



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES ÓSEAS INFLAMATORIAS Y NO
INFLAMATORIAS EN CAVIDAD ORAL UN ESTUDIO DEMOGRÁFICO
RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS, EN LA CLÍNICA DE MEDICINA BUCAL,
DEPeI, FO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ELIZABETH MOTA IRINEO

TUTOR: DR. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA

MÉXICO, D.F.

2014



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.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Quienes son mi mayor motivación.

Mis padres

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su amor, por su confianza, por su apoyo incondicional y darme las fuerzas para seguir luchando en los momentos que sentí difíciles, por sus consejos y que por ellos he llegado a realizar una de mis más grandes metas.

A mis hermanos porque siempre estuvieron apoyándome, por sus palabras y compañía y siempre sacándome una sonrisa durante este trayecto.

A mi familia por todo el amor que me han brindado y todo el esfuerzo que han hecho por darme siempre lo mejor, por su apoyo para alcanzar mis metas.

A mis amigas por su ayuda, amistad y por su compañía en esta travesía. Por su cariño y comprensión, por estar siempre cerca.

A mis maestros de los cuales aprendí demasiado y que como personas me llevo lo mejor de cada uno de ellos.

Al DR. Luis Alberto Gaitán Cepeda que como asesor de mi tesina, me ha orientado, apoyado y corregido en la elaboración de esta.

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. ANTECEDENTES.....	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4. JUSTIFICACIÓN.....	15
5 OBJETIVOS.....	16
5.1 General.....	16
5.2 Específicos.....	16
6. METODOLOGÍA.....	17
6.1 Material y método.....	17
6.2 Tipo de estudio.....	18
6.3 Población de estudio.....	18
6.4 Muestra.....	18
6.5 Criterios de selección.....	19
6.5.1 Criterios de inclusión.....	19
6.5.2 Criterios de exclusión.....	19
6.6 Variables de estudio.....	20
6.6.1 Independientes.....	20
6.6.2 Dependientes.....	20
6.7 Análisis de la información.....	20

7 RESULTADOS.....	21
8 DISCUSIÓN.....	45
9 CONCLUSIONES.....	46
10 REFERENCIAS.....	48

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar la prevalencia de las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias de la cavidad bucal en pacientes atendidos en la clínica de medicina bucal del DEPEl de la Facultad de Odontología en un periodo de 10 años. Este estudio es de tipo descriptivo retrospectivo.

Las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias que se presentan tanto en la maxila como la mandíbula son de importancia en la práctica odontológica, ya que estas pueden alterar las estructuras de la cavidad bucal así como la calidad de vida del paciente.

El hueso reacciona ante estímulos o enfermedades propias de la cavidad bucal, estas reacciones reflejan el origen de las lesiones. En algunas lesiones se presenta el aumento de volumen, otras pueden producir dolor en la cavidad bucal. Las manifestaciones tienen importancia, así como las radiografías que son un auxiliar de diagnóstico. Ya que nos ayudan a determinar de qué lesión se trata.

Se presentan en cualquier etapa de la vida y deben tener un buen tratamiento o seguimiento.

Para realizar este estudio se seleccionó a una muestra de 166 pacientes los cuales tenían como diagnóstico una lesión ósea inflamatoria o no inflamatoria, de ambos géneros y de cualquier edad, en donde se obtuvo que la prevalencia de estas lesiones representan el 4.06% de las enfermedades en la cavidad bucal.

De las cuales la prevalencia es del 2.27% que representan a las lesiones óseas inflamatorias y el 1.76% a las lesiones no inflamatorias. El género más afectado es el femenino con un 2.74% en comparación con el género masculino con un 1.32% de hombres. Estos datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas de los pacientes y con la ayuda del programa estadístico SPSS.

2. ANTECEDENTES

El hueso es un tejido calcificado denso que es afectado específicamente por una diversidad de lesiones que hace que reaccione de manera dinámica.¹

La osteomielitis es, por definición, una inflamación del hueso y la médula ósea.² El proceso inflamatorio se caracteriza por la destrucción de hueso y la intensa reparación por parte de este, formando secuestros óseos y la posterior neoformación ósea que rodea estas zonas de secuestro, denominadas involucros.³

La mayor parte de los casos en que afecta los maxilares se relacionan con una infección, por lo general bacteriana, que se extiende al hueso desde dientes sin vitalidad, lesiones periodontales o traumatismos. Esto relacionado con los factores de resistencia del paciente, determina el cuadro clínico y la extensión del proceso inflamatorio, además de la velocidad con la que se desarrolla la infección.²

La osteítis condensante, es una reacción del hueso a la infección bacteriana cuando la resistencia de los tejidos es muy alta o hay una infección de bajo grado. Las lesiones pueden ser adyacentes a un diente sano sin obturación, lo que sugiere que debe de considerarse otros factores etiológicos, como la mal oclusión. Sus sinónimos son osteomielitis esclerosante focal y hueso esclerótico.^{1,4}

Exclusiva en personas jóvenes, menores de 20 años. El diente afectado con mayor frecuencia es el primer molar inferior.^{1,4}

La mayor parte de las lesiones se descubren en exámenes radiográficos rutinarios.⁴ Radiológicamente se observa una masa radiopaca bien circunscrita del hueso esclerótico que rodea al ápice de una o ambas raíces.¹ Se pueden desarrollar en áreas periapicales de dientes no vitales o con pulpas inflamadas.⁵ Existiendo generalmente una evidente separación entre el tejido esclerosado y el hueso normal.³

Las lesiones fibro-óseas benignas (BFOLs) del hueso constituyen un grupo de enfermedades que muestran una producción mezclada de tejido fibrocolágeno y diversos materiales mineralizados, incluyendo tejido óseo, el hueso laminar, y materiales similares al cemento.⁶ Reemplazan al hueso trabecular normal por un tejido fibroso celular denso y estructuras mineralizadas orientadas al azar, del cual se forman estructuras óseas no funcionales.⁷

