



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONCORDANCIAS EN LOS DIAGNÓSTICOS
CLÍNICOS CON LOS HISTOPATOLÓGICOS DEL
SERVICIO DE PATOLOGÍA BUCAL, DE LA DEPEI, FO.
UNAM.

T E S I N A

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:

KARLA DANIELA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

TUTOR: Dr. JAVIER PORTILLA ROBERTSON

ASESOR: Dr. LUIS FERNANDO JACINTO ALEMÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradezco

A mi madre:

Por ser faro de luz en mi vida, por su amor incondicional, por su educación a base de valores y principios y enseñarme a pescar y no darme el pescado.

A mi padre:

Por elegirme ser su hija y enseñarme a nunca perder la fé.

A mi hermano:

Por ser mi guía en este camino.

A mi abuela:

Por ser tan amorosa. consentirme y abrirme sus brazos llenos de amor en cualquier momento.

A Gerardo:

Por apoyarme y creer en mí en todo momento.

A Fer, Alonso y Rodri. Por su incondicional amistad y apoyarme para superarme personal y académicamente.

Muchas gracias al Departamento de Patología Bucal. DEPeI. FO. UNAM por permitir que mi corta estancia fuera cómoda y de gran aprendizaje, pero principalmente a mi tutor y asesor por compartirme su conocimiento.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.....	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
3. JUSTIFICACIÓN.....	13
4. OBJETIVOS.....	14
5. HIPÓTESIS.....	15
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
7. METODOLOGÍA.....	18
8. RESULTADOS.....	22
9. DISCUSIÓN.....	36
10. CONCLUSIONES.....	41
11. BIBLIOGRAFÍA.....	42

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal retrospectivo que muestra la concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos en el Servicio de Patología bucal, de la DEPeI, FO. UNAM en un periodo de 5 años (2012 a 2016).

En nuestro conocimiento solo existe un estudio similar, Aldape* obteniendo una correlación en el diagnóstica del clínico con el histopatológico con una concordancia de 65.6% y no concordancia de 26.3%.

En el presente estudio se aborda el tema del conocimiento en patología bucal clínica de los diferentes solicitantes del servicio de diagnóstico por los odontólogos, siendo de práctica general, especialistas en patología bucal, cirujanos maxilofaciales y otros especialistas, relacionando con su grado de estudios y la institución de dónde se remite la lesión.

Se analiza la correlación del diagnóstico clínico con el histopatológico, con la naturaleza de la lesión.

La información que proporciona éste estudio será importante para retroalimentar el programa del módulo de patología y medicina bucal a nivel licenciatura de la facultad.

Algunos autores^{1,2} mencionan que la falta de experiencia de los odontólogos de práctica general en relación con las lesiones de la mucosa bucal y lesiones de cabeza y cuello obligan a la interconsulta de los pacientes a un especialista en patología y medicina bucal.

En medicina bucal el diagnóstico temprano y una remisión rápida y apropiada son objetivos importantes, para reducir la morbilidad del tratamiento especialmente en alteraciones potencialmente malignas y carcinomas, reduciendo las complicaciones en intervenciones médicas.

Es importante que todo odontólogo tenga conocimientos necesarios de patología y medicina bucal para realizar un diagnóstico presuntivo y diagnósticos diferenciales, poder tomar una biopsia conociendo sus indicaciones y contraindicaciones enfatizando que el solicitante de los estudios proporcione la información necesaria para que el patólogo bucal realice el diagnóstico histopatológico, así como incluir la información imagenológica necesaria.

*Aldape BB, Padilla MG, Cruz LB. Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. ADM.64(2):61-67.2007.

1. ANTECEDENTES

La biopsia

La biopsia es el estándar de oro para los procedimientos diagnósticos de una lesión, se define como la remoción de una porción de tejido vivo para su estudio.

Raymond JM y Cols.³ menciona que la biopsia se ha utilizado por más de 150 años para establecer el diagnóstico de una lesión, afirmando que la biopsia es el método más antiguo y confiable actualmente para establecer un diagnóstico definitivo. El diagnóstico clínico siempre debe ser confirmado, valiéndose de estudios de gabinete o laboratorio, correlacionado siempre el diagnóstico clínico con el histopatológico.

Algunas lesiones clínicamente pueden ser muy semejantes y parecidas, mientras que otras pueden tener características clínicas diferentes, como ejemplo el liquen plano que puede ser: reticular, anular, vesicular, erosivo y atrófico, confundándose también con lesiones liquenoides; por ello es importante conocer los medios de apoyo para su diagnóstico, como la historia clínica, palpación, inspección visual, radiografías, fotografías y otros estudios especiales.⁴

La biopsia es una herramienta simple, confiable e indispensable en la práctica odontológica y médica este debe ser parte del conocimiento y entrenamiento de los odontólogos de práctica general y especialistas. Es importante enfatizar que la biopsia no debe ser utilizada únicamente para el diagnóstico del cáncer.

La Academia Americana de Especialistas en Medicina Oral reveló que la mayoría de los clínicos actúan o tratan a sus pacientes basados sobre un

diagnóstico clínico inicial antes de realizar una biopsia para establecer un diagnóstico, argumentando que siempre es benéfico iniciar al tratamiento temprano.⁴

En un estudio realizado con 100 pacientes de la Clínica de Medicina Bucal de la DEPEI, Ramos⁵ (2016) encontró que el 99% no tuvo solución a su problema principal a pesar de haber visitado hasta 11 diferentes especialistas, ocasionando pérdidas de tiempo, gastos innecesarios y complicando su padecimiento.

La Academia Americana de Patología Oral y Maxilofacial (AAOMP) recomienda que cualquier tejido normal extraído de un paciente sea sometido a una evaluación y diagnóstico histopatológico por un patólogo oral y maxilofacial certificado⁶.

Las indicaciones para una biopsia según la Asociación Americana de Endodoncia (AAE) son:

(A) Cuando una cantidad de tejido o material extraño es retirado del sitio quirúrgico.

(B) Patología persistente o patología inconsistente con el diagnóstico clínico o tratamiento y enfermedad observada en el examen clínico o radiográfico.

(C) La historia clínica indica la necesidad de una biopsia⁷.

Existen otras indicaciones tales como:

- Lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos.
- Como ayuda en evolución diagnóstica de enfermedades infecciosas, micóticas y bacterianas.
- Para determinar el tipo de tumor maligno o su grado de malignidad.
- En lesiones con sospecha de cáncer.
- Cualquier lesión de aspecto clínico compatible con úlcera, erosión, ampolla y que no muestre evidencia de curación en 15 días.
- Nódulos de crecimiento rápido.
- Lesiones pigmentadas.

- Lesiones blancas.

- Lesiones rojas con sospecha de eritroplasia, y leuco-eritroplasia⁸.

Entre las limitantes para realizar una biopsia en la consulta dental están pacientes con diátesis hemorrágica secundaria o terapia con anticoagulantes, anatómicamente si la lesión está localizada cerca de estructuras vitales que podrían lesionarse durante el procedimiento y en condiciones médicas que se contraindica el uso de anestésicos locales, en regiones previamente irradiadas, tampoco se recomienda en el caso de múltiples neurofibromas debido al riesgo de transformación neurosarcomatosa o en tumores de las glándulas salivales mayores, estas biopsias deben ser realizadas por cirujanos especializados para evitar dañar las estructuras anatómicas cercanas⁹.

El análisis histopatológico requiere de un procesado correcto, para poder efectuar un diagnóstico. Los artefactos incurridos durante el manejo del tejido son una fuente importante de problemas de diagnóstico.¹⁰ En algunos casos, este artefacto es fácil de reconocer p.ej. pinzado del tejido, mala fijación, biopsias superficiales, de tejido necrótico y tejido no representativo.⁹

El diagnóstico histopatológico permite al clínico tratante poder actuar con la certeza de que el tratamiento seleccionado será específico para la alteración. Como se mencionó anteriormente, el prescribir tratamiento al paciente basados únicamente en el diagnóstico clínico tiene el riesgo de no ser de utilidad. Es importante en el caso del cáncer bucal donde el diagnóstico temprano es primordial para la reducción de la morbilidad y mortalidad de un tratamiento menos agresivo y debilitante, mejorar el pronóstico y calidad de vida del paciente¹¹.

Concordancia entre diagnósticos clínicos e histopatológicos

Existen pocas referencias de concordancia diagnósticas clínicas con las histopatológicas.

