



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACIÓN CLAVE 8968-22 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIRUJANO DENTISTA

CONCORDANCIA CLINICO-PATOLOGICA DE LESIONES ORALES
EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGICA
MORELOS ISSEMYM, PERIODO 2018-2019

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

Antonio de Jesús García Romero

Nadia Valeria Pérez Avena

ASESOR DE TESIS:

M. en C. Elizabeth Sánchez Gutiérrez

IXTLAHUACA, ESTADO DE MÉXICO, 2022





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.

Índice

1. Antecedentes	3
1.1 Generalidades de salud bucal	3
1.2 Generalidades del expediente clínico	4
1.3 Ruta diagnóstica de lesiones en cavidad bucal	6
1.4 Biopsia.....	13
1.5 Reporte histopatológico.....	17
2. Planteamiento del problema	18
3. Justificación	20
4. Objetivos.....	21
4.1 Objetivo general	21
4.2 Objetivos específicos	21
5. Materiales y métodos	22
5.1 Diseño de estudio.....	22
5.2 Población e universo de estudio	22
5.3 Muestreo.....	22
5.4 Criterios de selección de muestra	22
5.5 Variables de estudio	23
5.6 Procedimiento	25
5.7 Consideraciones éticas en investigación	25
5.8 Análisis estadístico	26
6. Resultados.....	27
7. Discusión	39
8. Conclusiones	42
9. Referencias bibliográficas	43
10. Anexos	47

1. Antecedentes

1.1 Generalidades de salud bucal

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud bucodental como “la ausencia de dolor orofacial, infecciones, enfermedades periodontales, caries, cáncer de boca o garganta y trastornos que limiten al individuo a morder, masticar, sonreír o hablar”, asimismo nombra el término de salud como “el completo bienestar físico, mental, social de una persona y no solo la ausencia de enfermedad”; estos dos términos deben emplearse en conjunto, teniendo en cuenta que desde la cavidad bucal ingresan todos los nutrientes necesarios para sustentar al individuo, cualquier variación puede generar cambios sistémicos y viceversa (1,2).

La OMS en el 2010, reportó que el cáncer en cavidad oral representa la séptima causa de cáncer en el mundo, además de que la mayoría de los casos son detectados en etapas avanzadas. Un factor que afecta la detección oportuna es la falta de actualización en el tema por parte del odontólogo (1,3).

La mayoría de los casos de cáncer oral son precedidos por lesiones aparentemente inofensivas como manchas rojas o blancas, úlceras con más de 15 días de evolución o hiperplasias (4), por lo que es responsabilidad del odontólogo mantenerse actualizado en el área de patología bucal, además de realizar una exploración general y bucal más cuidadosa, con la finalidad de identificar variantes anatómicas, emitir un adecuado diagnóstico, tratamiento y pronóstico al paciente (3,5).

Para la emisión de un diagnóstico presuntivo, es importante tener conocimientos sobre la descripción correcta de lesiones elementales, con el objetivo de encaminar al patólogo a un diagnóstico definitivo; de aquí la importancia de realizar un diagnóstico presuntivo coherente y con fundamento (6,7).

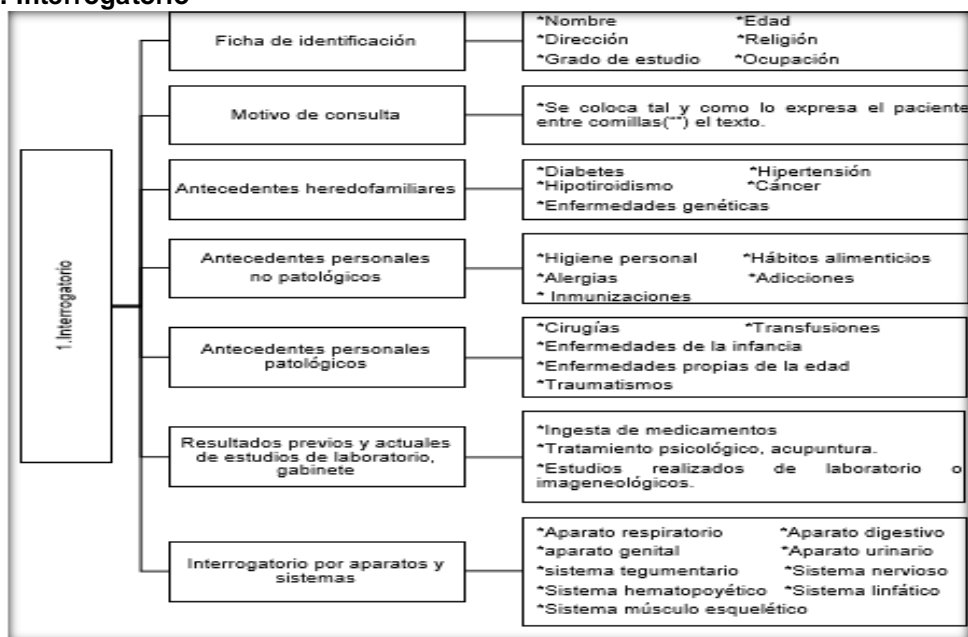
1.2 Generalidades del expediente clínico

Como lo establece la NOM-004-SSA3-2012, el expediente clínico es un conjunto único y sistemático, que contiene una historia clínica con los datos personales del paciente, notas de evolución, consentimiento informado, documentos gráficos, imagenológicos, resultados de gabinete o de cualquier otra índole; donde el personal de salud manifiesta las intervenciones médicas del paciente; asimismo puede ser utilizado con fines legales, de estadística o administrativo. Por lo cual, la omisión en la estructura del expediente puede provocar dificultades en el diagnóstico y tratamiento (8,9).

a) Historia clínica

Es un documento médico-legal, diseñado en cinco apartados con un orden específico; el odontólogo inicia con el interrogatorio (cuadro 1), con el objetivo de completar la ficha de identificación, recabar los antecedentes no patológicos, heredofamiliares y patológicos, para detectar indicios que afecten el estado de salud general del paciente (10,11).

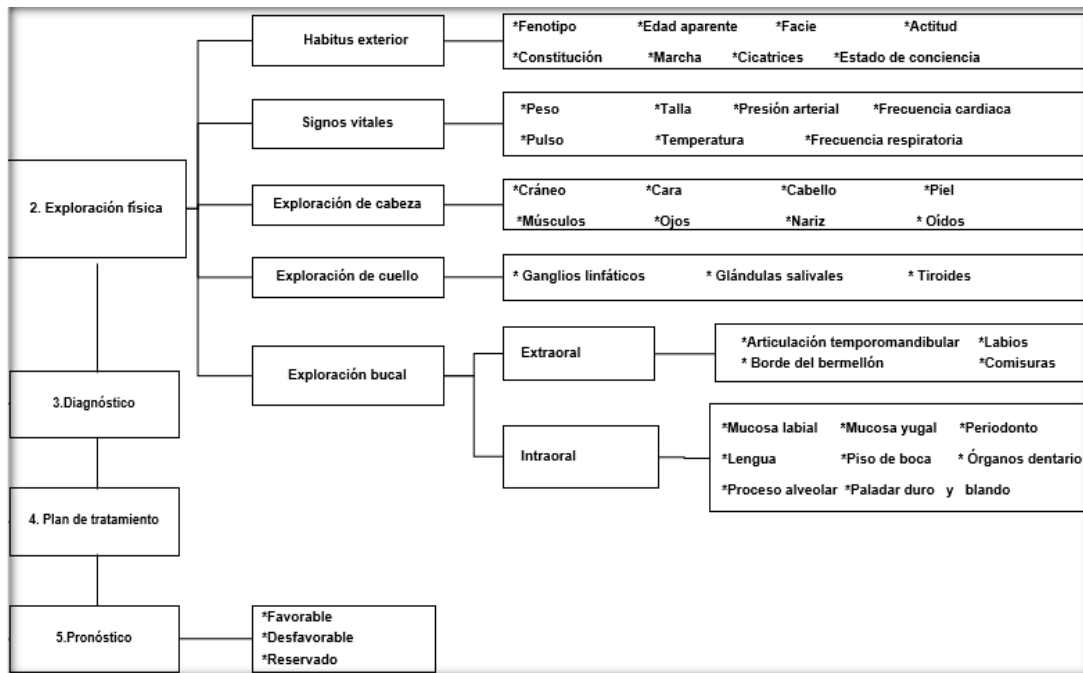
Cuadro 1. Interrogatorio



Diseño del autor de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del Diario Oficial de la Federación 2012 (9); Padrón, CR 2008 (11); Arias, RA 2017 (12).

Un diagnóstico clínico presuntivo, es una hipótesis creada con la información obtenida en la anamnesis, exploración física y cuadro clínico de la enfermedad detectada (13); el plan de tratamiento, es la acción que se lleva a cabo para suprimir el padecimiento patológico que presenta el paciente, implementando los auxiliares diagnósticos, los cuales se clasifican en estudios imagenológicos, de laboratorio y morfológicos, asumiendo las condiciones para su ejecución, como el estado sistémico, colaboración del paciente y conocimientos del odontólogo (7,14); el pronóstico establece la evolución de la enfermedad posterior al tratamiento, se clasifica en favorable, desfavorable o reservado (cuadro 2) (13,15).

