



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**FRECUENCIA DE LESIONES HISTOPATOLÓGICAS
DE 300 ESPECÍMENES EN UN LABORATORIO
PRIVADO DE PATOLOGÍA BUCAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A :

SANDRA JIMÉNEZ ALVARADO

**DIRECTOR: C.D. BERNARDO CRUZ LEGORRETA
ASESORA: MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS**

MÉXICO D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme ese regalo maravilloso que es la vida, por todo lo bueno y también por lo malo que me ha sucedido y por aprender de ello cada día, pero sobretodo por iluminar mi vida y mi camino en mi carrera.

A mis padres, Lucía y Herminio; pero en especial a mi madre por todo el esfuerzo que ha hecho por sacarnos adelante.

Te quiero ma.

A mis hermanos, Elizabeth y en especial a Gerardo por su cariño y apoyo para realizar este trabajo.

A mis tíos y tías que de una u otra forma me apoyaron a lo largo de mis estudios y mi carrera.

A mis amigas y amigos del Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo y a l@s de la Facultad por todos los momentos agradables y los no tan agradables que juntos hemos vivido y compartido.

A todas las personas que en algún tiempo ya sea corto o prolongado caminamos juntos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología a la que orgullosamente pertenecí.

A los pocos pero muy buenos maestros de la Facultad que compartieron sus conocimientos sin reservas para poder formarme y enfrentar la vida.

A mi director y a mi asesora por permitirme trabajar con ellos y por el tiempo que emplearon en mí.

A todos gracias.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	
Antecedentes.....	6
Clasificación de Patologías Bucales.....	11
Clasificación Internacional.....	12
Clasificación MIND.....	13
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	15
Hipótesis.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16
Metodología.....	17
Variables.....	18
Resultados.....	20
Discusión.....	35
Conclusiones.....	40
Referencias.....	42
Anexo.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del género.....	20
Tabla 2. Distribución del número de casos con la década de la vida.....	21
Tabla 3. Distribución de diagnóstico clínico según la clasificación MIND.....	21
Tabla 4. Distribución de las lesiones inflamatorias del diagnóstico clínico.....	22
Tabla 5. Distribución de las lesiones neoplásicas del diagnóstico	

clínico.....	23
Tabla 6. Principales lesiones que se presentaron en el diagnóstico clínico.....	23
Tabla 7. Distribución del diagnóstico clínico de las segundas lesiones según la clasificación MIND.....	24
Tabla 8. Distribución de las lesiones inflamatorias de los segundos diagnósticos clínicos.....	24
Tabla 9. Distribución de las lesiones neoplásicas de los segundos diagnósticos clínicos.....	24
Tabla 10. Principales lesiones de los segundos diagnósticos clínicos.....	25
Tabla 11. Distribución de los diagnósticos histológicos según la clasificación MIND.....	25
Tabla 12. Distribución de las lesiones inflamatorias del diagnóstico histológico.....	26
Tabla 13. Distribución de las lesiones neoplásicas del diagnóstico histológico.....	28
Tabla 14. Lesiones que se presentaron en el diagnóstico histológico en orden decreciente.....	30
Tabla 15. Distribución de los segundos diagnósticos histológicos según la clasificación MIND.....	31
Tabla 16. Distribución del diagnóstico histológico con la década de la de la vida.....	32
Tabla 17. Distribución del género con el diagnóstico histológico.....	32
Tabla 18. Distribución del género con la década de la vida.....	32
Tabla 19. Distribución de las lesiones según la localización y el diagnóstico histológico de acuerdo a la clasificación MIND.....	33
Tabla 20. Certeza del diagnóstico clínico frente al diagnóstico histológico según la clasificación MIND.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución del género.....	20
Gráfica 2. Distribución de las lesiones del diagnóstico clínico según la clasificación MIND.....	22
Gráfica 3. Distribución de las lesiones del diagnóstico histológico según la clasificación MIND.....	26
Gráfica 4. Distribución de las lesiones virales y bacterianas.....	27
Gráfica 5. Distribución de las lesiones inmunitarias.....	27
Gráfica 6. Distribución de las lesiones reactivas.....	28
Gráfica 7. Distribución de las principales lesiones neoplásicas.....	29
Gráfica 8. Distribución de las principales lesiones del desarrollo.....	29
Gráfica 9. Distribución de las lesiones según la clasificación MIND de los segundos diagnósticos histológicos.....	31
Gráfica 10. Porcentaje del diagnóstico clínico frente al histológico en correcto e incorrecto.....	34

RESUMEN

En el presente trabajo se tiene como objetivo principal conocer a partir de los diagnósticos histológicos que se obtuvieron, cuales fueron las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia en un laboratorio privado de Patología bucal (especialistas en Medicina y Patología bucal) en el periodo de Enero del 2004 a Diciembre del 2005. Se realizó una base de datos a partir de la información que el paciente proporciona en la historia clínica como: nombre, edad, género y sintomatología; y los datos obtenidos a partir de la observación de la lesión como: tamaño, coloración, textura y localización de la lesión, diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico. Se utilizó la clasificación MIND saber el tipo de lesión en donde M = metabólicas, I = inflamatorias, N = neoplásicas y D = del desarrollo. M = no se presentaron lesiones de este tipo, I = 215 lesiones, N = 68 lesiones y D = 40 lesiones. El rango de edad fue de los 2-92 años, el género femenino fue el más afectado por los diferentes tipos de lesiones y las seis principales lesiones fueron: hiperplasia fibrosa con 62 casos; infiltrado inflamatorio crónico inespecífico, 27 casos; mucocele, 21 casos; granuloma piógeno, 14 casos; queraoquiste, 12 casos y nevo intradérmico 12 casos.

INTRODUCCIÓN

La Patología en el área de las Ciencias Biológicas y de la Salud adquiere una gran importancia ya que es una rama de la medicina que se encarga de estudiar la enfermedad para conocer su etiología, su patogenia y su pronóstico.

La Patología bucal es parte de la Patología general, que estudia de manera específica los padecimientos del aparato estomatognático (órganos dentarios, tejidos adyacentes, mucosa bucal, músculos, etc.). Ésta disciplina es fundamental en la práctica odontológica ya que por medio de esta se puede realizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno.

El cirujano dentista puede ser el primero en identificar lesiones tanto de manifestaciones sistémicas como lesiones exclusivas de la cavidad bucal; si se realiza una historia clínica completa, una buena exploración bucal y una serie de preguntas que complementen la información de la lesión que presenta o apenas aparece y poder así emitir un diagnóstico.

El presente trabajo se enfoca en un análisis estadístico que resalta la frecuencia de lesiones histopatológicas que se presentaron en un laboratorio privado de Patología Bucal, de acuerdo a los resultados del estudio histopatológico de las biopsias realizadas a lesiones que llegan al laboratorio para su análisis.

Finalmente, este trabajo tiene por objeto dar a conocer las lesiones más frecuentes que se puede encontrar el Odontólogo de práctica general y tenerlas en cuenta en el momento de revisar a los pacientes y poder dar un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

ANTECEDENTES

En la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México UAEM la Dra. Díaz Guzmán identificó las lesiones más frecuentes en un grupo de 143 hombres y 357 mujeres mayores de 18 años. Las lesiones más frecuentes fueron: queratosis friccional (20.2%); lesión roja traumática (11.4%); pigmentación melánica (10.6%); fibroma (8.0%); hemangioma (5.6%).¹

En un estudio realizado en la Universidad Autónoma Metropolitana UAM Xochimilco y en un servicio de Patología Bucal Privado, Mosqueda T.A e Ibáñez MN, diagnosticaron 180 neoplasias malignas siendo el carcinoma escamocelular el más frecuente .²

Nair R.G. Realizó un examen clínico de las regiones bucales y peribucales en un grupo de 550 vietnamitas (216 hombres 39% y 334 mujeres 61%) en un rango de edad de 2 a 60 años. La condición más común fue la infección periapical 36% con absceso o fístula. Otras lesiones observadas fueron: mucocelo 10%; úlceras traumáticas 9%; torus palatino 6%; torus mandibular 3%; linfadenopatías 7%; pólipo pulpar 6%; queilitis angular 4%; papilomas 3%; celulitis 3% y lesiones de herpes labial 2%.³

En un estudio sobre las lesiones más comunes en mucosa bucal, Buoquot J, menciona que el 10% (2 824) de su población examinada (23 616) presenta una lesión, es decir, que de cada 10 individuos uno presenta una lesión bucal. La leucoplasia fue el diagnóstico más común, los siguientes fueron torus palatino y mandibular 27.6%; inflamación por irritación 17.3%; fibroma por irritación 11.9% y gránulos de Fordyce 9.4%.⁴

Jorge J. Jr. Estudió en Piracicaba, Estado de Sao Paulo, Brasil; una población de 270 adultos mayores "institucionalizados" (134 hombres y 136 mujeres). Menos de la mitad de la muestra era sano y 58.9% de los individuos

tuvo uno o más procesos patológicos. La estomatitis protésica 20.0%; hiperplasias fibrosas 11.8%; y queilitis angular 9.3%; lesiones cancerizables como leucoplasias 3.0%; queilitis actínica 2.6%; hubo 3 casos de carcinoma epidermoide.⁵

En 1971, en Brooklyn, Nueva York, se realiza un estudio clínico e histopatológico de 11 884 individuos para detectar lesiones bucales. Se encontraron los siguientes resultados: fibroma por irritación 7.9%; inflamación por irritación 30.9%; leucoplasia 5.7%; úlcera inflamatoria 11.1%; papiloma 4.1%; hiperplasia papilar 27.3%; mucocele 1.4% y carcinoma de células escamosas 0.1%.⁶

En el Hospital General de Tacoma se realiza en 1971 un estudio clínico e histopatológico de 181 338 pacientes masculinos que se encontraban en el ejército. Encontrándose en el rango de edad de 17 a 26 años. El estudio duró 3 años. De los pacientes revisados solo se realizaron 2 459 biopsias. Las lesiones de mayor incidencia: papiloma escamoso 405 casos 39.82%; fibroma por irritación 216 casos 21.23%; hiperplasia papilar inflamatoria 70 casos 6.88%; tonsilas inflamadas 48 casos 4.71%; mucocele 44 casos 4.32%; hiperplasia fibrosa 40 casos 3.93%; hiperqueratosis 37 casos 1.47%; liquen plano 13 casos 1.27%; otros (36 tipos) 103 casos 10.52%.⁷

