



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS BUCOMAXILOFACIALES  
DIAGNOSTICADAS HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE  
BIOPSIA EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA  
DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
DEL 2010 AL 2015**

**PRESENTADA POR  
HOSTING BARRÍA RODRIGUEZ**

**ASESOR:  
WALTER FLORES CUETO**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

La autora permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**

UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS  
BUCOMAXILOFACIALES DIAGNOSTICADAS  
HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE BIOPSIA EN EL  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
DEL 2010 AL 2015**

**TESIS**

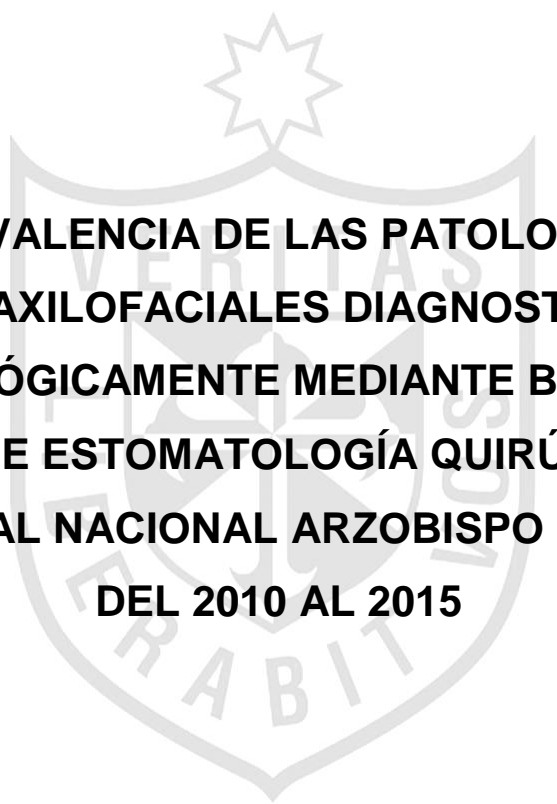
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**HOSTING BARRÍA RODRIGUEZ**

LIMA- PERÚ

2017



**PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS  
BUCOMAXILOFACIALES DIAGNOSTICADAS  
HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE BIOPSIA EN EL  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
DEL 2010 AL 2015**

**ASESOR:**

DR. WALTER FLORES CUETO



**JURADO:**

CD. ESP. ATILIO SANTOS RIVAS

Presidente del Jurado

DR. WALTER FLORES CUETO

Vocal

DR. JUAN CARLOS ROSELL BARRERA

Vocal



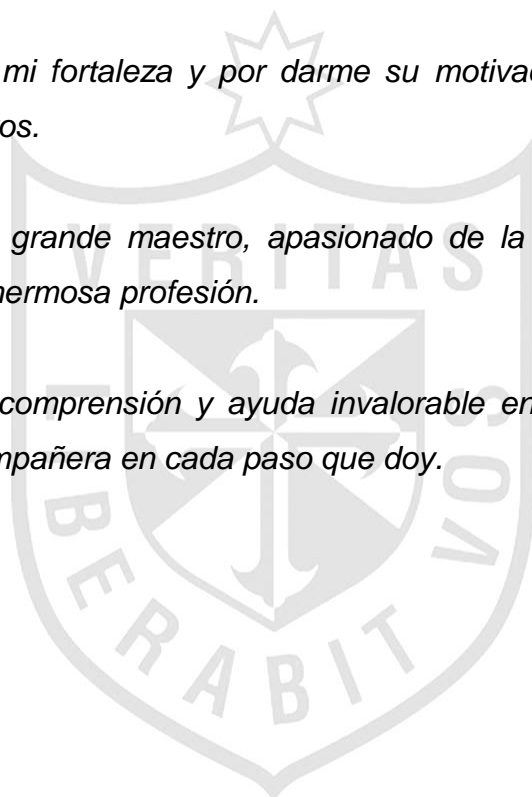
## DEDICATORIA

*A Dios por acompañarme siempre y haber guiado estos años de vida universitaria.*

*A mi madre por ser mi fortaleza y por darme su motivación constante para no desistir de mis objetivos.*

*A mi padre, mi más grande maestro, apasionado de la Odontología, de quien aprendí a amar esta hermosa profesión.*

*A Consuelo, por su comprensión y ayuda invaluable en la realización de esta tesis, y por ser mi compañera en cada paso que doy.*



## **AGRADECIMIENTOS**

*A los asistentes cirujanos bucales y maxilofaciales del servicio de Estomatología Quirúrgica, a la jefatura y personal del departamento de Anatomía Patológica y a la jefatura y personal del departamento de Estadística y Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por todo el apoyo brindado para la ejecución del presente trabajo de investigación.*

*Agradecimiento al Esp. C.D Hosting Barría Angulo, mi padre, por su asesoramiento en la realización del trabajo, y enseñarme que la perseverancia es clave para lograr los objetivos.*

*Agradecimiento al Dr. C.D Walter Flores Cueto, por brindarme la asesoría en el desarrollo de la presente investigación, con orientación y supervisión continua.*



## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
• Planteamiento del problema.....	4
• Formulación del problema.....	5
• Objetivos.....	5
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO .....	7
• Antecedentes .....	7
• Marco teórico .....	20
• Definiciones conceptuales .....	43
CAPÍTULO II HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	45
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	50
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	88
CONCLUSIONES.....	101
RECOMENDACIONES.....	103

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	110



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia durante el periodo 2010-2015 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Materiales y Métodos:** El diseño de la investigación fue retrospectivo, observacional, descriptivo, y transversal, en una población constituida por todas las biopsias de cavidad bucal con diagnóstico de alguna patología, realizadas en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y reportadas en los libros de procedimientos quirúrgicos comprendidos entre los años 2010 y 2015.

**Resultados:** El tipo de biopsia prevalente fue la biopsia incisional con 64.46%. Las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia fueron: enfermedad de Sjögren, 35.04%; quiste de retención mucoso, 7.01%; fibroma traumático, 6.88%; granuloma periapical, 5.51%; hiperplasia fibrosa traumática (épolis fisurado), 4.38%; granuloma piógeno, 4.13%; quiste periapical, 3.88%; tumor odontogénico queratoquístico, 2.88%; carcinoma epidermoide, 2.75%; amiloidosis, 2.75% y lesiones por virus del papiloma humano, 2.75%. Las patologías bucomaxilofaciales prevalentes según la clasificación definida en el presente estudio fueron las enfermedades de origen inmunitario con 39.30% y las lesiones reactivas con 24.53%. La localización anatómica prevalente de las biopsias de patologías bucomaxilofaciales fue la mucosa labial con 46.56%. La prevalencia de cáncer bucal fue de 4.38% del total de patologías.

**Conclusiones:** Se concluyó que las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia fueron: enfermedad de Sjögren, quiste de retención mucoso, fibroma traumático, granuloma periapical, hiperplasia fibrosa traumática (épolis fisurado), granuloma piógeno, quiste periapical, tumor odontogénico queratoquístico, carcinoma epidermoide, amiloidosis y lesiones por virus del papiloma humano. Las enfermedades de origen inmunitario y las lesiones reactivas fueron las prevalentes. El tipo de biopsia prevalente fue la biopsia incisional.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of bucomaxillofacial pathologies diagnosed histopathologically by biopsy during the period 2010 - 2015 in the Service of Surgical Stomatology of the Arzobispo Loayza National Hospital.

**Materials and Methods:** The research design was retrospective, observational, descriptive, and transversal, in a population constituted by all biopsies of oral cavity with diagnosis of some pathology, performed in the Service of Surgical Stomatology of the Arzobispo Loayza National Hospital and reported in the books of surgical procedures between the years 2010 and 2015.

**Results:** The type of biopsy prevalent was the incisional biopsy with 64.46%. The most prevalent bucomaxillofacial pathologies diagnosed histopathologically by biopsy were: Sjögren's disease, 35.04%; mucous retention cyst, 7.01%; traumatic fibroma, 6.88%; periapical granuloma, 5.51%; traumatic fibrous hyperplasia (fissured epulis), 4.38%; pyogenic granuloma; 4.13%; periapical cyst, 3.88%; odontogenic keratocyst tumor, 2.88%; epidermoid carcinoma, 2.75%; amyloidosis, 2.75% and human papillomavirus lesions, 2.75%. The prevalent bucomaxillofacial pathologies according to the classification defined in the present study were diseases of immune origin with 39.30% and reactive lesions with 24.53%. The predominant anatomical location of the biopsies of bucomaxillofacial pathologies was the labial mucosa with 46.56%. Prevalence of oral cancer was 4.38% of all pathologies diagnosed by biopsy.

**Conclusions:** It was concluded that the most prevalent bucomaxillofacial pathologies diagnosed histopathologically by biopsy were: Sjögren's disease, mucous retention cyst, traumatic fibroma, periapical granuloma, traumatic fibrous hyperplasia (fissured epulis), pyogenic granuloma, periapical cyst, odontogenic keratocyst tumor, epidermoid carcinoma, amyloidosis and human papillomavirus lesions. Immunologic diseases and reactive lesions were prevalent. The type of biopsy prevalent was incisional biopsy.

## INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático, sus estructuras y especialmente la cavidad bucal puede desarrollar un sinnúmero de patologías, y a su vez dar lugar a manifestaciones de enfermedades sistémicas; existiendo así patologías de índole tumoral, infecciosa, reactiva, autoinmune, entre otras, que precisan por lo general de la biopsia para obtener un diagnóstico definitivo.

A veces el cuadro clínico puede simular lesiones diversas, que solamente el examen histopatológico puede determinar, recurriendo de esta manera a la biopsia (1), permitiendo adoptar la adecuada conducta de tratamiento. Se considera que la biopsia efectuada por dentistas constituye un importante procedimiento en el diagnóstico precoz de muchas patologías, incluyendo el cáncer oral (2).

Estas patologías suelen ignorarse y no se reportan en los estudios de prevalencia de enfermedades bucales, prueba de ello es que en el contexto de información científica nacional no existe información alguna que refleje la prevalencia de la diversidad de patologías distintas a aquellas ya conocidas de alta prevalencia (caries y enfermedad periodontal), brindando información sesgada por parte del cirujano dentista, abandonando labor y responsabilidad de su competencia. Esta situación conlleva a una interpretación errónea en la población e incluso en la comunidad odontológica respecto a las enfermedades que puede presentarse en el territorio bucomaxilofacial, precisamente en la cavidad bucal.

Por lo tanto la presente investigación pretende originar información clínico epidemiológica de las patologías de la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsia, para que el cirujano dentista, como encargado de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del sistema estomatognático, pueda estar informado y actualizado científicamente sobre las patologías bucomaxilofaciales que con mayor frecuencia encontrará en la consulta.

## **Planteamiento del problema:**

Si bien es cierto que la enfermedad periodontal y la caries siguen siendo las enfermedades bucales prevalentes, como lo demuestran múltiples estudios, incluyendo en la realidad nacional (3, 4), en las estructuras blandas y óseas de la cavidad bucal se presentan patologías diversas, las cuales no son raras ni infrecuentes según diversos reportes (5, 6, 7, 8) y como pudo observarse en esta investigación. Sin embargo en el contexto de información científica nacional no existe información alguna que refleje la prevalencia de la diversidad de patologías ajenas a aquellas ya conocidas de alta prevalencia (caries y enfermedad periodontal). Estas patologías suelen ignorarse y no se reportan en los estudios de prevalencia de enfermedades bucales.

Esta situación conlleva a una interpretación sesgada en la población e incluso en la comunidad odontológica respecto al concepto de salud bucal, reduciéndolo a la presencia o ausencia de caries y de procesos periodontales, Por lo anteriormente expuesto, existen en el aparato masticatorio patologías de índole tumoral, infecciosa, reactiva, autoinmune, entre otras, cuyo diagnóstico definitivo requiere inevitablemente la necesidad de una biopsia

Debido a que el cirujano dentista es el encargado de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del aparato masticatorio tiene la responsabilidad de estar informado y actualizado científicamente sobre las patologías bucomaxilofaciales que con mayor frecuencia encontrará en la consulta, de manera que oriente, trate o derive el caso al especialista indicado.

Durante las oportunidades de pasantías y el internado hospitalario de la Universidad de San Martín de Porres, en la rotación por el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se pudo observar gran número de consultas por diversas lesiones y patologías bucales, distintas a la caries y enfermedad periodontal, las que por lo general condujeron a una biopsia para su diagnóstico. Estos hechos observados motivaron el interés del investigador para la realización del presente trabajo, con el objeto de definir la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales, debido a que no existe estudio a nivel nacional de prevalencia de todas las patologías de la cavidad bucal.

## **Formulación del Problema**

¿Cuál es la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia durante el periodo 2010 - 2015 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General:**

- Determinar la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia durante el periodo 2010 - 2015 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar la prevalencia de tipos de biopsias bucales realizadas.
- Determinar las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia.
- Determinar la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia según clasificación.
- Determinar la distribución de patologías bucomaxilofaciales prevalentes diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia según sexo.
- Determinar la distribución de patologías bucomaxilofaciales prevalentes diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia según edad.
- Determinar la distribución de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia según localización.
- Determinar la prevalencia de lesiones potencialmente malignas en las patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia.

- Determinar la prevalencia del cáncer bucal en las patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia.



## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO

#### Antecedentes

- **Lemus J. (2015) (6)**, analizó la prevalencia de lesiones reportadas en los estudios histopatológicos revisados por la junta de Patología Oral de la Universidad Autónoma de Manizales, durante un periodo de 10 años. Es un estudio descriptivo retrospectivo de 2.564 casos registrados y analizados en la junta de patología oral del programa de odontología de la UAM. El análisis se realizó a partir los diagnósticos histopatológicos con un enfoque epidemiológico. Se analizó un periodo de 10 años, entre el 2003 y el 2012. Las conclusiones que se obtuvieron fueron que las patologías más frecuentes son los procesos reactivos, los procesos infecciosos se presentan con mayor frecuencia en las primeras décadas de la vida, la mayor cantidad de biopsias correspondieron a glándulas salivares menores, la mayor parte de las biopsias de lesiones orales son realizadas por odontólogos y las muestras tomadas de cavidad oral son con mayor frecuencia biopsias excisionales.
- **Carrasco C. (2003) (7)**, tuvo como objetivo determinar la frecuencia de los distintos tipos de lesiones de la cavidad oral, maxilares y glándulas salivales e identificar las más prevalentes. Se realizó un estudio epidemiológico de tipo descriptivo. Para ello se acudió a la unidad de anatomopatología del Hospital Regional de Talca y Hospital Base Curicó, donde se realizó un recuento del total de biopsias existentes en los registros de dichos centros asistenciales, entre enero de 1993 y mayo de 2003. Se concluyó que las tres lesiones más prevalentes fueron el pseudofibroma irritativo (10,72%), el mucocele (9,79%) y granuloma piógeno (9,67 %).
- **Gomez R. (2008) (10)**, realizó un estudio cuyo objetivo fue establecer cuáles son la lesiones bucales más frecuentes en la población de San

Francisco del Rincón y definir sus características clínicas. El tipo de estudio es transversal descriptivo. El universo de trabajo fueron los pacientes de la consulta privada del autor y referidos por otros odontólogos y clínicas rurales de 1 de enero de 1996 al 31 de enero del 2006. Se tomaron todos los casos consecutivos que se presentaron en un periodo de 10 años. Se concluyó que las lesiones más frecuentes encontradas en este estudio son de origen infeccioso, traumático e irritativo.

- **Ovalle J. (2000) (8)**, realizó una investigación con el objetivo de establecer la prevalencia de las lesiones histopatológicas bucales definiendo sus características clínicas de pacientes en la Región del Bajío, México, durante un periodo de seis años (agosto, de 1990 a diciembre de 1996). Se revisaron los registros de diagnósticos histopatológicos efectuado por el autor, de las lesiones diagnosticadas en el Centro Universitario Regional de Patología Oral con el propósito de obtener la información epidemiológica correspondiente. Durante el lapso del estudio, se efectuaron un total de 1,047 biopsias, predominando el sexo femenino y los pacientes de la década de los 20-29 años, participaron 18 instituciones canalizando sus biopsias para el diagnóstico histopatológico correspondiente, donde las universidades de la región aportaron el 53% de los mismos. Se diagnosticaron 300 lesiones diferentes, el granuloma periapical crónico infectado fue la lesión más frecuente. Las lesiones odontogénicas prevalecieron. Las lesiones malignas representaron el 3.63% del total de las biopsias, siendo el carcinoma epidermoide, la lesión maligna más frecuente.
- **Romero E, et al. (2009) (5)**, tuvieron como objetivo de su investigación presentar datos sobre el diagnóstico histopatológico que se realizó en el Departamento de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México, durante el periodo 1989 a 2008. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico, de tipo censal. Los casos a incluir son los presentados durante los años anteriormente señalados y que cuentan con el diagnóstico

histopatológico correspondiente. La información fue tomada del libro de registro de biopsias y pasada a una forma diseñada para tal efecto por los autores, una vez realizada la asignación de códigos, se capturan en una base de datos creada y procesada) para la determinación de frecuencias y tablas. De 2 183 biopsias, las lesiones de tejido óseo comprendieron 637 casos (29,2 %) y las de tejido blando sumaron 1 529 (70,0 %), de tejido dental se procesaron 17 muestras (0,8 %). Los diagnósticos más frecuentes para tejido óseo fueron: granuloma periapical, quiste periapical, quiste dentígero y queratociste odontogénico (tumor odontogénico queratocístico). Los diagnósticos más frecuentes de tejido blando fueron: fibroma, granuloma piógeno, mucocele, carcinoma epidermoide y papiloma.

- **Silva J, et al. (2014) (11)**, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de las lesiones orales diagnosticada en la clínica dental de la universidad en la ciudad de Montes Claros MG, Brasil. Se trata de un estudio descriptivo, realizado en pacientes con la asistencia de Clínica de Diagnóstico Oral, Departamento de Facultades de Odontología Estados Mina Norte desde febrero de 2010 hasta julio de 2012. Se tomó en cuenta: características sociodemográficas; condiciones sistémicas; examen ectoscópico; hábitos y adicciones; caracterización de las lesiones orales y procedimientos realizados y el diagnóstico histopatológico. Los datos fueron descriptivamente analizados con el programa SPSS versión 17.0. El estudio incluyó a 125 pacientes. La mayoría de los pacientes eran femenino (58,4 %), tenían entre 40-59 años de edad (42,4 %), no tenía lesión extraoral (88,2 %), el labio era el sitio más frecuente de aparición de lesiones (24,8 %) y fueron diagnosticados como lesiones proliferativas no neoplásica (36,6 %). Las patologías bucales más frecuentes fueron procesos proliferativos no neoplásicos.
- **Aldape B, et al. (2007) (12)**, tuvieron como objetivo de su investigación determinar la frecuencia de lesiones histopatológicas registradas en un laboratorio de patología bucal por un periodo de cinco años, de 1997 a

2001. El estudio es transversal de 3,293 registros de diagnósticos histopatológicos de un laboratorio de patología bucal. Los datos se tomaron de las historias clínicas enviadas por los cirujanos con la biopsia, que es marcada con un número de registro, edad, género, localización, sintomatología, donde se describe macroscópicamente y microscópicamente, y por último el diagnóstico histopatológico. Se encontraron 357 lesiones diferentes, siendo las más frecuentes las siguientes: hiperplasia fibrosa, granuloma periapical, mucocele, hiperplasia fibrosa inflamatoria, granuloma piógeno, quiste periapical, folículo dental, papiloma, quiste dentígeno y displasia leve. Las lesiones inflamatorias, seguidas de las neoplásicas fueron las más comunes en el estudio. Las décadas de la vida más afectadas fueron la segunda y la tercera. Las áreas de localización más comunes fueron: mandíbula, maxilar, labio, encía, y mucosa yugal. El género femenino fue el más afectado.