Cuadro 2. Exploración física, diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico

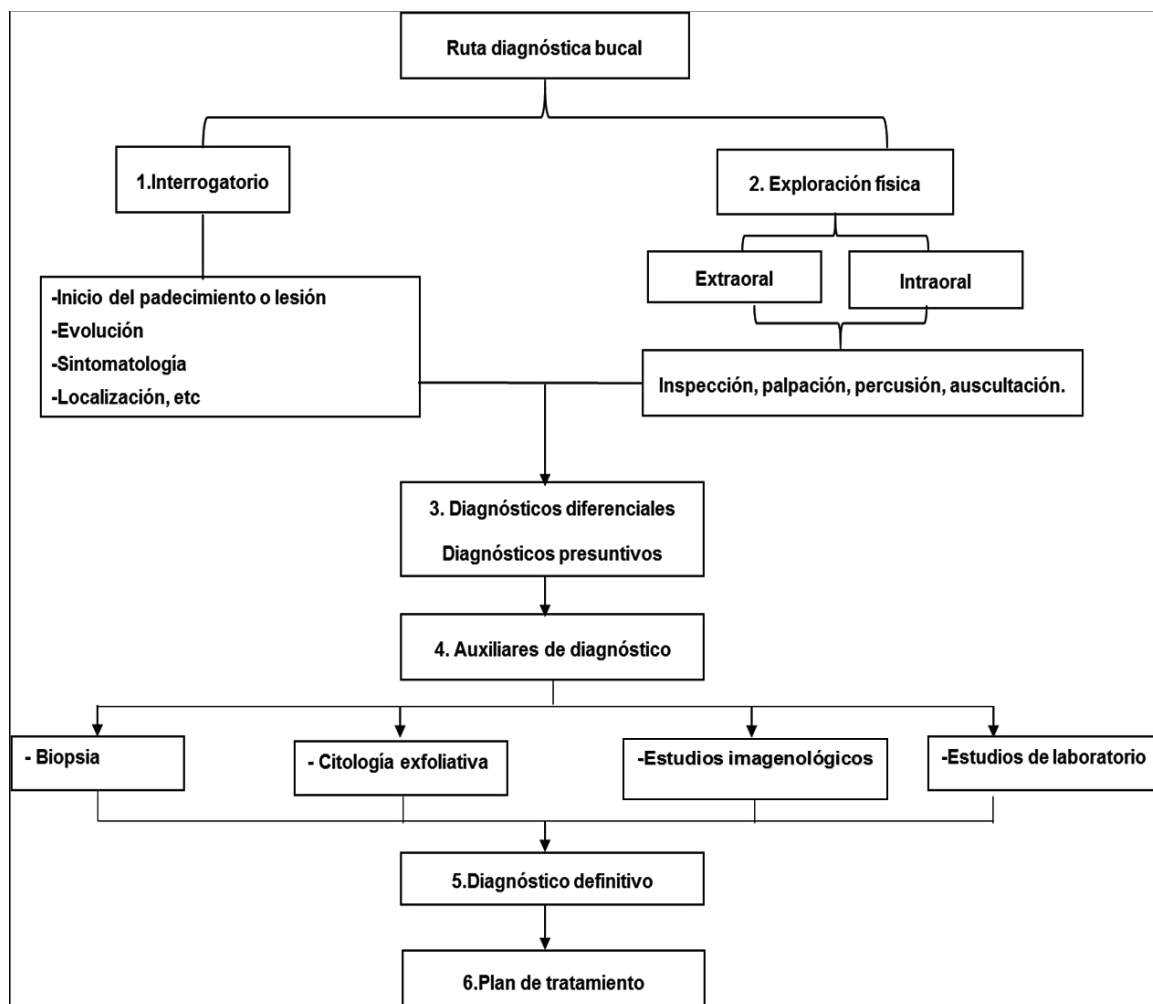


Diseño del autor de acuerdo a Llanio NR 2003 (15); Ceccoti EL 2007 (16); Reichart P 2000 (17).

1.3 Ruta diagnóstica de lesiones en cavidad bucal

Durante la exploración bucal, si se detecta una lesión en los tejidos blandos, se debe llevar a cabo una ruta diagnóstica sobre el hallazgo (cuadro 3), se deberá profundizar en la anamnesis para obtener más datos omitidos por el paciente; debido a que en ocasiones olvida la existencia de la lesión por falta de síntomas, el tiempo de evolución, factores desencadenantes y desconoce con qué especialista acudir (6,16).

Cuadro 3. Ruta diagnóstica bucal



Diseño del autor de acuerdo con Boraks S; Soares AH 1996 (14) ; Albitzer-Farfán GA, Jerónimo-Montes JA 2013 (13) y Alonzo-García JA 2011 (18).

a) Descripción de lesión en cavidad oral

El odontólogo debe realizar una adecuada descripción clínica sobre la lesión detectada, con el objetivo de ser una guía para asociar la lesión con un cuadro etiológico y obtener diagnósticos diferenciales (1,13); por lo cual debe reportar los datos con una terminología adecuada para evitar discrepancias, debido a que en ocasiones es necesario remitir al paciente con un especialista (1,6).

Las alteraciones de la mucosa bucal pueden mostrar cuadros clínicos similares; por lo tanto es necesario describir el tipo de lesión elemental (véase cuadro 4) y las características morfológicas de la lesión detectada para comparar la información con las diversas patologías (13,19).

Cuadro 4. Criterios para describir una lesión en cavidad oral

Lesión elemental	Primaria
	Secundaria
Criterios morfológicos de la lesión	Localización
	Tipo de naturaleza
	Número de lesión
	Tamaño
	Forma
	Borde
	Superficie
	Consistencia
	Color
	Base
	Movilidad
	Sintomatología
	Evolución

Diseño del autor a partir de DeLong L; Burkhart WN 2013 (1); Albitier-Fargán GA; Jerónimo JA 2013 (13); Alonzo-García JA 2011 (18).

Una lesión elemental es un cambio anormal, visible y palpable que afecta la morfología de alguna estructura en cavidad bucal debido a un daño externo o interno; se dividen en primarias o secundarias (13,20).

1) Una lesión elemental primaria, es una alteración que surge en la mucosa sana, sin precedentes (21).

- **Mácula:** Se identifica como un cambio de color en la epidermis, no presenta elevación, mide menos de 1cm de diámetro (1,20).
- **Mancha:** Es un cambio de coloración en la epidermis, sin elevación, se diferencia de la mácula debido a que mide más de 1 cm de diámetro (22).
- **Pápula:** Es una lesión superficial, sólida, elevada, palpable, su color y forma son variables, mide menos de 0.5 cm de diámetro (13,23).
- **Placa:** Es una elevación sobre la epidermis, mayor a 0.5 cm de diámetro, frecuentemente tienen bordes definidos, de textura diferente al tejido adyacente (6,13).
- **Úlcera:** Es la pérdida de superficie epitelial exhibiendo el tejido conectivo, puede estar cubierta por una membrana de color blanca o amarilla, generalmente es dolorosa y puede dejar cicatriz (1,4).
- **Vesícula:** Es una elevación menor a 0.5 cm de diámetro que contiene líquido, localizada en la epidermis o mucosa (6).
- **Quiste:** Es una cavidad formada por el resultado de restos de epitelio, puede ser de consistencia sólida o semisólida (22).
- **Pústula:** Es una cavidad superficial circunscrita, contiene exudado purulento, su color y forma puede ser variable (13).
- **Nódulo:** Es una lesión sólida, elevada, palpable, mayor a 0.5 cm de diámetro, con profundidad hacia la dermis, puede ser sintomático o no (13).
- **Tumor:** Es el aumento de tamaño de un tejido causado por células sanas o patológicas, presenta coloración variable; los tumores benignos crecen con más lentitud, son redondeados, elevados, con márgenes bien definidos; en la figura 1, se muestran lesiones elementales primarias (22).

Figura 1. Lesiones elementales primarias



A) Mácula, B) Mancha, C) Pápula, D) Placa, E) Úlcera, F) Vesícula, G) Quiste, H) Pústula, I) Nódulo, J) Tumor. Diseño del autor a partir de Albiter-Farfán GA, Jerónimo-Montes JA 2013 (13); Langlais, Robert 2009 (22).

2) Las lesiones elementales secundarias, son resultado de la evolución y transformación de las lesiones primarias, además de alterar el relieve de la mucosa oral (20).

- Erosión: Es la pérdida parcial del epitelio, exuda líquido, es de coloración roja y no deja cicatriz (13).
- Fisura: Es una grieta que se produce en la mucosa o piel, se asocia a la resequead de la boca y deshidratación, puede ser dolorosa (18,21).
- Cicatriz: Es la sustitución de una úlcera con tejido fibroso, puede ser hipertrófica, dura o de consistencia blanda; en la figura 2, se muestran las lesiones elementales secundarias (21).

Figura 2. Lesiones elementales secundarias



K) Erosión, L) Fisura, M) Cicatriz. Diseño del autor a partir de Albiter-Farfán GA, Jerónimo-Montes JA 2013 (13); Langlais, Robert 2009 (22).

b) Características morfológicas de la lesión

Los criterios para la descripción de las lesiones se han creado con el objetivo de guiar al odontólogo a un diagnóstico presuntivo, esta nomenclatura es un sistema de comunicación entre odontólogo y patólogo que en ocasiones es uno de los mayores obstáculos debido a la falta de conocimiento sobre esta terminología, además de que existen varias definiciones para una misma patología (6,22).