El término lesión fibro-ósea no es un diagnóstico concreto si no que agrupa una serie de procesos patológicos con un origen y apariencia radiológica e histopatológica similar.⁸

La clasificación de BFOLs ha sido tema de constante modificación. Según lo propuesto por diversos autores, múltiples entidades patológicas se han incluido bajo el título de BFOLs.⁶

La clasificación más aceptada fue propuesta por Waldron en 1993 y modificada posteriormente por Brannon y Fowler, que comprendía la displasia fibrosa (FD), displasia ósea (DO), fibroma osificante (DE), y fibroma osificante juvenil (JOF) como BFOLs del hueso. Estas lesiones se incluyeron en la actual clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los tumores de cabeza y cuello.⁶

A pesar de sus diversidades, este grupo de lesiones demuestra algunas similitudes clínicas, radiológicas, así como las características histopatológicas. Esto a veces supone un problema para su diagnóstico y manejo.⁶

La displasia cementaria periapical es una patología displásica en la cual áreas focales múltiples de hueso y médula normales son reemplazados por lesiones de tejido conjuntivo celular con un potencial de crecimiento limitado. Las lesiones alcanzan un tamaño determinado y después experimentan un proceso de maduración que culmina en la formación de nódulos intraóseos múltiples, densos y calcificados. Se descubren casualmente durante la evaluación radiográfica de rutina o durante la investigación de otro problema. No presenta síntomas ni alteraciones visibles externas del hueso afectado.⁷

Áreas periapicales radiotransparentes y radioopacas difusas asintomáticas, en las cuales el tejido óseo cementario sustituye a la arquitectura del hueso normal.⁷

El osteoma es una lesión odontogénica caracterizada por la proliferación de tejido óseo compacto o esponjoso. Son lesiones esencialmente restringidas a los huesos del cráneo y de la cara. La mayoría de los osteomas son asintomáticos y sin potencial de recidiva después de la remoción quirúrgica. Generalmente descubiertos en exámenes radiográficos de rutina o cuando en estado de crecimiento avanzado conlleva a una deformidad facial. Los osteomas aparentan ser más comunes en adultos jóvenes, pueden surgir en cualquier edad. Diversos autores citan mayor aparición en pacientes del sexo masculino. Es más frecuente en la mandíbula, principalmente en las regiones de ángulo y borde inferior del cuerpo.⁹

En un estudio donde se analizaron 207 casos de lesiones fibro-óseas (no inflamatorias) retrospectivamente. En general la displasia fibrosa fue la más prevalente con el 36.7%, seguido del fibroma osificante 32.4%, displasia ósea con 24.6% y el fibroma osificante juvenil 6.3%. Se observó predilección en la población femenina. La mayoría de los pacientes con displasia fibrosa y fibroma osificante presentaron hinchazón no dolorosa, mientras tanto los pacientes con displasia ósea era asintomático.⁶

Un estudio mostro la prevalencia de osteoesclerosis idiopática y osteítis condensante en una población de adultos de mediana edad a avanzada, para determinar su comportamiento a largo plazo. En el cual se obtuvo que en 90 sujetos representaba el 5.7% de esclerosis idiopática y 71 sujetos con el 4.5% osteítis condensante.¹⁰

En un estudio en pacientes de Turquía se encontró que la osteoesclerosis idiopática y osteítis condensante tuvieron una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres en el mismo estudio ambas lesiones fueron encontrados en la tercera y cuarta década de vida. Además se observaron lesiones de osteítis condensante entre los 40 y 69 años y 20 a 39. Una posible explicación sería la caries dental y las infecciones de la pulpa con el aumento de edad. Se observó que la lesión es más frecuente es en los molares lo que podrían representar las raíces residuales de molares temporales, reabsorbido y reemplazado por hueso esclerótico. También se puede atribuir a la caries, al trauma oclusal y las infecciones de la pulpa.¹¹

Las células del ligamento periodontal son capaces de producir una gran variedad de neoplasias benignas. Varios autores han sugerido que los fibromas osificantes son lesiones fibro-óseas benignas con origen en el ligamento periodontal.⁸

En un estudio de 22 casos se analizó el fibroma osificante con 17 casos en un periodo de 4 a 5 años la edad de incidencia varia de 8 a 53 años. Se encontraron 13 casos de fibroma osificante que ocurren en la mandíbula. Y del 70 a 80 % se produce con mayor frecuencia en la región premolar-molar con predilección femenina.¹²

El fibroma osificante se define como una lesión encapsulada que consiste en tejido fibroso y cantidades variables de material mineralizado del hueso o cemento. Es más frecuente en la tercera y cuarta décadas de la vida.¹²

Slootwey y Müller en una revisión, establecieron la edad media en 25 años del fibroma osificante. Tiene predilección por el sexo femenino, se localiza con mayor frecuencia en el área molar y premolar.⁸

En otro artículo revisado se manifiesta que el fibroma osificante se encuentra con más frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior, localizándose preferentemente en la región molar (52%) o premolar (25%). Es más comúnmente diagnosticada en mujeres (5:1) entre la tercera y cuarta década de la vida.¹³

Los torus y exostosis son protuberancias nodulares de hueso maduro, cuya denominación precisa depende de su localización anatómica.²

Normalmente aparecen en mujeres de la tercera década de vida en una proporción de mujer: hombre de 2:1 (Shafer y Levi 1978). En niños son sumamente raros.¹⁴

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias se presentan en cualquier periodo de edad, debido a alguna manifestación de otra enfermedad como la caries, enfermedad periodontal presentes en la cavidad bucal o al haber sufrido algún traumatismo o tratamiento dental.