Raymond JM¹², señala que la tasa de concordancia entre el diagnóstico clínico con el histopatológico fue de 90.7%. En otro estudio, Kush JP¹³ determinó una concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico entre los cirujanos dentistas de práctica general y los especialistas, reportando una concordancia de los odontólogos de práctica general del 37.2% y de los especialistas de 41.1%.

Sandella A. y Cols¹⁴. Durante un periodo de tres años comparó los diagnósticos propuestos en las solicitudes de referencia con los diagnósticos histopatológicos definitivos remitidos por médicos generales, especialistas y odontólogos generales. El mayor porcentajes de concordancia fue para los odontólogos generales con 40%, médicos generales 33% y los especialistas con 27%.

Franklin D. y Jones A.² reportan un incremento importante en las solicitudes de servicio diagnóstico por los odontólogos de practica general, en un estudio retrospectivo de 30 años, aumentó de un 7 a un 17%, enfatizando que aun así debe incrementarse más la toma de biopsias por los odontólogos de práctica general.

Espino OS. Y Cols.¹⁵ Realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 360 pacientes para determinar la relación clínico-histopatológica en lesiones de cabeza y cuello. Se comprobó que existe correlación en los diagnósticos de los profesionales, demostrando una alta calidad de la aplicación del método clínico como elemento indispensable en la exploración de los pacientes.

Seoane J. y Cols.¹⁰ investigaron los artefactos de las biopsias en cavidad bucal realizadas por odontólogos generales y cirujanos maxilofaciales y evaluaron la concordancia de los diagnósticos clínicos e histopatológicos,

enfaticando en la prevalencia de los artefactos de manipulación quirúrgica provocando aplastamiento, escisión y fragmentación en los tejidos.

El mismo autor¹¹ en otro de sus estudios evaluó las experiencias, habilidades y nivel de precisión de los odontólogos generales como examinadores para la detección oportuna de lesiones premalignas y malignas en el Servicio Nacional de Salud en el noroeste de España. Concluyeron que se requiere adquirir conocimientos de los odontólogos para la detección clínica de cáncer bucal.

Janet AY. Y Cols.¹⁶ Evaluó los conocimientos, opiniones y prácticas de un grupo de médicos y odontólogos en Maryland en la prevención, diagnóstico y detección del cáncer oral concluyendo que los odontólogos realizaron con mayor frecuencia la exploración para la detección de cáncer oral, aunque los médicos diagnosticaron más pacientes con alto riesgo de padecerlo.

Jara T.¹⁷ reportó que el 98.3% de las biopsias coincidieron en sus resultados, con los diagnósticos clínicos de los especialistas, también reporta que la mayoría de los pacientes que se atienden la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, entre los años 2010-2014 son derivados de otras clínicas y no son los primeros en realizar un diagnóstico.

Aldape Barrios y Cols¹⁸. en el Servicio de Patología Bucal DEPEI en el periodo de enero de 1997 a diciembre del 2001 fue de 3,293 número de registro de estudios histopatológicos reportó que se observó que el 65.6% de los casos coincidieron y el 26.3% no coincidieron.

Sepúlveda RI. y Cols.¹⁹ en el Depto. de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L en los años de 1991 a 1997 recibieron 693 casos para su análisis histopatológico, de los cuáles el 79.08% concordó con los diagnósticos clínicos, aunque el 10.97% no presentaban un diagnóstico clínico del referidor.

El mismo autor²⁰ en otro estudio de 1989 a 2008, con 2,183 biopsias, presentó una concordancia del 54.1%, ligera discordancia del 13,8 %, no concordancia de 7,9 % y sin diagnóstico clínico un 24,2 %.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro conocimiento sólo existen tres estudios en México que relacionan el diagnóstico clínico con el histopatológico.

Por lo que es de importancia conocer las concordancias del diagnóstico clínico con el histopatológico referente a odontólogos de práctica general, cirujanos maxilofaciales, patólogos bucales y otros especialistas e instituciones de referencia.

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando que hay pocos estudios descriptivos sobre la concordancia del diagnóstico clínico con el histopatológico, así como la relación con la frecuencia del grado de estudios de los solicitantes de biopsia y estudios histopatológicos, se realiza este estudio que permitirá tener información de la relación de la frecuencia las lesiones, localización, concordancias del diagnóstico clínico en relación al histopatológico y el grado de estudio de los solicitantes.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la concordancia que hay entre diagnóstico histopatológicos y clínicos.

Objetivos específicos

La relación del diagnóstico clínico con el histopatológico
Conocer las discrepancias entre cirujanos dentistas de práctica general, patólogos bucales, cirujanos maxilofaciales y otros especialistas.

5. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo (H_t):

- Existen diferencias en los diagnósticos clínicos con los histopatológicos entre odontólogos generales, especialistas y cirujanos maxilofaciales.

Hipótesis nula (h_0):

- No Existen diferencias en los diagnósticos clínicos con los histopatológicos entre odontólogos generales, especialistas y cirujanos maxilofaciales.

Hipótesis secundarias:

- Existen diferencias en los diagnósticos clínicos con los histopatológicos entre odontólogos de la UNAM y odontólogos de otras instituciones.
- Existe mayor frecuencia de lesiones bucales en adultos.
- Existe mayor frecuencia de lesiones bucales en mujeres que en hombres.
- Existe mayor frecuencia de lesiones bucales en lengua y labio inferior.
- Existen diferencias entre el grado académico del solicitante y la concordancia del diagnóstico clínico con el histopatológico.
- Existen diferencia entre la institución que remite la lesión y la concordancia del diagnóstico clínico con el histopatológico.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Temporalidad y ubicación:

Formatos de expedientes del año 2012-2016 del Departamento de Patología Bucal de la DEPEl de F.O. UNAM.

Recursos materiales:

Materiales:

Archivos de expedientes del año 2012 al 2016 del Departamento de Patología Bucal de la DEPEl de F.O. UNAM.

Computadora Hp

Excel 2016

IBM SPSS 22

Humanos:

Seminarista

Patólogos bucales

Población de estudio:

Archivos del 2012 al 2016

Número de unidades de observación analizadas 4,134 formatos

Criterios de inclusión:

Diagnósticos clínico e histopatológico emitidos en el Departamento de Patología y Medicina Bucal de la DEPEl de F.O. UNAM que contengan edad y género del paciente, localización, diagnóstico clínico e histopatológico y grado de estudios del solicitante e institución de referencia.

Criterios de exclusión

Formatos que no cuenten con diagnóstico clínico, y que el material sea insuficiente para diagnóstico histopatológico.

VARIABLES

Variables Independientes:

Edad: Cantidad de años.

Sexo: Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer y hombre.

Localización: Sitio anatómico dónde se encontró la lesión.

Concordancia del diagnóstico clínico con el histopatológico: Relación del diagnóstico clínico dado por el solicitante y el diagnóstico histopatológico dado el patólogo bucal al estudiar un espécimen.

Naturaleza de la lesión: Inflamatoria, traumática, neoplásica, del desarrollo y metabólica.

Grado educativo: Distinción dada por alguna institución educativa.

Licenciatura y especialidad.

Institución: Lugar de donde se remite la lesión.

7. METODOLOGÍA

Se recopiló la información de solicitudes de biopsias y resultados histopatológicos del archivo de Servicio de Patología Bucal de la DEPeI, F.O. UNAM, se capturó en Excel 2016 en una computadora Hp con una codificación diseñada por el tutor, asesor y tesista (Tabla 1,2,3,4,5,6,7).

Se analizaron las siguientes variables:

Edad y sexo.

Localización y naturaleza de la lesión.

Concordancia del diagnóstico clínico e histopatológico.

Grado de estudios del solicitante.

Institución que remite la lesión.

En el programa SPSS 22 se obtuvo la frecuencia de las variables, así como la correlación de diagnósticos de acuerdo al nivel de estudios.

Para digitar la codificación de la naturaleza de la lesión se utilizó la clasificación de Mind.

La evaluación de la concordancia del diagnóstico clínico con el histopatológico de la siguiente manera:

Concuerdan si el diagnóstico clínico y el histopatológico es el mismo.

Relacionados si el diagnóstico clínico y el histopatológico son concordantes, por ejemplo, de la misma naturaleza de la lesión.

No concuerdan si el diagnóstico clínico y el histopatológico son diferentes.

