



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE TITULACIÓN POR ALTO PROMEDIO (TAP)

ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL AÑO 2000 AL 2010
PREVALENCIA DE HIPERPLASIA FIBROSA GINGIVAL,
GRANULOMA PIÓGENO, GRANULOMA PERIFÉRICO DE
CÉLULAS GIGANTES Y FIBROMA CEMENTO-OSIFICANTE
PERIFÉRICO EN MUCOSA MASTICATORIA EN LA DEPEI,
UNAM.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ULISES ALEJANDRO TORRES PORRAS

Tutor: Dr. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA.

Asesor: Esp. DANIEL QUEZADA RIVERA



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.

Agradeciendo a Dios en primera instancia por todas las bondades que me ha brindado, por ponerme en el lugar indicado en el momento indicado, por regalarme la buena fortuna, inteligencia, fortaleza, disciplina, humildad, amor, cariño y todas las cosas que sin merecerlas he recibido.

A la máxima casa de estudios del país, Universidad Nacional Autónoma de México que desde hace más de 13 años me abrió sus puertas para desarrollarme como deportista, estudiante y como persona en general, inicialmente a la Escuela Nacional Preparatoria # 8 por enseñarme los valores que practico día a día, por enseñarme y dejarme practicar el deporte que amo representando sus colores desde pequeño, por permitirme encontrar a todas esas personas que marcaron mi existencia y forman una parte de lo que soy hoy día, por darme la formación y sembrar en mí la semilla de la superación y el éxito. A la Facultad de Odontología por brindarme las armas para enfrentar el mañana, ayudar y devolver un poco a la sociedad que subsidia y hace posible la existencia de esta hermosa escuela.

Agradezco a los profesores que me han formado durante la preparación escolar en las diferentes etapas recorridas, a todas esas personas que encontraron su vocación en mostrar el camino del conocimiento, que depositan su tiempo y confianza en personas como yo, esperando haber aprovechado su dedicación y no defraudarlos, en especial a mis tutores del programa de titulación Esp. Daniel Quezada Rivera y Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda gracias por la oportunidad de explorar el universo de la patología, abrir mi pensamiento así como hacerlo más analítico, la convivencia, la comprensión y el apoyo, nada de esto sería posible sin su invaluable ayuda.

Al deporte más hermoso del mundo por revolucionar mi vida, a los entrenadores por exigirme más y enseñarme que el único límite que existe es aquel que uno se impone, al profesor Francisco Muñoz Villanueva por ser mi primer mentor y demostrarme que todas las situaciones de la vida son comparables con las del juego, aprender de las derrotas, trabajar y disfrutar de las victorias.

Agradezco las lecciones, consejos, y momentos compartidos buenos y malos con mis amigos durante los años de la carrera, Alex, Pancho, Eber, Toño, Caro, Dany, Rojo, Andy, Colin, a ti Cris por ser mi mejor amigo, estar para mí siempre ayudarme y entenderme, son lo mejor que me han pasado.

Tani gracias por ser un pilar en mi vida, ser una luz en mi existencia, guiarme en todos los sentidos, compartir, valorar y disfrutar todos los momentos que hemos vivido juntos, gracias por ser parte de mi y permitirme caminar a tu lado.

Por último quiero agradecer al mejor staff, a mi madre por regalarme la vida, cuidarme, quererme, amarme y poner a prueba mi capacidad, exigirme más, creer en mí y simple y sencillamente por ser como eres te quiero mami.

A ti mi compañero de equipo Axel, fuiste el mejor regalo que pude tener, no sabes como deseaba tenerte, gracias por hacerme tan feliz, esfuérzate y se aun mejor que yo, te quiero hermanito.

A mi padre por dedicar su vida a la familia, por luchar cada día contra cualquier obstáculo, sacrificarse y sacarnos adelante, por ser duro y corregir mis errores, por enseñarme a trabajar y demostrarme cuánto cuesta ganarse la vida, por tus sabios consejos, tus lindas palabras, tu tiempo, cariño y amor incondicional, por encontrar el deporte idea para mí y dejarme practicarle, pero sobretodo por regalarme las experiencias más bellas; trabajar y sudar codo a codo contigo y escuchar a mi familia gritar en los juegos apasionadamente. Gracias por todos y cada uno de los momentos en mi vida Te amo pa, esto solo es una muestra que lo que has hecho no ha sido en vano.

No podía encontrar mejores compañeros de equipo ni recibir un mejor coucheo todo se los debo a ustedes los amo!

ÍNDICE:

	Pág.
1. Introducción	6
2. Marco teórico	8
2.1 Hiperplasia fibrosa gingival	10
2.1.1 Características clínicas	10
2.1.2 Características histopatológicas	12
2.1.3 Pronóstico y tratamiento	13
2.2 Granuloma piógeno	14
2.2.1 Características clínicas	14
2.2.2 Características histopatológicas	15
2.2.3 Pronóstico y tratamiento	15
2.3 Granuloma periférico de células gigantes	16
2.3.1 Características clínicas	16
2.3.2 Características histopatológicas	17
2.3.3 Pronóstico y tratamiento	18
2.4 Fibroma cemento-osificante periférico	19
2.4.1 Características clínicas	19
2.4.2 Características radiográficas	20
2.4.3 Características histopatológicas	20
2.4.4 Pronóstico y tratamiento	20
3. Planteamiento del problema	22
4. Justificación	22

5. Objetivo general	22
6. Objetivo específico	23
7. Hipótesis	23
8. Hipótesis nula	23
9. Criterios de inclusión	24
10. Criterios de exclusión	24
11. Criterios de eliminación	24
12. Diseño del estudio	24
13. Población objetivo	24
14. Selección y tamaño de muestra	25
15. Variables	25
16. Metodología	26
17. Análisis	26
18. Anexos	27
19. Resultados	28
20. Discusión	44
21. Conclusiones	46
22. Bibliografía	47

INTRODUCCIÓN

La encía forma parte de las estructuras que conforman el periodonto, puede sufrir modificaciones funcionales y morfológicas debidas a alteraciones en el medio bucal. Los cambios en color, forma y consistencia en la encía son evidentes y estos pueden dar origen al desarrollo de reacciones hiperplásicas del tejido conjuntivo.⁽¹⁾

La mayor parte de los aumentos de volumen de tejido blando en la cavidad oral son respuestas hiperplásicas inflamatorias a un trauma o infección usualmente crónico.⁽²⁾

Estas lesiones reactivas benignas resultan de la proliferación de uno o más componentes del estroma del tejido conjuntivo y en ocasiones son únicas de la cavidad oral por originarse a partir de los tejidos periodontales u odontogénicos. Las lesiones hiperplásicas son más comunes en la cavidad oral que en otras partes del cuerpo probablemente debido a la proximidad de la mucosa a los órganos dentarios y aparatos protésicos.⁽²⁾

Estas lesiones se encuentran en el 3 % de los adultos representando el 80 % de las biopsias de aumentos de volumen en la cavidad oral. ⁽²⁾

Entre las lesiones hiperplásicas que se presentan en la mucosa masticatoria podemos citar el caso de la hiperplasia fibrosa gingival, granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, fibroma cemento-osificante periférico, siendo este conjunto de entidades las que con mayor frecuencia se encuentran afectando la cavidad oral en dicha región.⁽¹⁾

Su origen aún no es claro pero usualmente se desarrollan después de un traumatismo o una irritación crónica que puede ser ocasionada por mala técnica de cepillado, rehabilitaciones protésicas mal ajustadas, malposición dentaria, extracciones dentales, aunados a una mala higiene, aunque también contribuyen factores hormonales, los cuales podrían acelerar el crecimiento de dichas lesiones.⁽¹⁾

Las lesiones pueden desarrollarse a cualquier edad, predominando en la segunda y quinta décadas de la vida, principalmente en mujeres debido a los efectos vasculares de las hormonas femeninas.⁽³⁻⁴⁾

Pueden presentarse afectando cualquiera de los maxilares y aunque se trata de lesiones de tejidos blandos algunas veces llegan a reabsorber el hueso subyacente. En ocasiones pueden llegar a tener características clínicas muy similares. Se manifiestan como una proliferación nodular, pedunculada o sésil, de color rosa a rojo púrpura. Su crecimiento es rápido y conforme aumentan de tamaño son más susceptibles al traumatismo del cepillado o la masticación, dando como resultado una úlcera y sangrado excesivo. Son asintomáticas, sin embargo algunas suelen presentar ligera molestia a la palpación.⁽³⁻⁵⁻⁶⁾

MARCO TEÓRICO

Épulis es un término genérico que se usa clínicamente para designar a todos los aumentos de volumen de la cavidad oral incluyendo los que se presentan en la encía. Sirve para localizar la lesión pero no la describe. La mayor parte de las lesiones a las que se les llaman épulis son inflamatorias más que neoplásicas. ⁽⁷⁻⁸⁾

Existen numerosas publicaciones acerca de la frecuencia por género y localización de las lesiones hiperplásicas dentro de la cavidad oral en diversos países mientras que en nuestro país las publicaciones referentes a este tema son limitadas. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

En el año 2008 Arcos Castro y cols. publicaron una revisión de 4, 471 biopsias recibidas en 4 años comprendiendo del año 2002-2006 del Laboratorio de Patología Clínica y Experimental de la DEPeI (Departamento de Estudios de posgrado e Investigación) de la Facultad de Odontología. ⁽¹⁰⁾

En el contexto internacional existen estudios de esta naturaleza como es el caso de Buchner y cols. quienes realizaron un estudio retrospectivo de 1675 casos de Israel en el 2010 ⁽⁹⁾, Natheer H Al-Rawi realizo un estudio clínico- patológico de 636 lesiones en Iraq en el 2009 ⁽¹¹⁾, Effiom y cols. realizaron un análisis de 314 casos de lesiones hiperplásicas en una institución terciaria de salud en Nigeria en el 2011⁽¹²⁾, Seyedmajidi y cols. realizaron un estudio clínico-patológico de 107 casos en la Universidad de Ciencias Medicas de Babol en Irán en el 2011⁽¹³⁾, Gándara Rey y cols. realizaron una revisión de 13 casos clínicos de Granuloma periférico de células gigantes en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela en el año 2002 ⁽¹⁴⁾ estos solo por mencionar algunos.

