia mandíbula y maxilar, 0,9% y 0,1% respectivamente, resultados que no coinciden con los resultados obtenidos por Cizmeck con 24 casos en el maxilar superior y 19 casos en el maxilar inferior, a Así como en Brasil donde Faría encontró 58,3% en el maxilar superior y 41,7% en

maxilar inferior; semejante resultado obtenido por Amado maxilar superior 55,7% y maxilar inferior 44,3%.

Al determinar la prevalencia del odontoma según el tipo en mayor porcentaje se presentó fue el compuesto con 70% y el odontoma complejo 30%

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de imágenes compatibles de odontoma en pacientes de 15 a 25 años fue de 3,3%.
2. De los dos tipos de esta patología, el odontoma compuesto es el más prevalente, con respecto al complejo.
3. .Con referente al género, el sexo femenino presenta ligeramente una mayor prevalencia.
4. La prevalencia del odontoma en los pacientes no está influenciada por el sexo.
5. la prevalencia del odontoma no está influenciada por el grupo etareo.
6. En cuanto a la prevalencia según la edad, se comprobó cómo menciona la literatura revisada, que el odontoma se encuentra más en los adultos jóvenes, dentro de los 21 y 25 años, no se evidencio ningún caso en el grupo etareo de 15 a 18 años.
7. En cuanto a la ubicación anatómica, se determinó que el odontoma tiene predilección por el maxilar inferior.

RECOMENDACIONES

1. A las personas relacionadas con la odontología, que lean este estudio se les recomienda que deben tener en cuenta la prevalencia de odontomas que se pueden presentar en la consulta odontológica.
2. A las personas relacionadas con el campo de la investigación, se recomiendan que repitan y amplíen la muestra estudiada, debido a que en el trabajo se tomó una muestra un tanto reducida pero apta para nuestro medio de trabajo, así mismo se recomienda tomar como muestra otro grupo etareo diferente a lo realizado.
3. Difundir los resultados de investigación a la comunidad odontológica, considerando la prevalencia de los odontomas en los pacientes en el grupo etario de 18 a 25 años

REFERENCIAS

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Quistes y tumores de origen odontogénico. 4ª ed. Philadelphia: WB Saunders y Co .; 1993. Un libro de texto de Patología Oral; pp. 308-12.
2. Yadav M, P Godge, Meghana SM, SR Kulkarni. Compuesto odontoma. Contemp Clin Dent. 2012; 3(Suppl 1):. S13-5 [[PMC libres artículo](#)] [[PubMed](#)]
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Quistes y tumores odontogénicos. 2ª ed. Saunders;2004. Patología Oral y Maxilofacial; pp. 631-2. ISBN 978-81--312--1570-8.
4. Kramer IR. OMS. Typing histológico del tumor odontogénico. 2ª ed. Berlín: Springer; 1992. Clasificación Internacional histológico de los tumores; pp. 16-21.
5. Satish V. odontome: Una breve descripción Int J Clin Pediatr Dent. 2011; 4 : 177-85.
6. S. Singh Gestión del incisivo central, debido a que no ha brotado odontoma compuesto: Presentación de un caso Int J Oral Maxillofac Pathol. 2012; 3 : 45-8.
7. Çizmecı Şenel F y Cols. The relative frequency of odontogenic tumors in the Black Sea region of Turkey: an analysis of 86 cases. Turk J Med Sci. 2012; 42(2): 1463-1470.

8. Rezvani G, Amanpoor S, Hamed S. Clinicopathologic study of odontogenic tumors: 118 cases. J Med Sci. 2011 may; 5(5): 269-272.
9. Batista S S, Montebello Filho A, Junqueira J L C, Tavano O. Prevalência de lesões compatíveis com odontoma em radiografias panorâmicas de uma clínica radiológica. RGO – Rev Gaucha Odontol. 2010 junho; 58(2): 197-202.
10. Varkhede A, Tupkari J V, Mandale M S, Sardar M. Odontogenic tumors: a review of 60 cases. J Clin Exp Dent. 2010; 2(4):e183-6.
11. Saghravarian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak I. Odontogenic tumors in an Iranian population: a 30-year evaluation. J Oral Sci. 2010 may; 52(3): 391-396.
12. Harris Ricardo J, Rebolledo Cobos M, Díaz Caballero A, Carbonel Muñoz Z. Odontoma serie de casos. Revisión de literatura. Av Odontoestomatol. 2009; 25(6).
13. Faria da Silva L, David L, Ribeiro D, Felino A. Odontoma: A clinicopathologic study in a portuguese population. Quintessence International. 2009; 40(1): 61-72.
14. Guerrisi M, Piloni M J, Keszler A. Odontogenic tumors in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; (12): e180-5.
15. Vainer L, Castro D. Retención de piezas dentales por odontoma: Reporte de casos. Postgrado de ortopedia y ortodoncia. ULACIT. 2003.