Tablas de codificaciones por:

Tabla 1

Edad	Codificación
Niño 1-12 años	1
Adolescentes 13-18 años	2
Adulto joven 19-35 años	3
Adulto 36-59 años	4
Adultos mayores 60-99 años	5
No refiere	6

Tabla 2

Género	Codificación
Masculino	1
Femenino	2
No refiere	3

Tabla 3

Localización	Codificación
Maxilar Anterior	1
Maxilar Posterior	2
Mandíbula Anterior	3
Mandíbula Posterior	4
Paladar	5
Lengua	6
Piso de boca	7
Labio Superior	8
Labio Inferior	9
Comisura	10
Carrillo	11
Extra oral	12
No refiere	13

Tabla 4

Concordancia del diagnóstico clínico con el Histopatológico	Codificación
Si	1
No	2
Relacionados	3
No refiere diagnóstico clínico	4
Diagnóstico descriptivo	5
Material insuficiente para diagnóstico	6

Tabla 5

Naturaleza de la lesión	Codificación
Inflamatorias	1
Traumáticas	2
Neoplásica	3
Metabólicas	4
Del desarrollo	5
No hay diagnóstico histopatológico	6

Tabla 6

Grado académico del solicitante	Codificación
Estudiante	1
CD de práctica general	2
Patólogo Bucal (PB)	3
Cirujano Maxilofacial (CMF)	4
Otros especialistas	5
No refiere	6

Tabla 7

Institución	Codificación
UNAM	1
Otras universidades	2
Sector de Salud Público	3
Sector de Salud Privado	4
No refiere	5

8. RESULTADOS

El número total de archivos de diagnóstico clínico e histopatológico del Departamento de Patología. DEPEI. FO. UNAM en el periodo 2012-2016 fue un total de 4,134 Fig. 1 Tabla.8

Tabla.8 Distribución de casos por año						
Año	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Casos	762	926	779	849	818	4,134

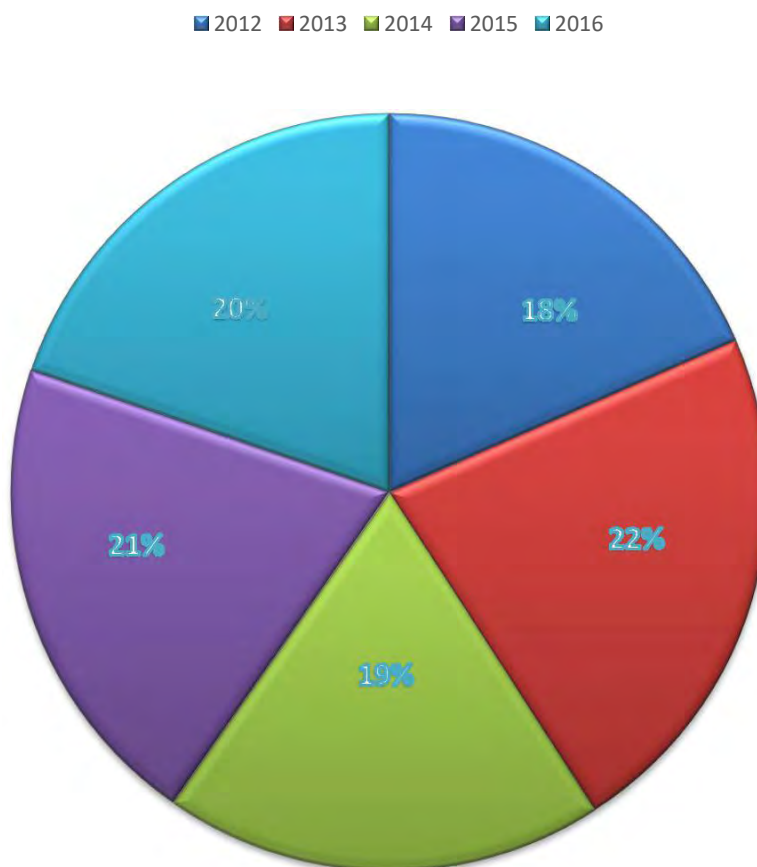


Figura 1. Total de casos del año 2012 al 2016.

Tabla.9 Distribución por edad del paciente						
Edad	2012	2013	2014	2015	2016	Total por edad n (%)
Niños 1-12 años	58(7.6%)	68 (7.3%)	61 (7.8%)	54 (6.4%)	56(6.8%)	297(7.2%)
Adolescentes 13-18 años	40(5.2%)	67 (7.2%)	71 (9.1%)	87(10.2%)	82(10%)	347(8.4%)
Adulto joven 19-35 años	179(23.5%)	137(14.8%)	102(13.1%)	167(19.7%)	95(11.6%)	680(16.4%)
Adulto 36-59 años	293(38.5%)	404(43.6%)	345(44.3%)	347(40.9%)	345(42.2%)	1734(41.9%)
Adultos mayores 60-99 años	175 (23%)	214(23.1%)	177(22.7%)	177(20.8%)	211(25.8%)	954(23.1%)
No refiere	17 (2.2%)	36(3.9%)	23(3 %)	17(2%)	29(3.5%)	122(2.9%)

Los adultos de 36 a 59 años tuvieron mayor la mayor frecuencia con 1734 casos (41.94%), seguido de adultos mayores de 60 a 99 años con 954 casos (23.07%) y los adultos jóvenes de 19 a 35 años con 680 casos (16.44%). Fig.2 Tabla.9

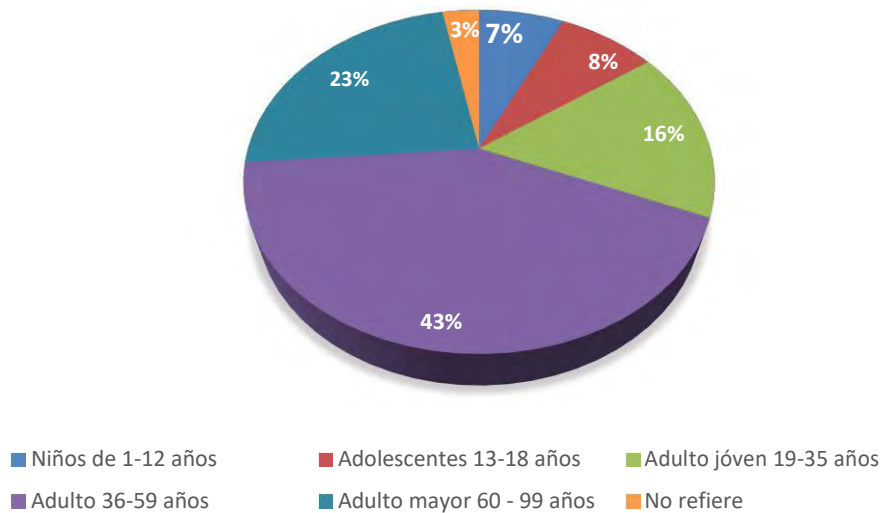


Figura. 2 Total de casos por edad.

Tabla.10 Distribución por sexo del paciente						
Sexo	2012	2013	2014	2015	2016	Total por sexo n (%)
Masculino	317 (41.6%)	311 (33.6%)	287 (36.8%)	335 (39.5%)	292 (35.7%)	1542 (37.3%)
Femenino	445 (58.4%)	605 (65.3%)	484 (62.1%)	503 (59.2%)	520 (63.6%)	2557 (61.9%)
No refiere	0 (0%)	10 (1.1%)	8 (.9%)	11 (1.3%)	6 (.7%)	35 (.8%)

El sexo femenino tuvo mayor frecuencia de lesiones, así como la solicitud de biopsia para el diagnóstico histopatológico con 2557 casos (61.9%) a comparación del sexo masculino con 1542 casos (37.3%) siendo la proporción 1:0.6 .Fig.3 Tabla.10

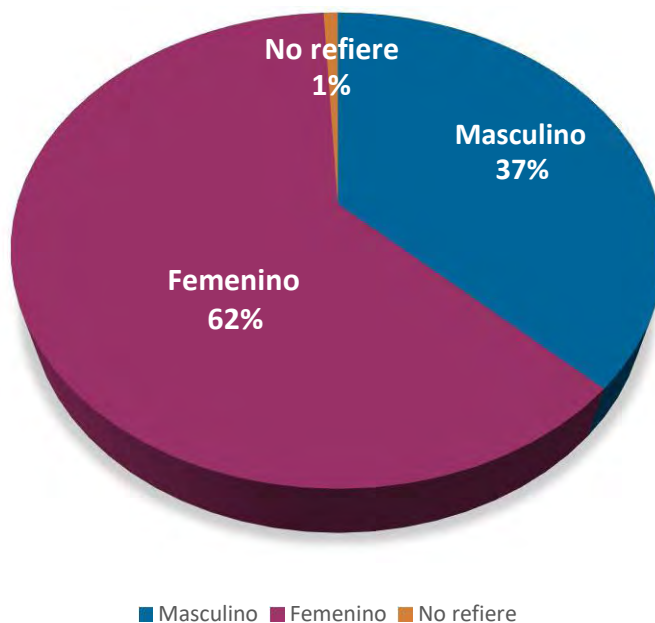


Figura.3 Total de casos por sexo del paciente.