La finalidad de estos estudios es conocer la frecuencia relacionada con género, edad, localización, características, y probables factores que puedan coadyuvar en la aparición de estas entidades dentro de poblaciones específicas, ya que las características raciales, geográficas y culturales pueden llegar a modificar las tendencias reportadas por la literatura.

Debido a que clínicamente, estas lesiones son semejantes, el diagnóstico definitivo se emitirá por medio del estudio histopatológico y el tratamiento más usual será la excisión quirúrgica con el curetaje de los tejidos adyacentes afectados.⁽¹⁵⁾

Es de vital importancia que tanto el especialista como el cirujano dentista de práctica general conozcan las características más importantes de dichas entidades para poder ofrecer al paciente el mejor plan de tratamiento, la orientación adecuada y los fundamentos para poder realizar un adecuado diagnóstico clínico.

HIPERPLASIA FIBROSA GINGIVAL

La hiperplasia fibrosa es el aumento de volumen más común en la cavidad oral. Se trata de una reacción hiperplásica de tejido conectivo fibroso en respuesta a una irritación, infección o trauma local.⁽¹⁶⁾ Fue reportada por primera vez en 1846 como pólipo fibroso.⁽¹⁷⁾

Aunque la hiperplasia fibrosa puede aparecer en cualquier zona de la cavidad oral la localización más común es en la mucosa bucal a lo largo del plano de oclusión, (Figura 1) ⁽¹⁶⁾ presentándose también en la mucosa labial, la lengua el fondo de saco, pudiendo presentarse también sobre la mucosa masticatoria ⁽¹⁷⁾ Dentro de las manifestaciones de estas hiperplasia fibrosas podemos citar a las que se desarrollan sobre la mucosa masticatoria, las cuales pueden ser provocadas por el consumo constante de algunos medicamentos, asociadas a alteraciones genéticas o por causas idiopáticas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La típica apariencia clínica es de un nódulo de superficie lisa, rosado similar a la de la mucosa que la rodea. En algunos casos el aspecto blanco sobre la superficie se debe a la hiperqueratosis resultante de la continua irritación. ⁽¹⁷⁾ La base más común es sésil, aunque algunos pueden presentar pediculada, el rango de tamaño es variable, desde un par de milímetros hasta varios centímetros, dependiendo del tiempo de evolución y la intensidad de la irritación, aunque la mayor parte mide 1.5 o menos de diámetro. ⁽¹⁷⁾

Usualmente no produce síntomas, a menos de que ocurra una úlcera en la superficie después de un traumatismo.⁽¹⁷⁾

En el caso de la hiperplasia fibrosa gingival el aumento de volumen dependerá del tiempo y severidad del problema siendo de leve (Figura 2)⁽¹⁶⁾ a severa, llegando a cubrir por completo las coronas clínicas de los órganos dentarios.(Figura 3)⁽¹⁶⁾

Es más común que aparezcan de la cuarta a la sexta década de la vida y la razón hombre-mujer es casi de 1:2 en los casos sometidos a biopsia.⁽¹⁸⁾

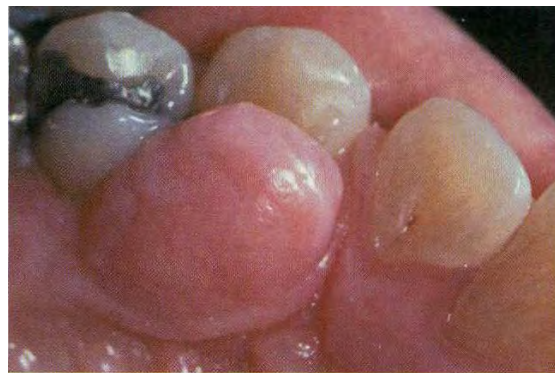


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

Al observarlo al microscopio se observara una masa nodular de tejido conectivo fibroso cubierto por epitelio escamoso estratificado. ⁽¹⁷⁾

El tejido conectivo usualmente es denso y colagenizado, no se encuentra encapsulado, las fibras de colágenos se pueden encontrar de manera radial, circular o al azar ⁽¹⁷⁾ y están compuestas usualmente por colágeno tipo I y III. ⁽²⁾

El epitelio a menudo muestra atrofia de los clavos epiteliales. (Figura 4) ⁽¹⁷⁾ debido al tejido conjuntivo fibroso que recubre y la superficie puede mostrar hiperqueratosis o perdida de la continuidad secundaria a un traumatismo. ⁽¹⁶⁾

Se puede observar con frecuencia infiltrado inflamatorio de tipo crónico compuesto en su mayor parte por linfocitos y células plasmáticas ubicadas comúnmente por debajo del epitelio superficial. (Figura 5) ⁽¹⁷⁾

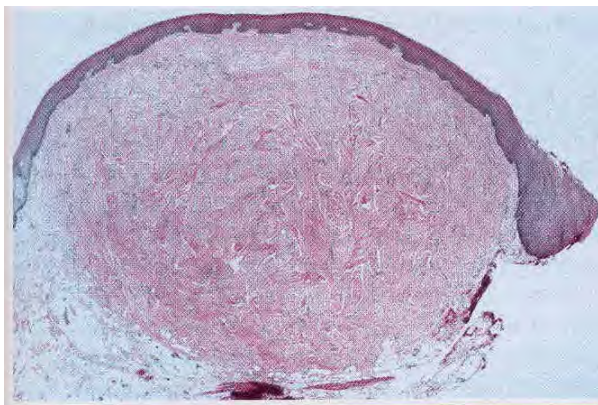


Figura 4.

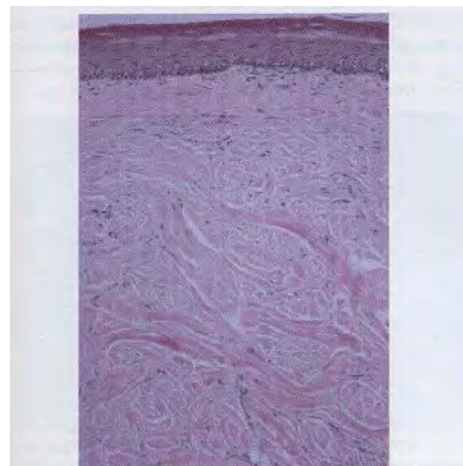


Figura 5.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica conservadora acompañada de retirar el factor etiológico del trauma, en ocasiones el tamaño de la lesión suele disminuir ligeramente al retirar el agente irritante ya que disminuye el componente inflamatorio sin embargo no involuciona por si solo por la gran cantidad de colágeno ⁽¹⁶⁾, una vez retirado el factor y la lesión la reincidencia es rara. El tejido debe ser sometido a un examen microscópico ya que puede tener las mismas características clínicas de otras alteraciones mesenquimales. ⁽¹⁾ En el caso de la hiperplasia fibrosa gingival el tratamiento se realizará después de la toma incisional de biopsias de diferentes áreas que reforzarán el diagnóstico periodontal clínico y el tratamiento consistirá en gingivoplastias y gingivectomias para devolver la función y estética a los arcos dentales. Es preciso retirar el factor estimulante para evitar la reincidencia y en el caso de no poder controlar los factores predisponentes será necesario avisar al paciente sobre la inminente reincidencia. ⁽¹⁹⁾

GRANULOMA PIÓGENO

El granuloma piógeno es una proliferación reactiva de crecimiento relativamente rápido compuesta por tejido fibrovascular con proliferación endotelial importante.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clínicamente se observara un aumento de volumen de base variable (Figura 6),⁽¹⁶⁾ de superficie irregular (Figura 7)⁽¹⁴⁾ comúnmente lobulada, abundantemente vascularizadas por lo que tendrán una coloración mas roja, es común que al mínimo traumatismo sufran hemorragia.⁽¹⁸⁾

De acuerdo a la literatura se presenta con mayor frecuencia en la papila interdental afectando a los tres tipos de encía, pudiendo aparecer también en lengua, labios y mucosa yugal, teniendo una marca tendencia para afectar al sexo femenino y suele presentarse durante el segundo y tercer trimestre de embarazo por lo cual se le ha hecho referencia como tumor del embarazo, esto se debe a que el factor hormonal se encuentra ligado a su aparición y desarrollo.⁽²⁰⁾



Figura 6.