Por lo tanto, es necesario cuestionarse algunos aspectos:

- ¿Qué tan prevalentes son las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias de la cavidad bucal?
- ¿Cuáles son las lesiones óseas inflamatorias que se presentan más comúnmente y las lesiones no inflamatorias?

4. JUSTIFICACIÓN

Es frecuente observar lesiones periapicales como secuela de una infección de la pulpa. Esta infección generalmente queda localizada, pero algunas veces puede terminar en osteomielitis, osteítis condensante.

En ocasiones se relaciona con los factores de resistencia del paciente o de la lesión, lo que determina el cuadro clínico y la lesión del proceso inflamatorio. Es importante conocer el estudio radiográfico para establecer el diagnóstico de la lesión.

Las lesiones en las cuales la médula y el hueso trabecular normal, es sustituido por tejido fibroso celular y estructuras mineralizadas son conocidas como lesiones fibro-óseas. Son de importancia clínica ya que pueden alcanzar tamaños variables los cuales pueden interferir con la calidad de vida del paciente.

Las lesiones óseas en la cavidad bucal en la mayoría de los casos, los pacientes no saben que presentan alguna de estas lesiones, si no que con el tiempo se dan cuenta de que presentan cambios de volumen en lo que es el hueso. Por lo tanto acuden al odontólogo.

O por el contrario son remitidos por clínicas u odontólogos externos al encontrar algún cambio en la cavidad bucal.

Fue importante realizar este estudio ya que nos permitió conocer la prevalencia de las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias en la clínica de medicina bucal.

5 OBJETIVOS

5.1 General

- Determinar la prevalencia de lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias en pacientes atendidos en la clínica de patología bucal del DEPEI de la Facultad de Odontología.

5.2 Específicos

- Identificar las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias de los pacientes de la clínica de patología bucal.
- Obtener la prevalencia de las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias de los pacientes de la clínica de patología bucal.
- Conocer la prevalencia de cada una de las lesiones inflamatorias y no inflamatorias de la clínica de patología bucal del DEPEI de la facultad de odontología.

6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

Pacientes que fueron atendidos en la clínica de medicina bucal del DEPeI de la Facultad de Odontología en un periodo de 10 años que comprende del 7 de enero del 2004 al 18 de agosto del 2014 donde se obtuvieron los datos de las historias clínicas de los pacientes, el cual contenía edad, género, diagnóstico clínico para los datos generales.

Para los pacientes con las lesiones óseas se llevó a cabo una recolección de datos, en sus historias clínicas de los cuales se obtuvieron los siguientes datos: edad, género, diagnóstico, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento, localización, motivo de la consulta y enfermedades asociadas a los pacientes.

Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo utilizando Excel como la base de datos y el programa SPSS para el procesamiento de los datos.

6.2 Tipo de estudio

El estudio realizado fue de tipo descriptivo retrospectivo ya que nos permitió conocer la prevalencia de las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias.

6.3 Población de estudio

- Pacientes de la clínica de medicina bucal del DEPEI de la Facultad de Odontología que se atendieron en el lapso del 7 de enero del 2004 al 18 de agosto del 2014 que comprende un periodo de 10 años.

6.4 Muestra

4080 pacientes, de los cuales 166 fueron diagnosticados con alguna lesión ósea inflamatoria o no inflamatoria en la clínica de medicina bucal del DEPEI de la Facultad De Odontología.

6.5 Criterios de selección

6.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes revisados en la clínica de medicina bucal del DEPEI que comprende del 7 de enero del 2004 al 18 de agosto del 2014.
- Cualquier edad.
- Los pacientes con un diagnóstico de lesión ósea inflamatoria y no inflamatoria.

6.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que en la historia clínica no se encontraron datos como género o diagnóstico clínico.

6.6 Variables de estudio

6.6.1 Independientes

Género

Estado civil

Escolaridad

Lugar de nacimiento

Motivo consulta

6.6.2 Dependientes

Lesiones óseas inflamatorias

Lesiones óseas no inflamatorias

6.7 Análisis de la información

Se utilizó el programa estadístico SPSS para el análisis de los datos

7 RESULTADOS

La muestra de estudio se basó en 10 años que comprende del 7 de enero del 2004 al 18 de agosto del 2014. En los cuales se obtuvieron 4080 pacientes revisados en ese periodo en la clínica de medicina bucal, en la selección de pacientes se obtuvieron 166 pacientes que presentaron lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias.

Estos 166 pacientes constituyen la muestra de este estudio al cumplir con los criterios de inclusión como lo fue el tener un diagnóstico de lesión ósea inflamatoria o no inflamatoria.

Los resultados de los 166 pacientes representa la prevalencia del 4.06% de las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias en la cavidad bucal, en donde se obtuvo que el porcentaje de mujeres es del 67.5% con 112 pacientes, supera al de hombres que fue de 32.5 % con 54 pacientes.

Tabla 1. Gráfica 1.

	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
Femenino	112	67.5	2.74
Masculino	54	32.5	1.32
Total	166	100	4.06

Tabla 1 Género, lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias.

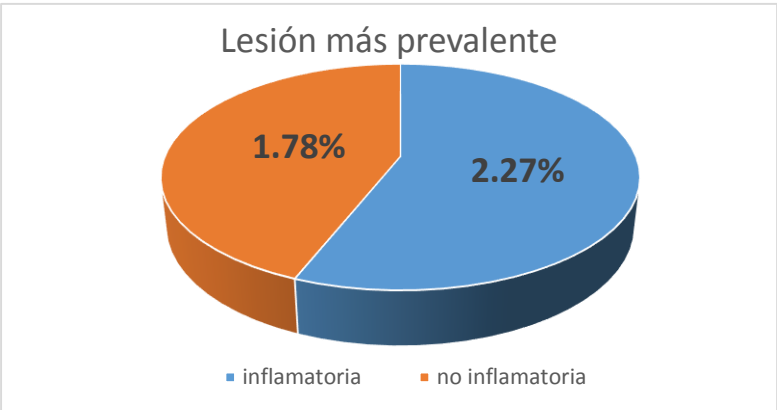


Gráfica 1 Género

De los cuales 93 pacientes presentaron lesiones óseas inflamatorias, siendo la prevalencia 2.27% y 73 pacientes con lesiones óseas no inflamatorias, siendo el 1.78%. Tabla 2. Gráfica 2.