16. Amado-Cuesta S, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. Med Oral. 2003; (8):366-73.
17. Santos J N, Pereira Pinto L, Figueiredo C R L V, de Souza L B. Tumores odontogênicos: análise de 127 casos. Pesqui Odontol Bras. 2001 dezembro; 15(4): 308-313.
18. Mouchrek Melo M M, Goncalves Machado L, Sabino Becerra-Junior J, de Cassia Silvia Maia E, Amaral da Silva R, Nogueira da Cruz M. Biópsias de lesões orais e maxilo-faciais em pacientes pediátricos brasileiros: estudo retrospectivo de 16 años. Rev Odonto Cienc. 2011; 26(3): 222-226.
19. Aliaga-Del Castillo R, Perea-Paz M, Aliaga-Del Castillo A. Frecuencia de intervenciones quirúrgicas de dientes supernumerarios, odontomas y dientes incluidos en odontopediatría. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(3):196-202.
20. Owens BM, Schulman NJ, Mincer HH, Turner IE, Oliver FM. Dental odontomas: a restrospective study of 104 cases. J Clin Ped Dent 1997; 21 (3): 261-4.
21. Junquera L, Vicente JC, Roig P, Olay S, Rodríguez-Recio O. Odontoma intraóseo erupcionado: Una infrecuente patología. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10 (3): 248-51.
22. Regezi S. Patología Bucal correlaciones clínico patológicas. 3ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México 2007

23. PATIÑO C, Berini L, Sánchez G M, Gay Escoda C. (1995) Odontomas complejos y compuestos: Análisis de 47 casos. Arch Odontoestomatol.
24. PHILIPSEN HP, Reichart PA, Praetorius F. (1997) Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol.
25. White SC, Pharoah MJ. Patologia oral: fundamentos e interpretação. 5a ed. São Paulo: Elsevier Editora; 2007. p.416-9.
26. Shamsheer S, Lalita M, Vivek A, Nitin S, Subhash C, Bharat S. Management of Unerupted Central Incisor Due to Compound Odontoma: A Case Report. Int J Oral Maxi Pathol. 2012; 3(2): 45-48.
27. Leem TH, Kingdom TT. Radiology quiz case. Complex odontoma of the maxillary sinus. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;134(6):667-668.
28. Calatrava L. ed. Lecciones de patología quirúrgica oral y maxilofacial. Madrid:Oteo; 1979. p. 455- 460. 26-28).
29. Mupparapu M, Singer SR, Rinaggio J. Complex odontoma of unusual size involving the maxillary sinus: report of a case and review of CT and histopathologic features. Quintessence Int. 2004 ;35(8):641-645.
30. Sales MA, Cavalcanti MG. Complex odontoma associated with dentigerous cyst in maxillary sinus: case report and computed tomography features. Dentomaxillofac Radiol. 2009;38(1):48-52

31. Singer S, Mupparapu M, Milles M, Rinaggio J, Pisano D, Quaranta P. Unusually large complex odontoma in maxillary sinus associated with unerupted tooth. Report of case and review of literature. N Y State Dent J. 2007;73(4):51-53.
32. Soltan M, Kacker A. Complex odontoma of the nasal cavity: a case report. Ear Nose Throat J. 2008;87(5):277-279.
33. Shaked I, Peretz B, Ashkenazi M. Development of odontoma-like malformation in the permanent dentition caused by intrusion of primary incisor a case report. Dent Traumatol. 2009 ;25(1):144-145.
34. Ogunlewe MO, Adeyemo WL, Ladeinde AL, Bamgbose BO, Ajayi OF. Surgical management of a large complex odontoma of the mandibular angle-ramus region through intra-oral buccal approach A case report. Niger Postgrad Med J. 2005;12(4):312-315.
35. Hammoudeh JA, Kleiber GM, Nazarian-Mobin SS, Urata MM. Bilateral complex odontomas: a rare complication of external mandibular distraction in the neonate. J Craniofac Surg. 2009;20(3):973-976.
36. Santosh P, Ramanesh D N S V, Kalla A R. Complex odontoma: report of two unusual cases. Braz J Oral Sci. 2012 December; 11(4): 509-512.
37. Manoj Vengal M D S, Honey Arora BDS, Sujoy Ghosh B D S, Keerthilatha M, Pai M D S. Large Erupting Complex Odontoma: A Case Report. JCDA. www.cda-adc.ca/jcda. 2007 march; 73(2): 169-172.