- Localización: Es el sitio anatómico, donde se encuentra la lesión elemental (22).
- Tipo de naturaleza: Es el posible factor causante de la lesión, puede ser de origen inflamatorio, traumático, inmune o neoplásico (6).
- Número de lesión: Puede presentarse como lesión única o múltiple; unilateral o bilateral (6).
- Tamaño: Establece la extensión aproximada de la lesión, se puede registrar en milímetros o centímetros (1).
- Forma: Es la configuración para nombrar a la lesión, puede ser ovalada, circular, elíptica, irregular (13).
- Borde: Es el contorno de la lesión, puede ser definido o indefinido (1).
- Superficie: Indica la textura, puede ser lisa o rugosa, esta última se subdivide en papilar o digitiforme, fisurada o ulcerada (6).
- Consistencia: Es la sensación percibida al momento de la palpación de la lesión contra una superficie, puede ser suave o dura (1).
- Color: Representa el cambio de tono de un sitio determinado, puede ser igual o pálido al tejido adyacente, blanco, amarillo, eritematoso o pigmentado como violáceo, marrón, azulado o grisáceo (1,14).
- Base: Es la plataforma de inserción de la lesión, la cual puede ser pediculada o sésil (13).
- Movilidad: Indica si la lesión presenta movimiento libre o si se encuentra adherida a los tejidos circundantes (6).
- Sintomatología: Puede ser asintomático o presentar dolor, ardor, prurito (6).
- Evolución: Dato que proporciona el período aproximado desde que apareció la lesión, puede ser registrado en días, meses, años o ser una lesión con recidiva (1,6).

c) Diagnóstico de la lesión

La emisión de un diagnóstico presuntivo se lleva a cabo con los datos recabados durante la anamnesis y la exploración clínica de la lesión, es necesario implementar los auxiliares de diagnóstico como estudios imagenológicos, de laboratorio y biopsia (1).

1.4 Biopsia

La biopsia, es un método de diagnóstico que consiste en la extracción de cualquier tejido en un organismo vivo, con la finalidad de establecer el tipo de lesión, grado de malignidad, además es un auxiliar en procesos médico-legales (6,24); en ocasiones el cuadro clínico aparenta varios diagnósticos sobre la lesión, por lo tanto se realiza este procedimiento para obtener un resultado histopatológico que nos proporcione un diagnóstico definitivo (19).

a) Clasificación de técnicas de la biopsia

Los principales criterios para elegir el tipo de biopsia son: la localización, el tamaño de la lesión y el propósito (7).

- Incisional: Es la toma parcial de tejido, con bordes de seguridad y con una profundidad adecuada, es indicada en lesiones extensas de más de 2 cm de diámetro o en lesiones múltiples (6).
- Excisional: Es la toma completa de tejido, generalmente se realiza en lesiones con un diámetro menor a 2 cm (25).
- Electro bisturí: Se utiliza en lesiones vasculares, ayuda a evitar hemorragias debido a la cauterización, una desventaja es que puede provocar lesiones térmicas, afectando la muestra para el diagnóstico histológico; está contraindicado en lesiones tumorales (7).
- Punch: Técnica donde se emplea un instrumento circular específico, su ventaja es que ayuda a obtener mejores muestras que presentan profundidad más evidente y permite buena cicatrización (13).
- Punción con aguja fina (PAAF): Técnica indicada en quistes de contenido líquido, glándulas salivales y ganglios linfáticos, además permite obtener bloques celulares o coágulos para el estudio histopatológico (25).
- Cuando hay limitantes en la zona afectada o se quiere corroborar la existencia de lesiones precancerosas no visibles, se emplean procedimientos auxiliares como el azul de toluidina o el ácido acético, este último detecta lesiones blancas (16,26).

b) Indicaciones para realizar una biopsia

- Cualquier lesión que persista por más de dos semanas, sin una aparente base etiológica o lesiones de coloración blanca, roja y negra (24).
- Cualquier lesión que no responda a un tratamiento local después de 10 a 14 días, una vez eliminando los factores irritantes locales (6,27).
- Cualquier tumefacción persistente visible o palpable situada por debajo de tejidos aparentemente normales (12).
- Lesiones óseas no identificadas clínicamente, pero si radiográficamente (7).
- Cualquier lesión con características de malignidad como son: duración de más de 2 semanas, zona ulcerada y eritoplásica, crecimiento rápido, destrucción de tejido adyacente (6,24).
- Lesiones que provoquen dolor (27,28).
- Biopsia de glándulas salivales menores para el diagnóstico de algunas enfermedades sistémicas, como el síndrome de Sjögren (7).

c) Contraindicaciones de la biopsia

- Variaciones anatómicas de la normalidad, por ejemplo: líneas albas, pigmentaciones raciales, torus (28).
- En sospecha de melanomas, hay controversia científica sobre el método de biopsia a utilizar, debido a la probabilidad de producir diseminación de células neoplásicas al realizar una biopsia incisional; el diagnóstico y tratamiento precoz es la clave para mejorar el pronóstico; Pingarron 2013, menciona que toda lesión macular o nodular presente en paladar duro y encía deberá ser sometida a un estudio histopatológico por un especialista (26,29).
- Lesiones vasculares (13).
- Lesiones que por su tamaño o localización presenten importantes dificultades quirúrgicas (7).
- Pacientes con un estado general de salud grave (24).

d) Envió de la muestra

Cuando se obtiene la muestra, se coloca en un recipiente de plástico o vidrio transparente con fijador, con la finalidad de evitar el proceso de autólisis y conservar una estructura histológica adecuada que permita la valoración de las alteraciones generadas durante el desarrollo de la lesión; el fijador más utilizado es el formol al 10%, el cual es compatible con la mayoría de las tinciones, es desinfectante, no endurece excesivamente los tejidos y provoca escasa retracción tisular; se debe recordar que un defecto de fijación jamás puede ser corregido (25,27).

El frasco donde se coloca la muestra debe estar rotulado con el nombre del paciente, fecha del procedimiento de la biopsia, sitio anatómico de donde se adquirió la muestra y diagnóstico presuntivo; en caso de ser más de una muestra cada espécimen se debe enviar en un frasco independiente y rotulado; en caso de la obtención de muestras intraóseas es necesario adjuntar las imágenes radiológicas (24,30).

Es deber del odontólogo, enviar la hoja de solicitud de estudio histopatológico con los datos de ficha de identificación del paciente, una descripción de la lesión abarcando la mayoría de las características morfológicas, un diagnóstico presuntivo y de ser necesario hallazgos radiológicos o fotografías (27).

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, emplea una solicitud para estudio histopatológico (véase figura 3), la cual contiene la ficha de identificación del paciente, datos de la lesión, diagnóstico presuntivo y firma del solicitante; en caso sospecha de lesiones precancerosas, el odontólogo puede solicitar al patólogo que se manifieste acerca de la presencia y severidad de la displasia epitelial, en ocasiones se puede anexar fotografía macroscópica del tejido (12).

Nombre de paciente:		
Edad:	Género:	Estado civil:
Nombre del solicitante:		
Dirección y teléfono del solicitante:		
Lesiones	Datos de la lesión	
Macula	Lesión Básica:	
Pápula	Forma:	
Nódulo	Número:	
Tumor	Color:	
Vesícula	Consistencia:	
Úlcera	Tamaño:	
Forma	Base:	
Esferoidal	Superficie:	
Ovalada	Síntomatología asociada:	
Mamelonada	Localización:	
	Imagen radiográfica:	
Consistencia	Naturaleza probable de la lesión	
Blanda	Inflamatoria ()	Hiperplasia ()
Firme	Proceso degenerativo ()	Malformación ()
Dura		Neoplásica ()
Fluctuante		Otros ()
Base	Vinculación sistémica Si () No ()	
Pediculada	Especificar:	
Sésil	Tiempo de evolución: Días () Semanas () Meses () Años ()	
Indurada	Información adicional:	
Infiltrada	Impresión diagnóstica:	
Sintomatología	Nombre y firma del solicitante	
Dolor		
Prurito		
Parestesia		
Ardor		

Figura 3. Solicitud de estudio histopatológico en odontología

Diseño del autor a partir de Boraks S; Soares AH 1996 (14) ; Buenahora Tobar MR 2008 (24).

1.5 Reporte histopatológico

La comunicación entre el odontólogo y el patólogo bucal es necesaria, debido a que es un esfuerzo en conjunto. El odontólogo debe ofrecer una muestra en condiciones óptimas, además de una interpretación clínica adecuada y completa en la solicitud de estudio histopatológico y el patólogo un completo informe histopatológico (16,25).

Un informe histopatológico debe ser escrito en una hoja membretada, además de contener la ficha de identificación del paciente, fecha de recepción de la muestra y emisión del informe, nombre del odontólogo que solicita el estudio, diagnóstico presuntivo, técnica de biopsia, descripción macroscópica, diagnóstico histopatológico, nombre, firma y cédula de quien interpreta el estudio, se pueden anexar fotografías del tejido; es responsabilidad del odontólogo agregar una copia de este documento al expediente clínico y explicarle al paciente en un lenguaje apropiado el resultado del estudio y el tratamiento a seguir (25,31).

2. Planteamiento del problema

La patología oral, es una rama de la odontología encargada de la detección y diagnóstico de enfermedades orales, derivadas de situaciones como lesiones traumáticas, anomalías genéticas o sistémicas, exceptuando caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones (1,32).

