



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**LESIONES DE LA CAVIDAD BUCAL TRATADAS Y
DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO SOCIAL DE CIRUGÍA
BUCAL DE LA FES ZARAGOZA. PERIODO 2000-2006**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ELIZABETH GARCÍA TREJO

FES ZARAGOZA

DIRECTOR: C.M.F. GUSTAVO GÁLVEZ REYES



MÉXICO D.F.

**CIRUJANA
DENTISTA 2007**



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

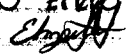
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a digitalizar y publicar en acceso el contenido de esta tesis excepcional.

NOMBRE: Carola Trejo Elizabeth

FECHA: 15 - Enero - 2007

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Por darme todo lo necesario y más en mi vida, por que gracias a ellos soy quien soy hasta ahora y por que me ayudaron a construir ésta realidad.

Gracias por su apoyo y los amo.

A MIS HERMANOS

Por ayudarme en lo que puedan y estar con migo.

Y en general gracias a tos los que participaron de manera directa o indirecta para hacer posible la realización de éste trabajo, el más importante hasta ahora.

Gracias al Dr Gustavo Gálvez por su orientación, ayuda y enseñanza.

Porque juntos hicimos posible esta realidad, porque es muy importante y porque se que me aprecian:

GRACIAS A TODOS

ÍNDICE.

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
MARCO TEÓRICO.....	3
CARACTERÍSTICAS NORMALES	
De boca y mucosa.....	3
De hueso.....	9
Radiográficas.....	10
Histológicas.....	12
PATOLOGÍA	
Lesiones elementales.....	14
Patología radiográfica.....	15
Cambios microscópicos de la mucosa.....	19
Cambios de coloración.....	20
Lesiones reactivas.....	24
Quistes.....	31
Tumores y neoplasias.....	35
Biopsia.....	42
Consideraciones quirúrgicas.....	50
OBJETIVOS.....	53
HIPÓTESIS.....	54
DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
VARIABLES.....	55
TÉCNICAS.....	56
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	56
RECURSOS.....	56
RESULTADOS.....	57
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	78
CONCLUSIONES.....	79
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	84

INTRODUCCIÓN.

Actualmente el cirujano dentista debe estar preparado para detectar las lesiones bucales y de los maxilares que se presenten, ya que posee conocimientos básicos de diferentes áreas cuyo contenido se concentra en el estado normal y patológico de los tejidos y estructuras bucales que permiten hacer esta detección, en este aspecto cabe destacar que es indispensable continuar con su formación y actualización profesional que lo lleven a reafirmar sus conocimientos, pero sobre todo a adquirir más.

Para poder realizar un diagnóstico tentativo es indispensable estar familiarizado con los signos clínicos y/o radiográficos de las lesiones bucales, así como su evolución y terapéutica que permitan realizar un tratamiento adecuado para el paciente. Ante la presencia de una lesión es indispensable trabajar siempre en conjunto con el patólogo quien cuenta con los conocimientos especiales y específicos en el área anatómica e histopatológica que se requieren para poder analizar la muestra y realizar el estudio histopatológico de la lesión para su diagnóstico definitivo.

Ya que una lesión es cualquier daño, perjuicio o alteración patológica es claro que con frecuencia encontramos lesiones bucales de diversa etiología (de origen dental o no, viral, reactivo entre otras) que pueden ser tratadas por el cirujano dentista de práctica general que tenga la capacidad para realizar una biopsia, en otras ocasiones se trata de lesiones que se presentan como manifestaciones de enfermedades de tipo sistémico, en éstas circunstancias el manejo del paciente adquiere una responsabilidad médico odontológica y como ya se mencionó en ambos casos es necesaria la intervención del un patólogo. Por otro lado ante la sospecha de malignidad o ante una lesión que comprometa estructuras anatómicas importantes lo conveniente es remitir al paciente con un especialista el cual también debe manejar el caso en conjunto con un patólogo.

Como cirujanos dentistas siempre estamos obligados a inspeccionar, palpar y trabajar entre y sobre diferentes tejidos y estructuras bucales, lo que nos permite adquirir conocimiento, experiencia y destreza, sin embargo aún cuando pueden surgir excepciones el diagnóstico de una lesión debe considerarse tentativo hasta ser confirmado por una biopsia, con su respectivo estudio histopatológico .

La presente investigación pretende presentar las bases que permitan identificar las alteraciones que se presentan con mayor frecuencia tomando como referencia las lesiones que presentaron los pacientes atendidos en el servicio de cirugía bucal, cuyo diagnóstico se obtuvo en conjunto con el área de patología de la clínica multidisciplinaria Zaragoza en el periodo 2000-2006, describiendo cada una de estas y su tratamiento. Con base a los resultados que obtengamos será posible identificar las lesiones que se presentan con mayor frecuencia así como que tipos de biopsia se realizan en odontología, procurando englobar las nociones teórico-prácticas de utilidad para nuestras necesidades en la práctica profesional.

JUSTIFICACIÓN

Es frecuente que al realizar una valoración clínica y/o radiográfica de los pacientes, o incluso al realizar algún tratamiento nos encontramos con la presencia de algún tejido anormal o patológico (lesiones bucales). Como cirujanos dentistas estamos obligados a informar a nuestros pacientes de esta situación, a realizar un diagnóstico presuntivo, a darle seguimiento, brindar un tratamiento en conjunto con un patólogo si el paciente lo permite y a confirmar el diagnóstico, para lo cual servirá la presente investigación.

En un sin número de trabajos, se ha puesto de manifiesto la necesidad y la importancia de establecer estudios epidemiológicos relacionados con la prevalencia de las lesiones de la cavidad bucal. Es importante efectuar éstos estudios para conocer las entidades patológicas bucales que afectan a la población, lo cual sirve para entender aspectos sobre sus factores etiológicos y cuadro clínico con el fin de implantar medidas preventivas y terapéuticas que contribuyan al mejoramiento de la atención para la salud bucal del individuo. La patología bucal es demasiado extensa motivo por el cual es necesario identificar las lesiones que se presentan con mayor frecuencia.^{1,2}

Las lesiones bucales requieren un diagnóstico definitivo (Histopatológico) por lo que es necesario realizar una toma de biopsia para poder estudiar la naturaleza y comportamiento evolutivo de las lesiones, motivo por el cual el Cirujano Dentista debe estar capacitado para establecer un presunto diagnóstico y para realizar una biopsia.^{3,4}

La necesidad de adquirir conocimientos en el área quirúrgica y patológica para identificar las lesiones que se presentan con mayor frecuencia en la cavidad bucal, sobre como identificar y diferenciar estas lesiones y así poder brindar la terapéutica y el tratamiento adecuada a los pacientes que se presenten con alguna lesión en nuestra práctica clínica nos llevó a la elección del tema para la presente investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son las lesiones de la cavidad bucal que se tratan y se diagnostican con mayor frecuencia a través de la biopsia en los pacientes que solicitan atención odontológica en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza en el periodo 2000-2006.?

¹ González RJ, Ovalle CJ. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral. Rev. ADM. May-jun 1994;LI:145

² Solís CM. Lesiones bucales de mayor frecuencia en la unidad de patología de la Fes Zaragoza. Práct odont. jul-sep 1997;L.3:15-19

³ López JP. La biopsia en odontoestomatología, descripción de la técnica mediante la utilización del punch. Rev Europea de odontoestomatología .may-jun 1994;VI:147-150

⁴ Zegarelli VE. Diagnóstico en patología oral. 2º ed. Barcelona : Salvat editores,1982:203-207.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO.

Características normales de la boca y la mucosa oral.

La cavidad bucal es el primer segmento del tubo digestivo, su capacidad varía según los maxilares se encuentren aproximados o separados uno del otro, está dividida por las arcadas gingivodentarias en dos partes, una periférica o vestibulo y otra central o cavidad bucal propiamente dicha. El vestibulo de la boca es un espacio encorvado en forma de herradura comprendido por las arcadas alveolodentarias por una parte y los labios y mejillas por la otra.

La boca es una cavidad oval cuyo diámetro mayor es anteroposterior. Hacia adelante está limitada por los labios, hacia atrás por el istmo de las fauces, hacia arriba por la bóveda palatina, abajo por la lengua y piso de boca y a los lados por los carrillos que constituyen las paredes laterales.⁵

En reposo la boca es una cavidad virtual que se hace real al separar la mandíbula o al distender los carrillos como por ejemplo al soplar.

Estando la mandíbula en oclusión, los arcos dentarios o los rebordes maxilares dividen a la boca en dos zonas, la que queda comprendida detrás de los arcos dentarios es la bucal y la que está por delante de los mismos es el vestibulo.

La boca propiamente dicha está limitada a los lados y hacia adelante por los labios y las cara linguales y palatina de los arcos dentarios, arriba por la bóveda palatina, atrás por el istmo de las fauces y abajo por el piso de boca.

El vestibulo bucal tiene una forma de herradura, está limitado adelante por la mucosa de los labios, a los lados por la mucosa yugal, atrás por la cara vestibular de los dientes, encías y arriba y abajo por los surcos vestibulares o fórnix superior e inferior, y en la parte más profunda anterior por el borde ascendente mandibular.

El examen de la mucosa de la boca debe de realizarse ordenadamente: labios, mucosa yugal, lengua, piso de boca, paladar duro y blando, istmo de las fauces y encías.^{6,7}

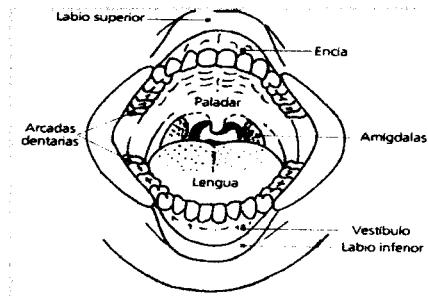


FIGURA 1. Esquema de la cavidad bucal
(Grispan D, Enfermedades de la boca, 1980)

⁵ Grispan D. Enfermedades de la boca, semiología, patología clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Argentina: mundi, 1970; tomo 1:22

⁶ Reichart AP. Atlas de patología oral. 2ª ed. Barcelona: Salvat, 1982: 13

⁷ Grispan D. Op. Cit., pág 29.

Labios.

Anatómicamente el labio consta del bermellón labial, las comisuras, la mucosa labial y los vestíbulos labiales. El bermellón labial del labio superior e inferior se encuentra entre la mucosa labial y la piel. Las comisuras labiales incluyen un cuadrado de mucosa de 1.5cm Por detrás de los ángulos bucales. La mucosa labial corresponde a un rectángulo desde el límite del bermellón labial hasta 1cm de la zona mas profunda del vestíbulo labial en el límite lateral a través del ángulo de la boca. Las lesiones que asientan en ésta zona, proceden tanto de estructuras cutáneas como de la mucosa.⁸

En la mucosa del labio superior se observan pequeñas manchas amarillentas puntiformes que pueden producir un pequeño relieve, se trata de los puntos de Fordyce, que son glándulas sebáceas y que por su frecuencia no deben ser consideradas patológicas, si se presiona la zona o se practica vitropresión se hacen mas visibles. La línea de Klein separa la semimucosa de la mucosa labial.

Al traccionar el labio en la línea media, se observa un pliegue de la mucosa, generalmente más largo en el labio superior, que constituye los frenillos labiales superior e inferior. Secando la mucosa y esperando unos segundos se pueden observar pequeñas gotas de saliva que fluyen por cada uno de dichos orificios.

A la palpación bidigital, con el índice sobre la mucosa y el pulgar sobre la piel, se aprecian múltiples elementos como mucosidades, pequeños, mas o menos duros que corresponden a las glándulas mucosas, y si se palpa, en el trayecto de las arterias coronarias se puede percibir el latido de las mismas y se pueden hacer mas visibles con trans iluminación.⁹

Carrillos.

Las mejillas, carrillos o región geniana se encuentra limitada por delante por los labios.

La mucosa yugal se encuentra entre el vestibulo superior e inferior y centralmente hasta el límite de la boca. Linda con las comisuras labiales, una zona mucosa de unos 1.5 a 2cm que se extiende bucalmente de los ángulos bucales. A la altura del cuello del 1° o 2° molar superior se encuentra situado un orificio correspondiente a la desembocadura del conducto de Stenon..

Secando la mucosa y presionando en la zona parotídea se observa fluir la saliva por dicho orificio comprobando su permeabilidad.¹⁰

El vestíbulo consiste en una zona rectangular que empieza apartir de la superficie distal de los caninos y llega en la parte dorsal hasta la parte anterior de los pilares amigdalinos. Se extiende desde el límite mucogingival hasta el punto más profundo del vestíbulo.

La mucosa yugal muestra las características variantes de la mucosa como el leucoedema y las glándulas sebáceas heterotópicas, aunque aquí la alteración patológica más frecuente es el denominado fibroma.^{11,12}

⁸ Reichart AP. Op.cit.,pág 140.

⁹ Crispan D. Op. Cit.,pág 22

¹⁰ íbidem, pág 23

Lengua.

La lengua es un órgano altamente especializado. Desde el punto de vista anatómico, la lengua se divide en dorso, base, márgenes, punta y vientre. El dorso lingual forma una zona triangular por detrás de la punta; llega hasta el surco terminal, así como hasta los márgenes derecho e izquierdo. La base de la lengua es una zona rectangular que se encuentra por detrás del surco Terminal y entre ambos pilares amigdalinos. El margen lingual es una zona rectangular a cada lado de la lengua, que empieza 1cm por detrás de la punta y llega hasta el pilar amigdalino anterior. Se incluye, a sí mismo, 1cm de los márgenes dorsal y ventral de la lengua. La pared ventral o inferior de la lengua se extiende desde el repliegue del suelo de la boca hasta 1cm por detrás de la punta y sigue una línea imaginaria bilateral situada aproximadamente a 1cm del margen lingual. La punta de la lengua constituye una zona circular con un radio de 1cm en que la punta de la lengua se encuentra en el centro. El suelo de la boca queda cubierto por el vientre lingual.

La mucosa que cubre la superficie dorsal de la lengua es de textura áspera y está compuesta por un gran número de diminutas papilas.

La lengua la examinamos con la boca abierta, pedimos al paciente que la saque, secamos e inspeccionamos la punta, luego tomamos con una gasa, traccionamos e inspeccionamos el dorso. El tercio posterior y la V lingual lo examinamos con visión directa o indirecta.

El grupo mayor de las papilas linguales está formado por las papilas filiformes, que son de aspecto pequeño y puntiforme, dando a la lengua una textura semejante a una lima. Distribuidas entre éstas se encuentran otras papilas de aspecto fungiforme y de tamaño grande, de color más rojizo. En el borde superior del dorso lingual se encuentran las papilas caliciformes, distribuidas configurando una V, con su vértice orientado hacia la orofaringe. Son aproximadamente 8 a 10 papilas distribuidas en 2 líneas diagonales.¹³

En la porción posterior del borde lateral de la lengua se encuentran las papilas foleadas de color rojo, que son masa blanda de tejido linfoide de forma irregular. La mucosa de la superficie ventral de la lengua es suave y delicada, sin estructuras papilares. La mucosa ventral confluye con la mucosa del piso de la boca; el frenillo lingual se extiende desde la superficie ventral de la lengua hasta el piso de la boca.

Para inspeccionar la cara ventral de la lengua pedimos al paciente que dirija la punta de la lengua hacia arriba y atrás. La red vascular es rica y bien notable en esta zona. En la vecindad de la punta terminan los vasos raninos. Debemos palpar la cara ventral de la lengua en toda su extensión para descartar durezas y zonas dolorosas.¹⁴

¹¹ Reichart AP. Op. cit., pág 175.

¹² Nicolossi LN. Semiología en la práctica odontológica. Chile: Mc Graw Hill, 2000:7

¹³ Reichart AP. op. cit., pág 155.

¹⁴ Grispán D. Op. cit., pág 24.

Piso de boca.

Es la porción de la mucosa libre sublingual, presenta una forma de herradura acanalada cuya concavidad dura hacia arriba, su mucosa se observa fina, rosada y muy flexible y vascularizada y con los relieves o eminencias provocadas por las glándulas sublinguales cruzadas por los pliegues sublinguales y se observan las carúnculas salivales a ambos lados que corresponden a la desembocadura del conducto de Wharton.

En la línea media existe un pliegue mucoso que une la cara ventral de la lengua con la zona sublingual que constituye el frenillo lingual.

A ambos lados de la línea media, sobre la mucosa alveolar que cubre la tabla interna mandibular se pueden palpar las apófisis geni.¹⁵

Paladar.

Desde el punto de vista anatómico el paladar se divide en el paladar anterior, duro, y en el posterior, blando.

El paladar duro se compone de dos mitades, derecha e izquierda, que constituyen cada una, una zona triangular entre el proceso alveolar superior por su cara palatina, la línea media y la unión del paladar duro con el blando. El paladar blando consta así mismo, de dos mitades, derecha e izquierda, que corresponden a una zona rectangular detrás de la unión del paladar duro con el blando, entre los pilares amigdalinos y la línea media y la mitad de la úvula. La mucosa del paladar duro está muy unida al perióstio; el epitelio está muy queratinizado y presenta crestas epiteliales largas. La mucosa del paladar blando es muy roja y vascularizada, al contrario del paladar duro, algo pálido; el epitelio no está queratinizado y presenta crestas epiteliales cortas y escasas. La submucosa contiene una capa continua de glándulas salivales accesorias.¹⁶

La mucosa del paladar duro cubre la estructura ósea palatina y está firmemente unida a tejido conectivo subyacente, aunque es posible un pequeño desplazamiento del tejido mucoso.

Numerosas glándulas mucosas descansan bajo la mucosa palatina, y sus conductos aparecen en gran número en la superficie palatina como pequeños poros.

En el sector anterior, el paladar duro presenta numerosos pliegues de tejido firme.

El paladar blando es una mucosa palatina posterior a la estructura ósea del paladar. Tiene una movilidad mayor que el paladar duro, la demarcación entre uno y otro es fácilmente observable en una persona con la boca abierta, exponiendo su garganta. Con ésta acción el paladar blando se pliega hacia arriba. En la línea media hacia atrás, el paladar blando converge en la úvula.^{17,18}

¹⁵ Grispan D. Op. cit., pág 26.

¹⁶ Reichart AP. Op. cit., pág 43.

¹⁷ Nicolossi LN. Op. cit., pág 8.

¹⁸ Mc Carthy LP, Shklar G. Enfermedades de la mucosa bucal. 2º ed. Argentina: El Ateneo, 1985:3

Encía.

El periodonto gingival constituye el cierre de tejidos blandos alrededor de los dientes de la cavidad oral. En la inspección clínica solo es accesible la encía adherida, como encía no móvil e insertada, con las típicas papilas en los espacios interdentes. La banda de encía adherida puede tener una anchura variable y desemboca en la mucosa móvil en el vestíbulo correspondiente. La encía se forma con el periodonto y el diente. Además de las enfermedades inflamatorias inespecíficas del tejido periodontal, la gingivitis y la periodontitis, un gran número de procesos patológicos afectan la zona gingival. Como órgano Terminal es especialmente sensible, de modo que aquí con frecuencia encontramos las primeras manifestaciones de diferentes alteraciones.

El tejido gingival está fuertemente adherido al periostio del hueso alveolar que cubre la porción radicular de los dientes y se extiende más allá de la cresta del alveolo dentario. El tejido gingival ocupa los espacios interproximales, entre las piezas dentarias, y no son normalmente vistos cuando están alineados en la arcada dentaria.¹⁹

La porción de la gingiva que se extiende más allá del hueso alveolar y se adhiere al diente es llamada encía marginal o margen gingival libre, porque está relativamente no soportada por tejido duro y forma una banda continua en la unión corono-radicular de los dientes. El tejido gingival se une a la superficie dentaria justo por debajo del margen gingival, de tal manera que el surco gingival se encuentra de 1a2mm de por debajo del margen gingival. El tejido gingival es normalmente de un color rosa pálido.

Más allá de la encía y separada por una demarcación clara, se encuentra la mucosa alveolar. La línea de demarcación es llamada unión mucogingival, la mucosa alveolar, más allá de ésta unión se encuentra libre como un tejido delicado, no unido al hueso subyacente. Pequeños vasos sanguíneos en gran cantidad se vislumbran a través de ésta delicada mucosa.

La mucosa alveolar en sus aspectos externos o bucales se continúa con la mucosa del labio y del carrillo, y el vestíbulo bucal se forma cuando éstos dos sectores confluyen. Esta zona es conocida como pliegue mucovestibular.²⁰

Rebordes maxilares.

Presentan aspectos diferentes, según se trate de los maxilares del lactante, del niño, del adulto o del senecto, es decir ofrecen aspectos variables según la edad.

En los dentados, la encía libre cubre el cuello de las piezas dentarias y la adherente parte del hueso alveolar denominado proceso alveolar en ellos se encuentran los alveolos dentarios de gran elasticidad en las personas jóvenes y que proporcionalmente a la edad adulta tienen una mayor mineralización del hueso.²¹

¹⁹ Nicolossi LN. Op.cit., pág 7.

²⁰ Mc Carthy LP. Op.cit., pág 1.

²¹ Ries CG. Cirugía bucal, patología clínica y terapéutica. Argentina: El Ateneo, 1987:1

Área amigdalina.

Las amígdalas palatinas son bilaterales y descansan en espacios que continúan al paladar blando en su sector inferior. Estos espacios están formados hacia adelante por el arco glosopalatino y por detrás por el arco faringopalatino. Los espacios amigdalinos y el área entre ellos, son también llamados blandas.

Deprimiendo bien la lengua y haciendo pronunciar aa...en forma continua se aprecia la simetría del paladar blando y se observan los pilares anterior y posterior en cuyo lecho se encuentran las amígdalas palatinas, ovales, el color de su mucosa es rosado o algo rojizo y la superficie mamelonada y con múltiples orificios correspondientes a las criptas amigdalinas.^{22,23}

Mucosa bucal.