Tabla. 11 Distribución por localización						
Localización	2012	2013	2014	2015	2016	Total por localización n (%)
Maxilar anterior	86 (11.3%)	84 (9.1%)	66 (8.5%)	86 (10.1%)	67 (8.2%)	389 (9.4%)
Maxilar posterior	106 (13.9%)	81 (8.7%)	96 (12.3%)	104 (12.2%)	85 (10.4%)	472 (11.4%)
Mandíbula anterior	22 (2.9%)	23 (2.5%)	17 (2.2%)	27 (3.2%)	18 (2.2%)	107 (2.6%)
Mandíbula posterior	137 (18%)	186 (20.1%)	168 (21.6%)	176 (20.7%)	157 (19.2%)	824 (19.9%)
Paladar	55 (7.2%)	66 (7.1%)	56 (7.2%)	50 (5.9%)	47 (5.7%)	274 (6.6%)
Lengua	104 (13.6%)	142 (15.3%)	106 (13.6%)	108 (12.7%)	117 (14.3%)	577 (13.9%)
Piso de boca	11 (1.4%)	18 (1.9%)	7 (.9%)	9 (1.1%)	14 (1.7%)	59 (1.4%)
Labio superior	24 (3.1%)	17 (1.8%)	22 (2.8%)	19 (2.2%)	15 (1.8%)	97 (2.3%)
Labio inferior	98 (12.9%)	95 (10.3%)	95 (12.2%)	102 (12%)	112 (13.7%)	502 (12.1%)
Comisura	8 (1%)	12 (1.3%)	5 (.6%)	5 (.6%)	14 (1.7%)	44 (1.1%)
Carrillo	59 (7.7%)	90 (9.7%)	73 (9.4%)	74 (8.7%)	81 (9.9%)	377 (9.1%)
Extraoral	17 (2.2%)	28 (3%)	18 (2.3%)	27 (3.2%)	32 (3.9%)	122 (2.9%)
No refiere	35 (4.6%)	84 (9.1%)	50 (6.4%)	62 (7.3%)	59 (7.2%)	290 (7.0%)

La mandíbula en la parte posterior tuvo mayor frecuencia con 472 casos (11.4%), seguido de la lengua con 577 casos (13.9%) y el labio inferior con 502 casos (12.1%). Fig.4 Tabla.11

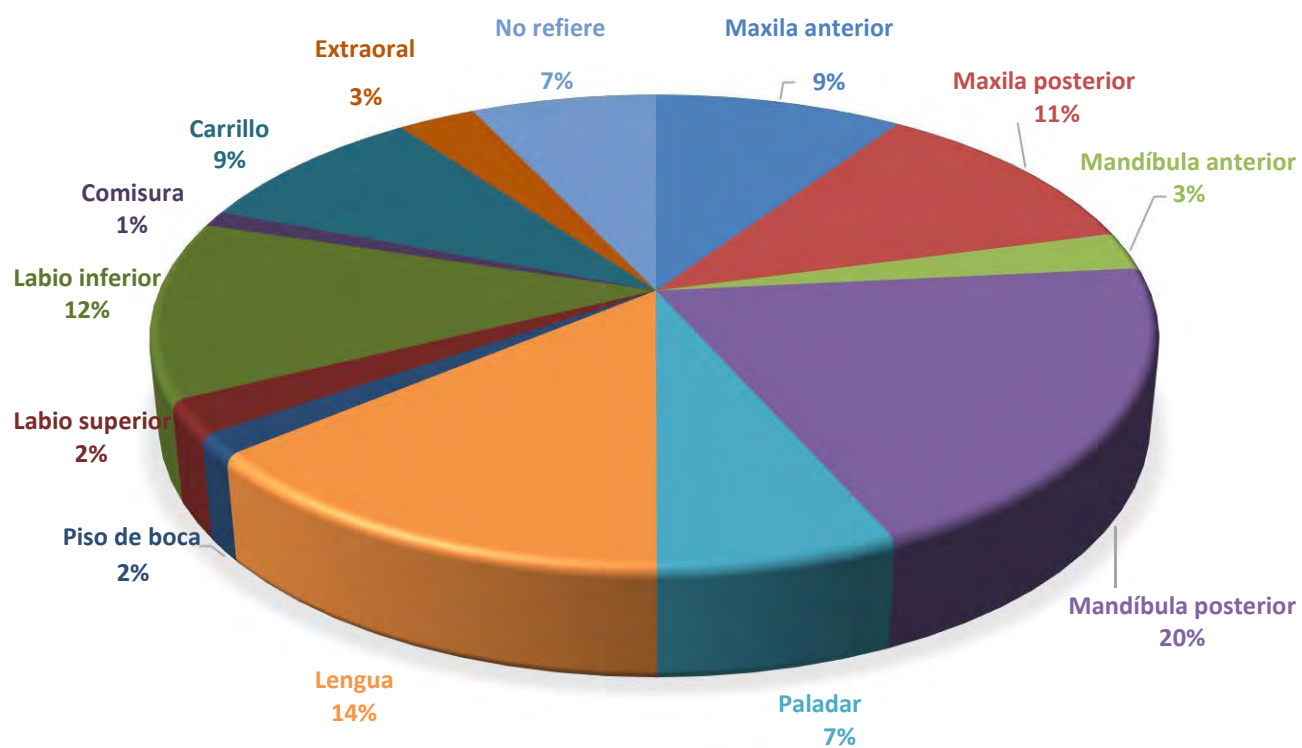


Figura. 4 Total de casos por localización.

Tabla.12 Distribución por concordancia del diagnóstico clínico e histopatológico						
Concordancia del diagnóstico clínico con el Histopatológico	2012	2013	2014	2015	2016	Total por concordancia del diagnóstico n(%)
Concuera	315 (41.3%)	400 (43.2%)	310 (39.8%)	325 (38.3%)	320 (39.1%)	1670 (40.3%)
No concuerda	118 (15.5%)	128 (13.8%)	91 (11.7%)	134 (15.8%)	122 (14.9%)	593 (14.3%)
Relacionado	268 (35.2%)	341 (36.8%)	315 (40.4%)	317 (37.3%)	313 (38.3%)	1554 (37.5%)
No refiere diagnóstico clínico	2 (.3%)	4 (.4%)	15 (1.9%)	6 (.7%)	16 (2%)	43 (1.0%)
Diagnóstico descriptivo	35 (4.6%)	46 (5%)	42 (5.4%)	65 (7.7%)	42 (5.1%)	230 (5.5%)
Material insuficiente	24 (3.1%)	7 (.8%)	6 (.8%)	2 (.2%)	5 (.6%)	44 (1.0%)

Hubo mayor concordancia del diagnóstico 1670 casos (40.3%), seguido de los diagnósticos relacionados 1554 casos (37.5%). los que no concordaron fueron 593 casos (14.34%). Fig.5 Tabla.12

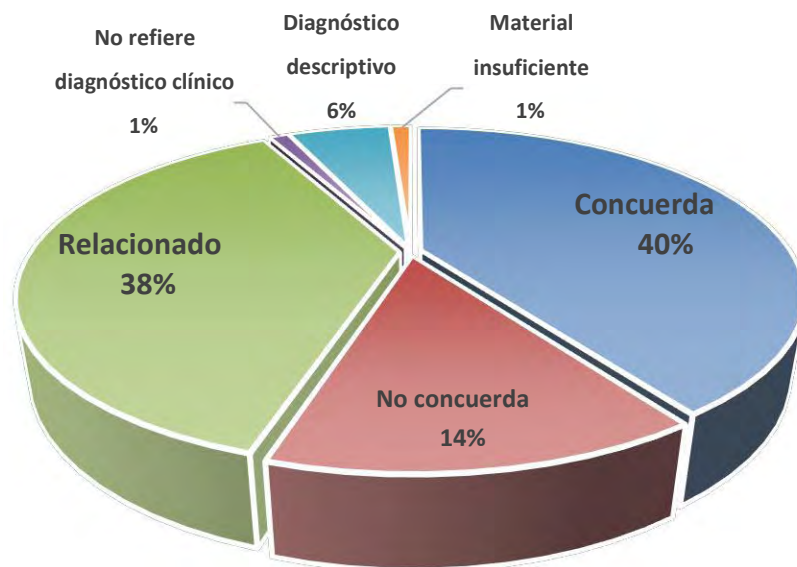


Figura 5. Total de casos por concordancias del diagnóstico clínico con el histopatológico.