Se publica una Tesis sobre biopsias en el Laboratorio de Patología de la División de Estudios de Posgrado e Investigación DEPEl de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM en 1980. El estudio consta de 726

diagnósticos histopatológicos y abarca nueve años. Los diagnósticos más frecuentes fueron: hiperplasia, granuloma periapical, procesos inflamatorios, fibroma, granuloma de células gigantes, granuloma piógeno, quiste dentígero, papiloma, gingivitis, abscesos, épuis, saco pericoronario y verruga vulgar.⁸

En el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Manuel Gea González de la Secretaría de Salud, se realizó una revisión de informes quirúrgicos de cabeza y cuello en el año de 1988. Se determinó la frecuencia

de tumores y alteraciones de glándulas salivales. De 21 131 lesiones 969 correspondieron a cabeza y cavidad bucal. La lesión más frecuente fue e fibroma, entre las lesiones malignas el carcinoma epidermoide fue el más frecuente con una relación hombre-mujer de 3:1.⁹

En el artículo de la Dra. Díaz Guzmán “Lesiones de la mucosa bucal” presenta pacientes mayores de 15 años entre el periodo de Enero de 1982 a Junio de 1989 en la Universidad del Bajío. La queratosis friccional fue la lesión más frecuente, seguida de úlcera traumática, candidiasis crónica atrófica, hiperplasia fibrosa y el leucoedema.¹⁰

En 1990 se realizó una revisión retrospectiva de biopsias en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Zaragoza en un periodo de cuatro años. De 1029 muestras, se encontraron 224 lesiones diferentes. Las edades más afectadas fueron de 11-20 y de 21-30 años. Fueron más afectadas las mujeres. Los resultados fueron los siguientes: quiste dentígero 11.37%; saco dentario 8.26%; fibroma 5.05%; granuloma periapical infectado 4.9%; hiperplasia epitelial focal 3.69%; hiperplasia fibrosa inflamatoria 3.6%; nevo intradérmico 3.49%; quiste dentígero infectado 3.01% y quiste

periapical infectado 2.81% que corresponden al 50% de las 117 lesiones bucales.¹¹

La Universidad Tecnológica UNITEC publica en 1990 un estudio de reportes histopatológicos y citológicos de prevalencia de lesiones bucales en un periodo de dos años y medio. Fueron atendidos 12 456 pacientes, se realizaron 80 estudios histopatológicos que equivale al 0.6% (73 biopsias 91.25% y 7 citologías exfoliativas 8.75%). Se encontraron 41 lesiones diferentes. Las edades afectadas fueron de 21-30 y de 41-50 años. Las lesiones más frecuentes fueron: tejido inflamatorio crónico inespecífico 6 casos; fibroma por irritación 6 casos; candidiasis 5 casos; papiloma 5 casos y hemangioma.¹²

En la Universidad del Bajío, Guanajuato, en 1990 se procesaron y diagnosticaron biopsias. Los pacientes del género femenino correspondieron al 75%, el 50% quedan contemplados en el rango de edad de 11- 30 años. Las lesiones más frecuentes fueron granuloma periapical 7%; quiste periapical 4%; quiste dentígero 5.6%; hiperplasia fibrosa inflamatoria 1.3%; hiperplasia epitelial focal 4% y fibrosis cicatrizal 2.7%.¹³

En 1997, se realiza un segundo estudio en la Facultad de Estudios Superiores FES Zaragoza en un periodo de tres años para observar la frecuencia de lesiones bucales. Se encontraron 110 lesiones patológicas diferentes. Las lesiones más frecuentes fueron: hiperplasia fibrosa 21.9%; quiste dentígero 17.5%; quiste periapical 6.7%; granuloma piógeno 4.4%; mucocele 3.3%; queratoquiste 3.1%; odontoma 2.6%; papiloma 2.5 % y hemangioma 0.8%. Las edades más afectadas fueron 11-20 y de 21-30 años. Los hombres fueron los más afectados en las lesiones frecuentes pero las mujeres con 920 casos en todo el estudio.¹⁴

En el año 2000 en la Universidad del Bajío se reporta la prevalencia de lesiones histopatológicas en un periodo de seis años (1990-1996). Se diagnosticaron 1047 lesiones histopatológicas, 300 lesiones diferentes, 38% corresponden al género masculino y el 62% al género femenino. Con respecto al total de biopsias, las edades afectadas fueron 11-20 (19.77%) y de 21-30 (24.74%) años. Se diagnosticaron 819 lesiones intraorales (78.22%) y 213 extraorales (20.34%) y 4 biopsias tanto intra como extraorales. Las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: granuloma periapical crónico infectado 5.64%; fibroma 2.87%; proceso inflamatorio 2.67%; quiste dentígero 2.48%; quiste dentígero crónico infectado 2.20%; granuloma piógeno crónico ulcerado 1.72%; hiperplasia fibrosa inflamatoria crónica 1.43%; hiperplasia fibrosa inflamatoria 1.34%; fenómeno de extravasación mucosa, mucocele 1.24%.¹⁵

En la Universidad de Barcelona, España, en el 2001 se publica un estudio retrospectivo de prevalencia de lesiones orales biopsiadas en un periodo de 8 meses. La localización más común en tejidos blandos fue: labio

5.36%; fondo del vestíbulo 8.29%; mucosa yugal 11.71%; mucosa alveolar 10.24%; paladar duro 4.39%; paladar blando, pilares amigdalinos 1.46%; lengua 2.44%; piso de boca 0.49%. En tejidos duros en maxila anterior 19.02% y zona posterior 4.39%; en mandíbula zona anterior 5.85% y zona posterior 26.34%. Lesiones premalignas 6.8% y malignas el 1%. Se encontraron las siguientes lesiones: quiste radicular 19.5%; granuloma periapical 18.1%; fibroma vascular 12.2%; quiste folicular 8.8%; inflamación inespecífica 5.4%; hiperplasia fibrosa 5.4%; liquen plano 4.9%; mucocele 2.4%; angioma 1.9% y papiloma 1.9%.¹⁶

Padilla M. Graciela en su trabajo de Tesina en el año de 2002 titulada Frecuencia de lesiones histopatológicas en el Laboratorio de Patología Bucal

de la DEPEL UNAM en el periodo de 1997 a 2001; las 10 lesiones más frecuentes fueron: hiperplasia fibrosa 501 casos; granuloma periapical 241 casos; mucocele 187 casos; hiperplasia fibrosa inflamatoria 166 casos; granuloma piógeno 150 casos; quiste periapical 146 casos; folículo dental 115 casos; papiloma 70 casos; quiste dentígero 63 casos; displasia epitelial leve 47 casos.¹⁷

En el año 2004 es realizada una Tesina por Ramón Cortés Moreno con el título de Revisión de Estudios Histopatológicos 2003, en la cual los resultados fueron los siguientes: la hiperplasia fibrosa fue la lesión más frecuente con 136 casos, seguida del hemangioma capilar lobular o granuloma piógeno con 56 casos, granuloma periapical 55 casos; infiltrado inflamatorio crónico inespecífico 54 casos; hiperplasia fibrosa inflamatoria 45 casos; mucocele 34 casos; quiste periapical 32 casos; quiste dentígero 31 casos; papiloma 19 casos; queratoquiste 19 casos.¹⁸

CLASIFICACIONES PARA PATOLOGÍAS BUCALES

A través de los años han existido distintas clasificaciones para las distintas lesiones patológicas de la cavidad bucal. Para clasificar todas las lesiones se cuenta con la Clasificación de Enfermedades emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de ahí proviene la clasificación más específica para Odontología que es la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a la Odontología y Estomatología (CIE-OE).¹⁹

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL

La CIE-OE está destinada a proveer bases prácticas y convenientes para clasificar y codificar los datos por parte de todos aquellos que trabajan en el campo de los trastornos bucales y dentarios. Esta clasificación abarca todas las enfermedades y afecciones que ocurren en, tienen manifestaciones en, o están asociadas con la cavidad bucal y estructuras adyacentes.¹⁹

Para los propósitos de la CIE-OE la mayoría de las clasificaciones provistas por la CIE-10 han sido subdivididas y expandidas; sin embargo, los datos de la CIE-OE pueden ser reunidas en las categorías de la CIE por adición simple. Se recomienda utilizar la CIE-OE conjuntamente con la CIE-10, sola no es recomendable por las siguientes razones:

- Las categorías para las enfermedades y afecciones del interés para los profesionales de la salud bucal no se encuentran suficientemente subdivididas
- Dichas enfermedades y afecciones están distribuidas a lo largo de todo el texto por lo tanto su utilización en los servicios de salud bucal es difícil y ocasiona pérdida de tiempo.¹⁹

Así los principales objetivos de la CIE-OE son:

- Llamar la atención de los profesionales de la salud bucal sobre la necesidad de realizar un diagnóstico detallado del paciente, utilizando una clasificación consistente y de gran alcance para las enfermedades bucales y las manifestaciones estomatológicas de otras enfermedades
- Proveer un sistema de registro estandarizado para todas las enfermedades y afecciones bucales
- Posibilitar, mediante el sistema de registro, la recolección de datos, que permitirá la comparación internacional de la prevalencia de enfermedades y afecciones bucales.¹⁹

CLASIFICACIÓN MIND

Para la presente investigación se utilizó la clasificación de lesiones según Carpenter W. quien describió dos procedimientos para clasificar las patologías bucales; una se basa en la etiopatogenia de la lesión y la segunda se basa en la apariencia clínica.²⁰

Carpenter W. comparó estos dos procedimientos, los integró y esto le permitió un mejor entendimiento de varias lesiones para poder emitir y corregir cualquier diagnóstico clínico e histopatológico.

CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA:

METABÓLICAS:

Son lesiones bucales que ocurren como resultado de varias enfermedades sistémicas. Estas lesiones pueden ser nutricionales u hormonales que afectan directamente a la cavidad bucal.

INFLAMATORIAS

Estas lesiones presentan los signos clínicos de la inflamación. Las subcategorías incluyen trauma, reactivas, enfermedades infecciosas y lesiones inmunológicas.

NEOPLÁSICAS

Representan los procesos benignos, premalignos y malignos y cubren un gran grupo de neoplasias epiteliales y mesenquimatosas que crecen de manera desordenada.

DEL DESARROLLO

Estas pueden ser genéticas o adquiridas, de una naturaleza congénita o se manifiestan durante el desarrollo (anexo 1).

CLASIFICACIÓN CLÍNICA: Esta se da con respecto a la apariencia que presenta la lesión en el paciente.