Figura 7.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

Al examinarlo microscópicamente se observará una alta vascularización que asemeja tejido de granulación. La neoformación vascular con células endoteliales pequeñas y alargadas engruesan los vasos en conjunto con los eritrocitos (Figura 8) ⁽¹⁷⁾. Estos vasos se organizan en ocasiones en agregados lobulares que algunos patólogos requieren observar para el diagnóstico. El epitelio usualmente se encuentra ulcerado con una pseudomembrana grisácea producida posterior a la úlcera, encontrándose también infiltrado inflamatorio mixto compuesto por neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos principalmente.⁽¹⁷⁾

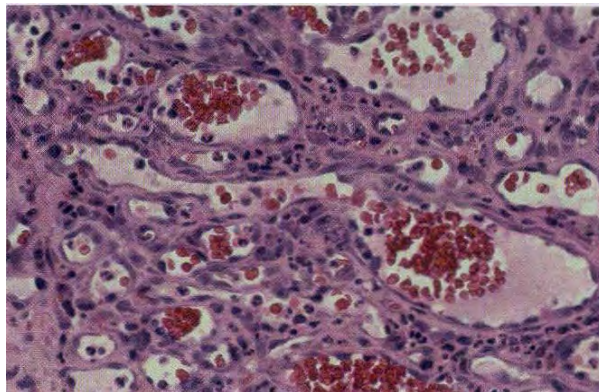


Figura 8.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes con granuloma piógeno es la excisión quirúrgica conservadora extendiéndose hasta el periostio y removiendo cualquier superficie irritante de los dientes adyacentes, ^(bruce) teniendo como opción colocar un injerto libre para recuperar estética, siempre valorándose el caso en particular de cada paciente ⁽²¹⁾ aunque también existen otras alternativas para su eliminación como inyecciones intralesionales de corticosteroides para el granuloma piógeno⁽²²⁾. Sometiendo a examen microscópico el tejido retirado para descartar diagnósticos de otra naturaleza.⁽¹⁸⁾

GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES

El granuloma periférico de células gigantes no representa una verdadera neoplasia, sino más bien una lesión reactiva a una irritación o trauma crónico. Muchos investigadores creen que las células gigantes muestran características inmunohistoquímicas parecidas a los osteoclastos, aunque otros autores sugieren que la lesión es formada a partir de células fagocíticas mononucleares. Las características microscópicas parecidas al granuloma central de células gigantes hacen creer a muchos patólogos que se trata de la contraparte de tejido blando de la lesión ósea.⁽¹⁷⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Es exclusiva de la encía y la mucosa alveolar, manifestado por un aumento de volumen nodular de base pediculada o sésil comúnmente de superficie papilar de consistencia suave ⁽¹⁷⁾ (Figura 9)⁽¹⁶⁾, su apariencia clínica puede ser muy parecida al granuloma piógeno aunque suele ser más azul- morada, (Figura 10)⁽¹⁴⁾ puede aparecer en cualquier etapa de la vida pero predomina entre las primeras seis décadas de la vida, aproximadamente el 60 % de los casos afecta a mujeres. ⁽¹⁷⁾

Puede desarrollarse en la parte anterior o posterior de la mucosa gingival, aunque la mandíbula es ligeramente más afectada que la maxila, radiográficamente puede causar dehiscencias al hueso que lo soporta. ⁽¹⁷⁾

En ocasiones raras, la lesión es indistinguible del granuloma de células gigantes que se puede observar en los pacientes con hiperparatiroidismo, tumores pardos asociados a desordenes endócrinos.⁽²⁰⁾



Figura 9.



Figura 10.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

Al examinarlo microscópicamente se observara una proliferación de células gigantes multinucleadas, de aspecto alargado, con núcleos vesiculares, mientras que otras células los muestran pequeños y pignóticos (Figura 11).⁽¹⁷⁾ Las figuras mitóticas son bastante comunes en las células mesenquimales, los depósitos de hemosiderina son bastante comunes sobre todo en la periferia de la lesión. (Figura 12).⁽¹⁷⁾

El epitelio superficial se encuentra ulcerado en el 50 % de los casos, una zona de tejido conjuntivo fibroso denso separa a la proliferación de células gigantes del epitelio superficial, la presencia de infiltrado inflamatorio de tipo crónico y áreas de osificación y calcificaciones distróficas no son inusuales. ⁽¹⁷⁾

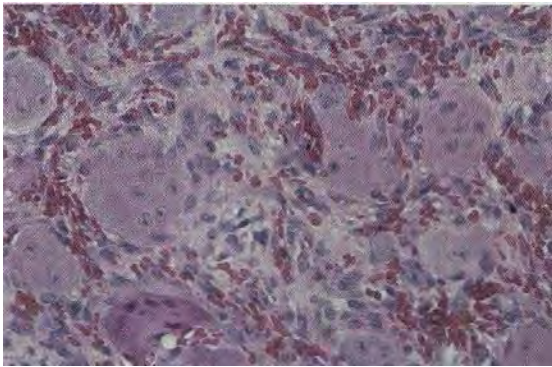


Figura 11.

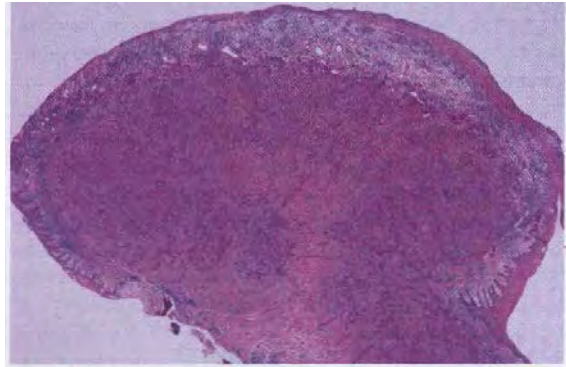


Figura 12.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El tratamiento del granuloma periférico de células gigantes es la excisión quirúrgica hasta el hueso que lo soporta, y las superficies de los dientes adyacentes debe ser tratada cuidadosamente para eliminar cualquier factor irritante para minimizar la recurrencia ya que aproximadamente en el 10 % de los casos se presenta. ⁽¹⁷⁾

FIBROMA CEMENTO-OSIFICANTE PERIFÉRICO

El fibroma cemento-osificante periférico es una reacción gingival relativamente común, su patogénesis es incierta pero las características clínicas e histológicas iniciales sugieren que algunos fibromas cemento-osificantes comienzan como granulomas piógenos pasando por una maduración fibrosa y la subsecuente calcificación, sin embargo no todos se desarrollan de esta manera. El material calcificado probablemente se desarrolla partir del periostio o el ligamento periodontal, por lo que únicamente se encuentra en la cavidad oral.⁽¹⁷⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clínicamente se presenta como un aumento de volumen rosa-rojizo, circunscrito de superficie lisa o lobulada (Figura 13), de base pediculada o sésil que puede medir hasta 4cm de diámetro, usualmente es asintomático y suele presentarse en el área de caninos⁽²³⁾ (Figura 14).⁽¹⁷⁾



Figura 13.

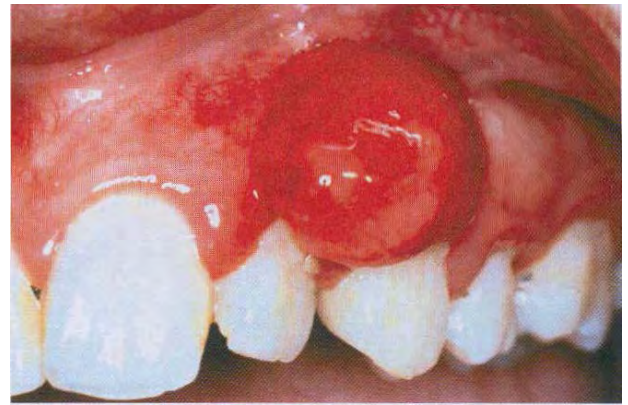


Figura 14.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Radiográficamente puede mostrar aplanamiento y en algunas ocasiones desplazamiento de los órganos dentarios adyacentes.⁽²³⁾

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

El patrón microscópico básico del granuloma periférico cemento-osificante es una proliferación de tejido fibroso asociado con la formación de productos mineralizados. (Figura 15)⁽¹⁷⁾

Cuando el epitelio se encuentra con una úlcera, la superficie estará recubierta por una membrana de fibrina con el tejido de granulación adyacente a la zona.⁽¹⁷⁾

El componente fibroblástico más profundo a menudo es densamente celular sobre todo en las áreas de mineralización. El componente mineralizado puede ser variable y puede consistir en hueso, cemento o calcificaciones distróficas, en ocasiones se forma la combinación de productos. En lesiones que presentan úlceras es más común encontrar calcificaciones distróficas, mientras que en lesiones con mayor tiempo de evolución y sin úlcera será más probable encontrar formación de hueso o cemento.⁽¹⁷⁾

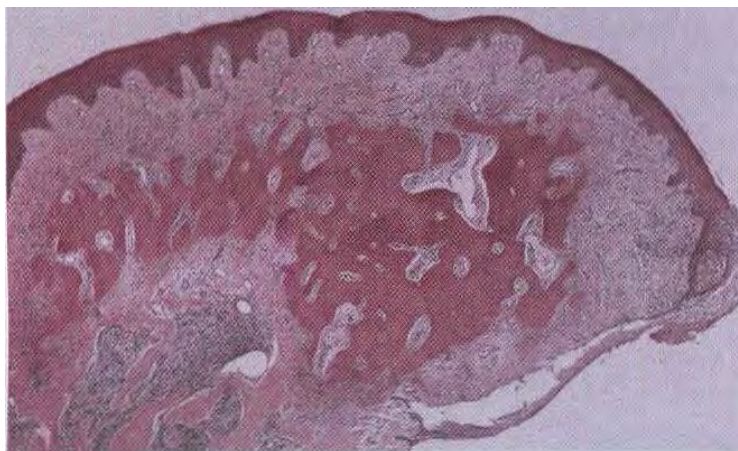


Figura 15.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El tratamiento consistirá en la excisión quirúrgica local, extendiéndose hasta el periostio ya que la recurrencia es más probable pues se desarrolla nuevamente a partir de la base.

