

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ENTRE REPAROS ANATÓMICOS, VARIANTES ANATÓMICAS Y
PATOLOGÍAS MÁS COMUNES DEL SISTEMA
ESTOMATOGNÁTICO EN ODONTÓLOGOS CON PRIMERA Y
SEGUNDA ESPECIALIDAD EGRESADOS DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UCSM EN AREQUIPA 2021**

Tesis presentada por el Bachiller

Cuadros Oviedo, Rodrigo Alejandro

Para optar el Título Profesional de

Cirujano Dentista

Asesor

Valero Quispe, Javier Lucho

Arequipa – Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 20 de Abril del 2022

Dictamen: 005052-C-EPO-2022

Visto el borrador del expediente 005052, presentado por:

2017800931 - CUADROS OVIEDO RODRIGO ALEJANDRO

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE REPAROS
ANATÓMICOS, VARIANTES ANATÓMICAS Y PATOLOGÍAS MÁS COMUNES DEL SISTEMA
ESTOMATOGNÁTICO EN ODONTÓLOGOS CON PRIMERA Y SEGUNDA ESPECIALIDAD
EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM EN AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1800 - ARCE LAZO MARCO ANTONIO
DICTAMINADOR**



**1889 - DE LOS RIOS FERNANDEZ ENRIQUE MANUEL
DICTAMINADOR**

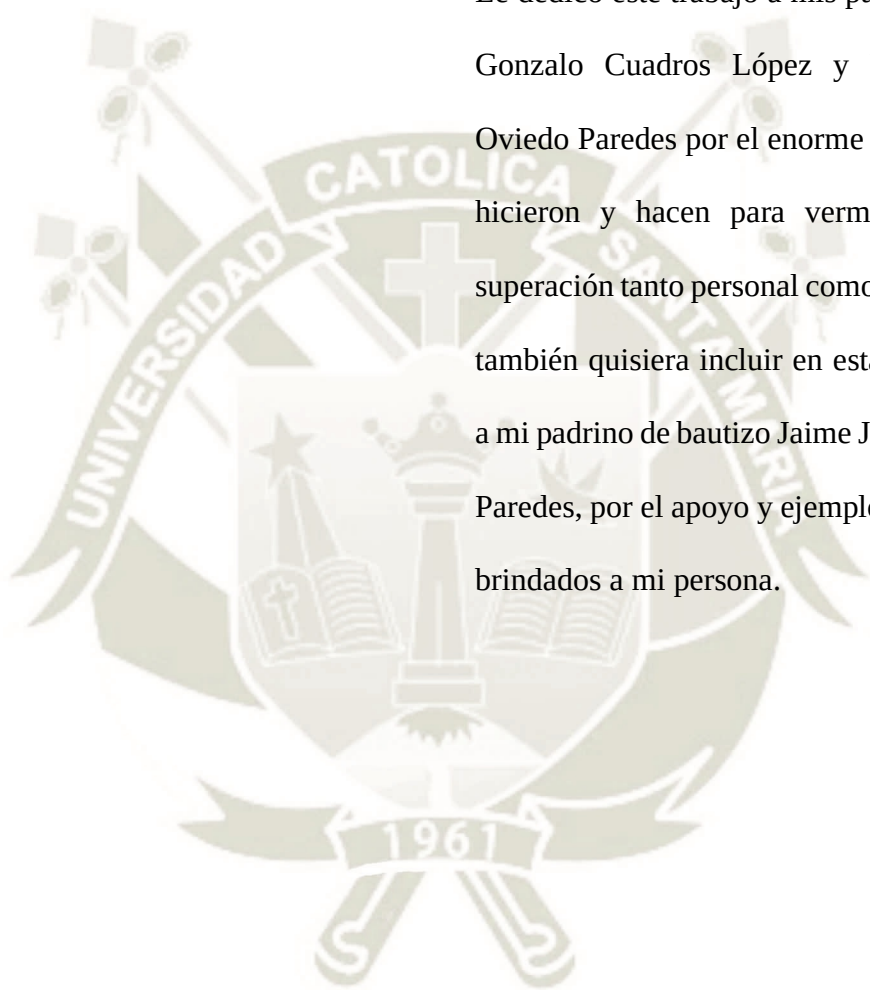


**2461 - GAMARRA OJEDA ROXANA MARY
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mis padres, Alvaro Gonzalo Cuadros López y Yalenni Iris Oviedo Paredes por el enorme esfuerzo que hicieron y hacen para verme lograr mi superación tanto personal como profesional, también quisiera incluir en esta dedicatoria a mi padrino de bautizo Jaime Javier Oviedo Paredes, por el apoyo y ejemplo profesional brindados a mi persona.



AGRADECIMIENTO

A Dios y a mis patronos, el Señor de Huanca y la Virgen Inmaculada que los sentí presentes en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis padres (Alvaro Cuadros Lopez y Yalenni Oviedo Paredes) por sus consejos y ardua labor para conmigo siempre.

A mi pareja (Carolina Vasquez Quiroz) por su apoyo no solo emotivo, sino también por sus acciones y ayuda para concretar esta tesis.

Al Dr. Enrique Manuel De Los Ríos Fernández, Dr. Martín Larry Rosado Linares y Dra. Catherine Lucy Chara Barreda por su apoyo y preocupación en el desarrollo de esta tesis.

Por último, a todos los docentes, amigos y personas que conocí en mi travesía universitaria

RESUMEN

En esta oportunidad, este trabajo de investigación tiene particularmente 2 enfoques, uno que podrá servir de base dando a conocer, las patologías, variantes y reparos anatómicos más comunes del sistema estomatognático, para así poder aperturar de una manera más precisa el 2do enfoque, que viene a ser el nivel de conocimiento en dx. diferencial entre estas tres variables, pero de manera conjunta y tomando solo las más comunes, aplicado en odontólogos con 1ra y 2da especialidad armándose así una macrovariable; este trabajo tiene por esencia servir como material de análisis crítico y reflexivo para evitar una posible mala praxis en caso de un diagnóstico diferencial erróneo, siendo esta investigación un borrador a posibles soluciones para la comunidad odontológica.

Esta investigación es de naturaleza mixta secuencial, de diseño no experimental, transversal compuesta de una muestra de 76 unidades de estudio dividida en 2 grupos, uno de odontólogos con primera especialidad y el segundo con odontólogos con segunda especialidad; a los que se les aplicó un cuestionario compuesto por 15 preguntas respecto al diagnóstico diferencial entre reparos, variantes y patologías más comunes del sistema estomatognático, de las cuales, las primeras 10 fueron en tejidos duros y las otras 5 de tejidos blandos; todas las respuestas fueron debidamente procesadas en una matriz de sistematización para su posterior análisis cuantitativo en tablas de doble entrada considerando el número de respuestas correctas y el porcentaje del grupo que estas representan; por consiguiente, se hizo el respectivo análisis estadístico con medidas

descriptivas de las respuestas correctas (puntaje), en los que se visualizaron la media, mediana y moda, siendo respectivamente 9, 9 y 10 para el primer grupo, y 9,10 y 9 para el segundo grupo.

Para demostrar que distribución seguía el estudio, se realizó la prueba de Kolmogorov Smirnov, la cual resultó en una distribución normal, a lo que se procedió a aplicar la prueba de contraste estadístico T de Student, la cual nos reveló que no existe diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los grupos.

Una vez ya hecho el análisis cuantitativo, se procedió al análisis e interpretación cualitativo, el cual, por medio de un proceso de baremación, se establecieron los parámetros (baremos) para trabajar con las frecuencias relativas aplicadas a una escala que nos permitió ver el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos, variantes y patologías más comunes del sistema estomatognático de cada grupo; los intervalos usados fueron: bajo (de 27% a 50%), regular (de 51% a 74%) y alto (de 75% al 100%).

Para el primer grupo, se obtuvo un 31,58% de profesionales que tienen un nivel de conocimiento bajo, un 60,53% de profesionales con un nivel de conocimiento regular y un 7,89% de profesionales con un nivel de conocimiento alto. Para el segundo grupo, se obtuvo un 28,95% de profesionales que tienen un nivel de conocimiento bajo, un 47,37% de profesionales con un nivel de conocimiento regular y un 23,68% de profesionales con un nivel de conocimiento alto. Posteriormente se procedió a aplicar la prueba de contraste

estadístico Chi Cuadrado de Homogeneidad, la cual coincidió en el resultado de la T de Student al evidenciar que no existe diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los grupos.

Englobando los resultados y tomando los grupos como unidades de estudio, obtenemos que el 1er grupo, logró 334 respuestas correctas de 570, representando un 58,60% de respuestas correctas obtenidas del grupo sobre el cuestionario, lo que, en la escala estructurada por baremos, tenemos que el primer grupo, representa un nivel de conocimiento regular (de 51% a 74%). Los resultados obtenidos para la 2da especialidad revelan que este grupo logró 338 respuestas correctas de 570, representando un 59,30% de respuestas correctas obtenidas del grupo sobre el cuestionario, lo que, en la escala estructurada por baremos, tenemos que el primer grupo, representa un nivel de conocimiento regular (de 51% a 74%).

En conclusión, se tiene que no existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático de los odontólogos de primera y segunda especialidad, estando ambos en un nivel regular.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico Diferencial, Patologías más Comunes, Variantes Anatómicas, Sistema Estomatognático.

ABSTRACT

On this occasion, this research work has 2 approaches in particular, one that can serve as a basis by revealing the most common pathologies, variants and anatomical repairs of the stomatognathic system, in order to be able to open the 2nd approach in a more precise way, which comes to be the level of knowledge in dx. differential between these three variables, but jointly and taking only the most common, applied to dentists with 1st and 2nd specialties, thus creating a macrovariable; The essence of this work is to serve as material for critical and reflective analysis to avoid possible malpractice in the event of an erroneous differential diagnosis, this research being a draft of possible solutions for the dental community.

This research is of a mixed sequential nature, with a non-experimental, cross-sectional design composed of a sample of 76 study units divided into 2 groups, one of dentists with a first specialty and the second with dentists with a second specialty; To whom a questionnaire composed of 15 questions was applied regarding the differential diagnosis between repairs, variants and more common pathologies of the stomatognathic system, of which, the first 10 were in hard tissues and the other 5 in soft tissues; all responses were duly processed in a systematization matrix for subsequent quantitative analysis in double-entry tables considering the number of correct responses and the percentage of the group they represent; therefore, the respective statistical analysis was made with descriptive measures of the correct answers (score), in which the mean, median and mode were displayed, being respectively 9, 9 and 10 for the first group, and 9, 10 and 9 for the second group.

To demonstrate which distribution followed the study, the Kolmogorov Smirnov test was performed, which resulted in a normal distribution, to which the Student's T statistical contrast test was applied, which revealed that there is no significant difference ($p > 0.05$) between groups.

Once the quantitative analysis was done, we proceeded to the qualitative analysis and interpretation, which, through a scale process, established the parameters (scales) to work with the relative frequencies applied to a scale that allowed us to see the level of knowledge about differential diagnosis between repairs, variants and most common pathologies of the stomatognathic system of each group; the intervals used were: low (from 27% to 50%), fair (from 51% to 74%) and high (from 75% to 100%). Then, the Chi-Square Homogeneity statistical contrast test was applied, which coincided with the Student's T result, showing that there was no significant difference ($p > 0.05$) between the groups.

For the first group, 31.58% of professionals had a low level of knowledge, 60.53% of professionals with a regular level of knowledge, and 7.89% of professionals with a high level of knowledge. For the second group, 28.95% of professionals had a low level of knowledge, 47.37% of professionals with a regular level of knowledge, and 23.68% of professionals with a high level of knowledge.

Encompassing the results and taking the groups as study units, we obtain that the 1st group achieved 334 correct answers out of 570, representing 58.60% of correct answers obtained from the group on the questionnaire, which, in the scale structured by scales, we have that the first group represents a level of regular knowledge (from 51% to 74%). The results obtained for the 2nd specialty reveal that this group achieved 338 correct answers out of 570, representing 59.30% of correct answers obtained from the group on the questionnaire, which, in the scale structured by scales, we have that the first group, represents a regular level of knowledge (from 51% to 74%).

In conclusion, there is no significant difference in the level of knowledge about differential diagnosis between anatomical repairs, anatomical variants and most common pathologies of the stomatognathic system of first and second specialty dentists, both being at a regular level.

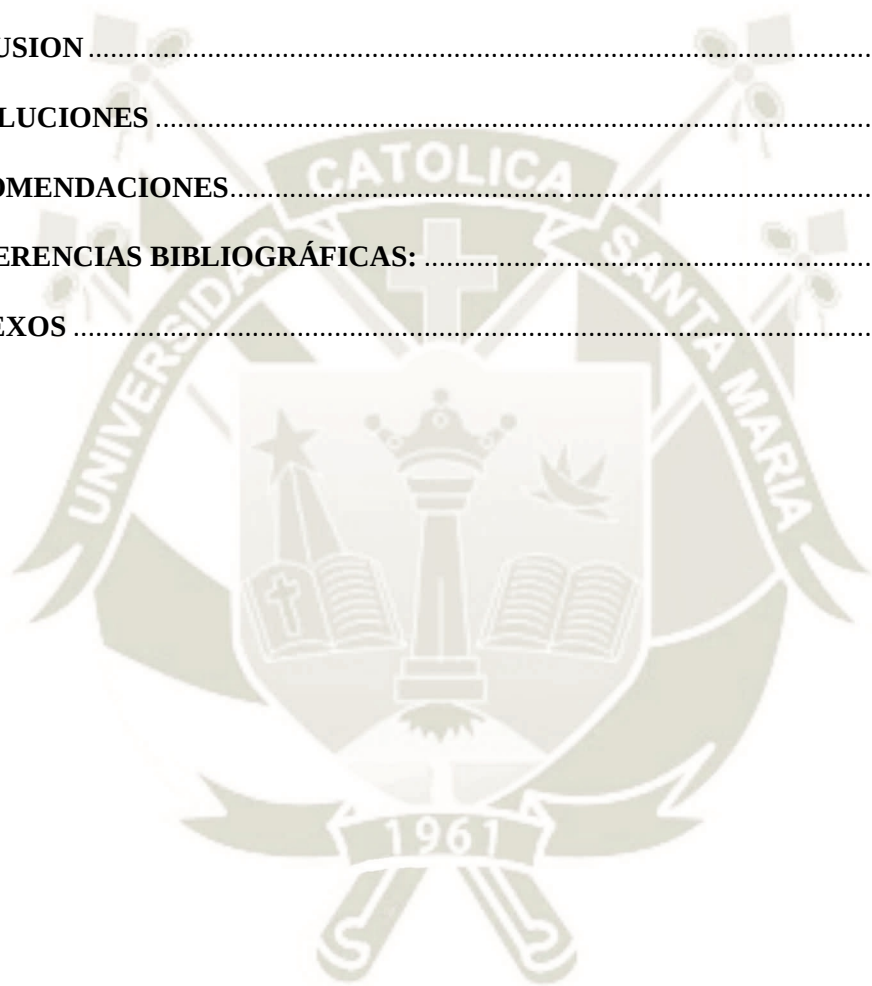
KEY WORDS: Differential Diagnosis, Most Common Pathologies, Anatomical Variants, Stomatognathic System



Tabla de Contenido

RESUMEN.....	v
ABTRACT	viii
INTRODUCCION.....	13
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1Determinación de la investigación.....	15
1.2Enunciado del problema	15
1.3 Descripción del problema.....	16
1.4 Justificación	18
2. Objetivos	19
3. Marco conceptual.....	20
4. Antecedentes Investigativos	109
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	114
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	115
1.1Técnica.....	115
1.2Instrumentos	116
1.3Materiales.....	117
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	117
2.1Ubicación espacial.....	117
2.2Ubicación temporal.....	117
2.3Unidades de estudio	117
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN	120
3.1Organización.....	120
3.2Recursos	120

3.3Validación de instrumentos.....	121
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.....	121
4.1Plan de procesamiento	121
4.2Plan de análisis de datos.....	122
III. RESULTADOS.....	123
IV. DISCUSION	133
V. CONCLUSIONES	138
VI. RECOMENDACIONES.....	139
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	140
VIII. ANEXOS	149



INTRODUCCION

. Iniciamos indicando la etimología de la palabra diagnóstico, que, parafraseando el diccionario etimológico del castellano en línea, ‘La palabra “diagnóstico” viene del griego diagnostikos = a través del conocimiento, en sentido de ser capaz de discernir.’ (1). Por esto es por lo que nosotros tenemos que saber reconocer lo normal de lo anormal, dando paso recién, a aplicar el diagnóstico diferencial, considerando la amplitud de patologías y variantes con similitudes que podrían confundir un correcto proceso de identificación para el profesional.

En los pocos trabajos anteriores que fueron encontrados, ninguno marca una especial identificación con la problemática antes vista, se observó que la mayoría tenía como objetivo hacer el diagnóstico diferencial de dos patologías de una misma especialidad sin incluir opciones por fuera de su área, siendo este un inicio de lo que podría ser un complemento necesario en las bases de un profesional de la salud odontológica, a la vez se podría dar inicio a nuevas investigaciones al respecto.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación de la investigación

Falta de conocimiento parcial en los odontólogos a la hora de identificar y realizar el diagnóstico diferencial en algunos reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías, confundiéndolos y dando pie a una negligencia a la hora de dar un diagnóstico; el problema se descubrió por medio de una actitud exploratoria de mi pasado semestre VII, en el que en una clase de diagnóstico (gracias al docente de la clase), me percaté de que existen algunas imágenes que tienen bastante similitud y responden a características clave tanto de patologías así como de algunos reparos y variantes anatómicas; para lo que el docente nos narró una anécdota de un profesional que al desconocer la diferencia entre esas tres variables, termino haciendo un mal diagnóstico resultando en una hemisección mandibular innecesaria; para esto decidí revisar material bibliográfico haciendo una lectura de este, y posteriormente lo consulté al especialista, que para ese entonces era mi docente del curso de diagnóstico bucal.

1.2 Enunciado del problema

Nivel De Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más comunes del Sistema Estomatognático en Odontólogos con Primera y Segunda Especialidad egresados de la Facultad de Odontología de la UCSM en Arequipa 2021

1.3 Descripción del problema

Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Odontología
- Especialidad: Medicina y Patología Estomatológica
- Línea: Dx. Diferencial

Operacionalización de variables

Variable Investigativa	Indicadores	Subindicadores
Nivel de Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más comunes del Sistema Estomatognático	Tejidos Duros	Maxilar Superior
		Maxilar Inferior
	Tejidos Blandos	Encía
		Mucosa Yugal
		Mucosa Labial
		Piso de Boca
		Mucosa Palatina
		Orofaringe

Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático en odontólogos de primera especialidad egresados de la Facultad de Odontología?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático en odontólogos de segunda especialidad egresados de la Facultad de Odontología?
- ¿Cuál de los dos grupos de odontólogos mencionados tiene mayor conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más comunes del sistema estomatognático?

Taxonomía de la investigación

Tipo de Estudio				
Por la Técnica de Recolección	Por el Tipo de Dato	Por el N. De mediciones de la variable	N. De Muestras	Ámbito de Recolección
Comunicacional	Prospectivos	Transversales	Comparativas	De Campo

Abordaje	Diseño	Nivel de Investigacion
Mixto	No Experimental	Comparativo

1.4 Justificación

A. Originalidad

Cuenta con un alto grado de originalidad ya que se encontraron pocas coincidencias con otros trabajos de investigación realizados, y las unidades de estudio son egresados que se encuentran laborando actualmente.

B. Relevancia científica

Esta dada en que el resultado de la investigación podría ayudar a un profesional egresado a diagnosticar a un paciente con un panorama más amplio y exacto de conocimientos, reduciendo el porcentaje de riesgo a cometer una mala praxis odontológica.

C. Factibilidad

Se da por su misma naturaleza documental, sin olvidarnos de las unidades de estudio que son posibles de conseguir sin un esfuerzo por sobre lo normal.

D. Interés personal

Nace en que los resultados de este estudio ayudarán a muchos colegas y a mi persona en un futuro con nuestra labor, y de forma directa con el motivo de obtener mi título profesional de cirujano dentista.

E. Contribución académica

Es notable al poseer una cantidad de información basta, como para lograr realizar un diagnóstico diferencial impecable entre los reparos, variantes y patologías más comunes del sistema estomatognático.

F. Concordancia con las líneas investigativas

Todo de acuerdo con las líneas investigativas.

2. Objetivos

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático en odontólogos de primera especialidad de la Facultad de Odontología.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes sistema estomatognático en odontólogos de segunda especialidad de la Facultad de Odontología.
- Comparar el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más comunes del sistema estomatognático en odontólogos de primera y segunda especialidad egresados de la Facultad de Odontología.

3. Marco conceptual

3.1 Marco Conceptual:

A. Reparos Anatómicos más comunes para diagnóstico diferencial del S.E.:

a.1 Tejidos Duros:

a. Cortical Mandibular Ósea:

➤ Características:

- Distinguimos dos tipos de tejido óseo: tejido óseo esponjoso y tejido óseo compacto, teniendo la certeza de poder encontrar ambos tipos de tejido en una misma pieza ósea; según Alarcón y Del Carpio ‘el tejido óseo esponjoso se caracteriza por presentar una gran cantidad de cavidades pequeñas a manera de celdillas de una esponja, que están ocupadas por médula ósea roja, separando las cavidades a modo de tabiques, ahí se encuentran delgadas laminillas óseas que se conocen con el nombre de *trabéculas*.’; mientras que el tejido óseo compacto, según Alarcón y Del Carpio ‘este tejido no presenta cavidades visibles a simple vista, y tiene un aspecto sólido y homogéneo’ (2).
- En el presente estudio nos centraremos en la vista radiográfica del tejido óseo propio del maxilar inferior, ya que en este sector es el más concurrido en la práctica odontológica diaria; y para identificar si el paciente tiene la suficiente Densidad Mineral Ósea (DMO) utilizaremos la técnica del índice del ancho cortical mentoniano (MCW) de Wical y Swoope (1974)

- En el trabajo de Silva, vemos que ‘para obtener el MCW, primero se debe localizar el foramen mentoniano de ambos lados. Segundo, se debe trazar una línea tangencial al borde inferior del cuerpo de la mandíbula en la zona adyacente al agujero mentoniano y otra línea paralela a la anterior la cual contacta con el borde superior de la cortical mandibular. Tercero, se traza una línea perpendicular que pase por el centro del agujero al borde inferior del cuerpo de la mandíbula. La distancia entre el borde superior e inferior de la cortical mandibular en la línea perpendicular trazada corresponde al ancho cortical del lado evaluado. El promedio de los anchos corticales de ambos lados de la mandíbula corresponde al MCW’ (3).
- Por la publicación de odontologos.mx ‘Esta zona fue seleccionada porque presenta menor sobre proyección de estructuras radiografiadas y menor grado de magnificación, debido a que dicha región premolar se encuentra más cerca del plano o área focal durante la toma radiográfica’ (4).

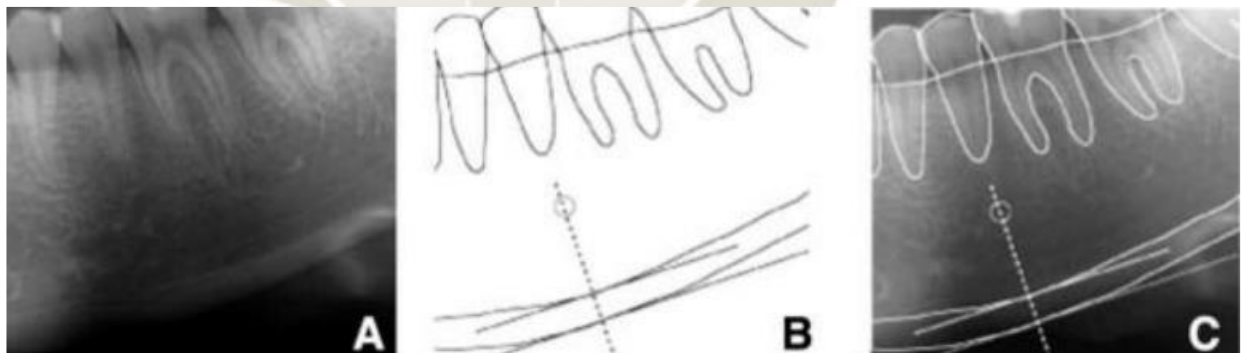


Ilustración 1 [Figura 1] [Ancho cortical mandibular: (A) Panorámica de la cortical mandibular (B) Líneas trazadas para la medición del ancho cortical en la zona del agujero mentoniano, la distancia entre las dos líneas paralelas corresponde al ancho cortical (C) Superposición de A y B] (3).

- Según el trabajo de Silva ‘Se ha determinado que un grosor de la anchura cortical mandibular de 3 mm. representa el límite más apropiado compatible con una densitometría ósea normal; una medición inferior a los 3 mm permite categorizar como paciente de alto riesgo para el desarrollo de osteoporosis y al remitirlos

podrá considerarse la probabilidad que el paciente presente osteoporosis, siendo necesario confirmar este diagnóstico con densitometría ósea' (3).

➤ *Vista Radiográfica:*

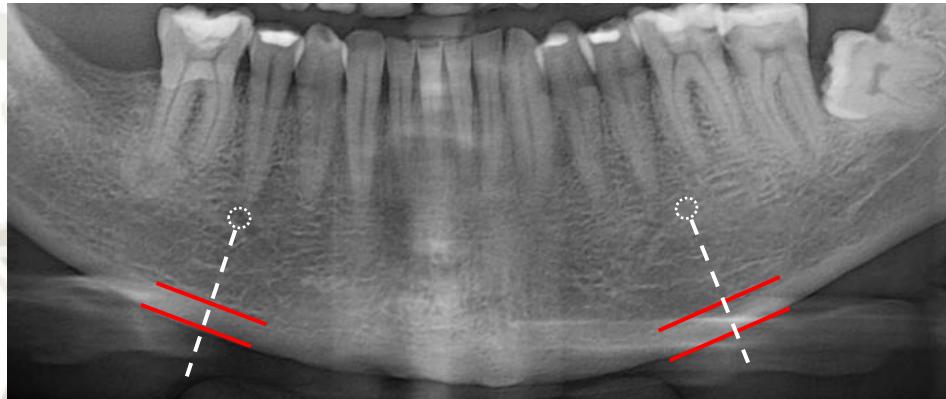


Ilustración 2 Imagen de trabeculado óseo en condiciones normales analizando el grosor de la cortical mandibular del paciente, Autoría Propia.

➤ *Vista Clínica:*

- La vista clínica, puede ser de interés para profesionales que trabajen constantemente haciendo diversos cortes y procedimientos en el tejido óseo, aunque no es de importancia ya que se hace una evaluación de riesgo quirúrgico antes de hacer cirugías mayores



Ilustración 3 [Figura 1: Región de interés para cada mandíbula] (70).

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- En este reparo anatómico se debe entender que el trabeculado óseo variará entre pacientes dependiendo de varios factores a considerar, entre estos la edad y el sexo.
- Enfermedades para Dx. Dif.:
 - Osteopenia: Tiene abundantes trabéculas óseas, sin embargo, estas son de dimensiones más estrechas, siendo los espacios medulares los que abundan en el tejido, sin embargo, no cambian su tamaño.
 - Osteoporosis; La pérdida de tejido óseo es evidente, el trabeculado óseo es escaso y los espacios medulares son de magnitudes patológicas, llegando a perder propiedades y estar en peligro de fractura.

B. Variantes Anatómicas más comunes para diagnóstico diferencial del S.E.:

b.1 Tejidos Duros:

a. *Defecto de Stafne:*

➤ *Características:*

- Teniendo varias denominaciones como lo sugiere Burgos, se le llama ‘Cavidad Ósea Idiopática de Stafne, Defecto Óseo de Stafne, Quiste óseo de Stafne, quiste óseo latente o estático, cavidad ósea mandibular lingual, concavidad ósea idiopática de la mandíbula, defecto aberrante de la glándula salival e inclusión mandibular de la glándula salival’ (5).
- Esta variante anatómica según Belmonte ‘tiene más índices de frecuencia en varones (80%) entre los 50 y 60 años de edad, su localización más frecuente es en

la región posterior entre el primer molar y el ángulo de la mandíbula, y su presencia es más rara en zonas anteriores'; este defecto según Burgos se ha descrito como congénito, y es a causa del *atrapamiento del tejido de la glándula submaxilar* en caso de defectos posteriores, y *sublingual* en caso de defectos anteriores (5-6).

- Según Belmonte 'La cavidad de Stafne en la zona posterior mandibular presenta una localización y aspecto radiográfico característicos, que la hacen fácilmente diagnosticable, apareciendo típicamente como una *lesión radiolúcida unilocular, redondeada o elíptica, bien delimitada por una línea de hueso escleroso, y localizada entre el primer molar inferior y el ángulo mandibular, por debajo del canal dentario inferior*' (6).

➤ *Vista Radiográfica:*

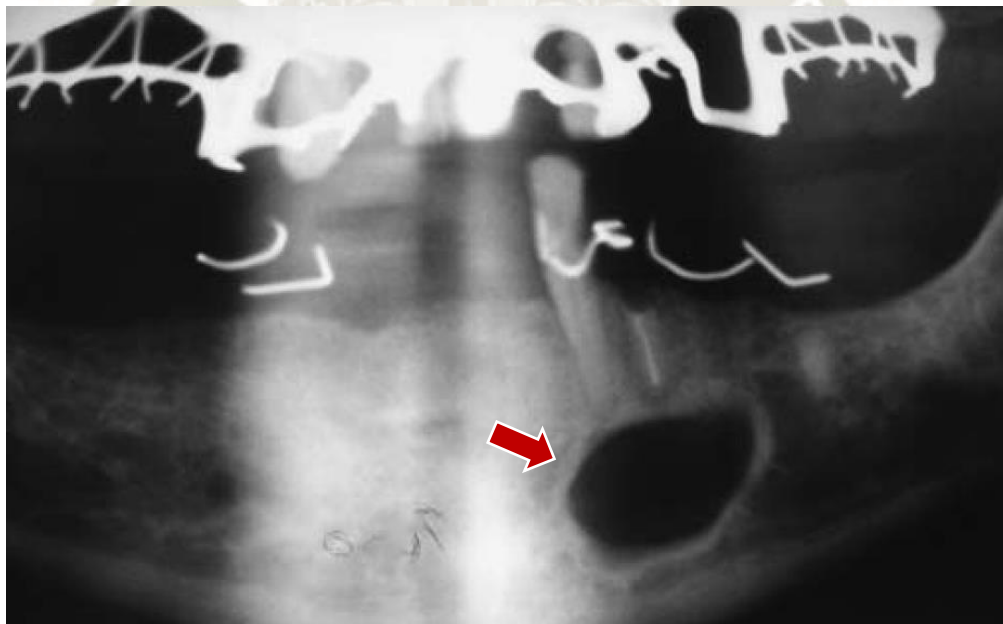


Ilustración 4 [Figura 1: Imagen radiolúcida en la radiografía panorámica, en la que se aprecian los bordes ligeramente escleróticos de la lesión,] (6)

Vista Clínica:

- Lamentablemente esta variante anatómica no se puede reconocer de manera clínica a menos que se haga una extirpación del segmento de la mandíbula de un paciente que presente este defecto; para tal caso gracias a las imágenes 3D de un tomógrafo, podremos visualizar como es el atrapamiento de la glándula submaxilar o Defecto de Stafne.



Ilustración 5 [Figura 1: Tomografía de Haz Cónico] (5)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- La principal herramienta de diagnóstico para el defecto de Stafne es la ortopantomografía, sin embargo, según Cavézian 'se sugiere una sialografía submaxilar, algunas de las ramificaciones canaliculares separadas de la glándula submaxilar drenan hacia el defecto de Stafne' (7).
- A pesar de que el defecto de Stafne no sea lo más común, sus diagnósticos diferenciales si lo son, debido a que de manera frecuente se asocia a lesiones quísticas del maxilar inferior, sin embargo, dentro de ellas se pueden resaltar:

- Quiste Periapical / Radicular: Generalmente a diferencia del defecto óseo de Stafne, el quiste periapical está asociado a los ápices dentarios, por lo regular su radiotransparencia periapical tiene por lo menos 1,6 cm de diámetro.
- Pseudoquiste: Para diferenciar el defecto de Stafne por un pseudoquiste de otro tipo, es necesario más pruebas diagnósticas de diferentes ángulos o una sialografía.
- Quiste Residual: Se puede diferenciar debido a que el área edéntula esta superior a la lesión, sus dimensiones varían siendo el quiste residual más desarrollado en un sentido vertical.
- Quistes Foliculares / Dentígeros: Está siempre asociado a una pieza dentaria en la que la cortical quística se relaciona con la pieza.