- Lesiones blancas
- Lesiones rojas
- Pigmentadas
- Ulceradas
- Vesiculobulosas
- Inflamatorias

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país los estudios realizados acerca de la frecuencia de lesiones histopatológicas de la cavidad bucal tienen cambios constantes por lo que ¿Qué importancia tiene conocer la variedad y frecuencia de lesiones clínica e histopatológicamente que se presentan en la cavidad bucal?, esto representa información que se tendrá al alcance de los demás laboratorios de Patología bucal para comparar sus archivos y para los odontólogos de práctica general los prepara para saber cuales son las lesiones a las que se puede enfrentar en su práctica privada, y para comparar lo que pueden presentar los laboratorios en escuelas de Odontología.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de un estudio de frecuencia de lesiones histopatológicas puede ayudar a identificar aquellas lesiones que por presentarse frecuentemente puede encontrar el Odontólogo en su práctica diaria así como aquellas lesiones que se manifiestan en boca y pueden comprometer no solo la salud bucal sino también la salud general de los pacientes; así como por medio del diagnóstico clínico e histopatológico tener un mejor pronóstico, ofrecer un tratamiento adecuado y si el paciente tiene que ser remitido a un centro especializado se envía con el diagnóstico y la copia de la laminilla lo que le ahorra un tiempo valioso para su tratamiento y pronóstico.

HIPÓTESIS

- H₁. El mayor número de lesiones se presentará en el género femenino.
- H₂. Las lesiones más frecuentes serán de tipo inflamatorio.
- H₃. De cada 50 diagnósticos clínicos 10 coincidirán con el diagnóstico histopatológico.
- H₄. Las lesiones más frecuentes se presentarán en la tercera década de la vida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de lesiones histopatológicas de 300 especímenes reportados en un laboratorio privado de Patología Bucal (Especialistas en Medicina y Patología Bucal) en el periodo de Enero del 2004 a Diciembre del 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la distribución de lesiones de acuerdo a la edad.
- Determinar la proporción hombre-mujer.
- Establecer las lesiones más frecuentes.
- Determinar las localizaciones más frecuentes de las lesiones.
- Determinar el total de lesiones metabólicas, inflamatorias, neoplásicas y del desarrollo.

METODOLOGÍA

MATERIAL: El origen de la información de la base de datos está en la historia clínica del paciente.

En la información cuantificada se capturaron los reportes histopatológicos en una base de datos conteniendo la siguiente información en cada historia clínica: número de registro, edad, género, localización, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico y tipo de lesión (metabólica, inflamatoria, neoplásica o del desarrollo).

Se realiza el análisis estadístico y para ello se utilizará paquete estadístico para ciencias sociales que sus siglas en ingles son SPSS.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal

POBLACIÓN

Muestras que fueron recibidos en el laboratorio privado de Patología Bucal (Especialistas en Medicina y Patología Bucal).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todos los pacientes que fueron remitidos al laboratorio privado de Patología Bucal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los expedientes que contengan; número de registro, género, edad, localización de la lesión y datos como pruebas de laboratorio, citología, biopsia y tratamiento, además de mencionar uno o más diagnósticos clínicos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Expedientes que no contengan registro, género, edad, localización y no emitir un diagnóstico clínico.

MÉTODOS

La información se obtuvo del archivo de expedientes del Laboratorio de Patología bucal privado

Se capturaron datos, codificando con un número cada uno de ellos.

VARIABLES

DEPENDIENTES:

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: Es el que se da como resultado de la observación de las características celulares del tejido enfermo a través de las laminillas en el microscopio. El cual se registra como: metabólica, inflamatoria, neoplásica o del desarrollo que se describen en el anexo 1.

INDEPENDIENTES:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Es el diagnóstico fundado exclusivamente en los síntomas y el examen clínico del paciente..

EDAD: Tiempo cronológico transcurrido del paciente.

GENERO: Forma para indicar o diferenciar al paciente en femenino o masculino.

LOCALIZACIÓN: Sitio anatómico en donde se presenta la lesión que pueden ser las siguientes:

LOCALIZACIÓN	CÓDIGO	LOCALIZACIÓN	CÓDIGO
LABIO SUPERIOR	1	REBORDE ALVEOLAR POSTERIOR SUPERIOR	20
LABIO INFERIOR	2	REBORDE ALVEOLARANTERIOR INFERIOR	21

COMISURA IZQUIERDA	3	REBORDE ALVEOLAR POSTERIOR INFERIOR	22
COMISURA DERECHA	4	MAXILAR ANTERIOR	23
MUCOSA LABIAL SUOERIOR	5	MAXILAR POSTERIOR	24
MUCOSA LABIAL INFERIOR	6	MANDÍBULA – CUERPO	25
MUCOSA YUGAL DER.	7	MANDÍBULA- RAMAS	26
MUCOSA YUGAL IZQ.	8	DIENTES ANT. SUP.	27
ENCÍA ANTERIOR SUP.	9	DIENTES POST. SUP.	28
ENCÍA POSTERIOR SUPERIOR	10	DIENTES ANT. INF.	29
ENCÍA ANTERIOR INFERIOR	11	DIENTES POST. INF.	30
ENCÍA POSTERIOR INFERIOR	12	GLÁNDULA PARÓTIDA	31
PALADAR DURO	13	GLÁNDULA SUBMANDIBULAR	32
PALADAR BLANDO	14	GLÁNDULA SUBLINGUAL	33
PISO DE BOCA	15	GLÁNDULAS ACCESORIAS	34
LENGUA –DORSO	16	PERIBUCAL	35
LENGUA -BORDE	17	PIEL	36
LENGUA – VIENTRE	18	OTRO	37
REBORDE ALVEOLAR ANTERIOR SUPERIOR	19		

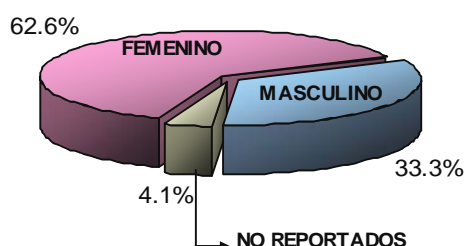
RESULTADOS

Los estudios histopatológicos realizados de Enero del 2004 a Diciembre del 2005 fueron 372 casos.

De los cuales para el género femenino fueron 233 casos, lo que corresponde al 62.6%; para el género masculino fueron 124 (33.3%) y los casos no reportados fueron 15 (4.1%).

	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	233	62.6
MASCULINO	124	33.3
NO PRESENTARON	15	4.1
TOTAL	372	100.0

TABLA. 1. Distribución del género.



GRAFICA 1. Distribución del género.

El rango de edad fue de los 2 a 92 años. La década de la vida donde se encontró el mayor número de lesiones fue la segunda con 58 casos; seguida de la quinta y sexta década con 47 casos cada una.

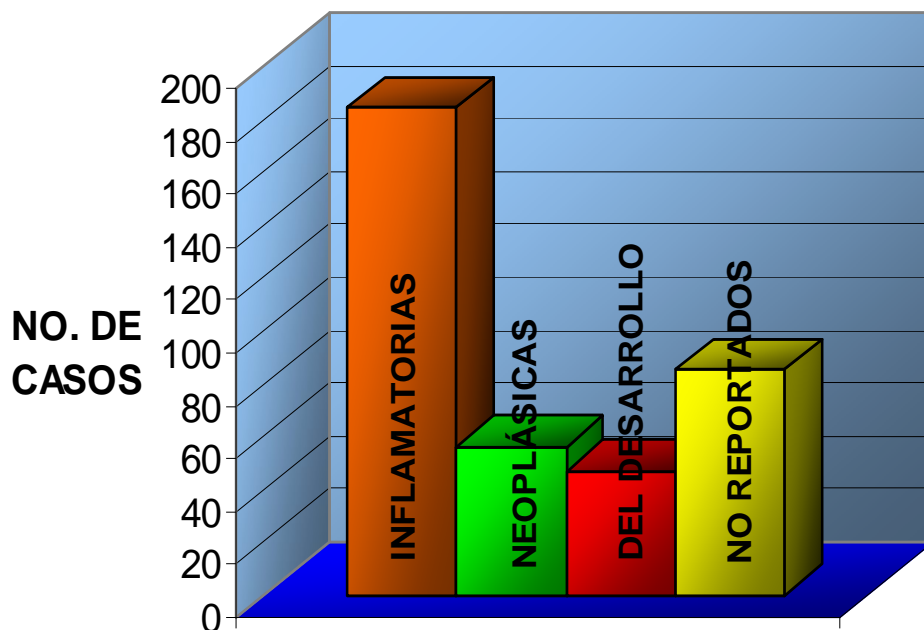
DÉCADA DE LA VIDA	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
1	22	5.9
2	58	15.5
3	41	10.9
4	39	10.4
5	47	12.5
6	47	12.5
7	31	8.3
8	26	6.9
9	2	0.5
10	1	0.3
NO PRESENTARON	58	16.3
TOTAL	372	100.0

TABLA 2. Distribución de las lesiones con la década de la vida.

En los diagnósticos clínicos según la clasificación MIND las lesiones inflamatorias ocuparon el primer lugar con 184 casos que corresponden al 49.4%.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO CLASIFICACIÓN MIND		
	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
INFLAMATORIAS	184	49.4
NEOPLÁSICAS	56	15.2
DEL DESARROLLO	47	12.6
NO PRESENTARON	85	22.8
TOTAL	372	100.0

TABLA 3. Distribución del diagnóstico clínico según la clasificación MIND.



GRÁFICA 2. Distribución de las lesiones del diagnóstico clínico según la clasificación MIND.

De los diagnósticos clínicos arriba mencionados 137 casos (75%) fueron del tipo inflamatoria reactiva, en segundo lugar fueron las del tipo inflamatoria bacteriana con 17 casos (9.3%).

		NO. DE CASOS	PORCENTAJE
INFLAMATORIAS	VIRALES	13	7.0
	MICÓTICAS	1	0.5
	BACTERIANAS	17	9.3
	INMUNITARIAS	16	8.2
	REACTIVAS	137	75.0
TOTAL		184	100.0

TABLA 4. Distribución de las lesiones inflamatorias.

Las lesiones neoplásicas son divididas en benignas y malignas las cuales tuvieron 41 casos y 15 casos respectivamente.

	NO. DE CASOS	PORCENTAJE

NEOPLÁSICAS	BENIGNAS	41	71.4
	MALIGNAS	15	28.6.
	TOTAL	56	100.0

TABLA 5. Distribución de las lesiones neoplásicas.

Las lesiones que se presentaron en el diagnóstico clínico con mayor frecuencia fueron con 58 casos hiperplasia fibrosa; 26 casos mucocele; 18 casos granuloma piógeno; 14 casos queratoquiste; 12 casos quiste dentígero.