Tabla.13 Distribución por naturaleza de la lesión.

Naturaleza de la lesión	2012	2013	2014	2015	2016	Total por naturaleza de la lesión n (%)
Inflamatoria	356 (46.7%)	350 (37.8%)	268 (34.4%)	334 (39.3%)	304 (37.2%)	1612 (39%)
Traumática	67 (8.8%)	72 (7.8%)	57 (7.3%)	72 (8.5%)	78 (9.5%)	346 (8.3%)
Neoplásica	123 (16.1%)	246 (26.6%)	222 (28.5%)	201 (23.7%)	215 (26.3%)	1007 (24.4%)
Metabólica	3 (.4%)	3 (.3%)	3 (.4%)	3 (.4%)	0 (0%)	12 (2.3%)
Del desarrollo	148 (19.4%)	201 (21.7%)	175 (22.5%)	170 (20%)	171 (20.9%)	865 (20.9%)
No refiere diagnóstico histopatológico	65 (8.5%)	54 (5.8%)	54 (6.9%)	69 (8.1%)	50 (6.1%)	292 (7%)

La naturaleza de la lesión que tuvo mayor frecuencia fue la inflamatoria con 1612 casos (39%) seguida de la neoplásica con 1007 casos (24.4%) y las del desarrollo 865 (20.9%). Fig.6 Tabla.13

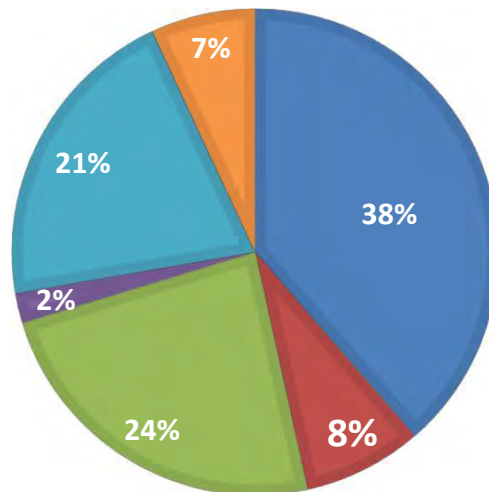
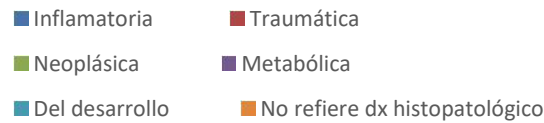


Figura 6. Total de casos por naturaleza de la lesión

Tabla.14 Distribución por grado académico						
Grado académico	2012	2013	2014	2015	2016	Total por grado académico n (%)
Estudiante de licenciatura.	87 (11.4%)	109 (11.8%)	45 (5.8%)	65 (7.7%)	50 (6.1%)	356 (8.6%)
CD general	11 (1.4%)	6 (.6%)	40 (5.1%)	14 (1.6%)	19 (2.3%)	90 (2.1%)
Patólogo bucal	127 (16.7%)	135 (14.6%)	124 (15.9%)	127 (15%)	132 (16.1%)	645 (15.6%)
Cirujano maxilofacial	183 (24%)	235 (25.4%)	224 (28.8%)	276 (32.5%)	216 (26.4%)	1134 (27.4%)
Otras especialidades	48 (6.3%)	76 (8.2%)	68 (8.7%)	57 (6.7%)	54 (6.6%)	303 (7.3%)
No refiere	306 (40.2%)	365 (39.4%)	278 (35.7%)	310 (36.5%)	347 (42.4%)	1606 (38.8%)

La mayoría solicitantes no refirieron su grado académico con 1606 casos (38.8%), seguido de los cirujanos maxilofaciales con 1134 casos (27.4%) y los patólogos bucales 645 casos (15.6%). (Figura.7) (Tabla.14)

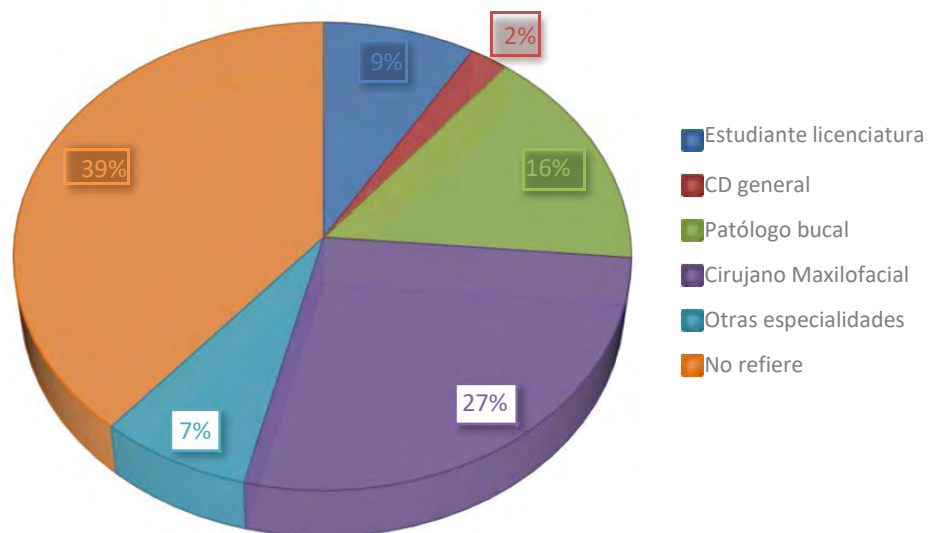


Figura.7 Total de casos por grado académico del solicitante.

Tabla.15 Distribución por Institución						
Institución	2012	2013	2014	2015	2016	Total por Institución n(%)
UNAM	200 (26.2%)	264 (28.5%)	200 (25.7%)	197 (23.2%)	206 (25.2%)	1067 (25.8%)
Otras universidades	23 (3%)	17 (1.8%)	4 (.5%)	20 (2.4%)	2 (.2%)	66 (1.6%)
Institución pública	66 (8.7%)	95 (10.3%)	76 (9.8%)	110 (13%)	31 (3.8%)	378 (9.1%)
Institución privada	47 (6.2%)	48 (5.2%)	34 (4.4%)	26 (3.1%)	5 (.6%)	160 (3.9%)
No refiere	426 (55.9%)	502 (54.2%)	465 (59.7%)	496 (58.4%)	574 (70.2%)	2463 (59.6%)

La mayoría de los solicitantes no refirieron la institución con un total 2463 (59.6%), seguido de la UNAM con 1067 (25.8%) y las instituciones públicas con 378 (9.1%). Figura. 8 Tabla.15

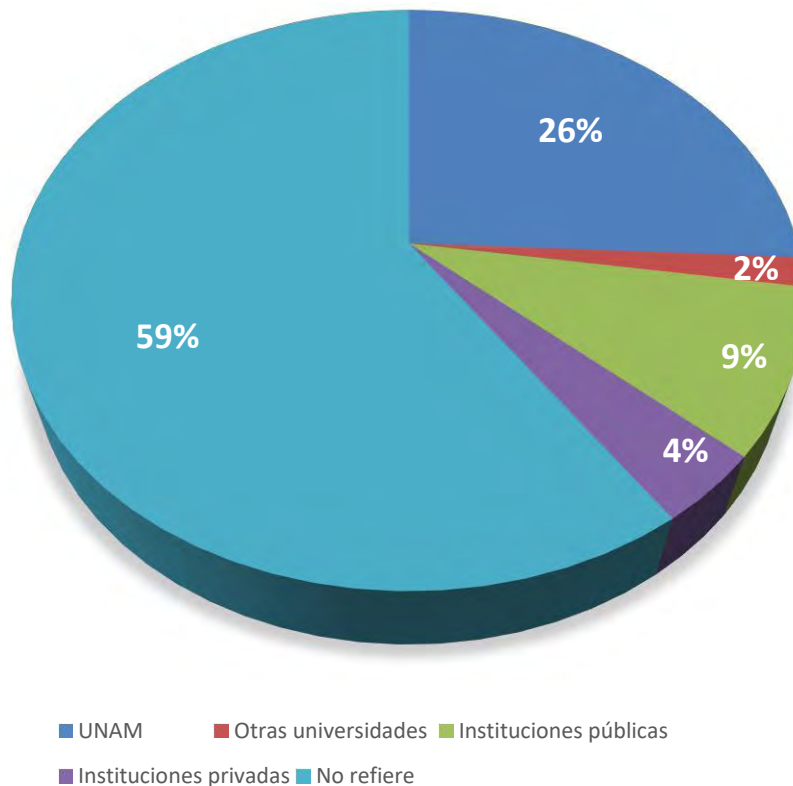


Figura.8 Total de los casos por instituciones remitentes.