La mucosa bucal en las diferentes localizaciones tiene distintos caracteres clínicos e histológicos que le permiten diferenciarla en semi mucosa labial y mucosa de revestimiento, masticatoria y sensorial.

La mucosa de revestimiento comprende: mucosa labial, yugal, surcos vestibulares y linguales, mucosa alveolar, cara ventral de la lengua, piso de la boca y paladar blando. A la mucosa masticatoria o fibromucosa corresponden las encías y el paladar duro. La mucosa sensorial corresponde a la del dorso lingual.²⁴

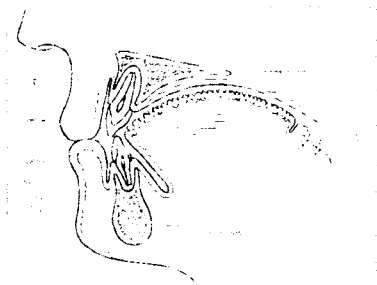


Figura 2. Esquema de la cavidad bucal corte transversal
(Gómez FME, Histología y embriología bucodental,2002)

²² Grispan D.Op cit.,pág 27.

²³ Mc Carthy LP.Op.cit. ,pág 3.

²⁴ Gómez FME, Campos MA.Histología y embriología bucodental, bases estructurales de la patología, el diagnóstico, la terapéutica y la prevención odontológica. 2ªed.España: Médica panamericana,2002:113.

Características normales de hueso.

Radiográficamente un tejido u objeto es radiopaco porque dificulta el paso de los rayos X, y esta va a variar en función de la densidad o el grosor del tejido u objeto. Así las radiopacidades normales pueden definirse como imágenes radiográficas de estructuras anatómicas normales de los maxilares.

Estás son:

- ◆ huesos
- ◆ dientes

Los maxilares se componen principalmente de hueso trabecular esponjoso, constituido por finos filamentos o trabéculas que se cruzan entre sí aparentemente de modo irregular, a pesar de estos filamentos asumen por lo general un patrón reticular en maxilar superior y un patrón paralelo en la mandíbula. El hueso alveolar es la parte de hueso maxilar y mandibular que forma los alveolos dentarios. En el hueso alveolar y estructuras vecinas se distinguen:

1. La cortical alveolar, zona de hueso compacto que forma el alveolo.
2. Esponjoso o perialveolar y el tabique óseo interdentario.
3. La cortical externa.

En condiciones normales, los espacios medulares situados entre las trabéculas tienen un tamaño ampliamente variable.²⁵

La radiopacidad radiológica del hueso puede ser homogénea, lineal, o en bandas o puede tener un aspecto de red o malla.

Placas corticales.

Los maxilares están cubiertos por placas densas finas de hueso compacto llamadas placas corticales, que pueden verse en las radiografías de oclusión, pero que no producen una sombra separada en las radiografías intraorales estándar.

Las placas corticales de la mandíbula son más gruesas que las del maxilar superior y las placas sobre el borde inferior de la mandíbula son las más gruesas de todas, por lo que se observan con facilidad en las radiografías. La destrucción de partes de la placa cortical produce un aspecto más radiotransparente que la destrucción de su porción trabecular del hueso.

Lámina dura.

Los alveolos suelen estar cubiertos por una fina capa de hueso denso compacto, que aparece en la radiografía como una línea blanca fina y se conoce como lámina dura.²⁶

²⁵ Wood KN, Goaz NP. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª ed. Madrid: Hart court brace mosby, 1999:442-454.

²⁶ Idem

Proceso alveolar.

Las placas corticales alveolares, la lámina dura y el hueso esponjoso situado entre ellas constituyen el proceso alveolar. El margen gingival del proceso alveolar, denominado cresta alveolar, suele ser una fina capa de hueso cortical denso que aparece a veces como una delgada línea blanca en la radiografía ésta línea es observada con frecuencia en las radiografías de los incisivos superiores, donde puede aparecer como una cresta puntiaguda si los dientes están muy juntos.

En ausencia de patología la cresta alveolar puede verse en las radiografías formando un ángulo recto con la lámina dura, diversas estructuras como el conducto mandibular y los grandes canales nutrientes de los alveolos superiores, pueden aparecer bordeados por finas capas de hueso compacto denso que aparecen en las radiografías como delgadas líneas blancas.

Los agujeros incisivo, mentoniano y mandibular también pueden estar delineados por esas líneas blancas opacas, al igual que los bordes de los huesos maxilares que forman la sutura de la línea media.²⁷

Análisis radiográfico.

El análisis radiográfico contribuye a una mejor valoración del paciente. Las radiografías aunque por si solas nunca sean el elemento diagnóstico, desempeñan un papel fundamental para una correcta evaluación de el estado de salud o patológico a tratar y para un correcto plan de tratamiento.²⁸

Hoy en día debemos afirmar que la elaboración de un estudio radiográfico es indispensable en los siguientes casos:

- < Primera exploración de los pacientes de cualquier edad.
- < Diagnóstico precoz de alteraciones del desarrollo de las arcadas dentarias.
- < Determinación de la causa de la ausencia de piezas dentales.
- < Valoración radiográfica de dientes no vitales.
- < Sospecha de enfermedades odontógenas.
- < Molestias en la articulación temporomandibular.
- < Asimetría facial.
- < Presencia de tumefacciones
- < Presencia de heridas y/o retrazo de la cicatrización
- < Reconocimiento de quistes, tumores y lesiones
- < Fracturas y parestesias
- < Antes de llevar a cabo cualquier acto quirúrgico.²⁹

Las radiografías por si solas no tienen ningún valor para el paciente; es la capacidad del odontólogo para interpretarlas fielmente lo que les da valor.

²⁷ Ibidem, págs 455-457.

²⁸ Chiapasco M. Cirugía oral, texto y atlas a color. Milano: Masson,2002:9.

²⁹ Passer FA. Atlas de radiología odontológica. Asturias:Salvat y Masson,2002:39-42.

El requisito básico previo para la interpretación radiográfica es el conocimiento de las características normales. La arquitectura normal de los tejidos duros, como se ven radiográficamente, así como los puntos de referencia normales, deben de ser reconocidos por el odontólogo y distinguidos de los estados patológicos.

Radiográficamente las zonas ocupadas por estructuras densas aparecen más claras o radiopacas sobre la película puesto que es detenida una gran cantidad de rayos. Las zonas correspondientes a tejidos blandos o el aire permiten el paso de casi todos los rayos y aparecen negras o radiolúcidas.³⁰

Las siguientes son estructuras dentomaxilares, radiopacas y radiolúcidas, observadas en el examen radiográfico bucal.

Estructuras radiopacas	Estructuras radiolúcidas
Esmalte	Senos maxilares
Cemento	Cavidades nasales
Dentina	Tejido pulpar
Corticales óseas	Tejido gingival
Lámina dura	Fibras periodontales
Septos del seno maxilar	Forámen mentoniano
Borde inferior de la mandíbula	Canal incisivo
Borde inferior del canal mandibular	Sutura alveolar media
Borde inferior de la cavidad nasal	Sutura palatina
Septo nasal	Fosa mirtiforme
Línea oblicua externa	Fosa submandibular
Línea milohioidea	Conducto dentario
Eminencia canina	Fosa mentoniana ³¹
Proceso coronoides	
Tuberosidad maxilar	
Hueso zigomático	
Espina nasal anterior	

Es necesario tener en cuenta la posibilidad de supervisión de tejidos mineralizados, tanto de estructuras normales como de lesiones patológicas. Por ejemplo, aunque no aparecen en las radiografías periapicales, el contorno radiopaco del hueso hioides se proyecta con frecuencia sobre el cuerpo de la mandíbula en las proyecciones laterales oblicuas.³²

³⁰ Donald Ak, Major MA. Diagnóstico bucal. 4ª ed. Buenos Aires: Minda, 1976:282.

³¹ Aguinaldo FB, Rosa JE. Radiología odontológica. Sao Pablo: Artes Médicas Latinoamérica, 2002:291.

³² Wood KN. Op. cit., págs 456.

Histología de la mucosa bucal.

La mucosa bucal es en esencia similar a la piel, pero no posee faneras. El conocimiento de la mucosa bucal depende en parte del conocimiento de la piel. La piel se compone de: epidermis y dermis.

La epidermis contiene células llamadas queratinocitos distribuidos en capas y células llamadas no queratinocitos, los cuales se encuentran en la capa basal y son: células de Langerhans, células de Merkel y melanocitos.

Los estratos de la epidermis son:

- Estrato basal,
- Estrato espinoso,
- Estrato granuloso,
- Estrato lúcido (sólo en piel) y
- Estrato córneo.

El epitelio (epidermis en piel) de la mucosa bucal es normalmente más grueso que el de la piel.

La mucosa bucal está compuesta por un epitelio escamoso estratificado y un tejido conectivo subyacente, corion o lámina propia. Existe cierta variación en la estructura de la mucosa bucal según las diferentes áreas de la boca, dependiendo del medio y de los procesos fisiológicos.³³

Ambas capas están conectadas por la membrana basal. Esta relación no es lisa, si no que suele ser ondulada, ya que el tejido conectivo emite prolongaciones hacia el epitelio. Denominadas papilas coriales. A su vez el epitelio se proyecta hacia la lámina propia en forma de evaginaciones que se interdigitan con las papilas coriales y reciben el nombre de crestas epiteliales. Esta disposición estructural en papilas y crestas facilita la nutrición del epitelio de la mucosa oral al permitir una mayor proximidad entre el tejido conjuntivo vascular y el tejido epitelial avascular. El epitelio se mantiene constantemente lubricado por acción de la saliva. La mucosa bucal puede estar unida o no a la submucosa según la zona a considerar.³⁴

El epitelio escamoso estratificado presenta tres estratos. El estrato germinativo o basal se encuentra inmediatamente adyacente al tejido conectivo y representa a la capa germinativa del epitelio. Las células basales son cuboideas o columnares, con un núcleo grande que se colorea intensamente, y se hallan dispuestas en una línea uniforme de una o dos células de espesor y están separadas del tejidos conectivo por una membrana basal.

Por encima del estrato basal se encuentra el estrato espinoso o de Malpighi, éste es un estrato relativamente ancho, de células poliédricas con núcleo grande. Las células del estrato espinoso tienden a achatarse a medida que se acercan a los estratos superficiales.

La zona superficial es queratinizada o cornificada y es denominada estrato córneo. Está compuesta por cantidades variables de queratina, generalmente son capas delgadas de un material amorfo eusínófilo, con la presencia ocasional de un

³³ Mc Carthy LP. Op. cit. págs 4-6.

³⁴ Gómez FME. Op. cit., págs 114-115.

núcleo celular o espacios claros que se representan núcleos en degeneración. La profundidad del estrato córneo varía considerablemente en la mucosa bucal, dependiendo de la naturaleza del tejido. Aquellas áreas de la boca que reciben poca estimulación o influencias traumáticas pueden ni presentar queratinización o poseen una delgada capa de estrato córneo. El piso de la boca, la superficie ventral de la lengua y el paladar blando corresponden a este tipo.

El tejido conectivo está compuesto por densas bandas de fibras colágenas o numerosos pequeños vasos sanguíneos y nervios, su célula característica es una célula grande en forma de uso que es el fibroblasto.

Así que en la actualidad la mucosa bucal se divide de acuerdo a la clasificación de Orban y Sicher en:

- Mucosa de recubrimiento con epitelio escamoso estratificado no queratinizado.
- Mucosa masticatoria con un epitelio escamoso estratificado queratinizado y
- Mucosa especializada, que se halla en el dorso de la lengua y está formado por las papilas linguales que identifican distintos sabores.^{35,36,37}

En términos generales puede describirse tres tipos fundamentales de mucosa. Una mucosa funcional como la de encía y el paladar duro, bien queratinizada y con un tejido conectivo denso. Ésta mucosa está firmemente adherida al hueso subyacente y la encía marginal está unida a la superficie dentaria por una forma especializada de adaptación o unión orgánica con el esmalte o cemento, cerca de la unión amelocementaria, si los dientes se han perdido la encía se transforma en una mucosa alveolar desdentada y esta es nuevamente una mucosa funcional y firme. Una mucosa no funcional o de revestimiento es el tipo de mucosa del labio, del piso de boca, y de la superficie ventral de la lengua y de los carrillos. La mucosa en estos sectores se desplaza libremente y no se halla unida con firmeza a una estructura ósea. La unión se hace con el tejido muscular y la mucosa no está mayormente afectada por el estímulo masticatorio ni por las influencias traumáticas, además es fácilmente empujada hacia los lados por presión. La mucosa en éstas áreas está levemente queratinizada y su tejido conectivo es de tipo laxo.

El tercer tipo de mucosa bucal, el dorso de la lengua es altamente específico y tiene una función especializada. La superficie está compuesta por estructuras papilares de tres tipos: las papilas filiformes, las papilas fungiformes y papilas calciformes, las depresiones o pliegues cubren a las glándulas de Ebner, que segregan en ellos una sustancia albuminoide. Las papilas foliadas están compuestas por masa de tejido linfóide con una estructura folicular característica.

La profundidad del estrato córneo varía considerablemente en la mucosa bucal, dependiendo de la naturaleza del tejido. Aquellas áreas de la boca que reciben poca estimulación o influencias traumáticas pueden no presentar queratinización o poseen una delgada capa de estrato córneo.³⁸

³⁵ Grispan D.Op.cit.,pág 30.

³⁶ Chiapasco M.Op.cit.,pág 12.

³⁷ Mc Carthy LP.Op.cit.pág 4.

³⁸ Idem.

Patología.

Lesiones elementales.

Una lesión es cualquier herida o alteración patológica de los tejidos.

La patología de la mucosa bucal se caracteriza por la presencia de una o más lesiones que pueden clasificarse en los siguientes tipos básicos: mácula, pápula, placa, vesícula, bula, úlcera, erosión, nódulo, tumor, atrofia, cicatriz y costra.

- ⊗ **Mácula.** Mancha plana en la mucosa, puede variar de tamaño y color.
- ⊗ **Pápula.** Elevación pequeña y redondeada que puede variar de color.
- ⊗ **Placa.** Área pequeña o grande bien delimitada lisa o fisurada.
- ⊗ **Vesícula.** Es una ampolla pequeña que representa la acumulación de líquido debajo del epitelio.
- ⊗ **Bula.** Ampolla o vesícula grande, puede formarse cuando coalescen varias vesículas.
- ⊗ **Úlcera.** Pérdida del epitelio con la que se forma un área denudada, que varea de profundidad.
- ⊗ **Erosión.** Pérdida parcial de las capas superiores del epitelio, tienen una coloración rojiza.
- ⊗ **Nódulo.** Edema o protuberancia localizada, suele ser sólido, elevado, duro y su tamaño va de milímetros a centímetros y por lo regular presenta un crecimiento de tejido conectivo.
- ⊗ **Tumor.** Tumefacción de una porción de tejido, y la neoplasia se proyecta hacia la superficie y se origina en la mucosa.
- ⊗ **Atrofia.** Presencia de áreas enrojecidas en la mucosa en donde el epitelio es delgado y la irrigación del tejido conectivo puede verse.
- ⊗ **Cicatriz.** Línea o área blanca y deprimida que presenta la curación después de una lesión.
- ⊗ **Costra.** Capa externa seca. Las costras bucales son blancas y están representadas por el área necrótica blanquizca central de una úlcera.³⁹

³⁹ Junta J.L. Patología bucal. 3ª ed. México: Interamericana, 1992:32,33.

Patología radiográfica de los maxilares.

A causa de la gran variedad de estados patológicos que se incluyen aquí, es necesario hallar los hallazgos en grupos generales que tengan características comunes. Las características radiográficas de las lesiones óseas que se enumeran en la siguiente lista puede servir de guía para el odontólogo y llevarlo a un diagnóstico tentativo.

- I. Radiolucidez ósea
 - A. Lesiones osteolíticas
 1. Quistes
 2. Neoplasias
 3. Displacias
 - B. Enfermedades generales
 - C. Osteomielitis
 - D. Alteraciones óseas residuales postoperatorias
 - E. Tumores
 1. Odontogénicos
 2. No odontogénicos
 - F. Cuerpos extraños
 - G. Displacias óseas
- II. combinación de radiolucidez y radiopacidad ósea.
 - A. Neoplasias
 - B. Displacias
 - C. Osteomielitis
 - D. Cuerpos extraños
- III. Otros hallazgos dentales. dientes retenidos, supernumerarios, obturación de conductos etc.

Radiopacidades óseas.

Al evaluarse las radiopacidades debe considerarse lo siguiente:

- I. Localización y extensión
- II. Grado relativo de radiopacidad
- III. Variaciones en la radiopacidad dentro de la lesión
- IV. Naturaleza de la zona vecina a la radiopacidad
- V. Posible origen de la lesión.

El grado relativo de radiopacidad es una ayuda para determinar si la lesión está constituida por hueso. El hueso es generalmente menos radiopaco que la estructura dentaria.

Las variaciones en la radiopacidad dentro de la zona radiopaca y la arquitectura producida por esas variaciones son útiles para establecer el tipo de tejido calcificado que se visualiza.⁴⁰

⁴⁰ Donald AK. Op.cit., págs 301-303.

El origen posible de una radiopacidad es mucho más limitado y habitualmente más fácil de establecer que el origen de una radiolucidez.

La calcificación patológica de las estructuras normales, por ejemplo el cartílago crioides, los ganglios linfáticos o las arterias pueden dar lugar a sombras con intereses diagnósticos.

La identificación e interpretación de las variaciones patológicas de las estructuras anatómicas requieren un profundo conocimiento de sus localizaciones relativas y de los límites de las variaciones normales en cuanto a forma y tamaño. Las alteraciones del aspecto radiográfico normal o la patología radiográfica del hueso, o aún, las señales radiográficas de las lesiones óseas son debidas a modificaciones de la densidad, tamaño, forma y textura del hueso, en las lesiones del periostio que envuelve las superficies de ellos mismos. Las modificaciones básicas en la densidad del hueso pueden ser agrupadas por los siguientes aspectos aleatorios.

Inversión de imágenes

La radiopacidad ósea es sustituida por áreas radiolúcidas de tamaño, forma y localizaciones variables, resultantes de la destrucción, invasión o reabsorción ósea por la lesión. Es el factor visual de mayor importancia en la percepción de la lesión ósea y el de mayor recurrencia.

Refuerzo de imágenes

El hueso radiopaco presenta áreas de mayor radiopacidad.

La mayor radiopacidad dependerá de factores generales o locales, ocasionando el espesamiento de las trabéculas, desaparecimiento de los espacios medulares, aumento del espesor óseo en las corticales una superproducción ósea, caracterizando las imágenes descritas como de aspecto esclerótico.

Atenuación de imágenes

El hueso sin tornarse radiolúcido demuestra menor densidad, con radiopacidad disminuida, por deficiencia en la formación de la matriz, por insuficiencia de mineralización, por aumento de la actividad osteoclástica. Son imágenes descritas bajo el término de osteoporosis o aún de rarefracción ósea.

Imágenes alienígenas o atípicas

Son aquellas que de acuerdo a las características ya descritas proporcionan aspectos radiográficos inusitados, como la presencia de dientes supernumerarios, cuerpos extraños, calcificaciones atípicas y algunas lesiones odontogénicas, estas imágenes pueden aparecer asociadas a aspectos de inversión de imágenes, pero proporcionan en su conjunto, imágenes francamente radiopacas.⁴¹

⁴¹Ibidem, págs 304-307.

Las lesiones óseas pueden ser agrupadas de acuerdo con las imágenes resultantes en:

Primer grupo . Lesiones que dan imágenes radiolúcidas

Segundo grupo. Lesiones que dan origen a imágenes radiopacas

Tercer grupo. Lesiones que dan origen a imágenes radiolúcidas y radiopacas o mixtas

1. Radiolúcidas:

-Expansivas:

-Tipo quística

-Unilocular

-Multilocular

-Tipo cavitario:

-Unicavitaria

-Multicavitaria

-Infiltrativas

2. Radiopacas

-Circunscritas

-Difusas

3. Mixtas

-Radiolúcidas

-Radiopacas.⁴²

Por otro lado la presencia de radiotransparencias puede depender de la edad , las cámaras pulpares, los conductos radiculares y los espacios del ligamento periodontal que disminuyen de tamaño con la edad y en las personas edéntulas no existen. Existe también una considerable variación en cuanto a la frecuencia de aparición y representación radiográfica del agujero dental, aunque ésta variabilidad no parece tener variación con la edad.

Los conductos nutricios son otros ejemplos de radiotransparencias que pueden destacar en las radiografías, algunos de algunos pacientes y resultar difíciles de identificar o visualizar en otros.⁴³

⁴² Ibidem 307-311.

⁴³ Idem.

A causa de la gran variedad de posibles entidades para cada tipo de lesión radiolúcida, al examinar una zona patológica debe prestarse especial atención a ciertas características y detalles de la lesión. Al evaluarse zonas radiolúcidas debe considerarse lo siguiente:

- a) Localización y extensión de la imagen radiolúcida con respecto a los dientes
- b) Los reparos anatómicos y la región anatómica
- c) Grado relativo de radiolucidez
- d) Presencia o ausencia de trazos o zonas radiopacas en la lesión
- e) Efecto aparente del proceso que origina la radiolucidez sobre los dientes y estructuras anatómicas
- f) Origen posible de la lesión.

La presencia o ausencia de zonas radiopacas en una lesión radiolúcida revelará la presencia de centros de osificación o secuestros. Las zonas radiopacas pueden mostrar una tendencia a la formación de compartimientos dentro de la zona de destrucción ósea.

La naturaleza de los bordes de la lesión radiolúcida se vincula con ciertas características de crecimiento de algunas lesiones de los maxilares. Las lesiones infiltrativas, invasivas, no están bien demarcadas por una línea nítida de contraste entre la zona radiolúcida y el tejido normal. Las lesiones que tienden a crecer lentamente se encuentran bien delimitadas y, en muchos casos aparecen rodeadas de una banda definida de tejido compacto. Ciertos procesos patológicos tienden a invadir el hueso vecino formando lóbulos por lo que presentan márgenes bastante característicos entre la lesión y el tejido normal.