LESION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
HIPERPLASIA FIBROSA	58	15.6
MUCOCELE	26	6.9
GRANULOMA PIÓGENO	18	4.9
QUERATOQUISTE	14	3.7
QUISTE DENTÍGERO	12	3.2
GRANULOMA PERIAPICAL	11	3.0
ADEOMA PLEOMORFO	11	3.0
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	9	2.5
SÍNDROME DE SJÖGREN	8	2.1
NEVO	8	2.1
OTROS CON MENOS DE SEIS MENCIONES	108	29.0
NO PRESENTARON	89	24.0
TOTAL	372	100.0

TABLA 6. Principales lesiones que se presentaron en el diagnóstico clínico.

En algunos casos se presentaron más de un diagnóstico clínico o se presentaron dos lesiones dando los siguientes resultados.

	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
INFLAMATORIAS	9	2.4
NEOPLÁSICAS	4	1.1
DEL DESARROLLO	1	0.3
NO PRESENTARON	358	96.2
TOTAL	372	100.0

TABLA 7. Distribución del diagnóstico clínico de las segundas lesiones según la clasificación MIND.

Los diagnósticos clínicos antes mencionados dieron como resultado 7 casos de tipo inflamatoria reactiva (77.8%) y 1 caso de tipo inflamatoria micótica (11.1%) y 1 de caso de bacteriana. No se presentaron lesiones de tipo virales e inmunitariass

		NO. DE CASOS	PORCENTAJE
INFLAMATORIAS	VIRALES	0	0.0
	MICÓTICAS	1	11.1
	BACTERIANAS	1	11.1
	INMUNITARIAS	0	0.0
	REACTIVAS	7	77.8
	TOTAL	9	100.0

TABLA 8. Distribución de las lesiones inflamatorias de los segundos diagnósticos.

Se presentaron 4 lesiones neoplásicas; 3 de tipo benigno y 1 de tipo maligno que corresponden al 75% y 25% respectivamente.

		NO. DE CASOS	PORCENTAJE
NEOPLÁSICAS	BENIGNAS	3	75.0
	MALIGNAS	1	25.0
	TOTAL	4	100.0

TABLA 9. Distribución de las lesiones neoplásicas de los segundos diagnósticos.

Las lesiones que se presentaron fueron:

LESION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
QUISTE PERIAPICAL	4	1.8
QUERATOSIS SEBORRÉICA	1	0.2
HIPERQUERATOSIS	1	0.2
GRANULOMA PIÓGENO	1	0.2
FÍSTULA	1	0.2
GLOSITIS ROMBOIDEA	1	0.2
AMELOBLASTOMA	1	0.2
NEVO	1	0.2
AMELOBLASTOMA UNIQUÍSTICO	1	0.2
ADENOCARCINOMA	1	0.2

QUERATQUISTE	1	0.2
NO PRESENTARON	358	96.2
TOTAL	372	100.0

TABLA 10. Principales lesiones de los segundos diagnósticos clínicos.

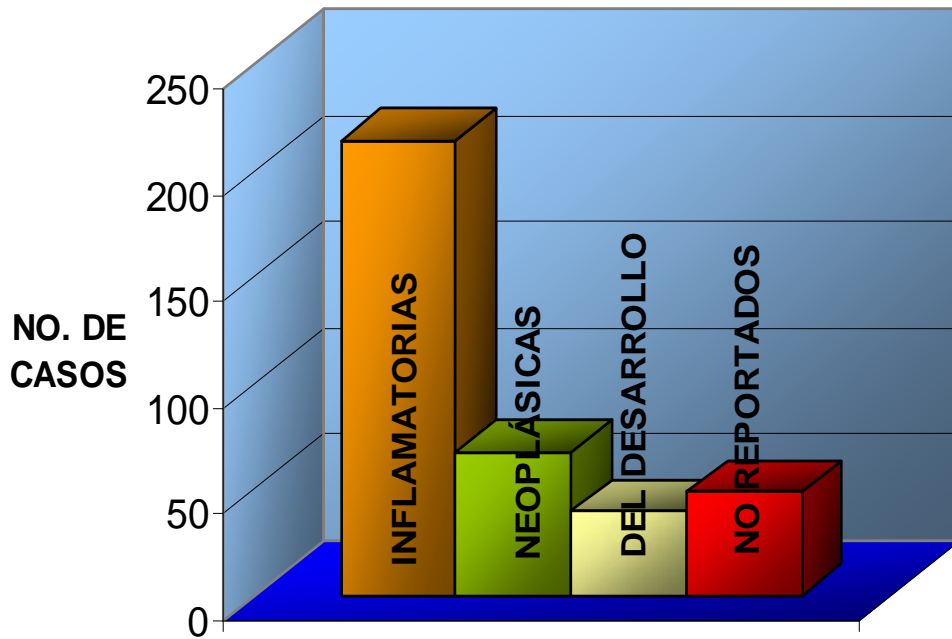
La distribución de los diagnósticos histopatológicos según la clasificación MIND muestra una tendencia por las de tipo inflamatorio con 215 casos, le siguen las neoplásicas con 68 casos y por último las del desarrollo con 40 casos. No se presentaron lesiones de tipo metabólico.

TABLA 11. Distribución de los diagnósticos histológicos según

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO CLASIFICACIÓN MIND		
	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
INFLAMATORIAS	215	58.2
NEOPLÁSICAS	68	18.2
DEL DESARROLLO	40	10.2
NO PRESENTARON	49	13.4
TOTAL	372	100.0

la

clasificación MIND.

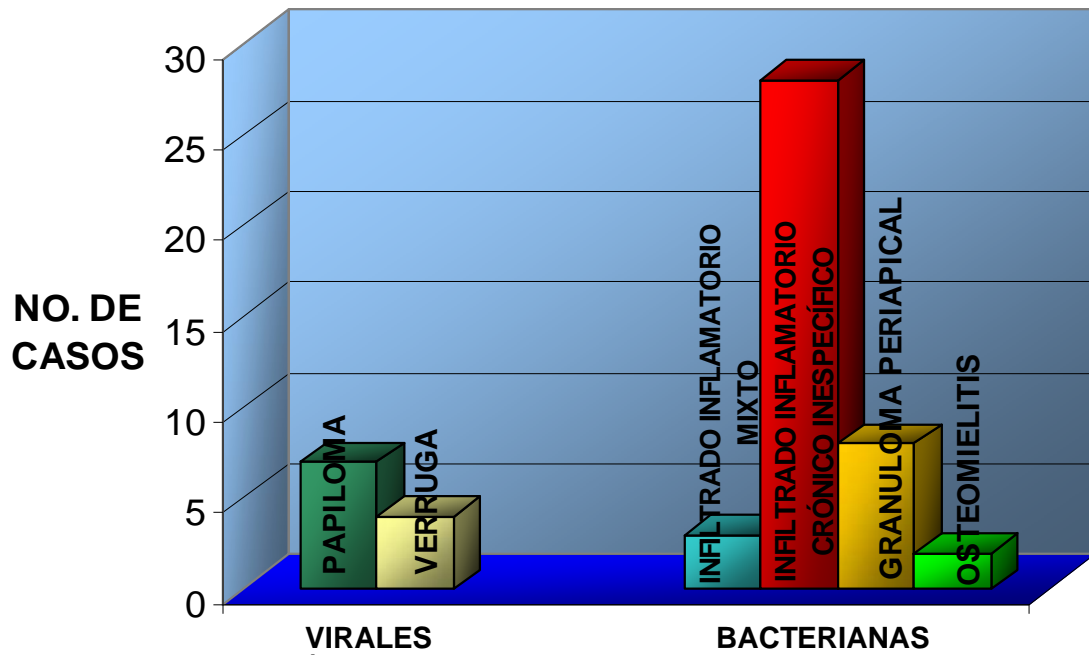


GRÁFICA 3. Distribución de las lesiones del diagnóstico histológico según la clasificación MIND.

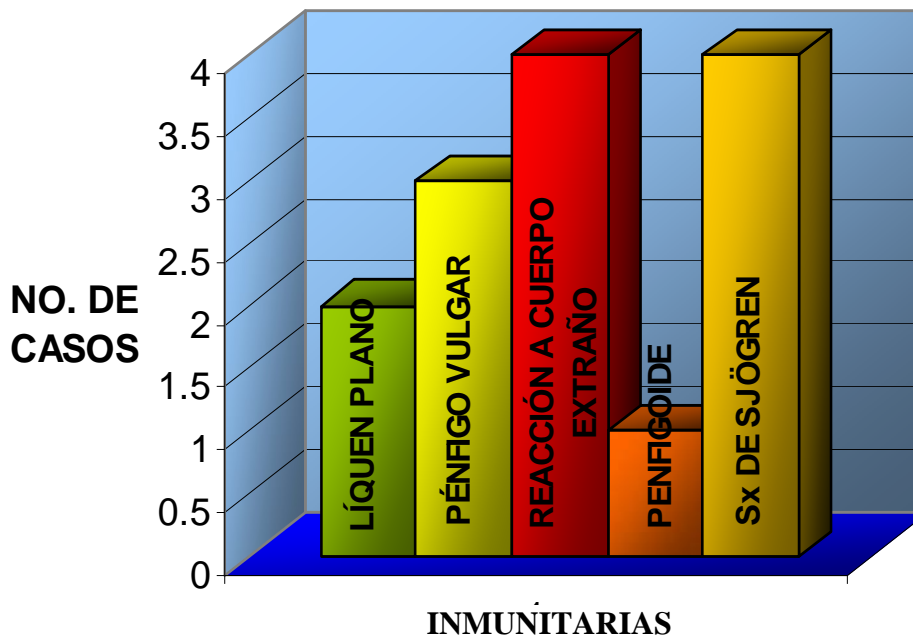
Dentro de las subdivisiones que se presentan en las lesiones de tipo inflamatorio tenemos que las reactivas predominaron con 149 casos lo que corresponde al 70.1%; bacterianas 41 casos (18.5%) inmunitarias 14 casos, (6.4%) y virales 11 casos (5.0%).

TABLA 12. Distribución de las lesiones inflamatorias.