Lesión	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
Inflamatoria	93	56.0	2.27
No inflamatoria	73	44.0	1.78
Total	166	100	4.06

Tabla 2 Tipo de lesiones

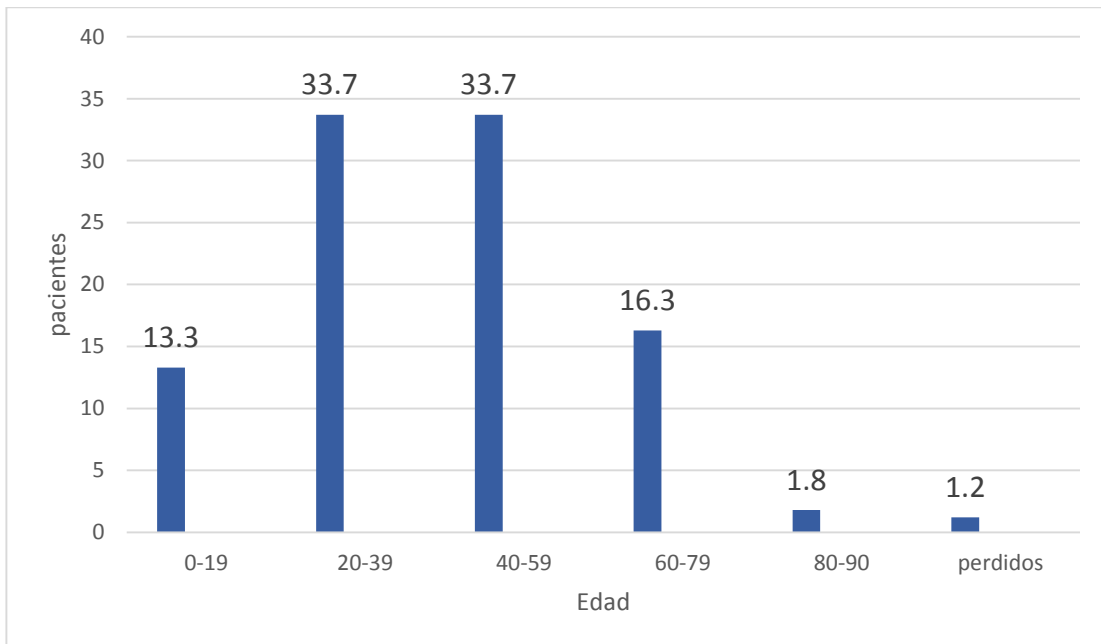


Gráfica 2

La edad en la cual se presentan más las lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias es de los 20 a 60 años. Seguido de los 60 a 79 años. Tabla 3. Gráfica 3.

	Frecuencia	Prevalencia
0-19 años	22	13.3
20-39 años	56	33.7
40-59 años	56	33.7
60-79 años	27	16.3
80-90 años	3	1.8
Si dato	2	1.2

Tabla 3 Edad



Gráfica 3 Edad

Los tipos de lesiones óseas inflamatorias que se obtuvieron fueron el 56% siendo así las más frecuentes; de estas se obtuvo que la osteítis condensante (fig.1 y 2) la presentan 43 pacientes, siendo la más prevalente con 1.05%, seguido de la osteítis esclerosante con 28 pacientes con el 0.68%, 21 pacientes presentaron osteomielitis (fig. 3 y 4) con el 0.51%. Tabla 4.

	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
Osteítis condensante	43	46.2	1.05
Osteítis esclerosante	28	30.1	0.68
Osteomielitis	21	22.6	0.51
Alveolitis	1	1.1	0.02
Total	93	100	2.26

Tabla 4 Lesiones óseas inflamatorias.