- **Mendez M, et al. (2012) (13)**, realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir las lesiones diagnosticadas histológicamente en un laboratorio de patología oral de la escuela de Odontología de la universidad federal de Rio Grande del Sur de Brasil. Fue un estudio retrospectivo de 8168 especímenes analizados, registrados entre 1995 y 2004. Un total de 6831 casos válidos (83.63%) fueron examinados. Las lesiones inflamatorias fueron las más comunes (n = 4,320; 63.24%). Los tumores benignos y malignos representaron un 7.66% (n = 523) y 1.9% (n = 130) de los casos, respectivamente. Asociaciones significativas fueron observadas entre desordenes proliferativos no neoplásicos y tumores mesenquimáticos benignos en mujeres, y entre carcinoma de células escamosas y leucoplasia en hombres. La mayoría de diagnósticos fueron benignos y tuvieron etiología inflamatoria.
- **Kelloway E, et al. (2013) (14)**, buscaron con su estudio analizar la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en un servicio de patología oral. Se realizó un estudio retrospectivo con reportes de un servicio de patología oral de Australia que fueron transferidos a una

base de datos electrónica. Fueron considerados la edad, el género y el diagnóstico histológico. Un total de 6344 patologías orales de adultos de 17 años en adelante fueron incluidas. La patología de la mucosa fue la más común (37.2%). Seguida de quistes odontogénicos (16.3%) y patologías dentales (14.5%). Los tres diagnósticos histopatológicos más comunes fueron hiperplasia fibrosa (15.2%), granuloma periapical crónico (9.6%) y quiste radicular (9.5%). La relación entre hombres y mujeres de la población de estudio fue 0.74.

- **López-Hernández M, et al. (2014) (15)**, desarrollaron un estudio con el objetivo de conocer la incidencia y prevalencia de los diagnósticos histopatológicos en tejidos blandos, óseos y dental en cabeza y cuello. La información se obtuvo de los 1,965 reportes histopatológicos en el archivo del Servicio de Patología Oral y Maxilofacial de la Unidad de Especialidades Odontológicas, generados durante siete años, se analizaron con el sistema SPSS, con medidas de tendencia central, para determinar el género, edad con media y moda y localización anatómica de las lesiones, reportando los diez diagnósticos histopatológicos más frecuentes. La hiperplasia fibrosa fue la patología más frecuente, el género estuvo en relación 1:1.59 femenino 61%, masculino 39%, la frecuencia de las edades de los pacientes que presentaron lesiones fue entre los 46 a 50 años, la media fue 41.9 años, el tipo de lesión de acuerdo con su evolución fue 97.4% lesiones benignas, 2.56% lesiones malignas; el sitio de localización anatómica se dividió en tejidos blandos, duros y piel; las lesiones se presentaron en labios 19%, seguido de la mucosa bucal 18%, lengua 16.3%, encía inferior 8%, los tejidos duros se subdividieron en maxilar 9.5%, mandíbula 8%, la lesión maligna que se presentó con mayor frecuencia fue el carcinoma de células escamosas 59%, seguido del carcinoma de células basales 10%.
- **Villareal N, et al. (2006) (16)**, desarrollaron un estudio con el objetivo de identificar las lesiones premalignas y malignas de pacientes que acudieron al servicio de Cirugía Maxilo Facial del Hospital “Iván Portuondo” en el período septiembre 2005 – agosto 2006 y caracterizar

las mismas. Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal; la información se obtuvo a través del examen bucal de pacientes y quedaron plasmadas en una planilla confeccionada al efecto que recogió todas las variables del trabajo: Edad, sexo, ocupación, nivel educacional, hábitos, higiene bucal, lesiones malignas, lesiones premalignas, características clínicas y localización de las lesiones, según lo establecido en el Programa de Detección del Cáncer Bucal. Prevalcieron las lesiones premalignas sobre las malignas siendo los grupos de edades más afectados los de 45 a 54 años para un 35,7 % y las lesiones malignas a partir de las edades de 55 y más años, siendo el grupo de 65 y más años el que mayor porcentaje reportó con un total de 5 para un 11.9 %. El mayor número de pacientes con lesiones premalignas correspondió al sexo femenino para un 45.3 % y las lesiones malignas al sexo masculino con un 16.7 %, El mayor número de lesiones se localizó en labio inferior (13 lesiones) seguido de los carrillos (12 lesiones) con un 30.95% y 28.57% respectivamente. No se registraron lesiones en paladar blando, base de lengua, ni en labio superior. De las ocho lesiones malignas que se comprobaron histopatológicamente como carcinomas epidermoides, seis se localizaron en el labio inferior, una en lengua y otra en suelo de boca.

- **Labori D, et al. (2011) (17)**, tuvieron como objetivo de su investigación identificar las lesiones bucales premalignas más frecuentes y sus características. Se realizó un estudio descriptivo transversal en un universo de 388 pacientes mayores de 60 años que fueron atendidos en el área del policlínico 30 de Noviembre del municipio Santiago de Cuba en el período Septiembre del 2010 a Junio del 2011, con el diagnóstico de lesiones premalignas de la cavidad bucal. Entre los resultados se encontró que predominó el grupo de edades entre 60 y 71 años con un 80,92%, siendo el sexo femenino con un 65.97% el sexo que más prevaleció en el estudio. De 19 casos con un diagnóstico inicial de leucoplaquia solo 8 fueron confirmados con el diagnóstico, en el caso de eritroplaquia de 9 casos al inicio se concluyó que solo 4 presentaban el diagnóstico. De las 12 lesiones premalignas, 4 se ubicaron en lengua, 3

en labio inferior, 3 en labio superior, 1 en encía superior y 1 en mucosa de carrillo.

- **Oré J. (2008) (18)**, realizó un estudio con el objetivo de analizar los diagnósticos de amiloidosis mediante biopsia de glándula salival menor. Se utilizó el método de observación, retrospectivo y descriptivo. El estudio consistió en obtener resultados de 60 pacientes que se realizaron biopsias de glándula salival menor para descartar amiloidosis. Los pacientes estaban hospitalizados por otras patologías y tenían sospecha clínica de amiloidosis; por esa razón todos los pacientes traían una hoja de interconsulta. De las 60 biopsias, 38 resultaron negativas y 22 resultaron positivas para amiloidosis.
- **Medina K. (2012) (19)**, desarrolló una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de pacientes con SS y hacer énfasis en la importancia clínica y necesidad del diagnóstico precoz mediante la biopsia de glándulas salivales menores. Se realizó un estudio descriptivo de revisión de 100 Historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de Estomatología quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012, con biopsias de glándulas salivales menores para confirmar el diagnóstico de Síndrome de Sjögren. El 30% de los casos estudiados presentó diagnóstico confirmatorio para síndrome de Sjögren mediante la biopsia de glándulas salivales menores (grado 3 o 4 de infiltración linfocitaria). El mayor número de casos de pacientes con biopsia de glándulas salivales menores realizadas para confirmar el diagnóstico de Síndrome de Sjögren, se dio en el género femenino con un 96 % del total de casos. El mayor número de casos según grupo etario de pacientes a quienes se les realizó la biopsia de glándulas salivales menores, se presentó en la quinta década de vida (50 a 59 años) con un total de 38 pacientes, seguido de la sexta década (60 años a más) con 23 pacientes.
- **Rodero M. (2012) (20)**, tuvo como objetivo del estudio estudiar las características epidemiológicas, clínicas y serológicas del S. de Sjögren

en un hospital de tercer nivel. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes clasificados como S. de Sjögren de acuerdo a los criterios diagnósticos de la American-European Consensus Group 2002, pertenecientes a la consulta de Enfermedades Autoinmunes del servicio de Medicina Interna del Hospital Lozano Blesa (III nivel) desde febrero del 2010 hasta mayo del 2012. La edad mínima fue de 28 años y la máxima de 86 años, con una media de 58, 79 con dos picos de edad, en la década de los 30 y posteriormente en las de los 60-70. Un total de 43 pacientes eran mujeres, lo que supone un 91,5% de la muestra. El S. de Sjögren primario se presentó en 28 pacientes (59.6%) y el secundario en 19 pacientes (40.4%). Las patologías asociadas, presentes en los 19 pacientes señalados fueron el Lupus Eritematoso Sistémico en 7 pacientes, Artritis Reumatoide en 5, Esclerodermia en otros 5, Polimiositis o Dermatopolimiositi en 3, y patología biliohepática en otros 3.

- **Ibañez N, et al. (2012) (21)**, realizaron una investigación para determinar la frecuencia de Síndrome de Sjögren en pacientes con hiposalivación. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional. La muestra estuvo constituida por 23 casos. Se reunió la información en una ficha de recolección de datos, respecto a edad, género y los criterios para el diagnóstico del Síndrome de Sjogren, se realizaron pruebas de independencia entre variables. Se diagnosticaron 6 casos de SS, de los 6 casos positivos a Síndrome de Sjögren, el 83% (5 casos) correspondió a mujeres y solo el 17% (1 caso) a hombres, con una relación H: M de 1:5. El rango de edad fue de 52 a 81 años con una media aritmética de 70.
- **Liquidato, et al. (2005) (22)**, tuvieron como objetivo evaluar la importancia del papel de la biopsia de glándula salival menor y de la sialometría, aisladamente o asociadas, como métodos para la clasificación del síndrome de Sjögren. Se realizó un estudio de cohorte, transversal. La población del estudio fue de 72 pacientes con sequedad en la boca, entre enero de 1997 y septiembre de 2003, los cuales fueron



sometidos a investigación diagnóstica y clasificación basada en criterios establecidos. La sialometría no estimulada se realizó con la técnica del hisopo y se evaluó la presencia de focos inflamatorios en los exámenes histopatológicos. Los pacientes con síndrome de Sjögren primario fueron 17 (65,4%) y 9 (34,6%) presentaron síndrome de Sjögren secundario. La sialometría no estimulada y la biopsia de la glándula salival menor presentaron sensibilidades diferentes para el síndrome de Sjögren primario y síndrome de Sjögren secundario. Se observa que la especificidad y el valor predictivo positivo de la biopsia fueron mayores. Entre la biopsia y biopsia asociada con sialometría, la biopsia tuvo una mayor sensibilidad y mayor valor predictivo negativo. La especificidad de la biopsia asociada a sialometría fue mayor.

- **Lao W, et al. (2010) (23)**, realizaron un estudio para informar y promover la importancia de la prevención del cáncer bucal a los profesionales en salud, principalmente a los odontólogos, quienes tienen contacto directo con la cavidad oral diariamente de sus pacientes. La población estuvo compuesta por 1.979 datos los cuales fueron recogidos del Sistema de Egresos Hospitalarios del Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, según la clasificación internacional de enfermedades CIE 10, tumores malignos de los años 2001 a 2008 de la Institución. Se encontró que el cáncer oral afecta aproximadamente 109 personas al año y mata al 4 % de los enfermos; la razón de mortalidad fue de 6.04 por cada 100 egresos hospitalarios. El grupo de edad más afectado fue la población mayor de 65 años y con respecto al género el masculino, existiendo una diferencia estadísticamente significativo entre los grupos de edad y sexo con una  $p < 0.05$ . La localización más frecuente del cáncer bucal es la lengua (55.92%), paladar (10.48 %), labios (8.88%) y piso de la boca (8.31%), fueron los principales sitios donde se presentó esta patología.
- **Moctezuma G, et al. (2015) (24)**, tuvieron como objetivo reportar casos de cáncer oral confirmados histopatológicamente. Realizaron un estudio de tipo observacional y descriptivo, transversal y retrospectivo, de enero

de 1989 a diciembre del 2005 de todos los diagnósticos registrados del Departamento de Patología del hospital de segundo nivel de atención médica Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, México, donde se ubica el servicio de cirugía maxilofacial. Se incluyeron todos los diagnósticos obtenidos por estudio histológico de biopsias efectuadas a pacientes del servicio de CMF. La muestra estuvo conformada por 1,211 casos. Las variables de estudio fueron: diagnóstico histológico, género y edad del paciente. Estadística: descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se encontró que las biopsias recibidas para estudio histológico por el departamento de Patología en los 17 años (1989-2005) fueron 34,118 especímenes, 1,211 casos (3.5%) los enviados por Cirugía Maxilofacial y 53 casos de cáncer; 31 carcinomas, 10 tumores malignos de glándulas salivales, 12 sarcomas y linfomas.

- **Roth M, et al. (2014) (25)**, realizaron un trabajo con el objetivo de verificar el perfil epidemiológico de los pacientes con cáncer oral, por biopsia e histopatología. Se evaluó la prevalencia relacionada con el tipo de tumor comparado con el tabaquismo, el género, las enfermedades sistémicas, los grupos de edad y el tiempo transcurrido, en el período comprendido entre octubre de 2006 y febrero de 2013. Se evaluaron los datos obtenidos de las historias clínicas de 1816 pacientes, de los cuales 73 tenían antecedentes histopatológicos de lesiones malignas de la boca. El tipo más frecuente de cáncer oral en este estudio fue el carcinoma de células escamosas, con 76,71% de los casos. El género prevalente fue el masculino con 78,08% mientras que el rango de edad prevalente fue el de 50 a 59 años.
- **Fernández O. (2011) (26)**, realizó una investigación descriptiva, observacional de corte transversal, con el propósito de determinar la frecuencia de cáncer oral en el I.RE.N durante el periodo 2008-2010, para lo cual se examinaron 81 historias clínicas de los pacientes que presentaron este diagnóstico durante este periodo. Se encontró una frecuencia de cáncer durante este periodo. La región anatómica más

frecuente de la lesión fue la lengua con 37%, seguida del reborde alveolar con 22.2% y el labio con 21%. Asimismo se evidenció una mayor frecuencia en el sexo femenino con 56.8% con una relación hombre/mujer 1/1.3. Con respecto a la edad el grupo etáreo más afectado más afectado es el de 70-79 años con 28.2% seguida del grupo de 60-69 años con 23.5%. El 81.5% de pacientes con diagnóstico de cáncer oral procedía del departamento de La Libertad.

- **Rivera-Martínez, et al. (2014) (27)**, con el objetivo de determinar la frecuencia de carcinoma en cavidad oral de la población valorada en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central Militar, se realizó un estudio transversal analítico de enero del 2000 a noviembre del 2012. Se registró la localización por subsitio anatómico, con estadificación TNM y clasificación del estadio clínico de cada paciente. Resultados. Del total de pacientes que contaban con el diagnóstico de carcinoma de cavidad oral se obtuvo la siguiente distribución por sexo: 11 (55%) de los pacientes correspondieron al sexo masculino y nueve (45%) al sexo femenino. Se realizó la distribución de pacientes por rango de edad, siendo el rango más frecuente de 61 a 68 años con nueve pacientes (45%) y el mínimo uno (5%) en el rango de 37 a 44 años. A su vez, del total de pacientes con cáncer de cavidad oral, la proporción por sitio anatómico de afectación, 45% correspondió la lengua, 20% paladar, 15% reborde alveolar y 10% mucosa oral y labio cada uno; sin presentar en nuestra serie casos lesiones de piso de boca y trigono retromolar.
- **Castro A, et al. (2005) (28)**, realizaron una investigación con el propósito de establecer la relación entre el diagnóstico clínico de leucoplasia oral y su correspondiente diagnóstico histopatológico, en todos aquellos casos diagnosticados clínicamente como leucoplasia oral, y que fueron registrados en el IREPO entre los años 1984 y 2003. Los diagnósticos clínicos de leucoplasias orales para este período de tiempo correspondieron a 332 casos. La muestra estudiada se dividió en dos grupos, el primero con 76 casos que evidenciaron error en el diagnóstico y un segundo grupo de 256 casos correspondientes a las leucoplasias

verdaderas. Se observa que la mayoría de los casos corresponden a hiperqueratosis (34,9%) y displasia epitelial (12%); también es posible observar que el 9,6% de los casos fueron diagnosticados como liquen plano. De los 76 casos que fueron diagnosticados en forma errónea como leucoplasias, el 42,1% fueron informados como liquen plano, constituyendo así la patología que más frecuentemente se confundió con leucoplasia. También se realizaron diagnósticos clínicos de leucoplasias a patologías que resultaron ser: Papilomas (3,9%), Candidiasis (3,9%), Candidiasis crónica (2,6%), Candidiasis crónica hiperplásica (3,9%), Queilitis actínica (2,6%), Penfigoide (2,6%). Se determinó que la lesión afecta a las mujeres en un porcentaje menor, con 110 casos equivalentes al 43% de la muestra. La edad media de los pacientes estudiados fue de 51,8 años, presentando una desviación estándar de 16,7. Las leucoplasias han sido diagnosticadas en diversas áreas de la cavidad oral, presentando frecuencias altas en mejilla 60 (24%), lengua 54 (21%), reborde alveolar 35 (14%) y encía 28 (11%), y localizaciones menos frecuentes en el trígono retromolar 20 (8%), piso de boca 14 (6%) y labio 13 (5%).

- **Ochoa O. (2010) (29)**, presentó un estudio retrospectivo donde se planteó como objetivo determinar la frecuencia de tumores odontogénicos y tipos histopatológicos a partir del análisis de 20.000 biopsias realizadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Maracaibo durante el período comprendido entre Enero 2001 a Diciembre de 2008. En el estudio, estas entidades representaron el 0,07%, las edades de los pacientes oscilaron entre 21 y 69 años, observándose un número mayor 8 (61,6%) de pacientes entre 21 y 40 años, con predominio en el sexo femenino y el queratoquiste fue la lesión más frecuentemente hallada y representó el 46,2% de los tumores odontogénicos estudiados. Todos los tumores fueron bien diferenciados y no se detectaron casos malignos.
- **Palomino P. (2008) (30)**, realizó un estudio retrospectivo de tumores odontogénicos en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal y

Maxilofacial y el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, diagnosticados en el Departamento de Patología. Se seleccionaron de los archivos de Patología los casos con diagnósticos de tumores odontogénicos correspondientes al período 2000 - 2007. Los 37 casos hallados representaron el 3,31 % del total de biopsias realizadas en cavidad oral y maxilares. Los tipos tumorales más frecuentes fueron el Mixoma (18,92 %), Fibroma Odontogénico (13,51 %) y Lesión Central de Células Gigantes (13,51 %). Los más infrecuentes fueron el Tumor Odontogénico Adenomatoides, Cementoblastoma, Tumor Odontogénico Escamoso y el Fibroma Ameloblástico, todos con el 2,7 % de los casos. La ocurrencia de los tumores fue más frecuente en la tercera década de vida y la relación mujer-hombre 1,9:1. Las regiones anatómicas más afectadas fueron las zonas posteriores de los maxilares.

- **Guerra Y. (2015) (31)**, llevó a cabo una investigación para determinar la prevalencia de quistes odontogénicos (QO) de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) en el periodo de 2002-2014. Fue un Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. 188 historias clínicas de pacientes (113 mujeres y 75 hombres) con una media de edad de  $30,2 \pm 16,9$  años, fueron seleccionadas mediante los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvo una prevalencia de QO de 0,00390%. El quiste radicular y dentígero fueron los más frecuentes con 71,3% y 16,0%, respectivamente. La frecuencia de QO fue mayor en el sexo femenino, grupo etareo de 11 a 20 años y en la región maxilar anterior con 60,1%, 29,8% y 48,9%, respectivamente. Si se observó relación entre el grupo etareo y QO ( $p= 0,000$ ), pero no entre sexo y QO ( $p=0,171$ ) y localización y QO ( $p=0,424$ ). Si hubo diferencia significativa entre tratamiento y QO ( $p=0,000$ ).
- **Li J. (2008) (32)**, buscó determinar la frecuencia de quistes en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el periodo comprendido entre los años 2002- 2007. En su estudio, la población estuvo conformado por pacientes diagnosticados con quistes maxilares,

atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El número total de pacientes diagnosticados fue de 212. Se encontró que el quiste radicular constituyó el más común, con un 50%, seguido del quiste dentígero con un 20,8%. Se halló que los quiste maxilares se presentaron mayormente en el maxilar y en el sexo femenino. A su vez, se encontró que el quiste radicular y el quiste dentígero prevalecieron en el maxilar seguido del quiste nasopalatino; el queratoquiste odontogénico se encontró mayormente en mandíbula. En general se observó un predominio por la tercera y cuarta década. El quiste radicular se presentó con mayor frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida, el quiste dentígero en la cuarta década, el queratoquiste odontogénico prevaleció en la tercera década, el residual en la quinta y sexta década; y el quiste de erupción en la primera década.

## **Marco teórico**

### **Patología bucal y maxilofacial**

La patología bucal y maxilofacial es una rama de la odontología que estudia la patogenia, formas clínicas, representación de imágenes, anatomía patológica, conducta terapéutica, y pronóstico de las enfermedades del complejo bucal y maxilofacial (33), lo que incluye tejidos blandos, glándulas salivales, maxilar, mandíbula y órganos dentarios; así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos.