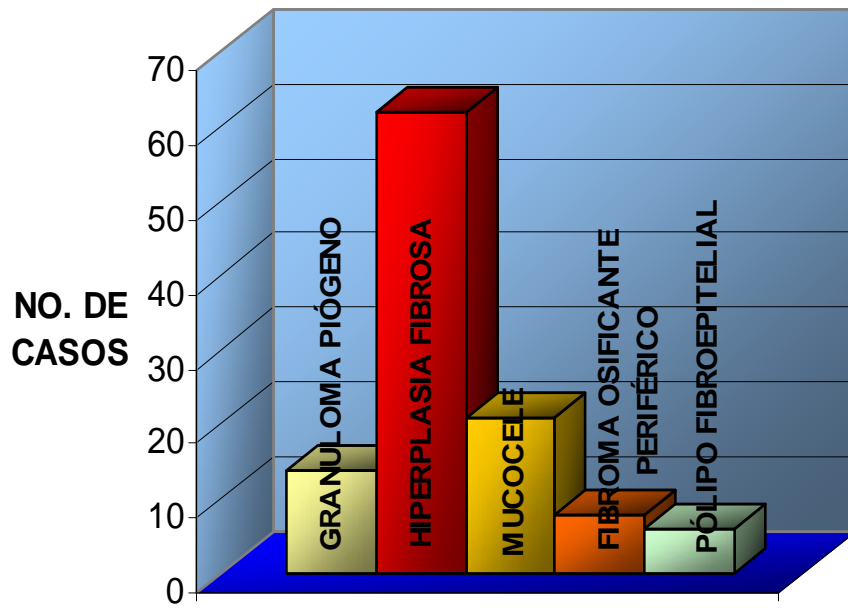
		NO. DE CASOS	PORCENTAJE
INFLAMATORIAS	VIRALES	11	5.0
	MICÓTICAS	0	0.0
	BACTERIANAS	41	18.5
	INMUNITARIAS	14	6.4
	REACTIVAS	149	70.1
	TOTAL	215	100.0



GRÁFICA 4. Distribución de las lesiones inflamatorias en virales y bacterianas.



GRÁFICA 5. Distribución de las lesiones inflamatorias en Inmunitarias.



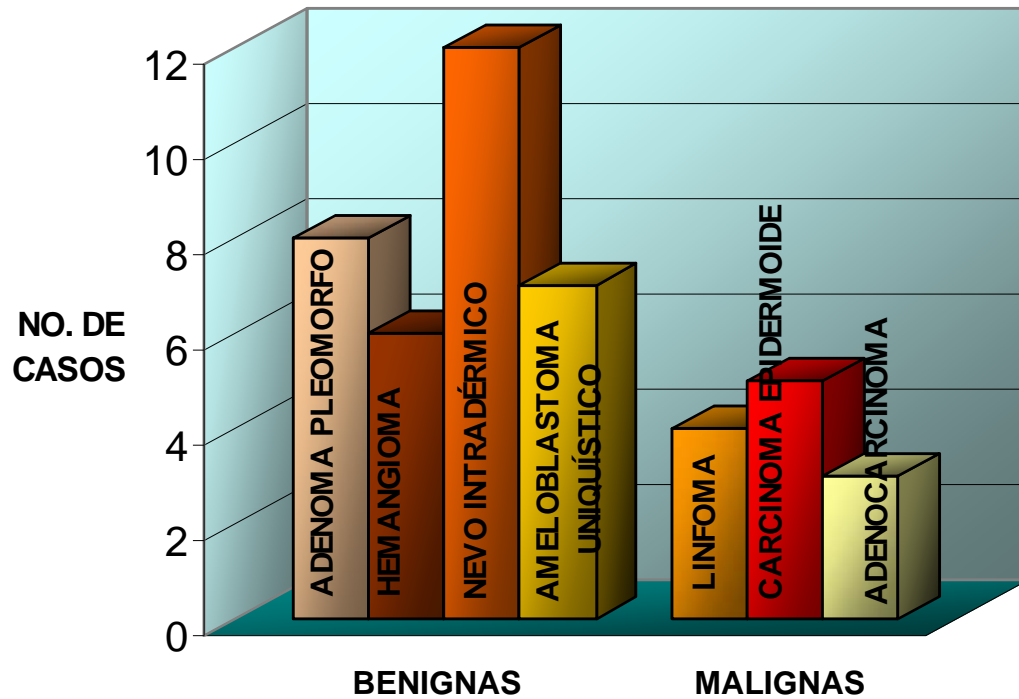
REACTIVAS

GRÁFICA 6. Distribución de las lesiones inflamatorias en reactivas.

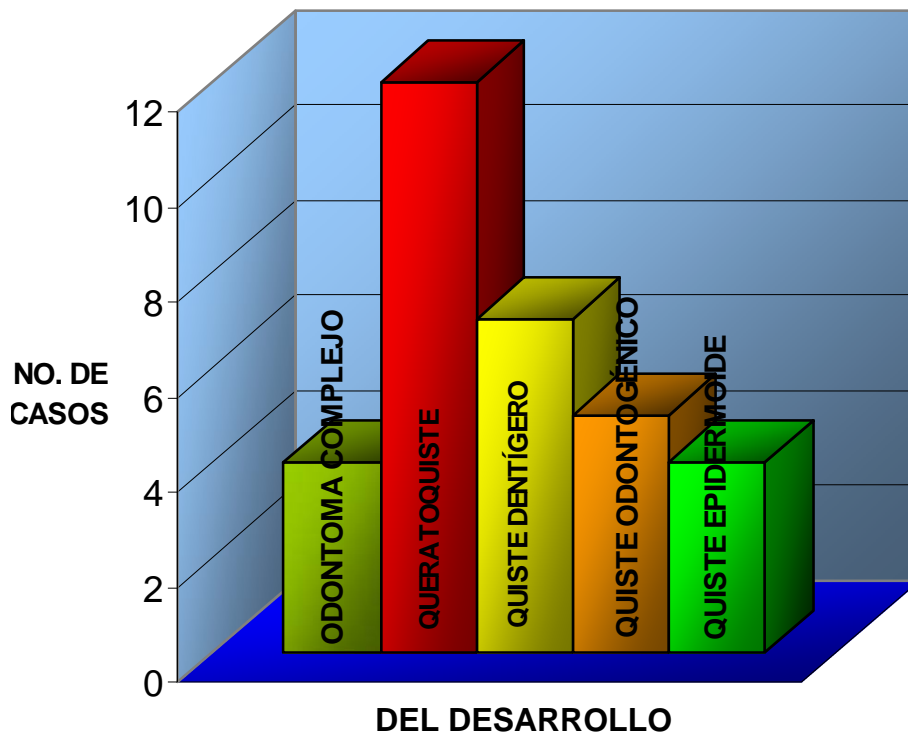
Las lesiones neoplásicas benignas presentaron el 76.4% con 52 casos y las malignas el 23.6% con 16 casos.

		NO. DE CASOS	PORCENTAJE
NEOPLÁSICAS	BENIGNAS	52	76.4
	MALIGNAS	16	23.6
	TOTAL	68	100.0

TABLA 13. Distribución de las lesiones neoplásicas.



GRÁFICA 7. Distribución de las lesiones neoplásicas.



GRÁFICA 8. Distribución de las lesiones del desarrollo.

Las 5 lesiones más frecuentes fueron la hiperplasia fibrosa con 62 casos; infiltrado inflamatorio crónico inespecífico 28 casos; mucocele 21 casos; granuloma piógeno 14 casos y queratoquiste 12 casos.

**I. LUGAR QUE OCUPAN.
II. NO. DE CASOS**

**III. NOMBRE DE LA LESIÓN
IV. PORCENTAJE**

I	II	III	IV
1	62	Hiperplasia fibrosa	16.7
2	28	Infiltrado inflamatorio crónico inespecífico	7.5
3	21	Mucocele	5.6
4	14	Granuloma piógeno	3.8
5	12	Queratoquiste	3.2
6	12	Nevo intradérmico	3.2
7	8	Granuloma periapical	2.2
8	8	Fibroma osificante periférico	2.2
9	8	Adenoma pñeomorfo	2.2
10	7	Papiloma	1.9
11	7	Ameloblastoma uniuístico	1.9
12	7	Carcinoma epidermoide	1.9
13	7	Quiste dentígero	1.9
14	6	Pólipo fibroepitelial	1.6
15	6	Hemangioma	1.6
16	5	Quiste odontogénico	1.3
17	4	Verruga	1.1
18	4	Reacción a cuerpo extraño	1.1
19	4	Sx de Sjögren	1.1
20	4	Granuloma centra de células gigantes	1.1
21	4	Displasia epitelial	1.1
22	4	Linfoma	1.1
23	4	Odontoma complejo	1.1
24	4	Quiste epidermoide	1.1
25	3	Infiltrado inflamatorio mixto	0.8
26	3	Pénfigo vulgar	0.8
27	3	Cicatriz	0.8
28	3	Tatuaje por amalgama	0.8
29	3	Adenocarcinoma	0.5
30	2	Osteomielitis	0.5
31	2	Liquen plano	0.5
32	2	Granuloma central de células gigantes	0.5
33	2	Hiperqueratosis	0.5
34	2	Queratosis seborrérica	0.5

I	II	III	IV
35	2	Úlcera inespecífica	0.5
36	2	Várice	0.5
37	2	Trombo	0.5
38	2	Lesión fibrosa benigna	0.5
39	2	Displasia fibrosa	0.5
40	2	Elastosis solar	0.5
41	2	Gastritis crónica	0.5
42	2	Hueso necrótico	0.5
43	2	Linfangioma	0.5
44	1	Penfigoide	0.3
45	1	Acanosis	0.3
46	1	Hiperplasia papilar	0.3
47	1	Sialoadenitis esclerosante	0.3
48	1	Osteoesclerosis	0.3
49	1	Tumor pardo	0.3
50	1	Folículo hiperplásico	0.3
51	1	Fibroma odontogénico	0.3
52	1	Lipoma	0.3
53	1	Mixoma odontogénico	0.3
54	1	Nevo compuesto	0.3
55	1	Osteoblastoma	0.3
56	1	Quiste óseo traumático	0.3
57	1	Tumor odontogénico adenomatoide	0.3
58	1	Fibromixoma	0.3
59	1	Miofibroma	0.3
60	1	Pilomatrixoma	0.3
61	1	Fibrolipoma	0.3
62	1	Nevo	0.3
63	1	Neuroblastoma	0.3
64	1	Melanoacantoma	0.3
65	1	Linfoma linfocítico	0.3
66	1	Mancha melánica	0.3
67	1	Odontoma	0.3
68	1	Quiste dermoide	0.3
69	1	Quiste hiperplásico	0.3
70	1	Tejido linfoide ectópico	0.3
71	1	Quiste sinovial	0.3
72	1	Nódulo linfoide con infiltración grasa	0.3
73	1	Quiste solitario	0.3

TABLA 14. Lesiones que se presentaron en el diagnóstico histológico en orden decreciente.