Se pueden colocar injertos periodontales para reparar el defecto gingival de una forma estética. La recurrencia es rara reportando solamente del 8 al 16 %.⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de lesiones hiperplásicas como la hiperplasia fibrosa gingival, el granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, fibroma periférico cemento-osificante, en una muestra de población mexicana?

JUSTIFICACIÓN

Ya que en nuestro país no existe un registro nacional de la prevalencia de lesiones hiperplásicas y que la literatura reporta la prevalencia y localización en población con características raciales distintas a las nacionales, la información que se obtenga intentará dar una guía sobre la frecuencia por género y edad así como identificar la localización más frecuente para el adecuado manejo del paciente que se vea afectado por estas lesiones, además de contrastar y dar validez a los resultados obtenidos por el estudio realizado en el año 2008 en la DEPeI. de la Facultad de Odontología por Arcos Castro y Cols.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de lesiones hiperplásicas en una muestra de población mexicana en el Laboratorio de Patología Clínica y Experimental de la DEPeI, UNAM. En el periodo comprendido entre Enero del 2000 y Diciembre del 2010 y de esta manera contrastar los resultados obtenidos por Arcos Castro y Cols en el estudio de 2006 realizado en la misma población y la misma institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia con que se presenta la hiperplasia fibrosa gingival, granuloma piógeno, granuloma de células gigantes, y el fibroma cemento osificante periférico en una muestra de población mexicana.
- Identificar la frecuencia de acuerdo a género y edad de cada una de las entidades antes mencionadas en la muestra de población mexicana.
- Identificar la zona anatómica más frecuente para cada tipo de entidad hiperplásica.
- Correlacionar las variables para obtener una tendencia a desarrollar una de las entidades hiperplásicas de acuerdo a su localización, edad, género y condición física.

HIPÓTESIS

Los resultados que se obtengan deberán mostrar una tendencia parecida al estudio realizado en el año en el año 2008 por Arcos Castro y cols. donde se realizó una revisión de 4, 471 biopsias recibidas en 4 años comprendiendo del año 2002-2006 del Laboratorio de Patología Clínica y Experimental de la DEPEI (Departamento de Estudios de posgrado e Investigación) de la Facultad de Odontología ^(arcos castro) ya que el análisis se realizara con una población con las mismas características raciales en la misma institución.

HIPÓTESIS NULA

Los resultados que se obtengan del análisis de los casos no concordarán con los obtenidos en el estudio de Arcos Castro y cols. pues a pesar de que se trabaje con una población con características similares en la misma institución al aumentar el periodo a analizar las tendencias no concordarán en ningún aspecto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán todos los casos archivados en el Laboratorio de Patología Bucal Clínica y Experimental de la DEPeI, UNAM, que cuenten con laminilla y/o bloque de parafina, que correspondan a la región de la mucosa masticatoria y que se confirme su diagnóstico como alguna de las entidades hiperplásicas mencionadas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán todos los casos que no cuenten con la información completa requerida para esta investigación en el archivo histopatológico o no se confirme su diagnóstico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminarán los casos que no cuenten con cubo o laminilla para realizar la revisión histopatológica para confirmar el diagnóstico o que no se confirme su diagnóstico.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio

Es transversal con direccionalidad retrospectiva.

POBLACIÓN OBJETIVO

Todos los archivos de reporte histopatológico que se encuentren en el Laboratorio de Patología Bucal Clínica y Experimental de la DEPeI, UNAM, En un periodo comprendido de enero del 2000 a diciembre del 2010.

SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El número total de exámenes histopatológicos comprendidos entre el año 2000 a 2010 que se revisarán es de 8710 estudios histopatológicos, de los cuales se tomarán los que cuenten con un diagnóstico de hiperplasia fibrosa gingival, granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes y fibroma cemento-osificante periférico.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
GÉNERO	Fenotipo expresado por el individuo.	Dicotómica.	Nominal.	Mujer = 1 Hombre = 2
EDAD	Número de años cumplidos por el individuo.	Razón.	Razón.	De 0 a 9 años =1 De 10 a 19 años =2 De 20 a 29 años =3 De 30 a 39 años =4 De 40 a 49 años =5 De 50 a 59 años =6 Más de 60 años =7
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA.	Se registrará como la región anatómica donde se identifique la lesión.	Nominal.	Nominal.	mandíbula zona anterior = 1 Mandíbula zona posterior = 2 Maxila zona anterior = 3 Maxila zona posterior = 4 Ambas = 5
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.	Se registrará como el diagnóstico final de la lesión aportado por medios clínicos e histopatológicos.	Nominal.	Nominal.	Hiperplasia fibrosa gingival = 1 Granuloma piógeno = 2 Granuloma de células gigantes = 3 Fibroma cemento-osificante = 4

METODOLÓGIA

Se revisará el archivo histopatológico del Laboratorio de Patología Bucal Clínica y Experimental de la DEPEI, UNAM, del año 2000 al 2010 para identificar los casos que se hayan diagnosticado como hiperplasia fibrosa gingival, granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes y granuloma cemento-osificante periférico, de los cuales se buscara la laminilla correspondiente para que un patólogo bucal calificado la examine y confirme su diagnóstico. En los casos en donde no se encuentre la laminilla correspondiente se buscará el cubo de parafina para procesar una nueva laminilla y así realizar la revisión.

Una vez obtenida la información de los casos se procederá a realizar los análisis estadísticos correspondientes para la investigación.

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Se obtendrán medidas de dispersión central para los datos cuantitativos y de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 DEPEI
 LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCAL CLÍNICA Y EXPERIMENTAL



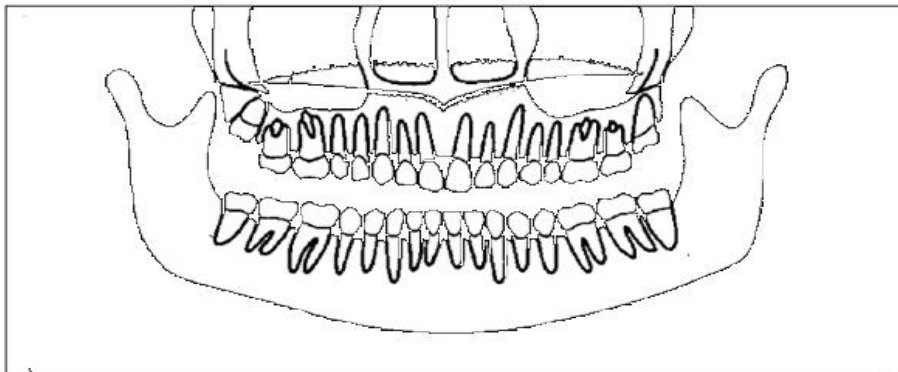
HOJA DE REGISTRO DE DATOS

PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DEL 2000 A DICIEMBRE DEL 2010

QUISTES ODONTOGÉNICOS

Tipo de biopsia : _____	Edad: _____	De 0 a 9 años =1 De 10 a 19 años =2 De 20 a 29 años =3 De 30 a 39 años =4 De 40 a 49 años =5 De 50 a 59 años =6 Más de 60 años =7	Género : _____	Mujer =1 Hombre =2
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Incisional: 1 Excisional: 2 </div>				

Localización anatómica: _____	Maxilar canino a canino =1 Maxilar primer premolar a tuberosidad del maxilar =2 Mandíbula de canino a canino =3 Mandíbula primer premolar a zona retromolar =4 Ambos =5	Tamaño aproximado de la lesión: _____ cm.
-------------------------------	---	---



Diagnóstico clínico: _____

Diagnóstico definitivo: _____

Hiperplasia fibrosa gingival = 1

Granuloma piógeno = 2

Granuloma periférico de células gigantes = 3

Fibroma cemento-osificante periférico = 4

RESULTADOS

En el laboratorio de Patología Clínica y Experimental de la DEPEl del año 2000 al 2010 se recibieron un total de 8710 biopsias para su estudio histopatológico pertenecientes a 4612 mujeres y 4092 hombres.

Los diagnósticos histopatológicos obtenidos en 1049 casos (8.4 %) correspondieron a lesiones de origen reactivo localizadas sobre la mucosa masticatoria, de estos 687 (65.49%) correspondieron al género femenino y solamente 362 (34.51 %) al género masculino. (Figura 16)

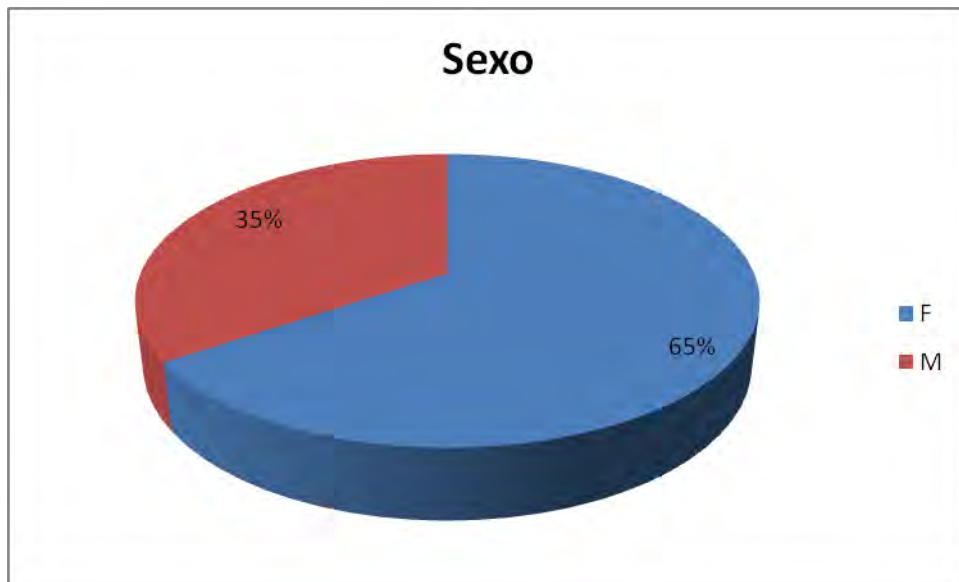


Figura 16.