C. Patologías más comunes para diagnóstico diferencial del S.E.:

c.1 Tejidos Duros:

a. Geminación

➤ Características:

- También llamado duplicación dentaria, según Cavézian puede ser parcial o total (7).
- Si se presenta parcial, el número de piezas dentarias es normal, sin embargo, clínicamente se observa una escotadura en la corona de la pieza con la anomalía (esta pieza tiene la corona más ancha de lo normal), esta pieza presenta el número propio de cámara y cuernos pulpares para respectiva pieza.
- Si se presenta total, existe la presencia de una pieza supernumeraria, o dos piezas dentarias idénticas adyacentes

- Se define también como división o intento de división de 2 gérmenes dentarios.

➤ *Vista Radiográfica:*

- En la imagen radiográfica de la izquierda se puede observar una geminación parcial, mientras que en la de la derecha se observa una geminación completa.



Ilustración 7 [Figura 2] [La radiografía muestra una cámara pulpar larga, con dos pronunciados cuernos en relación con la corona bifurcada] (72)



Ilustración 6 [Figura 2] [Detalle de la Pantomografía] (73)

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 9 [Figura 1] [Diente 4.1 con una división simétrica de la corona causando una bifurcación incompleta en la zona incisal] (72)



Ilustración 8 [Figura 3] [Pieza Operatoria (Cordal inferior geminado)] (73)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Esta anomalía anatómica se puede distinguir mediante un examen radiográfico o clínico; solo puede haber confusión en otra anomalía dentaria conocida como:
 - Fusión: Se puede diferenciar por el nivel de unión en el que se da esta anomalía.

b. *Fusión:*

➤ *Características:*

- Es la unión de 2 gérmenes dentarios a nivel de la dentina; según Vélez ‘Cuanto más precoz sea la unión, más completa será la fusión resultante. La unión puede obedecer a factores hereditarios, pero en ocasiones la causa puede ser la existencia de factores traumáticos con presión de un germen sobre otro, que fuerza el contacto entre ambos y da lugar a la posterior unión; esta anomalía es predominante en piezas deciduas’ (8).

➤ *Vista Radiográfica:*



Ilustración 10 [Figura 3] [Aspecto Radiográfico: Fusión de las coronas y lesión apical]] (8)

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 11 [Figura 2] [Salida del tracto sinuoso y falta de espacio para el canino] (8)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El diagnóstico diferencial se basa primero en hacer un recuento de piezas dentarias con normalidad; posteriormente debemos identificar a qué nivel de las estructuras dentarias estas están unidas, para luego tomar una Rx. Periapical y tomar la decisión de separarlas, modelarlas, etc.
- El Dx. Diferencial se da con:
- Geminación: O duplicación dentaria, se denota con una Rx. Periapical, determinando si esta es parcial o completa dependiendo de su cámara y conducto pulpar y del nivel en que se da la unión dentaria.

c. Hipoplasia de Esmalte:

➤ *Características:*

- La hipoplásia de esmalte es una anomalía dentaria de estructura ocurrida por un defecto de la matriz orgánica en medio del proceso de desarrollo del esmalte dental; según Vaquero ‘La Hipoplásia de Esmalte afecta tanto a los dientes de leche como a los permanentes; cerca del 40% de los niños muestran defectos en el esmalte de sus dientes sobre todo en los incisivos superiores, mientras que en el caso de los adultos la tasa de prevalencia es muy inferior’ (9).
- La Hipoplásia de Esmalte puede estar asociada a ciertas condiciones sistémicas, tal como en el síndrome de Hutchinson – Gilford el síndrome de Turner o un caso de Sífilis Congénita.
- La Hipoplásia tiene distintas opacidades y tonalidades según el nivel del esmalte estructural.
- En el trabajo de Iruretagoyena, menciona que ‘en 1982 la Federación Dental Internacional propuso un criterio de clasificación de hipoplasia para fines epidemiológicos con siete categorías de registro’, en estas podremos observar y analizar las características de los distintos niveles de hipoplásia de esmalte (10).

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
0	Esmalte normal • Traslucido y brillante	
1	Opacidad del esmalte: Cambio de color del blanco al crema • Diagnóstico diferencial con fluorosis. Las fluorosis leve suele mostrar estas características.	
2	Capa amarilla u opacidad marrón del esmalte • Diagnóstico diferencial con fluorosis. Las fluorosis leve suele mostrar estas características	
3	Defecto hipoplásico en forma de agujero. • Lesión característica con un solo defecto. Ocurre en un solo diente (comúnmente incisivos). Ocasionalmente puede observarse una distribución simétrica.	
4	Línea hipoplásica en forma de surco horizontal. • Diagnóstico diferencial con fluorosis. Suele observarse en las fluorosis severas	
5	Línea hipoplásica en forma de surco vertical. • Diagnóstico diferencial con fluorosis. Suele observarse en las fluorosis severas	
6	Ausencia de esmalte. • Diagnóstico diferencial con fluorosis. Suele observarse en las fluorosis severas.	

Reference: International Dental Federation 1982

Diagrama 1 [Referencia de: International Dental Federation 1982] (10)

➤ Vista Traslúcida:

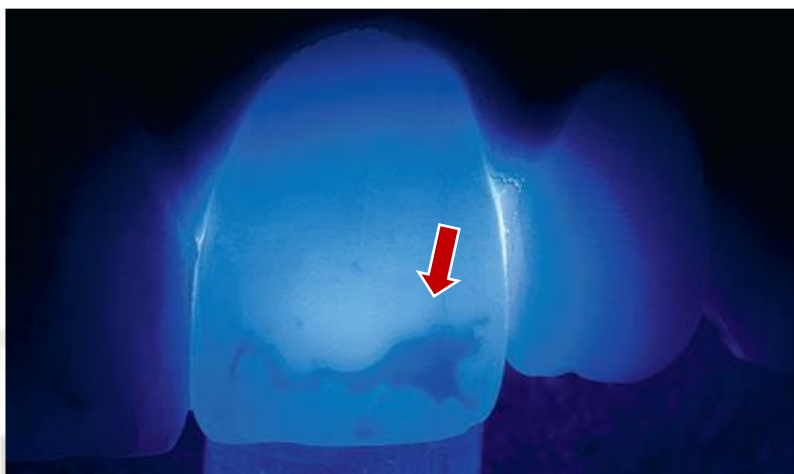


Ilustración 12 [Figura 2] [Fuente de luz LED aplicada a la cara palatina de los incisivos para evaluar la profundidad de las lesiones de la mancha blanca, verificada a través de su nitidez. (74)]

➤ Vista Clínica:



Ilustración 13 [Figura 1] [Vista extraoral del aspecto inicial de la hipoplasia del esmalte.] (74)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- La hipoplásia de esmalte, según Souza la Hipoplásia del Esmalte puede confundirse principalmente con otras 3 anomalías:
 - Amelogénesis Imperfecta: Según Souza ‘El diagnóstico diferencial se basa en el hecho de que en la HIM (Hipomineralización Incisivo – Molar) raramente los molares se encuentran igualmente comprometidos, mientras que, en la amelogénesis, casi todos los dientes se ven afectados y siempre hay un padrón hereditario correlacionado’
 - Fluorosis: En el caso de esta patología, habría que demarcar que sus opacidades son muy difusas.
 - Hipomineralización Incisivo – Molar: Según Souza ‘En el HIM la pérdida de estructura del margen del tejido es rugosa e irregular, diferente de otros defectos cuantitativos de hipoplasias, que tienen bordes lisos y redondeados’
 - Fluorosis Severa: Hacer un Dx. Diferencial basándose en la Ilustración n.12 y Tabla n.1 (11).

d. *Amelogénesis Imperfecta:*

➤ *Características:*

- La Amelogénesis Imperfecta (AI) es una anomalía dentaria de tipo estructural, que según Moreira ‘La AI se debe a una interrupción total o parcial de la formación del esmalte, dejando expuesta la dentina, y presentando síntomas de sensibilidad dentaria’ (12).

- Existen distintos tipos de AI, para lo cual nos basaremos en el trabajo de 2 reconocidos autores, nos guiaremos de la propuesta de Witkop, modificada por Nusier y nombrada y revisada nuevamente por González, basada por el fenotipo del paciente y el tipo de herencia, que según Gonzáles ‘La utilización clínica de esta clasificación plantea el problema de la variabilidad de la expresión de la enfermedad en una misma familia y la falta de correlación entre el tipo de AI y el defecto molecular’ (13-15).

Tipo AI		Aspecto clínico	Aspecto radiográfico
Hipoplásica (<i>tipo I</i>)	Hipoplásica, generalizada (<i>Tipo IG</i>)	Esmalte delgado, rugoso, irregular, bandas, puntos. Dientes pequeños, con diastemasinterdentarios.	Hipoplasia del esmalte, más en los 2/3 coroneales. Espesor reducido del esmalte.
	Hipoplásica, localizada (<i>Tipos I A-F</i>)	Esmalte delgado, rugoso, sólo en parte de la corona.	Hipoplasia difícil de apreciar.
Hipomineralización	Hipocalcificación (<i>Tipo III</i>)	Esmalte blando y quebradizo. Sufre gran atrición y, al final, sólo persiste a nivel cervical. Dentina expuesta. Color amarillo-anaranjado.	Espesor preeruptivo del esmalte normal. Radiolucidez del esmalte menor que la dentina.
	Hipomaduración (<i>Tipo II</i>)	Aspecto calcáreo, blanco, marrón, anaranjado.	Esmalte de grosor normal Igual de radiolúcido que la dentina.

Ilustración 14 [Tabla 1: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS DE LA AMELOGENESIS IMPERFECTA APLICADAS A LA CLASIFICACIÓN DE WITKOP REVISADA POR NUSIER Y COLS] (15)

- Vista Clínica:
- A.I. Hipoplásica:

Generalizada:



Ilustración 15 [Figura 2] [Los dientes aparecen amarillos y rugosos en este caso de Amelogénesis Imperfecta de tipo Hipoplásica Generalizada Recesiva Autosómica.] (14)

Localizada:



Ilustración 16 [Figura 9] [Picaduras severas generalizadas con tinción negra de algunos dientes y mordida abierta en este niño con AI Autosómica Recesiva de tipo local. hipoplásica] (14)

- A.I. Hipomadura:



Ilustración 17 [Figura 12] [Los dientes de esta paciente con AI Autosómica Recesiva de tipo hipomadura dispone de una característica de color amarillenta para anaranjada – marron en este tipo de AI] (14)

- A.I. Hipocalcificada:



Ilustración 18 [Figura 10] [Aquí tenemos una mordida abierta, el esmalte coronal fue fracturado de las coronas, y el esmalte remanente cervical tiene un color blanco tiza en este niño con AI Autosómica Recesiva de tipo hipocalcificada] (14)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- La Amelogénesis Imperfecta tiene un Dx. Diferencial principalmente con:
 - Hipomineralización Incisivo-Molar: Según Souza ‘En el HIM la pérdida de estructura del margen del tejido es rugosa e irregular, diferente de otros defectos cuantitativos de hipoplasias, que tienen bordes lisos y redondeados’ (11).
 - Hipoplasia de Esmalte: Hacer un Dx. Diferencial en base a las características clínicas referenciadas en la tabla n.1 e ilustración n.12 en comparación con las ilustraciones de la vista clínica desarrolladas anteriormente en esta anomalía dentaria.
 - Dentinogénesis Imperfecta: Esta anomalía de estructura se puede diferenciar debido al impacto generalizado en todos los dientes por la difuminación de color que varía entre azul grisáceo, plomo, amarillento y gris

e. *Dentinogénesis Imperfecta:*

➤ *Características:*

- La D.I. es una anomalía dentaria estructural, que asocia una afección principalmente a la dentina, que según Cavézian ‘Confiere un aspecto opalescente a los dientes que se tornan más frágiles, está asociada a la osteogénesis imperfecta’ (7).
- Por otra fuente, tenemos a Castro, que dicta que ‘La dentinogénesis imperfecta es una condición hereditaria, autosómica dominante. Tiene como característica, piezas dentales con esmalte normal, pero con dentina defectuosa, por esto el

esmalte pierde soporte y tiende a fracturarse, generando la coloración azulado grisáceo a marrón característica de la enfermedad’ (16).

- La DI tiene una clasificación de 3 niveles:
 - Tipo I: Asociada a Osteogénesis Imperfecta
 - Tipo II: No asociada a Osteogénesis Imperfecta
 - Tipo III: O DI de Brandywine, que es una mezcla de las características clínicas del tipo I y II, sin embargo, el único caso clínico de este tipo es como su nombre lo describe, de un paciente de una subpoblación trirracial de Brandywine en el Sur de Maryland , caso muy excepcional (17).

➤ *Vista Radiográfica:*

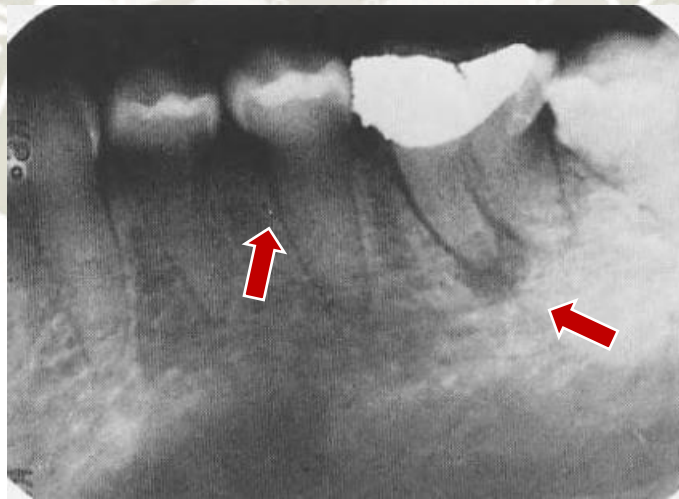


Ilustración 19 [Figura 5-46] [Dentinogénesis Imperfecta: aspecto bulboso de las coronas, obliteración de las cámaras pulpares, aspecto de falso granuloma periapical] (7)

➤ *Vista Clínica:*

- Tipo I:



Ilustración 20 [Figura 2 y 1 Respectivamente] [Dentinogénesis Imperfecta asociada a osteogénesis imperfecta] (76)

- Tipo II:



Ilustración 21 [Figura 4] [A la ampliación de radiografía panorámica se observa con mejor detalle las características compatibles con Dentinogénesis Imperfecta Tipo II (no asociada a Osteogénesis Imperfecta)] (75)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Para el Dx. Diferencial con otras anomalías se tiene que ver distintos aspectos partiendo por área (localizada o generalizada), color, translucidez, tamaño, forma, entre otras.
- El Dx. Diferencial lo tiene básicamente con 2 anomalías dentarias ya antes mencionadas:
 - Amelogénesis Imperfecta: Hacer el Dx. Diferencial con la ilustración 19 que demarca una AI de tipo hipocalcificada, con la ilustración 21 y ponerle especial relevancia a la forma de afección a la estructura y el color demarcado
 - Hipoplásia de Esmalte: Hacer el Dx. Diferencial con la ilustración 12 tratando de evaluar las características en color y área afectada

f. *Tejido Óseo Ósteopénico:*

➤ *Características:*

- La osteopenia es una patología que afecta a la densidad y estructura del tejido óseo, haciéndolo más susceptible a lesionarse debido a las bajas propiedades que puede brindar por el defecto estructural que tiene el tejido; existe una gran cantidad de espacios medulares y estrechas trabéculas óseas, por lo que el hueso tiene muchas más porosidades; aun así, los espacios medulares son de dimensiones normales.
- Según Karaguzel ‘Una pérdida gradual de masa ósea provoca osteopenia y osteoporosis con el envejecimiento. Los términos “baja densidad ósea” o

"disminución de la densidad ósea" se puede utilizar en lugar de osteopenia, pero "osteopenia" está aceptado en la literatura médica y describe una masa ósea reducida' (18).

- Al igual que en las características observadas en el tejido óseo de estructura normal, distinguiremos la osteopenia a través de la Densidad Mineral Ósea y la técnica de Índice del Ancho Cortical Mentoniano de Wical y Swoope (1974)
- Revisar la Pag.25 e Ilustración Nro. 2 para saber si el paciente tiene un ancho normal con una media de 3mm, que significa una densitometría ósea dentro de los parámetros normales; pero si por algún otro factor, esa media es menor a 3mm, podemos clasificar al paciente como alto riesgo para desarrollo de osteoporosis, por lo tanto, el paciente sufre de osteopenia o baja densidad ósea.

➤ *Vista Radiográfica:*

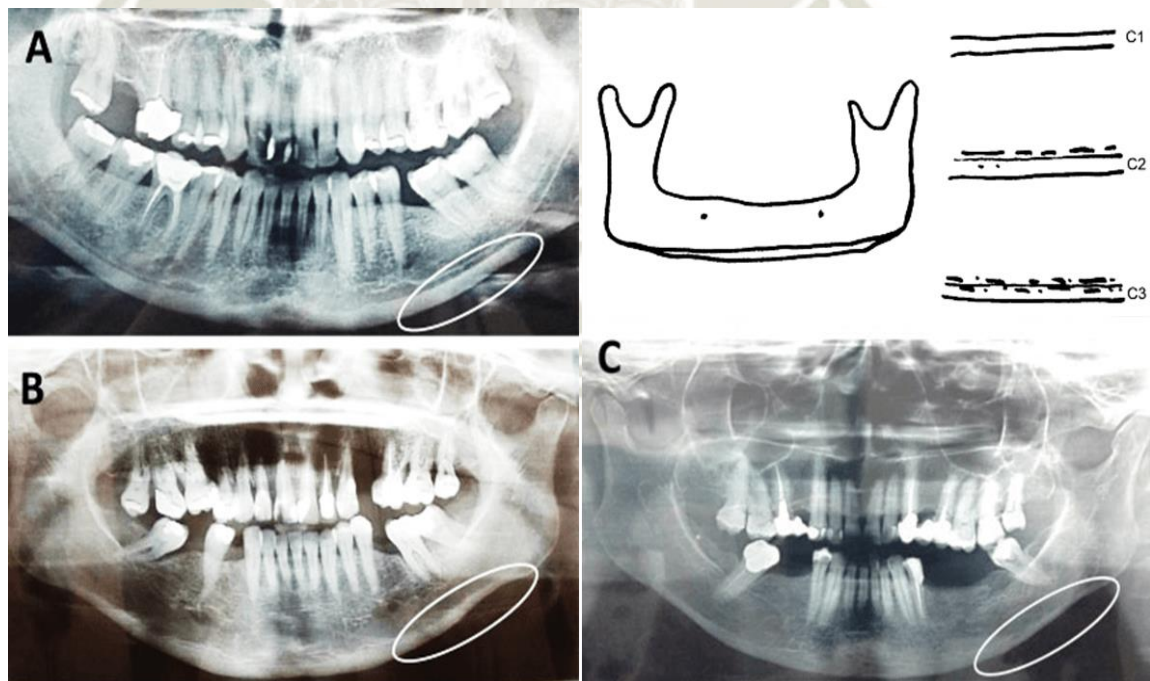


Ilustración 22 [Figura 1] [En la imagen superior derecha se observa los diferentes tipos del índice de la Cortical Mandibular observados en las radiografías panorámicas: (A) C1, reborde basal liso y regular. (B) C2, reborde basal con defectos semilunares. (C) C3, reborde basal adelgazado con porosidades] (30)

- En la ilustración Nro.22, en la imagen (B) se logra observar una cortical con defectos semilunares y ancho menor de 3mm por debajo de lo normal, indicativo de un paciente con osteopenia y de alto riesgo para osteoporosis.

➤ *Vista en TCCB (Tomografía Computarizada Cone Beam):*

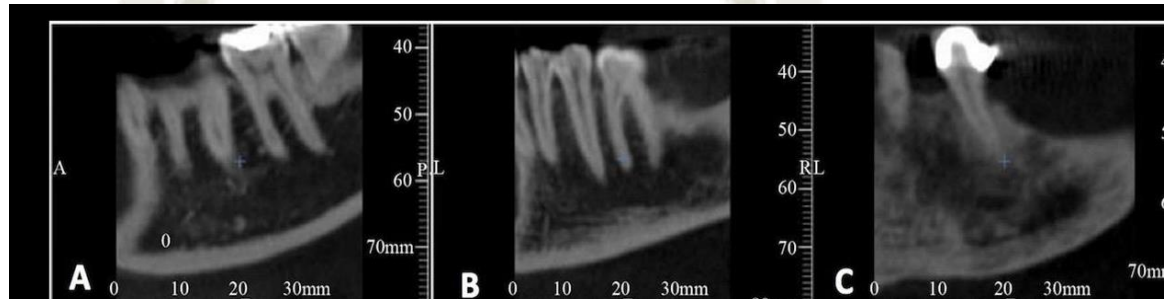


Ilustración 23 [Figura 4] [Diferentes tipos del índice de la Cortical Mandibular observados con TCCB: (A) C1, reborde basal liso y regular. (B) C2, reborde basal levemente erosionado. (C) C3, reborde basal marcadamente erosionado.] (30)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Los profesionales de salud deben estar atentos acerca del riesgo de la perdida de la densidad mineral ósea cuando la cortical mandibular presente cambios en sus dimensiones que salgan del margen de normalidad; la osteopenia nos sirve como un precedente a la osteoporosis, entendiendo que, si nosotros no sabemos identificarla, un procedimiento quirúrgico podría tener repercusiones mayores a las esperadas; su Dx. Diferencial se hace identificando la densidad normal del tejido y con una patología:
 - Tejido Óseo en condiciones normales: en la ortopantomografía podremos aplicar el índice del ancho cortical mentoniano, teniendo una media de 3mm como lo antes ya revisado.
 - Osteoporosis: Igualmente se aplicará el índice del ancho cortical mentoniano y se evidenciará el déficit de densidad mineral ósea cuando dé como resultado

una cortical muy estrecha; abstenernos de hacer procedimientos que impliquen cirugía relacionada con tejido óseo, caso contrario reevaluar la situación y el riesgo-beneficio del paciente con las precauciones necesarias.

g. Tejido Óseo Osteoporoso:

➤ *Características:*

- La osteoporosis es una enfermedad sumamente común en personas con edad avanzada, siendo más prevalente en mujeres postmenopáusicas; según Sotelo ‘Perú es el cuarto país con el mayor número de casos de América del Sur. La osteoporosis es un problema que afecta principalmente a la población de edad avanzada y a las mujeres peruanas posmenopáusicas, es decir, más del 7% de mujeres entre 40 y 60 años y casi el 30% de mujeres mayores de 60 años’ (19).
- Según Karaguzel ‘Una pérdida gradual de masa ósea provoca osteopenia y osteoporosis con el envejecimiento’, y parafraseando a Sotelo, esta enfermedad se caracteriza por la pérdida de la masa ósea, sumándole el desgaste, y perdida del tejido, resulta en la disrupción de la microarquitectura ósea, comprometiendo las propiedades de esta y termina por modificar su resistencia dando como resultado un aumento en el riesgo de fracturas (18-19).
- Igual que lo antes visto en el tejido osteopénico, distinguiremos la osteoporosis a través de la Densidad Mineral Ósea y la técnica de Índice del Ancho Cortical Mentoniano (MCW) de Wical y Swoope (1974)
- Al igual que la primera patología antes desarrollada, le daremos una revisión a la Pag.25 e Ilustración Nro. 2 para saber si el paciente tiene un MCW con una medida promedio de 3mm, que significa una DMO dentro de los parámetros normales; si

el resultado es menor de 3mm, se recomienda hacer una densitometría ósea al paciente para el diagnóstico definitivo de osteoporosis.

- Se recomienda evitar procesos quirúrgicos que incluyan tejido óseo debido al mayor riesgo de fractura que presenta el paciente por su condición.
- En caso de que el profesional lo prefiera, también se podría trabajar con el Índice Cortical mandibular adaptado de Klemetti, Kolmakov y Kroger, que, así como lo indica Figueiredo y asociados (20) ‘en un estudio con 355 radiografías panorámicas de mujeres posmenopáusicas, establecieron un índice cualitativo, llamado mandibular cortical, que evalúa el grado de reabsorción del hueso cortical inferior en la base de la mandíbula en: C1 cuando el margen del hueso cortical es claro y nítido en ambos lados; C2: la superficie endóstica tiene defectos semilunares (reabsorciones por espacios) o la superficie tiene residuos corticales; C3: la capa cortical es extremadamente porosa.

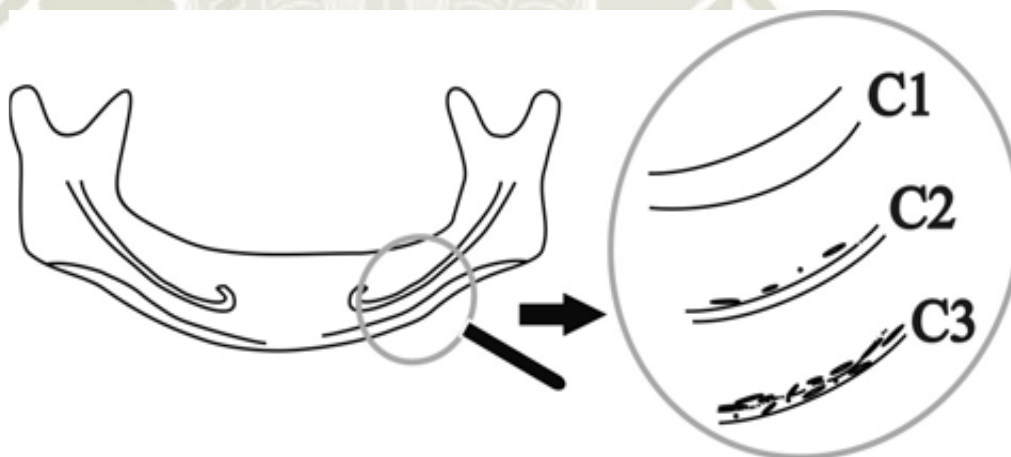


Ilustración 24 [Figura 1] [Índice cortical mandibular adaptado de Klemetti, Kolmakov y Kroger] (20)

➤ *Vista Radiográfica:*



Ilustración 27 [Figura 1] [Categoría C1; el margen endosteal de la corteza es uniforme y agudo, imagen perteneciente a un paciente sano] (77)



Ilustración 26 [Figura 2] [Categoría C2; el margen endosteal de la corteza muestra defectos semilunares con signo de reabsorción lacunar] (77)

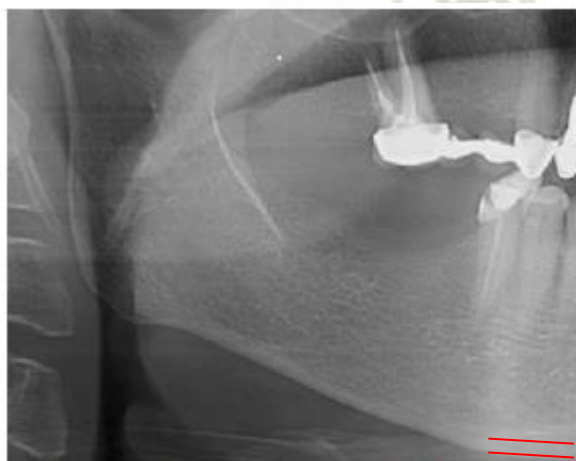


Ilustración 25 [Figura 3] [La cortical mandibular muestra una porosidad pronunciada C3, imagen perteneciente a un paciente con osteoporosis] (77)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- La Osteoporosis debe tener un Dx. Diferencial claro con la osteopenia, debido a que una es precedente de la otra.

h. Quiste Periapical:

➤ *Características:*

- Este es un quiste de tipo odontogénico conocido también como quiste radicular, que se asocia al tercio apical de una pieza dentaria y es de origen inflamatorio; al igual que todos los quistes, este presenta características distintivas de otras patologías por distintos factores, pues se define como una cavidad redonda u ovoidea, que está revestida de un epitelio, que contiene líquido o semilíquido, relleno de sangre, restos celulares y en casos raros, es una cavidad vacía.
- Es el quiste más frecuente en la bibliografía.

➤ *Vista Radiográfica:*



Ilustración 29 (78)

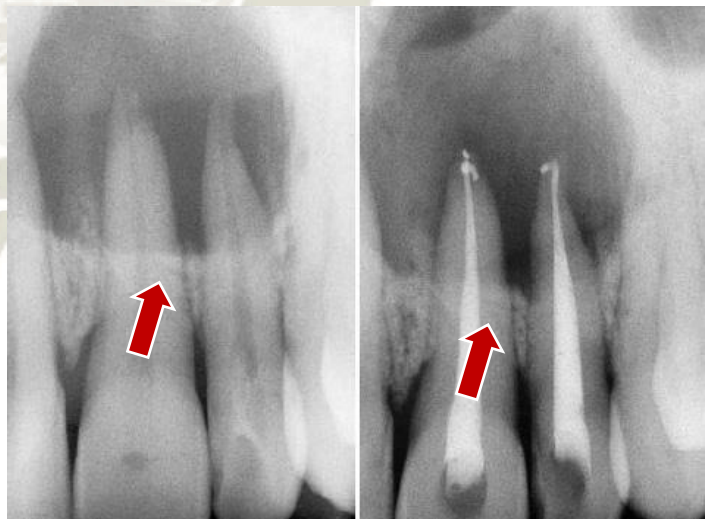


Ilustración 28 (21)

➤ *Vista Clínica:*

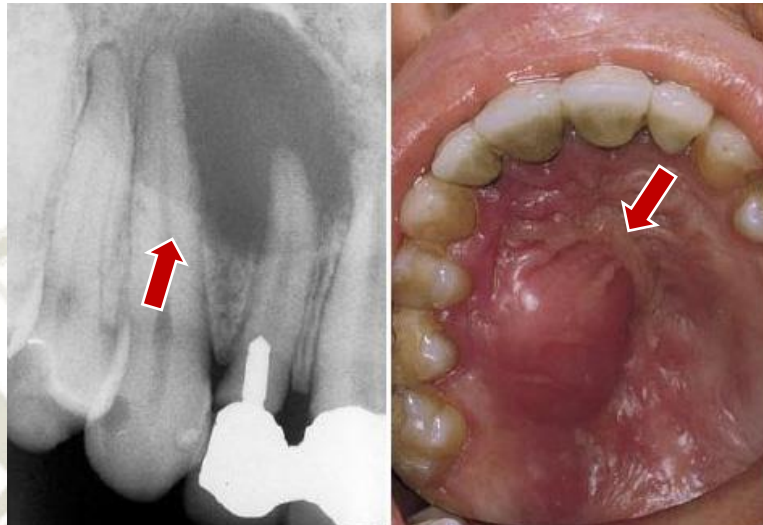


Ilustración 30 (21) .

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Para la variedad de quistes que tenemos, distintos factores entran a tallar cuando intentamos clasificarlos, ya que existen varias maneras de hacerlo, sin embargo, podemos distinguirlos por:
 - Localización: El quiste periapical tiene que estar obligatoriamente asociado al tercio apical de una pieza dentaria
 - Dimensiones: Según Rivas ‘Aunque el factor tamaño no es decisivo para establecer este diagnóstico; se acepta que a partir de 2 cm (evolución de 10 años), la lesión se considera quística y capaz de dar sintomatología’ (21).
 - Cortical: Según Santana ‘Constituida por una pared externa de tejido conectivo fibroso, denso, de haces de fibras colágenas dispuestas concéntricamente, que en la parte más adyacente al hueso aumenta gradualmente su vascularización’ es sumamente definida en la radiografía (22).

- Contenido: Materia¹ líquida o semilíquida, relleno de sangre y restos celulares.

i. *Granuloma Periapical:*

➤ *Características:*

- Es la patología periapical más frecuente; según Goaz ‘Esta lesión suponen el 69,7 – 94% de todas las lesiones pulpoperiapicales’ y parafraseándolo, el granuloma se debe a un intento que hace nuestro organismo por neutralizar y limitar los productos tóxicos irritantes que salen del conducto de la pieza dentaria, igualmente la secreción continua de productos irritantes crónicos desde el canal hacia los tejidos periapicales de la pieza dentaria que son suficientes para mantener una inflamación de bajo grado en estos tejidos (23).
- La lesión aparece como radiopaca bien delimitada y redondeada, alrededor del ápice dentario, etiológicamente se pronuncia una caries extensa, fracturas, una restauración profunda, o un conducto pulpar más estrecho de lo normal; regularmente un granuloma no llega a tener más de 2,5cm de diámetro máximo.
- Hay un tipo de granuloma que según Cavézian ‘puede formarse en el espacio laterorradicular a través de canales accesorios, se denomina granuloma laterorradicular’ (7).

¹ Materia: entendemos este término como (69): ‘Componente principal de los cuerpos, susceptible de toda clase de formas y de sufrir cambios, que se caracteriza por un conjunto de propiedades físicas o químicas, perceptibles a través de los sentidos.’

➤ *Vista Radiográfica:*



Ilustración 31 (79).



Ilustración 32 (80) .

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 33 (79) .