La reabsorción de la raíz asociada con una zona radiolúcida debe observarse siempre con cuidado ya que se le ve en relación con neoplasias infiltrativas.¹⁶

También se pueden encontrar lesiones radiopacas y radiolúcidas, también llamadas mixtas o combinadas y en éstas se deben de considerar los siguientes factores:

1. Localización y extensión de la zona en cuestión
2. Grado relativo de radiolucidez
3. Grado relativo de radiopacidad
4. Variaciones de las zonas
5. Naturaleza de los bordes de la zona
6. Efecto aparente de la lesión sobre los dientes y estructuras óseas
7. Posible origen de la lesión⁴⁴

⁴⁴ *Ibidem*, pág 311

Cambios microscópicos de la mucosa bucal.

Los cambios microscópicos que se observan en la mucosa bucal como consecuencia de alguna patología se dividen en epiteliales y del tejido conectivo.

C A M B I O S M I C R O S C Ó P I C O S D E L A M U C O S A B U C A L	Cambios epiteliales	<p>Hiperqueratosis. Significa aumento o ensanchamiento del estrato córneo dando un aspecto blanquecino (placa, leucoplasia)</p> <p>El ensanchamiento o aumento en el número de células en el estrato espinoso se denomina acantosis y también origina una lesión blanca.</p> <p>Displasia epitelial. Disqueratosis. Patrón anormal de crecimiento o falta de alteración de las capas normales del epitelio y suelen indicar cambios pre malignos.</p> <p>Vesículas. Las vesículas pueden ser de dos tipos, las más frecuentes son sub epiteliales; el líquido se acumula debajo del estrato basal de manera que todas las capas del epitelio se encuentran elevadas.</p> <p>Las vesículas intra epiteliales se encuentran casi siempre en el estrato espinoso y la capa basal permanece adherida al tejido conectivo. Cuando se rompen se forma una úlcera.</p> <p>Úlcera. Es una ruptura de la continuidad del epitelio. El epitelio periférico es poco hiperplásico y tiene un margen de bordes enrollados. En el área central deprimida, sin epitelio, se cubre de un tapón necrótico, que cubre al tejido de granulación, esta porción central suele tener centro blanquecino y bordes rojos.</p> <p>Espunjiosis. Acumulación de líquido dentro de las células del estrato espinoso, clínicamente, la lesión tiene coloración blanca y suele observarse en la mucosa bucal en forma de leucoedema.</p>
	Cambios del tejido conectivo.	<p>Los infiltrados inflamatorios son frecuentes. Suele haber células inflamatorias crónicas como en la gingivitis.</p> <p>La hiperplasia del tejido conectivo significa aumento en la cantidad de fibras de colágena. Puede haber distensión glandular y ductal en las distintas glándulas mucosas accesorias por presión y obstrucción.</p>

Cambios de coloración.

La inspección proporciona una serie de datos capaces de constituir una idea para el diagnóstico de enfermedades sistémicas y localizadas. La modificación del color rosa pálido que ofrecen las diferentes mucosas de la cavidad bucal, es una constante que debe ser explorada de forma sistemática. Las modificaciones del color se conocen como discromía y pueden ser : enrojecimiento debido a edema o inflamación en la dermis, con lo que la vascularización y la pérdida de capas superficiales del epitelio da un color rojo intenso.

Las modificaciones hacia coloraciones oscuras o amarillentas están en relación con procesos sistémicos de diferentes órganos y con alteraciones ligadas a dermatosis que cursan con modificaciones en el color de la piel y mucosas. Las coloraciones de aspecto blanquecino suelen corresponder a cuadros clínicos definidos dentro de las leucoplasias o leucoqueratosis.⁴⁵

Las lesiones blancas de la mucosa oral aparecen por que:

- ▶ Una o más de las capas epiteliales están engrosadas
- ▶ Se adhiere a la superficie de la mucosa una pseudo membrana extrínseca o intrínseca.

Las lesiones blancas que se encuentran en la práctica pueden subdividirse en grupos, basándose en la patogénia o en los factores etiológicos.

Las lesiones blancas que se encuentran más a menudo son:

- ◆ Leucoqueratosis inducidas por fricción (por ejemplo, irritación causada por una prótesis)
- ◆ Liquen plano
- ◆ Candidiasis
- ◆ Leucoedema

Las lesiones blancas asociadas con un desenlace potencialmente fatal incluyen:

- ▶ Leucoqueratosis pre malignas
- ▶ Lupus eritematoso
- ▶

Las lesiones blanquecinas son de localización múltiple.⁴⁶

Las pigmentaciones pueden ser negras, marrones o azules. Los cambios de color pueden ocurrir por acumulación de sustancias químicas, intrínsecas o extrínsecas, en los tejidos de la mucosa. Las pigmentaciones intrínsecas primarias de la mucosa oral incluyen las melaninas y la hemoglobina o hemosiderina.

⁴⁵ De Lucas TM. Medicina oral. Barcelona:Salvat, 1998:65.

⁴⁶ Eversole LR. Patología bucal, diagnóstico y tratamiento. Argentina: Médica Panamericana, 1991:11

Los pigmentos extrínsecos responsables de las alteraciones de color son por lo común partículas de metales pesados introducidos en forma local o sistémica.

Las zonas pigmentadas que se aclaran al presionarlas indican lesiones vasculares. El diagnóstico diferencial se basa en la extensión; las pigmentaciones múltiples se asocian con algunas alteraciones, pero las pigmentaciones focales y aisladas comprenden un grupo distinto de enfermedades.⁴⁷

El color marrón, azulado o negro que sirve de base a éste tipo de lesiones se debe a una de dos situaciones: la acumulación de material coloreado en localizaciones o cantidades anormales en los tejidos superficiales o bien acumulación de líquido claro inmediatamente por debajo del epitelio.

El color debido a éstos materiales endógenos o exógenos no solo está en función de la cantidad de pigmento, si no también, de la profundidad de la que se ha depositado el pigmento de los tejidos. Por ejemplo, los depósitos de melanina superficiales parecen de color marrón, mientras que los más profundos tienen un color azulado.

También los fenómenos de refracción provocan coloración anormal en las cavidades superficiales ocupadas por líquidos claros.

⁴⁷ Ibidem, pág 30.

Nevo.

Es una lesión o tumor benigno congénito o adquirido de la piel o las mucosas, benigna, exofítica, pigmentada, constituida por acumulos focales de melanocitos redondeados. Según la localización de las células névicas, las lesiones específicas se localizan intradérmicas, una forma macular generalmente del paladar duro y formada por células fusiformes se denomina nevo azul.¹⁹

Nevo intramucoso o intradérmico.

Este nevo generalmente se presenta en pacientes jóvenes y puede aparecer en cualquier sitio pero es más frecuente en el sector anterior de la encía, labios y paladar.⁴⁸

Clínicamente se presenta como una pápula ligeramente elevada o como una mácula plana. Es asintomático y su color varía de marrón a negro, crece lentamente y por lo regular mide menos de 1cm de diámetro.⁴⁹

Histológicamente las células névicas están situadas dentro del tejido conectivo y están separadas del epitelio que las cubre por una banda bien definida de tejido conectivo, de éste modo las células névicas no se hayan en contacto con el epitelio superficial.⁵⁰

El diagnóstico diferencial se realiza contra hemangioma, otros nevos, pigmentación melánica, y tatuaje por amalgama.⁵¹

El tratamiento de elección es la biopsia excisional.

⁴⁸ Saap EL. Patología bucal. 2°ed. España: Mc Graw Hill, 2000

⁴⁹ Shaffer. Patología oral. España. Médica Panamericana, 1983

⁵⁰ Wood KN. Op. cit., pág 182.

⁵¹ Shaffer. Op. cit., pág 512.

Hiperqueratosis

Es una lesión blanca, constituida por una capa de estrato córneo excesivamente engrosada constituida por ortoqueratina (hiperqueratosis) o por hiperparaqueratina (hiperparaqueratosis).

Este término se usa para denominar a cualquier engrosamiento excesivo del estrato córneo.

Características del epitelio normal en localizaciones intraorales.

Tipo de epitelio	Espesor	Sitio
Ortoqueratinizado	Grueso	Paladar duro Mucosa alveolar Dorso de la lengua
Paraqueratinizado	Grueso	encía mucosa alveolar dorso de la lengua
No queratinizado	Grueso	Mucosa bucal Vestíbulo de la boca Mucosa labial Vestíbulo labial
No queratinizado	Delgado	Suelo de la boca Parte ventral de la lengua Parte lateral de la lengua Paladar blando Surco gingival ⁵²

La hiperqueratosis focal o friccional aparece por el frotamiento o la fricción contra una superficie de la mucosa bucal, puede causar una lesión hiperqueratósica presuntamente protectora análoga a los callos.⁵³

Clínicamente éste tipo de hiperqueratosis se observa en áreas donde es común el traumatismo como labios, bordes laterales de la lengua, mucosa bucal, a lo largo de la línea de oclusión y bordes edéntulos.

Histopatológicamente el cambio microscópico primario es la hiperqueratosis, en el tejido conectivo subyacente se pueden reconocer unas cuantas células inflamatorias.

El diagnóstico diferencial se realiza con hiperplasia epitelial nicotínica.
El tratamiento es retirar el agente causal y si es necesario biopsia excisional.⁵⁴

⁵² Chiapasco M.Op.cit.,pág 141.

⁵³ Regezi JA.Patología bucal.2ªed.México;Interamericana,1995:168

⁵⁴ Idem

Lesiones reactivas benignas

Cuando nos referimos a lesiones de la mucosa inducidas por influencias traumáticas de naturaleza física, química o térmica son varios los aspectos que se presentan.

La respuesta de la mucosa bucal a varios tipos de trauma depende no solo de la naturaleza e intensidad de la influencia traumática, sino también del grado de resistencia tisular de un individuo.⁵⁵

Las lesiones por radiación se caracterizan primero por eritema y edema y posteriormente por erosiones pseudo membranosas. Después de la cicatrización la mucosa queda fibrótica y atrófica.

Las ulceraciones orales por citostáticos se acompañan por eritemas, descamación epitelial y erosión.⁵⁶

En algunos casos el trauma mecánico puede provocar una inflamación localizada con formación de abscesos, si una cepa de bacterias biogénicas prolifera en la profundidad de la herida. Si el absceso drena se puede desarrollar una lesión crónica o sub aguda con un drenaje purulento agudo y proliferación gradual de tejido. El trauma químico puede ocasionalmente resultar en una inflamación aguda con el desarrollo subsecuente de un granuloma. En éste las bacterias pueden tener un rol menor y el granuloma desarrollarse posteriormente como una respuesta proliferativa a la irritación química continua.⁵⁷

⁵⁵ Zegarelli EV, Kutscher AH. Diagnóstico en patología oral. 2ª ed. Barcelona. Salvat, 1982:203.

⁵⁶ Reichart AP. Op. cit., pág 239.

⁵⁷ Zegarelli EV. Op. cit., págs 203, 261.

Hiperplasia fibrosa ó fibroma

Es la hiperplasia de tejido conjuntivo fibroso que surge como respuesta a una irritación crónica y en la que se observa abundante elaboración de colágeno, semejando a tejido cicatrizal.

Es la tumefacción más frecuente de la cavidad oral.

Es mas frecuente en adultos y se localiza fundamentalmente en labios y mucosa bucal (carrillos).

No es una verdadera neoplasia fibroblástica, sino una reacción exuberante ante una lesión crónica en la que predomina la producción de haces maduros de colágena. El mordisqueo de carrillos, labios, lengua, junto con la irritación por prótesis son los principales factores etiológicos y representan un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos.

Histopatológicamente el epitelio superficial suele estar intacto. Este epitelio recubre una masa de tejido conjuntivo fibroso denso, formado por abundante colágeno maduro.

El tratamiento de elección es la extirpación local. Rara vez reincide.^{58,59}



Figura 3. Fibroma
Fuente: Caso Clínico Del Servicio Social



Figura 4. Épulis Fisurado
Fuente: caso clínico del servicio social

⁵⁸ Ries CG.Op.cit.pág 408.

⁵⁹ Saap EL.Op.cit.

Granuloma piógeno.

Esta lesión se puede presentar a cualquier edad y es más frecuente en mujeres.

Es una proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales, frecuente en las encías, generalmente en respuesta a una inflamación crónica.

Es el desarrollo reactivo focal de tejido fibrovascular o de granulación con proliferación endotelial importante y suele localizarse en las encías.⁶⁰

Clínicamente se presenta como una masa roja debido al predominio en su composición de tejido de granulación hiperplásico en el que abundan los capilares.

Suelen aparecer en encía donde son causados por cálculo, o material extraño en el surco gingival o pueden aparecer en áreas de traumatismo frecuente como el labio inferior, mucosa bucal y lengua. Suelen ser pedunculados o de base ancha y puede observarse inflamación periodontal adyacente.⁶¹

Histopatológicamente está formado por tejido de granulación con canales vasculares anastomosados y eritrocitos con un patrón nodular y tejido conjuntivo fibroso laxo. Si se ulceran presentan infiltrado celular inflamatorio y crónico difusos.

El diagnóstico diferencial será contra granuloma periférico de células gigantes.

El tratamiento es biopsia excisional.⁶²



Figura 5. Granuloma piógeno
Fuente: caso clínico del servicio social

⁶⁰ De Lucas TM.Op.cit.,pág 129.

⁶¹ Zegarelli EV.Op.cit.,pág 206.

⁶² Wood KN.Op.cit,págs 279-280.

Granuloma periapical.

El granuloma periapical es una radiotransparencia patológica frecuente.⁽¹¹⁾ Se produce cuando los factores contribuyentes son óptimos, como cuando una pulpitis crónica evoluciona. Es la lesión más común después de la necrosis pulpar.⁶³

Básicamente el granuloma periapical se debe a un intento de los tejidos periapicales de neutralizar y limitar los productos tóxicos irritantes que emanan del conducto radicular. Sin embargo la secreción continua de productos irritantes crónicos a partir del canal hacia los tejidos periapicales es suficiente para mantener una inflamación de bajo grado en éstos tejidos; esta reacción provoca una respuesta inflamatoria vascular que es la responsable del trastorno.

Suele ser indolora, evoluciona lentamente y rara vez se hace muy grande. Cuando no puede drenar puede transformarse en un absceso periapical agudo. El cambio más frecuente en un granuloma de larga duración es su transformación en quiste.⁶⁴

Histológicamente está formado por una cápsula de tejido fibroso denso y una zona central de tejido de granulación. La zona central suele contener macrófagos con un citoplasma espumoso debido a colesterol fagocitado, una mínima cantidad de colágeno y células inflamatorias.

Radiográficamente se presenta como una radiotransparencia oval o redondeada con un contorno bien delimitado localizado en el vértice de la raíz del diente afectado.

El tratamiento depende del estado general del paciente, entre los que se pueden encontrar rehabilitación endodóntica, apicectomía, exodoncia o curetaje.⁶⁵

⁶³ Saap EL. Op cit.,

⁶⁴ Wood KN. Op cit. pág 253.

⁶⁵ Gay EC. Cirugía bucal. Madrid: Ergón, 1999: 756, 757.

Folículo hiperplásico.

Las coronas de los dientes no erupcionados acostumbran a estar rodeadas por un folículo dental: un residuo de tejidos blandos que corresponde al órgano del esmalte al que se suele denominar epitelio del esmalte reducido.

Clínicamente un folículo hiperplásico es indoloro y no existe ningún criterio específico que permita al odontólogo diferenciar un folículo normal de otro en crecimiento. Se han empleado las siguientes directrices para distinguir los folículos normales de los anormales o hiperplásicos:

1. cuando una radiotransparencia folicular asintomática, alcanza un diámetro de aproximadamente 2.5cm, y la lámina cortical circundante está mal definida, hay que sospechar de patología.
2. si el espacio pericoronar alcanza una anchura de 2.5mm en la radiografía se trata de un signo de presunción de acumulo de líquido en el interior del folículo, existiendo patología en el 80% de los casos.

Radiográficamente el folículo aparece como un halo radiotransparente homogéneo, este halo tiene un borde externo radiopaco y fino que representa hueso compacto en continuidad con la lámina dura.

Dado que en estos folículos se pueden producir cambios quísticos y otros cambios patológicos, retrasando la erupción o desplazando dientes no erupcionados, es importante identificar cualquier proceso patológico del desarrollo

El diagnóstico diferencial en éstos casos se realiza con radiotransparencias pericoronales.

Tratamiento. Si se sospecha de un folículo hiperplásico es recomendable mantenerlo en observación hasta que se observe que la erupción se está retrasando, el diente está desplazándose o se produzca la erupción del diente. Si se retrasa la erupción hay que considerar la posibilidad de un quiste dentígero o algún otro trastorno pericoronar en cuyo caso está indicada la intervención quirúrgica. Cada caso requiere un juicio clínico individual, dado que es difícil, y casi imposible distinguir un pequeño quiste dentígero de un gran folículo dental sin intervenir quirúrgicamente y realizar un estudio histopatológico.⁶⁶

⁶⁶ Wood KN.Op.cit.,págs 279-282

Mucocele.

Es una tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto.

Se presenta con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, en hombres y mujeres por igual proporción.

El 75% de los mucocelos o fenómenos de extravasación se localizan en labio inferior, aunque pueden aparecer en cualquier lugar donde existan glándulas salivales menores.⁶⁷

La causa del fenómeno de extravasación del moco se relaciona con el traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales menores que corta o desgarran dicho conducto, dando lugar a derrame de moco en el estroma de tejido conectivo circundante donde precipita una inflamación secundaria que al principio contiene neutrófilos y después macrófagos, el tejido de granulación favorece la formación de una pared alrededor de la mucina derramada y colágena densa que le confiere un aspecto encapsulado.

Las zonas de extravasación mucosa más superficiales se manifiestan como masas fluctuantes de aspecto azulado traslúcido.⁶⁸

Diagnóstico diferencial: la aparición súbita y la fluctuación de tamaño son casi diagnósticas del mucocele, sin embargo el diagnóstico definitivo requiere biopsia. Entre las lesiones que suelen confundirse con el mucocele cabe citar al neurofibroma, lipoma, tumores de glándulas salivales, várices, tumores vasculares e hiperplasia nudosa nodular.

El tratamiento para esta lesión es la extirpación quirúrgica por medio de la biopsia excisional. Para minimizar el riesgo de recidiva deben extirparse las glándulas tributarias en continuidad con el mucocele o desde la base del lecho quirúrgico.⁶⁹



Figura 6. mucocele.
Fuente: caso clínico del servicio social

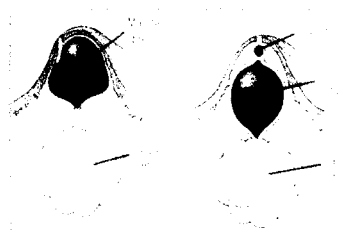


Figura 7. Esquema de retención y extravasación de moco (Cabrera GA Tratamiento de extravasación mucosa 2005.)

⁶⁷ Wood KN, Op. cit., pág 251.

⁶⁸ De Lucas TM, Op. cit., pág 135.

⁶⁹ Cabrera GA, Gálvez RG, Barona CJ. Tratamiento del fenómeno de extravasación mucosa. Rev Red Dental, marzo-abril 2005; n° 16:4-7.

Mucositis

La mucositis es una lesión ocasionada por una causa mecánica, química o física de diversa índole, puede presentarse en un color blanquecino, amarillento pálido e incluso rojo.

Es decir es una inflamación que se presenta en la mucosa como respuesta a un agente traumático, son erosivas y dolorosas, pueden contener tejido necrótico, aumentando las molestias y muchos pacientes desarrollan sobre infecciones bacterianas o micóticas.⁷⁰

La mucositis por radiación se caracteriza al principio por eritema y edema y posteriormente por erosiones pseudo membranosas. Después de la cicatrización la mucosa queda fibrosa y atrófica. Debido a la xerostomía concomitante con frecuencia se produce una infección secundaria por *Candida Albicans*.

En cambio las ulceraciones orales por citostáticos se acompañan de eritema, descamación epitelial y erosión. Se observan sobre todo con el metotrexato y son muy dolorosas.

La mucositis protésica consiste en un cuadro frecuente que pasa inadvertido por el paciente, se encuentra en relación con una prótesis mucosoportada provocando alergia al contacto justificada por las sustancias que la componen.⁷¹

⁷⁰ Saap EL.Op.cit.,583.

⁷¹ Reichart AP.Op.cit.pág 512.

Quistes.

Los quistes son una entidad patológica particular. Caracterizada por estar formada por una bolsa o un saco conjuntivo epitelial, con un contenido líquido o semilíquido, en relación con un órgano dentario adulto o embrionario.

En algunos ejemplares éste epitelio de la bolsa no existe, éstos quistes son no epiteliales.⁷²

Los quistes tienen distinto origen y comportamiento clínico, aunque su crecimiento siempre es lento y expansivo, pero no infiltrante por aumento de su presión interior y no por proliferación tisular, por lo tanto no se consideran como tumores, son benignos y solo ocasionalmente pueden malignizarse.

Clásicamente se han descrito como cavidades patológicas con contenido líquido, semilíquido o gaseoso, que suele estar revestido de epitelio. La presencia de tejido epitelial puede ser debida a restos derivados de la vaina de Hertwing (restos epiteliales de Malassez), de la lámina dentaria y del órgano del esmalte.⁷³

Según la clasificación de la OMS de 1992 los quistes de origen odontogénico son los siguientes:

- ▶ Quiste gingival infantil
- ▶ Queratoquiste odontogénico o primordial
- ▶ Quiste dentígero o folicular
- ▶ Quiste de erupción
- ▶ Quiste periodontal lateral
- ▶ Quiste gingival del adulto
- ▶ Quiste odontogénico glandular²⁴

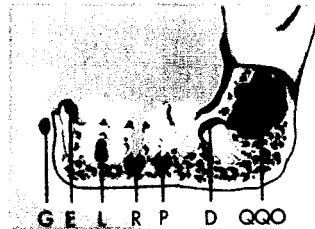


Figura 8. Esquema de quistes odontogénicos basado en las características radiográficas.