PREVALENCIA DE HIPERPLASIA FIBROSA GINGIVAL, GRANULOMA PIÓGENO, GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES Y FIBROMA CEMENTO-OSIFICANTE PERIFÉRICO

De los 1049 diagnósticos de lesiones hiperplásicas en mucosa masticatoria 442 (42.14 %) fueron Hiperplasias fibrosas, 319 (30.41 %) fueron Granulomas piógenos, 101 (9.63 %) fueron Granulomas periféricos de células gigantes y 187 (17.83 %) fueron Fibromas cemento-osificante periféricos. (Figura 17)

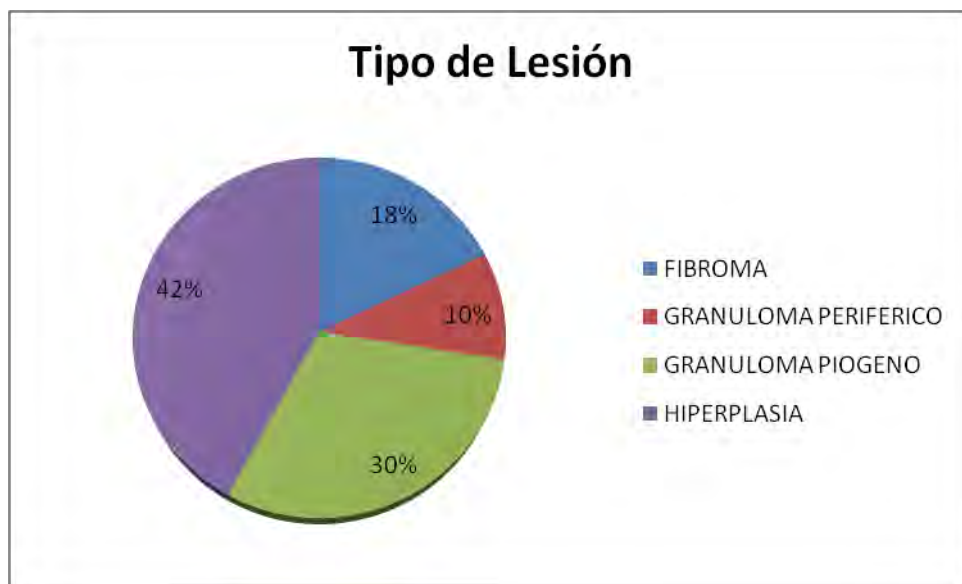


Figura 17.

PREVALENCIA DE LA HIPERPLASIA FIBROSA GINGIVAL POR GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO

Para los 442 casos diagnosticados como Hiperplasia fibrosa gingival el género femenino fue el más afectado con 286 (64.7%) casos, en comparación al masculino con 156 (35.3%) casos.

En cuanto a la distribución por décadas se mostro que para el género masculino durante la primera década de la vida se presentaron 9 (5.77%) casos, mientras que en el mismo rango de edad en el género femenino se encontraron 5 (1.75%) casos, para la segunda década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 22 (14.10 %) casos mientras que para el género femenino se encontraron 30 (10.49%) casos , para la tercera década de la vida se encontraron para el género masculino 21 (13.46%) casos y en el género femenino 36 (12.59%), para la cuarta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 19 (12.18%) casos y en el género femenino 34 (11.89%) casos, en la quinta década de la vida para el género masculino se presentaron 24 (15.38%) casos y en el género femenino 51 (17.83%) casos, en la sexta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 29 (18.59%) casos y en el género femenino 57 (19.93%) casos, en la séptima década de la vida para el género masculino se encontraron 19 (12.18%) casos y para el género femenino 42 (14.69%) casos, para la octava década de la vida se encontraron para el género masculino 9 (5.77%) casos y para el género femenino 24 (8.37%) casos, mientras que para la novena década de la vida para el género masculino se encontraron 4 (2.56%) casos y para el género femenino 7 (2.45%) casos.

Observándose que la mayor prevalencia se presento en la 5^a y 6^a décadas de la vida con 24 (15.38%) y 29 (18.59 %) casos para hombres respectivamente para cada grupo de edad y 51 (17.83%) y 57 (19.93%) casos para el género femenino correspondientes a las décadas mencionadas.(Figura 18)

	Masculino		Femenino	
	HIPERPLASIA FIBROSA GINGIVAL			
Edad	Total	%	Total	%
1-10	9	5.77%	5	1.75%
11-20	22	14.10%	30	10.49%
21-30	21	13.46%	36	12.59%
31-40	19	12.18%	34	11.89%
41-50	24	15.38%	51	17.83%
51-60	29	18.59%	57	19.93%
61-70	19	12.18%	42	14.69%
71-80	9	5.77%	24	8.39%
>80	4	2.56%	7	2.45%
Total	156	100.00%	286	100.00%

Figura 18.

PREVALENCIA DEL GRANULOMA PIÓGENO POR GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO

Para los 319 casos diagnosticados como Granuloma Piógeno el género femenino se vio más afectado con 211 casos (66.14 %) mientras que el género masculino presento 108 casos (33.86%).

En cuanto a la distribución por décadas se mostro que para el género masculino durante la primera década de la vida se presentaron 11 (10.19%) casos, mientras que en el mismo rango de edad en el género femenino se encontraron 16 (7.58%) casos, para la segunda década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 25 (23.15 %) casos mientras que para el género femenino se encontraron 28 (13.27%) casos , para la tercera década de la vida se encontraron para el género masculino 15 (13.89%) casos y en el género femenino 48 (22.75%), para la cuarta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 17 (15.74%) casos y en el género femenino 32 (15.17%) casos, en la quinta década de la vida para el género masculino se presentaron 12 (11.11%) casos y en el género femenino 41 (19.43%) casos, en la sexta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 15 (13.89%) casos y en el género femenino 26 (12.32%) casos, en la séptima década de la vida para el género masculino se encontraron 7 (6.48%) casos y para el género femenino 12 (5.69%) casos, para la octava década de la vida se encontraron para el género masculino 5 (4.63%) casos y para el género femenino 7 (3.32%) casos, mientras que para la novena década de la vida para el género masculino se encontró solo 1 (0.93%) caso y para el género femenino también solo 1 (0.47%) caso.

Observándose que fue más frecuente en la 2^a y 4^a década de vida para hombres con 25 (23.15%) y 17 (15.74%) casos respectivamente, mientras que para las mujeres la mayor frecuencia se dio dentro de la 3^a y la 5^a década con 48 (22.75%) y 41 (19.43 %) casos en dichas décadas. (Figura 19)

	Masculino		Femenino	
	GRANULOMA PIÓGENO			
Edad	Total	%	Total	%
1-10	11	10.19%	16	7.58%
11-20	25	23.15%	28	13.27%
21-30	15	13.89%	48	22.75%
31-40	17	15.74%	32	15.17%
41-50	12	11.11%	41	19.43%
51-60	15	13.89%	26	12.32%
61-70	7	6.48%	12	5.69%
71-80	5	4.63%	7	3.32%
>80	1	0.93%	1	0.47%
Total	108	100.00%	211	100.00%

Figura 19.

PREVALENCIA DEL GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES POR GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO

Para los 101 casos diagnosticados como Granuloma periférico de células gigantes el género femenino fue el más afectado con 60 (59.4%) mientras que el masculino presentó 41 (40.6%).

En cuanto a la distribución por décadas se mostró que para el género masculino durante la primera década de la vida se presentaron 7 (17.07%) casos, mientras que en el mismo rango de edad en el género femenino se encontraron 4 (6.67%) casos, para la segunda década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 6 (14.63 %) casos mientras que para el género femenino se encontraron 2 (3.33%) casos, para la tercera década de la vida se encontraron para el género masculino 8 (19.51%) casos y en el género femenino 8 (13.33%), para la cuarta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentó 1 (2.44%) caso y en el género femenino 16 (26.67%) casos, en la quinta década de la vida para el género masculino se presentaron 3 (7.32%) casos y en el género femenino 14 (23.33%) casos, en la sexta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 4 (9.76%) casos y en el género femenino 10 (16.67%) casos, en la séptima década de la vida para el género masculino se encontraron 11 (26.83%) casos y para el género femenino 4 (6.67%) casos, para la octava década de la vida se encontró para el género masculino 1 (4.63%) caso y para el género femenino 2 (3.33%) casos, mientras que para la novena década de la vida para ninguno de los dos géneros se encontraron casos.