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El granuloma periapical, se vale de la radiometría para hacer su diagnóstico diferencial, se suele afirmar que la gran mayoría de granulomas no llegan a tener más de 2,5cm de diámetro máximo; la manera definitiva de diferenciarlo sería a

través de una biopsia debido a que el recurso radiográfico no es suficiente para obtener delimitaciones diagnósticas necesarias.

j. Absceso Periapical:

➤ *Características:*

- El absceso periapical es un proceso agudo teniendo un origen inflamatorio pulpar, extendida hacia los tejidos periapicales, según Regezi ‘Los pacientes sufren dolor intenso en el área del diente desvitalizado debido a la presión y los efectos de los mediadores químicos sobre el tejido nervioso; el exudado e infiltrado neutrofílico de un absceso ejercen presión sobre el tejido circundante y con frecuencia provocan una ligera extrusión del diente de su cavidad (24).
- Según Mohammad ‘El absceso periapical crónico drena a través de un trayecto sinusal intraoral o extraoralmente. Sin embargo, el drenaje intraoral es más común que el extraoral en ambas denticiones. Sin embargo, la presentación simultánea del tracto sinusal extraoral e intraoral se informa muy raramente en la dentición temporal’ (25).
- Según Goaz ‘Los abscesos dentoalveolares o periapicales se subdividen, según su radiotransparencia en 2: Primarios y Secundarios’ (23).
 - Primarios: ‘Conocido como neotéricos, constituyen trastornos infecciosos o inflamatorios pulpo periapicales asociados a dientes que no han desarrollado lesiones radiotransparentes periapicales aparentes; suelen describirse como periodontitis apical aguda o absceso periapical agudo’ (23).

- Secundarios ‘Conocidos como recrudescentes aparecen en lesiones radiotransparentes periapicales asintomáticas preexistentes (p. ej., granuloma, quiste, cicatriz) (23)’.

➤ *Vista Radiográfica:*



Ilustración 34 (81)

- Según Cavézian es ‘Imagen clara y homogénea con límites imprecisos. El proceso inflamatorio es responsable del aumento de la radiolúcidez’ (7).
- El absceso periodontal como bien se decía al inicio, tiene un origen inflamatorio el cual puede estar asociado a la periodontitis apical aguda o a una pulpitis supurativa.

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 35 [Figura 1] (A) Tracto sinusal cutáneo extraoral. (B) Tejido de granulación insalubre, dos estomas y piel circundante eritematosa claramente visible en el ángulo de la mandíbula extraoralmente. (C) Diente no. 85 que muestra una gran lesión cariosa y un tracto sinusal intraoral con doble estoma (flecha marcada). (D) Tracto sinusal intraoral curado. (E) Tracto sinusal extraoral curado a los 3 meses de visita de seguimiento. (F) Seno curado con piel normal circundante extraoralmente después de 6 meses, solo hay una marca de cicatriz.] (25)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Para el dx. diferencial de esta patología, se recomienda de primera instancia, hacer uso de las herramientas de diagnóstico y también tener en cuenta que, dentro de su evolución, progresivamente el edema va en aumento, produciendo una extrusión dentaria.
- Granuloma
- Osteomielitis
- Quistes

k. Cementoma:

➤ *Características:*

- Según Clemente ‘los cementomas son lesiones constituidas por tejidos semejantes al cemento, forman un complejo grupo de características- definidas y existen cuatro tipos diferentes’ (26).
 - Cementoblastoma benigno
 - Cementoma gigantiforme múltiple familiar.
 - Displasia fibrosa cemental periapical
 - Fibrocementoma
- Según Clemente y las conclusiones tomadas en su estudio; ‘Se afectan más los incisivos y premolares, sobre todo inferiores. El cementoblastoma benigno es más común en menores de 25 años, generalmente se encuentra en la mandíbula y siempre está asociado a la raíz de un diente, provocando expansión ósea externa e interna. El fibrocementoma, entidad definida que puede aparecer a cualquier edad y con predilección por el sexo femenino y raza blanca, aparece frecuentemente en la mandíbula provocando desplazamiento dentario. El cementoma gigantiforme es el más infrecuente, más común en mujeres de raza negra y edad intermedia, se presenta como masas radiopacas distribuidas simétricamente en las cuatro hemiarcadas. No existe reabsorción ni desplazamiento visible’ (26).

- Según un estudio hecho por la Dra. Verdugo ‘Se muestra una zona radiopaca unilocular delimitada por un halo radiolúcido en continuidad con la raíz dental que puede aparecer totalmente radiolúcida, o con una mezcla de imágenes radiolúcidas o radiopacas o completamente radiopacas (las lesiones no radiopacas presentaran una zona periférica de radiolucidez continua en el espacio del ligamento periodontal normal de las áreas no afectadas del diente) ***depende de la etapa de maduración de la lesión***’ (27).

- También da a conocer que ‘a medida que madura la lesión, aumenta su radiopacidad y puede manifestarse con reabsorción radicular, perdida del contorno radicular, invasión del canal radicular, expansión ósea, desplazamiento de dientes adyacentes, erosión cortical y obliteración del espacio periodontal’ (27).

➤ *Vista Radiográfica:*

- Cementoblastoma Benigno:



Ilustración 36 (102)

- Cementoma gigantiforme múltiple familiar:

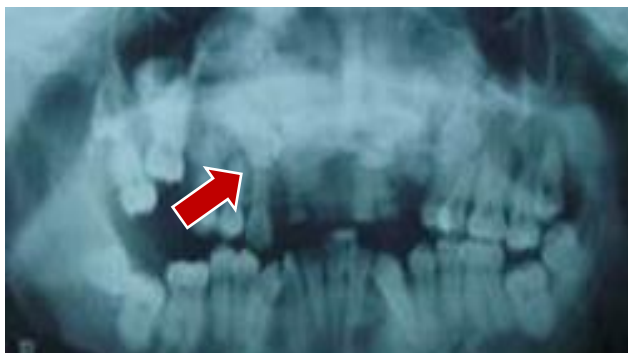


Ilustración 38 [Figura 3] [Ortopantomografía. Presencia de lesiones mixtas radiolúcidas con radioopaco y múltiples retenciones de órganos dentarios en maxilar y mandíbula.] (103)



Ilustración 37 [Figura 7] [Pieza quirúrgica de 30 x 30 x 10 mm. Con abundante tejido color amarillento, múltiples dientes retenidos.] (103)

- Displasia fibrosa cemental periapical:



Ilustración 39 [Figura 3] [control radiográfico del 2do año; displasia cemento- ósea, desarrollo de la fase cementoblástica. La imagen radiográfica muestra la formación de una masa radiopaca de mayor densidad y volumen en el centro de la lesión. El ligamento periodontal continúa intacto en los dientes involucrados.] (104)

- Fibrocementoma: (Escasas ilustraciones radiográficas en los distintos motores de búsqueda)

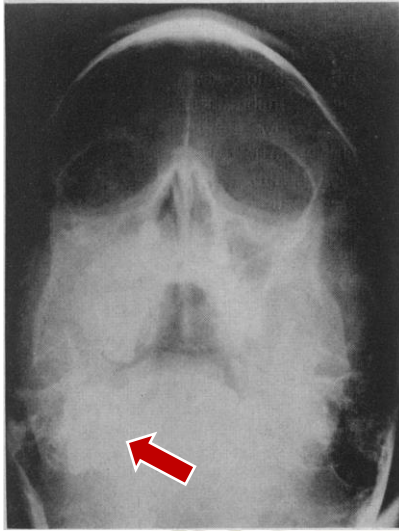


Ilustración 41 [Figura 2] [La masa antral maxilar derecha ha destruido completamente la pared antral lateral.] (105)

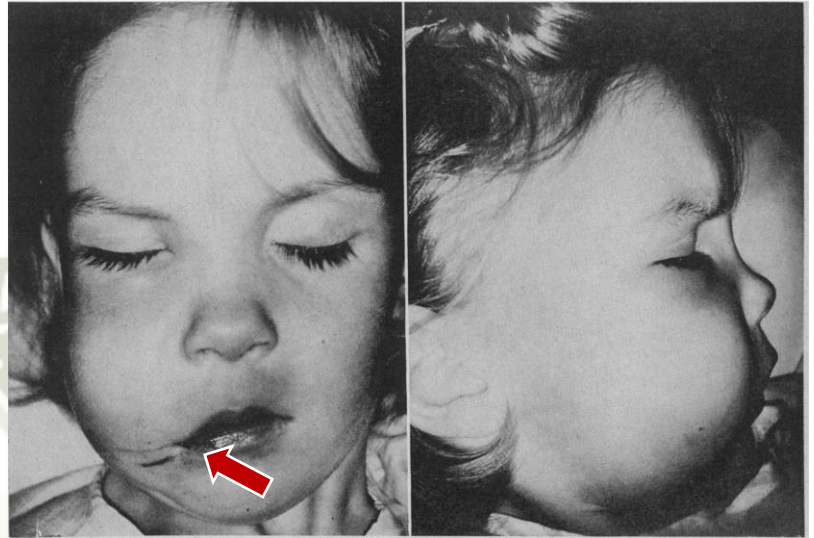


Ilustración 40 [Figura 1] El paciente se visualiza tras una biopsia incisional del tumor mediante el abordaje de Caldwell Luc.] (105)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Según Robles, podemos encontrar 7 patologías para su diagnóstico diferencial (28):

- Cementículos e hipercementosis.
- Endostosis, osificación concéntrica, osteoesclerosis.
- Fibro-osteoma central y displasia fibrosa.
- Hipercementosis severa.
- Osteítis condensante.
- Osteoma.
- Patología periapical infecciosa.

I. Odontoma:

➤ *Características:*

- Según Santana ‘el odontoma es una alteración del desarrollo o malformación de origen dentario que se caracteriza porque, tanto el tejido epitelial como el mesodérmico, están presentes y exhiben completa diferenciación. El esmalte y la dentina pueden disponerse más o menos organizadamente’
- Hay 2 variantes de esta patología:
 - Odontoma Complejo: Como describió Santana ‘Están representados todos los tejidos dentarios desorganizados dentro, a veces se observan también algunas estructuras semejantes a dientes’
 - Odontoma Compuesto: Al igual que la descripción del complejo, parafraseando a Santana se caracteriza porque los tejidos propios del órgano dentario están dispuestos en forma ordenada, dan lugar a formaciones de múltiples ‘dientes’ pero con anomalías de tamaño y forma (22).

- *Vista Radiográfica:* A la izquierda el de tipo complejo y a la derecha se puede visualizar el odontoma de tipo compuesto

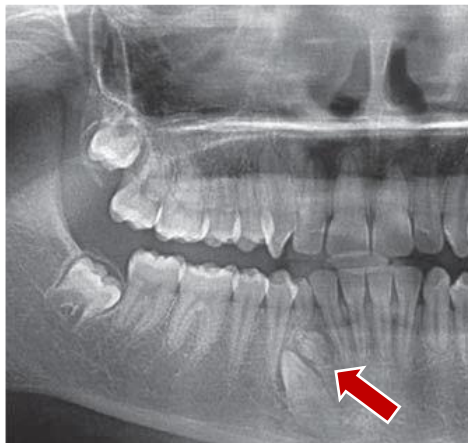


Ilustración 42 [Figura 2 B] [Odontoma complejo en zona de premolares inferiores (ortopantomografía) (29)]



Ilustración 43 [Figura 1 A] [Odontoma compuesto de premolares inferiores.] (29)

- *Vista Clínica:*



Ilustración 44 [Figura 1 B] [Imagen macroscópica de odontoma compuesto, constituido por una cápsula de tejido fibroso y múltiples denticulos.] (29)

- *Diagnostico Diferencial:*

- Según Thistle 'El odontoma complejo en su etapa intermedia se asemeja a otras lesiones fibro-óseas, el tumor odontogénico quístico calcificante, las displasias fibrosas y la osteomielitis crónica'
 - Fibroma ameloblástico
 - Fibroodontoma ameloblástico

- Odontoameloblastoma.
- Quiste Dentígero

- Según Thistle ‘Los odontomas compuestos se observan como masas radiopacas de márgenes irregulares que adoptan una configuración similar a dientes, con un borde periférico radiolúcido, mientras los complejos muestran una radiopacidad única. Dependiendo del grado de calcificación del odontoma, se pueden identificar tres estadios de desarrollo, en el primero la lesión aparece radiolúcida (debido a la falta de calcificación de los tejidos dentales), en el intermedio se caracteriza por una calcificación parcial y en el final el odontoma aparece radiopaco, rodeado por un halo radiolúcido’ (29).

m. Quiste Dentígero:

➤ *Características:*

- El quiste dentígero o folicular, es el segundo quiste más frecuente en la cavidad oral, y su aparición suele ser comúnmente en el cuerpo del maxilar inferior, más específicamente en el sector 3 casi por la 3er molar.
- Según Goaz ‘Los quistes dentígeros se asocian a las coronas de dientes no erupcionados o en desarrollo, la etiología de la formación quística se desconoce, aunque un estudio en ratas demuestra que las infecciones periapicales producen quistes dentígeros en los dientes subyacentes (23).

- El quiste dentígero cumple las características radiológicas con sus semejantes, a excepción que éste siempre se relaciona con la corona de una pieza dentaria no erupcionada o en desarrollo.

➤ *Vista Radiográfica:*

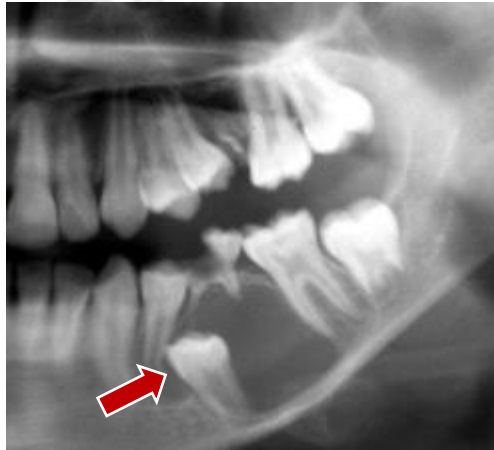


Ilustración 44 [Figura 1] [Quiste Dentígero] (82)

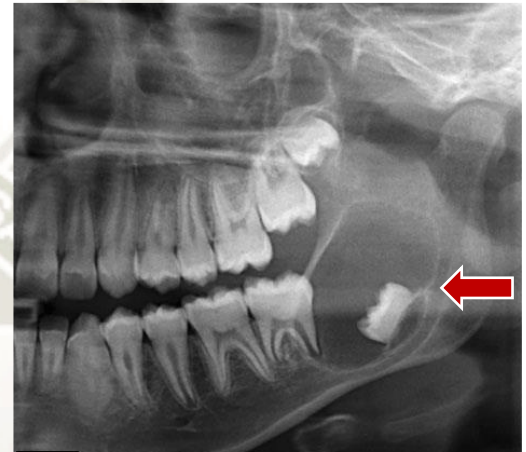


Ilustración 45 [Figura 3] [límites definidos, bordes corticalizados] (83)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Las principales diferencias están por la prevalencia de esta lesión, que es en el cuerpo mandibular, predominantemente en la zona de los terceros molares, este quiste siempre está en relación con la corona de la pieza dentaria; su Dx.

Diferencial es con:

- Queratoquiste odontogénico
- Ameloblastoma
- Odontoma

n. Quiste Paradental:

➤ *Características:*

- También llamado quiste lateral o lateral periodontal, se desarrolla (como su nombre lo indica) a los laterales de la raíz dentaria, se puede asociar con bolsas periodontales. Según Regezi ‘Se define como un quiste de desarrollo embrionario, no queratinizado, que aparece en un sitio adyacente o lateral a la raíz de un diente’
- Parafraseando a Regezi, es una radiotransparencia asintomática bien delimitada, de forma redonda o de ‘gota unilocular’ (aunque a veces multilocular), con un borde opaco al lateral de una raíz de una pieza dentaria usualmente desvitalizada (24).

➤ *Vista Radiográfica:*

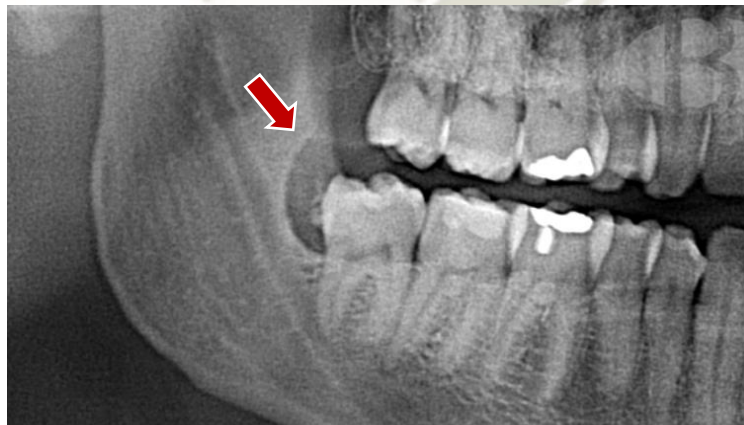


Ilustración 46 [Ortopantomografía del paciente que muestra la lesión radiolúcida que afecta a la cara distal del tercer molar] (84)

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 47 [Extracción del quiste y del molar implicado] (84)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El Dx. diferencial de esta patología se llevará a cabo con:

- Quiste Gingival
- Quiste de Erupción
- Quiste Dentígero

o. *Seudoquistes:*

➤ *Características:*

- Son cavidades óseas patológicas no revestidas de epitelio, entre las que se pueden clasificar según Regezi en:
 - Quiste óseo aneurísmico: Según Regezi 'Es una anomalía ósea benigna que puede originarse en la mandíbula, maxila u otros huesos. Presenta un proceso destructivo u osteolítico con bordes un poco irregulares.'

- Quiste óseo traumático (simple): Parafraseando a Regezi, es un espacio vacío dentro del hueso, que lógicamente al ser un pseudoquiste, carece de revestimiento epitelial, es muy rara en maxilares, pero si suele aparecer en huesos largos (24).
- Quiste óseo estático: También conocido como defecto de Stafne, fue la variante anatómica desarrollada en el punto 'E; e1-a' (Página 26)
- Defecto focal osteoporótico de la médula ósea: Según Regezi 'Es una lesión infrecuente que en condiciones típicas se presenta como una radiotransparencia focal en áreas alejadas de la médula ósea hematopoyética normal (ángulo de la mandíbula y tuberosidad maxilar)' (24).
- También añadiremos:
 - Pseudoquiste antral: Según Espinoza 'Son lesiones asintomáticas. Este tipo de hallazgos presentan comúnmente ciertas características visuales tales como la radiopacidad en radiografías o la isodensidad (densidad de tejidos blandos) en tomografía. A su vez, se presentan con forma redondeada u ovalada semejante a un domo o semejante a un sol naciente; de límites bien definidos y con una base sésil, generalmente dependiente de la pared basal del seno maxilar' (30).
- Afortunadamente la prevalencia de estas patologías no es alta; por tal motivo, el desarrollo exhaustivo de las lesiones antes mencionadas no se realizará.

➤ *Vista Radiográfica:*

- Quiste Óseo Aneurísmico:

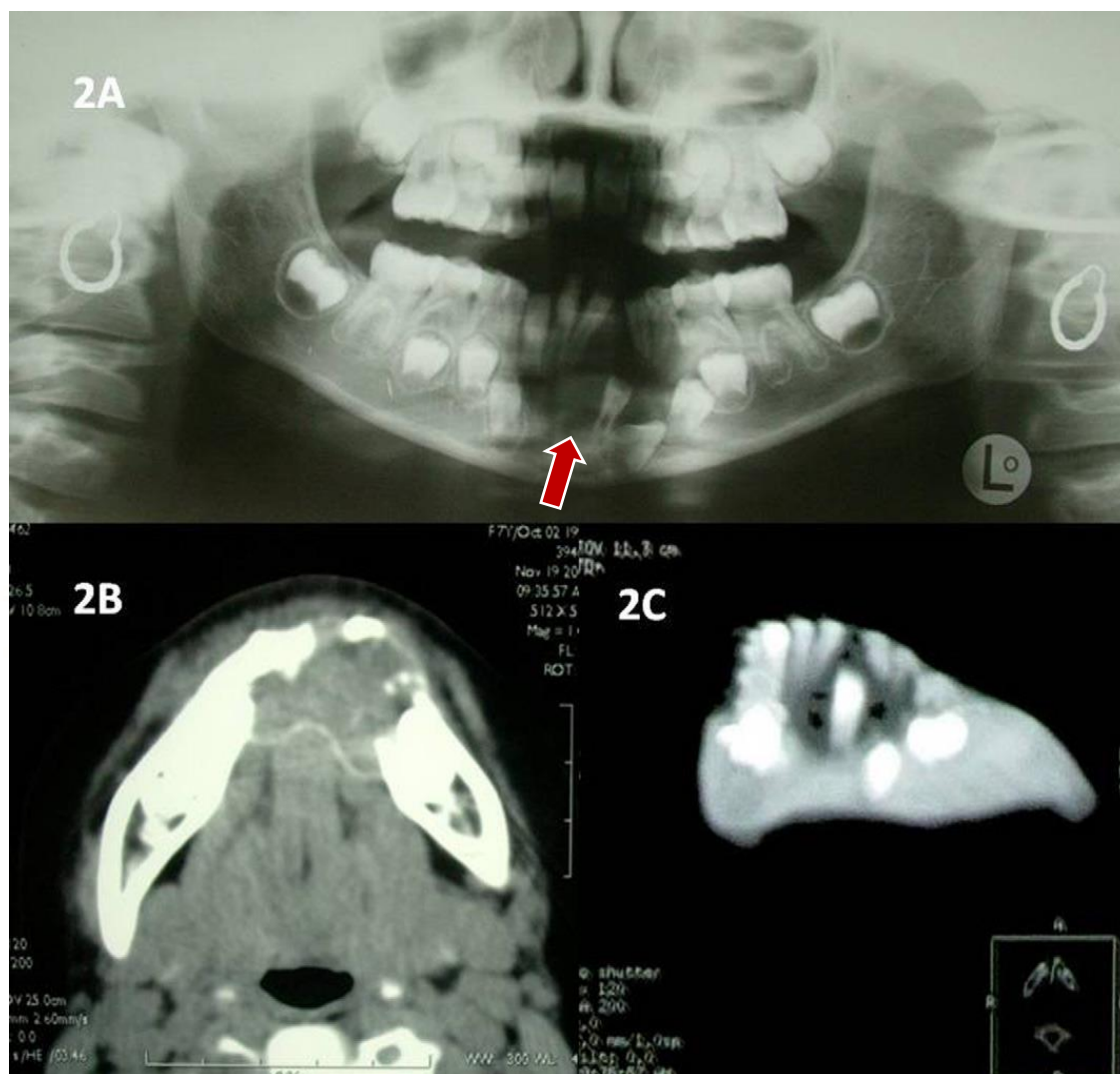


Ilustración 48 [Figura 2A – OPG inicial que muestra una imagen radiolúcida de márgenes mal definidos de 73 a 83, con basilar; desestructurada y 3 piezas dentales definitivas incluidas en la lesión; Figura 2B Corte axial de TC en el que se observa una tumoración osteolítica, insufante y multilocular que afecta a todo el espesor de la sínfisis mandibular, pero mantiene las corticales íntegras.; Figura 2C TC con reconstrucción 3D que revela una lesión quística en sínfisis mandibular con piezas incluidas en su interior.] (91)

- Quiste Óseo Traumático (Simple):

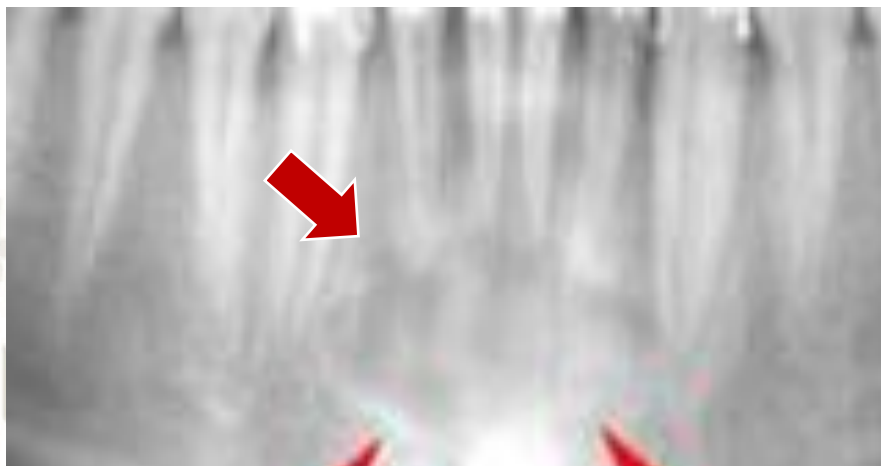


Ilustración 49 [Quiste Óseo Traumático de paciente masculino de 14 años.] (92)

- Quiste Óseo Estático / Defecto de Stafne:

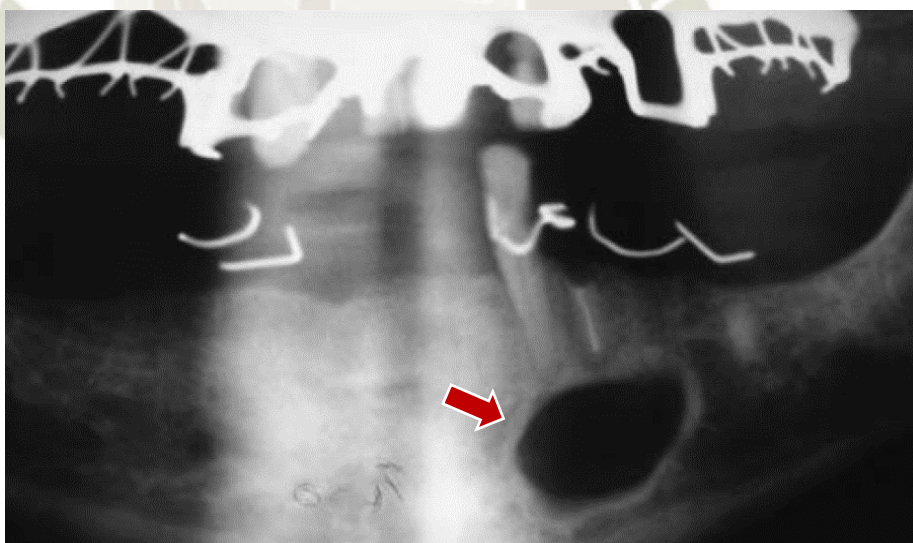


Ilustración 50 [Figura 1: Imagen radiolúcida en la radiografía panorámica, en la que se aprecian los bordes ligeramente escleróticos de la lesión,] (6)

- Defecto Focal Osteoporótico De La Médula Ósea:

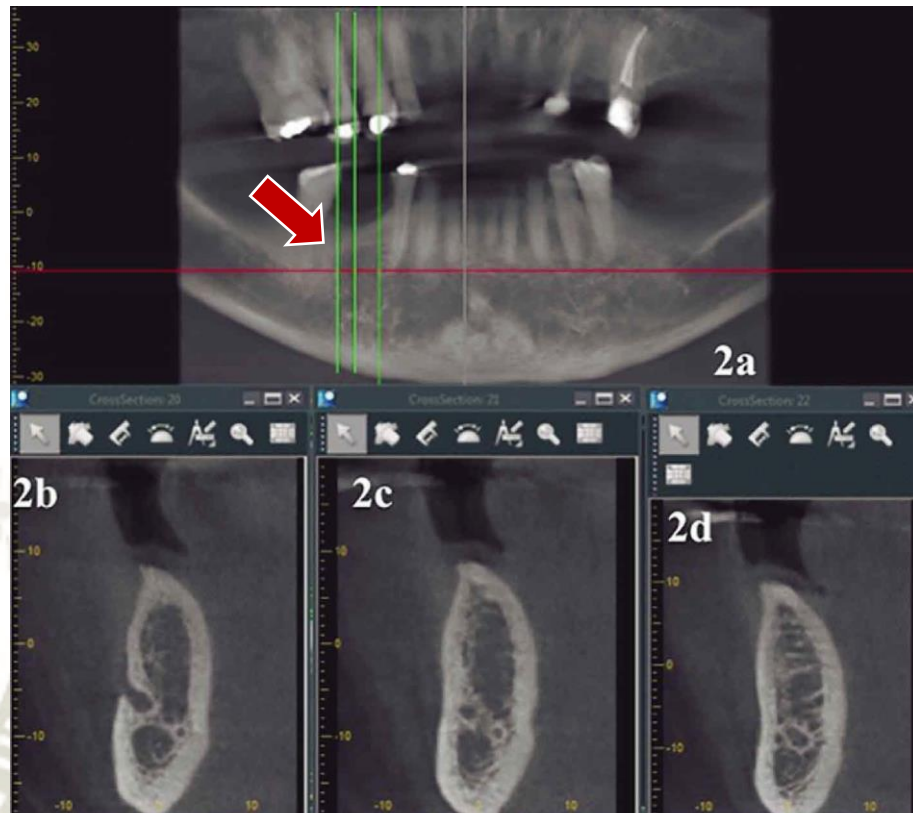


Ilustración 51 [Fig. 1. Portaobjetos de tomografía computarizada (TC) que muestra una lesión bien definida diagnosticado como FOBMD en el lado inferior derecho de una paciente de mediana edad. a) Muestra a nivel panorámico la presencia de la lesión radiolúcida. b) y c) Espectáculos en un primer plano de TC, la ausencia de un patrón trabecular dentro del hueso y una densa cortical a nivel crestal de la cresta. d) Muestra el patrón trabecular adecuado del hueso] (93)

- Pseudoquiste Antral:



Ilustración 52 [Figura 1] [Imagen isodensa de límites definidos que se asienta en la pared basal del seno maxilar derecho y que ocupa esta cavidad de forma parcial, asemejando una imagen de 'sol naciente'] (90)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Para el Dx. diferencial de un pseudoquiste nos podemos valer de distintas herramientas, siendo la más útil un examen imagenológico:
 - Radiografías periapicales
 - Ortopantomografía
 - Tomografía computarizada Cone Beam
 - Una sialografía submaxilar (Caso del Defecto de Stafne)

p. *Osteítis Esclerosante:*

➤ *Características:*

- Según Goaz 'es una osteoesclerosis explicable como la secuela de un proceso inflamatorio; se emplea cuando se considera probable que una inflamación (presente o pasada reciente) sea el factor que ha iniciado el proceso esclerosante, esta lesión aparece con más frecuencia en el periápex de un diente con un conducto radicular infectado' (23).
- Según Rivas 'es la respuesta a una inflamación crónica leve del área perirradicular como resultado de una irritación moderada mediante el conducto radicular que estimula el aumento de la densidad del trabeculado óseo y la disminución considerable de los espacios medulares' (31).

➤ *Vista Radiográfica:*



Ilustración 53 [Osteítis Condensante o Esclerosante]
(31)

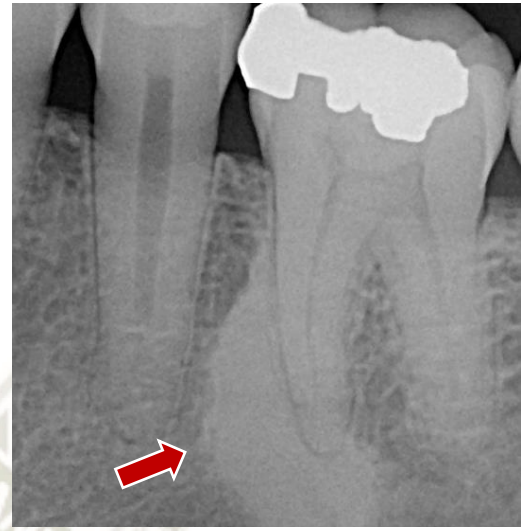


Ilustración 54 [Osteítis Condensante o Esclerosante]
(31)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El Dx. diferencial debe hacerse según sus formas y densidades, incluyendo también sus bordes radiotransparentes con las siguientes lesiones:
 - Displasia Cementosea Focal Madura (DCOF)
 - Cementomas (Cementoblastoma Benigno)
 - Dientes no desarrollados sin erupcionar
 - Odontoma complejo maduro
- Según Goaz 'Las radiopacidades proyectadas pueden identificarse con facilidad si se obtienen radiografías adicionales del área mediante la técnica de desviación de cono de Clark' (23).
- El dx. diferencial entre la osteítis condensante o esclerosante y la osteosclerosis idiopática, suele resultar difícil o imposible cuando la lesión se encuentra en una zona edéntula y no se relaciona con una pieza dentaria en específico.

q. *Caries:*

➤ *Características:*

- Esta lesión como bien conocemos es de etiología bacteriana, y dependiendo de la evolución de la lesión es que va a tener diferentes características y evoluciones, concluyendo a patologías más graves.
- En este caso nos basaremos en la clasificación ICDAS II (International Caries Detection and Assessment System); Según Iruretagoyena 'es un sistema internacional de detección y diagnóstico de caries que tiene 70 al 85% de sensibilidad² y una especificidad³ de 80 al 90% (32).
- Esta patología no tiene cura más que la prevención y hábitos de higiene personal; el tejido involucrado en la lesión nunca se vuelve a recuperar.

² Sensibilidad: Según Fernández 'Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo' (87).