La práctica de la patología bucal y maxilofacial incluye la investigación y diagnóstico usando exámenes clínicos, radiográficos, microscópicos y bioquímicos así como el manejo de la entidad patológica.

La literatura presenta diversas clasificaciones para las diferentes patologías bucomaxilofaciales. Con el fin de agruparlas, se optó por utilizar una clasificación basada en las clasificaciones de Regezi y Sciubba (34), Shafer y Levy (35) y la utilizada por diversos autores (6, 11 y 13) en estudios similares a la presente investigación. El uso de esta clasificación facilitará la discusión de los resultados que se obtengan en este trabajo con otros estudios.

## **Clasificación de las patologías bucomaxilofaciales**

### **Enfermedades de origen inmunitario**

Las enfermedades inmunológicas son un trastorno causado por una respuesta inmunitaria alterada, esta puede ser insuficiente como en las inmunodepresiones, de hipersensibilidad como en las reacciones alérgicas y de complejos inmunes o respuestas dirigidas contra los antígenos propios como en las enfermedades autoinmunes. En condiciones ideales no solo debe haber anticuerpos circulantes demostrables o inmunidad celular contra los antígenos, junto con lesiones inflamatorias causadas por las células inmunológicamente competentes o los inmuno-complejos en los tejidos que contienen los auto-antígenos, sino también indicios clínicos o experimentales de que el proceso auto-inmunitario es patogénico y no secundario a la lesión de otro tejido. (36)

Estas alteraciones del sistema inmune pueden dar manifestaciones sistémicas observables en la cavidad oral o pueden ser específicas de órgano y comprometer en forma directa el sistema estomatognático. Algunas de las que podemos encontrar son: Péñfigo vulgar, Diabetes mellitus, Lupus eritematoso sistémico, Púrpura trombocitopénica inmune, Enfermedad de Sjögren, Liquen plano, Aftas, Síndrome de Behcet (37).

Enfermedad de Sjögren (Síndrome de Sjögren-SS): Es una enfermedad crónica autoinmune en la cual se ven afectadas las glándulas exocrinas del organismo, caracterizada principalmente por xerostomía y xeroftalmia. El acúmulo linfoide alrededor de conductillos y acinos en glándulas salivales trae como consecuencia un aumento en el tamaño de las mismas, especialmente las submaxilares y parótidas; y con menos frecuencia las lagrimales (38). Existen dos tipos de síndrome de Sjögren, el síndrome de Sjögren primario (SSp), que aparece de forma aislada, y el secundario (SSs), que se encuentra en asociación con otras enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico (39).

Los criterios de clasificación del SSp incluyen manifestaciones clínicas y pruebas objetivas, relacionadas con el ojo y boca secos, alteraciones

serológicas características e histopatología compatible de glándula salival menor. En la actualidad los criterios de clasificación que con más frecuencia se emplean son los de consenso europeo-americanos de 2002. Recientemente el colegio americano de reumatología y el grupo Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance han elaborado unos criterios de clasificación nuevos (39).

### ***Criterios diagnósticos del American-European Consensus Group para el diagnóstico del síndrome de Sjögren primario***

*Síntomas oculares:* respuesta positiva al menos a una de las siguientes preguntas: ¿Tiene usted ojos secos diariamente de forma persistente y molesta desde hace al menos 3 meses? ¿Tiene usted sensación de grava o arenilla en los ojos de forma recurrente? ¿Utiliza usted lágrima artificial más de 3 veces al día?

*Síntomas orales:* respuesta positiva al menos a una de las siguientes preguntas: ¿Tiene usted sensación de boca seca diariamente desde hace al menos 3 meses? ¿Sufre hinchazón de las glándulas salivales de forma recurrente o persistente? ¿Bebe frecuentemente líquidos para poder tragar la comida seca?

*Signos oculares,* que es una evidencia objetiva de afectación ocular por un resultado positivo de al menos uno de los siguientes test:

- Test de Schirmer I, realizado sin anestesia (< 5 mm en 5 min)
- Marcador de rosa de Bengala u otro colorante ocular (> 4 de acuerdo al sistema de puntuación de van Bijsterveld)

*Histopatología de glándulas salivales menores* (obtenida a través de mucosa de aspecto sano): sialoadenitis linfocítica focal, con un focus score  $\geq 1$ ; un foco queda definido como un agregado de al menos 50 linfocitos en una superficie de 4 mm<sup>2</sup> de glándula salival menor



*Afectación de las glándulas salivales*, evidencia objetiva de afectación de las glándulas salivales definido por un resultado positivo al menos a una de las siguientes pruebas diagnósticas:

- Flujo salival total no estimulado (< 1,5 ml en 15 mins)
- Sialografía parotídea que muestre la presencia de sialectasias difusas (de patrón puntiforme, cavitario o destructivo), sin evidencia de obstrucción de los conductos mayores de acuerdo al sistema de evaluación de Rubin y Holt
- Escintigrafía salival que muestre una concentración reducida o una excreción retardada del contraste de acuerdo al método propuesto por Schall et al.

*Presencia en suero de los siguientes autoanticuerpos*: Anticuerpos para antígenos Ro(SSA) o La(SSB), o ambos

Normas revisadas para la clasificación del SSp: en pacientes sin ninguna enfermedad potencial asociada SSp debe definirse como:

La presencia de 4 de los 6 apartados anteriores para SSp, siempre que el apartado 4 (histopatología) y el 6 (serología) sean positivos

La presencia de 3 de los 4 criterios objetivos (por ejemplo, apartado 3, 4, 5 y 6)  
(39)

***Criterios diagnósticos de la American College of Rheumatology y la Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance para el SSp***

Según este grupo los pacientes con SS deben cumplir 2 de los siguientes 3 ítems:

- Tener presencia de anti-Ro/SSA y/o anti-La/SSB o presencia de factor reumatoide y ANA  $\geq$  1:320.
- Queratoconjuntivitis seca con una puntuación de mancha ocular (staining score) 3 o más (siempre que el sujeto no use gotas para el glaucoma y no haya recibido cirugía corneal o cirugía estética para párpados en los 5 años anteriores)

- Biopsia a glándulas salivales menores que muestre sialoadenitis linfocitaria focal con un foco con calificación mayor de 1 por 4 mm<sup>2</sup> de tejido glandular (39)

***Protocolo de evaluación histológica de biopsias de glándulas salivales menores para el diagnóstico de enfermedad de Sjögren en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza***

*No infiltración linfocítica (NIL)*

*Infiltración linfocítica focal (ILF)*

Un agregado de 50 o más linfocitos a nivel perivascular o periductal con escasas células plasmáticas o sin ellas, localizados adyacentes a acinos de apariencia normal, con lóbulos glandulares sin dilatación ni fibrosis ductal.

*Sialoadenitis linfocítica focal (SLF)*

Más de un agregado de 50 o más linfocitos a nivel perivascular o periductal con escasas células plasmáticas o sin ellas, localizados adyacentes a acinos de apariencia normal, con lóbulos glandulares sin dilatación ni fibrosis ductal.

-Grado I: 2 a 3 focos en un área de 4 mm<sup>2</sup>

-Grado II: 4 a 6 focos en un área de 4 mm<sup>2</sup>

-Grado III: 7 a 12 focos en un área de 4 mm<sup>2</sup>/ dos o más glándulas con infiltración linfocítica confluyente

*Sialoadenitis crónica (SC)*

Leve: Infiltración linfocítica leve y difusa

Moderada: Infiltrado linfocítico o mixto con atrofia acinar, fibrosis o dilatación ductal y/o focos infrecuentes de infiltrado linfocítico (menos de un foco en 4 mm<sup>2</sup>)

Severa: Atrofia parenquimal difusa, fibrosis, dilatación ductal y diferentes grados de infiltrado focal o disperso de linfocitos o infiltrado inflamatorio mixto

*Otras posibilidades diagnósticas (Otras)*

Amiloidosis, Enfermedad granulomatosa, Hemocromatosis

Amiloidosis: La entidad denominada amiloidosis puede definirse como la enfermedad resultante de la infiltración de diversos órganos por la proteína fibrilar amiloide. Usualmente las manifestaciones clínicas de amiloidosis aparecen como trastornos funcionales inespecíficos, los cuales dependen de los órganos involucrados e imitan muy de cerca de otras enfermedades lo que ocasiona con frecuencia dificultades para su diagnóstico (40). Aunque cualquier órgano puede estar afectado, los más comunes son los riñones, el corazón, el aparato gastrointestinal, el hígado y el bazo. (35)

El diagnóstico definitivo de amiloidosis se establece cuando se demuestra la presencia de esta sustancia, mediante el uso de tinciones especiales tales como el rojo de Congo, cristal violeta o tioflavina T, en los tejidos obtenidos por biopsia de los órganos involucrado. La sustancia amiloide ha sido encontrada en biopsias obtenidas de hígado, riñón, bazo, tracto respiratorio, intestino delgado, médula ósea, piel, tejido adiposo, subcutáneo, mucosa rectal y encía. Asimismo algunos estudios concluyen que la biopsia de glándulas labiales constituye un nuevo, eficaz y seguro método de diagnóstico de amiloidosis asociada a infección o enfermedad inflamatoria crónica. Su grado de sensibilidad diagnóstica es semejante a la biopsia renal, convirtiéndola en la mejor alternativa cuando se la compara con las biopsias de mucosa rectal y grasa subcutánea. (40)

Lupus Eritematoso Sistémico: Es un trastorno inflamatorio crónico de la piel, el tejido conjuntivo y órganos internos específicos, asociado con autoanticuerpos circulantes frente al ADN y otras proteínas nucleares y asociadas al ARN, causante de lesiones en la mucosa bucal y erupciones eritematosas en la piel expuesta al sol. El LES es la forma más frecuente y de mayor morbilidad de la enfermedad. La mayoría de los problemas sistémicos se relacionan con los riñones donde la lesión glomerular puede ser grave. Los pacientes sufren artritis y artralgiás diseminadas, anemia y depresión de la médula ósea, junto con vasculitis y erupciones cutáneas difusas, especialmente la “erupción en alas de mariposa” sobre las áreas malaras del rostro. Los individuos afectados presentan con frecuencia astenia, malestar general y psicosis, La enfermedad

afecta sobre todo a mujeres, principalmente en edad fértil. Aparecen lesiones orales en el 21% de los pacientes con LES. (37)

### **Enfermedades infecciosas**

Son manifestaciones clínicas en la cavidad bucal de una infección provocada por microorganismos como bacterias, hongos, virus, y a veces, protozoos o priones. En el caso de agentes biológicos patógenos de tamaño macroscópico, no se habla de infección sino de infestación. En la cavidad oral existen patologías infecciosas tales como abscesos periapicales, osteomielitis, candidiasis, lesiones por virus del papiloma humano, herpes, leishmaniasis, esporotricosis, tuberculosis, actinomicosis, miásis entre otras. (41)

Granuloma periapical: Se produce cuando los factores contribuyentes son óptimos, como ocurre cuando una pulpitis evoluciona lentamente y rara vez se hace muy grande. Mientras existe un granuloma periapical las circunstancias pueden cambiar bruscamente. Cuando el drenaje del exudado queda interrumpido, un granuloma periapical puede transformarse en un absceso periapical agudo. El cambio más frecuente que tiene lugar en un granuloma periapical de larga duración es su transformación gradual en quiste periapical. Si el conducto apical que contiene el tejido necrosado no se trata, se producirá gradualmente un quiste periapical a lo largo de los meses o años siguientes. (37)

Osteomielitis: Es una inflamación del hueso y la médula ósea, se puede desarrollar en los maxilares como resultado de la infección odontógena, y en muchas otras situaciones. La enfermedad puede ser aguda, subaguda o crónica y presenta un curso clínico diferente, dependiendo de su naturaleza (12). En estas infecciones *Staphylococcus aureus* es el microorganismo que se aísla con mayor frecuencia a partir del exudado. El tratamiento de las infecciones profundas del hueso es a menudo más difícil que el de las lesiones de los tejidos blandos y requiere dosis altas y prolongadas de penicilina o tratamiento intravenoso. (37)

### Lesiones relacionadas con VPH

*Verruga vulgar o Papiloma:* Es una de las lesiones epiteliales más frecuentes. Etiológicamente se relacionan con la infección por el virus del papiloma Humano (VPH). En la cavidad oral son más frecuentes las variedades 6 y 11. También se han descrito con bastante frecuencia las 16, 18, 31, 33, 35; siendo los tipos 16 y 18 los de mayor potencial maligno. Clínicamente aparecen como pequeñas lesiones exofíticas menores de 1 cm, generalmente pediculadas, de superficie rugosa y coloración que va del rosa al blanco. Localizados con más frecuencia en las superficies ventral y dorsal de la lengua, paladar blando, y cara interna de las mejillas. (37)

*Condilomas acuminados:* Lesiones de morfología similar, fuertemente asociados a los VPH tipos 6 y 11. Aparecen típicamente en piel y mucosa genital y ocasionalmente también en cavidad oral. (37)

*Hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck:* Es una afección que se encuentra principalmente en grupos aislados de indios nativos de América del Norte, Centroamérica y Brasil, pueblos nativos nórdicos y otros grupos de Europa y África. Las lesiones suelen ser múltiples y a menudo afectan la mucosa oral y labial. Las lesiones son sésiles y pueden ser de color rosa o blanco. Las lesiones contienen VPH 13 y VPH 32 en abundancia (13). El tratamiento de todas estas lesiones es quirúrgico (láser, criocirugía, electrocirugía), siendo alta la tendencia a la recidiva. (37)

Actinomicosis: Es una enfermedad bacteriana crónica que, como su nombre lo indica, presenta algunas características clínicas y microscópicas de la micosis; el agente causal es una bacteria grampositiva, anaerobia y microaerofílica, denominada *Actinomyces Israelii*. *A. Israelii* es un germen comensal de la cavidad bucal en la mayoría de los individuos sanos; suele encontrarse en criptas amigdalinas, surco gingival, lesiones cariosas y conductos radiculares de dientes sin vitalidad. No se considera una enfermedad contagiosa, ya que no puede transmitirse de un individuo a otro. Las infecciones aparecen después de traumatismo, intervención quirúrgica o infección previa; la extracción de dientes, cirugía bucal y las infecciones bucales predisponen a la producción de

esta enfermedad. No se considera importante la presencia de otros factores predisponentes, aunque se ha observado en pacientes con osteorradionecrosis de la mandíbula y enfermedades sistémicas graves. Cuando ocurre en cabeza y cuello se denomina actinomicosis cervicofacial y se manifiesta como una tumoración de mandíbula que simula una infección piógena. (34)

### **Lesiones reactivas**

Las lesiones reactivas son aquellas que se deben a un traumatismo mecánico accidental o irritación crónica, y si se consideran los antecedentes clínicos, la relación causa-efecto es evidente. Presentan un aspecto variado como lesiones reactivas tipo ulcerativas, tipo placas o simular neoplasias; entre ellas están el granuloma central y periférico de células gigantes, granuloma piógeno, fistulas, cicatrices periapicales, hiperplasias fibrosas, restos radiculares, secuestros óseos, hematomas, reacción a cuerpo extraño y mucocelos. (42)

Fibroma: Son las lesiones benignas más frecuentes en la cavidad oral. En realidad son hiperplasias fibrosas, es decir, proliferación de fibras colágenas. Se presentan en cualquier zona de la boca, lengua, mejillas, especialmente en áreas de roce. Son bien delimitados, duros y redondeados; pueden ser sésiles o pediculados. Especialmente característicos son los épulis fisurados. Son tumoraciones excrecentes, laminares múltiples, que se desarrollan sobre las encías edéntulas, consecuencia del roce de prótesis dentarias mal ajustadas. El tratamiento es quirúrgico y no suelen recidivar si se elimina la causa. (43)

Quiste de retención mucoso (mucocele): Son tumefacciones tisulares formadas por acumulación de moco en el tejido conjuntivo a partir de una rotura u obstrucción de un conducto excretor de una glándula salival menor. Se presentan con más frecuencia en niños y adultos jóvenes. En igual proporción en hombres y mujeres. Son más frecuentes en la cara interna del labio inferior, seguida por el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la mucosa yugal. Su aspecto varía dependiendo del tiempo de evolución y tamaño, pudiendo

presentar un aspecto de pápula con evidencias claras de un contenido líquido que se transparenta a la superficie, de menos de 1 cm. de diámetro; o con un aspecto más sólido, fibromatoso o vascular, dependiendo de la organización del tejido conjuntivo alrededor de la extravasación salival. Siempre se deben biopsiar dada su similitud con algunas lesiones neoplsticas de las glándulas salivales. Un aspecto clásico es el que presenta esta lesión cuando se asocia a la extravasación de las glándulas sublinguales o submaxilares, donde adquiere volúmenes mayores, pudiendo llegar a crear incomodidad funcional (rnula). (37).

Granuloma piógeno: Proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales, frecuente en las encías generalmente en respuesta a una irritación crónica. El estímulo para esta hiperplasia proliferativa puede ser un traumatismo o la introducción de material extraño en el surco gingival. Dentro de la cavidad oral, el granuloma piógeno se observa con mayor frecuencia en la región de la papila interdental. Estas lesiones pueden extenderse desde la encía bucal a la lingual o la palatina; no obstante, generalmente se limitan a la superficie bucal o facial. Son extremadamente vasculares por lo que suele ser de color rojo chilln y a menudo presentan una pseudomembrana grisácea sobre su superficie, secundaria a la ulceración del epitelio. Existe una marcada predilección por el sexo femenino; las lesiones tienden a aparecer más a menudo durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Estas lesiones suelen conocerse como tumores del embarazo. (37)

Granuloma periférico de células gigantes: Son tumoraciones que afectan a la encía, muchas veces relacionadas con exodoncias de piezas dentarias, de color rojizo, superficie lisa y consistencia blanda. Son de etiología desconocida, aunque se asocia a factores traumáticos. También puede ulcerarse y sangrar con facilidad. Puede confundirse con un granuloma piógeno, y el estudio histopatológico es el que lo diferencia, encontrando un infiltrado inflamatorio con abundantes células gigantes multinucleadas. El tratamiento es quirúrgico y las recidivas bastante frecuentes. (43)

## Quistes de los Maxilares

Un quiste puede definirse como una cavidad patológica cubierta de epitelio que contiene líquido o restos celulares (34). Los quistes son lesiones frecuentes y clínicamente importantes porque a menudo son destructivos, Producen signos y síntomas significativos, especialmente cuando se hacen grandes o se infectan. La mayoría de los quistes de la región oral son quistes verdaderos, dado que poseen revestimiento epitelial. Sin embargo una corta lista de lesiones adicionales reciben el nombre de “quistes” aunque carecen de revestimiento epitelial. Los “seudoquistes” son lesiones como, por ejemplo, el quiste óseo traumático, el quiste óseo aneurismático y el quiste óseo estático. Los quistes verdaderos de la región oral pueden dividirse en quistes de origen odontogénico y quistes embrionarios (no odontogénicos). (37)

A continuación se presentan los distintos tipos incluidos en la última clasificación de quistes de la OMS de 1992, modificada en el 2005, a la cual hemos añadido los quistes no epiteliales o pseudoquistes:

### I. Quistes epiteliales

#### A. *Del desarrollo.*

##### Odontogénicos.

- Quiste gingival infantil.
- Quiste dentífero (folicular).
- Quiste de erupción.
- Quiste periodontal lateral.
- Quiste gingival del adulto.
- Quiste odontogénico glandular; quiste sialodontogénico.

##### No odontogénicos.

- Quiste del conducto naso palatino
- Quiste nasolabial (nasoalveolar).
- Quistes medianos palatino, alveolar y mandibular.
- Quiste glóbulo maxilar.

#### B. *Inflamatorios.*

- Quiste radicular: apical, lateral, residual.
- Quiste paradental (colateral inflamatorio, bucal mandibular infectado).