Observándose que fue más frecuente en la 3^a y 7^a década de la vida para hombres con 8 (19.51%) y 11 (26.83%) casos respectivamente mientras que para el género femenino se encontró que fue más frecuente en la 4^a y 5^a década de la vida con 16 (26.67) y 14 (23.33%) casos respectivamente. (Figura 20)

	Masculino		Femenino	
	GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES			
Edad	Total	%	Total	%
1-10	7	17.07%	4	6.67%
11-20	6	14.63%	2	3.33%
21-30	8	19.51%	8	13.33%
31-40	1	2.44%	16	26.67%
41-50	3	7.32%	14	23.33%
51-60	4	9.76%	10	16.67%
61-70	11	26.83%	4	6.67%
71-80	1	2.44%	2	3.33%
>80	0	0.00%	0	0.00%
Total	41	100.00%	60	100.00%

Figura 20.

PREVALENCIA DEL FIBROMA CEMENTO OSIFICANTE PERIFÉRICO POR GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO

Para los 187 casos diagnosticados como Fibroma cemento osificante periférico en el género femenino se presentó con mayor frecuencia con 130 (69.51%) mientras que el masculino solamente 57 (31.49%) casos.

En cuanto a la distribución por décadas se mostró que para el género masculino durante la primera década de la vida se presentaron 6 (10.53%) casos, mientras que en el mismo rango de edad en el género femenino se encontró solo 1 (0.77%) caso, para la segunda década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 11 (19.30 %) casos mientras que para el género femenino se encontraron 26 (20%) casos, para la tercera década de la vida se encontraron para el género masculino 9 (15.79%) casos y en el género femenino 25 (19.23%), para la cuarta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentó 8 (14.04%) caso y en el género femenino 27 (20.77%) casos, en la quinta década de la vida para el género masculino se presentaron 9 (15.79%) casos y en el género femenino 22 (16.92%) casos, en la sexta década de la vida se encontró que para el género masculino se presentaron 9 (16.92%) casos y en el género femenino 12 (9.23%) casos, en la séptima década de la vida para el género masculino se encontraron 3 (5.26%) casos y para el género femenino 7 (5.38%) casos, para la octava década de la vida se encontró para el género masculino 2 (3.51%) casos y para el género femenino 5 (3.85%) casos, mientras que para la novena década de la vida para el género masculino no se encontraron casos y para el femenino se encontraron 5 (3.85%) casos.

Observándose que se presentó con mayor frecuencia para los hombres en la 2^a década de la vida, no obstante se presentó con la misma distribución durante la 3^a, 5^a, 6^a con 11 (19.30%) casos para la segunda y 9 casos (15.79%) para los grupos de edad mencionados, el género femenino presentó mayor frecuencia durante la 4^a y 2^a décadas con 27 (20.77) y 26 (20%) casos respectivamente. (Figura 21)

	Masculino		Femenino	
	FIBROMA			
Edad	Total	%	Total	%
1-10	6	10.53%	1	0.77%
11-20	11	19.30%	26	20.00%
21-30	9	15.79%	25	19.23%
31-40	8	14.04%	27	20.77%
41-50	9	15.79%	22	16.92%
51-60	9	15.79%	12	9.23%
61-70	3	5.26%	7	5.38%
71-80	2	3.51%	5	3.85%
>80	0	0.00%	5	3.85%
Total	57	100.00%	130	100.00%

Figura 21.

DISTRIBUCIÓN GENERAL POR EDAD

De acuerdo a la distribución de los diferentes tipos de lesiones con respecto a la edad o décadas de vida se encontró:

En la 1ª la vida se presentaron con 59 (5.62%) casos, durante la 2ª 150 (14.30%) casos, durante la 3ª 170 (16.21%) casos, durante la 4ª 154 (14.68%) casos, durante la 5ª 176 (16.78%) casos, durante la 6ª 162 (15.44%) casos, durante la 7ª 105 (10.01%) casos, durante la 8ª 55 (5.24%) casos y de la 9ª en adelante solamente 18 (1.72%).(Figura 22)

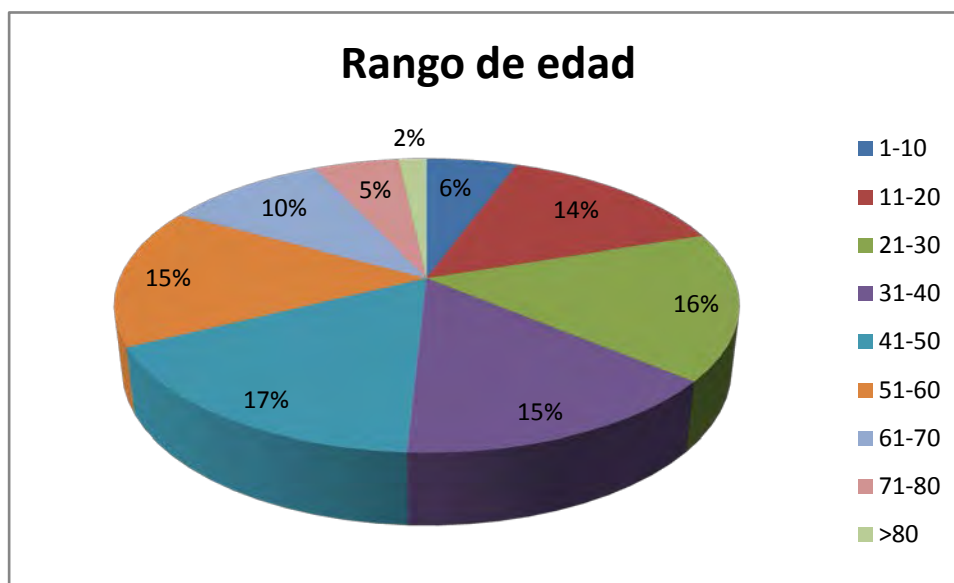


Figura 22.

PREVALENCIA SÉGUN SU LOCALIZACIÓN (ZONA, ÁREA Y EXTENSIÓN)

Se encontró que de las 4 lesiones 549 (52.34%) se presentaron en el maxilar, 495 (47.19%) se presentaron en la región mandibular y solo 5 (0.48%) lesiones afectaron simultáneamente en ambas regiones. El área anterior fue afectada en 484(46.14%) casos, el área posterior en 560 (53.38 %) casos y solo 5 (0.48%) casos se presentaron simultáneamente en la región anterior y posterior. (Figura 23)

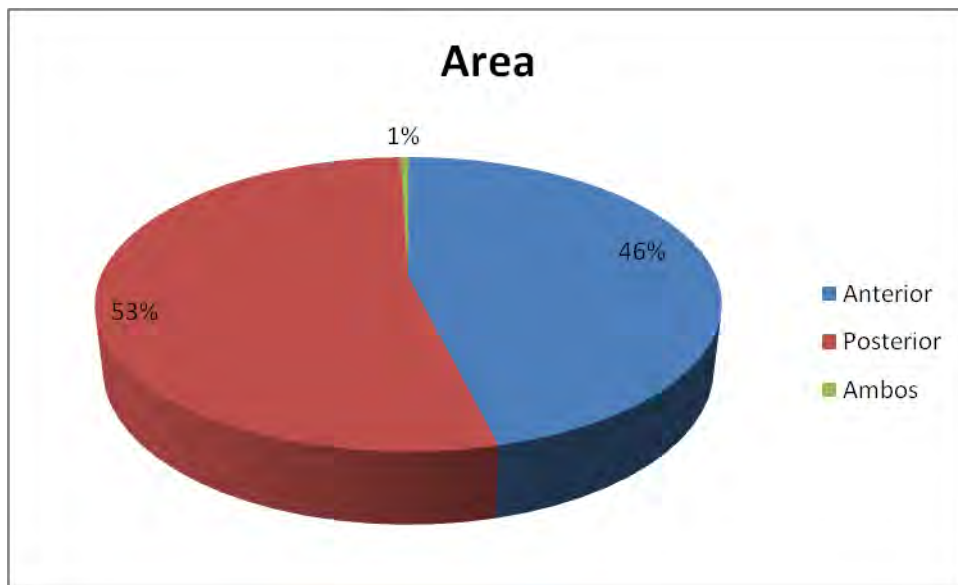


Figura 23.

PREVALENCIA DE HIPERPLASIA FIBROSA GINGIVAL SEGÚN SU LOCALIZACIÓN (ZONA Y ÁREA)

De acuerdo a la localización se encontró que en el maxilar se presentaron 230 (52.04%) casos, en la región mandibular 208 (47.06 %) casos y simultáneamente en ambas áreas solo 4 (0.90%) casos. En cuanto a la localización tomando en cuenta como zona anatómica anterior del área comprendida de canino a canino se encontraron 196 (44.34%) casos mientras que en el área posterior comprendida de la zona del primer premolar hasta las zonas retromolares se encontraron 242 (54.75 %) de los casos y solo en 4 (.90%) se presentaba invadiendo ambas zonas. (Figura 24)

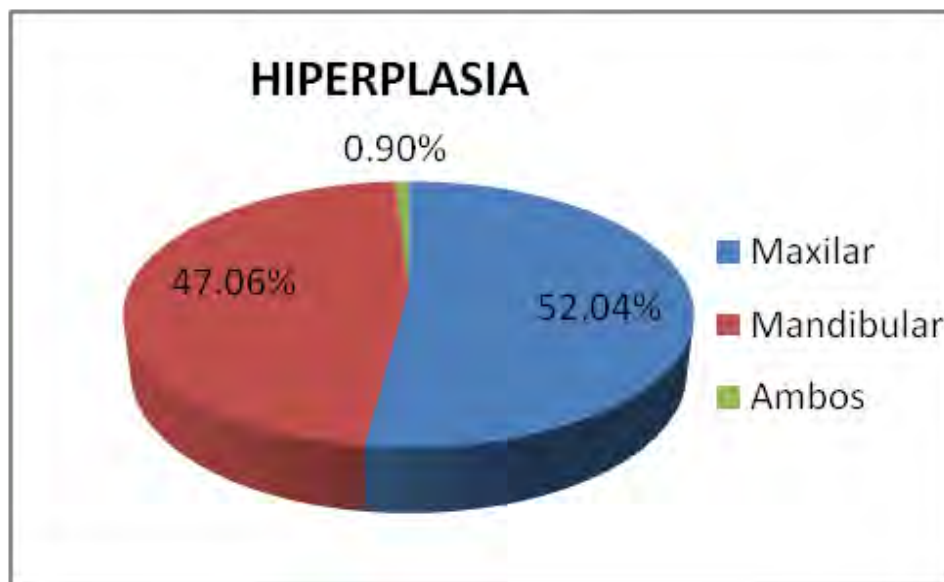


Figura 24.