³ Especificidad: Según Fernández 'Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo' (87).

Clasificación de caries					
Código CIE-OE *	Código OMS **	ICDAS Completo***	ICDAS Combinado***	SIGEHOS****	Umbral Visual
Sano	A- 0 (Sano)	Código 0	Código 0	Sano	Sano
K02.0 (Mancha blanca)		Código 1	Caries inicial (A)	Mancha Blanca Surco Profundo	Mancha blanca / marrón en esmalte seco
		Código 2			Mancha blanca / marrón en esmalte húmedo
		Código 3			Caries moderada (B)
Código 4	Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad				
K02.1 (Caries dentinaria)	B-1 / C-2 (Corona cariada)	Código 5	Caries severa (C)	Caries Penetrante	Exposición de dentina en cavidad > 0,5mm hasta la mitad de la superficie dental en seco
		Código 6			Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental

Diagrama 2 [La tabla inferior muestra las codificaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a la Odontología y Estomatología (CIE-OE / IDA-DA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) basada en el criterio de diente cariado, perdido y obturado (CPO-D), el sistema ICDAS completo combinado, SIGEHOS y su relación con el Umbral Visual.] (32)

➤ Vista Radiográfica:



Ilustración 55 [Radiografía periapical obtenida de un paciente de la clínica de la U. Mayor, se observan caries dentinaria profunda en la pieza 3.6, observe la ausencia de lesión en relación con el ápice dentario, lo que descarta caries penetrante.] (88)

➤ Vista Clínica:



Ilustración 58 [Manchas Blancas] (89)



Ilustración 57 [Manchas Parda y Negra] (89)



Ilustración 56 [Manchas Blancas. Inicio de la cavitación] (89)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El Dx. diferencial se tiene que llevar a cabo entre anomalías dentarias de estructura como lo es:
 - Hipoplásia de Esmalte
 - Amelogénesis Imperfecta
 - Dentinogénesis Imperfecta
- También incluiremos al estado degenerativo atrófico de dentina interna, con lo cual se recomienda valerse de signos y síntomas aparte de utilizar mas radiografías periapicales de otros ángulos.
- El principal reto en esta lesión es identificar en que etapa de su evolución se encuentra.

c.2 Tejidos Blandos:

r. *Quiste Gingival:*

➤ *Características:*

- Parafraseando a Regezi, los quistes gingivales se pueden presentar tanto en lactantes como en adultos, y es por esto por lo que dividimos su prevalencia; en los lactantes su frecuencia es más alta en la fase neonatal, mientras que, en la edad adulta, la mayor parte involuciona de manera espontánea o se rompen y sufren exfoliación.

- Según Regezi ‘es común emplear epónimos⁴ como sinónimos de quistes gingivales’ estos son:

- Perlas de Epstein: Parafraseando a Regezi, ese término se utilizó para denominar a los quistes observados a lo largo de la línea media del paladar, que no tenían relación con la odontogénesis (24).
- Nódulos de Bohn: Según Regezi ‘este se refiere a los quistes presentes a lo largo de los bordes alveolares relacionados con los residuos de las glándulas salivales’. Esta lesión se presenta como un nódulo blanco o blanco pálido de aproximadamente 2mm de diámetro (24).

➤ *Vista Clínica:*

- Quiste gingival del Adulto:



Ilustración 59 [Figura 1] [Apariencia clínica de la lesión se extiende desde el diente 11 hasta el 13] (85)

⁴ Epónimo: parafraseando el diccionario etimológico del castellano en línea ‘Significa etimológicamente sobre el nombre, es decir que nos referimos a un nombre que adopta algo ya denominado’ (1).

- Quiste gingival del Lactante:

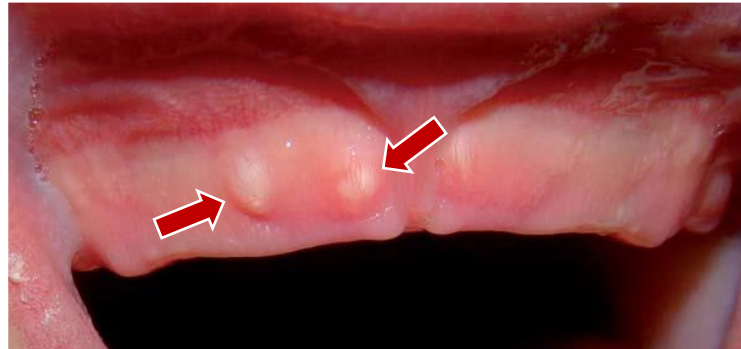


Ilustración 60 (86) [Figura 2] [Quistes Gingivales] [Imagen] Alteraciones bucales del recién nacido; 2014

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El quiste gingival tiene su diagnóstico diferencial con:
 - Mucoccele
 - Ránula
 - Quiste Lateral o Paradental

s. *Epulis:*

➤ *Características:*

- Según Santana, se conocen 3 tipos de épulis:
 - Épulis Fisurado: También llamado tumor fisurado por prótesis traumatógena e *hiperplasia inflamatoria fibrosa*, parafraseando a Santana, es una lesión mucosa hiperplásica propia de la encía o del surco vestibular, en contacto con

el borde de una dentadura que le da un aspecto hendido o figurado; se caracteriza por estar formada por un rodete alargado de tejido blando, suelto, que al inicio es de color rojo, hallándose en el surco vestibular.

- Épulis Fibroso: También llamado fibroma por irritación, fibroma inflamatorio, hiperplasia fibrosa focal, nódulo fibroso, pólipo fibroso, parafraseando a Santana, es una lesión que forma tejido fibroso a manera de hiperplasia; regularmente resulta de una lesión crónica; puede aparecer en cualquier sitio de la mucosa, posee forma redondeada y puede ser sésil o pediculada.

- Épulis Granulomatoso: También conocido como granuloma gingival, según Santana, 'es una reacción localizada debido a una irritación o infección caracterizada por una rápida y exuberante formación de tejido de granulación; crece en forma de una masa de tejido rojo oscuro, sangrante, blanda, indolora, de tamaño pequeño por lo general' (22).

- En la revisión de información por consiguiente encontramos una 4ta:

- Épulis Gravidarum: También conocido como épulis del embarazo, es prevalente en embarazadas a causa de los cambios hormonales en esta etapa; regularmente desaparecen postparto, sin embargo, si aún prevalecen, es necesario el tratamiento quirúrgico

➤ *Vista Clínica:*

- Épulis Fisurado

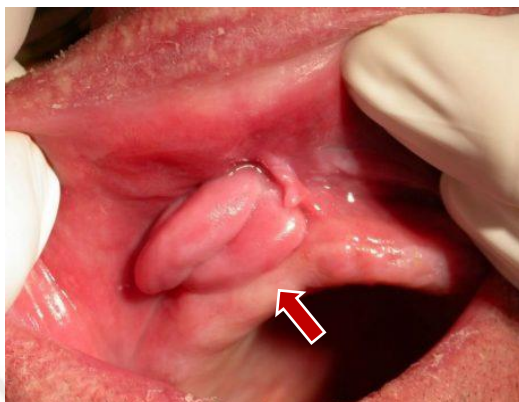


Ilustración 61 [Épulis Fisurado] (95)

- Épulis Fibroso:



Ilustración 62 [Figura 1] [Paciente de 8 años, que se presenta con una hiperplasia en el sector IV, color rosa – rojizo de base sésil, sangrante al contacto.] (96)

- Épulis Granulomatoso:



Ilustración 63 [Épulis Granulomatoso.] (97)

- Épulis Gravidarum:



Ilustración 64 [Épulis del Embarazo] (98)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Estas lesiones se pueden diferenciar entre sí por la forma, color, tamaño y textura del tejido; su diagnóstico diferencial se da con:
 - Entre los tipos de épulis
 - Pólipo Oral
 - Hiperplasia Gingival
 - Agrandamiento Gingival Inflamatorio

t. *Pólipo:*

➤ *Características:*

- Según Sánchez 'Los pólipos fibroepiteliales se definen como un crecimiento en los tejidos blandos con base pedunculada y son poco frecuentes en niños. Las lesiones fibrosas son relativamente comunes sobre todo en lengua, labios,

carrillos, paladar y encía, mismas que son causadas normalmente por una inflamación o irritación mecánica crónica. En niños la mayoría de las lesiones fibrosas intraorales son reportadas como *épulis* (33).

➤ *Vista Clínica:*

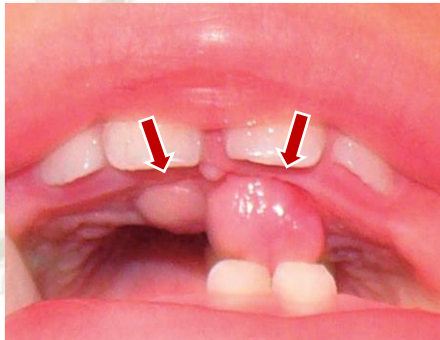


Ilustración 66 [Figura 1] [Vista intraoral de los pólipos.] (33)



Ilustración 65 [Figura 4] [Aspecto clínico 10 días después de la escisión de los pólipos.] (33)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El Pólipo fibroepitelial tiene como principal Dx. diferencial, a las lesiones pedunculadas y sésiles de la cavidad oral, se puede separar una de otra por el factor etiológico y por la localización de la lesión.
 - Entre los tipos de *épulis*
 - Quiste Gingival

u. *Agrandamiento Gingival Inflamatorio:*

➤ *Características:*

- Según Arce, 'El agrandamiento del tamaño de la encía es una característica frecuente de la enfermedad gingival. Es un término estrictamente descriptivo y evita connotaciones patológicas equivocadas que se utilizaron en el pasado, como gingivitis hipertrófica o hiperplasia gingival.'
- Según Arce 'El agrandamiento suele generalizarse y tiende a ser más voluminoso en interproximales que en las superficies vestibular y lingual. La encía agrandada es rojo brillante o magenta, suave y friable, y de superficie lisa y brillante. Experimenta hemorragia espontánea o a la provocación leve' (34).

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 68 [Agrandamiento Gingival Inflamatorio.] (34)



Ilustración 67 [Agrandamiento Gingival Inflamatorio.] (34)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El diagnóstico diferencial de esta enfermedad se lleva a cabo con las características mencionadas anteriormente, con la historia clínica del paciente para saber si tiene medicaciones, y con la palpación y sondaje periodontal.
- Hiperplasia Gingival
- Hiperplasia Gingival por Dilantina
- Épulis Gravidarum

v. *Hiperplasia Gingival:*

➤ *Características:*

- Parafraseando a Regezi, la hiperplasia puede variar desde una ligera hipertrofia de las papilas interdentes hasta el crecimiento general de todo el tejido gingival, lo bastante grave para cubrir la corona de los dientes con tejido hiperplásico.
- Según Regezi, 'La hiperplasia gingival generalizada del tejido conectivo fibroso gingival puede ser secundaria a uno o varios factores etiológicos. En la mayor parte de los casos son inespecíficos y resultado de una reacción hiperplásica inusitada del tejido a inflamación crónica relacionada con factores locales.'
- Para lo anteriormente mencionado, veremos por consiguiente algunos de los factores etiológicos de las hiperplasias generalizadas; se desarrollará un poco más con un ejemplo de vista clínica de aquellas que tengan más prevalencia:

- Por Fármacos: Según Regezi ‘El mecanismo de la hiperplasia fibrosa causada por el fármaco aún no es claro, aunque posee al parecer un efecto regulador sobre el metabolismo o la tasa de crecimiento de los fibroblastos. Se piensa que todos los fibroblastos muestran cierto grado de susceptibilidad al fármaco. La reacción excesiva de los fibroblastos gingivales tal vez se relacione con la influencia de una inflamación concomitante’ (24).
 - Hiperplasia Gingival por Dilantin: La fenitoína o dilantin es un fármaco recetado para pacientes con trastornos convulsivos, el efecto de tiempo y dosis del medicamento en el tejido gingival no está claro aún.
 - Hiperplasia Gingival por Ciclosporina: Esta patología tiene como factor potenciador un fármaco inmunosupresor llamado ciclosporina, es utilizado en pacientes receptores de trasplante de órganos y en pacientes con alguna patología autoinmunitaria.
 - Hiperplasia Gingival por Nifedipina: Este fármaco es un bloqueador del canal de calcio, se utiliza para tratar las anginas y arritmias cardíacas.
- Por Otros Factores:
 - Hiperplasia Gingival por Cambios Hormonales: En este caso, esta patología tiene un vínculo directo con la etapa de la pubertad y del embarazo, según Regezi ‘los estados de alteración hormonal actúan junto con irritantes locales para generar la respuesta hiperplásica. Es objetable predecir si ocurrirá un

crecimiento gingival significativo durante periodos de desequilibrio hormonal en individuos con higiene bucal escrupulosa.’

- Hiperplasia Gingival en Pacientes Edéntulos: Según Regezi ‘Se relaciona con un traumatismo crónico, producido por una prótesis mal ajustada. Es prácticamente el mismo proceso que conduce al fibroma traumático o épulis fibroso, excepto por que una prótesis dental puede identificarse como agente causal específico; un término ya desusado para referirse a esta patología es Épulis Fisurado.’
- Hiperplasia Gingival en Pacientes con Leucemia: Según Regezi ‘Sobre todo con el tipo monocítico, se cree que es resultado de la infiltración de tejidos blandos gingivales por leucocitos malignos.’
- Hiperplasia Idiopática: También conocida como fibromatosis gingival hereditaria, parafraseando a Regezi, es de poca prevalencia y al parecer, ocasionalmente es de predisposición hereditaria, otras veces aparece como una entidad aislada, pero otra buena parte de casos van ligados a una condición sistémica como parte de varios síndromes (de Zimmerman Laband, Cross, Rutherford, Murray Puretic Drescher, Cowden) (24).

➤ *Vista Clínica:*

- Hiperplasia Gingival Medicamentosa:



Ilustración 69 [Figura 1] Agrandamiento gingival y acumulación de placa bacteriana.] (100)

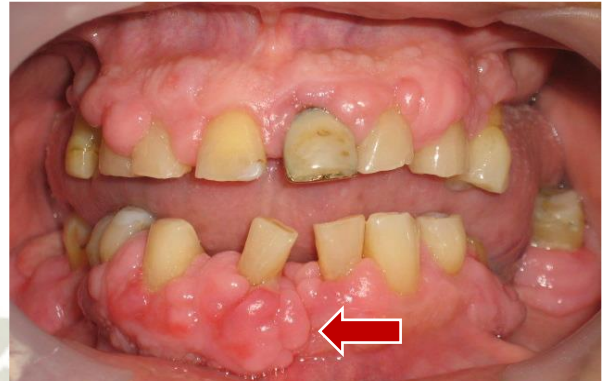


Ilustración 70 [Figura 1] [Vista de frente del paciente en la cita inicial. Se observa el agrandamiento gingival, las lobulaciones de la encía, prótesis desadaptada en 1. Enrojecimiento parcial de la mucosa.] (99)

- Hiperplasia Gingival por Otros Factores:

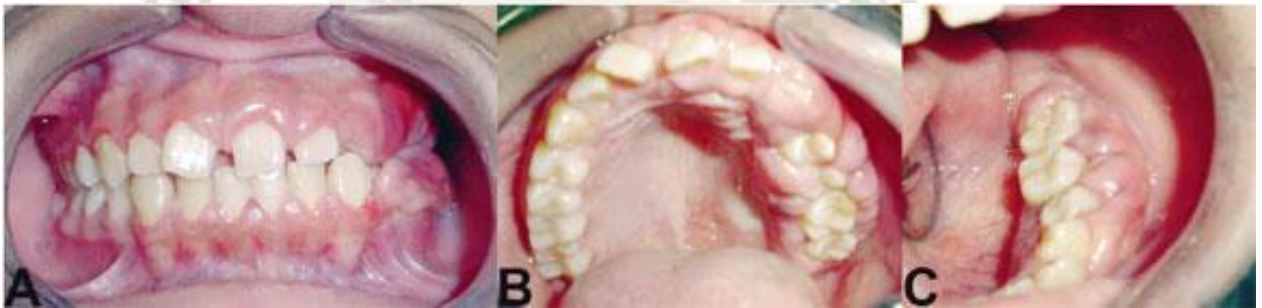


Ilustración 71 [Figura 1] [A. En oclusión la paciente presenta recubrimiento total de sus elementos dentarios del lado izquierdo por el tejido gingival hiperplásico. B. En una vista oclusal se puede apreciar el compromiso palatino y bucal del hemiarco izquierdo. C. Idéntica situación se presenta en el hemiarco inferior izquierdo.] (101)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Según Regezi, 'En general, la hiperplasia vinculada con factores locales inespecíficos y cambios clínicamente hormonales parece más tumefacta que las formas inducidas por fármacos y la idiopática. El tipo idiopático es particularmente denso y fibroso, con alteración inflamatoria más o menos escasa.'

- También cabe resaltar que la hiperplasia por fenitoína se considera un proceso hiperplásico irreversible, mientras que en la hiperplasia que se produce por ciclosporina y nifedipina, se considera reversible después de interrumpir el uso del fármaco (24).

- Agrandamiento gingival Inflamatorio

- Periodontitis

- Gingivitis

w. *Primo Infección Herpética:*

➤ *Características:*

- También llamada Gingivostomatitis Herpética, según el hospital de Córdoba ‘es la manifestación clínica más frecuente de la infección primaria del virus del herpes simple tipo 1 (VHS - 1) – el mismo que produce los herpes labiales recurrentes- en la infancia, produciendo lesiones orales ulcerativas muy dolorosas; es muy contagiosa, la transmisión suele ocurrir de forma directa por gotitas de saliva o contacto directo con las secreciones de personas infectadas como padres o cuidadores que presentan reactivación de algún herpes labial o a través de otros niños infectados’ (35).
- Según Regezi ‘Suele observarse en niños; la erupción vesicular aparece algunas veces sobre la piel, borde bermellón labial o membrana de la mucosa bucal, las lesiones pueden presentarse sobre cualquier superficie mucosa. La infección sistémica primaria, evoluciona durante una semana a 10 días aproximadamente y las lesiones sanan sin dejar cicatriz, el virus puede haber inmigrado para el ganglio

del trigémino para residir allí en forma latente. Esta lesión primaria se acompaña de fiebre, artralgia, malestar, cefalea y linfadenopatía cervical' (24).

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 72 [Primo Infección Herpética.] (35)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Las características clínicas antes descritas del estadio primario de esta lesión son todo lo contrario a lo que acontece en la forma recurrente de la enfermedad, en la cual las lesiones se limitan al paladar duro y encías. Recordar lo antes explicado en las características clínicas, resaltando que las lesiones primarias se acompañan de fiebre, artralgia, malestar, cefalea y linfadenopatía cervical.
 - Herpangina
 - Aftas
 - Enfermedad de Mano, Pie y Boca

x. *Gingivitis:*

➤ *Características:*

- Parafraseando a Carranza, la enfermedad gingival puede ser de dos tipos: las enfermedades gingivales inducidas por placa dental y las enfermedades gingivales no inducidas por placa.
- Las enfermedades gingivales inducidas por placa dental pueden tener 5 variaciones según Carranza, para lo que nos basaremos en su libro de periodontología clínica para hacer una breve descripción de los siguientes (36).
 - Gingivitis vinculada sólo con placa dental: Siendo esta la más frecuente forma de enfermedad gingival se caracteriza por la presencia de signos clínicos de inflamación confinados a la encía debido a la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped; esto en relación con las piezas dentarias que no presentan pérdida de inserción; se llegó a la conclusión de que ‘la gingivitis inducida por placa puede aparecer en un periodonto sin pérdida de inserción previa o en uno con pérdida de inserción previa pero estabilizada que no avanza’.
 - Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos: Los factores sistémicos que influyen en la gingivitis como alteraciones endocrinas de la pubertad, ciclo menstrual, diabetes y embarazo.
 - Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos: La prevalencia es creciente a causa del empleo de fármacos anticonvulsivos que producen agrandamientos gingivales como la fenitoína, fármacos inmunosupresores

como la ciclosporina A y bloqueadores de los canales de calcio como la nifedipina, el verapamilo, el diltiazem y el valproato de sodio.

- Enfermedades gingivales modificadas por desnutrición: Llamaron la atención por las descripciones clínicas de encía roja y brillante, tumefacta y hemorrágica en la deficiencia grave de ácido ascórbico (vitamina C) o escorbuto.
- De igual manera Carranza menciona que existen 7 variaciones para las lesiones gingivales no inducidas por placa (36):
 - Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico: La prevalencia va en aumento, en especial por enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea y sífilis. La gingivitis o gingivoestomatitis estreptocócica también es una afección rara, y puede presentarse como un cuadro agudo con fiebre, malestar general y dolor relacionado con inflamación aguda de la encía que aparece roja, tumefacta, hemorrágica y, en ocasiones, con absceso gingival.
 - Enfermedades gingivales de origen viral: Debido por una variedad de virus DNA y RNA, los virus herpes son los más comunes.
 - Enfermedades gingivales de origen micótico: La infección micótica bucal más común es la candidiasis por Candida Albicans.
 - Enfermedades gingivales de origen genético: Una de las afecciones más evidentes desde el punto de vista clínico es la fibromatosis gingival hereditaria que presenta los modos dominantes autosómicos (raras veces) o recesivo autosómico. El agrandamiento gingival puede cubrir por completo los dientes.
 - Manifestaciones gingivales sistémicas: Aparecen como lesiones descamativas, ulceraciones de la encía, o ambas.

- Lesiones traumáticas: En el caso de la agresión por cepillado que genera úlceras o recesión de la encía, o ambas cosas; iatrógenas.
- Reacciones de cuerpo extraño: Producen inflamación localizada de la encía y se generan por la introducción de un material extraño en los tejidos conectivos gingivales.

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 75 [Gingivitis inducida por placa.] (106).



Ilustración 74 [Gingivitis Inducida por Placa Bacteriana.] (107).



Ilustración 73 [Gingivitis Inducida por Apiñamiento Dental.] (107).

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Periodontitis
- Hiperplasia Gingival
- GUNA (Gingivitis Ulcero Necrosante Aguda)
- Agrandamiento Gingival Inflamatorio

y. *Periodontitis*:

➤ *Características:*

En la comunidad odontológica, la enfermedad periodontal es considerada la 2da más prevalente después de la caries dental, por esto es muy importante su reconocimiento y diagnóstico a un tiempo adecuado.

- Según Cárdenas y Gastelum en su artículo de la nueva clasificación de enfermedades y condiciones periodontales, 'Las principales características de la periodontitis son; pérdida de los tejidos de soporte debido a la inflamación, inserción mayor de 3mm y disminución de las crestas óseas evaluada por medio de radiografías, presencia de bolsas periodontales (>3mm) y sangrado gingival. Una vez se confirma un caso de periodontitis, se procede a clasificarlo en extensión, estadio y grado' (37).
- La extensión y estadio se explican en la clasificación elaborada en 2017 adaptada de Tonetti y Herrera el 2018m, se visualiza en la ilustración n.76; los grados, según Cárdenas y Gastelum se clasifican por medio de evidencia directa por radiografías previas disponibles y de manera indirecta si no hay registros radiográficos. Evidencia directa 'Si se cuenta con el registro radiográfico de 5 años de seguimiento, se utiliza la pieza dental con mayor reabsorción .sea para comparar las radiografías actuales; si no existen cambios se considera grado A, si la diferencia entre ellas es menor a 2 mm se asigna como grado B, y cuando es mayor a 2 mm se categoriza como grado C'. Evidencia Indirecta 'Se realiza una división matemática entre el porcentaje de pérdida de hueso en relación con la longitud radicular y la edad del paciente (PO/E). Si el resultado es <0,25 es grado A, grado B si es entre 0,25 y 1,0 y grado C si es >1' (37).

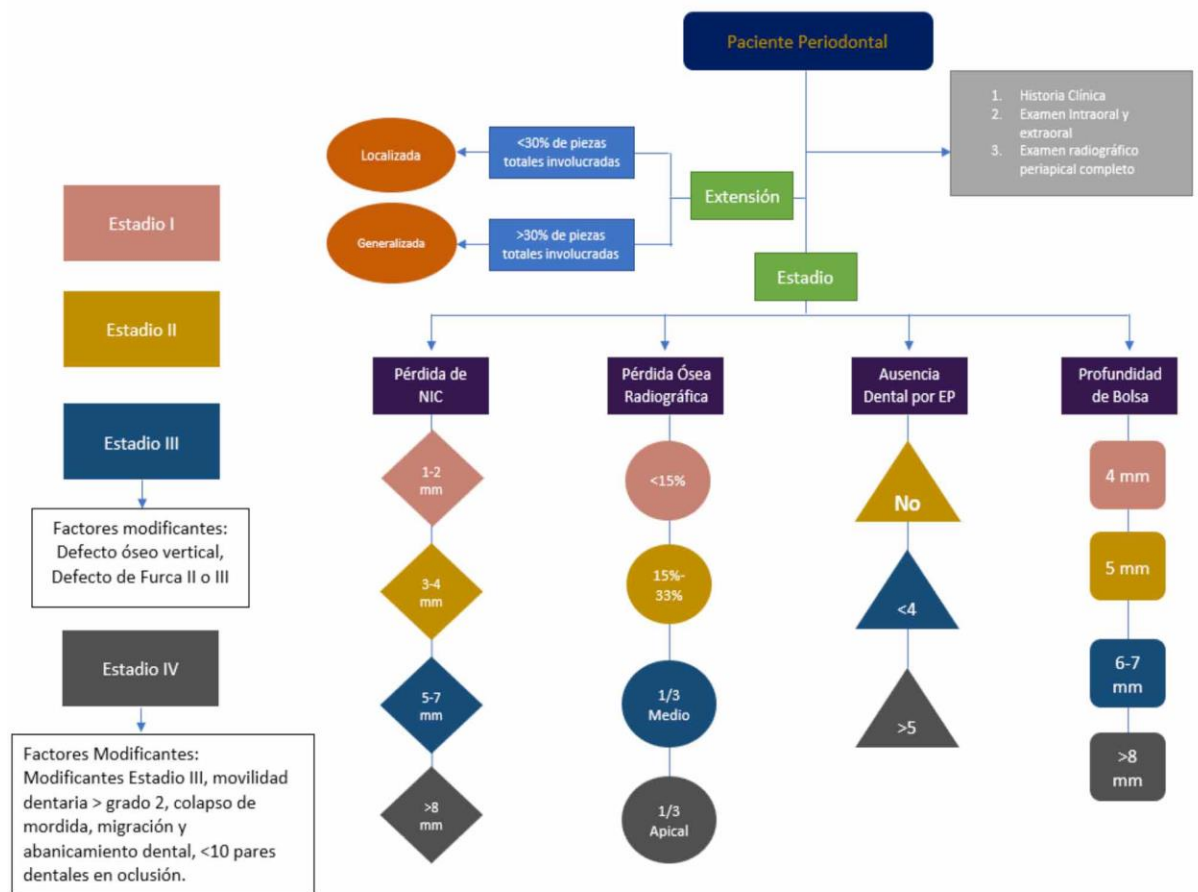


Diagrama 3 [Fig. 1. Diagrama de diagnóstico, adaptado de Tonetti et al. (2018) y Herrera et al. (2018). NIC: nivel de inserción clínico; EP: Enfermedad Periodontal] (37).

➤ Vista Clínica:



Ilustración 76 [Estadio I: Periodontitis Inicial] (118).



Ilustración 77 [Estadio II: Periodontitis Moderada] (118).



Ilustración 78 [Estadio III: Periodontitis grave con riesgo potencial de pérdida dentaria adicional] (118).



Ilustración 79 [Periodontitis de estadio IV (retramiento de las encías)] (117).

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- El diagnóstico de la periodontitis se vale principalmente de 2 elementos; de la inspección clínica con la ayuda de la sonda periodontal, de manera que el profesional puede ver si hay presencia de bolsas periodontales y así medir su profundidad, y de los exámenes radiográficos tomados al paciente tanto pasados como actuales.
- En esta patología lo principal es identificar que extensión, estadio y grado tiene, ya que puede ser la causa subyacente de otras patologías apicales y periapicales.
- El diagnóstico diferencial de esta patología se lleva a cabo con:
 - Gingivitis
 - Hiperplasia Gingival
 - Agrandamiento Gingival Inflamatorio

z. *Aftas*:

➤ *Características:*

- Según Bonet 'Quemadura es el significado etimológico del término griego *aphtay* que ha dado lugar a la denominación "aftas". Este es el término con el que actualmente se conoce un tipo de lesiones benignas que afectan el epitelio de la mucosa oral, de tipo vesículo - ulceroso, no queratinizadas, que conllevan una pérdida de sustancia de la mucosa y que son inicialmente necróticas, dolorosas y recidivantes. Remiten a los 7 a 14 días de evolución de forma espontánea y sin cicatrices.' Siguiendo con Bonet, se presenta en 3 tipos (38).
 - **Aftas menores** (*afta minor* o menor de Mickulick): Son las más frecuentes y se presentan como pequeñas úlceras ovaladas o redondeadas, poco profundas y localizadas en las zonas no queratinizadas de la mucosa bucal, preferentemente en los bordes de la lengua, en la mucosa interna de los labios y mejillas. Cuyo tamaño medio se halla entre los 2-5 mm, no siendo frecuente que superen los 10 mm de diámetro, provocan un dolor agudo intenso irradiado a zonas anexas condicionado a los movimientos bucales del paciente.
 - **Aftas mayores** (*afta major* o mayor de Sutton): Se presentan tanto aisladas como múltiples, caracterizándose por presentar un tamaño superior a los 10 mm de diámetro y ser más profundas y destructivas que las citadas con anterioridad. Existen lesiones en los vasos sanguíneos que irrigan la zona, por lo cual se aprecia un fondo

hemorrágico en la ulceración y en muchos casos están acompañadas de adenopatías. Estas aftas son capaces de permanecer en esta fase durante un período de tiempo superior a una semana en prácticamente todos los casos, llegando a permanecer activas durante semanas e incluso meses.

- **Estomatitis aftosa recurrente** (forma herpetiforme de Cooke): Se caracteriza por la presencia de múltiples y pequeñas aftas que no suelen superar los 3 mm, están repartidas en grupos y de forma regular en cualquier parte de la mucosa bucal; sin embargo, presentan tendencia a unirse formando úlceras mayores y de morfología irregular, cuyo aspecto recuerda a las lesiones producidas por los herpes virus. Este tipo de aftas, a pesar de lo que su nombre pudiera indicar, no son originadas por el virus del herpes, sino que responden a otra casuística que conduce a su desarrollo (38).

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 81 [Aftas en niños.] (113)



Ilustración 82 [Estomatitis Aftosa Recurrente.] (112)

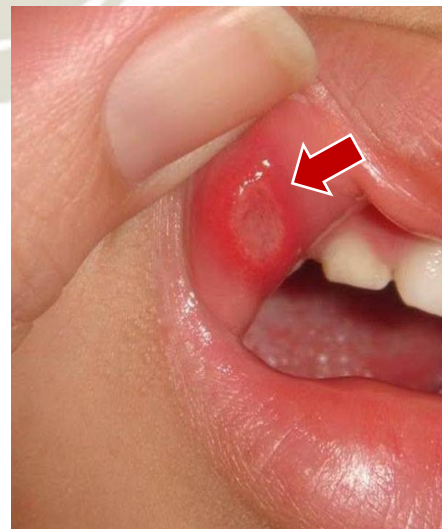


Ilustración 80 [Afta Mayor con fondo hemorrágico.] (111)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Liquen Plano
- Herpangina
- Candidiasis
- Leucoplasias
- Primo Infección Herpética
- Enfermedad de Mano, Pie y Boca

aa. Herpangina:

➤ *Características:*

- Parafraseando a Regezi, la herpangina es casi siempre endémica⁵; pues los brotes se dan a inicios de otoño, y es más prevalente en niños pequeños (menores de 4 años), regularmente su ciclo después de un breve periodo de incubación del virus coxsackie A, el paciente se queja de malestar, fiebre brusca y elevada, disfagia y dolor faríngeo (24).
- Cabe resaltar que, según Regezi, ‘En la boca aparece una erupción vesicular sobre el paladar blando, pilares de las fauces y tonsilas. También se presenta faringitis eritematosa difusa; los signos y síntomas son por lo general de leves a moderados y duran menos de una semana’ (24).

⁵ Endémica, endémico: entendemos este término como ‘[enfermedad] Que afecta habitualmente a una región o país’ (69).