En cavidad oral se pueden desarrollar múltiples lesiones, sin embargo, debido a las semejanzas clínicas que pueden tener, es difícil diferenciar entre lesiones benignas y malignas (33). Por lo tanto, el odontólogo tiene como meta prevenir, diagnosticar, dar tratamiento a las distintas patologías de la cavidad oral y orientar o remitir al paciente con el especialista, cuando las entidades desborden sus competencias (6,7).

A nivel mundial los casos sobre cáncer bucal van en aumento, en el área de odontología no es tan común llevar a cabo el procedimiento de biopsia como en medicina (34), debido al desconocimiento de las indicaciones, del procedimiento de la técnica o por omisión de enviar la muestra a estudio histopatológico (6).

La falta de conocimientos en patología oral, provoca una deficiente descripción morfológica de la lesión, diagnósticos clínicos presuntivos erróneos, desviaciones en la correlación de los diagnósticos clínico-patológicos; por consecuencia se dificulta llegar a un diagnóstico definitivo y a la detección oportuna de lesiones premalignas y malignas (27,35).

Sepúlveda y colaboradores en 1998, indicaron que la correlación clínico-patológica fue de 79%, además un 10% no emitió un diagnóstico clínico, el mismo autor en 2010, realizó otro estudio donde obtuvo una concordancia de 67%, un 8% no coincidió y un 24% no emitió un diagnóstico clínico, situación que refleja que el odontólogo no está familiarizado con los conocimientos sobre patología bucal (36,37).

Logan en 2010, menciona que uno de los factores que afecta la concordancia del diagnóstico clínico-patológico es la divergencia de la información en la descripción clínica de la lesión o la muestra no es representativa, afectando el resultado (35).

Aldape en 2007, indicó que la correlación clínico-patológica fue de 26.3%; un estudio de Sánchez en 2017, refiere una correlación clínico-patológica de 40.3%; analizando los estudios previos, es una situación muy variable de resultados, por lo que se debe reforzar esta área de patología bucal (38,39).

Por lo cual surgió la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la concordancia clínico-patológica de lesiones orales en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSEMYM, periodo 2018-2019?

3. Justificación

La literatura sobre los temas de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones es mayor comparando con el tema de patología bucal, el cual se encuentra limitado, referente a esta, la prevalencia de lesiones bucales es mayor que la concordancia clínico-patológica (33,40); durante la práctica clínica, es necesario realizar una adecuada exploración bucal para emitir un diagnóstico presuntivo semejante con el cuadro clínico de la lesión y establecer un plan de tratamiento adecuado; una biopsia se realiza para obtener un diagnóstico definitivo, sin embargo, una deficiente descripción de características morfológicas de la lesión, provoca una alteración entre la comunicación odontólogo-patólogo y una falla en la concordancia clínico-patológica (27).

En la NOM-004-SSA3-2012, se detectó que de los anexos utilizados en odontología, no hay uno específico sobre la especialidad de patología bucal, así mismo el formato de solicitud de estudio histopatológico no es concreto, lo que dificulta que exista una concordancia clínico-patológica, por la deficiencia en la descripción clínica de la lesión, añadiendo que en la literatura de patología oral, la terminología y clasificación sobre las lesiones orales es diversa, complicando la comunicación entre odontólogo y patólogo (9,37); la especialidad del emisor del diagnóstico histopatológico es otra variante, un patólogo general no está capacitado totalmente en las características bucales, por lo que es recomendable enviar la muestra a un patólogo bucal (6).

Obtener el conocimiento sobre la concordancia clínico-patológica de las lesiones orales en la clínica, nos permite identificar las posibles causas que provocan un diagnóstico presuntivo fallido y así buscar una solución a cada uno de estos factores; por lo tanto el objetivo principal de este estudio es evaluar la emisión del diagnóstico clínico acorde a las características morfológicas y compararlo con el diagnóstico histopatológico, para determinar el grado de concordancia, permitiendo una identificación oportuna de las lesiones patológicas por parte del odontólogo.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

- Determinar la concordancia clínico-patológica, en biopsias realizadas durante el periodo 2018-2019, en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSEMYM.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de biopsias realizadas en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSEMYM de acuerdo al sexo y edad.
- Identificar la prevalencia de las características morfológicas de las lesiones bucales.
- Identificar el sitio anatómico más afectado por lesiones en cavidad oral.
- Examinar cuantos diagnósticos clínicos presuntivos fueron emitidos por el odontólogo general y el cirujano maxilofacial.
- Examinar si el diagnóstico histopatológico fue emitido por un patólogo general o bucal.
- Determinar la concordancia clínico-patológica.
- Determinar las patologías orales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente según el sexo.
- Proponer un formato para la descripción morfológica de las lesiones en cavidad oral.

5. Materiales y métodos

5.1. Diseño de estudio

Transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo y correlacional.

5.2. Población e universo de estudio

La población de estudio se encuentra constituida por las biopsias registradas en los expedientes clínicos y en la bitácora de procedimientos quirúrgicos del servicio de cirugía maxilofacial de la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos, ISSEMYM, durante el periodo 2018-2019.

5.3. Muestreo

No probabilístico de conveniencia.

5.4. Criterios de selección de muestra

Criterios de inclusión

- Expedientes que refieren la realización de biopsia en la bitácora de procedimientos quirúrgicos y en la nota de evolución, con un diagnóstico clínico o un diagnóstico histopatológico, durante el periodo 2018-2019, en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos, ISSEMYM.

Criterios de exclusión

- Expedientes que refieren la realización de biopsia en la bitácora de procedimientos quirúrgicos, pero no en la nota de evolución.
- Expedientes que no refieran ambos criterios: diagnóstico clínico ni diagnóstico histopatológico en la nota de evolución.

Criterios de eliminación

- Expedientes no legibles o maltratados.

5.5 Variables de estudio

Variables Dependientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de medición
Concordancia clínico-patológica entre odontólogo general y patólogo	Similitud entre un diagnóstico clínico presuntivo y un diagnóstico histopatológico.	Mediante la comparación del diagnóstico clínico con el histopatológico. Según los siguientes criterios: a) Concordante b) Relacionado c) No concordante d) No Refiere	Cualitativa	Nominal
Concordancia clínico-patológica entre cirujano maxilofacial y patólogo	Similitud entre un diagnóstico clínico presuntivo y un diagnóstico histopatológico.	Mediante la comparación del diagnóstico clínico con el histopatológico. Según los siguientes criterios: a) Concordante b) Relacionado c) No concordante d) No Refiere	Cualitativa	Nominal

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de edad cumplidos. a) 0-20 años b) 21 a 40 años c) 41 a 60 años d) 61 o más	Cualitativa	Ordinal
Sexo	Características físicas y morfológicas que dividen a las personas en mujeres y hombres.	Características exclusivamente biológicas. a) Mujer b) Hombre	Cualitativa	Nominal
Características morfológicas	Características clínicas de la lesión, que ayudan a su descripción.	Según los siguientes criterios: Localización, número de lesión, tamaño, color, consistencia, superficie, forma, bordes, base, movilidad, tiempo de evolución.	Cualitativa	Nominal
Lesiones orales	Enfermedad localizada en los tejidos blandos y duros en cavidad oral.	Según los siguientes criterios: Adenoma pleomorfo parotídeo, mucocele, carcinoma epidermoide, displasia epitelial, fibroma óseo, hiperplasia fibrosa, granuloma de células gigantes, melanosís, granuloma piógeno, granuloma periapical, líquen plano, hiperplasia de glándulas salivales, hemorragia postraumática, enfermedad de Heck, lipoma mixoide, quiste óseo, virus del papiloma humano, molusco contagioso, queratosis seborreica, tumor miofibroblástico.	Cualitativa	Nominal
Localización	Sitio anatómico, donde se encuentra la lesión.	Según los siguientes criterios: Encía adherida, intraósea, labio inferior, labio superior, lengua, mandíbula, maxilar, mucosa labial inferior, mucosa labial superior, mucosa yugal, órgano dentario, paladar blando, paladar duro, parótida, piso de boca, sínfisis mentoniana, zona retromolar.	Cualitativa	Nominal
Grado de especialidad académica	Número de grados cursados.	a) Patólogo general b) Patólogo bucal	Cualitativa	Nominal

5.6 Procedimiento

- Previa autorización para realizar la revisión de expedientes en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSSEMYM (anexo 1 y 2).
- De acuerdo con el registro de la bitácora de procedimientos quirúrgicos, se buscaron los expedientes en el área de archivo de la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSSEMYM.
- Se verificó si en la nota de evolución se registró el procedimiento de biopsia, como lo indicaba la bitácora.
- Cada expediente se sometió a un análisis enfocado al cumplimiento de los parámetros requeridos del instrumento utilizado para la investigación (anexo 3).

5.7 Consideraciones éticas en investigación

De acuerdo con la Ley General de Salud en su artículo 17, esta investigación se clasifica sin riesgo, debido a que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Cabe mencionar que guardar la confidencialidad de los sujetos de estudios fue indispensable en el desarrollo de este proyecto, en base a las recomendaciones en materia de seguridad de datos personales del Diario Oficial de la Federación (41).

5.8 Análisis estadístico

- Los datos recopilados del archivo de la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSEMYM, fueron ingresados en el programa Excel y posteriormente en el programa SPSS v22, para obtener la frecuencia y porcentajes de las variables, registrando los resultados en proporciones y razones.

- Se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrada.