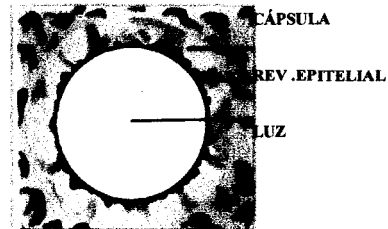


Figura 9. Partes del quiste. (Saap EL, Patología bucal, 2000)

⁷² Ries CG. Op cit., pág 556.

⁷³ Bermudo AL. Atlas de cirugía oral. España. Gutenberg, 2001:59.

Quiste dentígero.

Es un quiste odontogénico que rodea la corona de un diente impactado.

Tras el quiste radicular el quiste dentígero es el quiste odontógeno más frecuente.⁷⁴

Se debe a acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la superficie del esmalte; produciéndose un quiste en cuya luz está situada la corona y su estructura radicular permanece afuera.⁷⁵

A pesar de que son de evolución lenta pueden adelgazar considerablemente las láminas corticales y algunas veces las erosionan. Si las corticales sufren erosión su palpación permite detectar una masa fluctuante de consistencia gomosa y no vaciable y provocan reabsorción de raíces de dientes adyacentes en el 55% de los casos. Algunas veces el diente que desarrolla el quiste se encuentra moderada o intensamente desplazado de su posición habitual por la presión del quiste.⁽¹⁷⁾

Suele permanecer asintomático en su forma estéril, sin embargo puede infectarse y producir dolor, tumefacción y asimetría.

Radiográficamente se observa una radiotransparencia bien circunscrita que rodea la corona de un diente.

Histopatológicamente tiene un revestimiento de epitelio plano estratificado no queratinizado y puede convertirse en hiperplásico, atrófico o ulcerado. Contiene depósitos de colesterol cristalino hemosiderina, cuerpos hialinos de Rushton y macrófagos cargados de lípidos.⁷⁶

El tratamiento del quiste dentígero es la enucleación y la extirpación del diente retenido si no se le puede hacer erupcionar ortodónticamente y debe realizarse un excelente curetaje para reducir el riesgo de que permanezcan células potencialmente lesivas, que pueden formar posteriormente quistes residuales, ameloblastomas u otras lesiones.

El diagnóstico diferencial se hace contra quiste paradental, ameloblastoma uniuquístico, y tumor odontogénico adenomatoide.⁷⁷



Figura 10. Radiografía de un quiste dentígero.
Fuente: Caso Clínico Del Servicio Social

⁷⁴ Ibidem, pág 62.

⁷⁵ Wood NK. Op. cit., pág 280.

⁷⁶ Bermudo AL. Op. cit. pág 62.

⁷⁷ Thoma GR, Goldman MH. Patología oral. 2º ed. Barcelona: Salvat, 1980:62.

Quiste radicular

El quiste radicular es un quiste odontógeno de origen inflamatorio que es precedido por un granuloma periapical crónico y estimulación de los restos de Malassez presentes en la membrana periodontal.

Se considera de origen inflamatorio por que el crecimiento del componente epitelial está desencadenado por productos inflamatorios.⁷⁸

Este quiste se origina a partir de los restos de Malassez, lo cuales aumentan de tamaño como respuesta a la inflamación desencadenada por la infección bacteriana de la pulpa en respuesta directa al tejido pulpar necrótico.

La patogénesis de los quistes radiculares tiene lugar en tres fases:

- Fase inicial: donde se produce la proliferación por inflamación de los restos epiteliales de Malassez.
- Fase de formación del quiste: se origina un quiste con recubrimiento epitelial entre los epitelios proliferativos por degeneración y muerte celular.
- Fase de crecimiento: en esta etapa es probable que destaquen diferencias de presión osmótica más de 70mm (H₂O) produciendo reabsorción ósea por prostaglandinas.⁷⁹

Los quistes radiculares crecen lentamente llegando a adquirir grandes dimensiones y a exteriorizarse al insuflar las corticales. Suelen ser asintomáticos y se descubren radiográficamente. En su evolución suele infectarse, las posibles complicaciones que se derivan de su evolución son la supuración, fistulación, compresión nerviosa, desviación de las raíces de dientes vecinos e incluso una fractura espontánea mandibular tras un crecimiento excesivo.⁸⁰

Radiográficamente se presenta como una radiotransparencia redondeada, bien circunscrita en el vértice de la raíz de un diente desvitalizado.

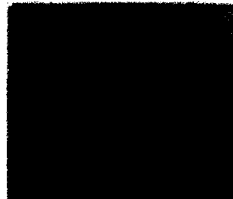


Figura 11. Radiografía de un quiste periapical
Fuente: caso clínico del servicio social.

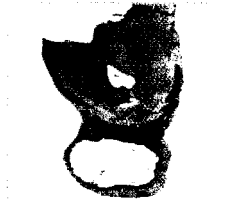


Figura 12. Corte histológico de un quiste periapical.
fuente: caso clínico del servicio social.

⁷⁸ Zegarelli EV. Op.cit.págs 219-220.

⁷⁹ Reichart AP. Op.cit.pág 224.

⁸⁰ Bermudo AL. Op.cit.pág 61.

Quiste residual

Este quiste se presenta después de la segunda década de vida y se presenta con mayor frecuencia en hombres con una proporción 3:2 con respecto a las mujeres.

Se le denomina así al quiste que no se ha diagnosticado y que permanece en después de la extracción de un diente asociado a un quiste folicular, aunque puede ser un quiste radicular, lateral, dentígero o de otro tipo que permanece tras haber desaparecido su diente asociado.

Clínicamente se presenta en el proceso alveolar y en el cuerpo de los maxilares, en regiones edéntulas o en la porción inferior de la rama mandibular.

Radiográficamente aparece como una radiotransparencia redondeada o en placa. Son de evolución lenta pueden adelgazar considerablemente las láminas corticales y algunas veces las erosionan. Si las corticales sufren erosión su palpación permite detectar una masa fluctuante. Casi la mitad de las lesiones son asintomáticas.⁸¹

Histopatológica se puede observar una capa de tejido conectivo fibroso, denso y laxo con infiltrado inflamatorio crónico severo, un revestimiento de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con presencia de cuerpos de Rushton y cristales de colesterol.

El tratamiento es la enucleación y el curetaje del lecho quirúrgico.⁸²



Figura 13. Aspecto radiográfico de un quiste residual.
Fuente: caso clínico del servicio social

⁸¹ Gay EC. Op. cit. pág 73.

⁸² Wood KN. Op. cit. pág 310.

Tumores odontogénicos benignos.

Un tumor es cualquier tumefacción de tejido de manera tal que forme una lesión de desarrollo inflamatoria o neoplásica.⁸³

Estos tumores constituyen un grupo heterogéneo de lesiones de difícil clasificación por su gran variabilidad histopatológica, sus características clínicas, radiográficas y su evolución.

Se originan en las dos hojas embrionarias más superficiales, el ectodermo y el mesodermo. Estos tumores se pueden dividir en;

- ♦ Tumores con epitelio odontogénico sin ectomesénquima odontogénico
- ♦ Tumores con epitelio y ectomesénquima odontogénico
- ♦ Tumores con ectomesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico.⁸⁴

Clasificación de los tumores odontogénicos benignos.		
Tumores con epitelio odontogénico sin ectomesénquima odontogénico	Tumores con epitelio y ectomesénquima odontogénico	Tumores con ectomesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico
Ameloblastoma	Fibroma ameloblástico	Fibroma odontogénico
Tumor odontogénico escamoso	Fibroodontoma ameloblástico	Mixoma odontogénico
Tumor odontogénico epitelial calcificante	Odontoameloblastoma	Cementoblastoma benigno
Tumor odontogénico epitelial de células claras	Fibroodontoma ameloblástico	Fibroma cementificante
	Tumor odontogénico adenomatoide	
	Quiste odontogénico calcificante	
	Odontoma complejo	
	Odontoma compuesto	

Los tumores odontogénicos presentan una serie de caracteres comunes con las variedades lógicas para cada especie tumoral. Éstos caracteres comunes se refieren a la marcha, evolución, benignidad y pronóstico.⁸⁵

Al parecer los tumores odontogénicos pueden presentar:

1. Periodo de iniciación o silencioso. Aquí no hay dato clínico, solo se reconoce mediante un hallazgo radiográfico.
2. Periodo de deformación. Marcha, persistencia y crecimiento.
3. Periodo de exteriorización. Se exterioriza poniéndose en contacto con el medio bucal.
4. Periodo de supuración. Solo se da por complicación en la marcha del tumor.⁸⁶

⁸³ JuntaJL. Op.cit.,pág 35

⁸⁴ Chiapasco M.Op.cit.,pág 167.

⁸⁵ Idem

⁸⁶ Ries CG.Op.cit.,pág 573.

Fibroma odontogénico.

Esta lesión no presenta predilección por edad ni sexo.

Es un tumor odontogénico que puede ser periférico o central, (intraóseo) de derivación ectomesenquimal de tejido conjuntivo de origen odontogénico, tiene una matriz fibrosa moderadamente celular con nudos de epitelio odontogénico donde se reconocen calcificaciones conducibles a dentina y cemento displásico. Clínicamente se presenta como una masa de crecimiento lento con una progresiva reabsorción y expansión de las corticales óseas.

Radiográficamente se observa como un área radiolúcida multilocular que puede estar asociada con dientes no erupcionados o desplazados.

El diagnóstico diferencial se hace con todas las lesiones radiolúcidas de los maxilares.

El tratamiento de esta lesión es la enucleación y no hay recidiva.⁸⁷

El fibroma odontogénico periférico parece proceder del epitelio gingival superficial o de residuos de lámina dental en una localización extra ósea.

Clínicamente puede ser de coloración normal o eritematosa cuando se presenta ulceración. Las lesiones interdetales suelen originar separación del diente.

Radiográficamente: puesto que las pequeñas lesiones están localizadas en tejido blando gingival, no suele existir alteración radiográfica de hueso. Cuando las lesiones contienen numerosas calcificaciones en el tejido conjuntivo celular pueden verse algunas pequeñas manchas radiopacas. Las lesiones grandes pueden revelar aplanamiento de hueso cortical o algún ensanchamiento de la porción cervical del espacio periodontal.

Histológicamente existe una mezcla de tejido conjuntivo mixomatoso o laxo e islotes epiteliales alrededor de depósitos hialinizados.

El diagnóstico diferencial se hace con hamartoma gingival o un ameloblastoma periférico.

El tratamiento está constituido por la extirpación de la lesión, haciendo un curetaje óseo llegando a ligamento periodontal para alcanzar hueso.⁸⁸

⁸⁷ Saap EL.Op.cit.,pág 140.

⁸⁸ Idem.

Ameloblastoma quístico

Un ameloblastoma es una neoplasia del epitelio odontógeno, agresiva localmente que tiene un amplio espectro de patrones histológicos que se asemejan a la odontogénesis temprana, está constituido por tejido embrionario y son de gran agresión local.

El ameloblastoma quístico o uniuístico se forma en la pared del quiste dentígero. Representa alrededor del 5% de todos los ameloblastomas. Se presenta con mayor frecuencia entre los 16 y 20 años de edad, con una frecuencia aproximadamente igual en hombres y mujeres, con una localización predominante en el tercer molar inferior.

La mayoría de éstos se asocia a quistes dentígeros.

Radiográficamente se observa como una radiotransparencia bien delimitada que puede estar incluso decorticada. En la radiotransparencia suele estar incluido un diente.

Histopatológicamente esta lesión está constituida por una cápsula de tejido conjuntivo denso engrosado que rodea una luz grande llena de líquido, el revestimiento tiene una capa ligeramente hipercrómica de células basales en empalizada.⁸⁹



Figura 14. Ameloblastoma quístico
Fuente: caso clínico del servicio social

⁸⁹ Wood KN.Op.cit.,pág 418.

Osteoma

Son tumores benignos de hueso cortical denso, sobre o dentro de los maxilares en localizaciones distintas a las ocupadas por los torus.

Estas lesiones se caracterizan por un crecimiento lento que puede ser tanto de localización central como periférica (subperióstica), formadas por tejido óseo neoformado maduro, tanto esponjoso como compacto.⁹⁰

Generalmente se diagnostican en edad joven entre lo 20 y los 50 años con marcada predilección por los hombres.

El lugar de localización más frecuente es la mandíbula.

Se ignora la causa de ésta lesión, se han propuesto varios factores etiológicos como traumatismo, reacción a infecciones y anomalías del desarrollo.⁹¹

Histopatológicamente las lesiones están formadas por hueso cortical denso con un patrón laminar. El hueso cortical es esclerótico y relativamente avascular, el hueso medular es mas denso que el normal con espacios medulares reducidos, y la capa perióstica suele ser mas activa que en los torus.

Desde el punto de vista histológico se puede distinguir una variedad trabecular o esponjosa formada por trabéculas óseas formadas por láminas circundantes por abundante tejido fibroadiposo y delimitadas por un borde cortical en su periferia.

Un osteoma compacto o petroso está formado por una masa de lámina ósea con escasa presencia de espacios medulares.

El diagnóstico diferencial se realiza con osteoblastoma y osteomielitis focal esclerosante.

El tratamiento en el caso de un osteoma asintomático y de dimensiones limitadas será suficiente realizar controles clínicos y radiográficos periódicos.

En los otros casos el tratamiento consiste en la escisión quirúrgica, y no tiende a recidivar.^{92,93}

⁹⁰ Chiapasco M.Op.cit.,pág 140.

⁹¹Regezi JA.Op.cit.,pág 422.

⁹²Idem.

⁹³ Chiapasco M.Op.cit.,pág 140.

Odontoma

El odontoma es una lesión habitualmente hamartomosa que suele encontrarse sobre dientes no erupcionados.

Generalmente aparece en las primeras dos décadas de vida, siendo más frecuente en maxilar que en mandíbula.

Los odontomas pueden ser compuestos o complejos.

- Un odontoma complejo es una malformación en cuyo interior están presentes todos los tejidos dentarios, pero de forma desorganizada.
- Un odontoma compuesto representa además, una malformación en la cual los tejidos dentarios están mejor organizados y dan lugar a estructuras mas o menos parecidas a dientes.

Se manifiestan entre la segunda y la cuarta década de la vida.

Los osteomas compuestos suelen localizarse en el maxilar en su región anterior mientras que los complejos se desarrollan con mayor frecuencia en la mandíbula, en su región posterior.

Clínicamente se manifiestan como una tumefacción en vestibular.

Histopatológicamente se identifica una mezcla de esmalte, matriz de esmalte, dentina, tejido pulpar y cemento.

Radiográficamente los odontomas complejos presentan una radio opacidad única, mientras que los compuestos pueden presentar estructuras dentarias mas o menos desarrolladas pero identificables como pequeños denticulos malformados en número variable.

Ya que pueden evolucionar hacia un quiste o un ameloblastoma y, además, pueden provocar el desplazamiento y reabsorción de los dientes adyacentes, deben ser eliminados aunque sean asintomáticos.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la excisión. Generalmente no hay recidivas.⁹⁴



Figura 15. Odontoma
Fuente: caso clínico del servicio social

⁹⁴ De Lucas TM.Op.cit.,pág 289.

Mixofibroma

.Carece de información clínica específica, el hecho de que el paciente se de cuenta de la presencia de tumores periféricos, con sus antecedentes constituye una fuente de información útil, en contraste la existencia de un tumor central puede pasar inadvertida, es necesario ayudarse de radiografías y biopsia para su diagnóstico.

Los datos radiográficos son diversos e inespecíficos, y simulan a menudo los rasgos del hemangioma central o del ameloblastoma. A veces, ésta neoplasia presenta numerosas radiotransparencias pequeñas y redondas, que pueden presentarse en masas o grupos. Otras veces se ve como una lesión multilocular que se expande, y de mayor tamaño en la mandíbula o en el maxilar superior. En otros casos todavía la lesión en general radiotransparente presenta una imagen granulosa o vagamente moteada y ligeramente gris, cabe mencionar que suele ser invasiva.⁹⁵

Los datos histológicos comprenden un estroma mucoide intercelular, en cuyo interior hay células fusiformes o estrelladas dispuestas laxamente. Estas células tienen a menudo prolongaciones fibrilares largas y entremezcladas. A veces se encuentra epitelio odontogénico.

El tratamiento consiste en su extirpación quirúrgica, si bien, para evitar toda recurrencia es necesario una recepción considerable de hueso.⁹⁶



Figura 16. Mixofibroma.
fuente: caso clínico del servicio social

⁹⁵ De Lucas TM.Op.cit.,pág 274.

⁹⁶ Idem.

Papiloma

Es un tumor benigno que se origina desde el epitelio de recubrimiento de la cavidad oral, de las fosas nasales y paranasales.

Se presenta con mayor frecuencia en hombres con un pico máximo de 50 años. Ubicado generalmente en lengua, labio, mucosa bucal, encía y paladar.

Una parte de los papilomas de la cavidad oral son de origen vírico, recientemente se demostró la presencia de los tipos HPV-6 y 11 en el 80% de los papilomas orales. (Ward y cols, 1995)

Se desarrolla de dos formas:

- ▼ Exofítica o papilomatosa verdadera que se presenta como una pequeña masa bien delimitada elevada sobre el plano mucoso de consistencia blanda y elástica normalmente indolora.
- ▼ Invertida, caracterizada por una invaginación hacia el interior, con crecimiento directo al tejido subyacente.

Puede estar compuesto por numerosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una superficie rugosa o en "coliflor". casi siempre es un tumor pedunculado bien circunscrito ocasionalmente sésil.

Histopatológicamente consiste en muchas proyecciones dactiliformes largas y delgadas que se extienden sobre la superficie de la mucosa, cada una está compuesta por una capa de epitelio escamoso estratificado que contiene un núcleo central delgado de tejido conectivo que sostiene los vasos sanguíneos de nutrición.²⁰

El diagnóstico diferencial se realiza con verrugas vulgares, xantoma verruciforme, e hiperplasia papilar.²¹

Tratamiento. Puede evolucionar hacia la regresión espontáneamente, pero también puede degenerar en forma de carcinoma epidermoide; por lo tanto el tratamiento es la escisión quirúrgica.⁹⁷

⁹⁷ Chiapasco M. Op. cit., pág 79.

BIOPSIA

Biopsia es el término que se utiliza para describir el proceso de extirpación quirúrgica de tejido vivo para su estudio histopatológico.

De todos los auxiliares de diagnóstico la biopsia es de los más valiosos, ya que con frecuencia se utiliza para confirmar un diagnóstico presuntivo realizado en base a los hallazgos clínicos y radiográficos a causa de que las modificaciones histológicas suministran un elevado grado de seguridad en la determinación de la naturaleza de una lesión.

La biopsia es una medida diagnóstica por la que se obtiene tejido o material celular del organismo vivo para estudiarlo microscópicamente y realizar una descripción de los resultados histológicos. El procedimiento se lleva a cabo como método más exacto para establecer un diagnóstico definitivo por lo general antes de iniciar el tratamiento.

Las biopsias diagnósticas se llevan a cabo para confirmar, descartar o establecer lo más pronto posibles diagnósticos definitivos o para aplicar un tratamiento sin demora.⁹⁸

El cirujano dentista debe estar capacitado para realizar el procedimiento de biopsia cuando exista duda respecto al diagnóstico de alguna lesión bucal; pero en otras ocasiones deberá remitir al paciente con un especialista, haciéndole comprender que no significa que su problema sea grave, sino que desea una atención específica para su caso.

La toma de biopsia es relativamente simple, indolora y económica. La remoción del tejido para examinar microscópicamente algunas veces puede realizarse en un consultorio odontológico, con limitado instrumental, siempre y cuando el odontólogo posea un adiestramiento quirúrgico básico y conocimientos de la anatomía de la región de la toma.⁹⁹

⁹⁸ *Ibidem*, pág 10.

⁹⁹ Donald AK. *Op. cit.* pág 346.

Indicaciones de biopsia en cavidad bucal.

No hay que practicar una biopsia a todos los procesos de patología oral.

Las indicaciones de biopsia son las siguientes:

- ▶ Lesiones que no pueden ser diagnosticadas clínicamente en forma precisa.
- ▶ Lesiones con más de 2 semanas de duración.
- ▶ Lesiones periapicales.
- ▶ Lesiones pigmentadas.
- ▶ Lesiones rojas persistentes.
- ▶ Úlceras que persisten durante 2 o 3 semanas después de eliminar su presunta causa.
- ▶ Neoplasia o masas titulares no identificadas
- ▶ Lesiones blancas de la mucosa bucal de larga duración.
- ▶ Inflamaciones persistentes sin diagnóstico claro.
- ▶ Sospecha fundada de malignidad. En este caso el dentista no debe realizar la biopsia en su consulta, sino debe remitir al paciente a un centro especializado.
- ▶ Cualquier masa patológica extirpada.¹⁰⁰

La biopsia también puede ser realizada y utilizada para diagnosticar enfermedades sistémicas.

La biopsia no disemina las lesiones a excepción de los melanomas malignos pero si puede llegar a alterar su topografía, por lo que se recomienda tomar una fotografía y un esquema de la lesión primaria para poder tener una referencia exacta de la zona afectada antes de iniciar la terapéutica.¹⁰¹

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ Solís CA, Gálvez RG, Palacios D. Manual de citología exfoliativa y biopsia. México, UNAM, 2001:52-55.

Limitantes y precauciones.

Siempre debe obtenerse la autorización del paciente para realizar la biopsia.⁽¹⁴⁾

La técnica de biopsia no está indicada en lesiones donde se llega al diagnóstico por medios clínicos tal es el caso de algunas alteraciones consideradas como variaciones de la normalidad, como la línea alba oclusal y la pigmentación melánica racial.