38. Mahl C R W, Lemos V P, Fontanella V, Miguens Jr S A Q. Odontoma composto diagnosticado como achado radiográfico em exame interproximal: relato de caso. R. Fac. Odonto. Porto alegre 2005; 46(1): 70- 73. 29
39. Lopez-Areal L, Silvestre Donat F, Gil Lozano J. Compound odontoma erupting in the mouth: 4- year follow up of a clinical case. J Oral Pathol Med. 1992;21(6):285-288.
40. Johnson J, Whaites E, Sheehy E. The use of multidirectional cross-sectional tomography for localizing an odontome. International. Journal of Paediatric Dentistry 2007;17:129-33.
41. Shafer WG, Levy BM. eds. Tratado de patología bucal. México DF: Interamericana; 1987;313-315.
42. Junquera L, de Vicente JC, Roig P, Olay S, Rodríguez O. Intraosseusodontoma erupted into the oral cavity: An unusual pathology. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:248-251.
43. Zeitoun IM, Dhanrajani PJ, Mosadomi HA. Adenomatoid odontogenic tumour arising in acalcifying odontogenic cyst. J Oral Maxillofac Surg. 1996;54(5): 634-7.
44. Bayram M, Özer MS Sener I. Bilaterally Impacted Maxillary Central Incisors:Surgical Exposure and Orthodontic Treatment:A Case Report. J Contemp Dent Pract 2006;(7)4:98-105.
45. Calatrava L. ed. Lecciones de patología quirúrgica oral y maxilofacial. Madrid:Oteo; 1979. p. 455-460.

46. Patiño Illa C, Buenechea Imaz R, Berastegui E, Gay Escoda C. Odontoma compuesto: Aplicación de la regeneración ósea guiada con membrana absorbible de colágeno en un defecto de dos corticales. *Av Odontoestomatol* 1997;13:447-452.
47. Ferrer M, Silvestre F, Estelles E, Grau D. Infección recurrente de un odontoma tras su apertura a la boca. *Med Oral* 2001;6:269-75.
48. Nelson-Filho P, Silva RAB, Faria G, de Freitas AC. Odontoma like malformation in a permanent maxillary central incisor subsequent to trauma to the incisor predecessor. *Dent Traumatol* 2005;21:309-312.
49. Spini P H R, Spini T H, Servato J P S, de Faria P R, Cardoso S B, Loyola A M. Giant Complex Odontoma of the Anterior Mandible: Report of Case with Long Follow up. *Braz Dent J*. 2012; 23(5): 597-600.
50. Semil Isler S, Demircan S, Soluk M, Cebi Z. Radiologic evaluation of a unusually sized complex odontoma involving the maxillary sinus by cone beam computed tomography.
51. Crincoli V, Scivetti M, Di Bisceglie MB, Lucchese A, Favia G. Odontoma: retrospective study and confocal laser scanning microscope analysis of 52 cases. *Minerva Stomatol*. 2007;56(11-12):611-20.
52. Johnson J, Whaites EJ, Sheehy EC. The use of multidirectional cross-sectional tomography for localizing an odontome. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17(2):129-133.