PREVALENCIA DEL GRANULOMA PIÓGENO SEGÚN SU LOCALIZACIÓN (ZONA Y ÁREA)

De acuerdo a la localización se encontró que en el maxilar se presentaron 171 (53.61%) casos, en la región mandibular 147 (46.08 %) casos y simultáneamente en ambas áreas solo 1 (0.31%) casos. En cuanto a la localización tomando en cuenta como zona anatómica anterior del área comprendida de canino a canino se encontraron 175 (54.86%) casos mientras que en el área posterior comprendida de la zona del primer premolar hasta las zonas retromolares se encontraron 143 (44.83 %) de los casos y solo en 1 (.31%) se presentaba invadiendo ambas zonas. (Figura 25)

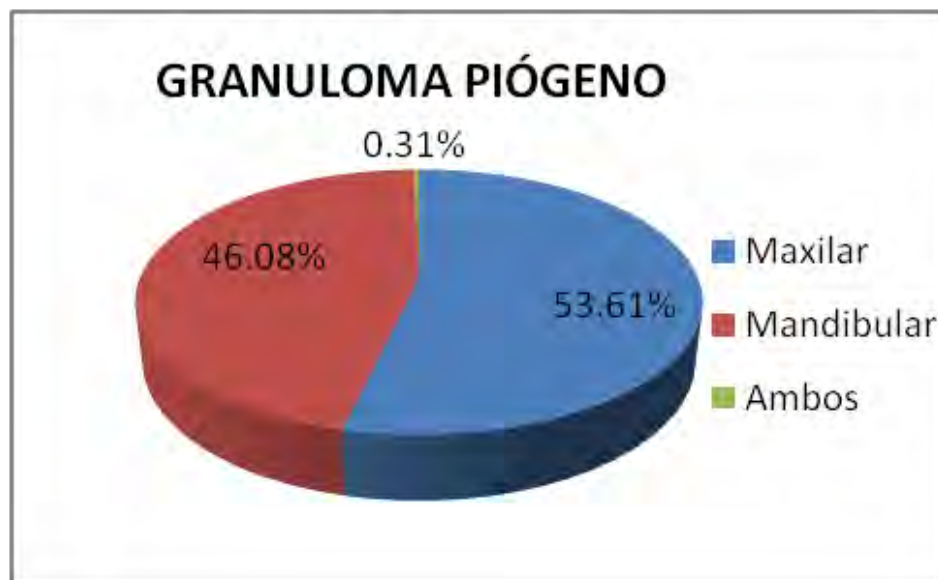


Figura 25.

PREVALENCIA DEL GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES SEGÚN SU LOCALIZACIÓN (ZONA Y ÁREA)

De acuerdo a la localización se encontró que en el maxilar se presentaron 52 (51.49%) casos, en la región mandibular 91 (48.51 %) casos y no se presento en las dos áreas anatómicas simultáneamente. En cuanto a la localización tomando en cuenta como zona anatómica anterior del área comprendida de canino a canino se encontraron 41 (40.59%) casos mientras que en el área posterior comprendida de la zona del primer premolar hasta las zonas retromolares se encontraron 60 (59.41%) de los casos y en ninguno de los casos se presentaba invadiendo ambas zonas. (Figura 26)

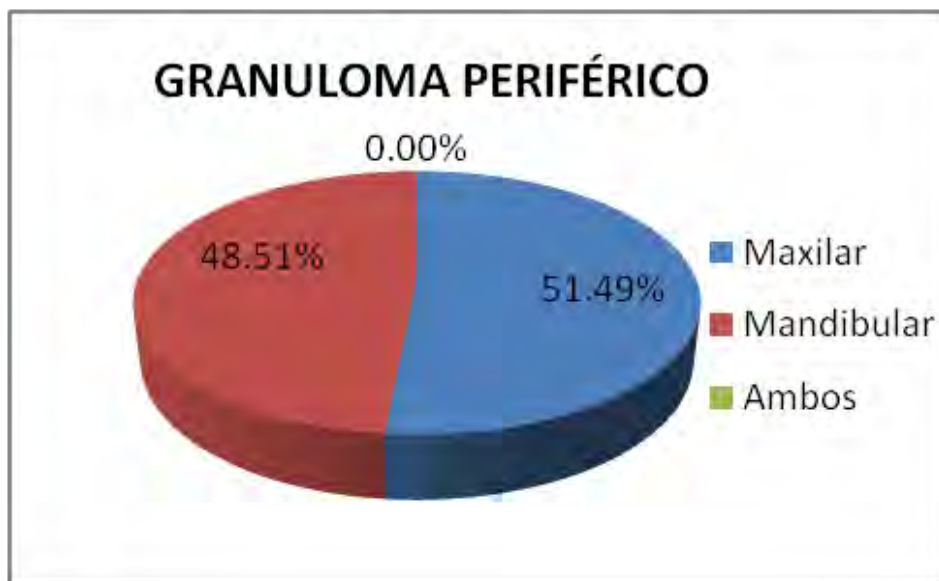


Figura 26.

PREVALENCIA DEL FIBROMA CEMENTO OSIFICANTE PERIFÉRICO SEGÚN SU LOCALIZACIÓN (ZONA Y ÁREA)

De acuerdo a la localización se encontró que en el maxilar se presentaron 96 (51.34%) casos, en la región mandibular 91 (48.66 %) casos y simultáneamente en ambas no se presentó. En cuanto a la localización tomando en cuenta como zona anatómica anterior del área comprendida de canino a canino se encontraron 85 (45.45%) casos mientras que en el área posterior comprendida de la zona del primer premolar hasta las zonas retromolares se encontraron 102 (54.55 %) de los casos y en ninguno de los casos se presentaba invadiendo ambas zonas. (Figura 27)

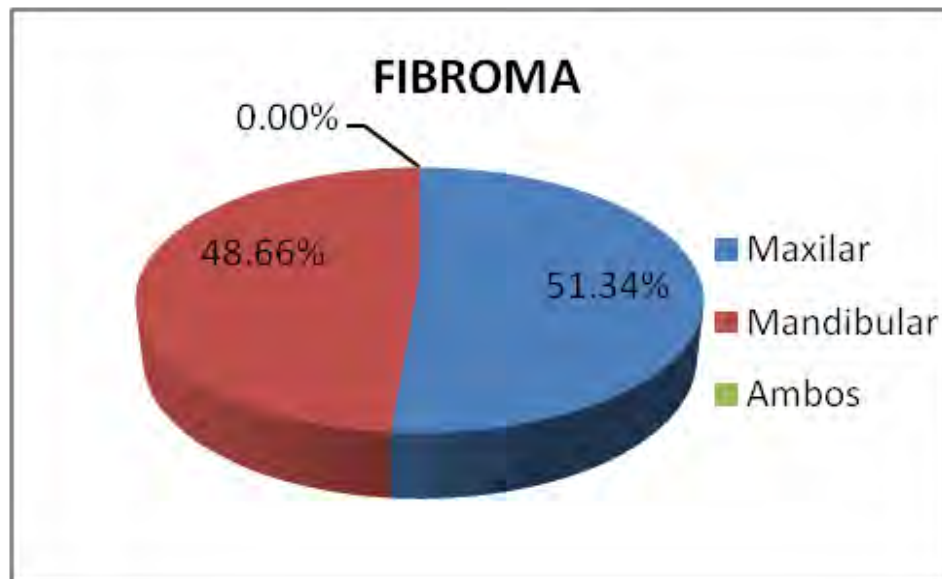


Figura 27.

DISCUSIÓN

Las lesiones hiperplásicas que afectan la mucosa masticatoria con mayor frecuencia son la Hiperplasia fibrosa gingival, Granuloma piógeno, Granuloma periférico de células gigantes y el Fibroma cemento-osificante periférico, de un total de 8710 estudios histopatológicos recibidos en el Laboratorio de Patología Clínica y Experimental de la DEPEI UNAM del año 2000 al año 2010 se encontraron 1049 diagnósticos correspondientes a estas entidades que representan el 8.4% del total de estudios histopatológicos, porcentaje muy parecido al reportado por Arcos Castro y Cols. en el periodo del año 2002 a 2006 en la misma Institución donde se recibieron un total de 4471 estudios histopatológicos de los cuales solamente 309 estudios correspondieron a lesiones hiperplásicas representando el 6 % del total de los estudios ⁽¹⁰⁾, y contrastada con la reportada por Jones de un 5% de lesiones periodontales hiperplásicas en su estudio retrospectivo de 30 años sobre un total de 44,000 diagnósticos histopatológicos ⁽²⁴⁾ el reportado por este estudio es superior. No obstante el estudio realizado por Arcos Castro y Cols en la misma institución solamente contempló tres lesiones hiperplásicas; Granuloma piógeno, Granuloma periférico de células gigantes y Fibroma cemento-osificante periférico, que se encontraron sobre cualquier tipo de mucosa en la cavidad oral, mientras que en el presente estudio solo se incluyeron las lesiones hiperplásicas que se presentaran en la mucosa masticatoria por lo cual se pudo incluir la hiperplasia fibrosa gingival, por tales motivos solo se podrán contrastar nuestros resultados con los de Arcos Castro y Cols. para el Granuloma piógeno, Granuloma periférico de células gigantes y Fibroma cemento-osificante.