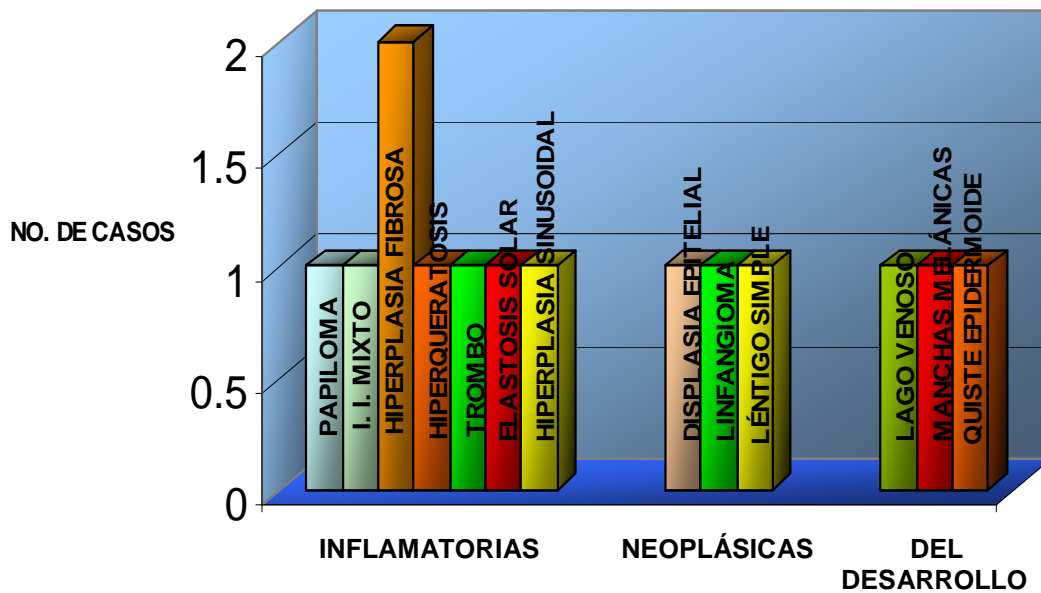
Se obtuvieron en algunos casos dos diagnósticos histológicos o bien dos lesiones.

TABLA

	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
INFLAMATORIAS	8	57.2
NEOPLÁSICAS	3	21.4
DEL DESARROLLO	3	21.4
TOTAL	14	100.0

15.

Distribución de las lesiones de los segundos diagnósticos según la clasificación MIND.



GRÁFICA 9. Distribución de las lesiones de los segundos diagnósticos según la clasificación MIND.

La distribución que existe entre el diagnóstico histológico y la edad muestra que en la 6ª. década de la vida tiene el mayor número de lesiones inflamatorias, seguidas de la 2ª. y 5ª década. Las décadas que más afectaron las lesiones neoplásicas son la 2ª. y la 8ª. Las lesiones del desarrollo afectaron

a la 2^a. 1^a. y 4^a.década, no se presentaron lesiones en la 6^a. 9^a. y 10^a década de la vida.

		DÉCADAS DE LA VIDA										TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO	INFLAMATORIAS	13	29	26	21	28	38	20	13	0	1	189
	NEOPLÁSICAS	3	13	8	8	8	1	7	9	1	0	58
	DEL DESARROLLO	6	10	3	6	4	0	1	2	0	0	32
	TOTAL	22	52	37	35	40	39	28	24	1	1	279

TABLA 16. Distribución del diagnóstico histológico con la década de la vida.

El género femenino fue el más afectado por los tres tipos de lesiones en proporción 2:1 con respecto al género masculino.

		DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO MIND			TOTAL
		INFLAMATORIAS	NEOPLÁSICAS	DEL DESARROLLO	
FEMENINO		137	47	23	207
MASCULINO		71	21	16	108
TOTAL		208	68	39	315

TABLA 17. Distribución del género con el diagnóstico histológico.

La distribución entre género y década de la vida demuestra que de la 2^a a la 6^a década de la vida el género femenino tuvo mayor número de lesiones en una relación aproximada de 2:1 con el género masculino. En la 7^a y 8^a década fue una relación de 4:1 y 3:1 respectivamente. Sólo en la 1^a y 9^a década la relación fue mayor en género masculino 2:1 con respecto al femenino.

		DÉCADAS DE LA VIDA										TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FEMENINO		8	40	30	24	30	29	25	20	0	1	207
MASCULINO		15	18	11	15	17	18	6	6	2	0	108
TOTAL		23	58	41	39	47	47	31	26	2	1	315

TABLA 18. Distribución del género con la década de la vida.

La relación entre localización y diagnóstico histológico presenta que la localización más afectada por las lesiones inflamatorias son el labio inferior, mucosa yugal derecha, encía posterior superior y dorso de lengua. Las localizaciones para las lesiones neoplásicas fueron paladar duro, maxilar posterior, cuerpo de la mandíbula y piel. Las del desarrollo afectaron principalmente el cuerpo de la mandíbula.

I = INFLAMATORIAS
N = NEOPLÁSICAS

D = DEL DESARROLLO
T = TOTAL

LOCALIZACIÓN	I	N	D	T
LABIO SUPERIOR	6	2	0	8
LABIO INFERIOR	20	1	0	21
COMISURA IZQUIERDA	1	0	0	1
MUCOSA LABIAL SUP	3	0	0	3
MUCOSA LABIAL INF	4	0	0	4
MUCOSA YUGAL DER.	10	1	2	13
MUCOSA YUGAL IZQ.	2	1	0	3
ENCÍA ANTERIOR SUP	3	1	0	4
ENCÍA POSTERIOR SUP.	13	0	0	13
ENCÍA POSTERIOR INF.	1	1	0	2
PALADAR DURO	2	8	0	10
PISO DE BOCA	3	1	1	5
LENGUA/ DORSO	13	0	0	13
LENGUA/ BORDE	4	1	0	5
LENGUA/ VIENTRE	2	0	0	2
REBORDE ALVEOLAR POSTERIOR SUPERIOR	2	1	0	3
REBORDE ALVEOLAR ANTERIOR INFERIOR	2	0	0	2

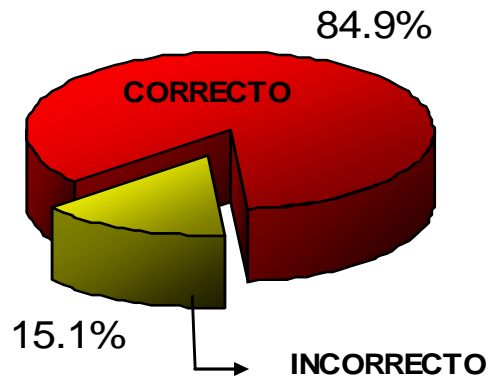
LOCALIZACIÓN	I	N	D	T
REBORDE ALVEOLAR POSTERIOR INFERIOR	2	1	0	3
MAXILAR ANTERIOR	0	0	1	1
MAXILAR POSTERIOR	2	3	2	7
MANDÍBULA CUERPO	9	3	6	18
MANDÍBULA/RAMAS	0	1	0	1
DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	3	0	0	3
DIENTES POSTERIORES SUPERIORES	2	0	2	4
DIENTES ANT. INF.	2	0	0	2
DIENTES POST. INF.	5	1	2	8
GLÁNDULA PARÓTIDA	0	1	0	1
GLÁNDULA SUBMANDIBULAR	1	1	0	2
GLÁNDULAS ACCESORIAS	2	0	0	2
PIEL	0	3	0	3
OTRO	24	115	5	44
TOTAL	143	47	21	211

TABLA 19. Distribución de las lesiones según la localización y el diagnóstico histológico según la clasificación MIND.

La certeza del diagnóstico clínico frente al diagnóstico histológico según la clasificación MIND demuestra que 224 casos fueron correctos y 40 casos fueron incorrectos lo que corresponde al 84.9% y 15.1% respectivamente.

		DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO			TOTAL
		INFLAMATORIAS	NEOPLÁSICAS	DEL DESARROLLO	
DIAGNOSTICO CLINICO	Inflamatorias	156	13	2	171
	Neoplásicas	8	39	3	50
	Del desarrollo	9	5	29	43
	TOTAL	173	57	34	264

TABLA 20. Certeza del diagnóstico clínico frente al diagnóstico histológico según la clasificación MIND.



GRÁFICA 10. Porcentaje del diagnóstico clínico e histológico en correcto e incorrecto.

DISCUSIÓN

El género en el presente estudio tuvo una distribución de 65% para el femenino y 35% para el masculino la cual es similar a los trabajos de Nair R.G³ F- 61% M-39%, Universidad del Bajío¹⁵ F-62% M-38%; Padilla Graciela¹⁷ aunque con un número mayor de casos fue F-61.2% M-36.2%. Cortés Ramón¹⁸ F-59.5% M-36.3%. En el trabajo de Díaz Guzmán¹ el porcentaje fue mayor para el F-71.4% M-28.6 y Universidad del Bajío¹³ F-75% y M-25% los cuales fueron superiores en casi 10 puntos porcentuales.

El género femenino según la clasificación MIND es el más afectado por las lesiones inflamatorias, neoplásicas y del desarrollo en una proporción 2:1 con el género masculino.

El rango de edad fue de los 2-92 años, el cual es el más parecido al de Nair R.G.³ de 2-60 años. Hospital General de Tacoma⁷ presentó rango de 17-

26 años. Otros trabajos presentan pacientes de 15 años en adelante^{10,18} y otros con un rango de 11-30 años¹³.

La década de la vida más afectada fue la segunda la cual coincide con la revisión retrospectiva de la ENEP Zaragoza¹¹ y con la Universidad del Bajío¹⁵ en estos estudios también es afectada la primera década mientras que en el presente son la quinta y la sexta década. De la segunda a la octava y décima década el género femenino es más afectado y sólo en la primera y novena década el género masculino es más afectado en una proporción 2:1.

Las lesiones inflamatorias fueron las que más afectaron de la primera a la octava década de la vida.

La localización de tejidos blandos más afectada fue el labio inferior la cual también es una de las más afectadas en Estudio retrospectivo de la Universidad de Barcelona¹⁶. El tejido duro más afectado fue el cuerpo de la mandíbula.

Dentro de las 5 lesiones más frecuentes se encuentra en primer lugar la hiperplasia fibrosa la cual se localiza con más frecuencia en la mucosa yugal, encía, lengua y paladar duro. Su etiopatogenia parece estar relacionada con factores irritativos crónicos o traumáticos repetidos. Es más frecuente en mujeres que en hombres y tiene una prevalencia alrededor de la tercera década de la vida²¹. Clínicamente aparece como una lesión generalmente única, bien definida, de crecimiento lento y autolimitada. Suele ser asintomática, de aspecto nodular, elevada, pedunculada y sésil de tamaño variable. Su consistencia puede variar desde firme y resiliente a blanda y esponjosa²². La histopatología se caracteriza por la presencia de proliferación de fibroblastos y fibras de colágena rodeadas por una capa de epitelio escamoso estratificado delgado con crestas poco profundas²³.