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 83 [Herpangina] (108)

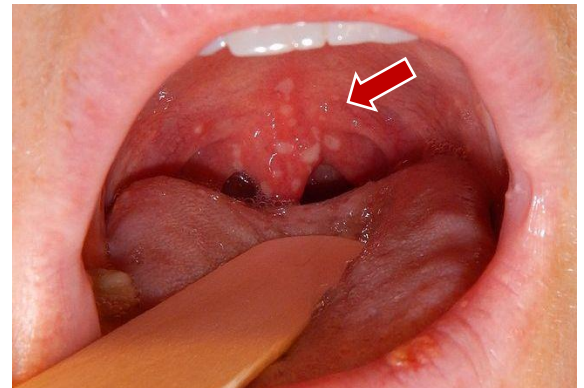


Ilustración 84 [Herpangina] (119)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Gingivoestomatitis Herpética
- Aftas
- Varicela
- Enfermedad de Mano, Pie y Boca

bb. Enfermedad de Mano, Pie y Boca:

➤ *Características:*

- Parafraseando a Santana, ‘La enfermedad de manos, pies y boca es causada por un virus Coxsackie usualmente del tipo A16, A5 o A10, que comienza por una estomatitis vesicular dolorosa, las lesiones son similares a la herpangina pero diseminadas por toda la mucosa bucal. Esta enfermedad tiene un periodo de incubación entre 3 a 10 días y es de carácter epidémico, afectando principalmente a niños de una comunidad.’(Santana).

- Según Regezi, 'Los signos y síntomas iniciales incluyen fiebre de poca intensidad, malestar, linfadenopatía y úlceras en la boca. Las lesiones en la boca se inician como vesículas que se rompen con rapidez para convertirse en úlceras cubiertas por una membrana fibrinosa de color amarillo rodeada por un halo eritematoso. Las lesiones maculopapulares múltiples son típicas sobre dedos de pies y manos y sobre la propia superficie de manos y pies y se presentan de manera concomitante o poco después de las lesiones bucales. Estas lesiones avanzan hasta un estado vesicular y por último se ulceran y desarrollan costras' (Regezi).
- Según Regezi, 'La infección viral típica se presenta en proporciones epidémicas o endémicas y afecta de manera predominante a niños menores de cinco años. Después de un breve periodo de incubación, la enfermedad se resuelve espontáneamente en una a dos semanas' (Regezi).

➤ *Vista Clínica:*



Ilustración 85 (119)



Ilustración 86 (119)



Ilustración 87 (119)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- La misma propagación epidémica y la ubicación de la aparición de las lesiones maculopapulares son clave para el diagnóstico de esta enfermedad
- Para su diagnóstico diferencial se toma en cuenta:
 - Herpangina
 - Primoinfección Herpética Primaria
 - Varicela
 - Estomatitis Aftosa recurrente

cc. *Leucoplasia:*

➤ *Características:*

- Según Bermejo 'La leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente de la cavidad oral. La Organización Mundial de la Salud la define clínicamente como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede caracterizarse como ninguna otra lesión conocida y con una elevada tendencia a convertirse en un cáncer oral' (39).
- Etimológicamente procede de las palabras griegas 'leuco' que significa blanco y 'plakos' que significa 'placa'.
- Parafraseando a Bermejo, hay dos tipos fundamentales de leucoplasias, las homogéneas y las no homogéneas, estas a la par se dividen en eritroleucoplasias, nodulares y exofíticas.

- La leucoplasia homogénea es una lesión predominante blanca de la mucosa oral, plana y uniforme, puede también presentar grietas o hendiduras poco profundas y de consistencia no indurada; estas suelen ser asintomáticas.
- La leucoplasia no homogénea es una lesión predominantemente blanca o roja (eritroleucoplasia), de forma irregular, nodular o exofítica; en estas el paciente suele presentar escozor y ardor.
- Hay que tener mucho cuidado con la leucoplasia verrucosa proliferativa descrita por primera vez en 1985, fue determinada como una lesión blanca exofítica, verrucosa, persistente, multifocal, clínicamente agresiva, resistente al tratamiento y con gran potencial de malignización, la razón por género de esta lesión varón / mujer es de 1:4 respectivamente (39).

➤ *Vista Clínica:*

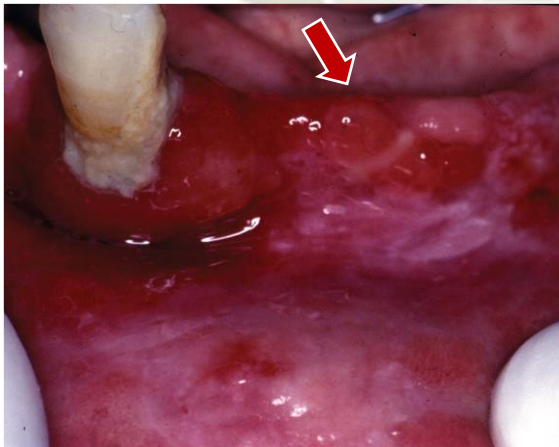


Ilustración 88 [Figura 2] [Eritroleucoplasia.] (39)



Ilustración 89 [Figura 4] [Leucoplasia Homogénea] (39)



Ilustración 90 [Figura 1] [Extensa lesión blanca, de superficie verrucosa, que no se desprende al raspado que compromete el borde y vientre de la lengua y piso de boca.] (114)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Candidiasis Oral (para este dx. diferencial, se recomienda una biopsia)
- Liquen plano y Lupus Eritematoso.
- Lesiones Blancas Hereditarias

ab Micosis por Cándida Albicans:

➤ *Características:*

- También se conoce como Monoliasis o Candidiasis, es una infección micótica la cual es causada por Candida; esta es la infección más común de boca.
- Santana indica que ‘Las lesiones de tipo agudo provocan placas múltiples blancas, adherentes, distribuidas de forma irregular por toda la mucosa bucal, que, al

rasparlas con un instrumento romo o gasa, dejan una superficie sangrante.’ El desarrollo clínico de la infección depende de 3 factores (22).

- Infectividad o virulencia del germen.
 - Estado de integridad de la mucosa bucal.
 - Las condiciones de la respuesta inmune del hospedero.
-
- Las formas de presentación que presenta la candidiasis bucal son (todas de acuerdo con lo expuesto según Santana (22)).
 - o Candidiasis Seudomembranosa: En el adulto con las mismas características que el niño.
 - o Candidiasis Eritematósica o Atrófica: Se presenta como una mancha roja usualmente asintomática.
 - o Candidiasis Hiperplásica: No puede eliminarse con raspado, común en los bordes de la lengua y en carrillo.
 - o Estomatitis Subprótesis: Provocada por la acción de una prótesis específica del paladar y aparece como una zona roja de superficie lisa o granular asintomática.
 - o Candidiasis Mucocutánea: Es la manifestación bucal de una candidiasis en piel, teniendo preferencia por la lengua, mucosa del carrillo y paladar.
 - o Granuloma Crónico Candidiásico: Variante mucosa del homónimo⁶ de la piel; tiene un crecimiento granulomatoso en la lengua y suelo de boca que afecta a pacientes inmunodeprimidos y debilitados con mala higiene bucal.

⁶ Homónimo, homónima entendemos este término como (69): ‘Que tiene el mismo nombre propio que otra’

- Estomatitis Comisural: Está precedida o coincide con escape de saliva por la comisura por pérdida de dimensión vertical, parálisis facial u otra alteración similar; regularmente están asociados otros gérmenes como el estafilococo áureo, se presenta clínicamente en las comisuras como eritemas y manchas blancas acompañadas con fisuras.
- Atrofia Dorsolingual Eritematosa: También conocida como glositis romboidal, es una forma particular de candidiasis atrófica en la parte media posterior del dorso lingual de forma romboidal u ovalada, bien limitada.
- Síndrome Endocrino – Candidiásico: Se produce por deficiencia de hierro (anemia sideropénica) o por trastornos endocrinos como hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, diabetes mellitus y enfermedad de Addison.
- El diagnóstico se inicia con la inspección clínica y se comprueba por pruebas citológicas, con tinción KOH o PAS.

➤ *Vista Clínica:*

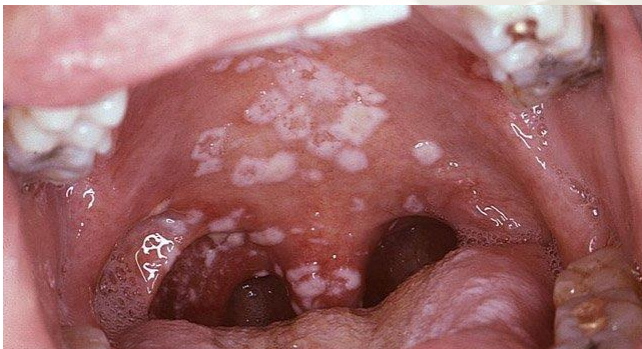


Ilustración 92 [Candidiasis Oral o Muguet es una infección producida por un hongo llamado Candida] (109)



Ilustración 91 [Candidiasis] (110)

➤ *Diagnostico Diferencial:*

- Liquen Plano

- Tonsilositos
- Aftas
- Leucoplasia
- Lengua Saburral

D Sistema Estomatognático:

d.1 ¿Qué es el Sistema Estomatognático?

Parafraseando a Raffino; un sistema es un conjunto de componentes relacionados entre sí, que son esenciales para un fin específico (40).

Este concepto es necesario ya que, a la hora de hablar del S.E. (Sistema Estomatognático), denotamos que, a pesar de ser un sistema, sus componentes anatómicos no se encuentran adyacentes, sin embargo, se encuentran enlazados por la función; así se puede confirmar que las partes del S.E. están relacionadas entre sí, pero sin la necesidad de estar juntas.

En el caso del S.E., el efecto común, es el movimiento del complejo anatómico oromandibular y sus adyacentes funciones conjunto con sus componentes anatómicos, que los referiremos más adelante en el concepto de Sistema Estomatognático.

Teniendo esto presente, Ludwig von Bertalanffy, 1969 afirmaba: “el comportamiento de un componente es diferente dentro del sistema comparado a su funcionamiento aislado”; parafraseando a A. Manns; los movimientos mandibulares

solo pueden actuar sobre una base, que es el conjunto de fijaciones óseas y musculares que participan en la postura, viniendo a ser los mencionados (41).

- Fijaciones para la depresión mandibular: Dada por la actividad contráctil de los músculos depresores mandibulares o grupo muscular suprahiodeo, establecidas por *las fijaciones del hueso hioides gracias a los músculos infrahiodeos.*
- Fijaciones para la elevación mandibular: Dada por la actividad contráctil de los músculos elevadores, toman su inserción en el *cráneo previamente fijado por los músculos posturales cervicales.*

La primera mención que encontramos en la literatura del término S.E. es de 1954: “La visión de la oclusión se ha agrandado, ahora debe pensarse que es parte integral del dinámico aparato masticatorio al que se le ha llamado sistema estomatognático. Interviene en la masticación, deglución, habla, mantenimiento de la postura de la cabeza, mandíbula, de la lengua, hueso hioides, a la vez que es una vía alternativa de la respiración” (42).

Posteriormente, Okeson dijo: ‘Este sistema cumple una serie de funciones, entre las cuales destacan cuatro principales: la masticación, deglución, fono articulación y respiración’ (43).

Citando al trabajo de José Fernando Barreto, el sistema estomatognático es la unidad morfofuncional integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales, organizadas alrededor de las articulaciones occípito - atloidea, atlo - axoidea, vértebro

- vertebrales cervicales, témporo - mandibulares, dento - dentales en oclusión y dento-alveolares, que se ligan orgánica y funcionalmente con los sistemas digestivo, respiratorio, fonológico y de expresión estético - facial y con los sentidos del gusto, del tacto, del equilibrio y de la orientación para desarrollar las funciones de succión, digestión oral (que comprende la masticación, la salivación, la degustación y la degradación inicial de los hidratos de carbono); deglución, comunicación verbal (que se integra, entre otras acciones, por la modulación fonológica, la articulación de los sonidos, el habla, el silbido y el deseo); sexualidad oral (que incluye la sonrisa, la risa, la gesticulación bucofacial, el beso, entre otras manifestaciones estético - afectivas); respiración alterna y defensa vital, integrada por la tos, la expectoración, el estornudo, el bostezo, el suspiro, la exhalación y el vómito, esenciales para la supervivencia del individuo (44).

Está contenido en la parte superior del cuerpo humano, a partir de la cintura toracoescapular.

d.2 ¿Qué comprende el Sistema Estomatognático?

El sistema estomatognático, según Manns y Díaz, tiene por delimitaciones los siguientes planos (45).

- Por superior: Un plano que pasa por medio de los arcos supraorbitarios.
- Por laterales: Un plano que pasa por las apófisis mastoides.
- Por inferior: Un plano que pasa por el hueso hioides.

Sin embargo, teniendo en cuenta la teoría anterior y citando al trabajo colaborativo de Mizraji, tendremos como límite (46).

- Por inferior: Un plano que pasa por la cintura escapular.

E. Conocimiento:

e.1 ¿Qué es el Conocimiento?

Se verá al conocimiento desde el punto pragmático y no filosófico en este trabajo de investigación

Muñoz y Riverola (2003) definen el conocimiento como: ‘la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas’ (47).

Alavi y Leidner (2003) definen el conocimiento como ‘la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros’ (47).

e.2 Teoría del Conocimiento:

La epistemología, se define como la ‘teoría del conocimiento’; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento (48).

Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”

La teoría del conocimiento nos presenta tres tópicos:

1. La ‘posibilidad’ de conocer: Da a lugar 2 posturas
 - a. Escepticismo: Poner en duda todo, ignorar todo lo aceptado.
 - b. Dogmatismo: Existen verdades evidentes o primitivas
 - La existencia del mundo material
 - La existencia del yo cognoscente
 - El principio de la no contradicción
 - La amplitud de la mente para conocer
2. La naturaleza del conocimiento: Hay 2 grandes vertientes
 - a. Idealismo: Afirman que lo que no se puede ver, aún puede ser conocido.
 - b. Realismo: Se aferra a que el hombre solo puede conocer al ‘ser en sí mismo’ o ‘al ser real’ solo si su juicio va acorde con ‘su’ realidad.

3. Medios para obtener el conocimiento:

Tal cual hoy se acepta, el inicio y desarrollo del conocimiento es un proceso gradual, el hombre al comienzo tiene en la experiencia captada por los sentidos, que son la base para aprehender / capturar la realidad, luego aprende a razonar, es decir a derivar juicios que le lleven a representaciones abstractas, un campo diferenciado ya de la inicial captura de la realidad en su experiencia diaria.

Todos estos tópicos son estudiados y cuestionados en la epistemología, que se diferencia de la gnoseología que deriva etimológicamente del griego gnosis, que significa conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general sin limitarse a lo científico.

e.3 Tipos de Conocimiento:

Información / conocimientos que se obtienen por experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional.

Tenemos 3 tipos:

1. Conocimiento empírico o vulgar:

Guiado por su curiosidad; el hombre por sus sentidos (sobretudo por observación), comienza a ubicarse en la realidad.

2. Conocimientos filosóficos:

Cuestionan cada conocimiento aprehendido en su etapa correspondiente; se caracteriza por:

- Crítico: No acepta métodos ni reglas establecidas
- Metafísico: Va más allá de lo observable y entendible
- Cuestionador: Recusa todo lo conocido, incluyendo la realidad, y se interroga.
- Incondicionado: Es autónomo, no acepta límites ni restricciones
- Universal: Su meta es la comprensión total e integral del mundo.

3. Conocimientos científicos:

El hombre buscando la verdad, opta por una perspectiva, que llamamos investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones.

En el conocimiento científico, el carácter verificable de la ciencia, para lo que ella misma configura numerosas ramas especializadas.



4. Antecedentes Investigativos

i. Nacionales:

- i. Nivel de conocimiento del diagnóstico pulpar y periapical en los estudiantes cpcce de la uss, pimentel 2020

Autores: Serquen Quispe Cintia Patricia y Terrones Calderon Nelida Yolanda

Fuente: Repositorio de Tesis de la Universidad Señor de Sipán

Resumen: El propósito de este estudio es determinar el nivel de conocimiento del diagnóstico pulpar y periapical de los estudiantes del CPPCCE de Estomatología de la USS, Pimentel 2020. Esta investigación fue observacional, descriptivo y prospectivo con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal, para cumplir con los objetivos generales del estudio utilizamos una población de 160 estudiantes y muestra de 115 estudiantes del sexto al noveno ciclo del semestre 2020 II, el instrumento que se utilizó fue una encuesta virtual de 20 preguntas. Los resultados obtenidos muestran el 73.0% es regular, el 25% deficiente y solo el 1.7 % eficiente en el diagnóstico pulpar, mientras que el 60.0% es regular, el 34.8% deficiente y 5.2% es eficiente en el diagnóstico periapical, en cuanto a la comparación por ciclos notamos que los estudiantes del noveno ciclo tienen el 1.7 % de eficiencia en el diagnóstico pulpar y en el diagnóstico periapical tenemos el 5.2 % de eficiencia. También observamos que hay una diferencia al comparar los porcentajes entre sexo, aquí apreciamos tanto hombres como mujeres tienen 0.9% de eficiencia en el diagnóstico pulpar, a diferencia que en el diagnóstico periapical las mujeres tienen un 5.2 % de eficiencia comparado con los hombres que tienen 0.0% de eficiencia. Por lo cual se concluyó que aun en clínica el alumno tiene

deficiencia al realizar un adecuado diagnóstico pulpar y periapical, encontrándose así en un nivel regular (49).

- ii. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral basado en los informes del internado de odontología social en los departamentos de piura y cajamarca, Perú, 2017.

Autora: Romero Villacriz, Betsy Marghiory

Fuente: Repositorio de Tesis de la UPCH

Resumen: Objetivo: Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre salud oral basado en los informes del Internado de Odontología Social en los departamentos de Piura y Cajamarca, Perú, 2017. Materiales y métodos: El presente estudio fue Observacional, Descriptivo, Transversal y Retrospectivo. La población estuvo conformada por 54 informes del Internado de Odontología Social realizados en los departamentos de Piura y Cajamarca durante el año 2017 con un total de 776 registros de cuestionarios sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en salud oral mientras que la muestra estuvo conformada por 768 registros de cuestionarios CAP, extraídos de 12 informes que completaron los criterios de inclusión y exclusión Resultados: De los registros analizados se encontró que respecto al conocimiento el 50.5% no saben porque es importante cepillarse los dientes, 84% no saben que es el flúor ni su acción. En cuanto a las prácticas el 52.7% no le agregan raciones extras de azúcar a sus alimentos, 72.3% se cepillan los dientes de 2 a 3 veces al día. En cuanto a las actitudes en el departamento de Cajamarca el 100 % no están de acuerdo ni en desacuerdo en que para evitar la aparición de caries dental es importante disminuir el consumo de azúcar. Conclusiones: Los Conocimientos basados en los informes del Internado de Odontología Social en los departamentos de Piura y

Cajamarca aún son limitados, encontrándose buenas Prácticas en salud oral en cuanto a las Actitudes en el departamento de Cajamarca son inadecuadas, no se obtuvieron datos del departamento de Piura (50).

ii. Internacionales:

II. Grado de conocimiento en el diagnóstico radiográfico y en la correcta indicación del estudio radiográfico en patologías y/o afecciones orales más prevalentes, en alumnos de 5to año de Odontología de la Universidad Andrés Bello 2017, Sede Santiago.

Autores: Marcelo Beltrán Muñoz y Pablo Gatica Hernández.

Fuente: Repositorio de la Universidad Nacional Andrés Bello

Resumen: Objetivos: El propósito del estudio fue medir el grado de conocimiento que poseen los alumnos de 5to año de Odontología de la Universidad Andrés Bello 2017, Sede Santiago tanto en el diagnóstico de las patologías orales más prevalentes, como en la correcta indicación de las técnicas radiográficas más utilizadas. Materiales y métodos: Estudio descriptivo. Se aplicó dos encuestas de tipo cerrado de forma personalizada, presencial y confidencial. Dichos alumnos firmaron un consentimiento informado aceptando participar de la investigación. La encuesta fue validada por un grupo de expertos en el área de Imagenología Maxilofacial. Esta investigación constó de 12 preguntas donde se proyectaron imágenes radiográficas (obtenidas de la base de datos del Servicio de Radiología) mediante las cuales se buscó analizar si los alumnos sabían diagnosticar correctamente patologías y/o afecciones orales más comunes, y un cuestionario de 8 preguntas de selección múltiple, el cual buscó conocer si los estudiantes sabían indicar correctamente una radiografía dental. Con esto se analizó si el conocimiento es óptimo, regular o

deficiente. Resultados: Participaron 87 alumnos, obteniendo un resultado global en el correcto diagnóstico radiográfico de un 53.1%, lo cual corresponde a un conocimiento deficiente. Por otra parte, el resultado global en la indicación radiográfica fue de un 60%, indicando que los alumnos poseen un conocimiento regular. Conclusiones: En base a lo obtenido, hay una deficiencia en los conocimientos radiográficos de los alumnos, por lo cual se debe trabajar en conjunto, estudiantes como docentes, en incrementar las competencias en esta importante área de la Odontología (51).

III. Conocimiento de los estudiantes de odontología sobre el diagnóstico de lesiones dentales no cariosas antes y después de la aplicación de un material educativo multimedia

Autor: Sebastián Ricardo Corredor Mesa

Fuente: Repositorio de Tesis de la Universidad Santo Tomas de Aquino

Resumen: Un estudio cuasi-experimental, cuyo objetivo general es comparar el conocimiento sobre las LNC antes y después de aplicar un MEM. Objetivos Específicos: Identificar el conocimiento sobre el diagnóstico de LNC antes y después de aplicar el MEM. Metodología: Participaron 199 estudiantes de sexto a décimo semestre para la primera encuesta, para la segunda encuesta participaron 153 estudiantes. Resultados: El conocimiento de los estudiantes para la segunda encuesta mejoró en 20 de las 21 preguntas propuestas. Discusión: Luego de ver el MEM el porcentaje de estudiantes en nivel regular disminuyó y el porcentaje de estudiantes en nivel excelente aumentó con respecto a la primera encuesta. Conclusiones: La segunda encuesta se observó una mejoría en el nivel de conocimiento de los estudiantes (52).

5. Hipótesis:

➤ Hipótesis Alternativa (Investigativa):

- Dado que la segunda especialidad implica una mayor preparación, capacitación y entrenamiento teórico-práctico que la primera especialidad:
- Es probable que los odontólogos con segunda especialidad tengan mayor conocimiento que los odontólogos de primera especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del Sistema Estomatognático.

Hi: $P2 > P1$

➤ Hipótesis Alternativa Nula:

- Los odontólogos con segunda especialidad no tienen mayor conocimiento que los odontólogos con primera especialidad sobre el diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del Sistema Estomatognático.

Ho: $P2 = P1$

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

a. Especificación

Se utilizará la técnica del CUESTIONARIO para recoger información de las variables operacionalizadas.

b. Cuadro de técnicas e instrumentos

Variable Investigativa	Técnica
Nivel De Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más Comunes del Sistema Estomatognático	Cuestionario Virtual

c. Descripción de la técnica

El cuestionario será administrado de manera presencial y virtual a través del Google Forms y Whatsapp a los odontólogos de primera y segunda especialidad, buscando recoger información del nivel de conocimiento sobre el diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del Sistema Estomatognático

1.2 Instrumentos

a. Instrumento documental

1. Especificación

Se empleará el instrumento estructurado, denominado **FORMULARIO VIRTUAL** con las variables e indicadores pertinentes.

2. Estructura

Variable Investigativa	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Nivel de Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más comunes del Sistema Estomatognático	Tejidos Duros	Maxilar Superior	1
		Maxilar Inferior	2
	Tejidos Blandos	Encía	3
		Mucosa Yugal	4
		Mucosa Labial	5
		Piso de Boca	6
		Mucosa Palatina	7
		Orofaringe	8

3. Modelo del instrumento

El modelo del instrumento figura en los anexos de la tesis

b. Instrumentos mecánicos

Computadora y accesorios

1.3 Materiales

- Útiles de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

a. Ámbito general

Universidad Católica de Santa María

b. Ámbito específico

Facultad de Odontología

2.2 Ubicación temporal

La investigación se realizará entre los años 2021 y 2022.

2.3 Unidades de estudio

a. Alternativa

Grupos

b. Identificación de los grupos

Grupo 1: ‘Odontólogos de Primera Especialidad’ y Grupo 2: ‘Odontólogos de Segunda Especialidad’

c. Control de los grupos

c.1. Criterios de inclusión

- Odontólogos titulados en primera y segunda especialidad
- Tener un mínimo de experiencia laboral de 1 año
- Odontólogos que acepten participar en el estudio

c.2 Criterios de exclusión

- Egresados con grado académico de bachiller
- Egresados no titulados
- Odontólogos jubilados

d. Asignación de profesionales a cada grupo

Asignación no aleatoria a profesionales de primera y segunda especialidad

e. Tamaño de grupos

E.1: Criterios Estadísticos

P2: Proporción esperada para los profesionales de 2da especialidad:

Apelación de Experto: P2 = 0.50

P1– P2: (Diferencia Esperada)

Apelación de Experto: P1– P2 = 0.30

P1 = 0.80

Z α : Constante de Z α = 1,96 (Para un error α de 0,05)

Z β : Constante de Z β = 0,842 (Para un error β de 0,20)

P:

$$P = \frac{P1 + P2}{2}$$

$$P = \frac{0.80 + 0.50}{2}$$

$$P = 0.65$$

E.2: Fórmula Bi-proporcional:

$$n = \frac{[Z\alpha\sqrt{2P(1-P)} + Z\beta\sqrt{P1(1-P1) + P2(1-P2)}]^2}{(P1 - P2)^2}$$

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.65)(1-0.65)} + 0.842\sqrt{0.80(1-0.80) + 0.50(1-0.50)}]^2}{(0.30)^2}$$

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.65)(1-0.65)} + 0.842\sqrt{0.80(1-0.80) + 0.50(1-0.50)}]^2}{(0.30)^2}$$

$$n = \frac{[1.96\sqrt{0.455} + 0.842\sqrt{0.41}]^2}{(0.30)^2}$$

$$n = \frac{[1.32 + 0.54]^2}{0.09}$$

$$n = \frac{3.46}{0.09}$$

$$n = 38.44$$

$n = 38$ Odontólogos por Grupo

f. Formalización de los grupos

Grupos	Nro.
1ra Especialidad	38
2da Especialidad	38

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1 Organización

- A. Autorización: Del decano de la Facultad de Odontología.
- B. Coordinación: Con los odontólogos de 1ra y 2da especialidad
- C. Preparación Informativa de las Unidades de Estudio
- D. Consentimiento Expreso
- E. Formalización de los grupos

3.2 Recursos

- a. Recursos humanos

- 1. Investigador: Cuadros Oviedo, Rodrigo Alejandro

- 2. Asesor: Dr. Valero Quispe, Javier Lucho

- b. Recursos virtuales

- 1. Google Forms

- 2. Whatsapp

- c. Recursos económicos

El presupuesto para esta investigación y otras actividades investigativas será ofertado por el investigador

- d. Recurso institucional

Universidad Católica de Santa María.

3.3 Validación de instrumentos

- a. El instrumento de recolección fue validado por juicio de 4 expertos: 2 Especialistas en Medicina y Patología Estomatológica, 1 Radiólogo Estomatológico y 1 Cirujano Maxilofacial. Los informes validatorios figuran en anexos del proyecto.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento

A. Tipo de procesamiento

Se utilizó el procesamiento computarizado a través del paquete informático SPSS versión 25 y Excel.

B. Operaciones del procesamiento

- Clasificación: La información obtenida a través de la ficha de registro, será ordenada para su análisis cuantitativo en una matriz de sistematización que figurará en los anexos de la tesis; para el análisis cualitativo, se hará un proceso de baremación en base a las frecuencias relativas obtenidas.
- Codificación: Se empleó una codificación digita.
- Recuento: Matrices de recuento.
- Tabulación: Tablas de doble entrada.

- Graficación: Barras simples.

4.2 Plan de análisis de datos

A. Tipo de análisis

Mixto secuencial, macrovariado, comparativo, ordinal.

B. Tratamiento estadístico a utilizarse

Variable	Tipo	Escala	Ítems	Pruebas Est.
Novel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variables anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático	Mixto	Ordinal	Frecuencias Absolutas	T de Student
			Frecuencias Relativas	Chi Cuadrado de Comparación



III. RESULTADOS

III. RESULTADOS

Tabla 1 – Respuestas correctas de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático en Tejidos Duros

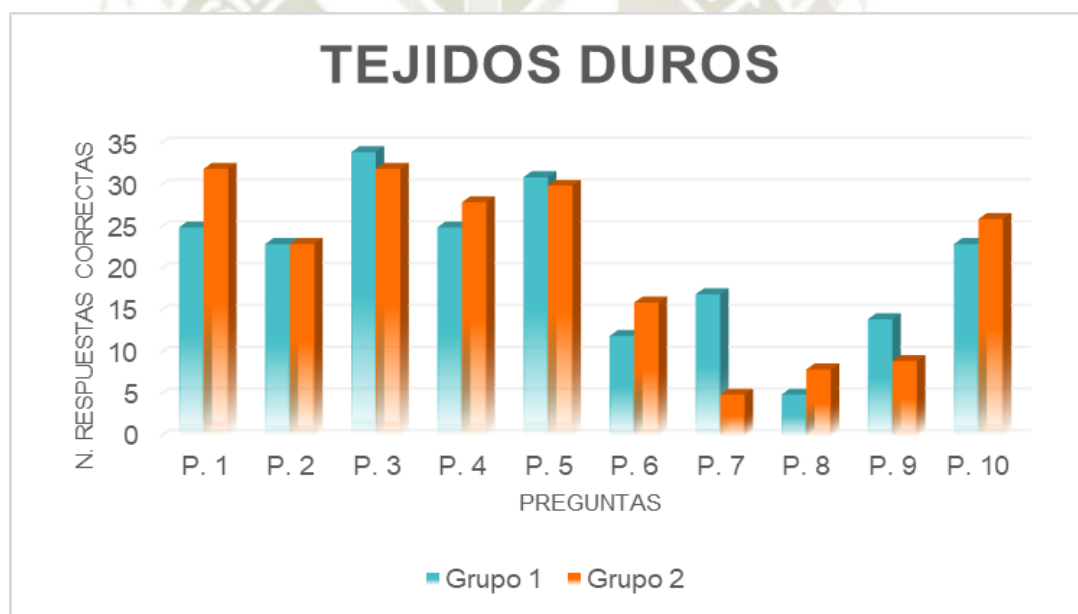
Preguntas	Especialidad			
	1ra		2da	
	n	%	n	%
1	25	65,79	32	84,21
2	23	60,53	23	60,53
3	34	89,47	32	84,21
4	25	65,79	28	73,68
5	31	81,58	30	78,95
6	12	31,58	16	42,11
7	17	44,74	5	13,16
8	5	13,16	8	21,05
9	14	36,84	9	23,68
10	23	60,53	26	68,42
Total	209	55,00	209	55,00

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

(El índice preguntas es el [anexo N.1](#) para fines de practicidad)

La tabla N.01 perteneciente a las respuestas correctas en tejidos duros nos muestra 5 datos a destacar; 2 del grupo de primera especialidad, en donde las preguntas 3 y 8 tuvieron 34 y 5 respuestas correctas respectivamente; y 3 del grupo de segunda especialidad, en donde las preguntas 1, 3 y 7 tuvieron 32, 32 y 5 respuestas correctas respectivamente, mostrándonos así los extremos en el dominio del conocimiento acerca del diagnóstico diferencial en tejidos duros de la evaluación. (El índice preguntas es el [anexo N.1](#) para fines de practicidad)

Gráfico 1 – Respuestas correctas de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático en Tejidos Duros



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

Tabla 2 – Respuestas correctas de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático en Tejidos Blandos

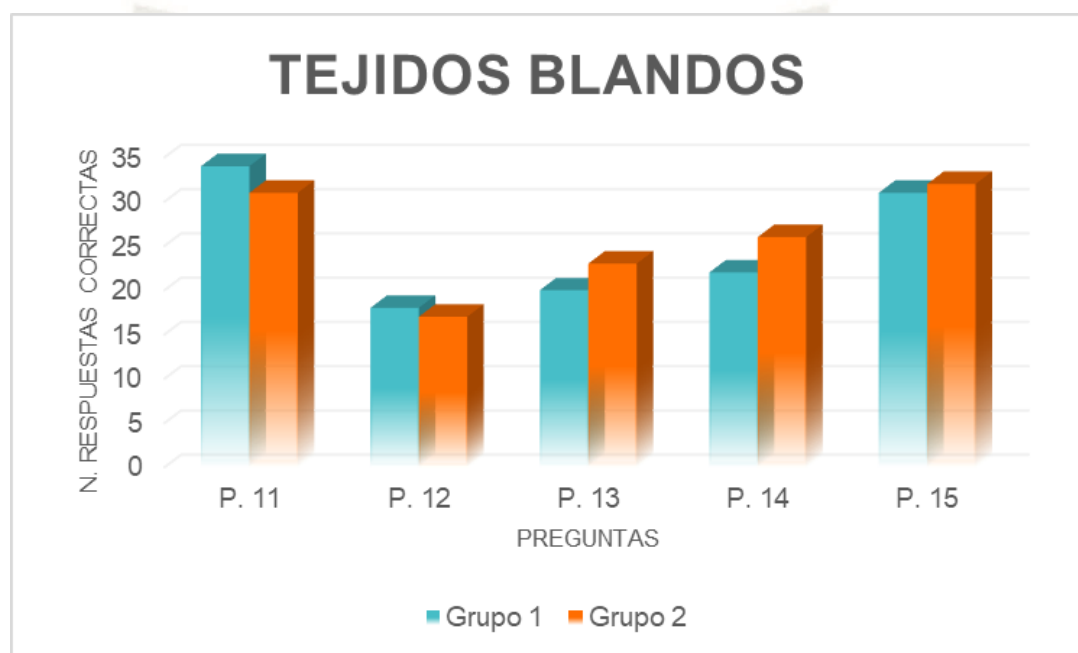
Preguntas	Especialidad			
	1ra		2da	
	n	%	n	%
11	34	89,47	31	81,58
12	18	47,37	17	44,74
13	20	52,63	23	60,53
14	22	57,89	26	68,42
15	31	81,58	32	84,21
Total	125	65,79	129	67,89

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

(El índice preguntas es el [anexo N.1](#) para fines de practicidad)

La tabla N.02 perteneciente a las respuestas correctas en tejidos blandos nos muestra 4 datos a destacar, 2 del grupo de primera especialidad, en donde las preguntas 11 y 12 tuvieron 34 y 18 respuestas correctas respectivamente; y otras 2 del grupo de segunda especialidad, en donde las preguntas 12 y 15 tuvieron 17 y 32 respuestas correctas respectivamente, dando a conocer los datos mínimos y máximos en esta sección de tejidos blandos en la investigación. (El índice preguntas es el [anexo N.1](#) para fines de practicidad)

Gráfico 2 – Respuestas correctas de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático en Tejidos Blandos



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

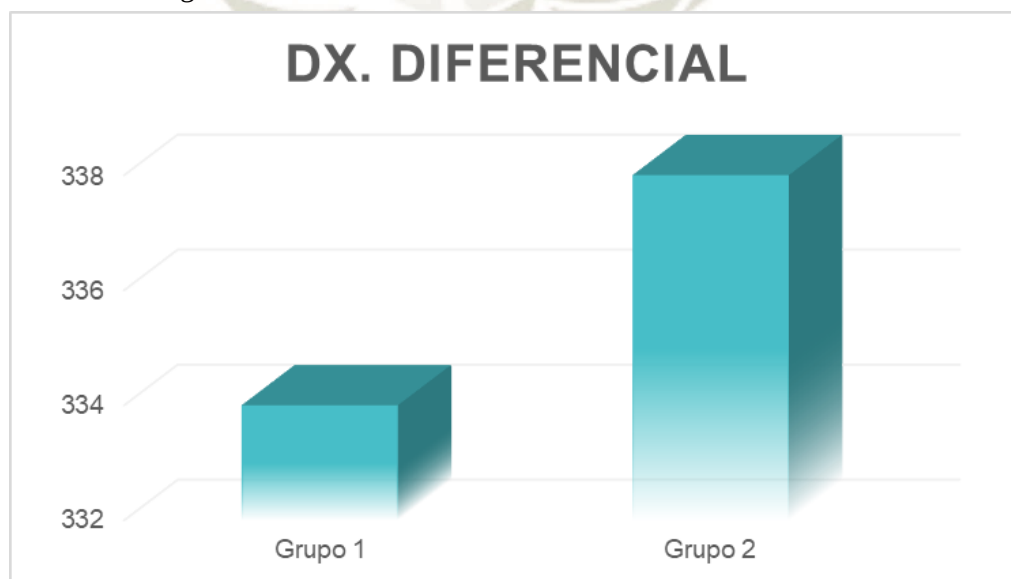
Tabla 3 – Respuestas correctas de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático

Especialidad	Respuestas Correctas	
	n	%
1ra	334	58,60
2da	338	59,30
Total	570	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

La tabla N.03 perteneciente a las respuestas correctas de ambos de manera global grupos nos muestra que la 2da especialidad logró 338 respuestas correctas mientras que la 1ra especialidad logró 334 respuestas correctas.