## II. Quistes no epiteliales

- Quiste óseo solitario.
- Quiste óseo aneurismático (44)

## **Tumores odontogénicos**

Los tumores odontogénicos son lesiones que se derivan de elementos epiteliales, mesenquimales o de ambos, que forman parte del sistema de formación de los dientes, por lo tanto se encuentran con exclusividad en la mandíbula y el maxilar y deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones que afectan estas estructuras. (34)

Los tumores odontogénicos forman un amplio y heterogéneo grupo tumoral que incluye lesiones benignas en su mayoría hasta tumores malignos. Estos tumores han estado sujetos a numerosos cambios taxonómicos desde su primera clasificación por la OMS en 1971 (34), debido a lo raro de estas neoplasias y a su variabilidad clínico patológica. Actualmente, la clasificación histológica internacional más aceptada es la realizada en el 2005 por la Organización Mundial de la Salud:

### 1. Tumores Benignos

#### 1.1 *Epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico*

- Ameloblastoma
  - Uniquístico
  - Sólido, multiquístico
  - Extraóseo, periférico
  - Desmoplástico
- Tumor odontogénico escamoso
- TOEC/Pindborg
- Tumor odontogénico adenomatoide
- Tumor odontogénico queratoquístico

1.2 *Epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico con o sin formación de tejido dentario duro*

- Fibroma ameloblástico
- Fibrodentinoma ameloblástico
- Fibro odontoma ameloblástico
- Odontoma
  - Complejo
  - Compuesto
- Odontoameloblastoma
- Tumor odontogénico quístico calcificante
- Tumor dentinogénico de células fantasmas

1.3 *Mesénquima y/o ectomesénquima odontogénico con/sin epitelio odontogénico*

- Fibroma odontogénico
- Mixofibroma
- Cementoblastoma

2. Tumores Malignos

- Ameloblastoma metastatizante (maligno)
- Carcinoma ameloblástico –primario
- Carcinoma ameloblástico –secundario (intraóseo)
- Carcinoma ameloblástico –secundario (periférico)
- Carcinoma escamo celular intraóseo primario –sólido
- Carcinoma escamo celular intraóseo primario derivado de tumor odontogénico queratoquístico
- Carcinoma escamocelular intraóseo primario derivado de quistes odontogénicos
- Carcinoma odontogénico de células claras
- Carcinoma odontogénico de células fantasmas

3. Sarcomas Odontogénicos

- Fibrosarcoma ameloblástico

- Fibrodentino y fibroodontosarcoma ameloblástico (45)

### **Neoplasias benignas**

Neoplasias caracterizadas por un crecimiento anormal pero con poca probabilidad de extenderse a otras partes del cuerpo. Las células de los tumores son descendientes de células del tejido en que se origina, estas se multiplican de manera descoordinada con los mecanismos que controlan la multiplicación celular en el organismo, y los supera. Además, estos tumores, una vez originados, continúan creciendo aunque dejen de actuar las causas que los provocan. Las neoplasias benignas tienen un crecimiento lento y se extienden solo localmente. (34)

Osteoma: Es una tumoración benigna de los maxilares, formada por hueso maduro, de crecimiento lento, bien definida, y generalmente unilateral. Radiológicamente muestra una imagen radiopaca bien delimitada. El osteoma se puede confundir con los torus, pero a diferencia de estos, no se conoce su origen. En la cavidad oral se localizan preferentemente en la cara lingual de la rama horizontal y en el borde inferior del ángulo mandibular. Son indoloros y la clínica está en relación con su tamaño y localización. El tratamiento, quirúrgico, se indicará dependiendo del compromiso funcional o estético que provoquen. (43)

Lipoma: De etiología desconocida, son tumores benignos, constituidos por adipocitos maduros que asientan en tejido submucoso. Poco frecuentes en la boca, donde aparecen sobretodo en la mucosa yugal. Presentan consistencia blanda, no dolorosa y coloración más o menos amarillenta, en relación con la profundidad del mismo. El tamaño es muy variable. El tratamiento, si producen molestias, es quirúrgico. No presentan tendencia a recidivar. (43)

Hemangioma: Es una proliferación benigna de los vasos sanguíneos, generalmente congénita. La lesión es plana o ligeramente abultada, y el tamaño variable. Aparece en cualquier localización, de coloración azulada, característicamente cambia de color, palidece cuando la presionamos, lo que la

diferencia de los nevus y los tatuajes de la mucosa (frecuentes estos últimos por materiales odontológicos). Deben diferenciarse también de las ampollas hemáticas postraumáticas y de las ránulas y mucocelos con contenido hemático. Normalmente evolucionan a la regresión espontánea, aunque ciertos casos, que no involucionan y que, por el tamaño, resulten sintomáticos, pueden tratarse con embolización y/o cirugía. (43)

Adenoma pleomórfico: También llamado tumor mixto, es el más frecuente de los tumores benignos de la glándula salival, compuesto fundamentalmente por una proliferación de células mioepiteliales y por un amplio espectro de componentes del tejido epitelial y mesenquimal, y rodeado por una nítida cápsula fibrosa. Representa el 60% de los tumores de la glándula parótida. El 50% de los tumores de la glándula submandibular y sólo el 25% de las neoplasias de la glándula. Al igual que otros tumores benignos, el adenoma pleomorfo es de crecimiento lento y bien delimitado. Es blando y ligeramente firme a la palpación y libremente desplazable en las glándulas salivales de mayor tamaño. (34)

### **Lesiones potencialmente malignas bucales**

La lesión precancerosa, potencialmente maligna o precursora fue descrita por la OMS como aquel tejido de morfología alterada con mayor predisposición a la cancerización (superior al 5%) que el tejido equivalente de apariencia normal, independientemente de sus características clínicas o histológicas. Es un estado reversible y no implica necesariamente el desarrollo de una neoplasia. Se considera como lesiones precancerosas o cancerizables a las siguientes patologías: la leucoplasia, la eritroplasia, los líquenes atípicos, las queilitis crónicas y las ulceraciones traumáticas crónicas. La clasificación del 2005 de la OMS, en la histopatología incluye: Hiperplasia epitelial, displasia y carcinoma in situ. (46)

Son relativamente frecuentes, con una incidencia en la población general del 2.5% aproximadamente. Se han involucrado diversos factores en la etiología de

estas lesiones como el tabaco, alcohol, factores locales de tipo dentario y protésico, mala higiene bucal y exposición solar. (47)

Leucoplasia: El término *leucoplasia* proviene etimológicamente del griego *leuco*= blanco; y *plakos*= placa. Fue utilizado por primera vez por e. Schwimmer en el año 1877 para identificar aquellas lesiones de la cavidad oral que se manifiestan clínicamente como placas blanquecinas.

La OMS en 1978, la define como “lesión predominantemente blanquecina localizada en la mucosa oral que no puede ser eliminada mediante el raspado o caracterizada como ninguna otra entidad definida, ni desde el punto de vista clínico ni histológico. La interpretación del término leucoplasia es estrictamente clínica, ya que la lesión no presenta características histopatológicas específicas. Posee un patrón de comportamiento variable pero con cierta tendencia a la transformación maligna. Esto se ve reflejado en las definiciones de leucoplasia propuestas en las últimas décadas en distintas reuniones internacionales de consenso. (47)

Liquen plano oral: El liquen plano (del griego *leichen*: “musgo de los árboles” y de latín *planus*: “aplanado”), es una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología desconocida, que afecta la piel, las mucosas, el cuero cabelludo y las uñas. El compromiso oral (liquen plano oral), se observa en un 60 a 70% de todos los pacientes con liquen plano y puede acompañar o preceder a las lesiones cutáneas. También puede representar la única manifestación de la enfermedad en un 20 a 30% de los casos. El LPO es considerado por la OMS como una lesión cancerizable.<sup>29</sup> Las formas atípicas de líquenes tienen un alto porcentaje de transformación, del orden del 6.3%. (47)

Eritroplasia: El término *eritroplasia* fue acuñado para describir lesiones rojas de la mucosa oral en contraste con la leucoplasia oral. A través de los años, fueron sugeridas varias definiciones. En el año 1978, la OMS definió a la eritroplasia como “una placa color rojo intenso que no puede ser caracterizada clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad definible”. Esta definición sigue siendo actual y es aceptada ampliamente. (47)

Queilitis actínica: Las queilitis actínicas son queratosis actínicas que se localizan en la semimucosa labial, es decir, que consisten en proliferaciones de queratinocitos epidérmicos citológicamente aberrantes que aparecen en respuesta a una exposición prolongada a la radiación UV. Son lesiones potencialmente malignas con una gran probabilidad de progresión hacia un carcinoma. (47)

### **Neoplasias malignas**

Neoplasia es una alteración de la proliferación y, muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor. Las neoplasias malignas se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia. Las neoplasias malignas de los maxilares, tanto primarias como metastásicas, son poco frecuentes si se comparan con las que se originan en los tejidos blandos circundantes. El diagnóstico de tumor maligno tiene implicaciones muy graves en el pronóstico y, con frecuencia, indica un plan de tratamiento que requiere de intervenciones terapéuticas extensas. (34)

Los procesos malignos orales representan un 3% de los cánceres diagnosticados en hombres y el 2% en mujeres. La tasa de supervivencia global de los pacientes con procesos malignos orales es del 50%. Éstos son responsables del 2% de los fallecimientos anuales en hombres y de 1% en mujeres. Todos los años se diagnostican alrededor de 30.000 nuevos casos de cáncer oral en los Estados Unidos. La incidencia de cáncer oral aumenta considerablemente en las sociedades donde el consumo importante de tabaco comienza a una edad temprana y continúa después. (34)

Carcinoma epidermoide: El carcinoma epidermoide, denominando a veces carcinoma de células planas, carcinoma espinocelular o carcinoma de células escamosas, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano o que presenta sus características morfológicas. Como se expuso antes, el carcinoma epidermoide suele ser la etapa final de la alteración del epitelio plano estratificado, iniciándose como una displasia epitelial y evolucionando hasta

que las células epiteliales displásicas rompen la membrana basal e invaden el tejido conjuntivo. Puede originarse también *ex novo* a partir del epitelio plano suprayacente y no tener una fase premaligna prolongada. (37)

El carcinoma epidermoide es con mucho la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, representando alrededor del 90% del total de cánceres orales. Aunque se presenta en diversas localizaciones orales, es más frecuente en el labio inferior, en los bordes laterales de la lengua y en el suelo de la boca. La incidencia de carcinoma epidermoide aumenta con la edad; la mayoría de los casos se presentan después de los 40 años. Una serie de factores etiológicos parecen implicados en el desarrollo del carcinoma de células planas oral: consumo de tabaco y alcohol, virus, radiación actínica, inmunosupresión, deficiencias nutricionales, enfermedades preexistentes e irritación crónica. (37)

### **Biopsia de cavidad bucal**

La biopsia es un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de tejido vivo para el estudio macro y microscópico con una finalidad diagnóstica. El examen de la biopsia puede realizarse de dos maneras: en tejido vivo, en el caso que se quiere mostrar resultados dinámicos de la fisiología tisular y celular; también, se puede hacer en tejido fijado (formol al 10%), el cual se limita a la observación de las estructuras y hacer una descripción de la misma. (1)

La biopsia se realiza para los siguientes fines:

- Establecer un diagnóstico definitivo de la lesión en base a su aspecto histológico.
- Establecer un pronóstico para las lesiones malignas y premalignas.
- En algunos casos, facilitar la prescripción de tratamientos específicos.
- Contribuir en la evaluación de la eficacia de los tratamientos.
- Constituir, en cualquier caso, un documento con evidente valor médico-legal. (2)

La biopsia de cavidad bucal, en la atención dental está indicada:

- Para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos.
- Como ayuda en evolución diagnóstica de enfermedades infecciosas, micóticas y bacterianas.
- En lesiones con sospecha de cáncer.
- Cualquier lesión de aspecto clínico compatible con úlcera, ulceración, erosión, ampolla, y que no muestre evidencia de curación en 15 días.
- Nódulos de crecimiento rápido.
- Lesiones negras.
- Lesiones blancas.
- Lesiones rojas con sospecha de eritroplasia.
- Cualquier tejido eliminado quirúrgicamente o eliminado espontáneamente.

(1)

No existe ninguna contraindicación para la realización de una biopsia propiamente dicha. Para las lesiones de pequeño tamaño, cuando se realiza la remoción total (biopsia excisional), interviniendo en áreas vecinas del tejido normal, no existe contraindicación. Aun con el riesgo de diseminar la lesión al realizar la biopsia incisional en lesiones con presunción de malignidad, no se debe dejar de realizar la biopsia. (2)

### **Técnica de la biopsia**

La biopsia es un procedimiento de elucidación diagnóstica que emplea maniobras quirúrgicas, en la cual siempre deben ser observados los principios de la cirugía, la zona elegida debe ser la más representativa de la lesión. Se debe de mantener las medidas de asepsia durante acto operatorio, que permitan mantener condiciones que eviten infecciones sobre agregadas. Antes, durante y después del acto quirúrgico se debe de utilizar antiséptico, que complementen las medidas de asepsia; los antisépticos a utilizar deben ser soluciones que no pigmenten (soluciones de yodo) o modifiquen el tejido de la muestra. Como todo procedimiento quirúrgico se debe de realizar con anestesia local, que permitan una maniobra limpia y libre de daños al material de la muestra, nunca deben de inyectarse dentro de la lesión, para evitar la



pérdida de los límites. Sea con bisturí o con otro instrumento se debe de retirar el tejido de muestra sin contaminarlo. En la mayor parte de los casos, la biopsia por disección al escalpelo, debe estar seguida de una electrocoagulación para cerrar los vasos linfáticos y evitar de esta manera una diseminación de la lesión, en el caso sea maligno. Una vez retirado el tejido se debe de suturara o realizar la hemostasia de la superficie cruenta. Se debe de tener cuidado con el material retirado, no comprimiendo, no dilacerando el tejido, remover sangre y otros materiales usando suero fisiológico; introducir el material retirado en un frasco de vidrio conteniendo solución fijadora (formalina o formol al 10%). La proporción de la solución fijadora o formalina con la muestra es de 10 a 1. El frasco con la solución de formol y el material retirado debe ser de amplia abertura, el material biopsico debe conservar su morfología después de su extracción; por lo tanto, no debe ser traumatizado, ni comprimido con pinzas, ni secado con gasas. Los cuidados post operatorios deben ser los mismos que en cirugía bucal. Una vez obtenida la muestra y puesto en el frasco, se debe de enviar al Patólogo, ofreciendo todos los datos que ayuden en el examen histopatológico. Se debe de rotular con los siguientes datos: Nombre completo del paciente, número de historia clínica y edad. (1)

### **Tipos de biopsia**

De acuerdo a los procedimientos aplicados, las biopsias orales pueden clasificarse según:

#### **a. Las características de la lesión**

- *Biopsias directas*: Cuando la lesión se encuentra posicionada sobre la mucosa oral y es fácilmente accesible. Este es el caso de los precánceres orales y de las lesiones primarias neoplásicas.
  
- *Biopsias indirectas*: cuando la lesión se encuentra recubierta de una mucosa aparentemente normal. (2)

-

## **b. El área de la remoción quirúrgica**

- *Biopsia incisional:* Consiste en la remoción de una muestra representativa de la lesión y tejido adyacente normal con el objetivo de establecer un diagnóstico definitivo de forma previa al tratamiento (21). Está indicada en lesiones extensas (más de 2 cm) o múltiples. Consiste en la toma de una porción del tejido sospechoso, mediante bisturí frío o convencional (lo más recomendable). La incisión deberá incluir tejido sano junto al alterado, que permita al histopatólogo comparar de forma adecuada las características de uno y otro. Si la lesión es muy extensa o presenta distintos aspectos en su superficie, deben tomarse varias muestras, cada una de ellas claramente diferenciada de las demás (por ejemplo en frascos distintos; mediante hilos de sutura de colores distintos; más de un hilo por lesión, etc.). Se acompañarán de un informe para el patólogo, indicando características de la lesión y procedencia de las muestras (48)
- *Biopsia escisional:* Se trata de la remoción completa de la lesión con un doble objetivo diagnóstico y terapéutico. Tan solo es posible cuando el tamaño lesional permite la escisión completa con márgenes adecuados sanos (21). Está indicada en lesiones pequeñas (generalmente de menos de 2 cm de diámetro mayor). Se suele realizar también mediante bisturí frío o convencional (más recomendable que el eléctrico o el láser quirúrgico). Debe tomarse un margen de seguridad de unos milímetros, incluyendo tejido de apariencia normal, teniendo en cuenta que la lesión es tridimensional. En lesiones superficiales difusas o en las que su aspecto sugiere malignidad con invasión o diseminación extensa, se aconseja la biopsia incisional, en lugar de la extirpación completa, si no se dispone de un diagnóstico previo. (48)
- *Biopsia con pinza sacabocados o con punch:* Para biopsiar lesiones superficiales se puede recurrir a alguno de estos dos instrumentos. La pinza sacabocados puede tener una cucharilla con corte en una o ambas hojas, de gran durabilidad. Permite tomar muestras en zonas de difícil acceso y se maneja como una tijera. El punch es un cilindro de

acero (también los hay con mango de plástico, desechables), en cuyo extremo activo presenta un hueco circular afilado. Se presenta en diámetros de 2 a 10 mm. Actúa mediante un movimiento rotatorio de corte. Previa a la utilización de cualquiera de dichos instrumentos, deberá procederse a anestesiarse la zona, siguiendo las pautas recomendadas con anterioridad. La pinza sacabocados no precisa de ningún otro instrumento adyuvante. El punch puede requerir el uso de una tijera, para cortar el fragmento cilíndrico tomado como muestra. Si el lecho biopsico sangra un poco, suele bastar la compresión para cohibir la hemorragia, en ambos casos. Dependiendo de cómo se utilicen, ambos instrumentos pueden permitir tomar tejido no sólo mucoso, sino incluso traspasar el periostio y captar muestras de hueso de los maxilares (por ejemplo en el caso de una displasia fibrosa). (48)

- *Biopsia por punción o aspiración:* Se emplea en particular para el diagnóstico de lesiones tumorales de glándulas salivales mayores y más concretamente para masas parotídeas (este procedimiento minimiza el riesgo de lesionar el nervio facial), así como para analizar el contenido de lesiones quísticas intraóseas, o bien adenopatías. Se realiza mediante una aguja soportada por una jeringa, a la que se puede adaptar un aparato que ejerce gran presión negativa (con una sola mano). Se ejecutan varios movimientos a través del tejido a biopsiar, con el fin de recoger diversas muestras y de no diseminar posibles células contaminantes. A continuación se envían al laboratorio jeringa y aguja, con todo el material recogido. (48)
- Otros tipos de biopsia incluyen la biopsia por curetaje y la biopsia exfoliativa (2), aunque esta misma en cavidad oral tiene como objetivo ser una ayuda diagnóstica y no un sustituto de otros tipos de biopsia. Su función es permitir la examinación individual de las células, pero no provee de las características arquitectónicas del tejido que permiten dar con un diagnóstico certero.

**c. Según el momento de la biopsia respecto a la intervención quirúrgica**

- Preoperatoria.
- Intraoperatoria.
- Postoperatoria, con la finalidad de evaluar la eficacia del tratamiento. (2)



## **Definiciones conceptuales**

**Prevalencia.-** La prevalencia es una herramienta de medición que corresponde al número de casos existentes de una enfermedad o condición en una población determinada en un momento dado. Es por tanto una medición puntual en el tiempo, que en el eje temporal se corresponde con una medición transversal.

**Patología bucomaxilofacial.-** Toda alteración localizada en el complejo bucomaxilofacial, comprendiendo todas las estructuras que lo conforman, lo que incluye tejidos blandos, glándulas salivales, maxilar, mandíbula y órganos dentarios; así como las manifestaciones de problemas sistémicos que se presentan en esta región.

**Diagnóstico.-** Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad. En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.

**Histopatología.-** Consiste en estudiar al microscopio los tejidos orgánicos. Las anomalías que se detecten permitirán realizar el diagnóstico de una patología determinada. Las muestras de tejidos a menudo se obtienen a través de biopsias (toma de un pequeño fragmento de tejido de una persona viva). El resultado del exámen microscópico permitirá establecer de qué enfermedad sufre el paciente e instaurar el tratamiento apropiado.

**Biopsia.-** La biopsia es un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de tejido vivo para su estudio anatomopatológico con una finalidad diagnóstica.

**Hiperqueratosis.-** Se refiere al incremento en el espesor de la capa de queratina del epitelio, o la presencia de queratina sobre un epitelio normalmente no queratinizado. Puede ser de dos tipos: hiperortoqueratosis, cuando la hiperqueratosis se produce a expensas de una queratinización completa (ausencia de núcleos en la capa de queratina) e hiperparaqueratosis, cuando el incremento en el espesor de la queratina ocurre por un proceso de

queratinización incompleta (con presencia de núcleos en la capa de queratina). Los cambios en el patrón de queratinización ocurren en un gran número de lesiones con diferente potencial de malignización y reflejan fundamentalmente cambios en el metabolismo de la mucosa.