La hiperplasia fibrosa en el presente estudio tuvo 62 casos con 16.7% el cual es mayor al Jorge J.⁵ con 11.8%; Universidad de Barcelona¹⁶ con 5.4% y Hospital General de Tacoma⁷ con 40 casos 3.93%. FES Zaragoza¹⁴ la menciona en primer lugar con 21.9% junto con Padilla Graciela¹⁷ y Cortés

Ramón¹⁸ con 501 y 136 casos respectivamente. Díaz Guzmán¹⁰ solo la menciona dentro de sus 5 principales lesiones.

La lesión que ocupa el segundo lugar es el infiltrado inflamatorio crónico inespecífico con 27 casos lo que representa el 7.5% de la población. En el trabajo de la Universidad Tecnológica⁶ lo menciona en primer lugar con 6 casos.

El mucocele fue la tercera patología más frecuente. Es una tumoración nodular producida por algún traumatismo a la mucosa y glándulas salivales menores que corta o desgarran dando lugar a derrame o extravasación de moco en el estroma del tejido conectivo circundante. Suele presentarse antes de los 21 años de edad afectando por igual a hombres y mujeres. Se localiza frecuentemente en la superficie de la mucosa del labio inferior, también afecta a menudo la mucosa bucal, superficie ventral de la lengua, piso de boca, paladar y región retromolar. Clínicamente aparece como una lesión indolora al tacto, translúcida o de color azulado, fluctuantes, varía de unos cuantos milímetros hasta algunos centímetros de diámetro. Histológicamente el epitelio superficial está distendido por el acúmulo de mucina la cual suele estar cercada por un borde de tejido de granulación o en lesiones de larga duración. El colágeno denso le confiere un aspecto encapsulado bien circunscrito. No existe revestimiento epitelial. La mucina y el tejido de granulación están infiltrados por abundantes neutrófilos e histiocitos espumosos grandes, redondos u ovalados, macrófagos, linfocitos y en ocasiones células plasmáticas²⁴.

Al mucocele lo mencionan dentro de sus 5 principales lesiones estudios como los de Brooklyn, Nueva York⁶ con 1.4%, Hospital General de Tacoma⁷ 4 casos 4.32%, FES Zaragoza¹⁴ 3.3%, Graciela Padilla¹⁷ en segundo lugar con 187 casos y Cortés Ramón¹⁸ en sexto lugar con 34 casos.

La cuarta patología con el mayor número de lesiones fue el granuloma piógeno el cual es el desarrollo reactivo focal de tejido fibrovascular o de granulación con proliferación endotelial. Clínicamente se puede observar con

mayor frecuencia en la región de la papila interdental. Suele ser de color rojo y a menudo presentar una pseudomembrana grisácea sobre su superficie secundaria a la ulceración del epitelio. Pueden aparecer en otras zonas

como lengua, labios y la mucosa bucal. Se desarrolla con mayor frecuencia en el sexo femenino y en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Histológicamente está formado por tejido de granulación representado por una plétora de canales vasculares anastomosados, revestidos por endotelio o ingurgitados con eritrocitos y nódulos de células endoteliales formando patrones nodulares²³.

El granuloma piógeno obtuvo el segundo lugar en el estudio de Cortés Ramón¹⁸ con 136 casos; el quinto lugar en el estudio de Padilla Graciela¹⁷ con 187 casos y el sexto lugar en el trabajo de Universidad del Bajío¹⁵ con 1.72%.

El queratoquiste fue la quista lesión más frecuente. Esta lesión está generalmente asociada a dientes impactados. Se origina en restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o el maxilar; también hay evidencia que sugiere que pueden derivar de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre²⁵. También podría derivar del órgano dentario por degeneración del retículo estrellado antes de que inicie la aposición del esmalte²⁶. Es una lesión asintomática, de larga evolución de crecimiento lento y expansivo, no destructivo, la piel y la mucosa presentan características normales, crepita a la palpación. Se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida^{1,5,13}. Son más frecuentes en el sexo masculino²⁶. Radiográficamente se observa como una imagen radiolúcida bien circunscrita que presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad en especial en lesiones grandes, sin embargo la mayoría son uniloculares²⁵. En la histopatología se observa que el epitelio está compuesto de una superficie de paraqueratina, la cual está habitualmente rizada o corrugada. Tiene

uniformidad de grosor por lo regular entre 6 y 10 células de profundidad sin formación de invaginaciones dermoepidermales²⁸.

Esta lesión solo fue mencionada en sexto lugar en estudio de FES Zaragoza.

La sexta lesión más frecuente y que comparte el mismo número de casos con el queratoquiste es el nevo intradérmico, el cual se presenta en pacientes jóvenes y principalmente en la piel, donde se denomina "lunar"; el nevo intramucoso se presenta en cavidad oral y es relativamente rara, es asintomático y su color varía de marrón a negro. La lesión crece muy lentamente y por lo general mide menos de 1 cm de diámetro. En la piel la lesión puede ser plana o elevada, de color pardo a marrón oscuro. Histológicamente se caracteriza por nidos (tecas) y/o cordones de células névicas confinadas al tejido conjuntivo. La morfología de las células es variable e incluye los tipos epiteliode, linfocítico, fusiforme y multinucleado. El tratamiento es la extirpación y remisión para la evaluación histopatológica.

Esta lesión solo la menciona ENEP Zaragoza en su revisión retrospectiva en séptimo lugar dentro de sus diez principales lesiones.

CONCLUSIONES

- ▶ Se cumplió la hipótesis 1 ya que el mayor número de lesiones tanto inflamatorias como neoplásicas y del desarrollo se presentaron en el género femenino.
- ▶ Se cumple la hipótesis 2. las lesiones con el mayor número de casos fueron las de tipo inflamatorio según la clasificación MIND.
- ▶ La hipótesis 3 no se cumple ya que fue mayor el número de diagnósticos clínicos que coincidieron con el diagnóstico histopatológico.
- ▶ No se cumple la hipótesis 4 ya que la década de la vida más afectada tanto para el género femenino como para el masculino fue la segunda década.
- ▶ Las lesiones del tipo inflamatoria reactiva son las más frecuentes de ahí que la hiperplasia fibrosa ocupa el primer lugar, le siguen el mucocele y el granuloma piógeno.
- ▶ De las lesiones neoplásicas las benignas son más frecuentes y el nevo intradérmico ocupa el primer lugar y comparte el mismo número de casos con el queratoquiste.
- ▶ El carcinoma epidermoide es la lesión más frecuente entre las neoplásicas malignas.
- ▶ El queratoquiste es la lesión del desarrollo más frecuente.

- ▶ En los estudios realizados ninguno coincide con el presente en cuanto a sus 5 principales lesiones. Algunos coinciden con la hiperplasia fibrosa y el mucocele y otros además con el granuloma piógeno. Sólo el estudio de FES

Zaragoza presenta la hiperplasia fibrosa, el granuloma piógeno, el mucocele y el queratoquiste, es decir, 4 de las 5 lesiones más frecuentes en este estudio.

REFERENCIAS

1. Díaz G. M. Lesiones de la mucosa bucal en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. *Práctica Odontológica*, 1993, 14 (10) pp. 37-48.
2. Mosqueda T.A. Ibáñez M.N. Frecuencia de neoplasias malignas de la región bucal y maxilofacial. *Revista Ciencias Clínicas*, 2000, 1 (1) pp 31-35.
3. Nair R.G. Prevalence a bucal lesions in a selected vietnamese population. *International Dental Journal*, 1996, 46. pp 48 – 51.
4. Bouquot, J. Common bucal lesions found during a mass screening examination. *J. ADA* 1986, 112, PP 50-57.
5. J. Jorge Jr. Bucal mucosal health and diseases in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*. 1991; 19. pp173-175.
6. Ross, N.M. and Gross, E. Oral finding based on an automated, multiphasic health screening program. En. *Journal Medicine*, 1971, 26. pp 21-26.
7. Knapp, MJ. Oral disease in 181, 338 consecutive oral examinations. En *J. ADA*, 83, 1971, pp 1288 – 1293.
8. Cifuentes Guzmán, A.L. Análisis estadístico de una década de investigación sobre biopsias 1970 – 1979 investigación clínica. Tesis.
9. González Reyes, JC. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes de incidencia de caries y prevalencia de lesiones en cavidad oral. *Revista ADM*, 1994, 51 (3) pp 145-148.

10. Díaz Guzmán L. lesiones de la mucosa bucal, estudio epidemiológico en 7279 pacientes. Revista ADM, 1991, vol.XLVIII/2, marzo-abril. Pp 75-79.
11. Ovalle Castro, J. W. Diseño de comprobación de un modelo de registro y referencia por computación aplicado a la patología oral. Revista ADM 1990, 47 (4) pp 161-168.
12. Flores Luna, M. G. y Ovalle Castro J.W. Prevalencia de lesiones de cabeza y cuello de la UNITEC 1986-1988. Práctica Odontológica, 1990, 11 (7) pp 19-27.
13. Jorge J. Bucal mucosal health and diseases in institutionalized elderly in Brazil. Community Dentistry and Bucal Epidemiology. 1991, 19 pp173-175.
14. Solís Crespo, M. Lesiones bucales de mayor frecuencia en la Unidad de Patología de la FES-Zaragoza. Revista de la División de Estudios de Posgrado e Investigación UNAM, 1997, año 1 (3) pp 15-19.
15. Ovalle Castro, J. W. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío. Agosto de 1990 a Diciembre de 1996. Revista ADM, 2000, 57 (4) pp. 132-136.
16. Satorres M. et al. Prevalencia de lesiones orales biopsiadas en un servicio de cirugía bucal. En Medicina Oral, 2001, 6, pp 296 – 305.
17. Padilla Martínez, Graciela. Frecuencia de lesiones histológicas en el Laboratorio de Patología de la DEPEL UNAM en el periodo 1997 – 2000. Tesina.