53. Mehra P, Singh H. Complex composite odontoma associated with impacted tooth: A case report. N Y State Dent J. 2007;73(2):38-40.
54. Motamedi MH. Removal of a complex odontoma associated with an impacted third molar. Dent Today. 2008 Apr;27(4):76, 78-9; quiz 79, 68.
55. Bertolai R, Acocella A, Sacco R, Agostini T. Submandibular cellulitis (Ludwig's angina) associated to a complex odontoma erupted into the oral cavity. Case report and literature review. 2007;56(11-12):639-647
56. De Alesio D, Creosinin ML. Odontoma compuesto complejo: un caso clinico. Rev Asoc Odontol Argent 2003;91(5):433-436.
57. Miranda S, Sáez s, Bellet L. Retraso de la erupción de un incisivo inferior permanente asociado a un odontoma compuesto: a propósito de un caso. DENTUM 2007;7(2):81-86.
58. Colter JD, Sedano HO. Otodental syndrome: a case report. Pediatr Dent. 2005;27(6):482-485
59. Gyulai-Gaál S, Takács D, Szabó G, Suba Z. Mixed odontogenic tumors in children and adolescents. J Craniofac Surg. 2007;18(6):1338-1442.
60. da Silva LF, David L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: a clinicopathologic study in a Portuguese population. Quintessence Int. 2009;40(1):61-72.
61. Vengal M, Arora H, Ghosh S, Pai KM. Large erupting complex odontoma: a case report. J Can Dent Assoc. 2007 ;73(2):169-173.

62. Owens BM; Schuman NJ; Mincer HH. Dental odontomas: a retrospective study of 104 cases. J Clin Pediatr Dent. 1997;21(3):261.
63. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: Analysis of 706 cases. J Oral Surg. 1978;36(10):771-778.
64. Bird D, Robinson D. Fundamentos em Odontologia para TSB e ASB. California: Elseiver. 2012; 10(5). 119-21.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS
Problema General	Objetivo General	Variable De Estudio	H. I.
¿Cuál es la prevalencia de odontomas en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016?.	Estimar la prevalencia de odontomas en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016	Prevalencia de odontomas	La prevalencia de odontoma en el Hospital militar Central Lima será baja
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Variable De Caracterización	H.A.
Pe1 Cuál es la prevalencia de odontomas según su tipo en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016. Pe2 Cuál es la prevalencia de odontoma según sexo del paciente en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016. Pe3 Cuál es la prevalencia de odontoma según la edad del paciente en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú	Oe1 Determinar la prevalencia de odontomas según su tipo en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016. Oe2 Identificar la prevalencia de odontoma según sexo del paciente en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016. Oe3 Determinar la prevalencia de odontoma según la edad del paciente en pacientes de 15 a 25	Sexo Edad Tipo de odontoma	La prevalencia de odontoma en el Hospital militar Central Lima será alta

2016. Pe4 Cuál es la prevalencia de odontoma según ubicación anatómica en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016.	años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016. Oe4 Identificar la prevalencia de odontoma según ubicación anatómica en pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central Lima-Perú 2016.		
--	--	--	--

FICHA DE OBSERVACIÓN
PREVALENCIA DE ODONTOMA

N° Paciente: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Edad: _____

Grupo etareo: 15 a 19 años ☐

20 a 25 años ☐

Tipo de odontoma: Compuesto ☐

Complejo ☐

Ubicación:

Maxilar superior: Sector anterior ☐

Sector posteroderecho ☐

Sector posteroizquierdo ☐

Maxilar inferior: Sector anterior ☐

Sector posteroderecho ☐

Sector posteroizquierdo ☐





DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA
DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL "Crl Luis Arias Schreiber"

El Coronel EP Jefe del Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central "Crl Luis Arias Schreiber", hace constar lo siguiente:

Que, la señorita Interna de Odontología

MABEL MARILÚ BAJONERO CAMPOS

Código 2010102681 EAP Odontología - Universidad de Huánuco

Realizará el estudio de películas radiográficas del Servicio Estomatológico de Radiología Bucal y Máxilo Facial del Hospital Militar Central, durante el periodo comprendido del 02 Enero al 30 Abril 2016, para el Trabajo Académico "Prevalencia de Odontomas en Pacientes de 15 a 25 años en el Hospital Militar Central, Lima Perú, 2016".

Se exhorta a la Titular a realizar una labor continua y responsable en la que demuestre capacidad, manejo de conocimientos, actitud e iniciativa, lo que hará de su persona merecedora de recomendación de esta instancia docente asistencial.

Se expide la presente Constancia a solicitud de la interesada, para fines de acreditación académica formativa.

Jesús María, 02 de Enero del 2,016.



O - 214465657 - O
FERNANDO FRANCO OCHOA
CORONEL EP
JEFE DEL DPTO DE ESTOMATOLOGÍA DEL HMC



O - 21864812 - O
WALTER ANTONIO MORA LÉVANO
CORONEL EP
JEFE DEL SERVICIO ESTOMATOLÓGICO DE
RADIOLOGÍA BUCAL Y MÁXILO FACIAL DEL HMC