**Acantosis.-** Es un incremento del espesor de la capa espinosa del epitelio, que puede o no acompañarse de una hiperqueratosis.

**Atipia.-** Cambios citológicos que pueden o no tener un significado de premalignidad. Nunca debe utilizarse este concepto como sinónimo de displasia.

**Displasia.-** Cambios en el epitelio donde concurren alteraciones arquitecturales y citológicas, representa un amplio espectro de lesiones potencialmente precursoras de carcinoma de células escamosas.

**Neoplasia.-** Neoplasia es el término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido. Se produce porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior a lo normal. Las neoplasias pueden ser benignas cuando se extienden solo localmente y malignas cuando se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia

**Autoinmunidad.-** La autoinmunidad es el proceso por el cual el sistema inmune del organismo ejerce una respuesta inmune contra un antígeno propio, desencadenando un proceso patológico. Existen muchas patologías autoinmunes. Un grupo de estas enfermedades afecta a todo el organismo (lo que denominamos autoinmunidad multiorgánica o sistémica), mientras que otras afectan a órganos o localizaciones del cuerpo concretas (autoinmunidad específica).

## CAPÍTULO II

### HIPOTESIS Y VARIABLES

#### HIPOTESIS:

El presente estudio no cuenta con hipótesis por ser un estudio descriptivo.

#### VARIABLES:

- **Patología bucomaxilofacial**

Variable cualitativa nominal, que refiere a las enfermedades localizadas en la cavidad bucal de origen local o sistémico.

- **Biopsia**

Se refiere al procedimiento en el que se toma una muestra de algún tejido, para obtener un diagnóstico histopatológico.

- **Rango de edad**

Variable cuantitativa, ordinal y politómica que hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en años.

- **Sexo**

Variable nominal, dicotómica que consiste en la condición biológica que distingue a los individuos en masculino y femenino.

- **Localización de biopsia**

Variable nominal, cualitativa que se refiere a la zona anatómica de cavidad bucal de donde se obtuvo la biopsia.

- **Tipo de muestra**

Variable nominal cualitativa que hace referencia a la clasificación según la forma de obtener la muestra para la lesión.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- **Diseño metodológico**

El presente trabajo de investigación corresponde a una investigación de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

**Observacional:** Porque no se manipula ninguna variable, el estudio busca determinar la situación de la variable observada.

**Descriptivo:** Porque identifica y mide diversos aspectos, dimensiones o componentes de las variables a investigar.

**Retrospectivo:** Porque estudia las variables y sus aspectos sucedidos antes de la realización del presente estudio.

**Transversal:** Porque estudia la prevalencia en un solo momento en el tiempo.

- **Población y Muestra**

#### **Población**

La población del estudio estuvo constituida por todas las biopsias de cavidad bucal que cuenten con diagnóstico de alguna patología, realizadas en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y reportadas en los libros de procedimientos quirúrgicos comprendidas entre los años 2010 y 2015.



- **Criterios de Selección**

Criterios de Inclusión:

- Todas las biopsias que hayan sido obtenidas de la cavidad bucal, realizadas en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, registradas en los libros de reportes quirúrgicos entre los años 2010 y 2015, a los pacientes adultos y niños, sean estos ambulatorios u hospitalizados.

Criterios de Exclusión.

- Las biopsias bucales que han sido tomadas en sala de operaciones por cirujanos asistentes del Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Las biopsias que hayan sido tomadas de regiones extraorales realizadas en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza registradas en los libros de reportes quirúrgicos del archivo.
- Las biopsias realizadas antes y después del tiempo que comprende el periodo de estudio.

- Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	CATEGORIAS	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ESCALA DE MEDICION
Patología bucomaxilofacial	Enfermedades localizadas en los tejidos blandos y duros bucomaxilofaciales	Cualitativa	Reactiva Inmunitaria Infecciosa Neoplásica Quística	Traumática, irritativa, multiórganica, bacteriana, viral, benigna, maligna, odontogénica	Libros de reporte quirúrgico Informe anatomopatológico	Nominal
Biopsia	Fragmento de tejido obtenido quirúrgicamente con fines diagnósticos	Cualitativa	Incisional  Escisional	Parte de la lesión  Toda la lesión	Libros de reporte quirúrgico Informe anatomopatológico	Nominal
Edad	Tiempo en años obtenido del reporte quirúrgico	Cuantitativa	0-9 años      40-49 años 0-19 años    50-59 años 20-29 años   60-69 años 30-39 años   70 a más	Tiempo en años	Libros de reporte quirúrgico	Continua
Sexo	Condición de género registrada en el reporte quirúrgico	Cualitativa	Masculino  Femenino	Masculino  Femenino	Libros de reporte quirúrgico	Nominal Dicotómica
Localización	Zona anatómica de cavidad bucal donde se ubicó la patología	Cualitativa	Mucosa labial, mucosa de carrillo, paladar duro, paladar blando, encía labial, borde de lengua, hueso maxilares	Tejido sano  Tejido patológico	Libros de reporte quirúrgico	Nominal

- **Técnica de recolección de datos**

La recolección de datos se registró en el instrumento elaborado para esta investigación (Anexo 01). Los datos fueron obtenidos de los Libros de Reporte Quirúrgico del departamento de Estadística y Archivo, y de los informes anatomopatológicos en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La recolección de datos estuvo a cargo exclusivamente del investigador.

- **Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron procesados y analizados en el programa estadístico SPSS v18. Se realizó un análisis descriptivo de la variable de estudio: prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsias en un periodo de cinco años (2011-2016) en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por medio de tablas de distribución de frecuencias en función de todas las covariables consideradas, que permiten describir en detalle la variable de estudio. Se presenta también gráficos estadísticos para cada una de las tablas de resultados, tales como gráficos de barras y gráficos circulares de sectores. Finalmente se realizó la discusión de los resultados encontrando relación con toda la información metodológica existente.

- **Aspectos éticos**

Al contar con la información del reporte quirúrgico de los procedimientos de biopsias y de los informes anatomopatológicos de los pacientes que conforman el estudio, se mantuvo la discreción y reserva de los datos obtenidos, lo que

El nombre del paciente no fue registrado en el instrumento y fue reemplazado por un número en relación al orden correlativo de recolección de datos con el objeto de mantener la confidencialidad del paciente en el estudio.

## CAPITULO IV

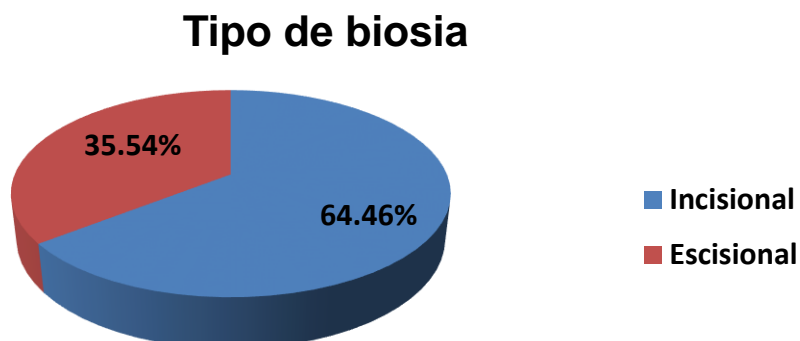
### RESULTADOS

Después del procesamiento de datos de esta investigación, se encontró que fueron realizadas 920 biopsias de cavidad bucal en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2010 y 2015, de las cuales 593 fueron incisoriales (64.46%) y 327 escisionales (35.54%). (Tabla y gráfico N°1)

**Tabla N°1** Distribución según Tipo de biopsia del total de biopsias realizadas

Tipo de biopsia	Nº Biopsias	Porcentaje
Incisional	593	64.46%
Escisional	327	35.54%
<b>Total general</b>	<b>920</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°1** Distribución según Tipo de biopsia del total de biopsias realizadas



De un total de 920 biopsias realizadas de la cavidad bucal, 121 biopsias (13.15%) correspondieron a informes anatomopatológicos de tejido sin alteración, por lo que el universo de estudio se constituyó por 799 biopsias con diagnóstico de alguna patología o alteración. El diagnóstico definitivo de las patologías del presente estudio estuvo dado por el diagnóstico anatomopatológico o la conjunción de este más el diagnóstico clínico. Cabe mencionar que las 121 biopsias que fueron excluidas del universo de estudio

se encontraron en el grupo de enfermedades de origen inmunitario (Ver tablas y gráficos N°5 y 8)

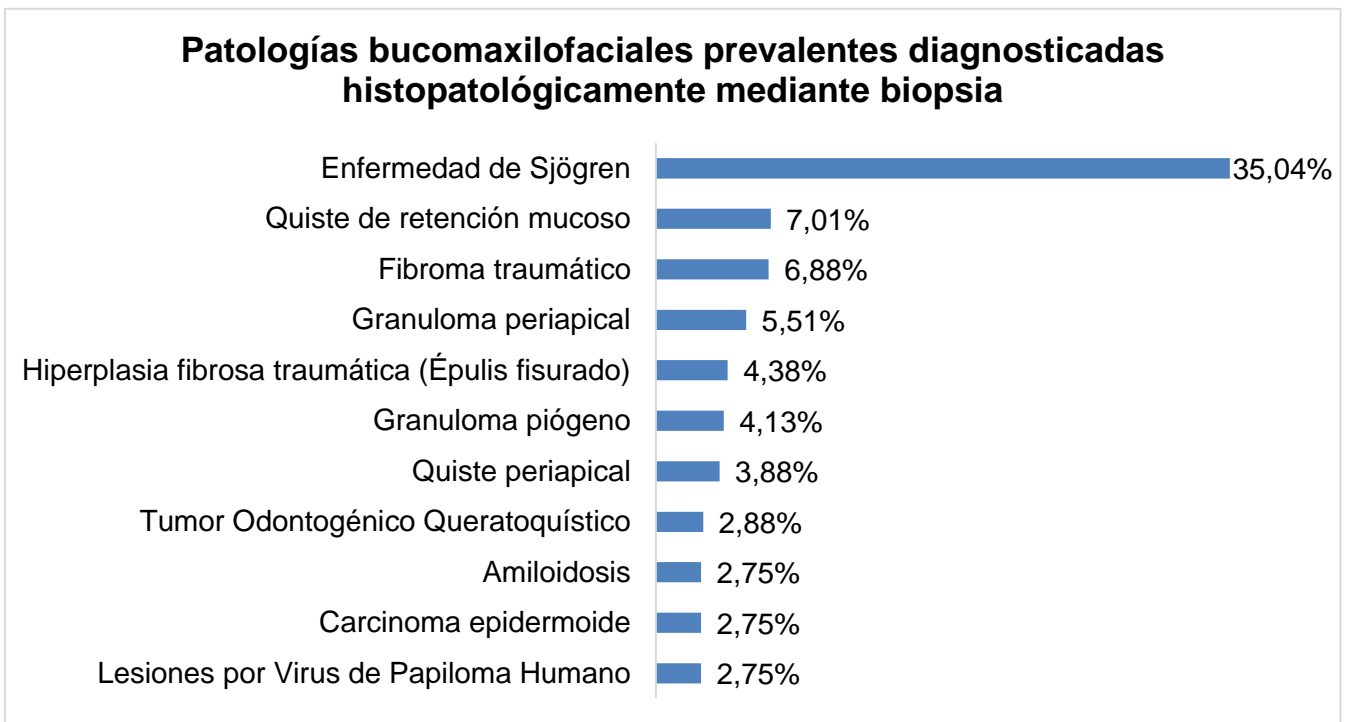
Los resultados del estudio mostraron que las patologías prevalentes fueron: La enfermedad de Sjögren, que ocupó el primer lugar con 280 casos (35.04%), seguido de quiste de retención mucoso con 56 casos (7.01%), fibroma traumático con 55 casos (6.88%), granuloma periapical con 44 casos (5.51%), hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) con 35 casos (4.38%), granuloma piógeno con 33 casos (4.13%), quiste periapical con 31 casos (3.88%), tumor odontogénico queratoquístico con 23 casos (2.88%), y carcinoma epidermoide, amiloidosis y lesiones por virus del papiloma humano con 22 casos cada uno (2.75%). (Tabla N°2 y Gráfico N°2)

**Tabla N°2** Prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsias

<b>Prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia</b>	<b>Nº de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedad de Sjögren	280	35.04%
Quiste de retención mucoso	56	7.01%
Fibroma traumático	55	6.88%
Granuloma periapical	44	5.51%
Hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado)	35	4.38%
Granuloma piógeno	33	4.13%
Quiste periapical	31	3.88%
Tumor Odontogénico Queratoquístico	23	2.88%
Carcinoma epidermoide	22	2.75%
Amiloidosis	22	2.75%
Lesiones por Virus de Papiloma Humano	22	2.75%
Quiste dentígero	21	2.63%
Granuloma periférico de células gigantes	14	1.75%
Hemangioma	12	1.50%
Ameloblastoma	11	1.38%
Quiste residual	11	1.38%
Displasia epitelial	10	1.25%
Liquen plano bucal	8	1.00%

Hiperqueratosis	7	0.88%
Reacción granulomatosa a cuerpo extraño	6	0.75%
Lipoma	6	0.75%
Adenocarcinoma	5	0.63%
Osteomielitis	5	0.63%
Tatuaje de amalgama	4	0.50%
Adenoma pleomórfico	4	0.50%
Osteoma	4	0.50%
Granuloma central de células gigantes	4	0.50%
Penfigoide mucoso benigno	4	0.50%
Mixoma Odontogénico	3	0.38%
Cementoblastoma	3	0.38%
Displasia fibrosa	3	0.38%
Acantosis	3	0.38%
Quiste óseo aneurismático	3	0.38%
Tumor Odontogénico Adenomatoides	2	0.25%
Úlcera crónica no neoplásica	2	0.25%
Neoformación arteriovenosa post traumática	2	0.25%
Carcinoma verrucoso	2	0.25%
Sarcoma de Kaposi	2	0.25%
Actinomicosis	2	0.25%
Fibroma osificante	2	0.25%
Quiste nasopalatino	2	0.25%
Melanoma	2	0.25%
Fibroma cemento osificante	1	0.13%
Linfangioma	1	0.13%
Osteosarcoma	1	0.13%
Sinusitis odontogénica	1	0.13%
Mucosa hiperpigmentada	1	0.13%
Rabdomiosarcoma	1	0.13%
Pólipo fibroepitelial	1	0.13%
<b>Total general</b>	<b>799</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°2** Patologías bucomaxilofaciales prevalentes diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia

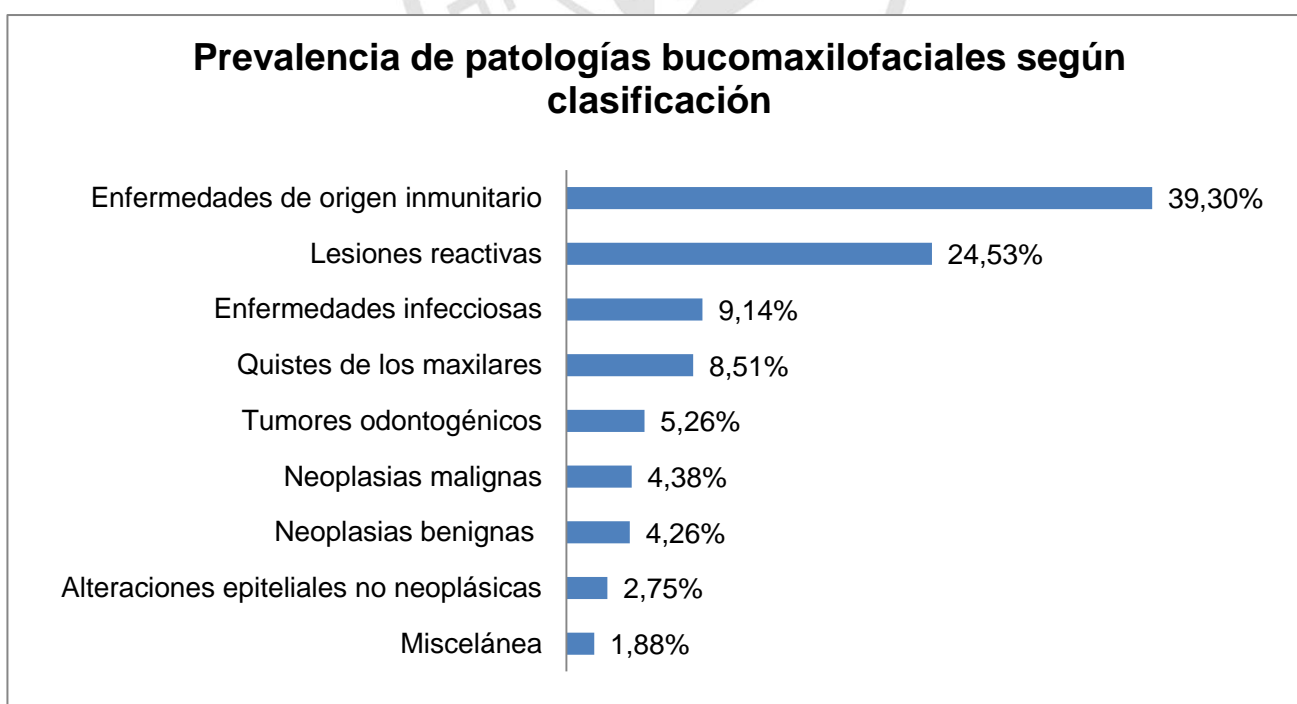


Considerando las patologías bucomaxilofaciales de acuerdo a la clasificación definida en el presente estudio se encontró que las enfermedades de origen inmunitario fue el grupo prevalente con 314 casos (39.30%), destacando entre ellas la enfermedad de Sjogren con 280 casos. En segundo lugar las lesiones reactivas con 196 casos (24.53%) y luego las enfermedades infecciosas con 73 casos (9.14%). Se considera importante mencionar que se encontró neoplasias malignas en 35 casos (4.38%). (Ver Tabla y Gráfico N°3)

**Tabla N°3** Prevalencia de patologías bucomaxilofaciales según clasificación

<b>Prevalencia de patologías bucomaxilofaciales según clasificación</b>	<b>Nº de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedades de origen inmunitario	314	39.30%
Lesiones reactivas	196	24.53%
Enfermedades infecciosas	73	9.14%
Quistes de los maxilares	68	8.51%
Tumores odontogénicos	42	5.26%
Neoplasias malignas	35	4.38%
Neoplasias benignas	34	4.26%
Alteraciones epiteliales no neoplásicas	22	2.75%
Miscelánea	15	1.88%
<b>Total general</b>	<b>799</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N° 3** Prevalencia de patologías bucomaxilofaciales según clasificación



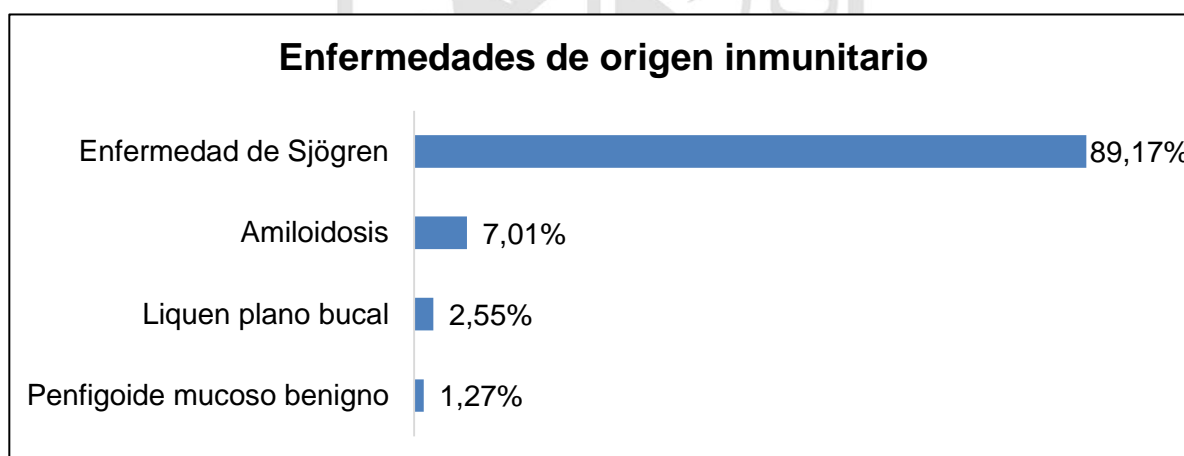


Dentro de las enfermedades de origen inmunitario, grupo prevalente de las patologías bucomaxilofaciales encontradas (Gráfico N°3), destacó en primer lugar la enfermedad de Sjögren con 280 casos (89.17%) y en segundo lugar la amiloidosis con 22 casos (7.01 %) (Tabla y gráfico N°4). Cabe reiterar que las 121 biopsias excluidas del universo de estudio resultaron negativas para enfermedad de Sjögren (56 casos) y amiloidosis (65 casos).