18. Cortés M. Ramón. Revisión de Estudios Histopatológicos 2003. Tesina.
19. Oficina Sanitaria Panamericana. Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología. Tercera edición. Organización Panamericana de Salud. Oficina Panamericana, Oficina Regional de la Organización de la Salud. 1996.
20. Carpenter W. Two approaches to the diagnosis of lesions of the bucal mucosal, CDA Journal, 1999; vol. 27 (8) agosto, pp 619-623.
21. López Jornet P. hiperplasias y tumores benignos de los tejidos blandos bucales. Fenoll A. Medicina bucal. Madrid. Editorial Síntesis; 1998 pp. 231-246.
22. Bagan J.V. Patología de la mucosa oral. 1ª edición. Barcelona. Editorial Syntex Latino SA. 1989. pp 59-68.
23. Chistopoulos, P; Sklavounou, A; Patrikiou, A. True fibroma of the oral mucosa; a case report. Int. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 23, pp. 98-99.
24. Sapp J. P; Eversole, L. y Wysocki G.P. Patología oral y maxilofacial contemporánea.
25. Regezi Joseph; Sciubba, James J. Patología bucal. Editorial interamericana Mc Graw Hill, México.
26. García Pola, M; González M; López JS. Quistes odontogénicos de los maxilares aspectos clínico-patológicos, diagnósticos y terapéuticos. Medicina oral. pp. 219-241.
27. Arenas, C. nuevos conceptos en quistes de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral. Tesis. Facultad de Odontología; Universidad de Chile.

28. Shaffer, WJ; Levy B.M. Tratado de Patología bucal. Nueva editorial interamericana. México. 4ª edición.



ANEXOS



**LISTADO DE LESIONES METABÓLICAS, INFLAMATORIAS,
NEOPLÁSICAS Y DEL DESARROLLO**

METABÓLICAS

1. Amiloidosis
2. Anemia
3. Anemia ferropénica
4. Anemia perniciosa
5. Enfermedad de Paget
6. Gingivitis hiperplásica
7. Hiperparatiroidismo
8. Osteogénesis imperfecta
9. Osteopetrosis



Sandra Jiménez Alvarado

INFLAMATORIAS

VIRALES	MICÓTICAS	BACTERIANAS	INMUNITARIAS	REACTIVAS
1.Citomegalovirus	1.Aspergilosis	1.Abceso periapical	1.Angioedema	1.Acantosis
2.Condiloma acuminado	2.Aspergillus	2.Actinomicosis cervicofacial	2.Epidermólisis ampollosa	2.Cervicitis
3.Enfermedad de manos, pies y boca	3.Blastomicosis norteamericana	3.Actinomicosis	3.Eritema multiforme	3.Cicatriz fibrosa
4.Faringitis linfonodular aguda	4.Blastomyces dermatitis	4.Caries	4Esclerosis sistémico progresivo	4.Cicatriz queuloide
5.Herpangina	5.Candida albicans	5.Celulitis	5.Estomatitis aftosa mayor	5.Cuerpo extraño
6.Hiperplasia epitelial focal	6.Candidiasis	6.Diente necrótico	6.Estomatitis aftosa menor	6.Ectocervicitis crónica leve inespecífica
7.Leucocitosis asociada a virus	7.Candidiasis pseudomembranosa aguda (muget)	7.Escarlatina	7.Estomatitis aftosa recidivante	7.Esofagitis crónica por reflujo
8.Linfocitoma	8.Candidiasis atrófica (eritematosa)	8.Faringoamigdalitis	8.Estomatitis de contacto	8.Fascitis nodular
9.Molusco contagioso	9.Candidiasis hiperplásica crónica	9.Fístula	9.Lesión linfoepitelial benigna	9.Fenómeno de extravasación mucosa
10.Mononucleosis infecciosa hiperplásica	10.Candidiasis mucocutánea crónica	10.Granuloma periapical	10. Liquen plano	10.Fenómeno de retención mucosa
11.Papiloma	11.Coccidioidemiasis	11.Granuloma periapical con proliferación epitelial	11.Lupus eritematoso	11.Fibroma osificante periférico
12.Paramixovirus	12.Coccidioides immitis	12.Hueso necrótico	12.Lupus eritematoso cutáneo subagudo	12.Fibromatosis / Fibroma desmoplásico
13.Parotiditis epidérmica (paperas)	13.Criptococosis	13.Impétigo	13.Lupus eritematoso discoide	13.Granuloma de células gigantes
14.Rubéola	14.Cryptococcus neoformans	14.Infiltrado inflamatorio agudo	14.Lupus eritematoso sistémico	14.Granuloma periférico de células gigantes
15.Sarampión	15.Glositis romboidea media	15.Infiltrado inflamatorio crónico inespecífico	15.Pénfigo vulgar	15.Granuloma central de células gigantes
17.Verruga vulgar	17.Histoplasmosis	17.Infiltrado inflamatorio plasmocitario	17.Queilitis angular (boquera)	17.Hiperplasia epitelial focal
18.Virus diferentes	18.Zigomicosis rinocerebral	18.Leucocitosis asociada a bacterias	18.Queilitis glandular	18.Hiperplasia fibrosa inflamatoria



Sandra Jiménez Alvarado

	19. Zigomicoto Mucor/Rhizopus	19.Osteomielitis	19.Queilitis granulomatosa	19.Hiperplasia fibrosa focal
		20.Osteomielitis aguda	20.Reacción a cuerpo extraño	20.Hiperplasia gingival inducida por fármacos
		21.Osteomielitis crónica	21.Reacciones liquenoides por fármacos	21.Hiperplasia papilar inflamatoria
		22.Osteomielitis de garré	22.Sarcoidosis	22.Hiperqueratosis
		23.Periodontitis	23.Síndrome de Behcet	23.Miositis osificante
		24.Pulpitis	24.Síndrome de Sjögren	24.Mucocele
		25.Sífilis	25.Úlceras herpetiformes	25.Osteitis condensante
		26.Staphilococcus		26.Pólipo fibroepitelial
		27.Streptococcus		27.Pseudotumor inflamatorio
		28.Treponema pallidum		28.Queratitis seborreica
		29.Tuberculosis		29.Quiste óseo traumático
				30.Quiste de retención mucosa
				31.Quiste periapical
				32.Sialoadenitis esclerosante crónica
				33.Sialolitiasis
				34.Sialolito
				35.Sialometaplasia necrotizante
				36.Tatuaje por amalgama
				37.Úlcera traumática
				38.Úlcera inespecífica con hiperqueratosis
				39.Varice
				40. Hiperplasia siusoidal
				41. Osteoesclerosis
				42.Tumor pardo
				43 Lesión fibrosa benigna
				44. Displasia ibrosa
				45. Elastosis solar
				46. Folículo hiperplásico
				47.Pangastritis erosiva

**NEOPLÁSICAS**

NEOPLASIAS BENIGNAS	NEOPLASIAS MALIGNAS
1.Acantosis	1.Adenosarcoma polimorfo de bajo grado
2.Adenoma monomorfo	2.Adenoblastoma maligno
3.Adenoma pleomorfo	3.Angiosarcoma/Sarcoma de Kaposi
4.Ameloblastoma común	4.Carcinoma epidermoide de células planas
5.Ameloblastoma periférico	5.Carcinoma adenoideo quístico
6.Ameloblastoma uniuístico	6.Carcinoma ameloblastico
7.Carcinoma in situ	7.Carcinoma basocelular
8.Cementoblastoma	8.Carcinoma de células acinares
9.Cisteadenoma papilar linfomatoso	9.Carcinoma de células fusiformes
10.Displasia epitelial	10.Carcinoma epidermoide
11.Eritroplasia	11.Carcinoma intraóseo primario
12.Fibroma cementificante-osificante	12.Carcinoma mucoepidermoide
13.Fibroma desmoplásico	13.Carcinoma nasofaríngeo
14.Fibroma desmoplásico intraóseo	14.Carcinoma odontogénico
15.Fibroma odontogénico	15.Carcinoma verrucoso
16.Fibroma odontogénico central	16.Condrosarcoma
17.Fibroma odontogénico periférico	17.Fibrosarcoma
18.Fibrosis oral submucosa	18.Histiocitoma fibroso maligno
19.Granuloma periférico de células gigantes	19.Histiocitosis de Langerhans
20.Hemangioma	20.Leiomiosarcoma
21.Hiperplasia epitelial	21.Linfangiosarcoma
22.Hiperqueratosis	22.Linfoma de Hodgkin
23.Histiocitosis fibroso benigno	23.Linfoma no Hodgkin
24.Leiomioma	24.Liposarcoma
25.Lesión central de células gigantes	25.Melanoma de extensión superficial
26.Leucoplasia	26.Melanoma lentiginoso acral
27.Leucoplasia verrucosa proliferativa	27.Melanoma léntigo maligno
28.Linfangioma	28.Melanoma nodular
29.Lipoma	29.Melanoma oral
30.Manchas melánicas	30.Neuosarcoma
31.Mieloma múltiple	31.Osteosarcoma
32.Mixoma odontogénico	32.Rabdomiosarcoma
33.Neuolemoma/Neurofibroma	33.Sarcoma de Ewing
34.Nevo azul	34.Tumor maligno de células granulares
35.Nevo compuesto	35.Linfoa
36.Nevo de unión	36. Adenocarcinoma
37.Nevo intradérmico o intramucoso	37. Melanoacantoma
38.Oncocitoma	38. Linfoma kinfocítico
39.Osteoma osteoide/osteoblastoma	39. Eptelioma
40.Queratoacantoma	



41. Quiste odontogénico calcificante	
42. Quiste óseo aneurismático	
43. Quiste óseo traumático	
44. Rabdomiosarcoma	
45. Tumor de células granulares	
46. Tumor odontógeno adenomatoide	
47. Tumor gingival congénito de células granulares	
48. Tumor neuroectodérmico infantil	
49. Tumor odontogénico de células planas	
50. Léntigo simple	
51. Fibromixoma	
52. Miofibroma	
53. Pilomatrixoma	
54. Fibrolipoma	
55. Nevo	
56. Neuroblasoma	
57. Neurofiroma	

DEL DESARROLLO

1. Anemia de células falciformes	20. Queratoquiste
2. Arteria de calibre persistente	21. Quiste dentígero
3. Coristoma óseo y cartilaginoso	22. Quiste dermoide
4. Enfermedad granulomatosa crónica infantil	23. Quiste linfoepitelial
5. Eritroblastosis fetal	24. Quiste nasopalatino
6. Exostosis	25. Quiste odontogénico
7. Fibromatosis gingival hereditaria	26. Quiste paraenteral infectado
8. Folículo hiperplásico	27. Quiste residual
9. Hemofilia	28. Talasemias
10. Lago venoso	29. Telangectasias hemorrágicas hereditarias
11. Malformación arteriovenosa	30. Torus
12. Manchas melánicas	31. Quiste de retención
13. Nevo intradérmico	32. Quiste epidermoide
14. Nevo azul	33. Quiste hierplásico
15. Nevo compuesto	34. Tejido linfoide esópico
16. Nevo de unión	35. Quiste sinovial
17. Odontoma	36. Nódulo linfoide con infiltración grasa
18. Odontoma complejo	37. Quiste solitario
19. Osteoma de partes blandas	38. Quiste sebáceo