Se puede considerar que existen algunas *limitantes* para realizar biopsia en el consultorio odontológico, debido a que no se cuenta con los medios necesarios para atender alguna urgencia, sobre todo en aquellos pacientes que presenten un compromiso sistémico que lo condiciona a realizar la biopsia a nivel hospitalario.

De esta manera se considera que no existe alguna condición en la que no se debe realizar biopsia, más aún si ésta es indispensable para tratar o mejorar su estado de salud.¹⁰²

Las limitaciones para realizar biopsia se dividen en:

1. generales
2. locales

Limitantes generales o sistémicas.

- A) Pacientes con cardiopatías
- B) Alteraciones endocrinas
- C) Pacientes con desnutrición
- D) Pacientes con discracias sanguíneas

Limitantes locales:

- A) en lesiones de origen vascular
- B) Tumores de glándulas salivales mayores
- C) Cuando el tejido involucre trayectos anatómicos de riesgo
- D) En torus palatino o mandibular

Ventajas.

- Permite establecer un diagnóstico definitivo
- Determina el origen y la naturaleza de la lesión
- Determina la extensión y los límites de una lesión
- Determina la presencia de metástasis
- Permite la elaboración de un plan de tratamiento
- Evalúa los resultados terapéuticos
- Permite establecer el pronóstico

¹⁰² Idem.

Desventajas.

- Es un procedimiento con riesgo quirúrgico
- Requiere experiencia y conocimiento de las diferentes técnicas por parte de quien la realice
- Requiere la valoración sistémica del paciente antes de realizar la biopsia
- Su costo es mayor que otros conocimientos quirúrgicos
- Ocasionalmente requiere otras técnicas complementarias como las histoquímicas, microscopía electrónica, microscopía fluorescente y otras, para llegar al diagnóstico definitivo.¹⁰³

Tipos de biopsia.

Según el tiempo quirúrgico en que se realiza puede ser:

1. preoperatorio, donde el estudio se realiza antes de la intervención quirúrgica definitiva.
2. transoperatoria, se realiza durante el desarrollo del acto operatorio.
3. post operatoria, aquí el estudio histopatológico se realiza después del acto quirúrgico.¹⁰⁴

Por otro lado según la técnica que se utiliza al realizar una biopsia puede ser:

- ◆ Biopsia excisional
- ◆ Biopsia incisional
- ◆ Biopsia por punción y aspiración
- ◆ Biopsia por sacabocados
- ◆ Biopsia por curetaje
- ◆ Biopsia por trepanación
- ◆ Biopsia por electro cirugía
- ◆ Biopsia por rayo láser^{105,106}

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Ibidem, pág 57.

¹⁰⁵ Reichart AP. Op. cit. pág 9.

¹⁰⁶ Chiapasco M. Op. cit. .pág 8.

Biopsia por trepanación. Se emplea para la obtención de tejido óseo de lesiones no quísticas.

Biopsia por electro cirugía. En ésta se emplea un equipo de electro cirugía. Debe ser empleado en lesiones muy vascularizadas como el hemangioma o el granuloma piógeno entre otras.

Biopsia por rayo láser. Es un método que generalmente se realiza en hospitales con rayo láser y por lo tanto su costo es más elevado.

Biopsia con punch o corte rotatorio. Para biopsias de la mucosa oral en algunos casos hay que usar instrumentos especiales como un instrumento para biopsia de corte rotatorio (punch), como el que se utiliza generalmente para biopsias cutáneas.

Biopsia por punción y aspiración. Está indicada en todos los casos en los que sea particularmente difícil realizar una biopsia incisional o exista el riesgo de dañar estructuras anatómicas importantes, que deben ser siempre preservadas, resulta muy útil como instrumento diagnóstico preliminar en caso de lesiones intraóseas radiotransparentes, para aclarar si se trata de una lesión con contenido líquido, hemático o sólido.¹⁰⁷

Biopsia incisional. Por biopsia incisional se entiende la remoción parcial de una lesión con el fin de obtener un diagnóstico histopatológico preoperatorio. Está particularmente indicada en todos los casos en los que el diagnóstico clínico de presunción sea dudoso y éste resulte fundamental para elegir la terapéutica más idónea.¹⁰⁸

Técnica:

Previa asepsia y antisepsia de la región se delimita la lesión.
Se anestesia localmente.

Se planea la parte que se retirará, generalmente en forma de rebanada de pastel y tomando tanto tejido sano como parte de la lesión.

Una vez retirada la muestra se realiza la sutura o se coloca apósito.

Biopsia excisional. Por biopsia excisional se entiende aquel procedimiento que prevé el examen histológico de la muestra entera patológica operatoria, está indicada en los casos de indiscutible naturaleza de la lesión, cuando el diagnóstico de presunción está bastante claro para el clínico sirve sobre todo para confirmar el diagnóstico de presunción.

¹⁰⁷ Idem.

¹⁰⁸ Chiapasco M.Op.cit.,pág 10.

Esta biopsia se realiza en forma de elipse con eliminación en cuña del tejido. De éste modo se incluye tejido normal suficiente. Además esta forma de excisión facilita la adaptación de los márgenes¹⁰⁹

Técnica:

Previa asepsia y antisepsia, se delimita la lesión con cierto margen de seguridad en el tejido sano.

Bajo anestesia local se procede a realizar la incisión con bisturí a lo largo de los márgenes trazados con anterioridad, con una forma de uso.

Manteniendo en tensión un borde de la lesión, se procede a la excisión mediante tijeras o bisturí.

Se procede a realizar la sutura en los casos en los que es posible.¹¹⁰

Biopsia por curetaje. Es la remoción de pequeñas porciones o restos de tejido con un instrumento con la punta en forma de cucharilla. Se emplea para obtener tejido de una cavidad ósea, un trayecto fistuloso o un espacio anatómico.⁵

Este tratamiento se realiza sobre las paredes y el piso de una cavidad, con el fin de eliminar tejido de granulación, epitelio y material patológico que se encuentre en ella.

Técnica:

Previa asepsia, antisepsia, anestesia y una vez que hallamos llegado a la cavidad;

Se sostiene el instrumento con una toma de lapicera modificada

Se establece un apoyo digital

La punta de trabajo se adapta suave y firmemente al piso

Se ejerce una leve presión contra la superficie

Se realizan algunos movimientos exploratorios

Al encontrar material o a la falta de consistencia dura del hueso sano se realizan movimientos de raspado, con presión firme y movimientos cortos, controlados y superpuestos hasta eliminar todo el material patológico y dejar bien limpia la cavidad.^{111,112}

¹⁰⁹ Wood KN. Op cit.,pág 11.

¹¹⁰ Chiapasco M. Op. cit.,pág 10.

¹¹¹ Donald AK. Op. cit.,pág 346,347.

¹¹² Pattyson LG. Instrumentación en periodoncia. 4°ed. España: Salvat, 1967:66

Para la realización de la biopsia bucal es necesario destacar que existen 2 etapas:

- I. etapa clínica. La cual se realiza mediante el diagnóstico presuntivo y la toma de la muestra.
- II. Etapa de laboratorio. Consiste en la preparación del material para su estudio microscópico y que básicamente consta de los siguientes pasos:
 - a) Descripción macroscópica, anotando detalladamente características del tejido u órgano.
 - b) Deshidratación.
 - c) Inclusión en parafina.
 - d) Cortes.
 - e) Tinción de los cortes.
 - f) Observación e interpretación final para un diagnóstico definitivo.

Obtención y manipulación de biopsia.

- ⊕ Las lesiones pigmentadas que sugieran la presencia de melanina nunca deben incidirse. Deben eliminarse con un amplio margen de tejido normal.
- ⊕ En las lesiones aparentemente hemáticas o de origen vascular una incisión puede originar una intensa hemorragia. En consecuencia éstas lesiones no deben ser biopsiadas en el consultorio.
- ⊕ La muestra debe someterse al mínimo de manipulación.
- ⊕ Los anestésicos nunca deben inyectarse dentro de la lesión.
- ⊕ Una innecesaria manipulación y palpación grosera de una lesión es más peligrosa que realizar una biopsia.
- ⊕ Se debe obtener una muestra que proporcione al patólogo una pieza representativa y en un estadio útil para su observación.
- ⊕ Los aspectos técnicos de la toma de tejido siguen las reglas generales de la cirugía oral menor.
- ⊕ Es importante proceder cuidadosamente, para evitar daños al tejido, como desgarres o contusiones.
- ⊕ Siempre debemos tener recipientes con una solución para la fijación (formol) y etiquetas para la biopsia del laboratorio de histología colaborador.
- ⊕ Es importante tener en cuenta que, por lo general, el histopatólogo no puede explorar clínicamente al paciente, por ello el odontólogo que remite la biopsia debe darle la información clínica y si es necesario radiográfica de que dispone.
- ⊕ En el momento en que se retira la muestra de biopsia de la cavidad oral se produce la interrupción del aporte sanguíneo y con ello se inicia la auto lisis. Por esta razón es importante sumergir rápidamente el tejido en la solución fijadora para evitar alteraciones celulares. Detalles citológicos modificados dan lugar a problemas en el dictamen de los

hallazgos microscópicos, normalmente se utiliza una solución acuosa taponada de formol al 10%. La solución debe ser abundante, por lo general, de 10 a 15 veces el volumen de la muestra de tejido.¹¹³

Instrumental.

El instrumental básico para llevar a cabo la toma de una muestra de tejido es el siguiente:

- └ Campos estériles
- └ Guantes
- └ Bata
- └ Gorro
- └ Cubre bocas
- └ Anteojos o careta
- └ Jabón quirúrgico
- └ Frasco con boca ancha
- └ Solución fijadora
- └ Solución salina
- └ Sutura
- └ Gasas
- └ Anestésico

El instrumental para la toma de tejido blando es el siguiente:

- └ Carpule
- └ Mango para bisturí
- └ Hoja para bisturí
- └ Pinzas de disección dentadas y desdentadas
- └ Pinzas hemostáticas
- └ Tijeras curvas y rectas
- └ Separadores
- └ Porta agujas
- └ Aspirador quirúrgico
- └ Asepto
- └ Riñonera

El instrumental para la toma de tejido óseo es el siguiente:

Además de requerir el instrumental mencionado para tejido blando .

- └ Elevador de periostio
- └ Fresas para hueso
- └ Fresa de trepano
- └ Alveolotomo o pinzas gubias
- └ Curetas de Molt y de Lucas
- └ Pieza de baja velocidad¹¹⁴

¹¹³ Donald AK.Op.cit.,págs 347,348.

¹¹⁴ Solís CA.Op.cit.,pág 57.

Consideraciones quirúrgicas

La biopsia bucal es un procedimiento quirúrgico, así que hay que recordar que los elementos fundamentales que comprenden el acto quirúrgico fundamentados en los postulados universales de la cirugía (evitar el dolor, prevenir la infección, y cohibir la hemorragia); abarcando desde la fase preoperatorio, transoperatoria y postoperatoria, es decir, antes de la intervención quirúrgica, durante, después de ella y a largo plazo hasta comprobar la total recuperación del paciente.

El estudio integral de los pacientes quirúrgicos sigue una sistematización cuyo uso es universal. Los principios básicos de una cirugía general son igualmente aplicables a la cirugía bucal. Destaca el establecimiento de la relación médico-paciente en el que hay una fase diagnóstica fundamentada en la anamnesis y la exploración física. Esta fase conduce a la formación de una hipótesis diagnóstica presuntiva y mediante el uso de auxiliares se logra establecer un diagnóstico más certero y/o definitivo, en el cual se funda la prescripción quirúrgica con todas sus implicaciones éticas y legales.^{115, 116}

Periodo preoperatorio.

Desde el punto de vista clínica quirúrgica es tal como la definiera Arce; *la apreciación de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgos, y en caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese riesgo desaparezca o sea reducido a su mínima expresión.* Y desde el punto de vista de técnica quirúrgica es el conjunto de consideraciones y medidas a efectuar con referencia a la región a intervenir.

Historia clínica. Los datos que se obtienen en la primera consulta y en las consultas posteriores se anotan en un formato convencional conocido como historia clínica. Esta comprenderá datos de filiación del paciente, padecimiento actual, signos y síntomas presentes. Ello presupone como primera medida efectuar una evaluación médico odontológica que comprende anamnesis, exploración física, clínica y métodos auxiliares de diagnóstico, así mismo debemos obtener información sobre los hábitos, medicamentos que toma, y factores hereditarios para valorar la tendencia hereditaria.^{117,118}

Exámenes de laboratorio. Los exámenes de laboratorio que se realizan en forma rutinaria se realizan con la finalidad de descartar padecimientos comunes o prevalentes que no son siempre detectables en la exploración clínica y realizar una valoración funcional mínima de los órganos y aparatos previos a la intervención quirúrgica.

De los exámenes de laboratorio que se requieren con mayor frecuencia son la biometría hemática, química sanguínea y pruebas hemorragiparas.

¹¹⁵ Ries CG.Op.cit.,pág 69.

¹¹⁶ Archundia GA.Eucación quirúrgica.México.Mc Graw Hill,2002: 164,165.

¹¹⁷ Gómez PA.Técnicas quirúrgicas de cabeza y cuello.México:Interamericana: 158,159.

¹¹⁸ Ries CG.Op.cit.,pág 69.

El odontólogo debe de evaluar los resultados de éstas pruebas y determinar el riesgo y el beneficio del acto operatorio.

Estudio radiográfico. El estudio radiográfico nos ayuda a valorar estructuras y/o patologías que no se pueden analizar por completo de forma clínica, el estudio radiográfico se puede basar en radiografías intraorales y/o extraorales.¹¹⁹

Consentimiento informado. Una vez establecido un plan de tratamiento el paciente debe recibir la información adecuada a cada caso procurando que comprenda y asimile la explicación, responder sus preguntas. Así antes de realizar una intervención quirúrgica debe obtenerse el consentimiento escrito del paciente, de un familiar o tutor si es menor de edad o si no está capacitado para decidir, así como de 2 familiares o testigos contestando el formulario adecuado, el cual debe formar parte del expediente clínico.

También antes de realizar cualquier intervención se debe de tomar en cuenta que hay que aplicar las normas de condicionamiento quirúrgico como asepsia y antisepsia, uso de material y campos estériles, lavado y vestido quirúrgico y uso de instrumental estéril.^{120,121}

Periodo transoperatorio.

El periodo quirúrgico comprende el acto quirúrgico propiamente dicho. Este acto se desarrolla en una secuencia ordenada de maniobras manuales e instrumentales de diferente complejidad para las que es esencial que todos los que participan comprendan la terminología y la técnica en ejecución.

Toda intervención quirúrgica consta de 3 tiempos operatorios básicos:

- a) Diéresis o incisión de los tejidos.
- b) Intervención quirúrgica propiamente dicha.
- c) Síntesis o sutura de los tejidos.¹²²

Periodo postoperatorio.

Es el conjunto de medidas precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico y colaborar con la naturaleza en el logro del completo estado de salud del paciente.

Este periodo comprende el lapso del tiempo entre que finaliza la intervención quirúrgica y el momento a partir del cual puede considerarse que el paciente ya ha recuperado su estado normal. Suele finalizar entre los 7 y 10 días, tiempo que coincide con el retiro de puntos de sutura, aunque existen casos en los que después de éste tiempo se recomienda acudir a revisiones periódicas a largo

¹¹⁹ Idem.

¹²⁰ Archundia GA. Op. cit. pág 159.

¹²¹ Gómez PA. Op. cit., págs 7-10.

¹²² Ries CG. Op. cit., pág 70.

plazo, no obstante el periodo de convalecencia podrá ser mayor, dependiendo del estado general del paciente así como del tipo de intervención realizada.

Básicamente en éste periodo se consideran medidas como :

- Guardar reposo si es necesario
- Medidas de higiene oral y de la zona
- Dieta blanda o líquida
- Evitar realizar colutorios y esfuerzos
- Suprimir hábitos nocivos
- Administración de fármacos
- Instrucciones específicas al paciente en caso de hemorragias o complicaciones.
- Fisioterapia.¹²³

¹²³ Ibidem,pág 85.

METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL.

Identificar las lesiones que con mayor frecuencia son tratadas en el servicio social de cirugía bucal en conjunto con el área de patología de la FES Zaragoza, periodo 2000-2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar cuales son las lesiones que se presentan con mayor frecuencia.
- Mencionar y describir la etiología, características y tratamiento de las lesiones que se presentan.
- Determinar la terapéutica y el comportamiento para las lesiones de la cavidad bucal.
- Determinar la importancia de la biopsia a través de la comparación de diagnóstico clínico vs el diagnóstico histopatológico.
- Mencionar y describir los diferentes tipos de biopsia.
- Determinar el proceso quirúrgico y de diagnóstico que requieren las lesiones.
- Identificar cuales son los tipos de biopsia que se realizan con mayor frecuencia.
- Identificar la frecuencia de lesiones de acuerdo a edad y sexo en los pacientes que solicitan servicio en el área de cirugía y de patología de la clínica multidisciplinaria Zaragoza.
- Presentar el manejo pre, trans y post operatorio de un paciente con presencia de alguna lesión en la cavidad bucal.

HIPÓTESIS:

De acuerdo a la experiencia de casos en la promoción agosto 2005-julio 2006 de servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza las hipótesis para la presente investigación son las siguientes:

- ◆ El tipo de biopsia realizado con mayor frecuencia es por curetaje.
- ◆ Las lesiones se presentan con mayor frecuencia entre la 2° y 4° décadas de la vida.
- ◆ Las lesiones más frecuentes son procesos inflamatorios e hiperplásicos.
- ◆ El diagnóstico presuntivo no es correcto en comparación al histopatológico la mayoría de las veces.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: este trabajo es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrolectivo y transversal.

Población de estudio: pacientes de ambos sexos y diferentes edades con lesiones que requieren de estudio histopatológico y que acuden a la clínica multidisciplinaria Zaragoza .

Periodo de investigación: 2000-2006.

VARIABLES.

Cualitativas nominal	Definición	Operacionalización
Sexo	Características fenotípicas del sujeto	Masculino, femenino
Lesión	Presencia de lesión	Numero de lesiones por arcada
Tipo	A que grupo pertenece	Tumoral, reactiva, quiste ,neoplasia, pigmentación, etc.
Signos clínicos	Datos que se obtienen a la inspección y palpación de la zona donde se encuentra	Aumento de volumen, tumefacción, cambio de coloración
Signos radiográficos	Datos que el auxiliar de diagnóstico proporciona sobre la lesión	Imagen radiopaca, radiolúcida o mixta en la región de la lesión
Diagnóstico clínico	Denominación que el C.D. le asigna a la lesión	Quiste dentígero, quiste apical, granuloma piógeno, fibroma. Épullis, mucocele, etc.
Diagnóstico histopatológico	Nombre real y definitivo de la lesión según el estudio histopatológico.	Quiste dentígero, quiste apical, granuloma piógeno, fibroma. Épullis, mucocele, etc

Cuantitativas	definición	Operacionalización
Edad	Edad cronológica que informa el paciente	Edad actual (al momento de realizar el tratamiento)
Biopsia	Tipo de biopsia que se realiza	Incisional, Excisional, por curetaje etc.

TÉCNICAS:

Se recopilará la información de las hojas con los resultados de las biopsias los días jueves y viernes, en el servicio social al término de las actividades quirúrgicas.

Los datos obtenidos podrán concentrarse en 1 hoja, utilizando las variables mencionadas anteriormente.

DISEÑO ESTADÍSTICO:

Se obtendrán porcentajes o promedios de las diferentes variables.

RECURSOS.

Humanos:

- * Pasantes de C.Dentista del área de cirugía bucal.
- * Director de tesis
- * Personal encargado del área de patología oral (pasantes y/o doctores)

Materiales:

- * Libros de texto.
- * Artículos de revista.
- * Internet.
- * Hojas de resultado de estudio histopatológico.
- * Fotografías.
- * Instrumental y material quirúrgico.
- * Papelería (lápices, gomas, plumas, hojas, marcatextos, copias, impresiones, etc.)

Físicos:

- * Instalaciones de la facultad de estudios superiores Zaragoza.
- * Biblioteca.
- * Área de cirugía bucal.
- * Clínica multidisciplinaria Zaragoza.

RESULTADOS

RESULTADOS

Los siguientes son los resultados obtenidos del presente estudio, obtenidos a través de la historia clínica (anexo 1) y de las fichas con el resultado histopatológico (anexo 2) de las biopsias realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza durante el periodo 2000-2006, concentradas en las hojas de recopilación de datos por sexo (anexo 3). Se presenta de acuerdo a las variables y en orden descendente para fines estadísticos.