Tabla 16.
Variables cruzadas de naturaleza de la lesión y la concordancia del diagnóstico clínico e histopatológico.

	Naturaleza						Total
	Inflamatoria	Traumática	Neoplásica	Metabólica	Del desarrollo	No refiere diagnóstico clínico	
concuera No	803 (50%)	226 (65%)	202 (20%)	5 (42%)	422(49%)	12(4%)	1670
concuera Relacionado	265 (16%)	70(20%)	148 (15%)	2(17%)	93(11%)	15(5%)	593
No refiere dx	529 (33%)	46(13%)	648(64%)	5(42%)	303(35%)	23(8%)	1554
Clínico Dx	1(0%)	0	3 (0.2%)	0	18(2%)	21(7%)	43
descriptivo Material	12(0.7%)	4(1.1%)	6 (0.5%)	0	19(2%)	190(65%)	231
insuficiente	2(0.1%)	0	0	0	10(1%)	31(11%)	43
Total	1612	346	1007	12	865	292	4134

En las lesiones inflamatorias la mayoría concordó con 803 casos (50%) y el la inflamatoria con 226 casos (65%).

En las lesiones neoplásicas la mayoría se relacionaron los diagnósticos con 648 casos (64%) y la metabólica concordaron y se relacionaron los diagnósticos con 5 casos (42%) respectivamente.

La mayoría de las lesiones del desarrollo concordaron los diagnósticos con 422 casos (49%). Tabla. 16

Tabla 17.
Variables cruzadas de concordancia clínica e
histopatológica con el grado de estudios del solicitante

Grado académico	Concordancia						Total
	Concuern	No concuerda	Relacionado	No refiere diagnóstico clínico	Diagnóstico descriptivo	Material insuficiente	
Estudiante CD	127(36%)	56 (16%)	146(41%)	2(0.5%)	17(5%)	8(2%)	356
generales	32(36%)	10(11%)	41(46%)	2(2%)	4(4%)	1(1%)	90
Patólogo bucal	347(54%)	48(4%)	204(32%)	5(0.7%)	37(6%)	4(0.6%)	645
CMF	434(38%)	184(16%)	431(38%)	13(1%)	61(5%)	11(0.9%)	1134
Especialista	102(34%)	43(14%)	126(42%)	1(0.3%)	24(8%)	7(2%)	303
No refiere	628(39%)	252(16%)	606(38%)	20(1%)	88(5%)	12(0.7%)	1606
Total	1670	593	1554	43	231	43	4134

En variables cruzadas de concordancia clínica e histopatológica con el grado de estudios del solicitante. Los patólogos bucales tuvieron la mejor concordancia con 347 casos (54%), seguido de los que no refirieron grado de estudios con 628 casos (39%) y los cirujanos maxilofaciales con 434 casos (38%).

En cuanto al nivel de estudios, tuvieron mayor frecuencia de no concordancia los estudiantes con 56 casos, los solicitantes que no lo refirieron con 252 y los cirujanos maxilofaciales con 184 casos siendo el 16% cada grupo.

Los solicitantes que hubo relación del diagnóstico clínico con el histopatológico fueron los CD de práctica general con 41 casos (46%) seguido del patólogo bucal con 431 casos (38%) y los solicitantes que no refirieron naturaleza con 606 casos (38%).

Los solicitantes que no refirieron el diagnóstico clínico fueron los CD de práctica general con 2 casos (2%), seguido de los CMF con 13 casos (1%) y de los que no refirieron grado académico con 20 casos (1%).

En los diagnósticos descriptivos los especialistas con 24 casos (8%), los patólogos bucales 37 casos (6%) y los estudiantes 17 casos (16%).

Los solicitantes que presentaron material insuficiente fueron los estudiantes con 8 casos (2%), seguido de los CD de practica general 1 (1%) y lo cirujanos maxilofaciales 11 casos (.9%). Tabla.17

Tabla 18.
Variables cruzadas de concordancias clínicas e
histopatológicas con la institución que remite la lesión.

Institución	Concordancia						Total
	Concuerta	No concuerda	Relacionado	No refiere diagnóstico clínico	Diagnóstico descriptivo	Material insuficiente	
UNAM	500 (47%)	113(10%)	378(35%)	7(0.6%)	60(6%)	9(0.8%)	1067
Otra universidad	19(29%)	11(17%)	30(45%)	0(0%)	2(3%)	4(6%)	66
Institución pública	117(31%)	79(21%)	155(41%)	30(0.8%)	21(6%)	3(0.8%)	378
Institución privada	53(33%)	20(13%)	71(44%)	1(0.6%)	12(8%)	3(2%)	160
No refiere	981(40%)	370(15%)	920(37%)	32(1%)	136(5%)	24 (0.9%)	2463
Total	1670	593	1554	43	231	43	4134

En variables cruzadas del diagnóstico clínico con el histopatológico con la institución que remite la lesión.

La UNAM tuvo mayores concordancias de diagnósticos con 500 casos (47%), de los que no refirieron grado de estudios 981 casos (40%) y los de institución privada 30 casos (33%).

Las instituciones públicas tuvieron mayor frecuencia en que no concordaron sus diagnósticos con 79 casos (21%), otras universidades con 11 casos (17%) y los que no refirieron grado de estudios 370 casos (15%). Otras universidades tuvieron mayor frecuencia en relación en los diagnósticos con 30 casos (45%), las instituciones privadas con 71 casos (44%) y las instituciones públicas 155 casos (41%).

Los que no refirieron grado de estudios tuvieron mayor frecuencia en no referir diagnóstico clínico con 32 casos (1.3%), los de institución pública 30 casos (0.8%) y los de institución privada con 1 caso (0.6%) y la UNAM con 7 casos (0.6%). Tabla. 18

Las instituciones privadas tuvieron mayor frecuencia en diagnósticos descriptivos con 12 casos (8%), los de institución pública 21 casos (6%) y la UNAM con 60 casos (6%).

Otras universidades tuvieron mayor frecuencia en remitir material insuficiente para diagnóstico con 4 casos (6%), institución privada 3 casos (2%) y los que no refirieron grado educativo 24 casos (0.9%). Tabla.18.

9. DISCUSIÓN

Un sesgo en los estudios de concordancia de diagnósticos clínicos con los histopatológicos es reportada por Crespo²¹ quién evaluó las diferencias cualitativas en base a la experiencia.

El desempeño de expertos es la combinación de conocimientos, habilidades de razonamiento y la acumulación de experiencias con pacientes que es cualitativamente diferente en odontólogos con poca experiencia y de menor grado de estudios.

Los principiantes solicitaron ayudas diagnósticas adicionales (radiografías, pruebas de laboratorio) más frecuentemente que los especialistas, estos recordaron experiencias con pacientes e información de cursos didácticos, demostrando esquemas de diagnósticos cognitivos que integran la fisiopatología de la enfermedad, mientras que los participantes no habían logrado esta integración y concluye que el desempeño de expertos es una combinación de una base de conocimientos, habilidades de razonamiento y acumulación de experiencias con pacientes que es cualitativamente diferente de la de dentistas principiantes.

En nuestros resultados el número de registro de estudios histopatológicos diagnosticados fueron 4,134, Aldape B y Cols.¹⁸ reportó del año 1997 a 2001 3,293 casos, esto indica que, en el mismo periodo, hay un incremento en el número de solicitudes en nuestro servicio, que se toman más en nuestra institución además posiblemente, de una mayor confianza de los solicitantes

Sepúlveda RI. Cols¹⁹. en los primeros tres años (1991 -1993) de su estudio reporta una tendencia creciente, mientras que en los últimos tiende a estabilizarse con un promedio de 126 muestras.