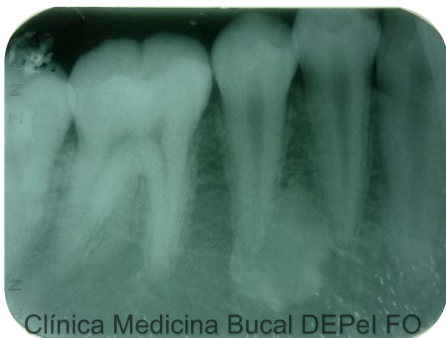


Figura 1 osteítis condensante premolar inferior derecho

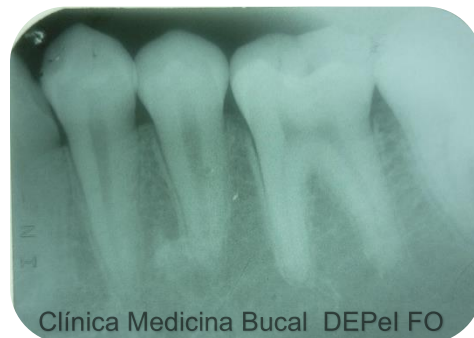


Figura 2 osteítis condensante premolar inferior izquierdo

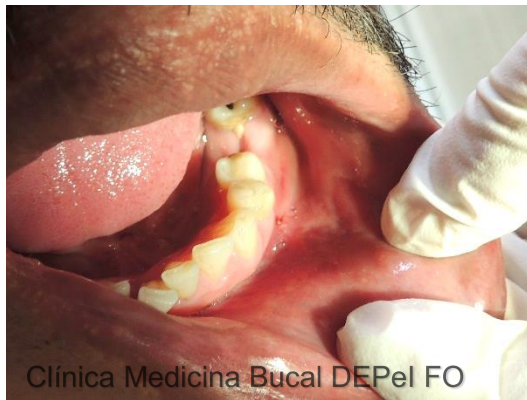


Figura 3 Osteomielitis

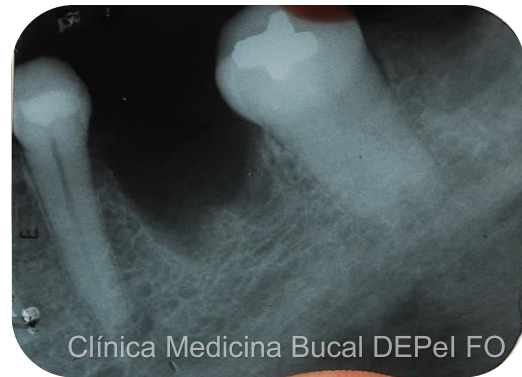


Figura 4 Osteomielitis

Con el 44 % se presentaron las lesiones óseas no inflamatorias, siendo entre ellas las más prevalente la displasia cemento ósea con 27 pacientes 0.66 % (fig. 5), 16 pacientes con torus 0.39%(fig. 7), 10 pacientes con exostosis 0.24% (fig. 6), 6 pacientes con osteoma con 0.14% (fig. 8). Los datos completos se muestran en la tabla 5.



Figura 5 Displasia cemento ósea

	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
Displasia cemento ósea	27	37.0	0.66
Torus	16	21.9	0.39
Exostosis	10	13.7	0.24
Osteoma	6	8.2	0.14
Fibroma osificante periférico	5	6.8	0.12
Fibroma osificante	5	6.8	0.12
Displasia fibro ósea	2	2.7	0.04
Displasia ósea florida	1	1.4	0.02
Fibroma osificante central	1	1.4	0.02
Total	73	100	1.61

Tabla 5 Lesiones óseas no inflamatorias



Figura 6 Exostosis



Figura 7 Torus mandibular



Figura 8 Osteoma



Figura 9 Displasia fibrosa



Figura 10 Displasia fibrosa

La localización más frecuente de estas lesiones se encuentran en los molares inferiores con el 21.7%, la mandíbula con el 21.1%, premolares inferiores 16.9%, los datos completos se encuentran en la tabla 6.

	Frecuencia	Porcentaje
Molares inferiores	36	21.7
Mandíbula	35	21.1
Premolares inferiores	28	16.9
Anteriores superiores inferiores	16	9.6
Maxila	8	4.8
Zona lingual	8	4.8
Paladar	7	4.2
Molares superiores	5	3.0
Zona retromolar	4	2.4
Premolares superiores	1	0.6
Terceros molares	1	0.6
Fondo de saco	1	0.6
Sin localización	16	9.6
Total	166	100

Tabla 6 Localización

El estado civil más frecuente que nos encontramos son de solteros con 84 pacientes siendo el 50.6%, seguido de 60 pacientes casados, con un 36.1% y 13 pacientes en unión libre siendo el 7.8%. Los datos completos se encuentran en la tabla 7.

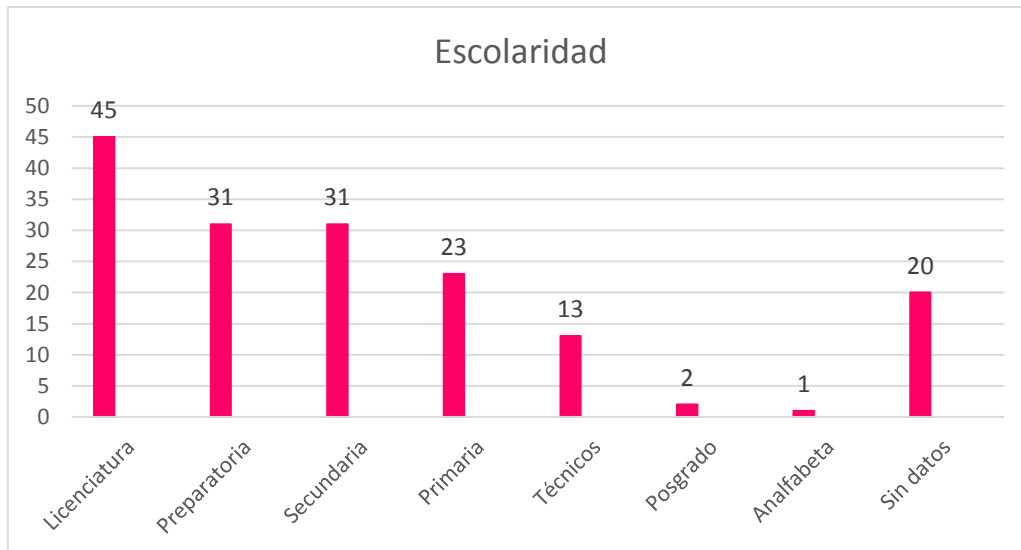
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	84	50.6
Casado	60	36.1
Unión libre	13	7.8
Viudo	7	4.2
Divorciado	2	1.2
Total	166	100

Tabla 7 Estado civil

La tabla 8 de la muestra indica algún grado de escolaridad, siendo la licenciatura el grado alcanzado por la mayoría con el 27.1% de los pacientes, seguido con un 18.7% de secundaria y de preparatoria. Gráfica 4.

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	45	27.1
Secundaria	31	18.7
Preparatoria	31	18.7
Primaria	23	13.9
Técnicos	13	7.8
Posgrado	2	1.2
Analfabeta	1	0.6
Sin datos	20	12
Total	166	100

Tabla 8 Escolaridad



Gráfica 4

Ya que el estudio se realizó en la DEPEI de la Facultad de Odontología de la UNAM, se encontró que 110 pacientes tiene su lugar de nacimiento en el Distrito Federal dando un 66.3 %, no obstante se encontraron otros estados de relevancia como el Estado de México con 16 pacientes dando un 9.6%, Oaxaca con 9 pacientes con el 5.4%. En la tabla 9 se presentan los datos completos.