Frecuencia y porcentaje en edades de la presencia de lesiones.				
Edad	Fr		%	
10-19	18		26%	
20-29	13		19%	
40-49	10		14%	
0-10	7		10%	
50-59	6		9%	
60-69	6		9%	
30-39	5		7%	
S/E	2		3%	
70-79	2		3%	
90-99	1		1%	
80-89	0		0%	
Frecuencia por edad y sexo en décadas				
Edad	Fr.femenino	%femenino	Fr.masculino	%masculino
10-19	9	13%	9	13%
20-29	7	10%	6	9%
40-49	5	7%	5	7%
50-59	4	6%	2	3%
60-69	4	6%	2	3%
30-39	3	4%	3	4%
0-10	2	3%	5	7%
70-79	0	0%	2	3%
80-89	0	0%	0	0%
90-99	0	0%	1	1%
S/E	0	0%	2	3%

Frecuencia signos que se utilizaron para el diagnóstico presuntivo.				
Signos	Fr	%		
Clínicos	28	40%		
Radiográficos	21	30%		
Clínicos y radiográficos.	19	27%		
Sin datos	2	3%		
Frecuencia y porcentaje de aciertos de el diagnóstico presuntivo con el histopatológico.				
Diagnóstico	Fr	%		
Histopatológico	70	100%		
Clínico 1	36	51%		
Ninguno	20	29%		
Clínico 2	14	20%		
Frecuencia y porcentaje del tipo de biopsia que se realizó.				
Biopsia	Fr	Porcentaje		
Curetaje	39	56%		
Excisional	28	40%		
Incisional	2	3%		
P.y aspiración	1	1%		
Frecuencia y porcentaje del tipo de biopsia que se realizó por sexo.				
Biopsia	Fr. masculino	% masculino	Fr. femenino	% femenino
Curetaje	20	29%	19	27%
Excisional	14	20%	14	20%
Incisional	1	1%	1	1%
P. Y asp.	0	0%	1	1%
Total	35	50%	35	50%
Frecuencia y porcentaje de los tipos de lesiones que se encontraron.				
Tipo de lesión	Fr	%		
Reactiva	30	43%		
Quística	24	34%		
Neoplásica	7	10%		
Cambios de coloración	6	9%		
Otra	3	4%		

Frecuencia y porcentaje de las lesiones que se diagnosticaron.		
Dx histopatológico	Fr.	%
Quiste dentigero	14	20%
Hiperplasia fibrosa	11	16%
Quiste apical	9	13%
Granuloma piógeno	6	9%
Granuloma apical	6	9%
Nevo	5	7%
Folículo hiperplásico	4	6%
Mucocele	2	3%
Fibroma odontogénico	2	3%
Quiste residual	1	1%
Mucositis	1	1%
Papiloma	1	1%
Osteoma	1	1%
Odontoma	1	1%
Ameloblastoma	1	1%
Mixofibroma	1	1%
Displasia	1	1%
S/dx	1	1%
Con.hemático	1	1%
Hiperqueratosis	1	1%

Frecuencia y porcentaje de las lesiones que se diagnosticaron de acuerdo a sexo.				
Dx histopatológico	%FEM	%MASC	Fr.FEM	Fr.MASC
Quiste dentigero	7%	13%	5	9
Quiste apical	7%	7%	5	5
Hiperplasia fibrosa	7%	7%	5	5
Granuloma piógeno	7%	1%	5	1
Folículo hiperplásico	6%	0%	4	0
Nevo	4%	3%	3	2
Granuloma apical	4%	6%	3	4
Osteoma	1%	0%	1	0
Odontoma	1%	0%	1	0
Mixofibroma	1%	0%	1	0
Con.hemático	1%	0%	1	0
Ameloblastoma	1%	0%	1	0
S/dx	0%	1%	0	1
Quiste residual	0%	1%	0	1
Papiloma	0%	1%	0	1
Mucositis	0%	1%	0	1
Mucocele	0%	3%	0	2
Hiperqueratosis	0%	1%	0	1
Fibroma odontogénico	0%	1%	0	1
Displasia	0%	1%	0	1

TABLA 1.

Frecuencia y porcentaje de lesiones por edad presentadas en pacientes del servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.

DÉCADA	Fr.	%
0-10	7	10%
11-20	18	26%
21-30	13	19%
31-40	5	7%
41-50	10	14%
51-60	6	9%
61-70	6	9%
71-80	2	3%
81-90	0	0%
91-100	1	1%
S/E	2	3%

En esta tabla aparece la frecuencia y el porcentaje en que se presentaron las lesiones de los pacientes que fueron atendidos en el servicio social durante el periodo antes mencionado y se encuentran relacionados por décadas.

Nótese que la aparición de lesiones bucales es más representativa entre los 11 y los 30 años de edad.

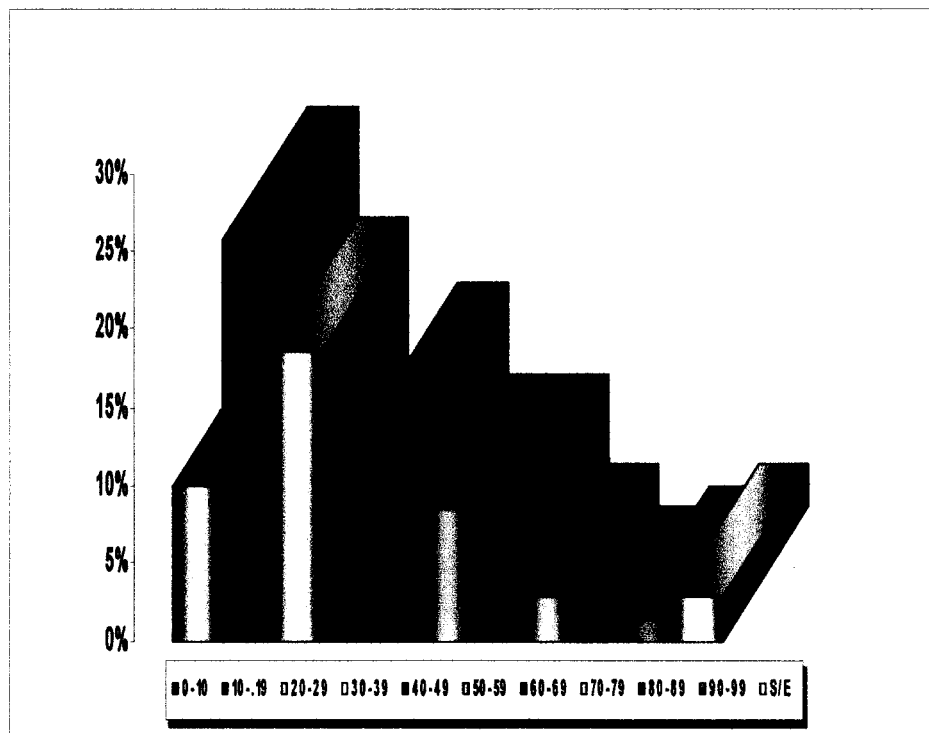
Fuente: directa.

Análisis.

De los 70 pacientes que se registraron en el presente estudio la mayoría se presentó en una edad joven, de hecho en primer lugar se encuentran las personas entre los 11 y los 20 años, en segundo lugar de los 21 a los 30 años, presentándose alrededor del 50% menos de los casos antes de los 10, lo mismo ocurrió con los pacientes de los 30 a los 40 años. De los 41 a los 50 existe nuevamente un incremento de e l mismo porcentaje. Posterior a estas edades se presentan con una frecuencia baja y de forma no muy variable con respecto a la edad.

Gráfica 1.

Porcentaje de lesiones por edad presentadas en pacientes del servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.



En la gráfica se puede observar como de los 11 a los 20 años de edad el incremento en la presencia de lesiones de la cavidad bucal fue casi del triple, manteniéndose elevado hasta los treinta. Después de esta edad y hasta los 70 su frecuencia es menor, descendiendo y ascendiendo los 70 de manera no muy variable. Fuente: tabla 1.

TABLA 2.

Frecuencia y porcentaje de tipos de biopsias realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. periodo 2000-2006.

Tipo de biopsia	Fr.	Porcentaje
Curetaje	39	56%
Excisional	28	40%
Incisional	2	3%
P.y aspiración	1	1%
Total	70	100%

En esta tabla se presentan los tipos de biopsia que se realizaron en el servicio social, como se puede observar el tipo de biopsia que se realizó con mayor frecuencia es por curetaje y la biopsia excisional le sigue en frecuencia.

Fuente: directa.

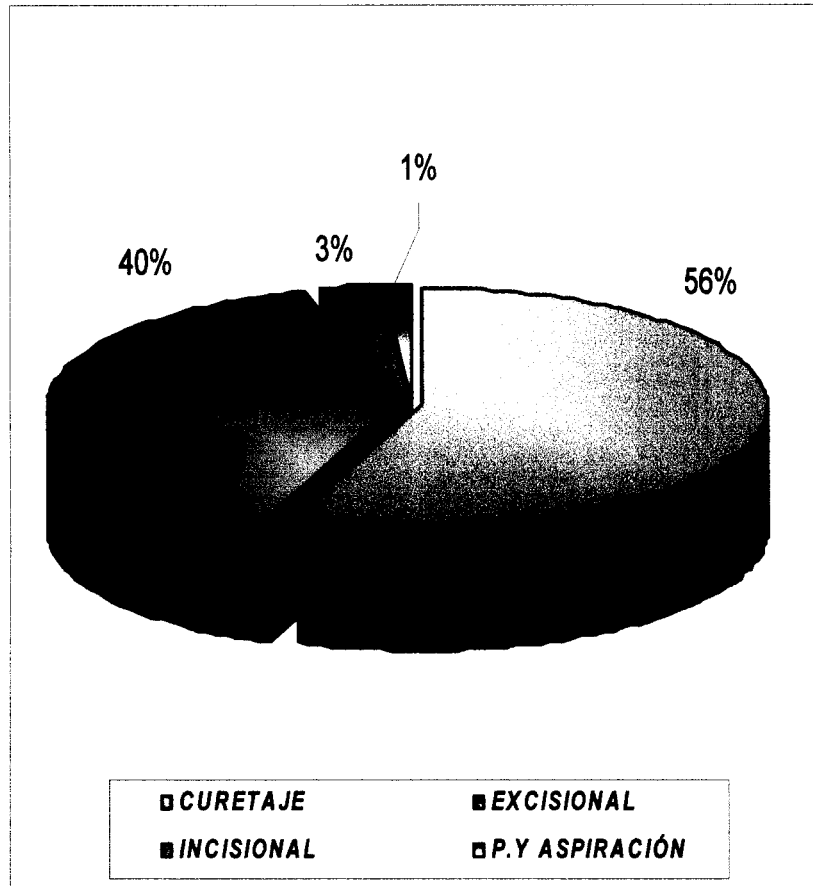
Análisis.

En el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza son 4 los tipos de biopsia que se han llegado a realizar, y como se muestra en la tabla de éstos 4 no es representativa la práctica de biopsia oral por técnica incisional ni por técnica de punción y aspiración, ya que es evidente que ambas se realizaron de manera esporádica.

En cambio las principales actividades en éste servicio en cuanto a biopsia se refiere son el curetaje y la excisión de lesiones.

Gráfica 2.

Porcentaje de tipos del tipo de biopsias realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.



En la gráfica se puede observar el porcentaje de los procedimientos que se realizaron de cada tipo de biopsia que se realizó en el servicio, siendo más representativa por curetaje y por excisión.
Fuente: tabla 2.

Tabla 3.

Frecuencia y porcentaje del numero de biopsias realizadas según sexo en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.

BIOPSIA	MASC	%MASC	FEM	%FEM
CURETAJE	20	29%	19	27%
EXCISIONAL	14	20%	14	20%
INCISIONAL	1	1%	1	1%
P. Y ASP.	0	0%	1	1%
TOTAL	35	50%	35	50%

La tabla muestra los datos que se obtuvieron de los tipos de biopsia que se realizaron en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza durante el periodo del 2000-2006 por sexo, en donde se obtuvo que de las 70 biopsias realizadas la mitad se realizó en hombres y la mitad en mujeres. Los resultados en frecuencia del tipo de biopsia que se realizó en ambos sexos es en primer lugar la biopsia por curetaje y en segundo lugar la biopsia por excisión.

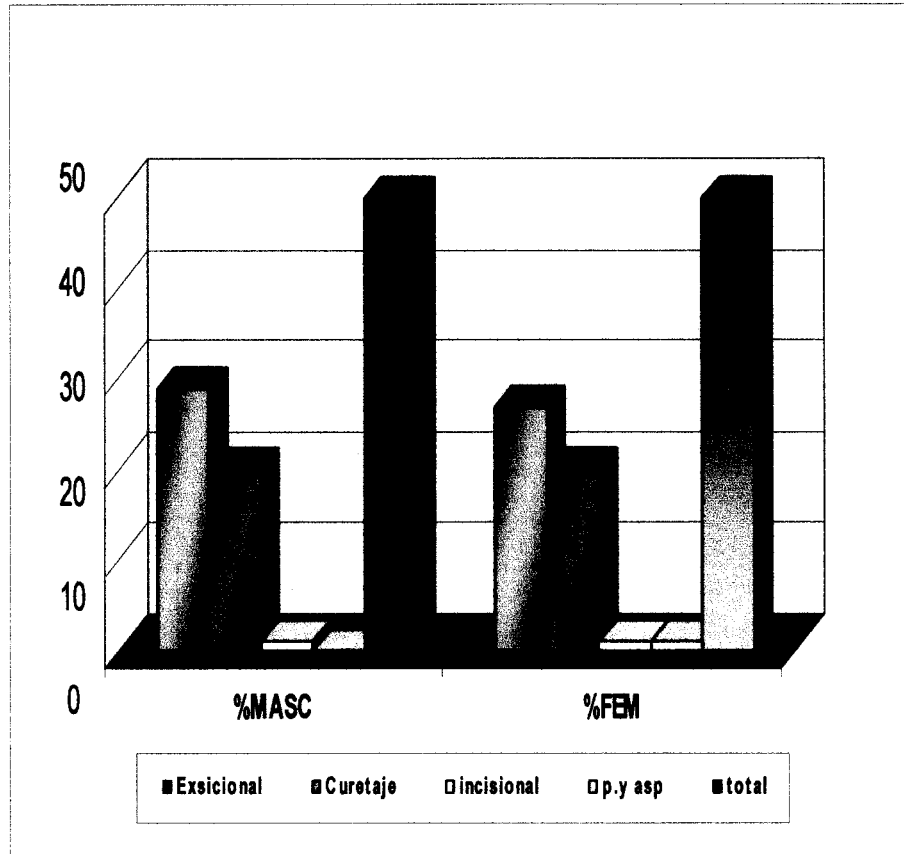
Fuente: directa

Análisis.

En el servicio se realizó biopsia a pacientes del sexo femenino y del sexo masculino, en ambos se presentaron 35 casos, los resultados que se obtuvieron fueron similares a los de la tabla anterior. La biopsia que se realizó en el mayor número de casos fue por curetaje y en ambas se realizó la excisional en igual número de casos.

Esta gráfica se asemeja a la anterior, pero a diferencia de ella aquí podemos observar en que sexo se realizó biopsia incisional y biopsia por punción y aspiración.

Gráfica 3.
Porcentaje del numero de biopsias realizadas según sexo en el servicio social de cirugía bucal de la Fes Zaragoza. Periodo 2000-2006.



En la gráfica se puede observar la similitud que se presentó en las biopsias que se realizaron en ambos sexos. Cada sexo con un 50% de la población atendida, en ambas la más frecuente es por curetaje, también en ambos sexos la biopsia excisional le sigue en orden de frecuencia y nótese la escasa o nula práctica de la biopsia excisional y por punción y aspiración en ambos sexos.
 Fuente: tabla 3.

TABLA 4

Porcentaje de biopsias de acuerdo a edad y sexo, realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.

DÉCADA	FEMENINO	%FEMENINO	MASCULINO	%MASCULINO
0-10	2	3%	5	7%
11-20	9	13%	9	13%
21-30	7	10%	6	9%
31-40	3	4%	3	4%
41-50	5	7%	5	7%
51-60	4	6%	2	3%
61-70	4	6%	2	3%
71-80	0	0%	2	3%
81-90	0	0%	0	0%
91-100	0	0%	1	1%
S/E	0	0%	2	3%

Esta tabla presenta los resultados de las biopsias que se realizaron en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza en el periodo 2000-2006 y los relaciona por edad y sexo, de ésta manera se puede destacar que entre los 11 y los 50 años las lesiones se presentan de manera igual o demasiado similar en ambos sexos, además de ser la más representativas en cuanto a frecuencia.

Fuente: directa.

Análisis.

En la tabla podemos realizar la comparación de la frecuencia de biopsias que se realizó en ambos sexos, lo que permite reconocer en que sexo se presentan con mayor frecuencia las lesiones bucales.

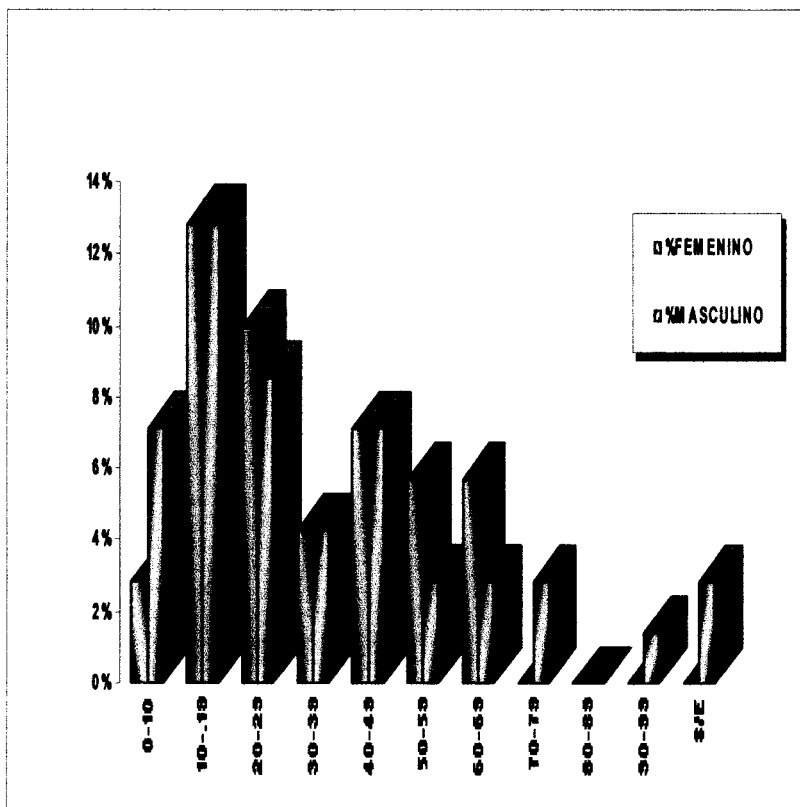
El resultado según lo muestra la tabla es que en ambos sexos se presentan lesiones bucales a las que se les realiza biopsia con mayor frecuencia entre los 11 y los 50 años y los resultados son iguales o similares también en cuanto al sexo. En los primeros 10 años de edad la mayoría de las biopsias se realizaron en hombres, aproximadamente en el 50% más de los casos.

Entre los 51 y los 70 años a pesar de que la frecuencia de la realización de biopsia en éstos pacientes no fue muy representativa se observa que el sexo femenino se practicó un 50% de biopsias más que en el masculino.

En el resto de los casos el resultado fue directamente proporcional a la realización de biopsias por sexo.

Gráfica 4.

Porcentaje de biopsias de acuerdo a la edad y sexo, realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.



En la gráfica se puede observar y comparar el comportamiento de variabilidad o igualdad que se presentó en las biopsias que se realizaron en los pacientes que se atendieron de ambos sexos por edad.
Fuente: tabla 4.

TABLA 5
Frecuencia y porcentaje del tipo de signos encontrado al realizar el diagnóstico clínico de
de las lesiones que presentaron los pacientes del servicio de cirugía bucal de la FES
Zaragoza.

Signo.	Fr.	%
Clinicos	28	40%
Radiográficos	21	30%
Clinicos y radiográficos.	19	27%
Ninguno	2	3%

La tabla muestra cuales son los signos que se tomaron en cuenta para realizar los presuntos diagnósticos de las lesiones que se encontraron. Éstos fueron en primer lugar a través de signos clínicos en primer lugar, radiográficos en segundo lugar y la utilización de ambos en tercer lugar.

Fuente: directa.

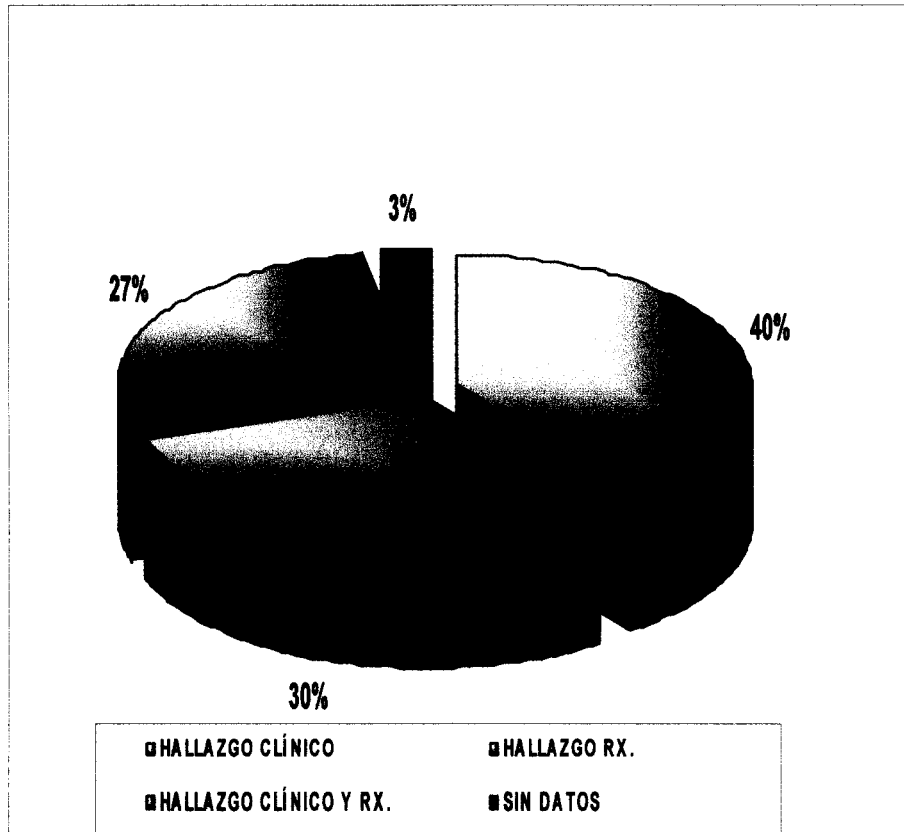
Análisis.

La detección de las lesiones bucales se realiza a través de un buen historial médico odontológico en donde a través de diferentes técnicas y auxiliares se llega a un diagnóstico presuntivo.