- Para la evaluación de la concordancia de los diagnósticos clínico-histopatológico se establecieron los siguientes criterios.
 - a) Concordante: Si el diagnóstico clínico e histopatológico son iguales.
 - b) Relacionado: Si el diagnóstico clínico e histopatológico son de la misma naturaleza de la lesión.
 - c) No concordante: El diagnóstico clínico e histopatológico son diferentes.
 - d) No refiere: Cuenta con diagnóstico clínico, pero no con diagnóstico histopatológico.

6. Resultados

Posteriormente del procesamiento de datos y la aplicación de los criterios de exclusión, se recopiló la información de 106 reportes sobre biopsias orales realizadas en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSEMYM en el periodo 2018- 2019.

Tabla 1. Análisis demográficos de la muestra

Variable	Frecuencia		Porcentaje	
Sexo				
Mujer	63		59.43%	
Hombre	43		40.57%	
Total	106		100%	
Edad				
0 a 20 años	33		31.10%	
21 a 40 años	14		13.20%	
41 a 59 años	40		37.70%	
Más de 60 años	19		17.90%	
Total	106		100.00%	
Características morfológicas				
	Si refiere		No refiere	
Sitio anatómico	105	99.00%	1	1.00%
Número de lesión	58	54.70%	48	45.30%
Tamaño	49	46.20%	57	53.80%
Color	55	51.90%	51	48.00%
Consistencia	25	23.60%	81	76.40%
Plataforma de inserción de la lesión	39	37.00%	67	63.00%
Superficie	29	27.40%	77	72.60%
Forma de la lesión	23	21.70%	83	78.30%
Contorno de la lesión	25	23.60%	81	76.40%
Tipo de movilidad	29	27.40%	77	72.60%
Tiempo de evolución	21	19.70%	85	80.20%

Diagnóstico emitido por el odontólogo general		
No refiere	29	27.40%
Si refiere	77	72.60%
Total	106	100%
Diagnóstico emitido por el cirujano maxilofacial		
No refiere	17	16.00%
Si refiere	89	84.00%
Total	106	100%
Especialidad del patólogo		
No refiere	33	31.10%
Patólogo general	20	18.90%
Patólogo bucal	53	50.00%
Total	106	100%
Concordancia del diagnóstico clínico-patológico por el odontólogo general		
Concordante	28	38.33%
Relacionado	20	27.37%
No concordante	25	34.18%
Total	73	100%
Concordancia del diagnóstico clínico-patológico por el cirujano maxilofacial		
Concordante	38	52.05%
Relacionado	12	16.43%
No concordante	23	31.50%
Total	73	100%

Fuente: Propia

De acuerdo al sexo, 63 (59.43%) biopsias se realizaron en mujeres y 43 (40.57%) en hombres.

De acuerdo a la clasificación de edad definida en el presente estudio, se observa que el rango de edad más frecuente es de 41 a 59 años en mujeres y en hombres de 0-20 años.

Tabla 2. Distribución de sexo respecto a la edad

Edad	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre			
0 a 20 años	17	16.04%	16	15.06%	33	31.13%
21 a 40 años	10	9.43%	4	3.78%	14	13.21%
41 a 59 años	25	23.58%	15	14.16%	40	37.74%
Más de 60 años	11	10.38%	8	7.57%	19	17.92%
Total	63	59.43%	43	40.57%	106	100.00%

Fuente: Propia

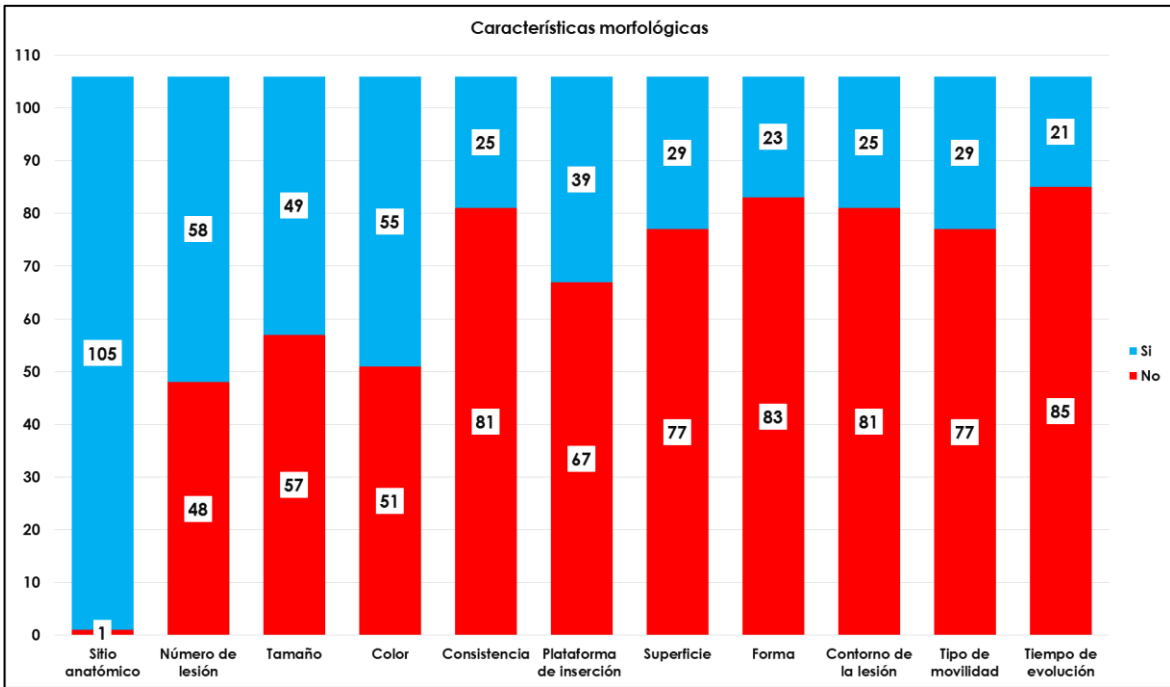
Se creó una clasificación definida en el presente estudio, considerando 11 características morfológicas, se observa que 105 casos (99%) si refieren el criterio de sitio anatómico, decreciendo considerablemente a 58 casos (54.7%) en el criterio de número de lesión; cabe destacar que el criterio que se omite con mayor frecuencia es el tiempo de evolución con 85 casos (80.2) %.

Tabla 3. Frecuencia de criterios morfológicos

Criterios morfológicos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Total
	Si refiere		No refiere		
Sitio anatómico	105	99.00%	1	1.00%	106
Número de lesión	58	54.70%	48	45.30%	106
Tamaño	49	46.20%	57	53.80%	106
Color	55	51.90%	51	48.00%	106
Consistencia	25	23.60%	81	76.40%	106
Plataforma de inserción lesión	39	37.00%	67	63.00%	106
Superficie	29	27.40%	77	72.60%	106
Forma de la lesión	23	21.70%	83	78.30%	106
Contorno de la lesión	25	23.60%	81	76.40%	106
Tipo de movilidad	29	27.40%	77	72.60%	106
Tiempo de evolución	21	19.70%	85	80.20%	106

Fuente: Propia

Gráfica 1. Frecuencia de criterios morfológicos



Fuente: Propia

El sitio anatómico con mayor prevalencia fue la lengua obteniendo 29 casos (27%), continuado con el labio inferior con 20 casos (18%), la mucosa yugal y órgano dentario con 10 casos (9%) cada uno.

Tabla 4. Frecuencia del sitio anatómico

Sitio anatómico	Frecuencia	Porcentaje
No refiere	1	0.90%
Encía adherida	7	6.60%
Intraósea	1	0.90%
Labio inferior	20	18.90%
Labio superior	4	3.80%
Lengua	29	27.40%
Mandíbula	2	1.90%
Maxilar	3	2.80%
Mucosa labial inferior	6	5.70%
Mucosa labial superior	1	0.90%
Mucosa yugal	10	9.40%
Órgano dentario	10	9.40%
Paladar blando	2	1.90%
Paladar duro	2	1.90%
Parótida	1	0.90%
Piso de boca	2	1.90%
Sínfisis mentoniana	2	1.90%
Zona retromolar	3	2.80%
Total	106	100%

Fuente: Propia

Con la clasificación definida en el presente estudio, el odontólogo general emitió 77 (72.64%) diagnósticos clínicos presuntivos de los 106 totales, en cuanto al cirujano maxilofacial emitió 89 (83.96 %) diagnósticos, cabe destacar que 66 casos (62.26%) refirieron diagnóstico clínico por ambos especialistas.

Tabla 5. Frecuencia de emisión del diagnóstico clínico presuntivo

Diagnóstico por el odontólogo general	Diagnóstico por el cirujano maxilofacial.				Total	
	No refiere		Si refiere			
No refiere	6	5.66%	23	21.69%	29	27.35%
Si refiere	11	10.37%	66	62.26%	77	72.64%
Total	17	16.03%	89	83.96%	106	100%

Fuente: Propia

Se definió una clasificación entre los emisores del diagnóstico histopatológico, se observa que 20 casos (18.90%) son del patólogo general, 53 casos (50%) son del patólogo bucal y 33 casos (31.1%) se desconocen las causas por las cuales no se cuenta con un resultado histopatológico.

Tabla 6. Frecuencia de diagnósticos histopatológicos emitidos por especialidad del patólogo

Especialidad del patólogo	Frecuencia	Porcentaje
Patólogo general	20	18.9%
Patólogo bucal	53	50.0%
No refiere	33	31.1%
Total	106	100%

Fuente: Propia

Se delimitó una clasificación para establecer la concordancia clínico-patológica emitida por el odontólogo general y el cirujano maxilofacial, basándose en los 73 casos que emitían un diagnóstico histopatológico.