	Frecuencia	Porcentaje
D.F.	110	66.3
Estado de México	16	9.6
Oaxaca	9	5.4
Hidalgo	6	3.6
Michoacán	4	2.4
Puebla	4	2.4
Chiapas	3	1.8
Guerrero	3	1.8
Veracruz	3	1.8
Jalisco	2	1.2
Morelos	1	0.6
Zacatecas	1	0.6
Quintana roo	1	0.6
Durango	1	0.6
San Luis potosí	1	0.6
Sinaloa	1	0.6
Total	166	100

Tabla 9 Lugar de nacimiento

En la historia clínica los pacientes refirieron el motivo de la consulta encontrando así los siguientes resultados que el 56.6% no presentaba algún signo o síntoma descrito en la historia clínica, el 13.9% refería aumento de volumen, el 10.8% se presentó por un hallazgo radiográfico en la consulta odontológica y el 9.0% fueron remitidos por clínicas de la facultad. Tabla 10.

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	94	56.6
Aumento de volumen	23	13.9
Hallazgo radiográfico	18	10.8
Referido por la facultad	15	9.0
Dolor dental	7	4.2
Por extracción	3	1.8
Fistula	3	1.8
Terceros molares	1	0.6
Osteoma	1	0.6
Parestesia	1	0.6
Total	166	100

Tabla 10 Motivo consulta

Se tomó en cuenta las enfermedades que presentaron los pacientes. La mayoría de los pacientes manifestaron ser aparentemente sanos con el 68.7%, 9.0% presentaron gastritis, 7.2% diabetes mellitus, 3.0% son hipertensos, 2.4% colitis; en la tabla 11 se muestran los datos completos.

	Frecuencia	Porcentaje
Aparentemente sano	114	68.7
Gastritis	15	9.0
Diabetes Mellitus	12	7.2
Hipertensión	5	3.0
Colitis	4	2.4
Ca parótida	2	1.2
Depresión	2	1.2
Hipotiroidismo	2	1.2
Sinusitis	2	1.2
Triglicéridos altos	2	1.2
Glaucoma	1	0.6
Ca próstata	1	0.6
Hipertiroidismo	1	0.6
Hipertrofia próstata	1	0.6
Hipoglucemia	1	0.6
Hipotensión	1	0.6
Total	166	100

Tabla 11 Enfermedades asociadas a los pacientes

A continuación se presentan por separado de lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias con los datos de género, lugar de nacimiento, estado civil, escolaridad, enfermedades presentes, localización de la lesión ósea y el motivo de la consulta.

En las lesiones óseas inflamatorias se registraron 63 mujeres (67.7%) y 30 hombres (32.3%) tabla 12. Gáfica 5.

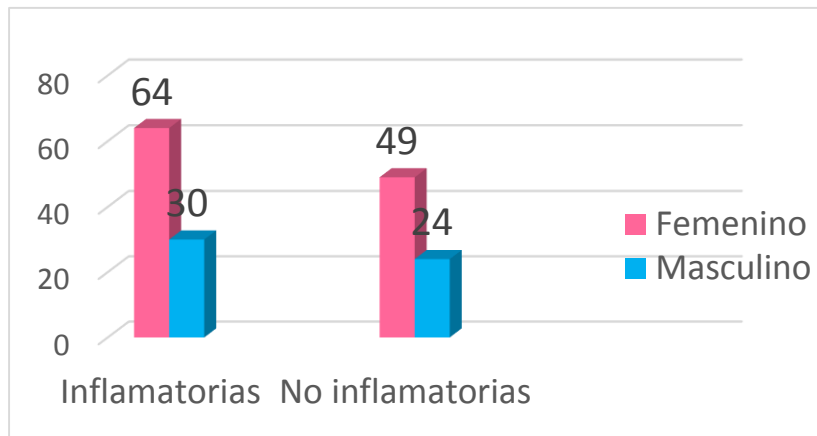
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	63	67.7
Masculino	30	32.3
Total	93	100

Tabla 12 Género según lesiones óseas inflamatorias.

En lesiones no inflamatorias se registraron 49 mujeres (67.1%) y 24 hombres (32.9%) tabla 13. Gráfica 5.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	49	67.1
Masculino	24	32.9
Total	73	100

Tabla 13 Género según lesiones óseas no inflamatorias.



Gráfica 5 Comparación de género en lesiones óseas inflamatorias y no inflamatorias

La localización en las lesiones óseas inflamatorias son más frecuentes en los molares inferiores con un 29%, la mandíbula con un 25.8%, premolares con 19.4%. Los datos completos se encuentran en la tabla 14.

	Frecuencia	Porcentaje
Molares inferiores	27	29
Mandíbula	24	25.8
Premolares inferiores	18	19.4
Anteriores superiores inferiores	6	6.5
Maxila	3	3.2
Zona lingual	1	1.1
Molares superiores	2	2.2
Zona retromolar	3	3.2
Terceros molares	1	1.1
Fondo de saco	1	1.1
Sin localización	7	7.5
Total	93	100

Tabla 14 Localización

En las lesiones no inflamatorias estas se presentan más comúnmente en la mandíbula 15.1% seguido de los premolares inferiores y los anteriores superiores inferiores con el 13.7%, molares inferiores con 12.3% tabla 15.