En éste estudio los casos que se presentaron cada año son irregulares al igual que en el estudio de Aldape BB. y Cols.¹⁸

Aldape BB.Cols.¹⁸ reportó que la edad más frecuente fue de 11 a 20 años y de 21 a 30 años, a comparación de Espino SO. y Cols.¹⁵ que al igual que en éste estudio los adultos de 36 años a 59 años son los que presentan mayor frecuencia en las lesiones patológicas en la cavidad bucal. A pesar de que el INEGI reportó en el 2015 la población menor de 15 años representa el 27% de total, mientras que el grupo de 15 a 64 años, constituye 65% y la población de edad avanzada es el 7.2%. Esto puede ser debido a los factores de riesgo que expone a los adultos a un aumento en la probabilidad de lesiones en la cavidad bucal como son los hábitos nocivos como es el consumo de tabaco y alcohol, factores genéticos, enfermedades sistémicas como la diabetes e hipertensión, prácticas sexuales de riesgo, mala higiene bucal, trauma dental y protésico.

En la variable de género. Sepúlveda RI.Cols.¹⁹ observó una proporción de 2 a 1 en cuanto a los pacientes de sexo femenino con respecto a los de sexo masculino, a comparación de éste estudio se obtuvo una proporción 1:0.6 femenino respecto al masculino, siendo en ambos el sexo femenino con mayor frecuencia. Sólo Zimbabwe²² observó predominio por los hombres fue mayor con un 54.6% con frecuencia en las lesiones. La pirámide INEGI reportó 51.4% de mujeres y de los hombres 48.6%. A pesar de que la diferencia de porcentaje no es tan significativa entre hombre y mujeres en la población mexicana, en nuestro estudio se contabilizaron mayor frecuencia de mujeres, debido a que éstas cuidan más su salud.

La prevalencia de localización de las lesiones en nuestro estudio fue más frecuente enunciando de mayor a menor en: mandíbula, maxilar, lengua, labio inferior, mucosa yugal, paladar, labio inferior, comisura y piso de boca; concordando con Aldape BB. y Cols.¹⁸, que reporta las áreas de localización más frecuentes en: mandíbula, maxilar, labio, encía, y mucosa

yugal, y menos frecuentes en: paladar, piso de boca. No reporta en la lengua la cual en nuestra serie ocupó el 3er lugar.

La distribución de la naturaleza de la lesión Aldape BB. y Cols.¹⁸ se obtuvo que las lesiones de tipo inflamatorio fueron las más frecuentes 71.1%, seguidas de las neoplásicas 14.3% y las de desarrollo fueron las que menos se presentaron con 5.5%, al igual que la de tipo metabólico con 0.02%.

A comparación de nuestros resultados al igual que Aldape BB. y Cols.¹⁸ coincidieron en frecuencia. Las lesiones inflamatorias son las que tuvieron mayor frecuencia con 39% seguidas de las neoplásicas 20.9%, de desarrollo 20.9% y las de menos frecuencia las traumática con 8.3% y la metabólica 2.3% y metabólica 2.3%. Debido a que la etiología de las lesiones inflamatorias, infecciosas, reactivas, hiperplásicas, autoinmunes y traumáticas son más comunes por factores como la maloclusión, el uso de aparatología protésica u ortodóntica mal ajustada, la presencia de placa dentobacteriana, entre otras.

Aldape BB y Cols.¹⁸ concordó los diagnósticos analizados en un 65.6%, como Sepúlveda y Cols.¹⁹ concordando 54.1% y en su otro estudio²⁰ 79.08%, siendo los especialistas en endodoncia con 97% de concordancia, obteniendo mayor concordancia que en nuestro estudio de 40.3%, siendo los patólogos bucales los de mayor concordancia con 54%, siendo menor el porcentaje que el de los especialistas en endodoncia dado por Sepúlveda I. y Cols.²⁰

Sepúlveda y Cols¹⁹. con una ligera discordancia de 13.8% y en éste estudio 37.5%. siendo significativamente mayor. Sólo Sardella AD. Cols.¹⁴ refiere una concordancia similar a éste estudio con el 40% y el que presentó mayor concordancia fue el estudio de Teresa de la Jara¹⁷ con 98.3%.

Los diagnósticos que no concordaron fue el 14.3%, los estudiantes, los que no refirieron grado de estudios y los cirujanos maxilofaciales con 16% cada grupo son los que obtuvieron mayor porcentaje al no concordar sus

diagnósticos, relacionado a Sepúlveda RI. y Cols.^{19,20} que reporta en sus ambos estudios el 7.9% siendo los odontólogos de práctica general lo de menor concordancia con 22.2%.

Siendo que los patólogos bucales obtuvieron mayor concordancia es por conocimientos adquiridos al diagnosticar y explorar minuciosamente al paciente. Los que menos concuerdan estudiantes, los que no refirieron grado de estudios y cirujanos maxilofaciales requiriendo actualización para obtener conocimientos de medicina bucal y métodos de diagnóstico.

Los cirujanos maxilofaciales son los que mandan más biopsias para el estudio histopatológico, como diferencia con Sepúlveda RI. y Cols.¹⁹. que los solicitantes con mayor frecuencia fueron los cirujanos de práctica privada, en este estudio se reporta mayor frecuencia de envió las instituciones de práctica pública a comparación de las de práctica privada y los estudiantes como académicos de la UNAM fueron los más frecuentes solicitantes del diagnóstico histopatológico.

Con material insuficiente para realizar el diagnóstico histopatológico Sardella AD. y Cols.¹⁴ refiere que fue 23% de la población de estudio de los cuales 2.1% fue referido por odontólogos generales y 1.7% por demás especialistas mientras que en este estudio sólo fue el 1% del total de casos analizados y los estudiantes fueron los que tuvieron mayor frecuencia en remitir material insuficiente con 2% en el total de los casos remitidos por éstos, seguido de los cirujanos dentistas de práctica general con 1% y de los cirujanos maxilofaciales con 0.9%.

Los odontólogos de práctica general atienden más pacientes que un especialista siendo éstos junto con los estudiantes lo que remitieron con mayor frecuencia material insuficiente.

Sepúlveda y Cols.¹⁹ en su primer estudio reporta que 2.2% no mencionó diagnóstico clínico presuntivo siendo los de admisión y diagnóstico con mayor porcentaje de no mencionar el diagnóstico clínico con 15.3%, en su segundo estudio reporta que 10.97% son lo que no reportaron diagnóstico

clínico, a comparación de nuestro estudio sólo el 1% no reportó diagnóstico clínico, siendo los odontólogos de práctica general con 2% al no reportar el diagnóstico clínico.

A pesar de que 1% es un porcentaje menor que el reportado por Sepúlveda RI. Y Cols.¹⁹ y el 2% de los odontólogos de práctica general es importante que se diagnostique la lesión clínicamente ya que es un apoyo para el patólogo bucal para el diagnóstico histopatológico.

Sardella AD. y Cols.¹⁴ El 63% de los pacientes recibieron una carta de referencia.

En el Servicio de Patología bucal, de la DEPel, FO. Al solicitante antes de recibir la lesión se verifica que llene una solicitud (Anexo). Este procedimiento facilita y complementa la información.

10. CONCLUSIONES

Se confirma que existen diferencias en los diagnósticos clínicos con los histopatológicos entre odontólogos generales, especialistas y cirujanos maxilofaciales.

Existen diferencias en los diagnósticos clínicos con los histopatológicos entre odontólogos de la UNAM y odontólogos de otras instituciones.

Los cirujanos dentistas tienen conocimientos limitados en la medicina bucal dando como sugerencia la actualización académica constante, así como una mejor educación en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales.

Existe mayor frecuencia de lesiones bucales en adultos.

Existe mayor frecuencia de lesiones bucales en mujeres que en hombres.

Existe mayor frecuencia de lesiones bucales en lengua y labio inferior, aunque la mandíbula tiene mayor frecuencia que las antes mencionadas. Existen mayor frecuencia en lesiones bucales inflamatorias.

Existen diferencias entre el grado académico del solicitante y la concordancia del diagnóstico clínico con el histopatológico.

Existen diferencia entre la institución que remite la lesión y la concordancia del diagnóstico clínico con el histopatológico.

No hay un incremento en solicitudes de diagnóstico histopatológico en el servicio de la DEPEI contrario a lo reportado en otros servicios.