**Tabla N°4** Enfermedades de origen inmunitario

Enfermedades de origen inmunitario	Nº casos	Porcentaje
Enfermedad de Sjögren	280	89.17%
Amiloidosis	22	7.01%
Liquen plano bucal	8	2.55%
Penfigoide mucoso benigno	4	1.27%
<b>Total general</b>	<b>314</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°4** Enfermedades de origen inmunitario

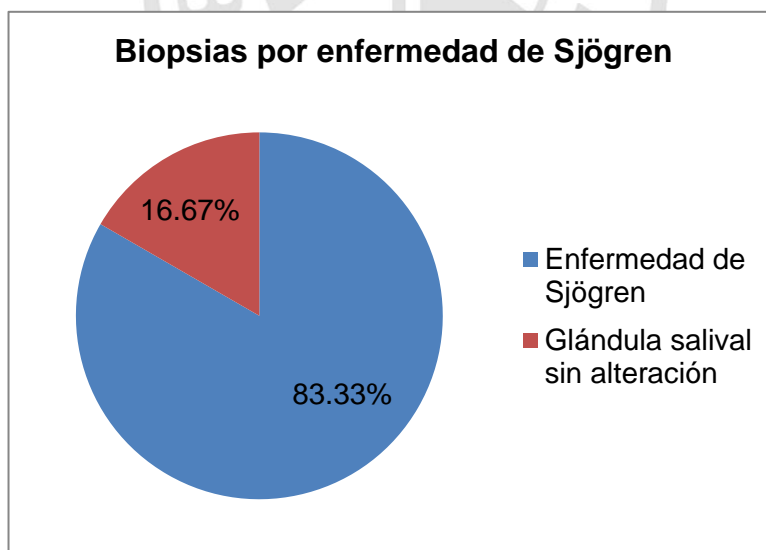


En relación a la enfermedad de Sjögren se realizaron 336 biopsias, resultando 280 casos (83.37%) confirmativos y 56 casos (16.67%) con resultados negativos (Tabla y gráfico N°5)

**Tabla N° 5** Biopsias por enfermedad de Sjögren

<b>Biopsias por enfermedad de Sjögren</b>		
Enfermedad de Sjögren	280	83.33%
Glándula salival sin alteración	56	16.67%
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°5** Biopsias por enfermedad de Sjögren

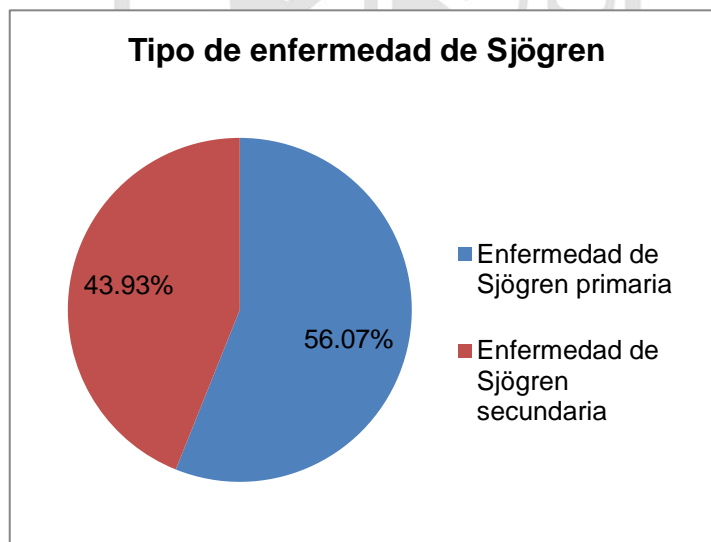


El tipo prevalente de enfermedad de Sjögren encontrado en el estudio fue el Sjögren primario con 157 casos (56.07%) y 123 casos (43.93%) del tipo secundario. (Tabla y gráfico N°6)

**Tabla N°6** Tipo de enfermedad de Sjögren

<b>Tipo de enfermedad de Sjögren</b>		
Enf. de Sjögren primaria	157	56.07%
Enf. de Sjögren secundaria	123	43.93%
<b>Total</b>	<b>280</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°6** Tipo de enfermedad de Sjögren

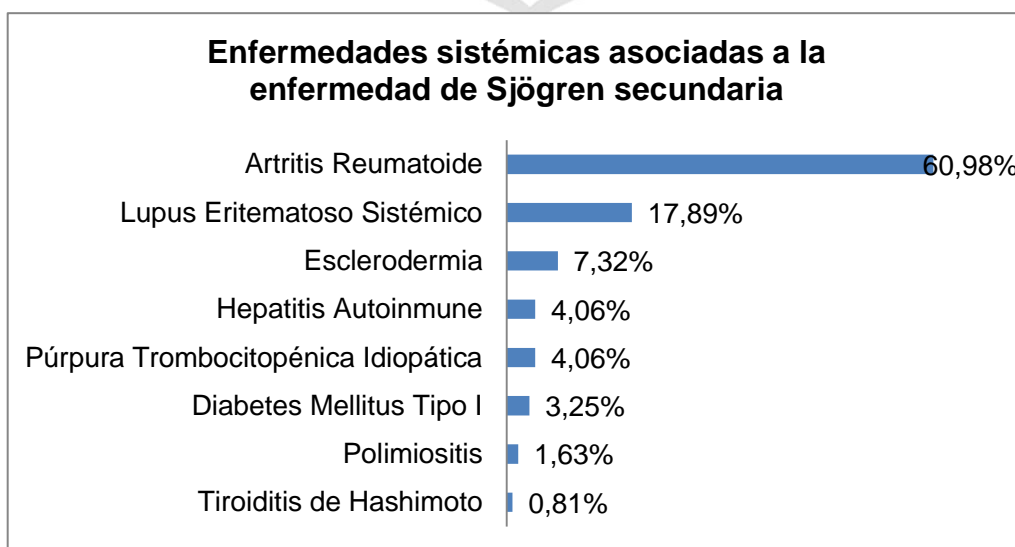


Las enfermedades sistémicas mayormente asociadas a enfermedad de Sjögren encontradas en este estudio fueron artritis reumatoide en 75 casos (60.98%), lupus eritematoso sistémico en 22 casos (17.89%), esclerodermia en 9 casos (7.32%), hepatitis autoinmune y púrpura trombocitopénica en 5 casos (4.06%). (Tabla y gráfico N°7)

**Tabla N°7** Enfermedades sistémicas asociadas a la enfermedad de Sjögren secundaria

<b>Enfermedades sistémicas asociadas a la enfermedad de Sjögren secundaria</b>		
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Artritis Reumatoide	75	60.98%
Lupus Eritematoso Sistémico	22	17.89%
Esclerodermia	9	7.32%
Hepatitis Autoinmune	5	4.06%
Púrpura Trombocitopénica Idiopática	5	4.06%
Diabetes Mellitus Tipo I	4	3.25%
Polimiositis	2	1.63%
Tiroiditis de Hashimoto	1	0.81%

**Gráfico N°7** Enfermedades sistémicas asociadas a la enfermedad de Sjögren secundaria

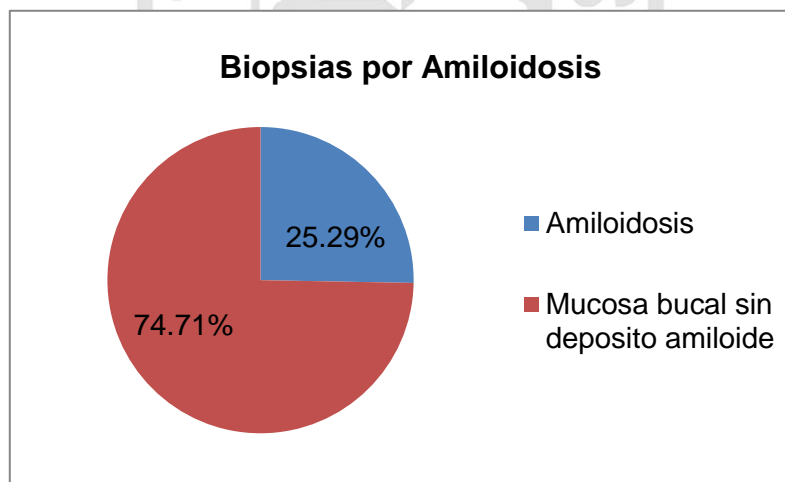


En relación a amiloidosis se realizaron 87 biopsias, resultando 22 casos (25.29%) diagnósticos positivos y 65 casos (74.71%) resultados negativos para amiloidosis. (Tabla y gráfico N°5)

**Tabla N°8** Biopsias por Amiloidosis

<b>Biopsias por Amiloidosis</b>		
Amiloidosis	22	25.29%
Mucosa bucal sin deposito amiloide	65	74.71%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°8** Biopsias por Amiloidosis

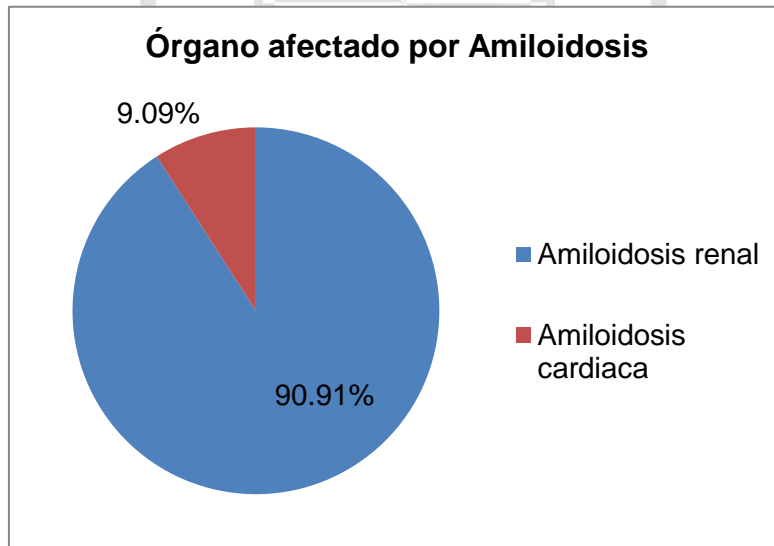


De los 22 casos de Amiloidosis encontrados en este estudio 20 tuvieron afectación renal (90.91%) y 2 casos cursaron con afectación cardíaca (9.09%). (Tabla y gráfico N°9)

**Tabla N°9** Órgano afectado por Amiloidosis

Órgano afectado por Amiloidosis		
Amiloidosis renal	20	90.91%
Amiloidosis cardíaca	2	9.09%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°9** Órgano afectado por Amiloidosis

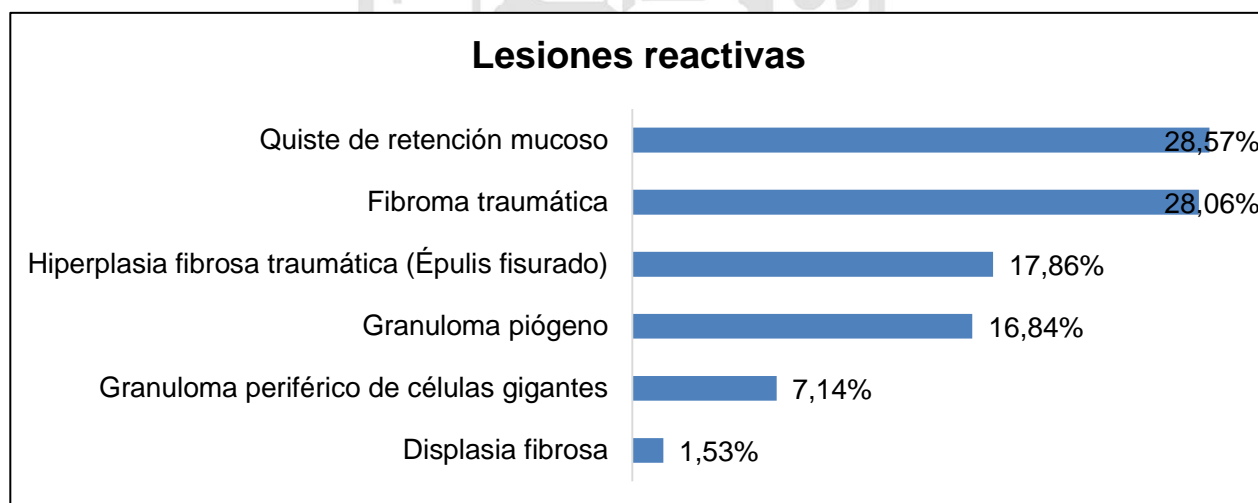


Las lesiones reactivas fueron el segundo grupo prevalente de las patologías bucomaxilofaciales, incluyendo al quiste de retención mucoso en primer lugar con 56 casos (28.57%), seguido del fibroma traumático con 55 casos (28.06%). (Tabla y gráfico N°10)

**Tabla N°10** Lesiones reactivas

<b>Lesiones reactivas</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Quiste de retención mucoso	56	28.57%
Fibroma traumático	55	28.06%
Hiperplasia fibrosa traumática (Épulis fisurado)	35	17.86%
Granuloma piógeno	33	16.84%
Granuloma periférico de células gigantes	14	7.14%
Displasia fibrosa	3	1.53%
<b>Total general</b>	<b>196</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°10** Lesiones reactivas

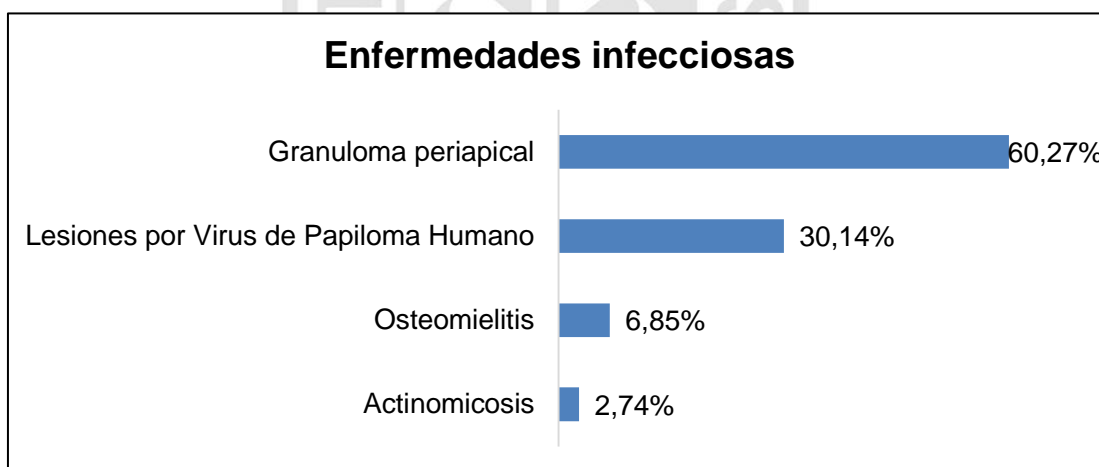


Dentro del grupo de las enfermedades infecciosas el granuloma periapical obtuvo un 60.27% con 44 casos, seguido de las lesiones por virus de papiloma humano con 22 casos (30.14%). (Tabla y gráfico N°11)

**Tabla N°11** Enfermedades infecciosas

Enfermedades infecciosas	Nº casos	Porcentaje
Granuloma periapical	44	60.27%
Lesiones por Virus de Papiloma Humano	22	30.14%
Osteomielitis	5	6.85%
Actinomicosis	2	2.74%
<b>Total general</b>	<b>73</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°11** Enfermedades infecciosas



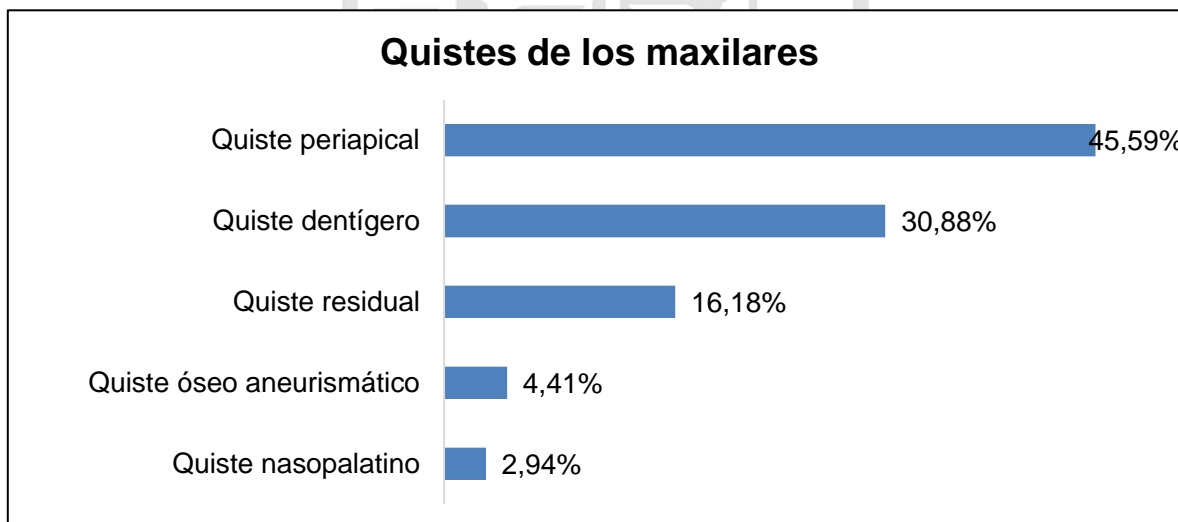


En el grupo de quistes de los maxilares, el quiste periapical fue el más común con 31 casos (45.59%) seguido del quiste dentígero con 21 casos (30.88%), (Tabla y gráfico N° 12)

**Tabla N°12** Quistes de los maxilares

Quistes de los maxilares	Nº casos	Porcentaje
Quiste periapical	31	45.59%
Quiste dentígero	21	30.88%
Quiste residual	11	16.18%
Quiste óseo aneurismático	3	4.41%
Quiste nasopalatino	2	2.94%
<b>Total general</b>	<b>68</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°12** Quistes de los maxilares

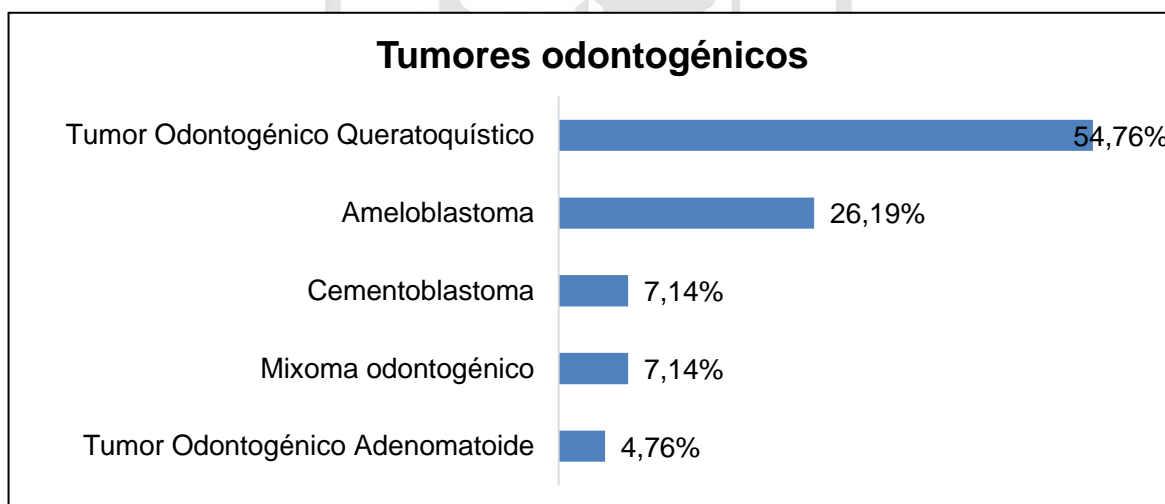


Dentro de los tumores odontogénicos los más frecuentes fueron el tumor odontogénico queratoquístico con 23 casos (54.76%) y el ameloblastoma con 11 casos (26.19%). (Tabla y gráfico N°13)