	Frecuencia	Porcentaje
Molares inferiores	9	12.3
Mandíbula	11	15.1
Premolares inferiores	10	13.7
Anteriores superiores inferiores	10	13.7
Maxila	5	6.8
Zona lingual	7	9.6
Paladar	7	9.6
Molares superiores	3	4.1
Zona retromolar	1	1.4
Premolares superiores	1	1.4
Sin localización	9	12.3
Total	73	100

Tabla 15 Localización

El estado civil que más se presenta en las lesiones óseas inflamatorias son los solteros 48.4%, casados con un 38.7% tabla 16.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	45	48.4
Casado	36	38.7
Unión libre	7	7.5
Viudo	4	4.3
Divorciado	1	1.1
Total	93	100

Tabla 16 Estado civil lesiones óseas inflamatorias.

En las lesiones óseas no inflamatorias el estado civil que más se presenta son los solteros con un 53.4% seguido de los casados con un 32.9% tabla 17.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	39	53.4
Casado	24	32.9
Unión libre	6	8.2
Viudo	3	4.1
Divorciado	1	1.4
Total	73	100

Tabla 17 Estado civil lesiones óseas no inflamatorias.

La Escolaridad en las lesiones óseas inflamatorias son más frecuentes en licenciatura 30.1%, preparatoria 18.3%, secundaria con 16.1% tabla 18.

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	28	30.1
Secundaria	15	16.1
Preparatoria	17	18.3
Primaria	11	11.8
Técnicos	7	7.5
Posgrado	1	1.1
Analfabeta	1	1.1
Sin datos	13	14
Total	93	100

Tabla 18 Escolaridad lesiones óseas inflamatorias.

La Escolaridad en las lesiones óseas no inflamatorias se obtuvo mayor porcentaje en la licenciatura 23.3%, secundaria 21.9%, preparatoria 19.2%.

Tabla 19.

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	17	23.3
Secundaria	16	21.9
Preparatoria	14	19.2
Primaria	12	16.4
Técnicos	6	8.2
Posgrado	1	1.4
Sin datos	7	9.6
Total	73	100

Tabla 19 Escolaridad lesiones óseas no inflamatorias.

El lugar de nacimiento que es más frecuente es el Distrito Federal con un 63.4%, Estado de México 11.8%. En la tabla 20 se muestran los datos completos. Gráfica 6

	Frecuencia	Porcentaje
D.F.	59	63.4
Estado de México	11	11.8
Hidalgo	4	4.3
Michoacán	3	3.2
Puebla	3	3.2
Chiapas	3	3.2
Oaxaca	3	3.2
Veracruz	3	3.2
Guerrero	1	1.1
Jalisco	1	1.1
Morelos	1	1.1
Zacatecas	1	1.1
Total	93	100

Tabla 20 Lugar de nacimiento



Gráfica 6

El lugar de nacimiento que es más frecuente en las lesiones no inflamatorias obtuvimos al Distrito Federal 69.9%, Oaxaca 8.2%, Estado de México 6.8%. En la tabla 21 se muestran los datos completos. Gráfica 7.

	Frecuencia	Porcentaje
D.F.	51	69.9
Oaxaca	6	8.2
Estado de México	5	6.8
Hidalgo	2	2.7
Guerrero	2	2.7
Michoacán	1	1.4
Puebla	1	1.4
Jalisco	1	1.4
Quintana roo	1	1.4
Durango	1	1.4
San Luis potosí	1	1.4
Sinaloa	1	1.4
Total	73	100

Tabla 21 Lugar de nacimiento



Gráfica 7

El motivo de la consulta por el cual se presentaron los pacientes por lesión ósea inflamatoria son por hallazgo radiográfico 11.8%, referidos por la facultad con un 9.7%. En la tabla 22 se presentan los datos completos.

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	56	60.2
Hallazgo radiográfico	11	11.8
Referido por la facultad	9	9.7
Aumento de volumen	4	4.3
Dolor dental	4	4.3
Por extracción	3	3.2
Fistula	3	3.2
Terceros molares	1	1.1
Osteoma	1	1.1
Parestesia	1	1.1
Total	93	100

Tabla 22 Motivo de la consulta

El motivo de consulta por el cual se presentan los pacientes con una lesión no inflamatoria es por aumento de volumen 26%, hallazgo radiográfico 9.6%. En la tabla 23 se muestran los datos completos.

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	38	52.1
Aumento de volumen	19	26
Hallazgo radiográfico	7	9.6
Referido por la facultad	6	8.2
Dolor dental	3	4.1
Total	73	100

Tabla 23 Motivo de consulta

En las lesiones óseas Inflamatoria se encuentran 71% de pacientes aparentemente sanos, 11.8% presentan gastritis, 5.4% diabetes mellitus. En la tabla 24 se presentan los datos completos.

	Frecuencia	Porcentaje
Aparentemente sano	66	71
Gastritis	11	11.8
Diabetes Mellitus	5	5.4
Hipotiroidismo	2	2.2
Triglicéridos altos	2	2.2
Hipertensión	1	1.1
Colitis	1	1.1
Ca parótida	1	1.1
Sinusitis	1	1.1
Hipertiroidismo	1	1.1
Hipertrofia próstata	1	1.1
Hipotensión	1	1.1
Total	93	100

Tabla 24 Enfermedades presentes en los pacientes con lesión ósea inflamatoria.

En las lesiones óseas no inflamatorias se presentan los pacientes con el 65.8% aparentemente sanos, 9.6% con diabetes mellitus, gastritis e hipertensión con el 5.5%. Tabla 25.

	Frecuencia	Porcentaje
Aparentemente sano	48	65.8
Diabetes Mellitus	7	9.6
Gastritis	4	5.5
Hipertensión	4	5.5
Colitis	3	4.1
Depresión	2	2.7
Ca parótida	1	1.4
Sinusitis	1	1.4
Glaucoma	1	1.4
Ca próstata	1	1.4
Hipoglucemia	1	1.4
Total	73	100

Tabla 25 Enfermedades presentes en pacientes con lesiones óseas no inflamatorias.