Los resultados por parte del odontólogo general fueron: 28 casos (38.33%) concordantes, 20 casos (27.37%) se relacionan, 25 casos (34.18%) no concordantes.

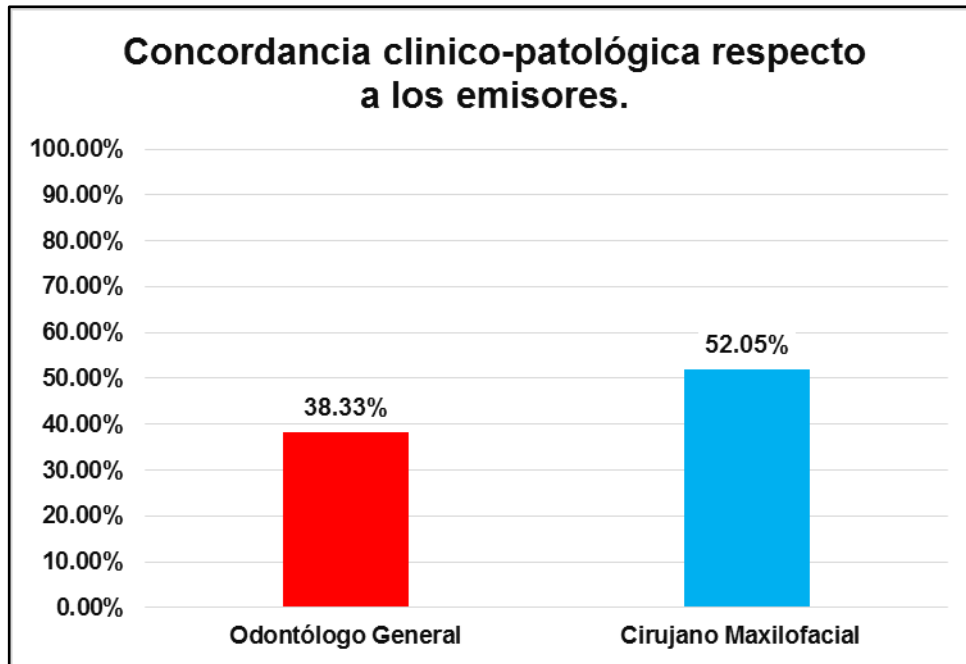
Los resultados por parte del cirujano maxilofacial fueron 38 casos (52.05%) concordantes, 12 casos (16.43 %) se relacionan y 23 casos (31.5%) no concordantes.

Tabla 7. Concordancia clínico-patológica respecto a los emisores

Concordancia clínico-patológica por el odontólogo general	Concordancia clínico-patológica por el cirujano maxilofacial							
	Concordante		Relacionado		No concordante		Total	
Concordante	21	28.76%	2	2.73%	5	6.84%	28	38.33%
Relacionado	6	8.21%	3	4.1%	11	15.06%	20	27.37%
No concordante	11	15.06%	7	9.56%	7	9.56%	25	34.18%
Total	38	52.05%	12	16.43%	23	31.5%	73	100%

Fuente: Propia

Gráfica 2. Concordancia clínico-patológica respecto a los emisores



Fuente: Propia

Se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado, $X^2=13.799$, $p=0.008$, donde se determinan diferencias estadísticas entre la concordancia clínico-patológica brindada por el odontólogo general con un 38.33% y el cirujano maxilofacial con un 52.05%.

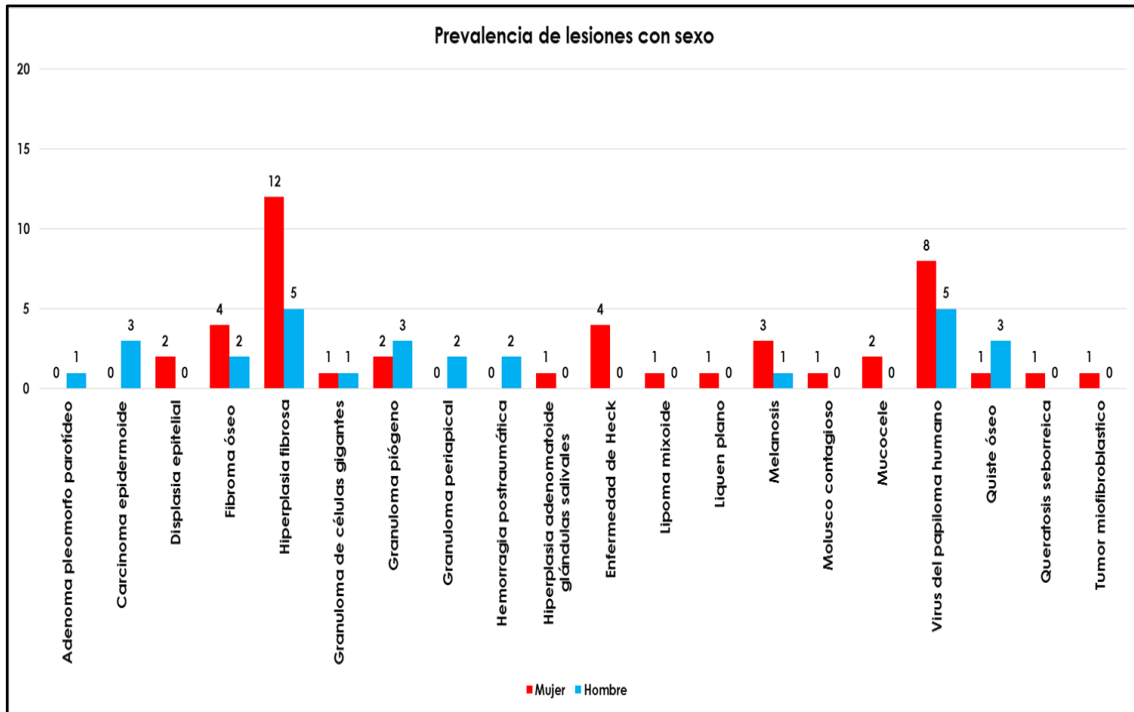
Referente a los 73 diagnósticos definitivos, se estableció una clasificación de la frecuencia de lesiones orales, donde al agruparlas con el sexo se observa que en mujeres hay mayor prevalencia de hiperplasia fibrosa con 12 casos y virus del papiloma humano con 8 casos, en hombres la mayor prevalencia es de 5 casos de hiperplasia fibrosa y virus del papiloma humano respectivamente; se determina que la incidencia de estas patologías está presente en ambos sexos.

Tabla 8. Distribución de prevalencia de lesiones respecto al sexo

Prevalencia de lesiones	Mujer		Hombre		Total	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Adenoma pleomorfo parotídeo	0	0.00%	1	1.37%	1	1.37%
Carcinoma epidermoide	0	0.00%	3	4.11%	3	4.11%
Displasia epitelial	2	2.74%	0	0.00%	2	2.74%
Fibroma óseo	4	5.48%	2	2.74%	6	8.22%
Hiperplasia fibrosa	12	16.44%	5	6.85%	17	23.29%
Granuloma de células gigantes	1	1.37%	1	1.37%	2	2.74%
Granuloma piógeno	2	2.74%	3	4.11%	5	6.85%
Granuloma periapical	0	0.00%	2	2.74%	2	2.74%
Hemorragia postraumática	0	0.00%	2	2.74%	2	2.74%
Hiperplasia glándulas salivales	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%
Enfermedad de Heck	4	5.48%	0	0.00%	4	5.48%
Lipoma mixoide	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%
Liquen plano	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%
Melanosis	3	4.11%	1	1.37%	4	5.48%
Molusco contagioso	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%
Mucocele	2	2.74%	0	0.00%	2	2.74%
Virus del papiloma humano	8	10.95%	5	6.85%	13	17.80%
Quiste óseo	1	1.37%	3	4.11%	4	5.48%
Queratosis seborreica	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%
Tumor miofibroblástico	1	1.37%	0	0.00%	1	1.37%
Total	45	61.64%	28	38.36%	73	100.00%

Fuente: Propia

Gráfica 3. Distribución de prevalencia de lesiones respecto al sexo



Fuente: Propia

7. Discusión

En el presente trabajo, el objetivo principal fue determinar la concordancia entre el diagnóstico clínico emitido tanto por el odontólogo general como por el cirujano maxilofacial en relación con el diagnóstico histopatológico de las biopsias realizadas en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSEMYM, además de determinar la prevalencia de lesiones en cavidad oral, sitio anatómico y la especialidad del patólogo, datos que fueron recopilados de la bitácora de reportes quirúrgicos y de las notas de evolución durante el periodo 2018-2019.

El cirujano dentista, es el encargado de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en cavidad oral, cabe mencionar que en el área de patología oral son limitados los estudios que correlacionan el diagnóstico clínico-histopatológico en comparación con el tema de caries, periodoncia o maloclusiones, por lo cual se debe tener una mayor actualización e información (33,40).

En la mayoría de los casos, el cirujano dentista es el primer intermediario con el que acude el paciente, por lo cual un completo examen clínico es de ayuda para poder establecer un adecuado diagnóstico clínico presuntivo, independientemente si el cirujano dentista realiza una biopsia para enviarla a estudio histopatológico o remita al paciente con el especialista, una completa descripción clínica sobre la lesión patológica con terminología médica adecuada ayuda a guiar al especialista y al patólogo (19,35).