**Tabla N°13** Tumores odontogénicos

<b>Tumores odontogénicos</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Tumor Odontogénico Queratoquístico	23	54.76%
Ameloblastoma	11	26.19%
Cementoblastoma	3	7.14%
Mixoma odontogénico	3	7.14%
Tumor Odontogénico Adenomatoide	2	4.76%
<b>Total general</b>	<b>42</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°13** Tumores odontogénicos

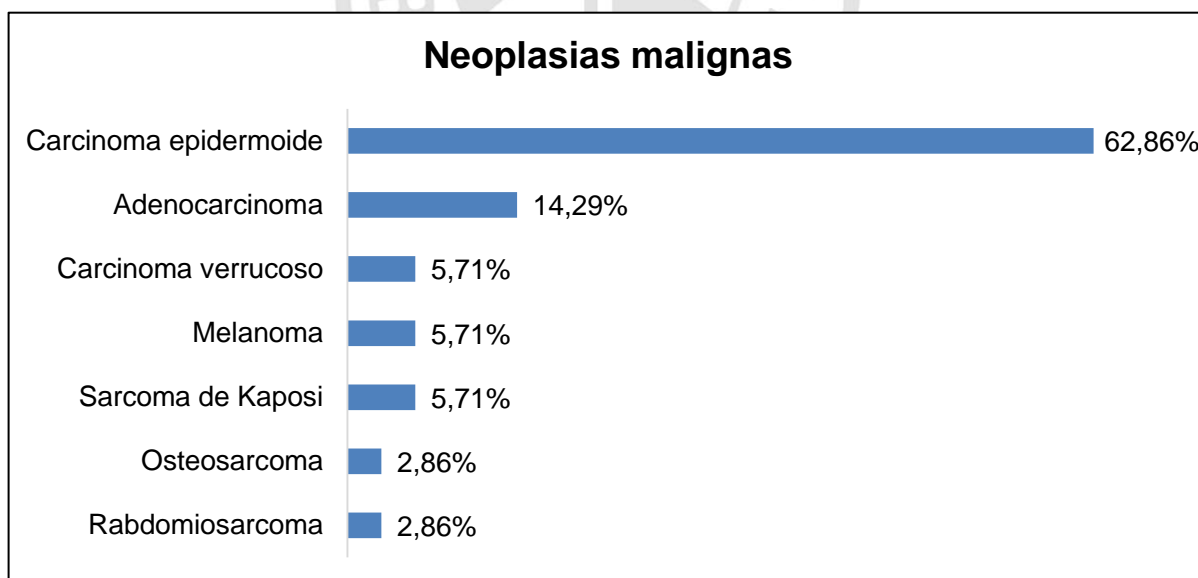


La neoplasia maligna prevalente por amplio margen fue el carcinoma epidermoide con 22 casos (62.86%), en segundo lugar se ubica el adenocarcinoma con 5 casos (14.29%). (Tabla y gráfico N°14)

**Tabla N°14** Neoplasias malignas

Neoplasias malignas	Nº casos	Porcentaje
Carcinoma epidermoide	22	62.86%
Adenocarcinoma	5	14.29%
Carcinoma verrucoso	2	5.71%
Melanoma	2	5.71%
Sarcoma de Kaposi	2	5.71%
Osteosarcoma	1	2.86%
Rabdomiosarcoma	1	2.86%
<b>Total general</b>	<b>35</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°14** Neoplasias malignas

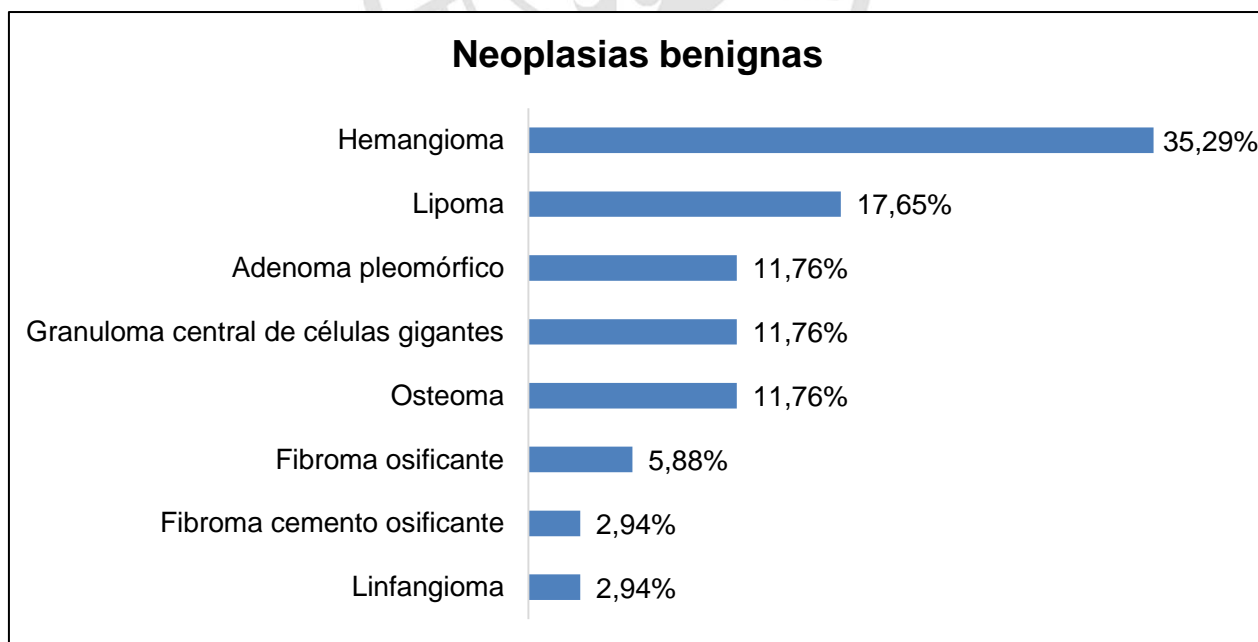


La neoplasia benigna más frecuente encontrada en este estudio fue el hemangioma con 12 casos (35.29%), seguido del lipoma con 6 casos (17.65%). (Tabla y gráfico N°15)

**Tabla N°15 Neoplasias Benignas**

<b>Neoplasias benignas</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Hemangioma	12	35.29%
Lipoma	6	17.65%
Adenoma pleomórfico	4	11.76%
Granuloma central de células gigantes	4	11.76%
Osteoma	4	11.76%
Fibroma osificante	2	5.88%
Fibroma cemento osificante	1	2.94%
Linfangioma	1	2.94%
<b>Total general</b>	<b>34</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°15 Neoplasias Benignas**

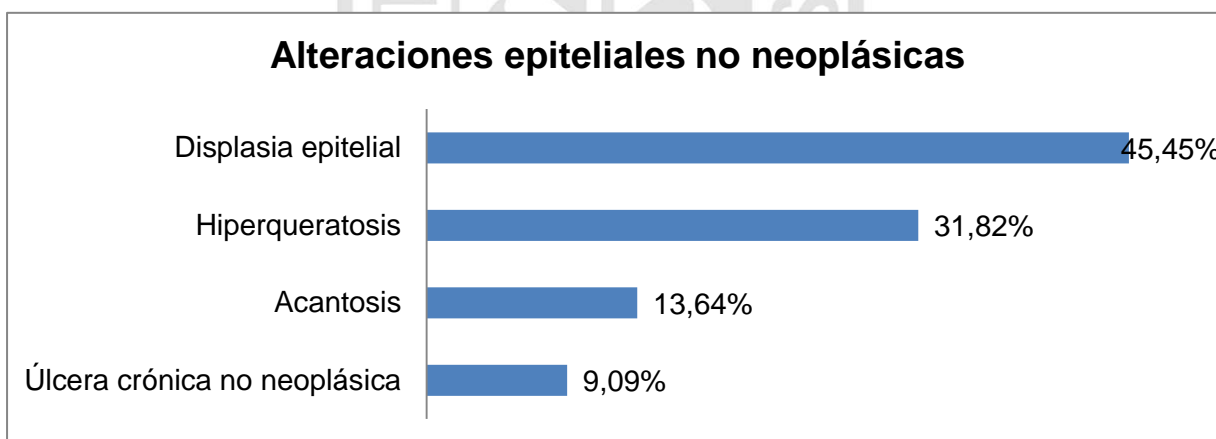


En el grupo de las alteraciones epiteliales no neoplásicas destacan la displasia con 10 casos (45.45%), la hiperqueratosis con 7 casos (31.82%) y la acantosis con 3 casos (13.64%). (Tabla y gráfico N° 16)

**Tabla N°16** Alteraciones epiteliales no neoplásicas

<b>Alteraciones epiteliales no neoplásicas</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Displasia epitelial	10	45.45%
Hiperqueratosis	7	31.82%
Acantosis	3	13.64%
Úlcera crónica no neoplásica	2	9.09%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°16** Alteraciones epiteliales no neoplásicas

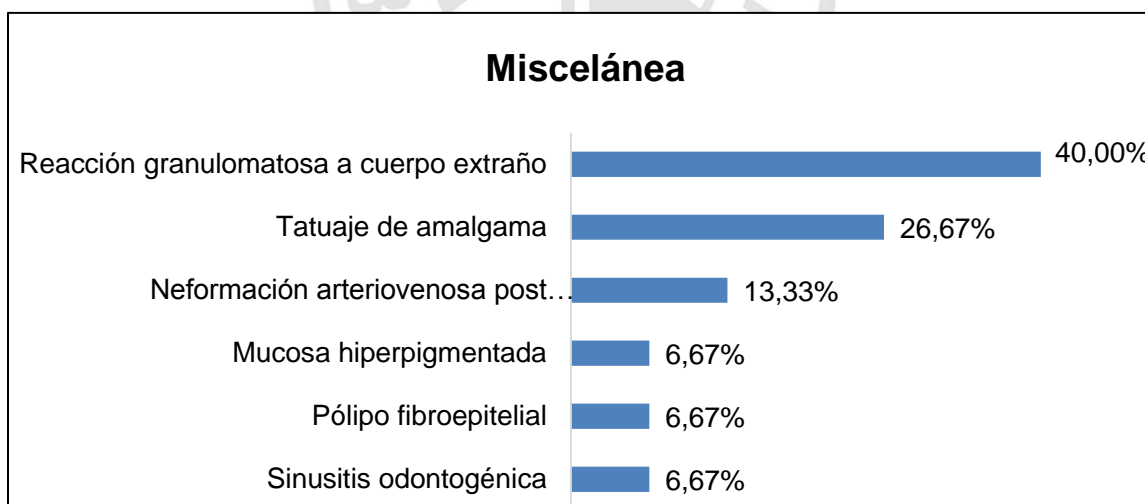


En este último grupo se encuentran patologías como reacción granulomatosa a cuerpo extraño con 6 casos (40.00%), tatuaje de amalgama con 4 casos (26.67%), neoformación arteriovenosa post traumática con 2 casos (13.33%), entre otras. (Tabla y gráfico N° 17)

**Tabla N°17** Miscelánea

Miscelánea	Nº casos	Porcentaje
Reacción granulomatosa a cuerpo extraño	6	40.00%
Tatuaje de amalgama	4	26.67%
Neoformación arteriovenosa post traumática	2	13.33%
Mucosa hiperpigmentada	1	6.67%
Pólipo fibroepitelial	1	6.67%
Sinusitis odontogénica	1	6.67%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°17** Miscelánea

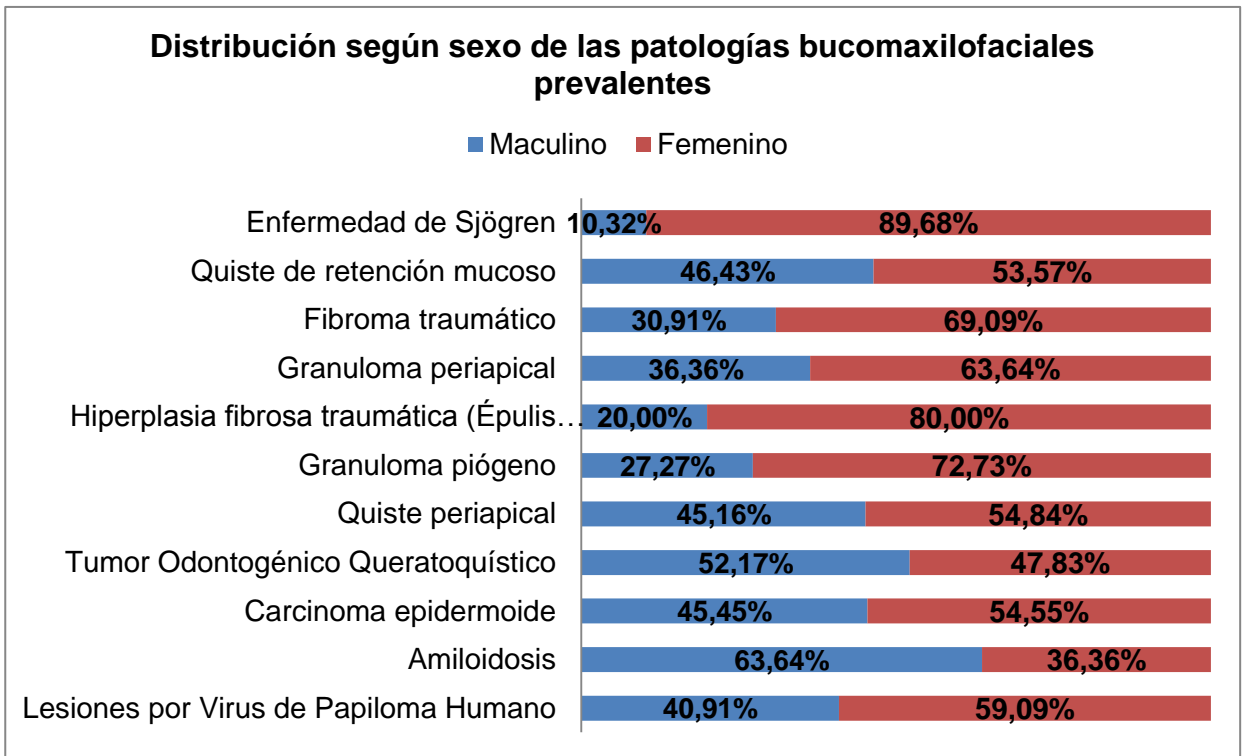


Luego de distribuir según el sexo a las patologías prevalentes, se obtuvo que el sexo prevalente en la mayoría de ellas fue el femenino, destacando en la enfermedad de Sjögren con 251 casos correspondientes al sexo femenino (89.68%) y 29 casos al sexo masculino (10.32%), en el fibroma traumático con 38 casos del sexo femenino (69.09%) y 17 del sexo masculino (30.91%), en la hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) con 28 casos para el sexo femenino (80.00%) y 7 casos correspondientes al sexo masculino (20.00%), y en el granuloma piógeno con 24 casos del sexo femenino (72.73%) y 9 del sexo masculino (27.27%). Sólo en la amiloidosis se altera esta tendencia notándose 14 casos del sexo masculino (63.64%) y 8 casos del sexo femenino (36.36%). (Tabla y gráfico N° 18)

**Tabla N°18** Distribución según sexo de las patologías bucomaxilofaciales prevalentes

Patologías bucomaxilofaciales	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Enfermedad de Sjögren	29	10.32%	251	89.68%
Quiste de retención mucoso	26	46.43%	30	53.57%
Fibroma traumático	17	30.91%	38	69.09%
Granuloma periapical	16	36.36%	28	63.64%
Hiperplasia fibrosa traumática (Épulis fisurado)	7	20.00%	28	80.00%
Granuloma piógeno	9	27.27%	24	72.73%
Quiste periapical	14	45.16%	17	54.84%
Tumor Odontogénico Queratoquístico	12	52.17%	11	47.83%
Carcinoma epidermoide	10	45.45%	12	54.55%
Amiloidosis	14	63.64%	8	36.36%
Lesiones por virus de papiloma humano	9	40.91%	13	59.09%

**Gráfico N° 18** Distribución según sexo de las patologías bucomaxilofaciales prevalentes



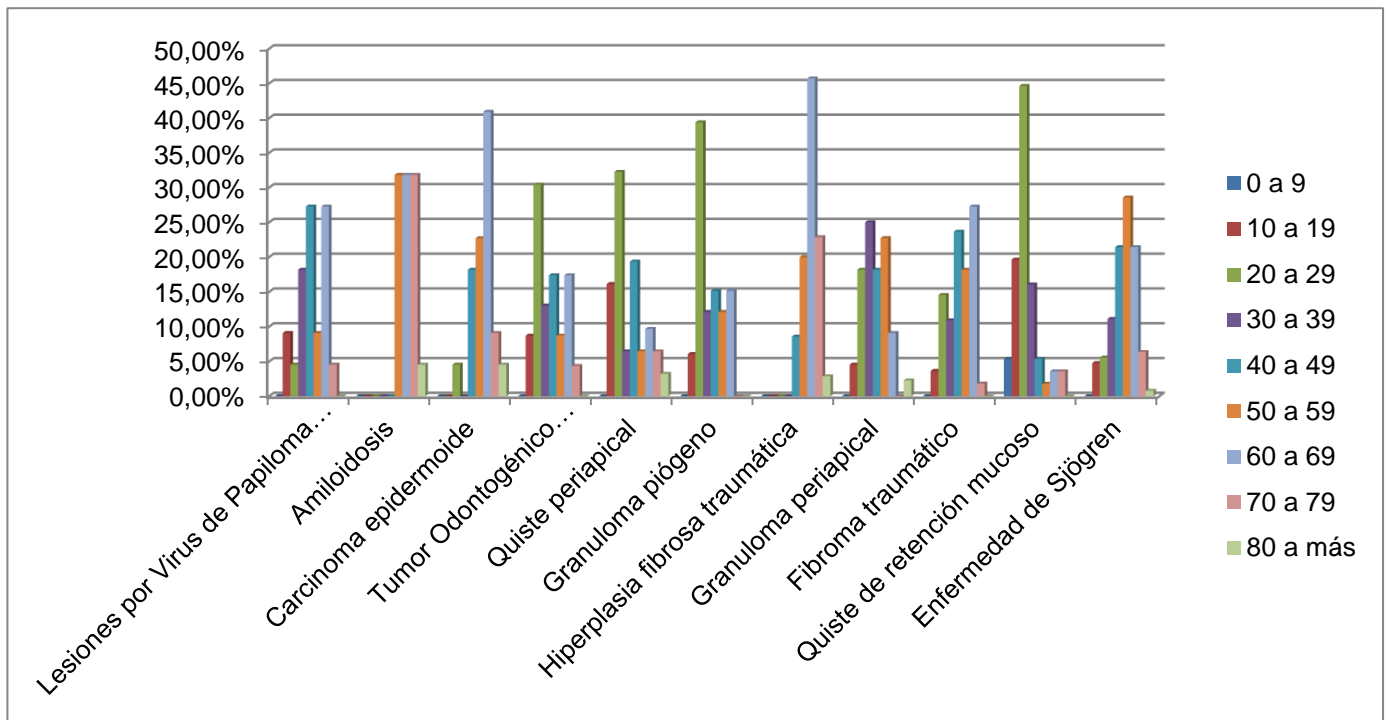


Al distribuir por grupo etario las patologías bucomaxilofaciales prevalentes, notamos que el grupo prevalente en la enfermedad de Sjögren es de 50 a 59 años con un 28.57%, de 20 a 29 años en el quiste de retención mucoso con 44.64%, de 60 a 69 años para el fibroma traumático con 27.27%, en el rango de 30 a 39 años se encontraron más casos de granuloma periapical con 25%, así como de 60 a 69 años en la hiperplasia fibrosa traumática con 45.71%, el grupo etario de 20 a 29 años fue el prevalente tanto para el granuloma piógeno con 39.40%, como para el quiste periapical con 32.26% y para el tumor odontogénico queratoquístico con 30.43%, en el carcinoma epidermoide el grupo prevalente fue de 60 a 69 años con 40.91%, la amiloidosis fue igualmente prevalente en los rangos de 50 a 59, 60 a 69 y 70 a 79 años con 31.82%, y las lesiones por virus de papiloma humano se encontraron mayormente en los grupos etarios de 40 a 49 y de 60 a 69 años con 27.27%. (Tabla y gráfico N° 19)