Los datos de frecuencia de cada una de las lesiones no son coincidentes con los de Jones puesto que el obtuvo que el 31.8% correspondieron a Granuloma piógeno y el 5.6% a Granuloma periférico de células gigantes ⁽²⁴⁾, mientras que Arcos Castro obtuvo porcentaje marcadamente superiores de 58.8% y 13.9% ⁽¹⁰⁾ respectivamente.

En el presente análisis se encontró que el porcentaje correspondiente fue de 30.41 y 9.63% respectivamente para cada lesión, cifras inferiores a las obtenidas en 2006 en la misma dependencia.

En el estudio de Arcos Castro prevaleció el género femenino en tres lesiones el Granuloma piógeno con 60%; Granuloma periférico de células gigantes con 58% y Fibroma cemento-osificante con 63% ⁽¹⁰⁾. Estos resultados coinciden con los de Toida y cols. para quienes el sexo femenino fue también el más afectado en cada una de estas lesiones ⁽²⁵⁾, mientras que en el análisis presente se obtuvieron cifras de 66.14%, 59.4% y 69.51% coincidentes con los dos autores mencionados. En cuanto a la edad, Toida menciona que en el Granuloma piógeno los pacientes más afectados son varones de 18 años de edad, mujeres en el rango de 18 a 39 años y en pacientes mayores con una distribución de género por igual ⁽²⁵⁾, no obstante en el estudio realizado en la misma dependencia donde se realizó el presente estudio las edades más significativas fueron la 2ª y 5ª décadas de la vida, mientras que en el presente estudio la frecuencia mayor para el género masculino se presentó dentro de la 2ª y 4ª década de la vida mientras que para el género femenino la mayor incidencia se encontró en la 3ª y 5ª. En el Granuloma periférico de células gigantes la 5ª década de la vida es la más afectada para Arcos Castro ⁽¹⁰⁾ pero Chaparro refiere que la 4ª y 6ª décadas son las más frecuentes mientras que en este estudio se obtuvo que para varones la mayor incidencia se encuentra entre la 3ª y 7ª décadas de la vida ⁽²⁶⁾. En el Fibroma cemento-osificante periférico Satish refiere que la 2ª década es la más afectada por esta lesión ⁽²⁷⁾ coincidiendo con Arcos Castro, resultados idénticos a los obtenidos por nosotros para ambos géneros.

En cuanto a la hiperplasia fibrosa gingival, se encontró que es la más abundante de las lesiones hiperplásicas con un 42.14%, afectando al género femenino con mayor frecuencia con un 65.7% mientras que el género masculino fue afectado en un 35.3% siendo la 2ª y 5ª década de la vida la de mayor prevalencia para ambos géneros estos resultados no pueden ser contrastados con el estudio de Arcos Castro y Cols puesto que dicha entidad no fue incluida en su estudio.

CONCLUSIONES

La Hiperplasia fibrosa gingival, Granuloma piogeno, Granuloma periférico de células gigantes y Fibroma cemento-osificante se presentan con mayor frecuencia en la 2ª y 5ª décadas de la vida del género femenino y afectan la mucosa masticatoria con mayor frecuencia en el área posterior, posiblemente asociado a esta zona por recibir un trauma mayor en el momento de realizar la oclusión. La variación en los porcentajes obtenidos por uno y otro autor puede depender de la muestra a analizar, mientras más amplia sea la muestra el valor estadístico será más significativo y entre los factores que pueden influir a estas variaciones se puede mencionar; el numero de estudios hitopatológicos, factores raciales, tradicionales, culturales, así como el uso de aparatos protésicos, ortodóncicos, operatorios, mal posición dentaria por mencionar algunos.

Debido a que presentan características clínicas y edad de aparición muy similares es difícil con los resultados obtenidos determinar si existe una tendencia que las diferencie sin realizar un estudio histopatológico. El tratamiento de estas lesiones es la excisión y un curetaje cerrado o abierto según sea el caso de acuerdo a la involucración de los tejidos adyacentes afectados.

Se debe establecer una muestra que sea amplia y significativa en estudios retrospectivos de estas lesiones con el fin de obtener la información completa de acuerdo a su localización (zona, área y extensión) e incrementar el universo a analizar y sea estadísticamente más significativo; para así determinar si de acuerdo a su localización se puede dar un diagnóstico clínico exacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marx R. Oral and maxillofacial pathology a rationale for diagnosis and treatment. 1ra Ed. Hong Kong: QuintessencePublishing Co. 2003: 21-27.
2. Douglas R. Gnepp. Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck. Philadelphia; Elsevier; 2009.
3. Valerón F, Caballero R, Caballero M. Granuloma periférico de células gigantes. A propósito de un caso. [en línea] 2006. Disponible en: http://www.coelp.es/index.php?option=com_content&task=view&id=98&Itemid=3
4. Díaz-Guzmán LM, Castellanos-Suárez JL. Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9(5): 434-7.
5. Flaitz CM. Peripheral giant cell granuloma: a potentially aggressive lesion in children. *Pediatr Dent* 2000; 22(3): 232-233.
6. Cloutier M, Charles M et al. An analysis of peripheral giant cell granuloma associated with dental implant treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(5): 618-22.
7. Michael G. Newman, Henry H. Takei, Perry R. Klokkevold, Fermin A. Carranza. *Periodontología Clínica*. California. Mc Graw Hill; 2010.
8. Miguel Jaimes, José Muñante, Jaime Giuseppe Rodriguez, Sergio Olate. Inflammatory Fibrous Hyperplasia Treated with a Modified Vestibuloplasty: A case Repord. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2008; Vol. 9 Núm 3.
9. Buchner Amos, Shnaiderman-Shapiro Anna, Vered Marilena. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingival: a retrospective study of 1625 cases from Israel. *Journal of oral pathology and medicine* 39, 631-638, 2010.

10. Arcos Castro Mónica, Rojo Botello Norma Rebeca, Quezada Rivera Daniel. Estudio retrospectivo del año 2002 al año 2006 prevalencia de granuloma piógeno, granuloma de periférico de células gigantes y fibroma cemento-osificante periférico. Revista odontológica mexicana Vol. 12 Núm.3, 137-141, 2008.
11. Natheer H Al-Rawi. Localized Reactive Hyperplastic Lesions of the gingiva: A clinico-pathological study of 636 lesions from Iraq. Journal of Dental Science. Volume 7 Number 1, 2009.
12. OA Effiom, WL Adeyemo, OO Soyele. Focal reactive lesions of the Gingiva: An analysis of 314 cases at a tertiary health institution in Nigeria. Nigerian Medical Journal. Volume 52 Issue 1 35-40 , 2011.
13. Maryam Seyedmajidi, Mohammadtaghi Hamzehpoor and Soodabeh Bagherimoghaddam. Localized Lesion of Oral Cavity: A Clinicopathological Study of 107 Cases. Research Journal of Oral Medical Sciences. 5 (2): 67-72 2011
14. Gándara JM, Pacheco JL, Gándara P et al. Peripheral giant cell granuloma. Review of 13 cases. Med Oral 2002; 7(2):254-259.
15. Matteo Chiapasco y Cols. Tácticas y técnicas en cirugía oral. Milano, Italia. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericanas; 2010.
16. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology. United States of America. Mosby; 1997.
17. Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen, Jerry E. Bouquot. Oral and Maxillofacial Pathology. St. Louis, Missouri. Elsevier; 2009.
18. Bruce M. Wening, Clara S. Heffess. Atlas of Head and Neck Pathology. Washington, DC. Elsevier; 2008.
19. Juan Rosai, Ackerman´s. Surgical Pathology. Philadelphia, USA. Mosby 2004
20. R.A Cawson, E.W. Odell. Medicina y Patología Oral. Madrid, España. Elsevier; 2009.

21. Lindhe J, Lang N.P, Karting T. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica 5ta Edición España: Ed. Medica Panamericana; 2009.
22. Parisi E, Glick PH, Glick M. Recurrent intraoral pyogenic granuloma with satellitosis treated with corticosteroids. Oral Dis 2006; 2(1): 70-2.
23. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: WHO (OMS) IARC Press; 2005.
24. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30 year period. J Oral Pathology ed 2006; 35(7): 392-401.
25. Toida M, Hasegawa T, Watanabe F et al. Lobular capillary hemangioma of the oral mucosa: Clinicopathological study of 43 cases with a special reference to immunohistochemical characterization of the vascular elements. Pathol Int 2003; 53(1): 1-7.
26. Chaparro-Avendaño AV, Berini- Aytés L, Gay-Escoda C. Peripheral giant cell granuloma. A report of five cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10(1): 48-52; 53-7
27. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. J Oral Sci 2006; 48(4): 239-43.