De los pocos estudios en el área de patología, hay mayor relevancia en prevalencia de lesiones que en concordancia de diagnósticos (19,39).

Los resultados de nuestro estudio demostraron una mayor prevalencia de lesiones en mujeres con un 59%, coincidiendo con Aldape en 2007 y Jara en 2014, quienes obtuvieron que en mujeres hay mayor prevalencia de lesiones en cavidad oral; en contraste con Guevara en 2017, obtuvo mayor porcentaje en hombres (38,21,40).

Comparando el estudio de Aldape en 2007 y Cruz en 2018, la categoría de edad que más predominó fue de la segunda a la tercera década de vida, a diferencia con nuestro estudio, la categoría de edad más frecuente fue de 41 a 59 años con un 37.70% (40,42).

La lesión más frecuente fue la hiperplasia fibrosa con un 23 %, comparando con López en 2013, obtuvo un 15% en fibromas traumáticos y Aldape en 2007 un 14%; en segundo lugar, con un 17% fue el virus de papiloma humano (25,38).

El sitio más afectado fue la lengua y el labio inferior, concordando con el estudio de Sánchez en 2017; en contraste con Barría en 2017, obtuvo mayor prevalencia en la mucosa labial y el hueso maxilar (39,19).

El estudio de Sepúlveda en 2011 obtuvo un 54% de concordancia, 13% se relaciona, 8% no concuerdan y un 24% no emiten diagnóstico, de acuerdo a nuestra clasificación el odontólogo general obtuvo un 38.33% de concordancia, 27.37% se relaciona y 34.18% no concuerda; el cirujano maxilofacial obtuvo un 52.05% de concordancia, 16.43% se relaciona y un 31.5% no concuerda (33).

Sánchez en 2017, obtuvo una concordancia de 40%, relacionado 37%, no concuerdan 14% y no refiere 7%, sin mencionar quién fue el emisor; sin embargo, se acerca a los datos obtenidos en nuestro estudio cuando referimos la emisión del diagnóstico por los odontólogos generales (39).

Comparando lo reportado por Sepúlveda en 2011 y Sánchez en 2017, se resume que en general la concordancia se encuentra en un rango entre 40-54%, donde nuestro resultado concuerda en el rango con los antes mencionados, además podemos recalcar que no hay referencias de estudios que desglosen la concordancia de acuerdo al emisor del diagnóstico presuntivo (39,33).

De la emisión del diagnóstico histopatológico un 18.8% fue por parte de un patólogo general, un 50% fue emitido por un patólogo bucal y un 31.1% no refieren un diagnóstico histopatológico, coincidiendo con Sánchez en 2017 que obtuvo un 54% de mayor concordancia por el patólogo bucal (39).

En el área de patología bucal, existen diversos sinónimos para un mismo criterio o enfermedad, por lo cual la comunicación entre el odontólogo y patólogo es afectada; al revisar en la literatura se encontró que el manual de Albiter en 2013 y la hoja de solicitud de estudio histopatológico utilizada por Sánchez en 2017, describen información acorde sobre terminología bucal, por lo tanto se diseñó en base a estos autores un formato sistemático con terminología unificada y actualizada (anexo 4), con la finalidad de facilitar la descripción morfológica de lesiones en cavidad oral, así mismo la comunicación entre el odontólogo y patólogo (13,39).

Finalmente cabe destacar que aunque el tamaño de nuestra muestra es inferior a los estudios mencionados y por tanto difiere en los porcentajes, en el criterio de: si concuerdan y se relacionan son similares.

8. Conclusiones

Las enfermedades orales, son más frecuentes en mujeres, además respecto a la edad, el rango de 41 a 59 años (cuarta y quinta década de vida) es más frecuente en mujeres y en hombres de 0-20 años.

De acuerdo a la clasificación de los criterios morfológicos, el que obtuvo mayor prevalencia fue el de localización de lesión, el menos frecuente en reportar es el tiempo de evolución; la mayor prevalencia de lesiones fue la hiperplasia fibrosa, seguida del virus del papiloma humano; el sitio anatómico más afectado fue la lengua, seguido del labio inferior.

Los odontólogos generales emitieron menos diagnósticos clínicos en comparación con los cirujanos maxilofaciales, además de recalcar que los odontólogos generales tienen un bajo porcentaje de concordancia respecto al diagnóstico histopatológico en comparación con la del cirujano maxilofacial; el patólogo bucal emitió mayor porcentaje de diagnósticos histopatológicos, por lo cual se deduce que hay mayor concordancia.

Se determinan diferencias estadísticas entre la concordancia clínico-patológica brindada por el odontólogo general con un 38.33% y el cirujano maxilofacial con un 52.05%.

Se recomienda que las notas de interconsulta y de solicitud de estudio histopatológico sean llenadas de manera correcta y completa, con el objetivo de recabar todos los datos sobre la lesión, por lo cual se propone implementar un diseño sistemático para una adecuada descripción morfológica de lesiones en cavidad oral (anexo 4), de esta manera facilitar la emisión de un diagnóstico presuntivo certero, del mismo modo realizar nuevos estudios estadísticos para la comparación de los resultados sobre concordancia clínico-patológica.

9. Referencias bibliográficas

1. DeLong L, Burkhart W. Patología oral y general en odontología. Segunda ed. Wilkins Wa, editor. Barcelona: Woltres Kluwer; 2013.
2. Juan-López M. Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal. México: Secretaría de Salud, Programa sectorial de salud 2013-2018; 2014.
3. Vinitzky-Brener I, Ibáñez-Mancera N, Eljure-Eljure E, Alba-Bravo F. Retraso en el diagnóstico de cáncer en cavidad bucal y anexos como factor clave para el pronóstico. Revista ADM. 2014 Junio; 71(4).
4. De la Rosa-García E. Manual para la detección de alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas. Manual. México:, Diario Oficial de la Federación; 2003.
5. Corona-Rivera J. Carcinoma de cavidad oral y orofaringe. Análisis multivariado de factores pronóstico clínico-patológicos. Tesis subespecialista. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2013.
6. Hupp R, Ellis III E, Tucker M. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. Sexta ed. Gorina F, editor. España: Elsevier; 2014.
7. Donado M, J.M M. Cirugía bucal, patología y técnica. Cuarta ed. España: Elsevier; 2014.
8. Salomón L, Handal Y. La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. Medigraphic. 2015 Julio; 60(3).
9. Fajardo-Dolci G. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Reglamento de la ley general de salud. México: Secretaría de salud, Consejo de salubridad; 2012.
10. Kuri-Morales P. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales. Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México: Secretaria de salud, Consejo de salubridad general; 2015.


11. Padrón-Chacón R. Propedéutica clínica y fisiopatología odontológica fundamental. Primera ed. Antunez-Díaz M, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
12. Arias-Rojas A. Diagnóstico en odontología. Primera ed. Francisco R, editor. Colombia: Programa Editorial; 2017.
13. Albitzer-Farfán G, Jerónimo-Montes J. Elementos para el diagnóstico de alteraciones bucales. Manual E-BOOK. México: Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, Papime; 2013. Report No.: ISBN 978-607-02-4775-0.
14. Boraks S, Soares A. Diagnóstico bucal. Primera ed. Brasil: Artes Médicas; 1996.
15. Llanio-Navarro R, González-Perdomo G. Propedéutica clínica y semiología médica. Primera ed. Lara MV, editor. Cuba: Ciencias médicas; 2003.
16. Ceccoti E. El diagnóstico en clínica estomatológica. Primera ed. Buenos Aires: Médica Panamerica; 2007.
17. Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de patología oral. Primera ed. Rosa Cdl, editor. Barcelona: Masson; 2000.
18. Alonzo-García J. Evaluación del manejo y descripción de los diagnósticos diferenciales de entidades patológicas emitidos por odontólogos colegiados que ejercen su práctica clínica. Tesis. Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología; 2011.
19. Barría-Rodríguez H. Prevalencia de las patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2010 al 2015. Tesis Licenciatura. Perú: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Odontología; 2017.
20. Lanza-Martino L, Pérez-Caffarena M. Lesiones elementales de la mucosa bucal, guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal. Actas odontológicas. 2015 Julio; 12(1).
21. Guevara-Zambrano N. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del Hospital Militar Central del Perú

- durante el periodo 2001-2016. Tesis. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de ciencias de la salud; 2017.
22. Langlais R. Atlas a color de enfermedades bucales. Primera ed. Wilkins W, editor. Texas: Manual Moderno; 2011.
 23. Bruch J, Treister N. Clinical oral medicine and pathology. Segunda ed. USA: Springer; 2016.
 24. Buenahora Tobar M. La importancia de la biopsia en odontología. Actas Odontológicas. 2008 Julio; 5(2).
 25. López-Correa P. La biopsia y la citología, pilares del diagnóstico médico. Médica sanitas. 2015 Marzo; 18(1).
 26. Pingarrón-ML , González J. Melanoma de mucosa intraoral: ¿enfermedad local o sistémica? Cirugía oral y maxilofacial. 2014; 36(1).
 27. Kumaraswamy KL, V M. Oral biopsy: oral pathologist's perspective. Cancer journal. 2012 Abril; 8(2).
 28. Rodríguez-Lozano F, Antonio-Aguado S. Biopsia oral. Segunda ed. estomatólogos CGdCdo, editor. España; 2010.
 29. Zapata S, Núñez L. Melanoma oral:Un caso clinico. Periodoncia implantolo.Rehabil.oral. 2017; 10(2).
 30. Huanca Cordova S. Biopsia bucal. Actualización Clínica. 2012; 25.
 31. Diario Oficial de la F. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016,para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica. 2017..
 32. López-Verdín S, Bologna-Molina R. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. Revista Tamé. 2013; 2(4).
 33. Sepulveda Infante R, Romero de León E. Proporción de concordancia entre los diagnósticos clínico e histopatológico bucofaciales durante 20 años. Revista cubana de estomatología. 2011; 48(2).
 34. Mota-Ramírez A, Javier Silvestre F. Oral biopsy in dental practice. Med oral patol oral cir bucal. 2007 Noviembre; 1(12).