Gráfico 3 – Respuestas correctas de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

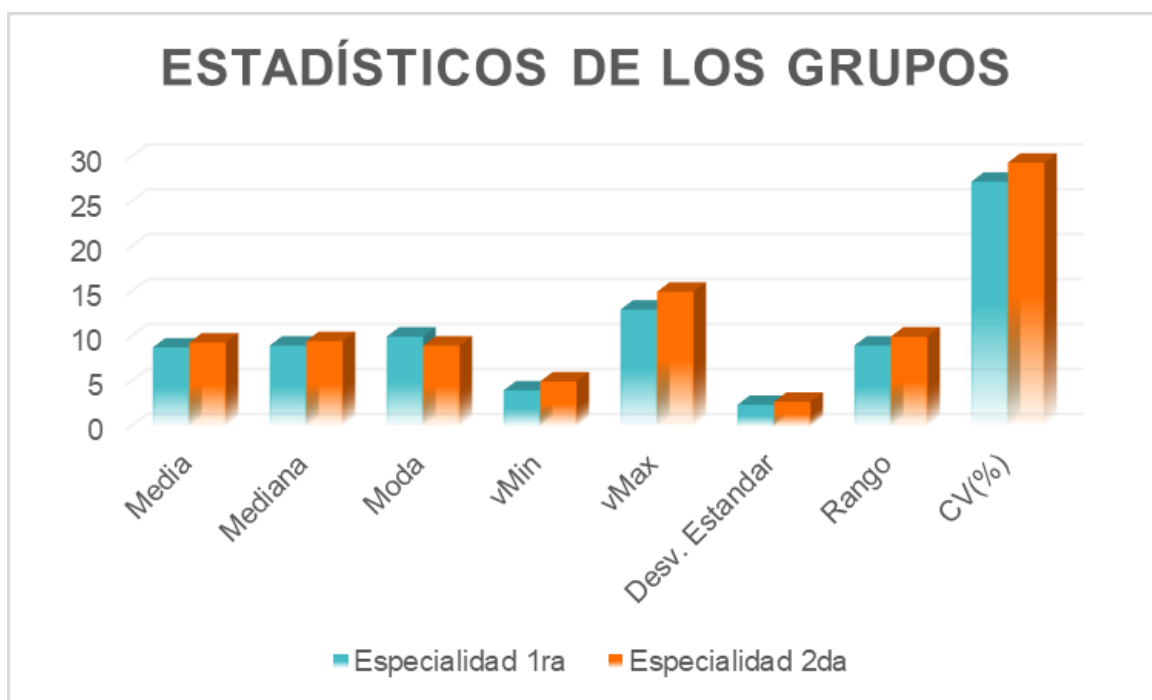
Tabla 4 – Estadísticos de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático

Estadísticos	Especialidad	
	1ra	2da
$\bar{X}(\text{DE})$	9(2)	9(3)
Mediana	9	10
Moda	10	9
vMin	4	5
vMax	13	15
Rango	9	10
CV(%)	27	29
Tamaño	38	38

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos.

La tabla N.04 perteneciente a los datos estadísticos de ambos grupos nos muestran una media de 9 para ambos grupos, pero con una desviación estándar de 2 y 3 para la 1ra y 2da especialidad respectivamente; para la 1ra especialidad tenemos una mediana de 9, una moda de 10, como valor mínimo 4 y máximo 13, como rango 9 y un coeficiente de variación de 27%; mientras que para la 2da especialidad tenemos una mediana de 10, una moda de 9, como valor mínimo 5 y máximo 15, como rango 10 y un coeficiente de variación de 29%.

Gráfico 4 – Respuestas correctas de los grupos de 1ra y 2da especialidad sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

Tabla 5 – Escala de medición para el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático por grupo

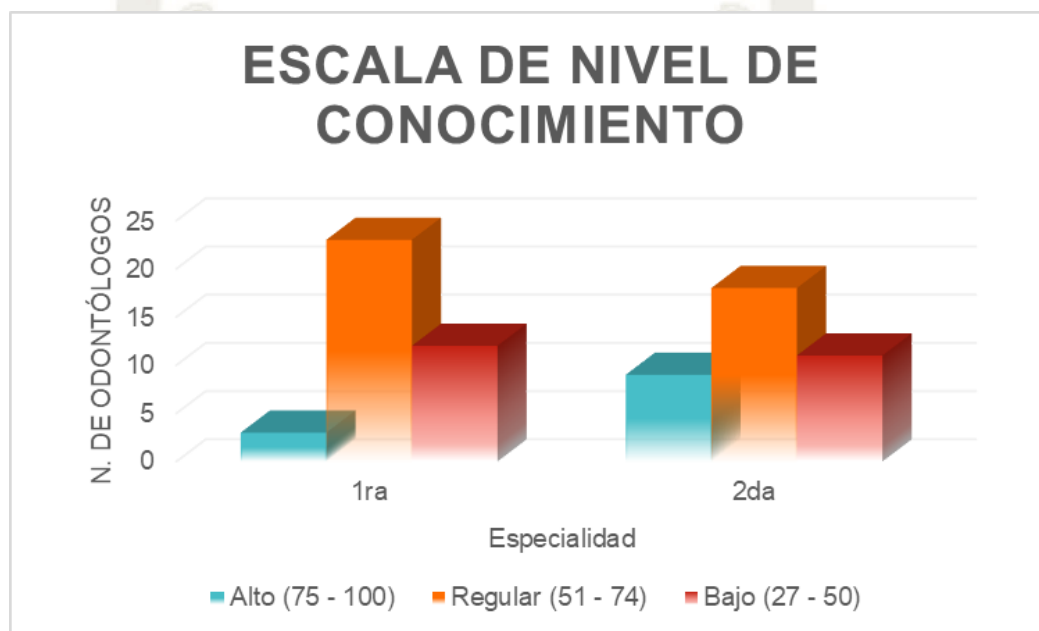
Escala de Nivel de Conocimiento	Especialidad			
	1ra		2da	
	n	%	n	%
Alto (75 - 100)	3	7,89	9	23,68
Regular (51 - 74)	23	60,53	18	47,37
Bajo (27 - 50)	12	31,58	11	28,95
Total	38	100,00	38	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

La tabla N.05 nos muestra la escala del nivel de conocimiento por medio de una baremación, en la cual se relaciona el porcentaje de preguntas correctas obtenidas por odontólogo en una escala ordinal de nivel de conocimiento, en la cual un nivel de conocimiento alto tiene un intervalo de 75 a 100% respuestas correctas obtenidas en el cuestionario; para un nivel de conocimiento regular, se tiene un intervalo de 51 a 74%; y para un nivel de conocimiento bajo, se tiene un intervalo de 27 al 50%.

Para el grupo de 1ra especialidad, se tiene 3, 23 y 12 odontólogos con un nivel de conocimiento alto, regular y bajo respectivamente, y para el grupo de 2da especialidad, se tiene 9, 18 y 11 odontólogos con un nivel de conocimiento alto, regular y bajo respectivamente.

Gráfico 5 – Escala de medición para el nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático por grupo



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado a los grupos de odontólogos

IV. DISCUSIÓN

En esta investigación la medición del nivel de conocimiento se llevó a cabo mediante un cuestionario del cual se obtuvieron puntajes del 0 al 15 para cada unidad de estudio para su análisis cuantitativo ([Anexo 7](#)), que posteriormente se clasificaron por una escala de baremos para su análisis cualitativo ([Tabla 5](#)).

En la [Tabla N.1](#) se visualizan 5 datos de interés para el estudio respecto a tejidos duros:

- Para el grupo 1, destacó la pregunta 3 correspondiente al odontoma y quiste dentígero con un 89,47% de asertividad; por el contrario, la pregunta 8 correspondiente a caries e hipoplásia de esmalte tuvo una asertividad del 13,16%; según estos resultados, se concluye en que hay una confusión o falta de información principalmente acerca del diagnóstico diferencial de la caries en relación con la amelogénesis imperfecta y la hipoplásia de esmalte.
- Para el grupo 2, destacaron las preguntas 1 y 3 correspondientes al quiste, granuloma y absceso periapical, y al odontoma y quiste dentígero respectivamente con un 84,21% de asertividad en ambos casos; por el contrario, la pregunta 7 correspondiente a osteítis esclerosante tuvo una asertividad del 13,16% ; según estos resultados, se concluye en que hay una confusión o falta de información acerca del diagnóstico diferencial entre la osteítis esclerosante, el osteocondroma, osteomielitis y cementoma

- En el grupo 1, menos de una cuarta parte del grupo domina el diagnóstico diferencial por medio de inspección principalmente entre caries e hipoplásia de esmalte; de la misma manera, en el grupo 2, menos de una cuarta parte del grupo domina el diagnóstico diferencial por medio de la inspección principalmente entre osteítis esclerosante y cementoma

En la [Tabla N.2](#) se visualizan 4 datos a destacar para el estudio respecto a tejidos blandos:

- Para el grupo 1, destacó la pregunta 11 respecto al diagnóstico diferencial entre gingivitis y periodontitis con un 89,47% de asertividad; en cambio, la pregunta 12 relacionada a la hiperplasia gingival y el agrandamiento gingival inflamatorio, tuvo una asertividad del 47,37%; según podemos observar, hay una confusión o falta de información en el diagnóstico diferencial principalmente entre la hiperplasia gingival y el agrandamiento gingival inflamatorio.
- Para el grupo 2, resaltó la pregunta 15 correspondiente a la primoinfección herpética primaria y la herpangina con un 84,21% de asertividad; por el contrario, la pregunta 12 correspondiente a la hiperplasia gingival y el agrandamiento gingival inflamatorio, tuvo una asertividad del 44,74%; según estos resultados, se concluye en que hay una confusión o falta de información acerca del diagnóstico diferencial principalmente entre la hiperplasia gingival y el agrandamiento gingival inflamatorio.

- Tanto en el grupo 1 como en el grupo 2, menos de la mitad de ambos grupos domina el diagnóstico diferencial por medio de inspección principalmente entre la hiperplasia gingival y el agrandamiento gingival inflamatorio.

Si bien anteriormente se presentó los extremos de los resultados (respuestas correctas mínima y máxima) por tabla, la investigación usó un diseño secuencial para explicar aquellas preguntas que no sobrepasaron un 25% (un cuarto) de respuestas correctas, son:

Para el primer y segundo grupo, la pregunta número 8, correspondiente entre otros, a caries e hipoplásia de esmalte; y solo para el segundo grupo, las preguntas número 7 y 9; la primera habla sobre el diagnóstico diferencial de la osteítis esclerosante y la segunda habla principalmente del diagnóstico diferencial entre la amelogénesis y la dentinogénesis imperfectas.

En concreto, los resultados obtenidos para la 1ra especialidad, revelan que este grupo logró 334 respuestas correctas de 570, representando un 58,60% de respuestas correctas obtenidas del grupo sobre el cuestionario ([Tabla 3](#)), siendo 13 el puntaje más alto, 10 el más repetido y 9 en promedio ([Tabla 4](#)). Por consiguiente, los resultados obtenidos para la 2da especialidad revelan que este grupo logró 338 respuestas correctas de 570, representando un 59,30% de respuestas correctas obtenidas del grupo sobre el cuestionario ([Tabla 3](#)), siendo 15 el puntaje más alto, 9 el más repetido y 9 en promedio ([Tabla 4](#)).

Para hacer una comparativa de ambos grupos, primero se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov mediante el programa SPSS, resultando el valor de $p > 0,05$, confirmando así que los datos siguen una distribución normal; posteriormente para el análisis cuantitativo, se eligió la prueba de contraste de hipótesis a la T de Student que figura en los anexos de la investigación, demostrando que no existe diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los dos grupos; y para el análisis cualitativo, se eligió la prueba de contraste de hipótesis Chi Cuadrado de Comparación que figura en los anexos de la investigación, demostrando que no existe diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los dos grupos. ([Anexo 8](#))

Interpretando todo esto mediante nuestra escala de medición para el nivel de conocimiento, tenemos que el grupo de 1ra especialidad, tiene la mayor cantidad de odontólogos con un nivel de conocimiento regular, representando el 60,53% del grupo ([Tabla 5](#)), al igual que el grupo de 2da especialidad que tiene una mayor cantidad de odontólogos con un nivel de conocimiento regular, representando el 47,37% del grupo. Usando la media de 9 puntos de ambas especialidades ([Tabla 4](#)), veremos que ésta, representa un 60% de respuestas correctas obtenidas en el cuestionario, lo cual se puede interpretar con un nivel de conocimiento regular para ambos grupos. ([Tabla 5](#))

Cabe resaltar como el antecedente destacado el trabajo de Beltran y Gatica de la Universidad Nacional Andrés Bello, que llevaron a cabo la investigación titulada ‘Grado de conocimiento en el diagnóstico radiográfico y en la correcta indicación del estudio radiográfico en patologías y/o afecciones orales más prevalentes, en alumnos de 5to año de Odontología de la Universidad Andrés Bello 2017, Sede Santiago’, en la que participaron 87

alumnos, indicando un 53,1% correspondiente a un conocimiento deficiente para diagnóstico radiográfico, y un 60% correspondiente a un conocimiento regular para indicación radiográfica; concluyó en que hay una deficiencia en los conocimientos radiográficos de los alumnos (51).



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: El nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes de los odontólogos con primera especialidad es regular.

SEGUNDA: El nivel de conocimiento sobre diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes de los odontólogos con segunda especialidad es regular.

TERCERA: No existe diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los odontólogos con segunda y los odontólogos con primera especialidad sobre el diagnóstico diferencial entre reparos anatómicos, variantes anatómicas y patologías más comunes del sistema estomatognático.

VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda que, en caso de desconocimiento o confusión ante una posible lesión, se derive al paciente en una interconsulta con un especialista experto en el campo; caso contrario no se pueda identificar la especialidad a la que pertenece esa lesión, hacer una interconsulta con el especialista en medicina y patología estomatológica.

En caso usted sea el especialista y existan dudas, se recomienda apoyarse de los exámenes secundarios necesarios para hacer un diagnóstico diferencial correcto

SEGUNDA: Se recomienda que, tanto odontólogos de primera especialidad, así como de segunda, refuercen los conocimientos acerca del diagnóstico diferencial entre caries, hipoplásia de esmalte, amelogénesis y dentinogénesis imperfectas

TERCERA: Se recomienda que, si usted es un odontólogo de segunda especialidad, refuerce los conocimientos acerca del diagnóstico diferencial entre osteítis esclerosante, cementoma, osteomielitis y osteocondroma

CUARTA: Se recomienda que, en base a esta investigación, se realice un resumen practico y simple que tenga todos los puntos vitales para un diagnóstico diferencial concreto entre reparos, variantes y patologías más comunes del sistema estomatognático, de esta manera, tener una herramienta de confianza para el profesional cuando se encuentre con un caso confuso o problemático.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. colaboradores VAYm. Etimologías de Chile. [Online]; 2001-2022. Acceso 23 de 05de 2022. Disponible en: HYPERLINK "<http://etimologias.dechile.net/?diagno.stico>"
<http://etimologias.dechile.net/?diagno.stico> .
2. Alarcón J, Del Carpio Saenz A. Texto de Histología Estructura y Función. 2nd ed. Arequipa: Impresiones Macarena; 2019.
3. Linares AS. Evaluación del riesgo de osteoporosis mediante la medición del ancho cortical mandibular utilizando la técnica de Wical & Swoope en radiografías panorámicas. Tesis. Guatemala: a Universidad de San Carlo, Facultad de Odontología.
4. Odontólogos P. Diagnóstico de Osteoporosis a través de la radiografía panorámica. [Online]; 2015. Acceso 07 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/1594/diagnostico-de-osteoporosis-a-traves-de-la-radiografia-panoramica>"
<https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/1594/diagnostico-de-osteoporosis-a-traves-de-la-radiografia-panoramica> .
5. Burgos RS, Cuéllar IN, Vera JLDcPd, Soto MJM, García MB. Cavity ósea idiopática de Stafne. Diagnóstico y manejo. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2011; 33(2): p. 96-99.
6. Caro RB, Gutiérrez MJV, Sosa FJGLV, García A, García P, Cossío PAI, et al. Cavity de Stafne de localización inusual en el sector anterior mandibular. Medicina Oral S. L. 2004; 10(1).
7. Cavézian R, Pasquet G. Diagnóstico por la Imagen en Odonto-estomatología. 1st ed. Barcelona: MASSON S.A.; 1993.
8. Vélez CC. Fusión Dental: Reporte de un Caso Clínico. Revista Nacional Odontológica. 2014; 10(19).
9. Vaquero L. Escámez Detal. [Online].; 2021. Acceso 04 de 09 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.clinicaescamezdental.com/estetica/hipoplasia-del-esmalte/>"
<https://www.clinicaescamezdental.com/estetica/hipoplasia-del-esmalte/> .
10. Iruretagoyena MA. Salud Dental Para Todos. [Online]; 2020. Acceso 05 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.sdpt.net/CCMS/CAR/hipoplasiaesmalte.htm>"
<https://www.sdpt.net/CCMS/CAR/hipoplasiaesmalte.htm> .
11. Souza JFd, Jeremias F, Silva CMdC, Zuanon ÂCC, Santos-Pinto Ld, Cordeiro RdCL. Hipomineralización incisivo y molar: diagnóstico diferencial. Fundación Acta Odontológica Venezolana. 2010; 49(3).
12. Tovar-Moreira EM, Carvajal-Campos MF, Muñoz-Cruzatty JP. Amelogénesis imperfecta, reporte de caso clínico. Dominio de Las Ciencias. 2017; 3(2).

13. Jr WC. Amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta and dentin dysplasia revisited: problems in classification. *Journal of Oral Pathology*. 1988; 17(1): p. 547-553.
14. M. N, O. Y, TC. H, A. S, C. T, W. T. Phenotypic diversity and revision of the nomenclature for autosomal recessive amelogenesis imperfecta. *ORAL SURGERY ORAL MEDICINE ORAL PATHOLOGY*. 2004; 97(2): p. 220-230.
15. J MG, B SD, ML TD, L CC, JM LC, FJ LF, et al. Anomalías y displasias dentarias de origen genético-hereditario. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*. 2012; 28(6).
16. Mora SC, Cascante ARB. Dentinogénesis imperfecta: reporte de un caso clínico y revisión literaria. *Odontología Vital*. 2017; 2(27).
17. Barron MJ, McDonnell ST, MacKie I, Dixon MJ. Hereditary dentine disorders: dentinogenesis imperfecta and dentine dysplasia. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2008; 3(31).
18. Karaguzel G, Holick MF. Diagnóstico y tratamiento de la osteopenia. *Rev Endocr Metab Disord*. 2011; 1(11): p. 237-251.
19. Sotelo W, Acevedo-Vásquez E. Controversias en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2016; 62(02).
20. Figueiredo P, Leite AF, Melo N, Paula APD. Radiografía panorámica: herramienta auxiliar en el diagnóstico de osteoporosis. *Revista Brasileña de Reumatología*. 2008; 48(04).
21. MUÑOZ RR. Notas para el estudio de Endodoncia. [Online]; 2013. Acceso 08 de 09 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.iztacala.unam.mx/rrivas>" <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas> .
22. Garay JCS. Atlas de Patología del Complejo Bucal. Segunda ed. La Habana: ECIMED; 2010.
23. Wood NK, Goaz PW. Lesiones Orales y Maxilofaciales. 5th ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
24. Sciubba R. Patología Bucal Correlaciones Clinicopatológicas. 3rd ed. Mexico: MCGRAW-HILL MTERAMENCANA EDITORES, S.A.; 2000.
25. Bashar AKM, Akter K, Chaudhary GK, Rahman A. Molar primario con absceso periapical crónico que. *BMJ Publishing Group*. 2019; 01(01).
26. López DCM, Gómez DAS, López DCA. Cementoma. *Archivo Médico de Camagüey*. 1997; 01(02).
27. Tinitana VV, SE C, Jose JM, NE M. Interpretación del cementoblastoma benigno en radiografías 2D y 3D. *Revista Electrónica de Portales Medicos*. 2017; XII(09).
28. Osorio Robles M, Leticia MR, García García B. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN CEMENTOBLASTOMA MANDIBULAR EN LA CONSULTA DENTAL. *Revista Europea de Odontoestomatología*. 2014; (-).

29. Barba LT, Campos DM, Rascón MMN, Barrera VAR, Rascón AN. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana. 2016; 20(04).
30. Espinoza CA. DENTOMETRIC. [Online].; 2020. Acceso 07 de 09 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://dentometric.com/revision-de-articulo-06/>"
<https://dentometric.com/revision-de-articulo-06/> .
31. MUÑOZ RR. Fes Iztacala UNAM. [Online].; 2013. Acceso 15 de 09 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas8Patperiapical/radosteitis.html>"
<https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas8Patperiapical/radc.html> .
32. Iruretagoyena MA. Salud Dental Para Todos. [Online].; 2021. Acceso 15 de 09 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.sdpt.net/ICDAS.htm>"
<https://www.sdpt.net/ICDAS.htm> .
33. Ledo TSM, Aguirre AH, Guerrero GP, Rocha FT. Dientes supernumerarios en dentición primaria asociados a pólipos palatinos. Reporte de caso. Revista Odontológica Mexicana. 2013; 17(03).
34. Condori NA. AGRANDAMIENTO GINGIVAL POR IMFLAMACION GINGIVAL. UMSS. 2014; 01(01).
35. Córdoba HCRd. Gingivoestomatitis herpética. [Online]; 2021. Acceso 19 de 09 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://hospitalcruzrojacordoba.es/pediatricordoba/gingivoestomatitis-herpetica/>" <https://hospitalcruzrojacordoba.es/pediatricordoba/gingivoestomatitis-herpetica/> .
36. Carranza NT. Priodontología Clínica. 9th ed. España: MC.GRAW; 2003.
37. BONET R, GARROTE A. Aftas bucales. Farmacia Abierta. 2015; 29(01).
38. M. EB, A. BM. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. Avances en Odontoestomatología. 2008; 25(02).
39. Raffino ME. Concepto.de. [Online]; 2020. Acceso 25 de 05 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://concepto.de/sistema/>" <https://concepto.de/sistema/> .
40. Manns A. Sistema Estomatognático. Bases biológicas y correlaciones clínicas..
41. Thompson JR. Concepts regarding function of the stomatognathic system. JADA. 1954; 48.
42. Okeson J. Tratamiento de Oclusión y Afecciones temporomandibulares. 5th ed. Amsterdam: ELSEVIER; 2003.
43. Barreto JF. Sistema estomatognático y esquema corporal. Colombia Médica. 1999; 30(4).
44. Manns A, Díaz G. Sistema Estomatognático..

45. Mizraji M, Bianchi R, Freese AM. Sistema estomatognático. Actas Odontológicas. 2012; IX(2).
46. Urbáez MF. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. [Online]; 2005. Acceso 22 de 05de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>"
<https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html> .
47. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Scielo Analytics. 2009; 70(3).
48. Patricia SQC, Yolanda TCN. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO PULPAR Y PERIAPICAL EN LOS ESTUDIANTES CPPCCE DE LA USS, PIMENTEL 2020. Tesis. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA.
49. ROMERO VILLACRIZ BM. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD ORAL BASADO EN LOS INFORMES DEL INTERNADO DE ODONTOLOGIA SOCIAL EN LOS DEPARTAMENTOS DE PIURA Y CAJAMARCA, PERÚ, 2017. Tesis. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultades de Medicina, Estomatología y Enfermería.-.
50. Hernández MBMyPG. Grado de conocimiento en el diagnóstico radiográfico y en la correcta indicación del estudio radiográfico en patologías y/o afecciones orales más prevalentes, en alumnos de 5to año de Odontología de la Universidad Andrés Bello 2017, Sede Santiago. Tesis. Santiago - Chile: Universidad Andrés Bello, Departamento de Imagenología.-.
51. Mesa SRC. CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES DENTALES NO CARIOSAS ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN MATERIAL EDUCATIVO MULTIMEDIA. Tesis. BUCARAMANGA: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE AQUINO, DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
52. Kai Hu Y, Yang Xie Q, Yang C, Zhou xu G. Computer-designed surgical guide template compared with free-hand operation for mesiodens extraction in premaxilla using "Trapdoor" method. Somchai Amornytin Medicine. 2017.
53. López Acevedo C. Manual de patología oral Guatemala: Universitaria; 1975.
54. Langlals R, Miller C, Nield-Gehrig J. Atlas Color de enfermedades bucales. Cuarta ed. México: Manual Moderno; 2011.
55. Scully C, Bagàn J, Carrozzo M, Flaitz C, Gandolfo S. Guía de Bolsillo de Enfermedades Orales Moreno López LA, editor. Madrid: ELSEVIER; 2013.
56. Duggal M, Cameron A, Toumba J. Odontología Pediátrica. Primera ed. México: Manual Moderno; 2014.
57. Navarro Vilca C. CIRUGIA ORAL García Marín F, Ochandiano Caicoya F, editores.: Arán Ediciones; 2008.

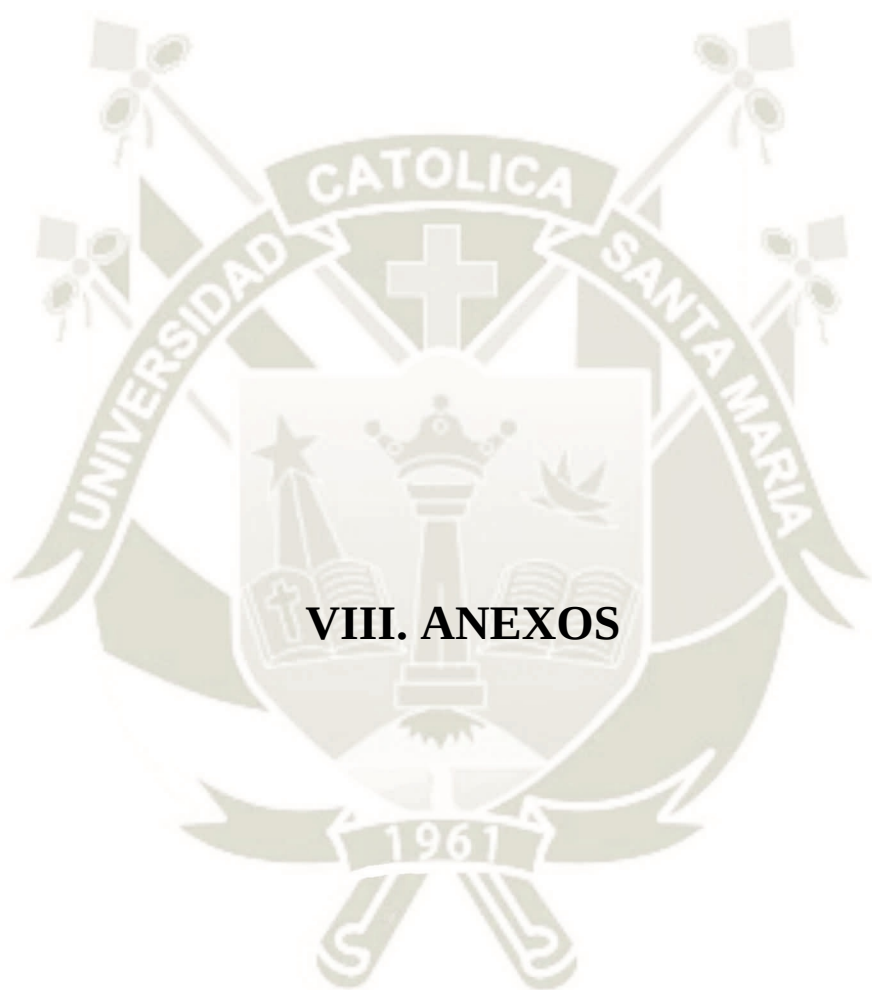
58. Moore UJ. Principes of Oral and Maxillofacial Surgery. Sexta ed. UK: Wiley Black Well; 2011.
59. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. Sexta ed. Editores I, editor. Mexico: Mc Graw Hill; 2014.
60. Norton NS, Netter F. Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 2nd ed. Barcelona: ELSEVIER MASSON; 2015.
61. Netter F. Atlas de Anatomía Humana. 6th ed. Barcelona: ELSEVIER MASSON; 2014.
62. Gallardo BT. ANATOMOFISIOLOGIA DE LA DEGLUCIÓN. 06 de Mayo de 2013..
63. Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica y Funcional. 11th ed. Barcelona: MASSON; 2005.
64. Mortilla PZ. ratados de cirugía oral y maxilofacial (introducción básica a la enseñanza). 1st ed. Barcelona: Amolca; 2007.
65. Contran Ry. Patología Estructural y Funcional. 9th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2010.
66. Bowditch A, Bowditch M. Atlas de Anatomía Humana. 7th ed.: Argosy Publishing; 2015.
67. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiología Básica. 2nd ed. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
68. Press OU. Oxford Languages and Google. [Online]; 2021. Acceso 31 de Agosto de 2021. Disponible en: HYPERLINK "https://languages.oup.com/" <https://languages.oup.com/> .
69. Watanabe PCA, Monteiro SAC, Campbell JCT, Elejalde DAA. Análisis del Patrón Óseo Trabecular de Mandíbulas. International Journal of Morphology. 2006; 24(3): p. 369-376.
70. Suter VG, Morger R, Altermatt HJ. Eritroplasia y eritroide leucoplasia: lesiones de riesgo rojas y rojo-blancas de la mucosa de la cavidad oral. Suiza Monthly Zahnmed. 2008; 118(390-397).
71. Beltran V, Leiva C, Valdivia I, Cantín M, Fuentes R. Dental Geminación in a Permanent Mandibular Central Incisor: a Uncommon Dental Anomaly. Int. Journal Odontomatostomatology. 2012; 7(1).
72. Hernández-Guisado JM, Lagares DT, Infante-Cossío P, Gutiérrez-Perez JL. Geminación dental: Presentación de un Caso. Medicina Oral. 2001; 7(3).
73. Oliveira A, Felinto LT, Francisconi-Dos-Rios LF, Moi GP, Nahsan FPS. Dental Bleaching, Microabrasion, and Resin Infiltration: Case Report of Minimally Invasive Treatment of Enamel Hypoplasia. CLINICAL CONCEPTS / INSPYRED. 2019; 33(1).