Un recurso facilitador es CEDIVIPA en: www.odonto.unam.mx que ofrece un servicio gratuito, anónimo y confidencial que asesora en la identificación, diagnóstico y manejo clínico patológico de lesiones de la cavidad bucal.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Leonard MS. Biopsy issues and procedures. Dent Today 1995;14:50-5
2. Franklin. A. V. Jones. A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period. British Dental Journal. [internet].2006; 200: 447-450. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16703040>.
3. Raymond JM, Janice PH, Stanley K, John S, Charles JT. The use of biopsy in dental practice: The position of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology, DDS Featured in General Dentistry, [2007]: 457-461. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17899726>
4. Shah J, Patel J. Glándulas Salivales. En: Shah, Patel. Cirugía y Oncología de cabeza y cuello. Madrid: Elsevier; 2004.p. 439-73.
5. José R. Elaboración de un cuestionario de evaluación de los pacientes de la clínica de Patología y medicina bucal DEPEL-FO UNAM [Tesina]. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología;2016.
6. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Parameters and pathways: Clinical practice guidelines for oral and maxillofacial surgery; diagnosis and management of pathologic conditions. Chicago;2001.
7. American Association of Endodontists. Guide to clinical endodontics. Chicago;2004.
8. Herbert CD, Liceth LO. Biopsia en Odontología. SITUA. [internet]. 2006.(1,2):37-41. Disponible en:
9. Kumaraswamy KL, Vidhya M, Rao PK, Mukunda A. Oral biopsy: Oral pathologist's perspectiva. Journal of Cancer Research and Therapeutics. [internet].2012;volumen 8(2):192-198. Disponible en: <http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2012;volume=8;issue=2;spage=192;epage=198;aulast=Kumaraswamy>.
10. J. Seoane PI Varela-Centelles, JR Ramírez, J Cameselle-Teijeiro, MA Romero. Artefacts in oral incisional biopsies in general dental practice:a

pathology audit. Oral Diseases [internet] .2004 volumen 10:113-117. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1354-523X.2003.00983.x/abstract>.

11. J Seoane, Warnakulasuruya, P Varena-Centelle, G Esparza. PD Dios. Oral cancer:experience and diagnostic abilities elicited by dentist in North-western Spain. Oral Diseases [internet].2006;(12):487-492. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-0825.2005.01225.x/abstract>

12.Raymond J. Melrose. Failure to Diagnose Pathology: An Avoidable Complication in Oral and Maxillofacial Surgery. Oral Maxillofacial Surg Clin NAm23.2011;.466-473.Disponible en: [http://www.oralmaxsurgery.theclinics.com/article/S1042-3699\(11\)00105-1/pdf](http://www.oralmaxsurgery.theclinics.com/article/S1042-3699(11)00105-1/pdf).

13. Kush JP, Harsha IS, Darru CT, Robert ML. Concordance Between Clinical of Oral and Maxillofacial. American Association of Oral and Maxillofacial [internet] 2011;(23):465-473.

14.Sardella AD, Demarosi F, Lodi G, Canegallo L, Rimondini L, Carrassi A. Accuracy of Referrals to a Specialist Oral Medicine Unit by General Medical and Dental Practitioners and Educational Implication. Journal of Dental Education. [internet].2006; volumen 71(4):487-491.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468309>

15.Espino SO, Romero JR, Boza YM, Acevedo OS, Quintana IH, PhedeS. Concordancia clínico-histopatológica de lesiones de cabeza y cuello. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [internet] 2009; volumen 7(1):25-29. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100005

16. Janet AY, Harnold SG. Assessing Physicians' and dentist' oral cancer knowledge, opinions and practices. JADA [internet].1995; volúmen126:53-60.Disponible:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817715602628>
17. De la Jara TR, Hernández VG. Estudio de prevalencia de enfermedad oral en título propio de especialista en medicina oral, de la facultad de odontología de la universidad complutense de Madrid, entre los años 2010-2014. [tesis]. España. Facultad de Odontología.2014.
18. Aldape BB, Padilla MG, Cruz LG. Frecuencias de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. ADM [Internet].2006[citado];55(2):61-67. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od072e.pdf>
19. Sepúlveda RI, Saenz G, Hurtado M. Relación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico de muestras recibidas por el depto. de patología oral de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. 1991-1997. 1998.[tesis]. México. Universidad Autónoma de Nuevo León .Facultad de salud pública y nutrición.1998.
20. Sepúlveda RI, Romero EL. Proporción de concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos bucofaciales durante 20 años. Revista Cubana de Estomatología 2011;48 (2):129-135. Disponible en:
<http://medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2011/esc112e.pdf>
21. Kathleen EC, Ed.D, José E. Torres, Ph.D, María ER. Reasoning Process Characteristics in the Diagnostic Skill of Beginner, Competent, and Expert Dentist. Journal of Dental Education.68(12):1235-1240. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/68/12/1235.full.pdf>.
22. Chidzonga MM, López VM, Portilla Álvarez AL. Orofacial biopsies: a survey of 1773 cases seen over a 10 years period. Cent Afr J Med, 1996, 42: 102-109. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8791865>



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL
SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

FOLIO: F.O. -

RECIBO:

IMPORTANTE: Favor de llenar los espacios correspondientes a las características de la lesión y anexar recibo de pago por concepto de estudio histopatológico.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ GÉNERO: _____ OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL.: _____ CELULAR: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: DR.(A) _____ ADSCRIPCIÓN: _____ TEL.: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRESUNTIVO: _____ LOCALIZACIÓN: _____

NATURALEZA DEL ESPÉCIMEN: _____ FECHA DE REALIZACIÓN DE BIOPSIA: ____/____/____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: _____

CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS: _____

NOTA: En caso de tratarse de lesiones intraóseas, favor de adjuntar el estudio imagenológico a esta solicitud.

Señalar en el diagrama 1 la localización exacta y la extensión probable en tejido blando. Para lesiones intraóseas usar el diagrama 2.

DIAGRAMA 1

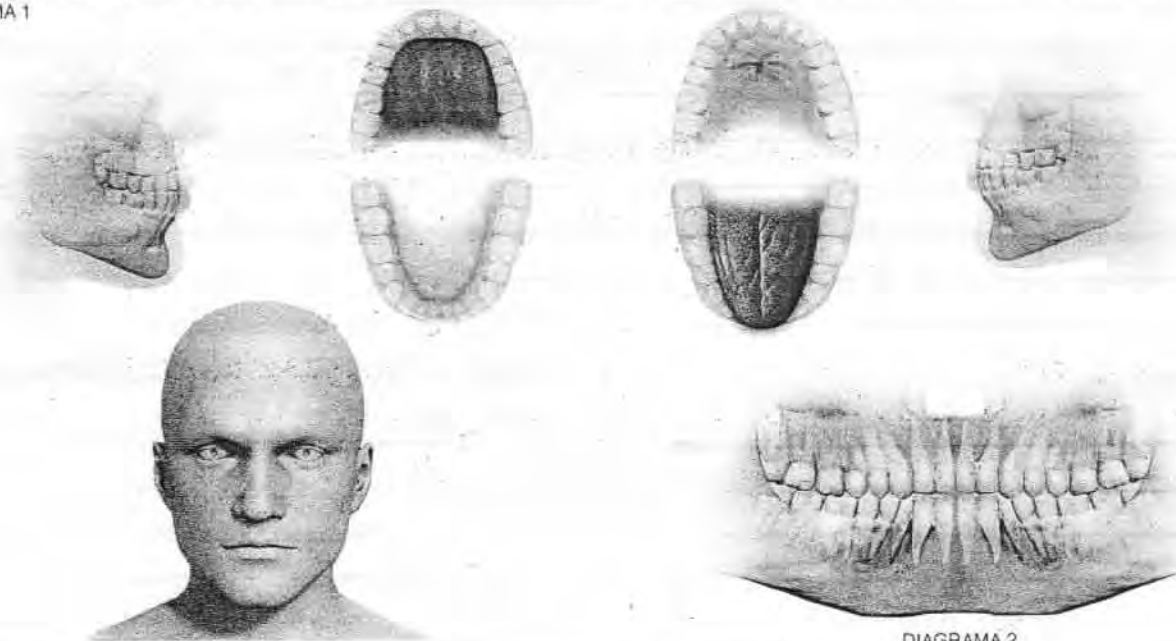


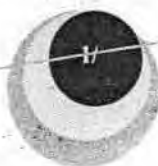
DIAGRAMA 2

TAMAÑO APROXIMADO: _____ X _____ cm.

BIOPSIA: EXCISIONAL INCISIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE BIOPSIA: _____ NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____

FECHA DE ENTREGA DE REPORTE: _____ NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBIÓ: _____





DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