35. Logan R. Biopsy of the oral mucosa and use of histopathology services. Australian dental journal. 2010; 55.
36. Sepulveda Infante R, Vázquez-Sáenz G, Huizar-Hurtado M. Relación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico de muestras recibidas por el departamento de patología oral de la facultad de odontología de la U.A.N.L. 1991-1997. Tesis para maestría. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de salud pública y nutrición; 1998.
37. Sepulveda-Infante R, Romero de León E. Frecuencia de diagnósticos histopatológicos en un periodo de 20 años. Revista cubana de estomatología. 2010; 47(1).
38. Aldape Barrios B. Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. ADM. 2007 Abril; LXIV(2).
39. Sánchez-González K. Concordancias en los diagnósticos clínicos con los histopatológicos del servicio de patología bucal, de la DEPei, FO.UNAM. Tesina. México: Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, Facultad de odontología; 2017.
40. Jara-Rodríguez T. Estudio de prevalencia de enfermedad oral. Tesis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de odontología; 2014 Abril.
41. Consejo de Salubridad General SdS, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. 2013.
42. Cruz-Moreira K, Mena-Rivadeneira G, Luzardo-Jurado G. Prevalencia de patologías estomatológicas encontradas en la campaña de prevención contra enfermedades bucales, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador. Revista Universidad y Sociedad. 2008 Marzo; 10(1).

10. Anexos

Anexo 10.1. Oficio para el ISSEMYM



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

IXTLAHUACA, MÉXICO A 06 DE NOVIEMBRE EL 2019






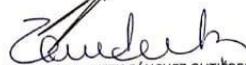
ASUNTO: AUTORIZACIÓN

E. EN O. DR. ELOIR CRUZ CRUZ
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
ODONTOLÓGICA MORELOS
PRESENTE

LOS QUE SUSCRIBEN NADIA VALERIA PEREZ AVENA Y ANTONIO DE JESÚS GARCÍA ROMERO, PASANTES DE CIRUJANO DENTISTA, ADSCRITOS A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA MORELOS COMO PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL, NOS DIRIJIMOS A USTED PARA SOLICITAR SU AUTORIZACIÓN EN REALIZAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LIBERACIÓN DE SERVICIO, MISMO QUE SERÁ PARA NUESTRO TEMA DE TESIS; EL CUAL CONSISTE EN REVISAR EXPENDIENTES DE PACIENTES A LOS CUALES SE LES REALIZARON BIOPSIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL, DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA MORELOS, QUE USTED DIGNAMENTE DIRIGE.

ESTA INVESTIGACIÓN TIENE POR NOMBRE: CORRELACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO CON EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIAS REALIZADAS EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA MORELOS, EN EL PERIODO 2018-2019.

SIN MÁS POR EL MOMENTO; QUEDAMOS A SUS ORDENES, RECIBA UN CORDIAL SALUDO.

 PCD. NADIA VALERIA PEREZ AVENA PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL	 PCD. ANTONIO DE JESUS GARCIA ROMERO PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL
 E. EN F. JAZMIN YUNUEN MORENO BORJAS COLABORADOR DE TESIS	 CMF DAVID ENRIQUE ARROYO MEDRANO COLABORADOR DE TESIS
 CMF ISRAEL RAMIREZ LOPEZ COLABORADOR DE TESIS	 M. EN C. ELIZABETH SÁNCHEZ GUTIÉRREZ DIRECTORA DE TESIS, DIRECTORA ACADÉMICA DE LA LIC. CIRUJANO DENTISTA, UICUI

Recibi original

Carr. Ixtlahuaca Jiquipilco Km. 1 Ixtlahuaca de Rayón, México. C.P. 50740 Tels. (712) 283 10 12, 283 03 65, 283 01 66 ó 01 800 5059610
www.ceui.edu.mx

Anexo 10.2. Oficio de registro del tema



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura de Cirujano Dentista
Asunto: **ACEPTACION DIRECTOR DE TESIS**

Ixtlahuaca, México a 13 de febrero de 2020

M. en C. Elizabeth Sánchez Gutiérrez
DOCENTE DE LA LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA
UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

PRESENTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED DE LA MANERA MAS ATENTA PARA SOLICITAR QUE SEA REVISOR(A) DEL PROYECTO DE TESIS CONCORDANCIA DE LA DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO CLINICO CON EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE LAS PATOLOGIAS EN CAVIDAD ORAL DE ACUERDO A LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGICA MORELOS DURANTE EL PERIODO 2018 - 2019, QUE PRESENTAN: NADIA VALERIA PEREZ AVENA Y ANTONIO DE JESUS GARCIA ROMERO EGRESADO DE CIRUJANO DENTISTA DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.

ESPERANDO CONTAR CON SU APOYO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO Y ENRIQUECIMIENTO DE LA TESIS, ASÍ MISMO, NOS EMITA SU VOTO APROBATORIO DEL PROYECTO, CUANDO SE REALICEN LAS CORRECCIONES PERTINENTES.

SIN MAS POR EL MOMENTO AGRADEZCO A USTED EL APOYO BRINDADO.

ATENTAMENTE

"Trabajo, Educación y Superación"

NADIA VALERIA PEREZ AVENA

ANTONIO DE JESUS GARCIA ROMERO

M. en C. ELIZABETH SANCHEZ GUTIERREZ

C.D. MARY CARMEN SUAREZ BENITEZ
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL

Anexo 10.3.Instrumento

No. expediente	
Fecha	
Clave del paciente	
Sexo	
Edad	
Diagnóstico clínico presuntivo por odontólogo	
Diagnóstico clínico presuntivo por cirujano maxilofacial	
Localización	
No. Lesión	
Tamaño(mm)	
Color	
Consistencia	
Superficie	
Forma	
Bordes	
Base	
Fija o móvil	
Evolución (meses)	
Diagnóstico histopatológico	
Especialidad del patólogo	

Anexo 10.4.Propuesta de anexo de patología bucal

UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI		LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA	
ANEXO DE PATOLOGÍA ORAL			
		Fecha	
Ficha De Identificación			
Nombre Del Paciente			
Género		Fecha De Nacimiento	Edad
Dirección			
Ocupación		Escolaridad	
Teléfono		Religión	
Motivo De Consulta			
Datos Patológicos Del Paciente			
Alergias		¿Cuál?	
Diabetes		Hipertensión	Cáncer
Asma		Hepatitis	Convulsiones
Hemorragia		Otras	
Se Encuentra Bajo Tratamiento Medico		¿Por Qué Motivo?	
Datos Asociados A La Lesión			
Tabaquismo		Alcohol	Drogas
Prótesis		Traumatismo	Medicamentos
Fiebre		Halitosis	Otras
Enfermedad Sistémica			
Lesión Elemental Primaria			
Mancha		Macula	Pápula
Nódulo		Vesícula	Quiste
Lesión Elemental Secundaria			
Escama		Costra	Fisura
Atrofia		Úlcera	
Localización			
Ubicación	Izquierda	Derecha	Otros Dato
Borde Bermellón			
Comisuras			
Labio Superior			
Labio Inferior			
Mucosa Labial Superior			
Mucosa Labial Inferior			
Encía Superior			
Encía Inferior			
Paladar Duro			
Paladar Blando			
Mucosa Yugal			
Lengua Punta O Vértice			
Lengua Bordes			
Lengua Ventre			
Lengua Cara Dorsal			
Piso De Boca			
Diente			
Ganglio Linfático			
Glándulas Salivales			
Maxila			
Mandíbula			
Cóndilo			
Proceso Alveolar			
Otro			
Tipo De Naturaleza			
Hiperplasia		Inflamatoria	Traumática
Pigmentada		Inmune	Neoplásica

Número De Lesión					
Unica		Bilateral		Múltiple	
Tamaño					
Registrar En Milímetros					
Forma					
Circular		Elíptica			
Irregular		Digitiforme			
Borde					
Definido		Indefinido			
Superficie					
Lisa		Rugosa		Papilomatosa	
Cicatriz		Ulcerada		Otra	
Consistencia					
Firme		Dura		Blanda	
Color					
Similar A Mucosa Adyacente		Blanca		Roja	
Azul-Violáceo		Negra		Otros	
Base					
Sésil		Pediculada			
Movilidad					
Fijo Al Tejido		Desplazable		Móvil	
Síntomatología					
Sintomático A Estímulos		Sintomático Sin Estímulos		Asintomático	
Evolución					
Días		Meses			
Años		Recurrencia			
Dato Radiográfico					
Dato Adicional					
Diagnóstico Clínico Presuntivo					
Pronóstico					
Nombre Y Firma Del Paciente		Nombre Y Firma Del Alumno		Nombre Y Firma Del Docente	