74. D. DGG, A. DLD, M. DJC. cdi. [Online]; 2014. Acceso 06 de 09de 2021. Disponible en:
HYPERLINK "<https://cdi.com.pe/caso-n-521-dentinogenesis-imperfecta-tipo-ii/>"
<https://cdi.com.pe/caso-n-521-dentinogenesis-imperfecta-tipo-ii/> .
75. Zambrano AC, Sánchez LA, Silva CC, Edo MM, Leache EB. La dentinogénesis imperfecta como
alerta de osteogénesis imperfecta. GACETA DENTAL. 2008; 1(190).
76. Principe LAC, Huerta AA. Instituto de Diagnóstico Maxilofacial. [Online].; 2015. Acceso 07 de
09 de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://idmperu.wordpress.com/2015/04/09/hola-mundo/>"
<https://idmperu.wordpress.com/2015/04/09/hola-mundo/> .
77. Pereira DV. Clínicas Propdental. [Online]; 2014. Acceso 08 de 09de 2021. Disponible en:
HYPERLINK "<https://www.propdental.es/blog/odontologia/los-sintomas-de-un-quiste-oral/>"
<https://www.propdental.es/blog/odontologia/los-sintomas-de-un-quiste-oral/> .
78. México UNAd. Portal Odontólogos. [Online].; 2017. Acceso 09 de 09 de 2021. Disponible en:
HYPERLINK
"<https://www.odontologos.mx/odontologos/publicaciones/publicaciones.php?id=103>"
<https://www.odontologos.mx/odontologos/publicaciones/publicaciones.php?id=103> .
79. Virtual O. Portal Odontólogos. [Online].; 2017. Acceso 09 de 09 de 2021. Disponible en:
HYPERLINK "<https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/304/granuloma-dental-sintomas-tratamiento-y-complicaciones>"
<https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/304/granuloma-dental-sintomas-tratamiento-y-complicaciones> .
80. Lopez LF. Universidad Cooperativa de Colombia. [Online].; 2018. Acceso 09 de 09 de 2021.
Disponible en: HYPERLINK "<https://www.ucc.edu.co/noticias/conocimiento/ciencias-de-la-salud/manejo-del-abceso-apical-agudo-en-endodoncia>"
<https://www.ucc.edu.co/noticias/conocimiento/ciencias-de-la-salud/manejo-del-abceso-apical-agudo-en-endodoncia> .
81. Aguayo DH, Gamarra DMdP. CDI. [Online]; 2020. Acceso 12 de 09de 2021. Disponible en:
HYPERLINK "<https://cdi.com.pe/caso-n-8-quiste-dentigero/>" <https://cdi.com.pe/caso-n-8-quiste-dentigero/> .
82. Ramos MAO, Alva AE, Márquez MMQ. Características radiográficas de los quistes dentígeros
diagnosticados en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano
Heredia. Revista Estomatológica Herediana. 2018; 29(01).
83. Borrás CD. Clínica Dental Borrás. [Online].; 2015. Acceso 13 de 09 de 2021. Disponible en:
HYPERLINK "<https://www.dentalborras.com/quiste-paradental-asociado-a-un-tercer-molar-inferior-derecho-con-repetidos-episodios-de-pericoronaritis/>"
<https://www.dentalborras.com/quiste-paradental-asociado-a-un-tercer-molar-inferior-derecho-con-repetidos-episodios-de-pericoronaritis/> .

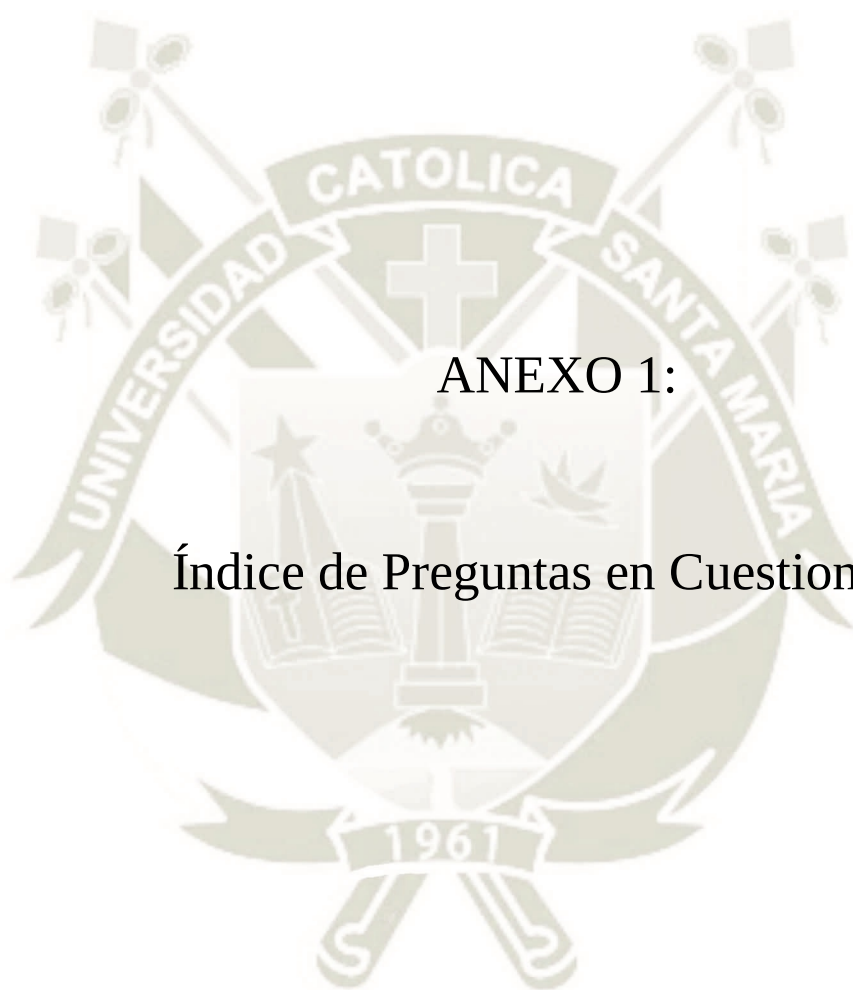
84. R. A, L. SDJ, L. DB. Quiste gingival del adulto de ubicación inusual. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana. 2017; 55(1).
85. Pérez MM, Andrade MSR, Sierra CG. Alteraciones bucales del recién nacido. Revista ADM. 2014; 71(3).
86. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Pruebas diagnósticas. Atención Primaria en la Red. 2003; 10(1).
87. R. BM. Universidad Mayor. [Online]; 2021. Acceso 15 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1614>"
<http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1614> .
88. Odontocat. Especialidades Patología Dentaria. [Online]; 2021. Acceso 15 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.odontocat.com/carclica.htm>"
<http://www.odontocat.com/carclica.htm> .
89. Espinoza CA. Dentometric. [Online]; 2020. Acceso 15 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://dentometric.com/pseudoquiste-antral/>"
<https://dentometric.com/pseudoquiste-antral/> .
90. Rodríguez MS, Reija MFG, Perea BGM, Fernández MM, Bustillo RCS. Quiste óseo aneurismático mandibular de tipo sólido. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2012; 35(02).
91. Aguayo H, Gonzales H. CDI. [Online]; 2004. Acceso 16 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://cdi.com.pe/caso-115-quiste-oseo-traumatico/>"
<https://cdi.com.pe/caso-115-quiste-oseo-traumatico/> .
92. Simancas-Pallares M, Arévalo-Tovar L, Marincola M. Defectos Focales Osteoporóticos de la Medula ósea en Pacientes Tratados con Implantes Dentales: Estudio de Prevalencia de Periodo a 5 años. International Journal Odontostomatology. 2016; 10(01).
93. Rosado L. Como Formular el Proyecto de Tesis en el Enfoque Cuantitativo. Primera Edición ed. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020.
94. VERSYS EDICIONES TÉCNICAS SL. El Dentista Moderno. [Online]; 2015. Acceso 18 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.eldentistamoderno.com/2015/08/epulis-fisurado-en-pacientes-geriatricos-portadores-de-protesis-dentales/>"
<https://www.eldentistamoderno.com/2015/08/epulis-fisurado-en-pacientes-geriatricos-portadores-de-protesis-dentales/> .
95. Cecilia VA, Moises STJ, Cecilia VA. ÉPULIS FIBROSO BENIGNO DE ENCÍA EN NIÑOS. Odontología Actual. 2017; 02(02).

96. Iruretagoyena MA. Salud Dental Para Todos. [Online]; 2020. Acceso 18 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.sdpt.net/patologiaoral.htm>"
<https://www.sdpt.net/patologiaoral.htm> .
97. Rossini S. Baby Sitio. [Online]; 2016. Acceso 18 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.babysitio.com/embarazo/epulis-del-embarazo>" \l "Que-es-un-epulis-del-embarazo" <https://www.babysitio.com/embarazo/epulis-del-embarazo#Que-es-un-epulis-del-embarazo> .
98. Caballero AJD, Tovar LA, Ricaurte MAF. Agrandamiento gingival inducido por nifedipina. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2009; 06(01).
99. Díaz LVC, Silva MIP, Salaimán SSA. Agrandamiento gingival inducido por medicamentos. Reporte de un caso clínico. Universitas Odontológica. 2017; 36(77).
100. Wierna AI, Ansonnaud AM, Carino SN, Soria AG, Dip MGMD&A. Fibromatosis Gingival Idiopática Unilateral: Reporte de un Caso con Cuatro Años de Seguimiento. International journal of odontostomatology. 2015; 09(01).
101. Lino DAJI. CDI. [Online]; 2010. Acceso 22 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://cdi.com.pe/caso-no-416-cementoblastoma-benigno-infectado/>"
<https://cdi.com.pe/caso-no-416-cementoblastoma-benigno-infectado/> .
102. Navas RA, Reyes RL, Taylor AM, Escalera CJL. Cementoma gigantiforme, presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista odontológica mexicana. 2010; 14(02).
103. Coelho JdA, Castillo JFM, Neves LTD, Pinto LdC, Rodini CO. Displasia cemento-ósea periapical: un desafío del diagnóstico en endodoncia. Reporte de caso clínico. Acta Odontológica Venezolana. 2019; 57(01).
104. GATTI WM, MASON JH, KOSMALA RL. Fibrocementoma of the Maxilla An Unusual Presentation. Arch Otolaryng. 1966; 84(-).
105. CAÑAVERAL DE. TOPDOCTORS. [Online]; 2018. Acceso 28 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/la-inflamacion-de-encias-gingivitis-o-periodontitis>" <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/la-inflamacion-de-encias-gingivitis-o-periodontitis#> .
106. Castañeda XL. Diagnóstico de Enfermedades Bucales Prevalentes. [Online]; 2018. Acceso 28 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://sites.google.com/site/debpximena/enfermedad-periodontal-en-nino-y-adolescente/gingivitis>" <https://sites.google.com/site/debpximena/enfermedad-periodontal-en-nino-y-adolescente/gingivitis> .
107. doctorhoogstra. Herpangina. [Online]; 2020. Acceso 29 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://doctorhoogstra.com/wiki/herpangina/>"
<https://doctorhoogstra.com/wiki/herpangina/> .

108. Torre ACdI. Mis Pediatras en la Red. [Online]; 2019. Acceso 29 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://mispediatrasenlared.com/que-es-la-herpangina/>" <https://mispediatrasenlared.com/que-es-la-herpangina/> .
109. Sanitaria. Redacción Médica. [Online]; 2020. Acceso 30 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/candidiasis-oral>" <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/candidiasis-oral> .
110. Admin. CrespoDental. [Online]; 2020. Acceso 30 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://crespo.dental/candidiasis-oral-que-es/>" <https://crespo.dental/candidiasis-oral-que-es/> .
111. Franco É. Clínica Dental Érica Franco. [Online] Acceso 30 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://clinicadentalericafranco.com/aftas/>" <https://clinicadentalericafranco.com/aftas/> .
112. Flete A. EL Carabobeño. [Online]; 2017. Acceso 30 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.el-carabobeno.com/1402134-2/>" <https://www.el-carabobeno.com/1402134-2/> .
113. Déu FSJd. Sant Joan de Déu. [Online]; 2017. Acceso 30 de 09de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/llagas-aftas-orales-ninos-causa-como-acabar-ellas>" <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/llagas-aftas-orales-ninos-causa-como-acabar-ellas> .
114. Moraga AF, Marshall M, Sarah AE. Leucoplasia Verrucosa Proliferativa: A Propósito de un Caso Clínico. International Journal of Odontostomatology. 2013; 07(03).
115. Puentes J, Omaña C, León M, Rangel J, Rodríguez J. VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PATOLOGÍAS LABIALES POR PARTE DEL ODONTÓLOGO QUE LABORA EN EL SECTOR PRIVADO DE SALUD DE MÉRIDA, VENEZUELA. International Association for Dental Research (IADR). 2014; 03(01).
116. HUAPAYA MTN. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN PREVENTIVA PARA LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES FILIAL NORTE. Tesis Maestría. Lima: Universidad San Martín de Porres, Lima.-.



VIII. ANEXOS

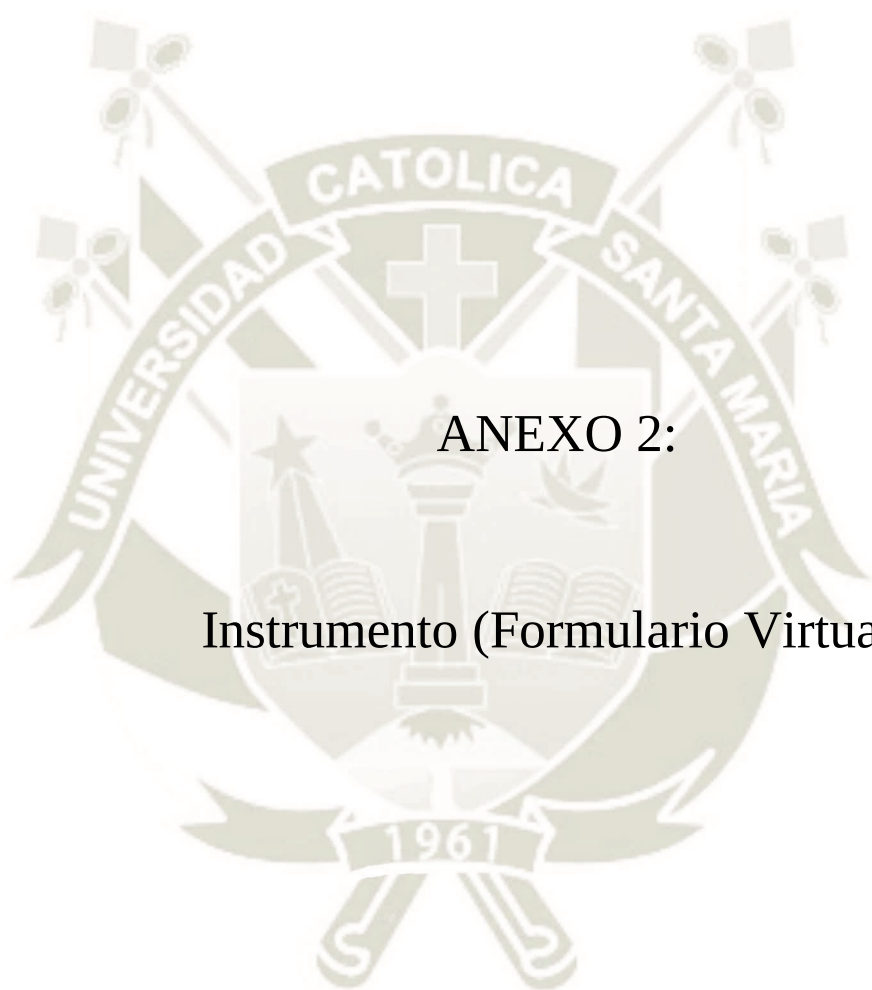


ANEXO 1:

Índice de Preguntas en Cuestionario

Índice de preguntas sobre diagnóstico diferencial aplicadas al cuestionario:

1. Dx. Dif. Entre: Granuloma Periapical /Quiste Periapical / Absceso Periapical
2. Dx. Dif. Entre: Cementoblastoma / Displasia Fibrosa Cemental Periapical
3. Dx. Dif. Entre: Odontoma / Quiste Dentígero
4. Dx. Dif. Entre: Quiste Paradental / Quiste Gingival
5. Dx. Dif. Entre: Pseudoquiste / Defecto de Stafne / Quiste Periapical
6. Córtil Ósea Mandibular: Osteopénica / Normal / Osteoporosa
7. Dx. Dif. Para: Osteitis Esclerosante
8. Dx. Dif. Entre: Caries / Hipoplásia de Esmalte
9. Dx. Dif. Entre: Amelogénesis Imperfecta / Dentinogénesis Imperfecta
10. Dx. Dif. Entre: Geminación / Fusión
11. Dx. Dif. Entre: Gingivitis / Periodontitis
12. Dx. Dif. Entre: Hiperplasia Gingival / Agrandamiento Gingival Inflamatorio
13. Dx. Dif. Entre: Épulis / Pólipo Oral
14. Dx. Dif. Entre: Leucoplasia / Micosis
15. Dx. Dif. Entre: Primoinfección Herpética / Herpangina



ANEXO 2:

Instrumento (Formulario Virtual)

Nivel De Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos
Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más Prevalentes del
Sistema Estomatognático en Odontólogos con Primera y Segunda
Especialidad egresados de las Facultad de Odontología de las UCSM
Arequipa 2021

Mi nombre es Rodrigo Cuadros Oviedo estudiante de las Universidad Católica de Santa María, de las Facultad de Odontología del X semestre; el presente trabajo de investigación titulado: ‘Nivel De Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más Prevalentes del Sistema Estomatognático en Odontólogos con Primera y Segunda Especialidad egresados de las Facultad de Odontología de las universidad UCSM Arequipa 2021’ se utilizará para lograr las obtención de mi título universitario, para lo cual se aplicara un cuestionario para lo que es importante considerar que las información será utilizada con fines académicos de manera completamente **anónima**, así mismo se tiene entendido que es de manera voluntaria, estando en plena libertad de decidir su participación, a lo que solicito su previo consentimiento y los siguientes datos:

1. ¿Acepta con lo previamente dicho realizar este cuestionario?
 - Si (X)
 - No

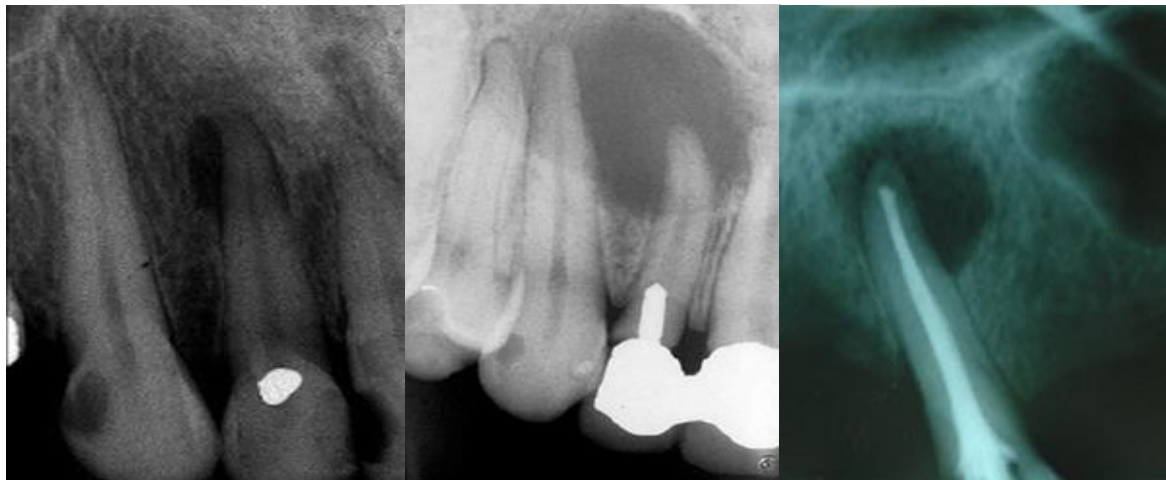
2. Género:
 - Masculino
 - Femenino

3. Edad:
 -

4. Especialidad:
 - 1ra Especialidad
 - 2da Especialidad

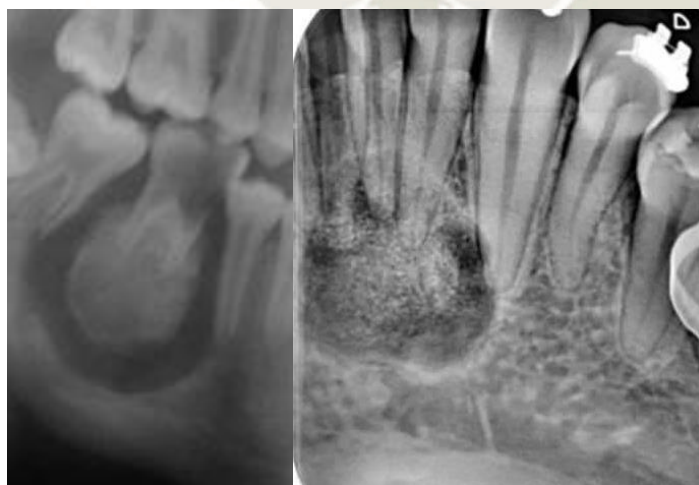
Cuestionario

1. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



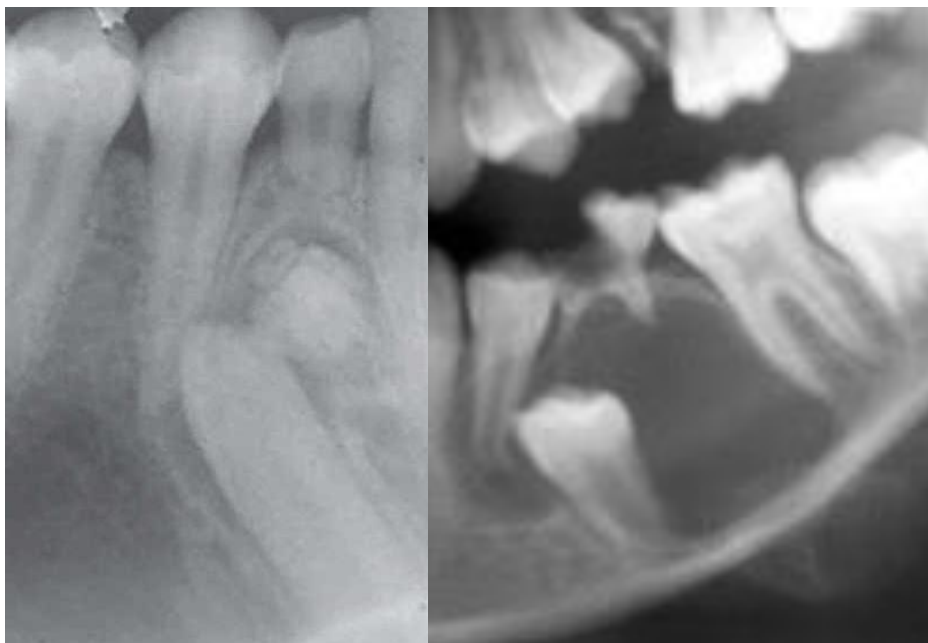
- a. Quiste / Granuloma / Absceso
- b. Granuloma Periapical / Quiste Periapical / Absceso Periapical (X)
- c. Quiste / Quiste / Absceso
- d. Granuloma / Quiste / Cementoblastoma

2. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Quiste / Absceso
- b. Displasia Fibrosa Cemental Periapical / Cementoblastoma
- c. Quiste Periapical / Cementoma
- d. Cementoblastoma / Displasia Fibrosa Cemental Periapical (X)

3. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Quiste / Absceso
- b. Granuloma / Cementomas
- c. Cementoma / Quiste Periapical
- d. Odontoma / Quiste Dentífero (X)

4. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Quiste Paradental / Quiste Gingival (X)
- b. Quiste Gingival / Ránula
- c. Quiste Paradental / Ránula
- d. Cementoblastoma / Defecto de Stafne

5. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Quiste Dentígero / Odontoma / Pseudoquiste
- b. Pseudoquiste / Defecto de Stafne / Quiste Periapical (X)
- c. Defecto de Stafne / Quiste Gingival / Odontoma
- d. Queratoquiste Odontogénico / Quiste Gingival / Pseudoquiste

6. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta cortical ósea mandibular como:



- a. Osteopénica / Normal / Osteoporosa (X)
- b. Normal / Osteopénica / Osteoporosa
- c. Osteitis / Normal / Osteopénica
- d. Osteomielitis / Osteoporosa / Osteopénica

7. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Osteocondroma
- b. Osteitis Esclerosante (X)
- c. Osteomielitis
- d. Cementoma

8. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Hipoplasia de Esmalte / Amelogénesis Imperfecta
- b. Caries / Hipoplásia de Esmalte (X)
- c. Amelogénesis Imperfecta / Caries
- d. Dentinogénesis Imperfecta / Hipoplásia de Esmalte

9. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Amelogénesis Imperfecta / Caries
- b. Hipoplásia del Esmalte / Caries
- c. Amelogénesis Imperfecta / Dentinogénesis Imperfecta (X)
- d. Dentinogénesis Imperfecta / Amelogénesis imperfecta

10. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Geminación / Fusión (X)
- b. Fusión / Geminación
- c. Amelogénesis Imperfecta / Fusión
- d. Dentinogénesis Imperfecta / Congresencia

11. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. GUNA / Periodontitis
- b. Primoinfección Herpética / Gingivitis
- c. Gingivitis / Periodontitis (X)
- d. Periodontitis / GUNA

12. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



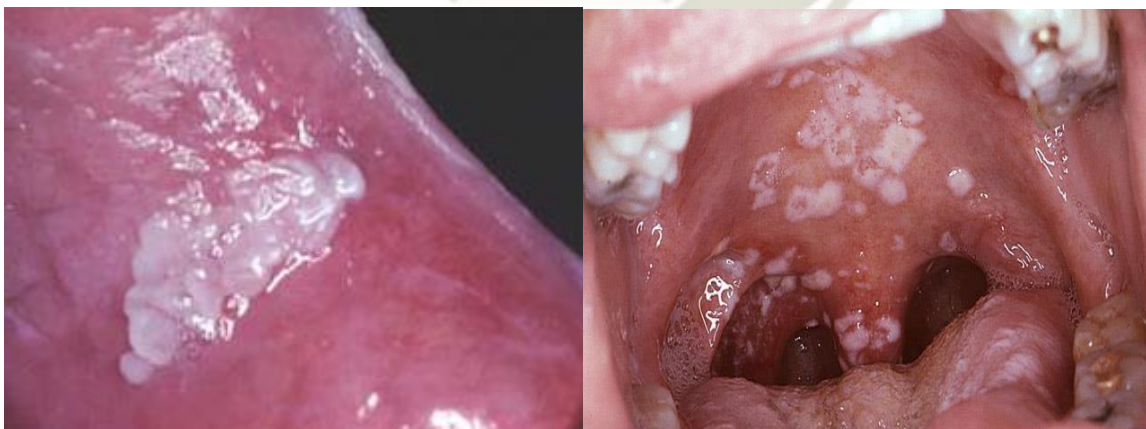
- a. Hiperplasia Gingival / Agrandamiento Gingival Inflamatorio (X)
- b. Gingivitis Severa / Hiperplasia Gingival
- c. Épulis / Agrandamiento Gingival Inflamatorio
- d. Agrandamiento Gingival Inflamatorio / Gingivitis

13. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Épulis / Pólipo Oral (X)
- b. Quiste Gingival / Pólipo Oral
- c. Pólipo / Épulis
- d. Hiperplasia Gingival / Épulis

14. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:

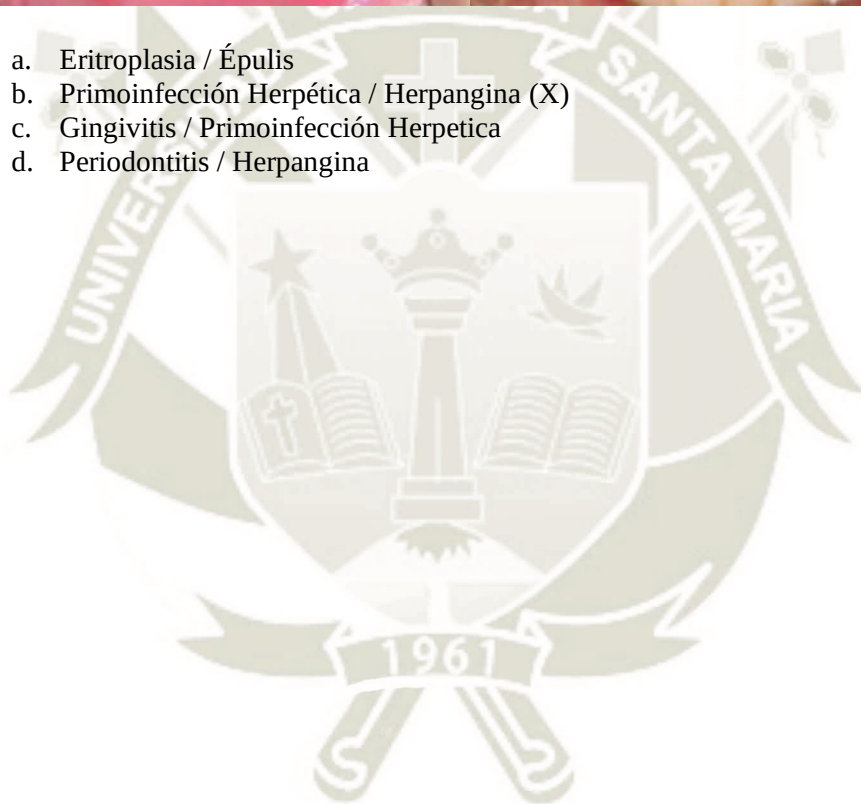


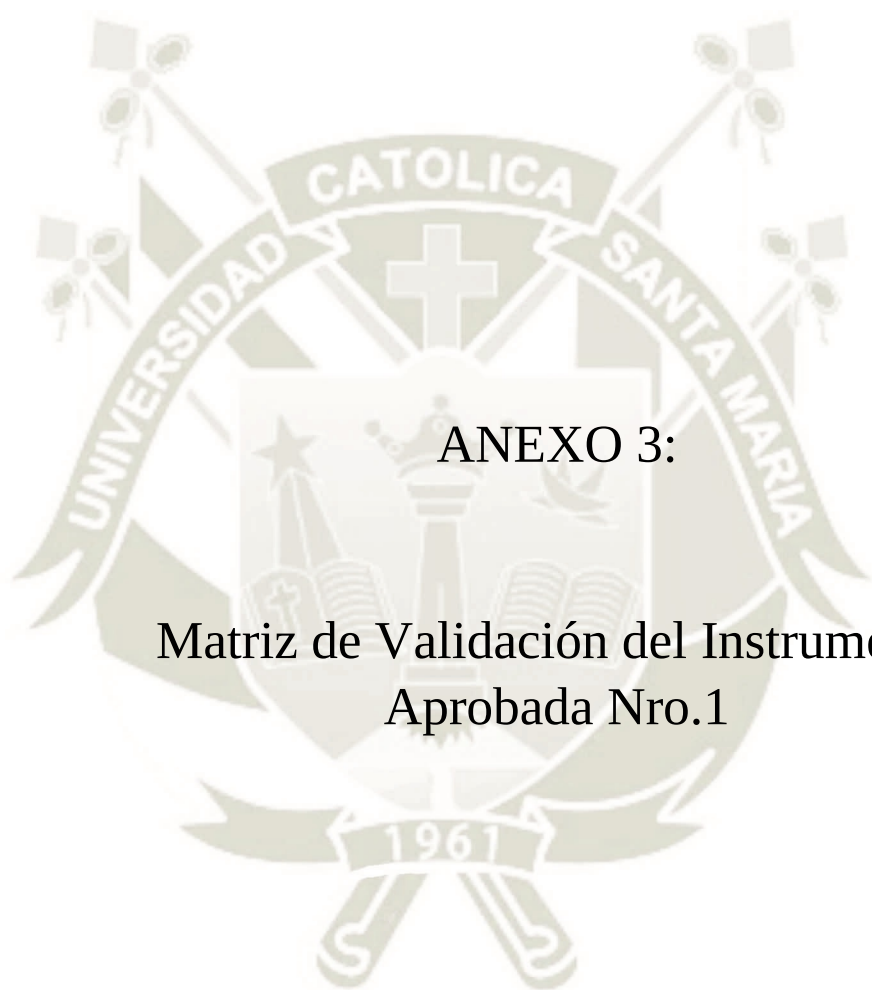
- a. Leucoplasia / Micosis (X)
- b. Afta / Leucoplasia
- c. Micosis por Cándida / Estomatitis Aftosa Recurrente
- d. Primoinfección Herpética / Leucoplasia