En el presente estudio, como la tabla lo muestra tanto la detección de las lesiones como el diagnóstico presuntivo se lograron a través de signos clínicos principalmente, signos radiográficos en segundo lugar y con ambos signos en tercer lugar, sin embargo ésta tabla también muestra como los tres tipos de signos son de suma importancia y su variabilidad no es demasiada.

Gráfica 5

Porcentaje del tipo de signos encontrado al realizar el diagnóstico clínico de de las lesiones que presentaron los pacientes del servicio de cirugía bucal de la FES Zaragoza.



En la gráfica se puede observar como la proporción que representa cada tipo de signo que se utilizó para llegar al diagnóstico presuntivo es muy similar.
Fuente: tabla 5.

TABLA 6.

Frecuencia y porcentaje de aciertos en el Dx clínico contra el diagnóstico histopatológico de las biopsias realizadas en el servicio de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.

Diagnóstico	Fr	%
Clinico 1	36	51%
Clinico 2	14	20%
Ninguno	20	29%
Histopatológico	70	100%

En la tabla se muestra una comparación de los posibles diagnósticos que se les dio a las lesiones del presente estudio con respecto al histopatológico y en base a ella podemos resaltar que se acertó en el mayor número de los casos.

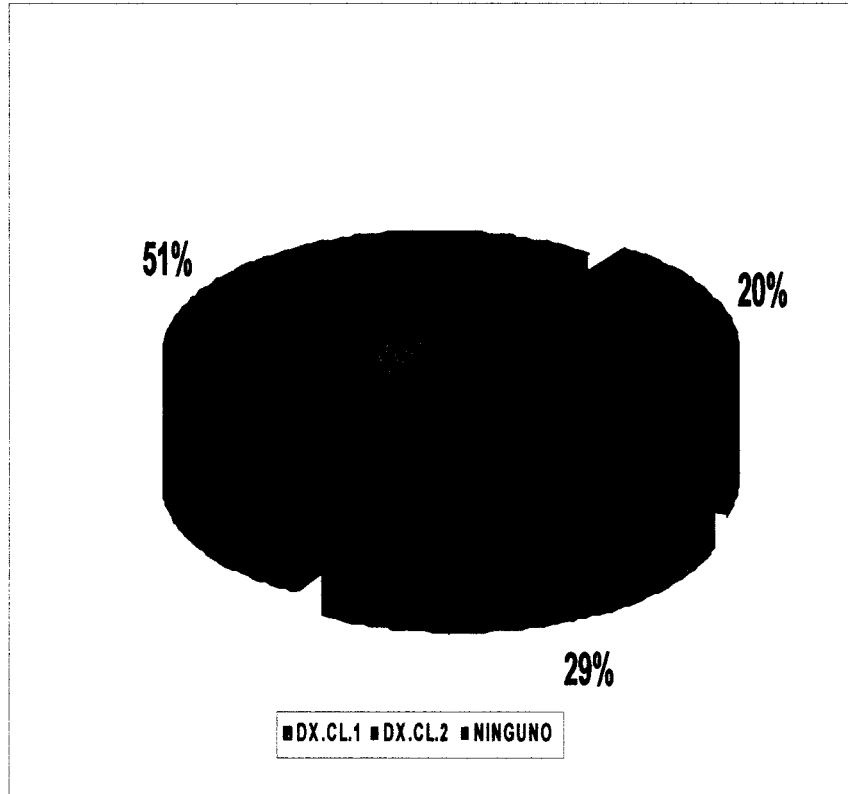
Fuente: directa.

Análisis.

De acuerdo a la tabla el diagnóstico presuntivo que se realizó a las lesiones que se presentaron fue correcto en un 51%, porcentaje que representa a la mayoría de casos, sin embargo si a éste porcentaje le agregamos el acertar en un segundo posible diagnóstico tenemos como resultado un menor número de errores del diagnóstico presuntivo con respecto al histopatológico. Así que podemos destacar que diagnosticó de manera acertada al 71 % de los casos que se presentaron cifra que es realmente representativa.

Gráfica 6.

Porcentaje de aciertos en el Dx clínico contra el Dx histopatológico de las biopsias realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.



En la gráfica se observa de manera más clara el alto porcentaje de aciertos en el diagnóstico presuntivo o clínico.

TABLA 7.

Frecuencia y porcentaje del tipo de lesiones tratadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.

Tipo de lesión	%	Fr.
Reactiva	43%	30
Neoplásica	10%	7
Quística	34%	24
Cambios de coloración	9%	6
Otra	4%	3

En la tabla se presentan la frecuencia y el porcentaje de las lesiones que fueron atendidas en la población del presente estudio, estas lesiones principalmente fueron de tipo reactiva en primer lugar, quísticas en segundo lugar.

Fuente: directa.

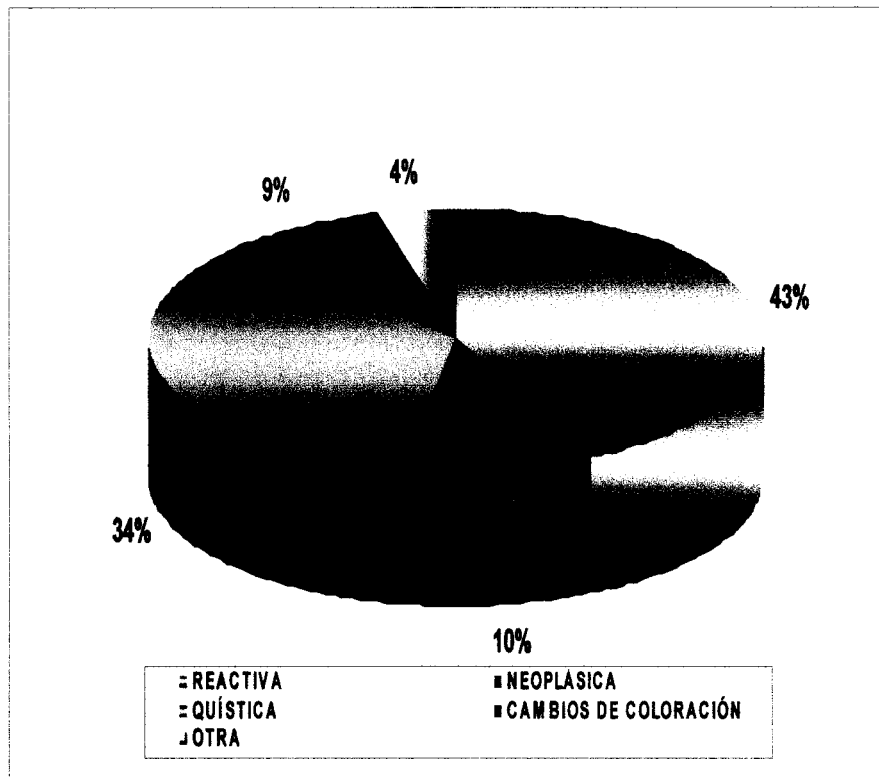
Análisis.

Las lesiones que se trataron con biopsia en el servicio social fueron lesiones que por su etiología se pudieron dividir en reactivas, neoplásicas, quísticas y discromías, se dejó un apartado de otras porque son lesiones que se presentaron solo 1 vez, lo cual no es representativo el presente estudio.

Las lesiones reactivas son las que se presentaron con mayor frecuencia, en segundo lugar se encontraron las lesiones quísticas, en tanto que las lesiones neoplásicas y los cambios de coloración se presentaron en un menor, pero similar número de casos.

Gráfica 7.

Frecuencia y porcentaje del tipo de lesiones tratadas con biopsia en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.



La gráfica muestra el porcentaje que se obtuvo de cada tipo de lesión que se presentó, siendo más significativo el tipo reactivo y el tipo neoplásico.
Fuente: tabla 7

Tabla 8

Frecuencia y porcentaje de los reportes histopatológicos obtenidos de las biopsias realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.

Dx histopatológico	%	Fr.
Quiste dentígero	20%	14
Quiste apical	13%	9
Quiste residual	1%	1
Mucositis	1%	1
Granuloma piógeno	9%	6
Mucocele	3%	2
Granuloma apical	9%	6
Folículo hiperplásico	6%	4
Hiperplasia fibrosa	16%	11
Fibroma odontogénico	3%	2
Papiloma	1%	1
Osteoma	1%	1
Odontoma	1%	1
Ameloblastoma	1%	1
Mixofibroma	1%	1
Displasia	1%	1
S/Dx	1%	1
Contenido hemático	1%	1
Nevo	7%	5
Hiperqueratosis	1%	1

La tabla muestra las lesiones que se diagnosticaron a través del estudio histopatológico de las biopsias que se realizaron y cuales la frecuencia con que se encontraron cada una de las lesiones.

El quiste dentígero fue el que se encontró un mayor numero de casos, en segundo lugar el quiste apical y en tercero la hiperplasia fibrosa.

Fuente: directa.

Análisis.

La tabla muestra 19 lesiones que se diagnosticaron con distinta frecuencia.

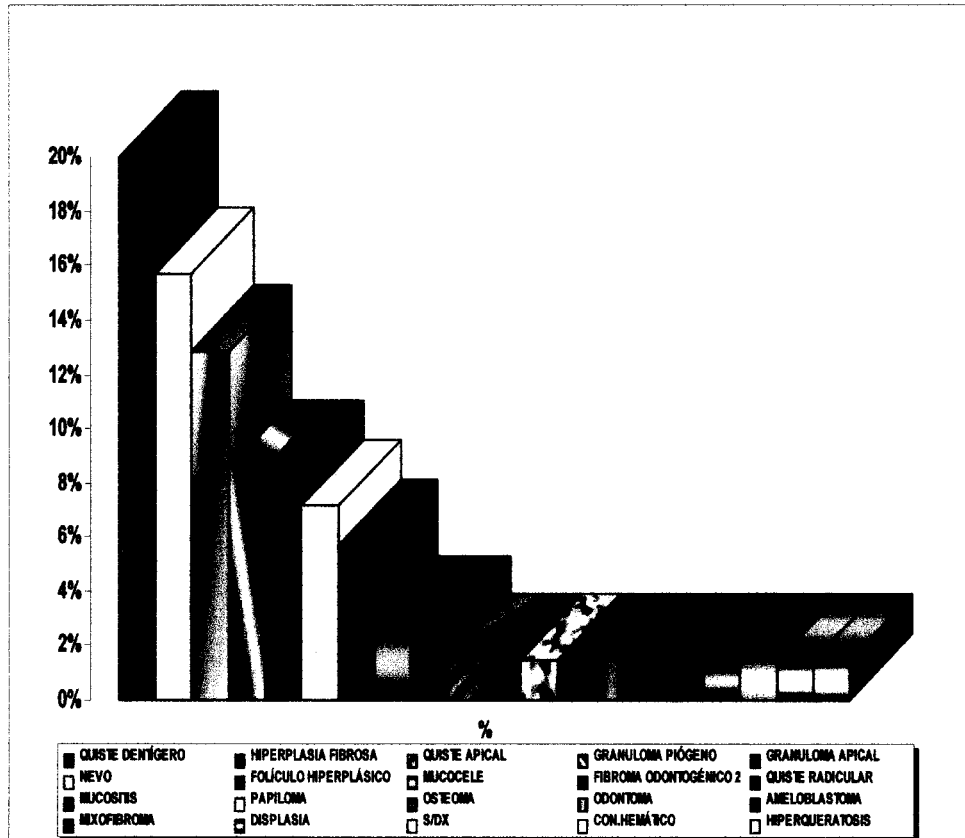
Tres son las más representativas, la primera de ellas es el quiste dentígero, la segunda es también un quiste, el quiste apical y la tercera es la hiperplasia fibrosa.

El granuloma piógeno, el granuloma apical y el nevo tienen una frecuencia de aproximadamente un 50% menos que las mencionadas anteriormente, pero un 50% más que el fibroma odontogénico y el mucocele.

El resto de las lesiones que se encontraron no son muy frecuentes.

Gráfica 8.

Porcentaje de los reportes histopatológicos obtenidos de las biopsias realizadas en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.



En la gráfica se puede apreciar el porcentaje de casos en que se presentaron las lesiones diagnosticadas y tratadas.

Fuente: tabla 8.

Tabla 9.

Frecuencia y porcentaje de de las lesiones tratadas con biopsia, de acuerdo a sexo, en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. periodo 2000-2006.

Dx histopatológico	%fem	%masc	Fr fem	Fr.masc
Quiste dentígero	7%	13%	5	9
Quiste apical	7%	7%	5	5
Quiste residual	0%	1%	0	1
Mucositis	0%	1%	0	1
Granuloma piógeno	7%	1%	5	1
Mucocele	0%	3%	0	2
Granuloma apical	4%	6%	3	4
Folículo hiperplásico	6%	0%	4	0
Hiperplasia fibrosa	7%	7%	5	5
Fibroma odontogénico	0%	1%	0	1
Papiloma	0%	1%	0	1
Osteoma	1%	0%	1	0
Odontoma	1%	0%	1	0
Ameloblastoma	1%	0%	1	0
Mixofibroma	1%	0%	1	0
Displasia	0%	1%	0	1
S/Dx	0%	1%	0	1
Contenido hemático	1%	0%	1	0
Nevo	4%	3%	3	2
Hiperqueratosis	0%	1%	0	1

La tabla muestra la frecuencia y el porcentaje de las lesiones que se diagnosticaron por sexo.

Fuente: directa.

Análisis.

Con los resultados que presenta la tabla podemos decir que de estas lesiones la frecuencia con respecto al sexo varia, lo que nos permite identificar la predilección de las lesiones para presentarse en el sexo femenino o en el masculino.

El quiste dentígero el 20% de los casos en que se presentó tuvo un 13% de casos en el sexo masculino, lo que nos permite identificar que la presencia de ésta lesión es mayor hombres, casi el doble que en las mujeres.

El quiste apical se encontró por igual proporción en ambos sexos con la mitad de los casos cada uno, el mismo caso se presenta con la hiperplasia fibrosa.

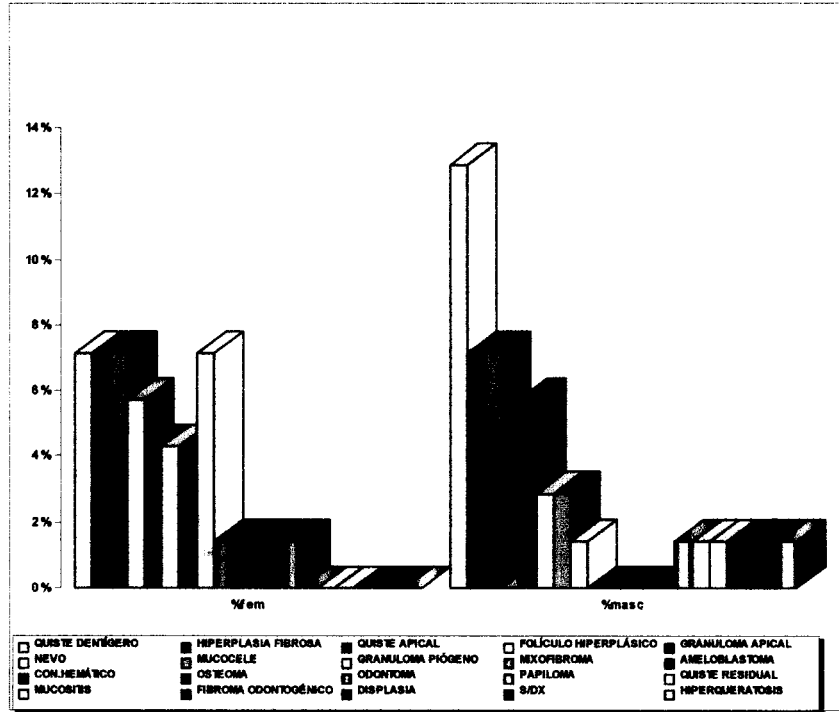
El granuloma piógeno tuvo una presencia significativamente mayor en mujeres con un 7% mientras que en hombres solo 1%.

En el caso de quiste residual, mucositis, mucocele, fibroma odontogénico, papiloma, displacia e hiperqueratosis, aunque los casos fueron escasos o únicos solo se presentaron en hombres, mientras que el folículo hiperplásico, odontoma, ameloblastoma y Mixofibroma solo en mujeres.

El nevo se presentó con una frecuencia similar en ambos con un 4% en mujeres y 3% en hombres.

Gráfica 9.

Porcentaje de de las lesiones tratadas con biopsia, de acuerdo a sexo, en el servicio social de cirugía bucal de la FES Zaragoza. Periodo 2000-2006.



En la gráfica se puede observar la diferencia de la frecuencia en que se presentaron las lesiones en el sexo femenino y en el masculino.

Nótese que en algunas como es el caso del quiste dentígero la diferencia es elevada, mientras que en otras existe gran similitud en ambos sexos.

Fuente: tabla 9.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de resultados.

Ésta investigación cumple con los objetivos establecidos en su inicio, ya que permite identificar las lesiones que se presentan con mayor frecuencia, por edad y por sexo, estas lesiones son de suma importancia para el Cirujano Dentista ya que son las lesiones con las que probablemente se enfrentará en su práctica profesional y debe estar capacitado para reconocerlas y si es posible atenderlas. El marco teórico de ésta investigación proporciona la información básica sobre cada lesión que se encontró y sobre el protocolo que se sigue en su tratamiento.

También nos permite determinar la terapéutica que se debe realizar en cada lesión, mencionando y describiendo los diferentes tipos de biopsia que hay y describiendo la técnica de los tipos de biopsia que se realizaron con mayor frecuencia en la presente investigación.

Relacionando los resultados presentados en las tablas y gráficas anteriores se encontró lo siguiente:

La edad en que se presenta el mayor número de lesiones es entre los 11 y los 50 años. Este se debe posiblemente a factores asociados como dientes retenidos, ya que el quiste dentígero fue la principal diagnóstico en frecuencia

La variabilidad en cuanto a la presencia de lesiones no es grande en cuanto a edad, sin embargo si varia en cuanto a sexo, donde la diferencia más significativa fue precisamente en el quiste dentígero que se presento en casi el doble de casos en el sexo masculino.

Al detectar las lesiones la mayoría de ellas fue a través de signos clínicos, tal vez dado que las lesiones quísticas fueron mayoría se pensaría que los signos radiográficos ocuparían el 1° lugar sin embargo el resultado se justifica se justifica por la clínica que tienen la mayoría de lesiones, además hay que resaltar que esto también depende de la fase en que se encuentre la lesión y que además no es significativa la diferencia de la detección de lesiones por clínica, radiografía o ambas.

CONCLUSIONES

Conclusiones.

De los resultados obtenidos de la presente investigación podemos concluir que :

- ♣ Los pacientes que con mayor frecuencia requieren de biopsia debido a la presencia de alguna lesión son pacientes que jóvenes de 0 a 30 años y suelen estar relacionadas a dientes retenidos o a traumatismos.
- ♣ Exceptuando el granuloma piógeno y el quiste dentífero la diferencia en la presencia de lesiones en cuanto al sexo no es muy variable, en algunos casos en contradicción con lo que nos dice la literatura.
- ♣ Los pasantes del servicio social de cirugía bucal si cuentan con los conocimientos básicos, suficientes para detectar y diagnosticar por lo menos las lesiones bucales más frecuentes, aunque no hay que olvidar que solo el estudio histopatológico puede confirmar o rechazar éste diagnóstico.
- ♣ Los tipos de biopsia que se realizan con mayor frecuencia en la práctica odontológica son: por curetaje y excisional y podemos decir que su frecuencia va directamente con la proporción de lesiones que se presenten en tejido blando o en tejido duro.
- ♣ Es importante tener en cuenta todos los puntos anteriores para poder brindar una adecuada atención a nuestros pacientes.
- ♣ El cirujano dentista debe hacer énfasis sobre el trabajo inter y multi disciplinario.
- ♣ Es evidente que la patología es un apartado extenso y que si bien como cirujanos dentistas de práctica general no contamos con los conocimientos que tiene un patólogo, por lo menos debemos de saber como enfrentarnos a lo más frecuente, si no para tratarlo, por lo menos poder detectarlo.
- ♣ Es indispensable que como cirujanos dentistas tratemos de estar siempre actualizados, que no dejemos de lado el estudio, la práctica y si es posible la investigación ya que en base a todo esto es que podemos tener un panorama sobre los procesos patológicos a los que se enfrenta la población, mismos que deben ser detectados y si es posible atendidos por nosotros, por que los pacientes que se presentan a consulta son responsabilidad nuestra. Afortunadamente en éste estudio no se presentan lesiones malignas, sin embargo éstas lesiones son una realidad y desafortunadamente si se presenta un incremento conforme pasa el tiempo, debido a factores como son: la alimentación, hábitos nocivos, factores genéticos, virus,

contaminación ambiental, entre otros. Menciono lo anterior porque al menos por ahora difícilmente se nos presente una lesión maligna, pero nadie está exento y es necesario que nos conduzcamos en nuestra práctica de manera ética y responsable porque los pacientes son personas que ponen su salud bucal en nuestras manos y que de nosotros depende su cuidado porque el no examinar de manera adecuada a un paciente, puede hacer que pasemos por alto no solo una lesión maligna, sino una lesión que de ser detectada en un estadio precoz puede evitar su extensión, complicaciones e incluso su cambio hacia una maligna.

- ♣ Es claro que solo debemos manejar lesiones, y realizar tratamientos que estén dentro de nuestras capacidades, los casos que no estén dentro de nuestras capacidades atenderlo deben de ser canalizados a especialistas como un cirujano bucal, maxilofacial e incluso un oncólogo y todas las lesiones manejarlas en conjunto con el patólogo, pero es necesario que por lo menos las detectemos.

- ♣ Es una realidad que en la práctica odontológica diaria se retiran lesiones y/o tejidos que deberían ser mandados a un estudio histopatológico, sin embargo a muchos de los casos pasan desapercibidos y en otros no se manda a realizar este estudio. Depende de las nuevas generaciones que esto cambie y que se realice una práctica odontológica responsable, ética y de mejor calidad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2005-2006.