8 DISCUSIÓN

En estudios realizados se obtuvieron que en la población turca es más frecuente la osteoesclerosis idiopática (osteítis esclerosante) que la osteítis condensante. Que estudios que examinan estas lesiones comparativamente son limitados.

Si comparamos estas lesiones del presente estudio en la población mexicana se obtuvo que es más frecuente la osteítis condensante en comparación con la osteítis esclerosante.

De los 166 pacientes. La mayoría de estos fueron de género femenino (112) comparada con el género masculino (54). De este factor encontramos similitud en artículos revisados ya que la mayoría de las lesiones se encuentran en el género femenino.

En los artículo revisados podemos encontrar que generalmente las lesiones se localizan en la mandíbula, en regiones de premolar a molar, en el estudio realizado encontramos similitud ya que la mayoría de las lesiones las encontramos en la mandíbula, en molares y premolares inferiores.

En el estudio de un artículo realizado de lesiones fibro-óseas la displasia fibrosa fue más prevalente (36.7% seguido del fibroma osificante (32.4%), displasia ósea (24.6%) y el fibroma osificante juvenil (6.3%). Se observó predilección femenina.

En el presente estudio en las lesiones fibro-óseas se obtuvo más prevalencia en la displasia cemento ósea (0.66%), torus (0.39%), exostosis (0.24%), fibroma osificante periférico y fibroma osificante (0.12%), displasia fibro-ósea (0.04%), displasia ósea florida y fibroma osificante central (0.02%).

Podemos decir que los resultados difieren a los del artículo revisado

9 CONCLUSIONES

Se obtuvieron 166 pacientes con algún tipo de lesión ósea ya fuera inflamatoria o no inflamatoria de las cuales la prevalencia que representan son del 4.06% de todas las lesiones presentes en la cavidad bucal.

De los 166 pacientes. La mayoría de estos fueron de género femenino (112) comparada con el género masculino (54).

Las lesiones a ser mayor numero en las mujeres en comparación con los varones, es estadísticamente significativa ya que por lo tanto se espera mayor prevalencia en las mujeres.

La edad en la cual se presentan más las lesiones es de los 20 años a los 59.

Se obtuvo la prevalencia del 2.27% de lesiones óseas inflamatorias representando el mayor porcentaje, mientras que las lesiones óseas no inflamatorias fueron del 1.78%.

Dentro de la lesiones inflamatorias obtuvimos que la prevalencia es de 1.05% para la Osteítis condensante, 0.68% osteítis esclerosante, 0.51% osteomielitis y 0.02% alveolitis.

Mientras las lesiones óseas no inflamatorias, se obtuvo que las más prevalente es la displasia cemento ósea con 0.66 %, torus 0.39%, exostosis 0.24%, osteoma con 0.14%.

Podemos deducir que el motivo de consulta en ambas lesiones fue por hallazgo radiológico, pero en las lesiones óseas inflamatorias refirieron dolor mientras que en las lesiones óseas no inflamatorias fue por aumento de volumen.

Las diversas lesiones en el hueso de los maxilares implican diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta su localización, la edad del paciente,

La aportación de este estudio hace posible que tengamos en cuenta que estas lesiones aunque no son conocidas por los pacientes, nosotros como odontólogos debemos tener el conocimiento para dar soluciones de tratamiento o los pacientes.

Es importante conocer el cuadro clínico y radiográfico para establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones óseas y así proporcionar un diagnóstico confiable y oportuno, que será indispensables para un adecuado tratamiento que mejora el pronóstico de los pacientes afectados.

10 REFERENCIAS

1-Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Patología bucal. 4^a. Ed. México. Editorial Interamericana; 1997.

2- Regezzi A, Sciubba J. Patología bucal. 3a Ed. México. Editorial Interamericana; 2000.

3- Tomás Miguel de Lucas. Medicina oral. Salvat editores. Barcelona 1988.

4- Thoma KH. Patología oral. Salvat. 1973. 1273 pág.

5-Williams TP, Brooks SL. A longitudinal study of idiopathic osteosclerosis and condensing osteitis. Dentomaxillofac Radiol. 1998; 27(5):275-8.

6- Phattarataratip E, Pholjaroen C, Tiranon P. A Clinicopathologic Analysis of 207 Cases of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. International Journal of Surgical Pathology 2013; 22(4):326-333.

7- Sapp P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid. Editorial Mosby; 1998.

8- Pérez García S, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Fibroma osificante maxilar: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Cirugía Bucal 2004; 9:333-9.

9- Carrera M, Pereira Junior, Santos, Vasconcellos. Osteoma periférico en la mandíbula: presentación de caso. Fundación Acta Odontológica Venezolana 2008: 47 (2).

- 10- González P, Grimaldo MC, Carjevschi Moses. Fibroma osificante periférico en el maxilar. ¿Lesión reactiva o neoplasia verdadera? reporte de un caso. *Fundación Acta Odontológica venezolana*.2009.48 (3).
- 11- Miloglu O, Yalcin E, Buyukkurt MC, Acemoglu H. The frequency and characteristics of idiopathic osteosclerosis and condensing osteitis lesions in a Turkish patient population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 1;14(12):640-5.
- 12- Urs AB, Kumar P, Arora S, Augustine J. Clinicopathologic and radiologic correlation of ossifying fibroma and juvenile ossifying fibroma--an institutional study of 22 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2013; 17(2):198-203.
- 13- Chrcanovic BR, López Alvarenga, Horta MCR, Freire-Maia B, Souza LN. Fibroma osificante central en el maxilar superior: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Avances en odontoestomatología*. 2011; 27(1).
- 14- Rodríguez L, Santos M, Medina A. Torus y exostosis óseas. Revisión de la literatura. *Fundación Acta Odontológica Venezolana*1999; 37 (2).