15. En las Ilustración mostrada, usted definiría esta como:



- a. Eritroplasia / Épulis
- b. Primoinfección Herpética / Herpangina (X)
- c. Gingivitis / Primoinfección Herpética
- d. Periodontitis / Herpangina





ANEXO 3:

Matriz de Validación del Instrumento Aprobada Nro.1

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: De los Ríos Fernández Enrique
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: Docente, Universidad Católica de Santa María
- 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
- 1.4. Autor del Instrumento: Rodrigo Alejandro Cuadros Oviedo

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo con los objetivos planteados					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				X	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.					X
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.					X
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				X	

III. CALIFICACIÓN

GLOBAL: (Marcar con un aspa)

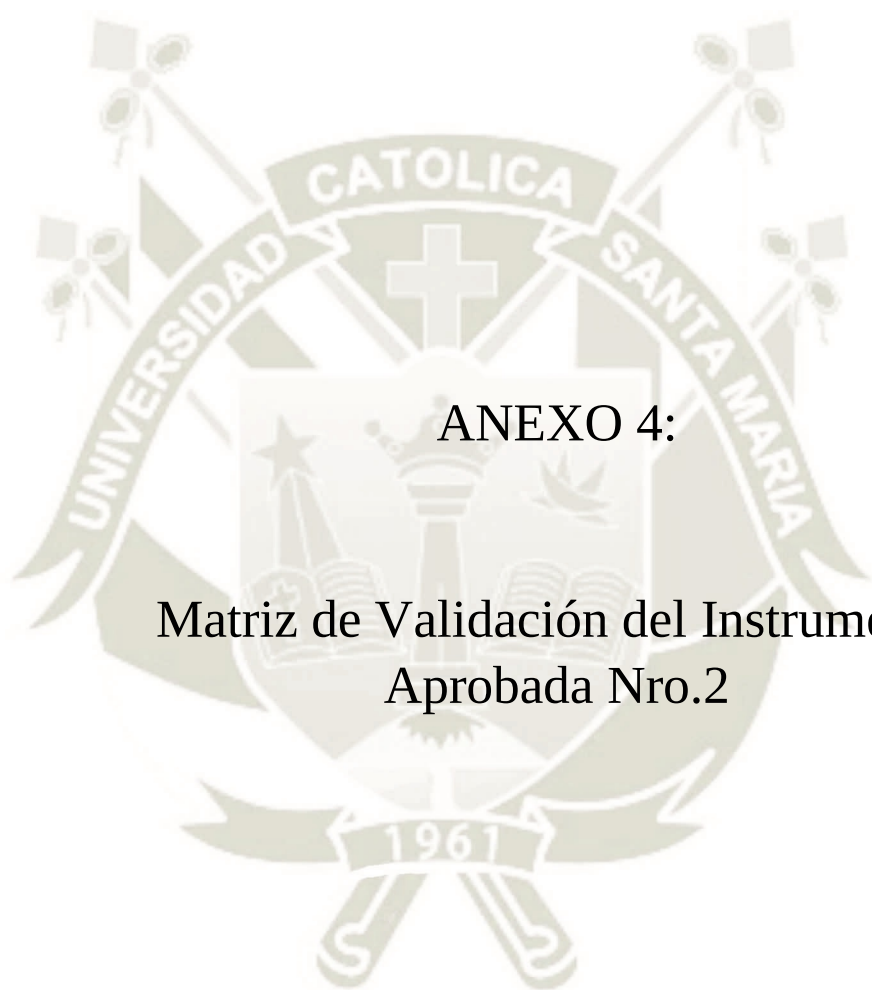
Lugar y fecha: Arequipa 10 de septiembre de 2021

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
X		



Firma del Experto Informante

DNI 06292199



ANEXO 4:

Matriz de Validación del Instrumento Aprobada Nro.2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.5. Apellidos y Nombres del Informante: Tejada Pradell, Hugo
1.6. Cargo e Institución donde labora: Docente, Universidad Católica de Santa María
1.7. Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
1.8. Autor del Instrumento: Rodrigo Alejandro Cuadros Oviedo

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo con los objetivos planteados					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				X	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				X	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.					X
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				X	

IV. CALIFICACIÓN

GLOBAL: (Marcar con un aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
X		

Lugar y fecha: Arequipa 10 de septiembre de 2021

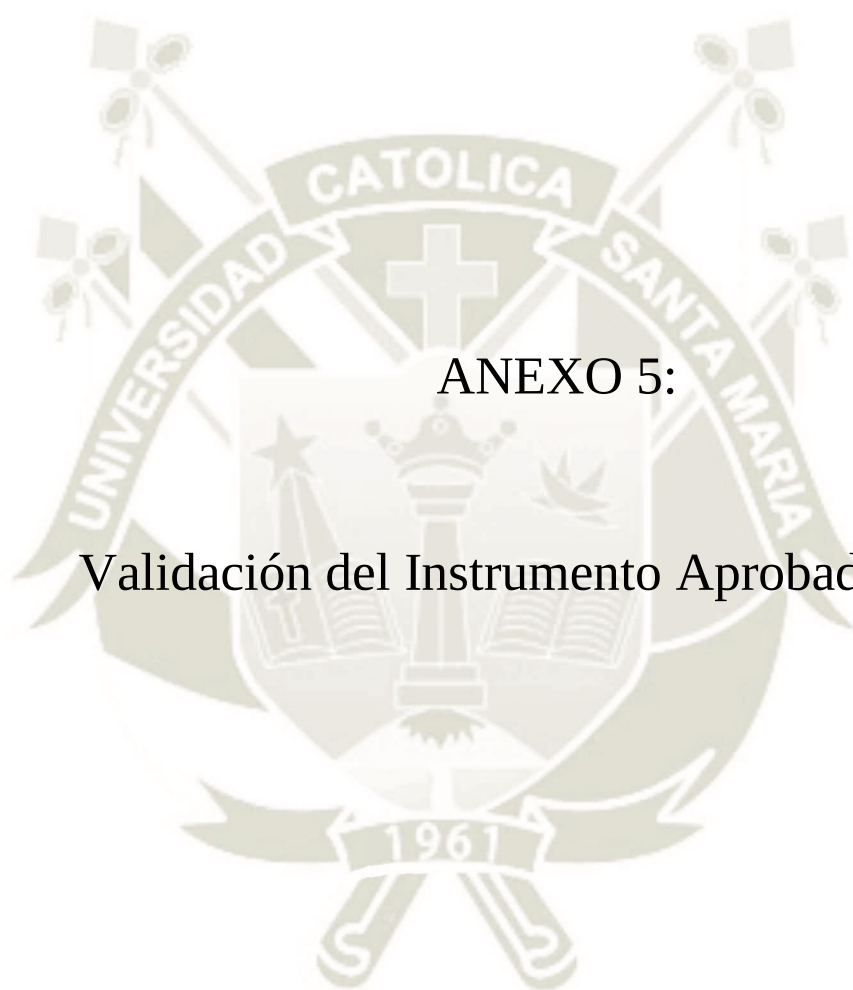


Firma del Experto

Informante

Dr. Hugo Tejada Pradell

DNI 29300913



ANEXO 5:

Validación del Instrumento Aprobada Nro. 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: *Balduino Solar Wilmer José*
 1.2. Cargo e Institución donde labora: *UNIVERSIDAD - CATERICA SANTA MARÍA*
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
 1.4. Autor del Instrumento: Rodrigo Alejandro Cuadros Oviedo

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente01-20%	Regular21-40%	Buena41-60%	Muy Buena61-80%	Excelente81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

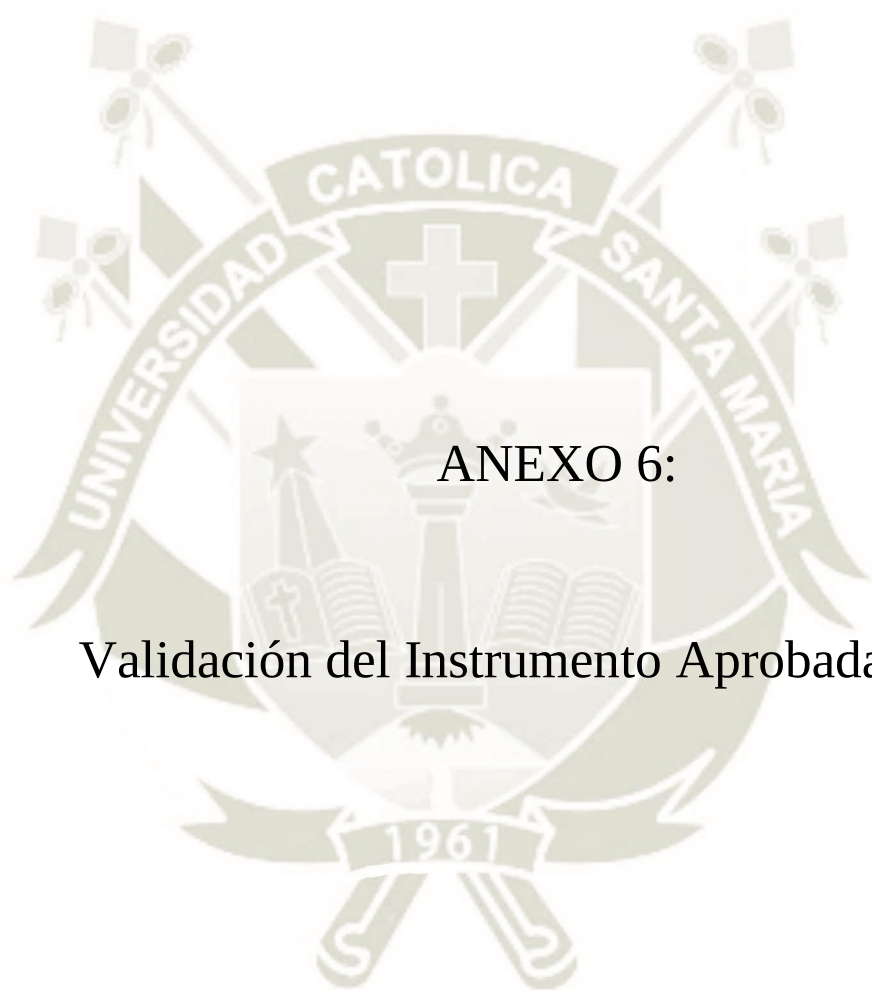
Lugar y fecha:

Arequipa 12 de Septiembre 2021

Firma del Experto Informante

DNI

29347686



ANEXO 6:

Validación del Instrumento Aprobada Nro. 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: Arenas Vélez, Luis
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: Magister en la Universidad Católica de Santa María
- 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
- 1.4. Autor del Instrumento: Rodrigo Alejandro Cuadros Oviedo

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					✓
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					✓
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.					✓
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.					✓
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

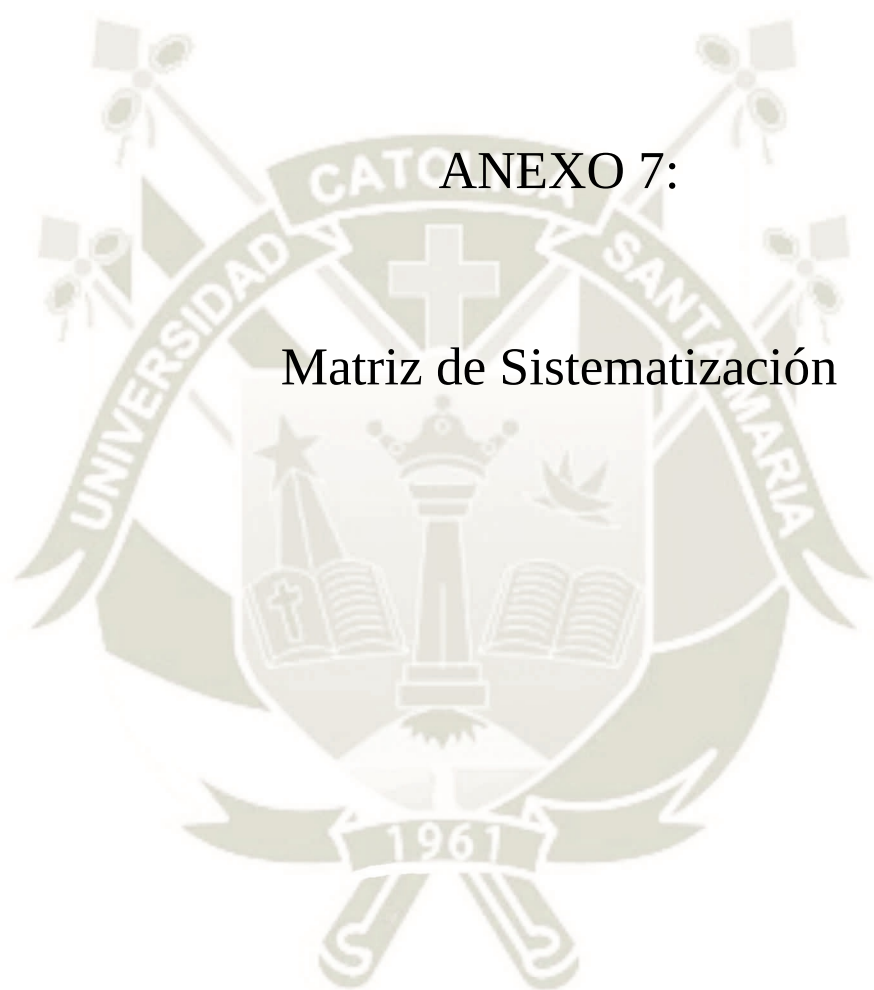
III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una X)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha: 31/05/2022

Firma del Experto Informante

DNI 29225558



ANEXO 7:

Matriz de Sistematización

Nivel De Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más comunes del Sistema Estomatognático en Odontólogos con Primera y Segunda Especialidad egresados de la Facultad de Odontología de la UCSM en Arequipa 2021

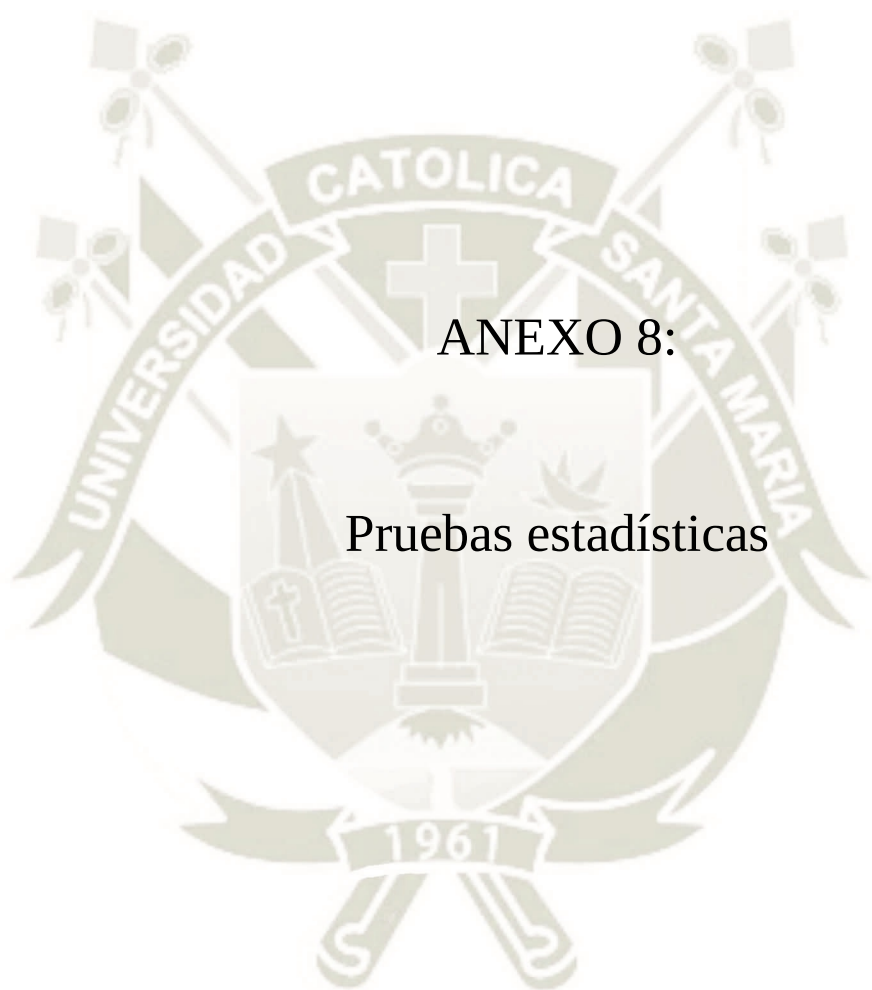
			Tejidos Duros							Tejidos Blandos							
Especialidad	Puntuación	Encuestados	Pr. 1	Pr. 2	Pr. 3	Pr. 4	Pr. 5	Pr. 6	Pr. 7	Pr. 8	Pr. 9	Pr. 10	Pr. 11	Pr. 12	Pr. 13	Pr. 14	Pr. 15
1 r a E s p e c i a l i d a d	10 / 15	1	b	a	c	a	b	a	b	c	c	a	c	a	c	a	c
	5 / 15	2	b	d	b	c	b	c	b	c	b	c	c	b	c	c	c
	6 / 15	3	b	d	d	b	b	d	d	a	b	d	c	b	c	c	b
	6 / 15	4	b	d	d	c	b	c	d	d	c	b	c	b	c	c	a
	6 / 15	5	b	c	b	c	b	c	c	b	d	b	c	c	c	a	b
	7 / 15	6	a	d	d	a	b	a	c	a	c	a	d	b	c	c	a
	8 / 15	7	c	d	d	a	b	d	b	a	d	a	c	b	b	b	b
	9 / 15	8	b	d	d	a	b	c	a	c	d	a	c	b	d	a	b
	11 / 15	9	b	d	d	a	b	c	b	b	d	a	c	b	b	a	b
	10 / 15	10	a	b	d	a	b	b	b	a	d	a	c	a	a	a	b
	9 / 15	11	a	b	d	a	a	a	c	a	c	b	c	a	a	a	b
	10 / 15	12	c	d	d	a	b	a	b	d	d	c	c	a	a	c	b
	10 / 15	13	c	d	d	a	b	a	d	c	a	a	d	a	a	a	b
	10 / 15	14	c	c	d	a	b	c	b	b	d	b	c	a	a	a	b
	11 / 15	15	b	d	d	a	b	a	a	a	a	d	c	a	a	a	b
	11 / 15	16	b	b	d	a	b	c	b	a	d	a	c	a	a	a	b
	7 / 15	17	c	d	d	c	b	d	d	d	c	b	c	b	a	a	a
	7 / 15	18	b	d	d	c	c	c	c	a	c	a	c	b	b	d	b
	11 / 15	19	b	d	d	a	b	d	d	a	c	a	c	b	a	a	b
	7 / 15	20	b	d	d	a	b	c	c	a	c	b	c	b	d	b	a
	10 / 15	21	b	d	d	c	b	d	b	a	c	a	c	a	b	c	b
	10 / 15	22	b	d	d	a	b	a	b	a	d	d	c	c	b	a	b
	5 / 15	23	a	c	c	a	a	c	d	d	b	a	c	c	a	c	b
	9 / 15	24	b	d	d	a	b	d	d	c	d	b	c	a	a	b	b
	4 / 15	25	a	c	d	a	d	c	d	a	a	a	c	b	d	b	a
	11 / 15	26	b	d	d	c	b	c	b	a	d	a	c	a	a	a	b
	8 / 15	27	d	c	d	a	d	d	a	d	c	a	c	d	a	a	b
	8 / 15	28	b	b	d	c	b	d	a	a	d	b	c	a	a	a	b
	8 / 15	29	a	b	d	c	b	a	d	a	d	a	c	b	a	a	b
	5 / 15	30	a	d	d	c	c	a	d	c	c	b	a	c	b	c	b
	11 / 15	31	b	b	d	a	b	b	b	b	d	a	c	a	b	a	b
	6 / 15	32	b	d	d	d	d	d	d	c	d	b	a	a	a	c	b
	11 / 15	33	b	d	d	c	b	c	b	d	c	a	c	d	a	a	b
	13 / 15	34	b	d	d	a	b	a	b	c	d	a	c	a	a	a	b
	13 / 15	35	b	b	d	a	b	a	b	b	c	a	c	a	d	a	b
	10 / 15	36	b	b	d	a	b	a	a	a	d	a	c	a	a	d	b
	13 / 15	37	b	d	d	a	b	d	b	d	c	a	c	a	a	a	b
	8 / 15	38	b	b	d	a	b	c	b	a	d	a	c	b	c	d	b

1ra especialidad															
Opciones	Preguntas														
	Pr. 1	Pr. 2	Pr. 3	Pr. 4	Pr. 5	Pr. 6	Pr. 7	Pr. 8	Pr. 9	Pr. 10	Pr. 11	Pr. 12	Pr. 13	Pr. 14	Pr. 15
a	7	1	0	25	2	12	5	18	3	23	2	18	20	22	5
b	25	9	2	1	31	2	17	5	3	10	0	14	7	4	31
c	5	5	2	11	2	14	5	8	14	2	34	4	7	9	2
d	1	23	34	1	3	10	11	7	18	3	2	2	4	3	17

Nivel De Conocimiento sobre Diagnóstico Diferencial entre Reparos Anatómicos, Variantes Anatómicas y Patologías más comunes del Sistema Estomatognático en Odontólogos con Primera y Segunda Especialidad egresados de la Facultad de Odontología de la UCSM en Arequipa 2021

			Tejidos Duros							Tejidos Blandos							
Especialidad	Puntuación	Encuestados	Pr. 1	Pr. 2	Pr. 3	Pr. 4	Pr. 5	Pr. 6	Pr. 7	Pr. 8	Pr. 9	Pr. 10	Pr. 11	Pr. 12	Pr. 13	Pr. 14	Pr. 15
2da Especialidad	5 / 15	1	a	c	d	a	a	a	a	a	a	b	a	a	c	a	c
	9 / 15	2	b	b	d	a	b	c	b	b	d	a	c	b	d	c	b
	6 / 15	3	b	b	d	a	d	c	d	c	c	c	d	a	c	c	b
	12 / 15	4	b	d	d	a	b	a	b	d	d	a	c	b	a	a	b
	9 / 15	5	b	d	d	a	b	b	d	c	d	a	c	b	d	a	b
	11 / 15	6	b	d	d	a	b	c	b	a	a	a	c	a	c	a	b
	10 / 15	7	b	b	d	a	b	d	b	a	d	a	d	a	a	a	b
	5 / 15	8	a	c	c	a	d	a	d	d	d	d	c	a	c	a	d
	11 / 15	9	b	d	d	a	b	d	b	b	d	b	c	a	d	a	b
	15 / 15	10	b	d	d	a	b	a	b	b	c	a	c	a	a	a	b
	10 / 15	11	b	d	d	a	b	d	d	a	d	a	c	b	a	a	b
	7 / 15	12	b	b	d	c	b	c	c	d	d	b	c	b	a	a	b
	12 / 15	13	b	d	d	a	b	a	b	d	d	a	c	b	a	a	b
	9 / 15	14	b	d	d	a	b	d	d	a	d	b	c	a	b	a	b
	7 / 15	15	b	d	d	c	b	b	d	d	d	a	c	b	c	c	b
	10 / 15	16	b	d	d	a	b	a	b	d	d	c	c	d	a	c	b
	11 / 15	17	b	d	d	a	b	c	b	a	d	a	c	a	a	a	a
	10 / 15	18	b	d	d	a	b	b	a	d	c	a	c	b	a	c	b
	12 / 15	19	b	b	d	a	b	a	b	d	a	a	c	a	a	a	b
	12 / 15	20	b	b	d	a	b	a	b	d	a	a	c	a	a	a	b
	7 / 15	21	b	d	d	c	b	c	b	a	d	b	a	c	b	a	b
	5 / 15	22	b	a	d	c	b	b	c	c	b	c	c	d	c	b	b
	8 / 15	23	c	d	c	a	b	b	d	a	c	b	c	b	a	a	b
	13 / 15	24	b	d	d	a	b	a	b	c	d	a	c	a	a	a	b
	12 / 15	25	b	d	d	a	b	d	b	c	d	a	c	a	a	a	b
	6 / 15	26	a	b	c	a	a	b	b	a	c	a	d	c	d	a	b
	8 / 15	27	b	d	d	c	b	c	a	c	c	b	c	a	d	d	b
	12 / 15	28	b	d	d	a	b	a	b	b	d	a	c	b	a	a	d
	11 / 15	29	b	d	d	c	b	a	b	a	a	a	c	c	a	a	b
	11 / 15	30	b	d	d	c	b	a	b	a	a	a	c	c	a	a	b
	10 / 15	31	b	b	d	c	b	a	b	c	c	a	c	b	a	d	b
	5 / 15	32	b	c	c	b	c	c	a	b	b	c	c	a	c	a	c
	7 / 15	33	b	c	c	a	d	a	d	b	d	a	b	b	a	d	b
	9 / 15	34	b	b	d	a	b	b	d	d	d	a	c	a	a	c	b
	9 / 15	35	b	b	c	a	b	a	b	a	d	a	c	b	a	c	b
	9 / 15	36	a	d	d	a	d	c	d	b	c	a	c	b	a	c	b
	5 / 15	37	c	d	d	b	d	d	b	c	d	a	a	b	c	a	a
	15 / 15	38	b	d	d	a	b	a	b	b	c	a	c	a	a	a	b

2daa especialidad															
Opciones	Preguntas														
	Pr. 1	Pr. 2	Pr. 3	Pr. 4	Pr. 5	Pr. 6	Pr. 7	Pr. 8	Pr. 9	Pr. 10	Pr. 11	Pr. 12	Pr. 13	Pr. 14	Pr. 15
a	4	1	0	28	2	16	4	12	6	26	3	17	23	26	2
b	32	10	0	2	30	7	22	8	2	7	1	15	2	1	32
c	2	4	6	8	1	9	2	8	9	4	31	4	8	8	2
d	0	23	32	0	5	6	10	10	21	1	3	2	5	3	2



ANEXO 8:

Pruebas estadísticas

➤ Prueba de Kolmogorow Smirnov de dos muestras:

Frecuencias			Estadísticos de prueba ^a		
			ENCUESTA		
grupo					
ENCUESTA	PRIMERA	38	Máximas diferencias extremas	Absoluto	,158
	SEGUNDA	38		Positivo	,158
	Total	76		Negativo	-,026
			Z de Kolmogorov-Smirnov		
			Sig. asintótica(bilateral)		

a. Variable de agrupación: grupo

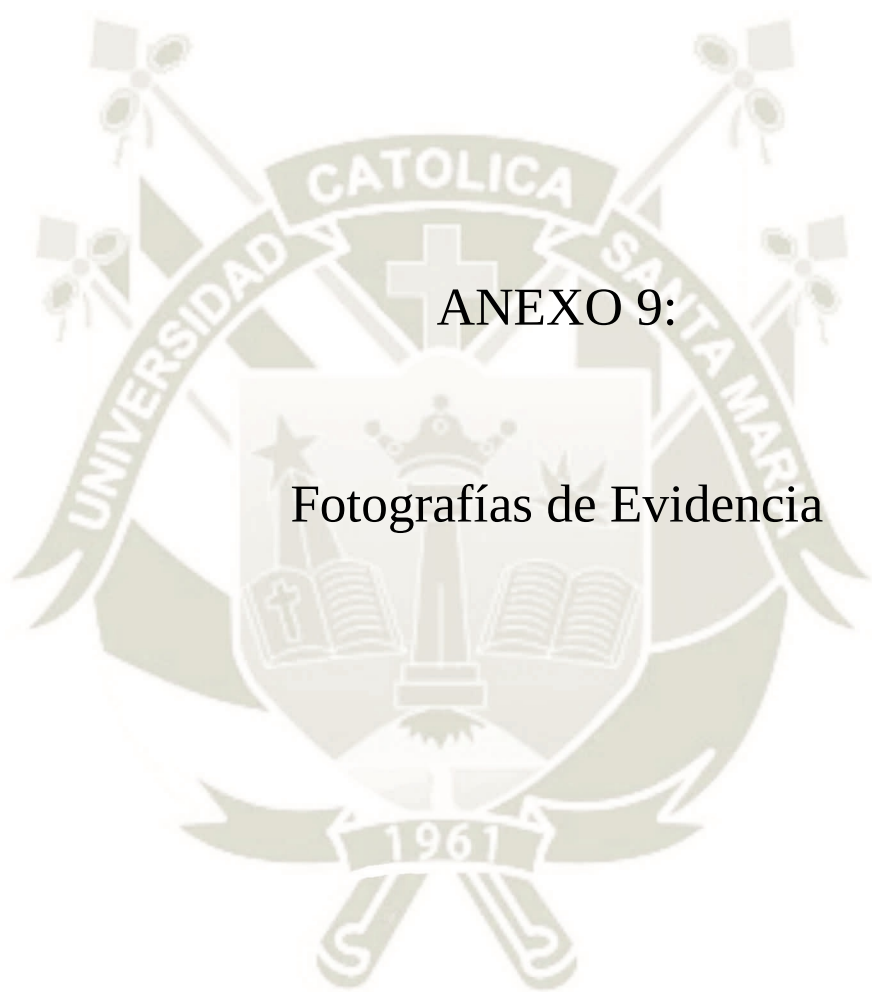
➤ Prueba de T de Student:

Estadísticas de grupo					
grupo			Desv. Error		
			Desviación	promedio	
ENCUESTA	PRIMERA	38	8,79	2,395	,389
	SEGUNDA	38	9,34	2,744	,445

Prueba de muestras independientes									
Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior Superior
ENCUESTA	Se asumen varianzas iguales	,446	,506	-,935	74	,353	-,553	,591	-1,730 ,625
	No se asumen varianzas iguales			-,935	72,677	,353	-,553	,591	-1,730 ,625

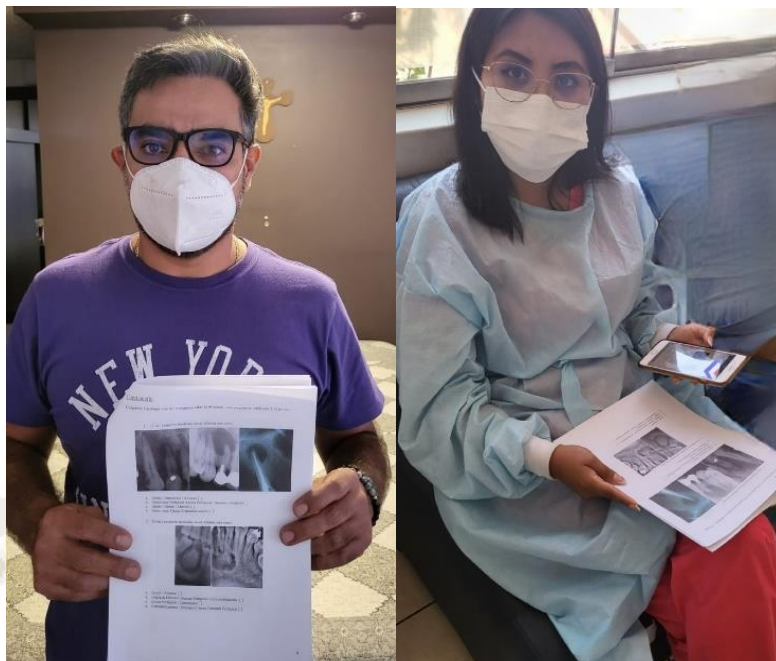
➤ Chi Cuadrado de Comparación:

Chi Cuadrado de Comparación	Estadísticos
Chi Cuadrado	3,65
Chi Cuadrado Crítico	3,84
Resultado: No existe dif. sig. (p>0,05)	



ANEXO 9:

Fotografías de Evidencia



Evidencia N. 01 – Unidades de Estudio Voluntarias para la fotografía



Evidencia N. 02 – Unidades de Estudio Voluntarias para la fotografía