Actividad Mes	Sep-feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Octubre	Nov	Dic	Enero
Selección del título.	*											
Aprobación del título.		*	*	*	*	*		*				
Investigación documental.		*	*	*	*	*		*	*			
Recopilación de información.								*	*			
Elaboración del protocolo.								*	*	*		
Integración de la información									*	*		
Análisis de los resultados.									*	*		
Término del proyecto.									*	*		

BIBLIOGRAFÍA:

1. González RJ, Ovalle CJ. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral. Rev. ADM.may-jun 1994;LI:3:135-148.
2. Solís CM, Hernández PR,Rivera TL.Lesiones bucales de mayor frecuencia en la unidad de patología de la FES Zaragoza. Prác odont.jul-sep 1997;L:3:15-19
3. López JP. La biopsia en odontoestomatología, descripción de la técnica mediante utilización del punch.rev.europea de odontoestomatología. May-jun 1994;VI:147-150.
4. Zegarelli VE, Kutscher HA. Diagnóstico en patología oral.2°ed. Barcelona: Salvat editores,1982:203-207.
5. Grispan D. Enfermedades de la boca, semiología, patología clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Argentina: Mundi,1970: tomo I: 24-30.
6. Reichart AP, Hans PP. Atlas de patología oral. 2°ed. Barcelona: masson, 2000:10-14.
7. Nicolossi LN. Semiología en la práctica de la odontología. Chile: Mc GrawHill, 2000:3-12.
8. Mc Carthy LP , Shklar Gerald. Enfermedades de la mucosa bucal. 2°ed. Argentina: Elateneo,1985:1-15
9. Ries CG. Cirugía bucal, patología clínica y terapéutica. Argentina: El ateneo, 1987:29-.....35.
10. Gómez FME, Campos MA. Histología y embriología bucodental, bases estructuralesde la patología, el diagnóstico, la terapéutica y la prevención odontológica.2° ed.España: Médica panamericana, 2002:
11. Wood KN, Goaz NP. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales.5°ed. Madrid: Harcourt brace mosby,1999:13-16.
12. Chiapasco M. Cirugía oral, texto y atlas a color. Milano:Masson,2002:55-70,14-176.
13. Passer FA. Atlas de radiología odontológica. Asturias:Salvat y Masson , 1992:39-51.
14. Donald AK, Major MA. Diagnóstico bucal.4°ed. Buenos aires: Mundi,1976:283-349.
15. Junta JL . Patología bucal.3°ed. México: Interamericana, 1992: 32-45

16. Aguinaldo FB, Rosa JE. Radiología odontológica. Sao Pablo: Artes médicasLatinoamérica, 2002:532, 497,510.
17. De Lucas TM. Medicina oral. Barcelona: Salvat,1988: 65-89, 121-142, 265-275.
18. Eversole LR. Patología bucal, diagnóstico y tratamiento. Argentina: Médicapanamericana,1991:1-5.
19. Saap EL. Patología bucal. 2° ed. España: Mc Graw Hill, 2000: 119-135,157-193,449.
20. Shaffer. Patología oral. España. Médica panamericana,1983: 83-99.
21. Regezi JA . patología bucal. 2° ed. México. Interamericana, 1995:97-125, 334-394,413-422.
22. Zegarelli EV, Kutscher AH. Diagnóstico en patología oral. 2°ed. Barcelona. Salvat,1982:197-299
23. Cabrera GA, Gálvez RG, Barona CJ. Tratamiento del fenómeno de extravasaciónmucosa. Rev . Red dental, marzo-abril, 2005:n°16:4-7.
24. Bermuda AL. Atlas de cirugía oral. España. Gutenberg, 2001:59-70, 141-150.
25. Thoma GR, Goldman MH. Patología oral. 2°ed. Barcelona:Salvat, 1980:486-489.
26. Gay EC. Cirugía bucal. Madrid: ergón,1999: 15-33, 73,74
27. Solís CA, Gálvez RG, Palacios D. Manual de citología exfoliativa y biopsia. México. UNAM, 2001:37-66.
28. Pattyson LG. Instrumentación en periodoncia. 4° ed. España:Médica panamericana,1985: 66-74.
29. Archundia GA. Cirugía , educación quirúrgica. México: Mc Graw Hill,2002: 158,159,164-169,172-179,189-195.
30. Gómez PA. técnicas quirúrgicas de cabeza y cuello. México: interamericana,1967:7-30.

¿Tiene alguna complicación, por ejemplo?
Sí () No ()
Fecha: _____

¿Ha sido trasladado?
Sí () No () Fecha: _____

¿Ha sido trasladado de su hogar a dónde?
Sí () No ()
Fecha: _____

¿Ha sufrido traumatismos en las últimas 24 horas?
Sí () No () Descripción: _____

V. PADECIMIENTO ACTUAL

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

RESPIRATORIO. En los siguientes cuadros describa sus síntomas.

TIPO DE RESPIRACION	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
Superficial		
Ruidosa		
Entubada		
Alargada		
Intermitente		
En la respiración espontánea		
En tubo		
En intubación		

TIPO DE VOZ	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
Entubada		
En intubación		

TIPO DE PALPACION	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
En intubación		

5

RESPIRATORIO	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
Superficial		
Ruidosa		
Entubada		
Alargada		
Intermitente		
En la respiración espontánea		
En tubo		
En intubación		

VOZ	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
Entubada		
En intubación		

VOZ	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
En intubación		

6

Paladar: () Color: ()
Alimentación de estar: () Físico: () Clínica: () Examen: () Médico: () Nervios: ()
Describe tamaño, forma y ubicación de color anormal.

EXPLORACION DE GLOTO Y CUELLO. En caso de alteración, señale con una X la característica presentada en las tablas siguientes.

Color de Cuello	Forma	Color	Forma	Urtido	Rugoso	Alargado	Cuello
Normal							
Alterado							

EXPLORACION DE BARRIBIOS

Se palpa: () No ()

INSPECCIONES. En caso de ver posibles lesiones en el cuadro las características presentadas en

Características	Color	Tamaño	Forma	Consistencia	Movilidad	Esperma	Apertura
Normal							
Alterada							

EXPLORACION DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES

Indica con X por separado cuando se observan las siguientes alteraciones:

ALTERACION	Con dolor	Sin dolor	Con dolor	Sin dolor
Crepitación				
Limitación				
Abertura				
Función				

ALTERACION	Con dolor	Sin dolor	Con dolor	Sin dolor
Crepitación				
Limitación				
Abertura				
Función				

INDICE EPIDEMIOLOGICO DE ATN:

PUNTEO: (1 = Presente, 0 = Ausente)
 1. ANAMNESIS
 2. EXAMEN
 3. FÍSICO
 4. INVESTIGACION DE LA CAUSA
 5. EXAMEN DE LABORATORIO
 6. TRATAMIENTO

RESPIRATORIO	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
Superficial		
Ruidosa		
Entubada		
Alargada		
Intermitente		
En la respiración espontánea		
En tubo		
En intubación		

VOZ	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
Entubada		
En intubación		

VOZ	PREVALENCIA	TIEMPO DE EVOLUCION
Normal		
Alterada		
En intubación		

INSTRUCCIONES: Complete la siguiente información, o en su caso marque con una X el dato que sea positivo.

Medicamentos utilizados: _____

Frecuencia de uso: _____

Nombre: _____

VI. EXPLORACION FISICA

INSPECCION

ACTIVO DEL PACIENTE: (Considerar presencia o ausencia de:)

BARRIBIOS: () Color: () Tamaño: () Forma: () Consistencia: () Movilidad: () Esperma: () Apertura: () Función: ()

Paladar: () Color: ()
 Frecuencia respiratoria: () min
 Temperatura: () °C

SOBREPESO: Peso () Kg, Talla () cm

EXPLORACION DE CABEZA Y CUELLO

Cara: ()
 Ojos: ()
 Oídos: ()
 Nariz: ()
 Boca: ()
 Garganta: ()
 Cuello: ()
 Mamas: ()
 Genitales: ()
 Anus: ()
 Extremidades: ()
 Signos vitales: ()

SELECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO (PTM) DE TUBERCULOSIS

REQUISITOS: Debe ser el estado de salud de acuerdo a los datos.

Clases: 1. **Clase I:** Pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar, sin complicaciones, sin antecedentes de TBC, sin antecedentes de tratamiento con fármacos antituberculosos. 2. **Clase II:** Pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar, con antecedentes de TBC, sin antecedentes de tratamiento con fármacos antituberculosos. 3. **Clase III:** Pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar, con antecedentes de TBC, con antecedentes de tratamiento con fármacos antituberculosos.

Programa control de TBC: 1. **Programa control de TBC:** 2FA/ZE/10. 2. **Programa control de TBC:** 2FA/ZE/10. 3. **Programa control de TBC:** 2FA/ZE/10.

Ensayos de 10 días de uso: 1. **Ensayo 1:** 2FA/ZE/10. 2. **Ensayo 2:** 2FA/ZE/10. 3. **Ensayo 3:** 2FA/ZE/10.

EXPLORACIÓN DE TUBERCULOSIS: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

EXPLORACIÓN DE GLANDINAS SALIVALES: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

OCULOS: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice epidemiológico de las lesiones de tórax: 1. LEVE (menor de 2 cm). 2. MODERADA O SEVERA (mayor de 2 cm).

EXPLORACIÓN SINTOMÁTICA: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice epidemiológico de las lesiones de tórax: 1. LEVE (menor de 2 cm). 2. MODERADA O SEVERA (mayor de 2 cm).

EXPLORACIÓN SINTOMÁTICA: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice epidemiológico de las lesiones de tórax: 1. LEVE (menor de 2 cm). 2. MODERADA O SEVERA (mayor de 2 cm).

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.


Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

Índice de placa bacteriana: Historia clínica, Examen físico, Radiografía de tórax, Laboratorio, etc.

ANEXO 2



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Cirujano Dentista

Unidad de Patología Oral
Solicitud de Estudio Histopatológico

I. Fecha: _____ II. No. de Biopsia: _____

III. Nombre del Paciente: _____ IV. Edad: _____ V. Sexo: _____

Dirección: _____ Tel: _____

Dr. Solicitante: _____

Dirección, Clínica o Grupo: _____ Tel: _____

VI. Datos de la lesión

1. Lesión elemental: _____

2. Forma: _____

3. Color: _____

4. Tamaño: _____

5. Consistencia: _____

6. Dura: _____

7. Superficie: _____

8. Bordes: _____

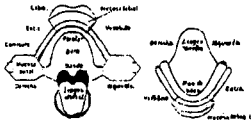

9. Sintomatología asociada: _____

10. Localización: _____

11. Imagen radiográfica: () Radiolúcida () Radiopaca
() Mixta () Unilocular () Multilocular
() Bordes bien definidos () Bordes difusos
Otro: _____

VII. Vinculación Sistémica: SI () No ()
Especifique: _____

VIII. Lesión detectada por: () Paciente
() Cirujano dentista () C. Masofacial
Otro especifique: _____





IX. Tiempo de evolución: () Días () Semanas
() Meses () Años () No se sabe

X. Tipo de Biopsia: () Incisional () Excisional () Otra

XI. Diagnóstico Presuntivo: _____

XII. Observaciones: _____



Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"
Carrera de Cirujano Dentista
Unidad de Patología Oral
Estudio Histopatológico

Núm. de Estudio: _____ Fecha de recepción: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dr(a) Solicitante: _____

Tipo de Biopsia: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Descripción Macroscópica: _____

Descripción Microscópica: _____

Diagnóstico ICD-9: S2. _____

C.D. Mtra. Alba Sofía Crespo
Patóloga Bucal

Observaciones: _____

ANEXO 3

Registro de pacientes atendidos por biopsia en el servicio social de cirugía bucal.
Periodo 2000-2006.

Sexo femenino

	EDAD	Nº DE LESIONES	SIGNOS CL	SIGNOS RX	TIPO DE LESIÓN
1	50	1	Tumefacción y proliferación de tejido		Reactiva
2	22	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Tumoral
3	62	1			Tumoral
4	50	1	_____	_____	_____
5	62	1	Leucoplasia		_____
6	64	1	Aumento de volumen pediculado		Tumoral
7	7	1		Radiopacidad	Tumoral
8	20	1		Radiolucidez	Reactiva
9	12	1		Radiolucidez	Reactiva
10	13	1		Radiolucidez	Reactiva
11	21	1		Radiolucidez	Reactiva
12	18	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
13	30	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva

14	46	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
15	40	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
16	63	1	Mácula		Discromía
17	20	1	Mácula		Discromía
18	27	1	Mácula		Discromía
19	42	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
20	50	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
21	7	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
22	40	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
23	28	1	Inflamación,dolor, secreción	Zona radiolúcida delimitada	Quística
24	13	1	Inflamación,dolor, secreción	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
25	18	1	Inflamación,dolor, secreción	Zona radiolúcida delimitada	Quística
26	18	1	Inflamación,dolor, secreción	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
27	17	1	Inflamación,dolor, secreción	Zona radiolúcida delimitada	Quística
28	48	1	Inflamación,dolor, secreción	Radiotransparencia bien delimitada	Reactiva
29	34	1	Inflamación,dolor, secreción	Radiotransparencia bien delimitada	Reactiva

30	46	1	Inflamación, dolor, secreción	Radiotransparencia bien delimitada	Reactiva
31	50	1	Resto radicular	Zona radiolúcida delimitada	Quística
32	46	1	Resto radicular	Zona radiolúcida delimitada	Quística
33	38	1	Resto radicular	Zona radiolúcida delimitada	Quística
34	33	1	Resto radicular	Zona radiolúcida delimitada	Quística
35	34	1	Aumento de volumen gingival delimitado		Reactiva

	BIOPSIA	EDAD	DX CLÍNICO 1		DX CLÍNICO 2		DX HISTOPATOLÓGICO
1	Excisional	50	Épulis f.	✓			Épulis f.
2	Curetaje	22	Queratoquiste	x	Ameloblastoma	✓	Ameloblastoma Q
3	Curetaje	62	Cementoma	x	Odontoma	x	Osteoma
4	P y asp.	50	Quiste residual	x	—————		Contenido hem.
5	Incisional	62	Leucoplasia	x	—————		Displacia severa
6	Excisional	64	Lipoma	x	Condroma	x	Mixofibroma
7	Curetaje	7	Odontoma	✓	—————		Odontoma compuesto
8	Curetaje	20	Saco hiperplásico	✓	—————		Folículo hiperplásico
9	Curetaje	12	Quiste dentígero	x	—————		Folículo hiperplásico
10	Curetaje	13	Folículo hiperplásico	✓	Quiste dentígero	x	Folículo hiperplásico
11	Curetaje	21	Folículo hiperplásico	✓	Quiste dentígero	x	Folículo hiperplásico
12	Excisional	18	Hiperplasia gingival	x	Granuloma piógeno	✓	Granuloma piógeno
13	Excisional	30	Granuloma piógeno	✓	—————		Granuloma piógeno

14	Excisional	46	Granuloma piógeno	✓	_____		Granuloma piógeno
15	Excisional	40	Granuloma piógeno	✓	Gr. de cel. gigantes	x	Granuloma piógeno
16	Excisional	63	Mácula melánica	x	Nevo pigmentado	✓	Nevo pig. Intraepitelial
17	Excisional	20	Mácula melánica	x	Nevo pigmentado	✓	Nevo pig. Intradérmico
18	Excisional	27	Pigmentación melánica	x	_____		Nevo azul
19	Excisional	22	Hiperplasia fibrosa	✓	_____		Hiperplasia fibrosa
20	Excisional	50	Hiperplasia fibrosa	✓	_____		Hiperplasia fibrosa
21	Excisional	7	Hiperplasia fibrosa	✓	_____		Hiperplasia fibrosa
22	Excisional	40	Hiperplasia fibrosa	✓	_____		Hiperplasia fibrosa
23	Curetaje	28	Quiste dentigero	✓	_____		Quiste dentigero
24	Curetaje	13	Quiste dentigero	✓	_____		Quiste dentigero
25	Curetaje	18	Quiste dentigero	✓	_____		Quiste dentigero
26	Curetaje	18	Quiste dentigero	✓	Folículo hiperplásico	x	Quiste dentigero
27	Curetaje	17	Folículo hiperplásico	x	Quiste dentigero	✓	Quiste dentigero

28	Curetaje	48	Granuloma apical	✓	Quiste apical	x	Granuloma apical
29	Curetaje	34	Granuloma apical	✓	—————		Granuloma apical
30	Curetaje	46	Granuloma apical	✓	Quiste apical	x	Granuloma apical
31	Curetaje	50	Granuloma apical	x	—————		Quiste apical
32	Curetaje	46	Granuloma apical	x	Quiste apical	✓	Quiste apical
33	Curetaje	38	Abceso periodontal	x	Quiste lateral	x	Quiste apical
34	Curetaje	33	Granuloma apical	x	Quiste apical	✓	Quiste apical
35	Excisional	34	Granuloma piógeno	✓	—————		Granuloma piógeno

Registro de pacientes atendidos por biopsia en el servicio social de cirugía bucal.
Periodo 2000-2006.

Sexo masculino

	EDAD	Nº DE LESIONES	SIGNOS CL	SIGNOS RX	TIPO DE LESIÓN
1	13	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
2	10	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
3	15	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
4	15	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
5	24	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
6	s/e	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
7	11	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
8	17	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
9	10	1	Inflamación asociada a una retención	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
10	28	1	Dolor, secreción	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
11	41	1	Resto radicular	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
12	69	1	Inflamación, dolor, secreción		Reactiva
13	72	1	Restos radiculares	Radiotransparencia bien delimitada	Quística
14	38	1	Mácula		Discromía
15	19	1	Mácula		Discromis
16	52	1	Aumento de volumen en carrillo delimitado		Reactiva

17	98	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
18	47	1	Aumento de volumen en relación a su prótesis		Reactiva
19	55	1	Aumento de volumen fibroso pequeño		Reactiva
20	13	1	Aumento de volumen en carrillo delimitado		Reactiva
21	25	1	Aumento de volumen pediculado		Reactiva
22	10	1	Tumefacción en labio		Reactiva
23	23	1	Tumefacción en fondo de saco		Reactiva
24	31	1	Resto radicular		Reactiva
25	75	1	Inflamación, dolor, secreción		Reactiva
26	s/e	1	Resto radicular		Reactiva
27	9	1		Radiopacidad	Tumoral
28	20	1		Radiolucidez	Tumoral
29	65	1	Aumento de volumen pequeño y difuso rojizo		Reactiva
30	12	1	Aumento de volumen pediculado en encía		Reactiva
31	10	1	Pequeño aumento de volumen con pequeños lobulitos		Neoplásica
32	46	1	Dolor, secreción, inflamación, ausencia de un molar	Radiolucidez difusa	Quística
33	46	1	Zona blanquecina difusa		Discromía
34	29	1	-----	-----	-----
35	44	1	Dolor, secreción, inflamación	Radiolucidez delimitada	Quística

	BIOPSIA	EDAD	DX CLÍNICO 1		DX CLÍNICO 2		DX HISTOPATOLÓGICO
1	Excisional	13	Folículo hiperplásico	x	Quiste dentigero	✓	Quiste dentigero
2	Curetaje	10	Folículo hiperplásico	x			Quiste dentigero
3	Curetaje	15	Quiste dentigero	✓			Quiste dentigero
4	Curetaje	15	Saco pericoronario	x			Quiste dentigero
5	Curetaje	24	Folículo hiperplásico	x			Quiste dentigero infectado
6	Curetaje	s/e	Quiste osteotraumático	x		✓	Quiste dentigero
7	Curetaje	11	Folículo hiperplásico	x	Quiste dentigero	✓	Quiste dentigero
8	Curetaje	17	Folículo hiperplásico	x			Quiste dentigero
9	Curetaje	10	Folículo hiperplásico	x	Quiste dentigero	✓	Quiste dentigero
10	Curetaje	28	Granuloma apical	x	Abceso apical	x	Quiste apical
11	Curetaje	41	Quiste apical	✓	Granuloma apical	x	Quiste apical
12	Curetaje	69	Abceso apical	x	Granuloma apical	✓	Granuloma apical
13	Curetaje	72	Granuloma apical	x			Quiste apical
14	Curetaje	38	Mácula melanótica	x	Nevo	✓	Nevo intramucoso
15	Excisional	19	Mácula melánica	x			Nevo pig. Intramucoso
16	Excisional	52	Fibroma	x			Hiperplasia fibrosa

17	Excisional	98	Hiperplasia fibrosa	✓			Hiperplasia fibrosa
18	Excisional	47	Épulis fisurado	✓			Épulis fisurado
19	Excisional	55	Hiperplasia fibrosa	✓	Cicatriz hiperplásica	x	Hiperplasia fibrosa
20	Excisional	13	Hiperplasia fibrosa traumática	✓			Hiperplasia fibrosa
21	Excisional	25	Fibroma	✓			Hiperplasia fibrosa
22	Excisional	10	Mucocele	✓			Mucocele
23	Excisional	23	Mucocele	✓	Quiste lateral	x	Mucocele
24	Excisional	31	Granuloma apical	✓			Granuloma apical
25	Curetaje	75	Granuloma apical	✓			Granuloma apical
26	Curetaje	s/e	Granuloma apical	✓	Quiste apical	x	Granuloma apical
27	Curetaje	9	Odontoma	x			Fibroma odontogénico
28	Curetaje	20	Folículo hiperplásico	x			Fibroma odontogénico
29	Curetaje	65	Pénfigo	x			Mucositis
30	Excisional	12	Hiperplasia gingival	x			Granuloma piógeno
31	Excisional	10	Hiperplasia fibrosa	x	Papiloma	✓	Papiloma
32	Excisional	46	Secuestro óseo	x	Tejido de granulación	x	Quiste residual
33	Incisional	46	Carcinoma epidermoide	x			Hiperqueratosis c/ displasia leve

34	Curetaje	29	Quiste	x			s/elementos neoplásicos
35	Curetaje	44	Granuloma apical	x	Quiste apical	✓	Quiste apical infectado