**Tabla N° 19** Distribución según grupo etario de las patologías bucomaxilofaciales prevalentes

Patologías bucales	Grupo etario (años)																	
	0 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 a más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermedad de Sjögren	0	0.00%	13	4.76%	16	5.56%	31	11.11%	60	21.43%	80	28.57%	60	21.43%	18	6.35%	2	0.79%
Quiste de retención mucoso	3	5.36%	11	19.64%	25	44.64%	9	16.07%	3	5.36%	1	1.79%	2	3.57%	2	3.57%	0	0.00%
Fibroma Traumático	0	0.00%	2	3.64%	8	14.54%	6	10.91%	13	23.64%	10	18.18%	15	27.27%	1	1.82%	0	0.00%
Granuloma periapical	0	0.00%	2	4.55%	8	18.18%	11	25.00%	8	18.18%	10	22.73%	4	9.09%	0	0.00%	1	2.27%
Hiperplasia fibrosa traumática (Épulis fisurado)	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	8.57%	7	20.00%	16	45.71%	8	22.86%	1	2.86%
Granuloma piógeno	0	0.00%	2	6.06%	13	39.40%	4	12.12%	5	15.15%	4	12.12%	5	15.15%	0	0.00%	0	0.00%
Quiste periapical	0	0.00%	5	16.13%	10	32.26%	2	6.45%	6	19.35%	2	6.45%	3	9.68%	2	6.45%	1	3.23%
Tumor Odontogénico Queratoquístico	0	0.00%	2	8.70%	7	30.43%	3	13.04%	4	17.39%	2	8.70%	4	17.39%	1	4.35%	0	0.00%
Carcinoma epidermoide	0	0.00%	0	0.00%	1	4.55%	0	0.00%	4	18.18%	5	22.72%	9	40.91%	2	9.09%	1	4.55%
Amiloidosis	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	7	31.82%	7	31.82%	7	31.82%	1	4.54%
Lesiones por Virus de Papiloma Humano	0	0.00%	2	9.09%	1	4.55%	4	18.18%	6	27.27%	2	9.09%	6	27.27%	1	4.55%	0	0.00%

**Gráfico N° 19** Distribución según grupo etario de las patologías bucomaxilofaciales prevalentes

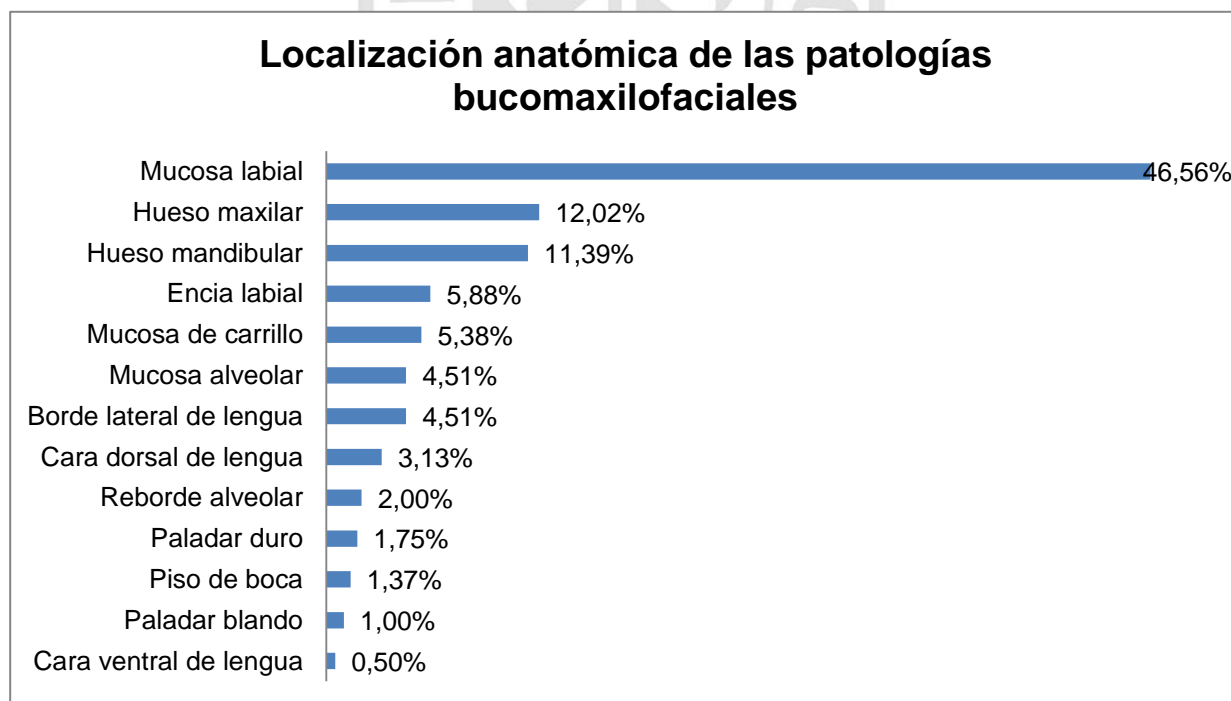


Al clasificar las biopsias de patologías bucomaxilofaciales por su localización anatómica se encontró que gran número se realizaron en la mucosa labial, alcanzando un total de 372 biopsias (46.56%), la segunda localización prevalente fue el hueso maxilar con 97 casos (12.02%), seguido del hueso mandibular con 91 casos (11.39%), la encía labial con 47 casos (5.88%) y la mucosa de carrillo con 43 casos (5.38%). (Tabla y gráfico N° 20)

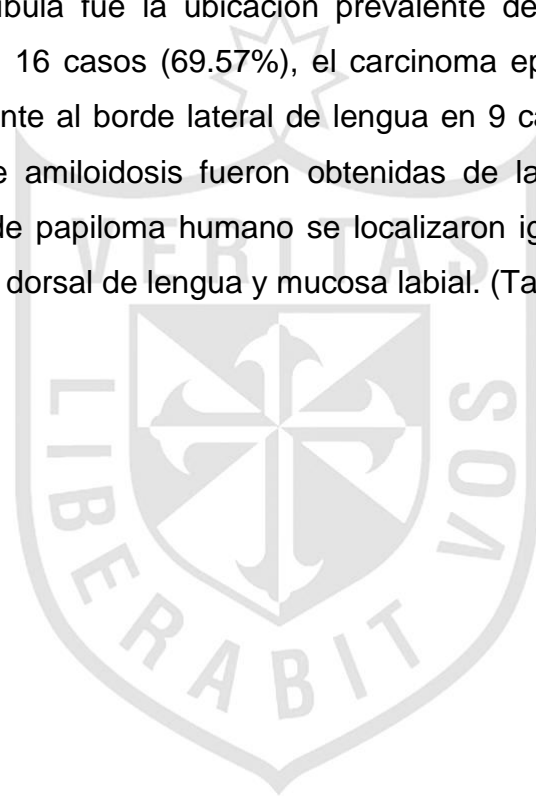
**Tabla Nº20** Distribución según localización anatómica de las patologías bucomaxilofaciales

Localización	Nº Casos	Porcentaje
Mucosa labial	372	46.56%
Hueso maxilar	96	12.02%
Hueso mandibular	91	11.39%
Encía labial	47	5.88%
Mucosa de carrillo	43	5.38%
Mucosa alveolar	36	4.51%
Borde lateral de lengua	36	4.51%
Cara dorsal de lengua	25	3.13%
Reborde alveolar	16	2.00%
Paladar duro	14	1.75%
Piso de boca	11	1.37%
Paladar blando	8	1.00%
Cara ventral de lengua	4	0.50%
Total general	799	100.00%

**Gráfico Nº 20** Distribución según localización anatómica de las patologías bucomaxilofaciales



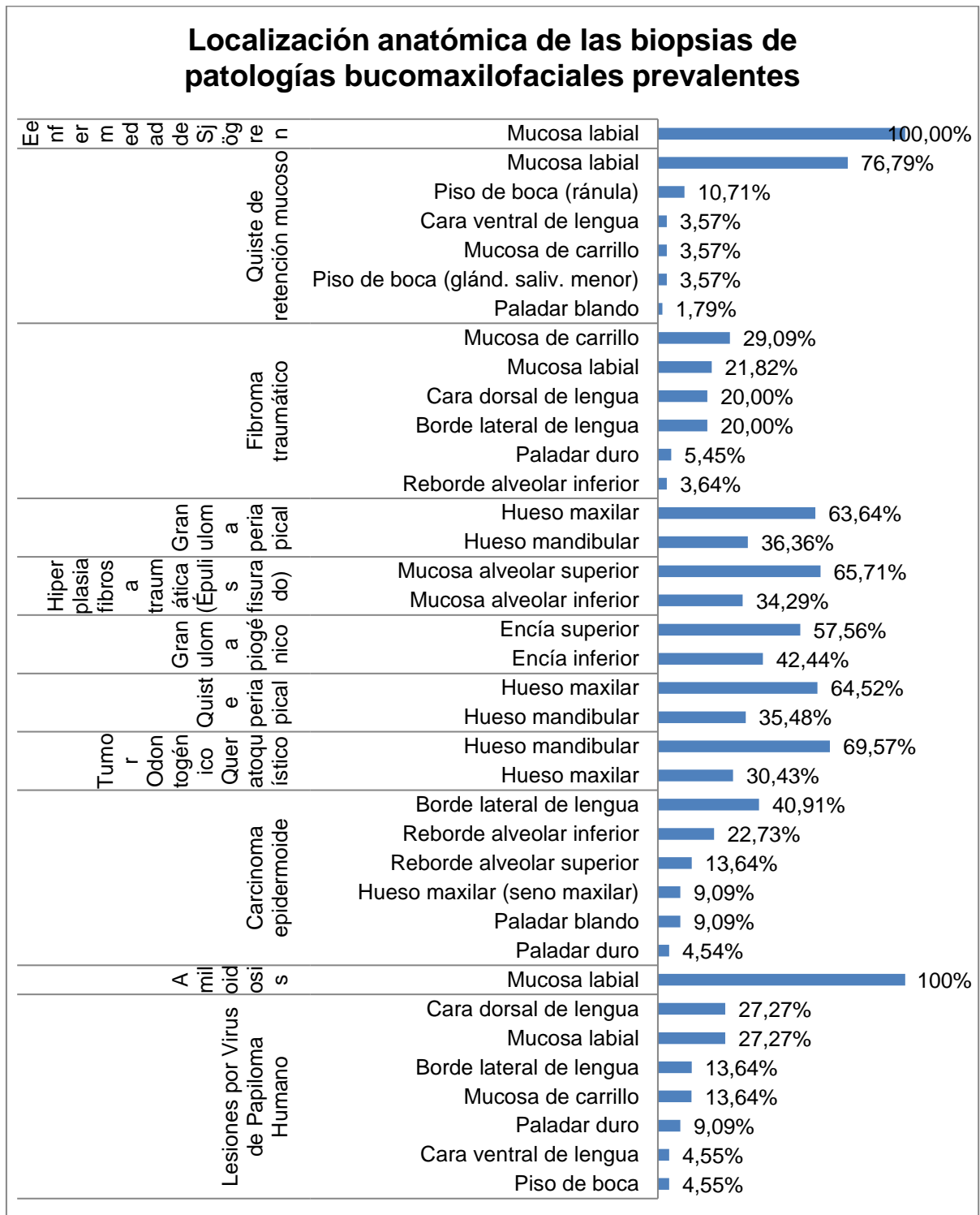
Al clasificar las patologías prevalentes por su localización anatómica, se observa que la totalidad (100%) de biopsias de enfermedad de Sjögren fue obtenida de la mucosa labial en los 280 casos, el quiste de retención mucoso se localizó en la mucosa labial en 43 casos (76.79%), el fibroma traumático se ubicó en la mucosa de carrillo en 16 casos (29.09%), el granuloma periapical fue encontrado en el hueso maxilar en 28 casos (63.64%), la hiperplasia fibrosa traumática predominó en mucosa alveolar superior en 23 casos (65.71%), la encía superior fue la localización preferente del granuloma piógeno con 19 casos (57.56%), en el hueso maxilar se localizó el quiste periapical en 20 casos (64.52%), la mandíbula fue la ubicación prevalente del tumor odontogénico queratoquístico con 16 casos (69.57%), el carcinoma epidermoide tuvo como localización prevalente al borde lateral de lengua en 9 casos (40.91%), las 22 biopsias (100%) de amiloidosis fueron obtenidas de la mucosa labial y las lesiones por virus de papiloma humano se localizaron igualmente en 6 casos (27.27%) en la cara dorsal de lengua y mucosa labial. (Tabla y gráfico N°21)



**Tabla N°21** Localización anatómica de las patologías bucomaxilofaciales prevalentes

<b>Patologías bucomaxilofaciales prevalentes y localización de biopsia</b>		
<b>Enfermedad de Sjögren</b>		
Mucosa labial	280	100.00%
<b>Quiste de retención mucoso</b>		
Mucosa labial	43	76.79%
Piso de boca (Ránula)	6	10.71%
Cara ventral de lengua	2	3.57%
Mucosa de carrillo	2	3.57%
Piso de boca (glándula menor)	2	3.57%
Paladar blando	1	1.79%
<b>Fibroma traumático</b>		
Mucosa de carrillo	16	29.09%
Mucosa labial	12	21.82%
Cara dorsal de lengua	11	20.00%
Borde lateral de lengua	11	20.00%
Paladar duro	3	5.45%
Reborde alveolar inferior	2	3.64%
<b>Granuloma periapical</b>		
Hueso maxilar	28	63.64%
Hueso mandibular	16	36.36%
<b>Hiperplasia fibrosa traumática (Épulis fisurado)</b>		
Mucosa alveolar superior	23	65.71%
Mucosa alveolar inferior	12	34.29%
<b>Granuloma piogénico</b>		
Encía superior	19	57.56%
Encía inferior	14	42.44%
<b>Quiste periapical</b>		
Hueso maxilar	20	64.52%
Hueso mandibular	11	35.48%
<b>Tumor Odontogénico Queratoquístico</b>		
Hueso mandibular	16	69.57%
Hueso maxilar	7	30.43%
<b>Carcinoma epidermoide</b>		
Borde lateral de lengua	9	40.91%
Reborde alveolar inferior	5	22.73%
Reborde alveolar superior	3	13.64%
Hueso maxilar (seno maxilar)	2	9.09%
Paladar blando	2	9.09%
Paladar duro	1	4.54%
<b>Amiloidosis</b>		
Mucosa labial	22	100%
<b>Lesiones por Virus de Papiloma Humano</b>		
Cara dorsal de lengua	6	27.27%
Mucosa labial	6	27.27%
Borde lateral de lengua	3	13.64%
Mucosa de carrillo	3	13.64%
Paladar duro	2	9.09%
Cara ventral de lengua	1	4.55%
Piso de boca	1	4.55%

**Gráfico N° 21** Localización anatómica de las patologías bucomaxilofaciales prevalentes

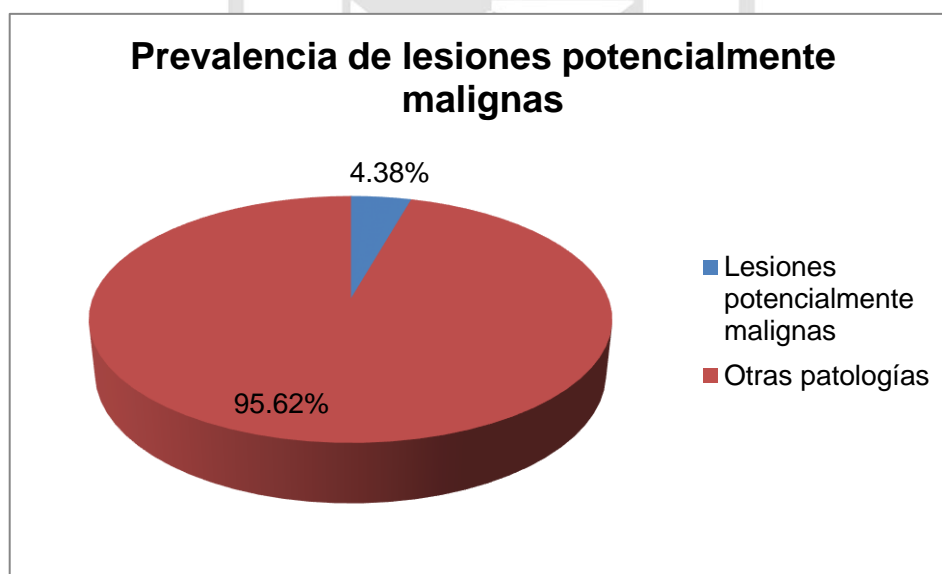


Al analizar las lesiones potencialmente malignas de este estudio se encontró una prevalencia de 4.38% representada por 35 casos del total de 799 patologías diagnosticadas mediante biopsia. (Tabla y gráfico N° 22)

**Tabla N°22** Prevalencia de lesiones potencialmente malignas

Prevalencia de lesiones potencialmente malignas	Nº biopsias	Frecuencia
Lesiones potencialmente malignas	35	4.38%
Otras patologías	764	95.62%
<b>Total</b>	<b>799</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°22** Prevalencia de lesiones potencialmente malignas

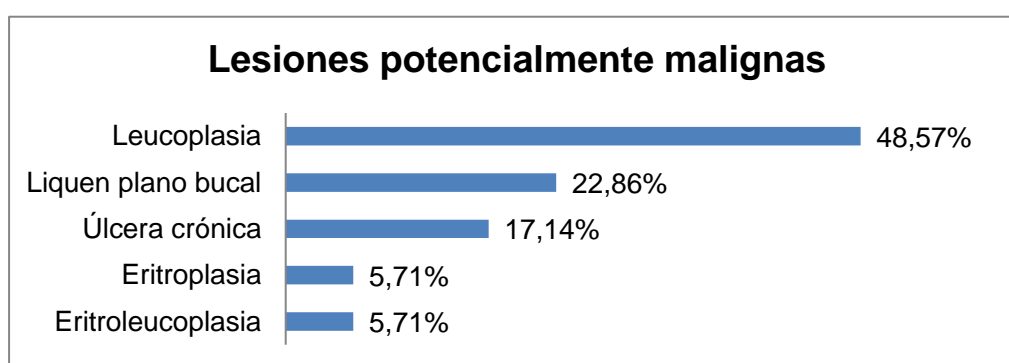


El tipo de lesión potencialmente maligna prevalente fue la leucoplasia con 17 casos (48.57%), de los cuales 6 presentaron cambios displásicos. El liquen plano bucal fue la segunda lesión potencialmente maligna prevalente en este estudio con 8 casos (22.86%) sin presentar cambios displásicos en alguno de ellos. La úlcera crónica con 6 casos (17.14%), eritroplasia con 2 casos (5.71%) y eritroleucoplasia con 2 casos (5.71%) continúan en orden de prevalencia. (Tabla y gráfico N°23)

**Tabla N°23** Tipo de lesiones potencialmente malignas

<b>Tipos de lesiones potencialmente malignas y diagnósticos histopatológicos</b>		
	<b>Nº Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Leucoplasia</b>	<b>17</b>	<b>48.57%</b>
Hiperqueratosis	7	41.18%
Displasia leve	4	23.53%
Acantosis	3	17.65%
Displasia moderada	1	5.88%
Displasia severa	1	5.88%
Papiloma oral	1	5.88%
<b>Liquen plano bucal</b>	<b>8</b>	<b>22.86%</b>
Liquen plano bucal	8	100.00%
<b>Úlcera crónica</b>	<b>6</b>	<b>17.14%</b>
Úlcera crónica no neoplásica	2	33.33%
Adenocarcinoma	1	16.67%
Carcinoma epidermoide bien diferenciado	1	16.67%
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	1	16.67%
Displasia severa	1	16.67%
<b>Eritroplasia</b>	<b>2</b>	<b>5.71%</b>
Carcinoma epidermoide bien diferenciado	1	50.00%
Displasia moderada	1	50.00%
<b>Eritroleucoplasia</b>	<b>2</b>	<b>5.71%</b>
Displasia leve	2	100.00%
Total	35	100%

**Gráfico N°23** Tipo de lesiones potencialmente malignas



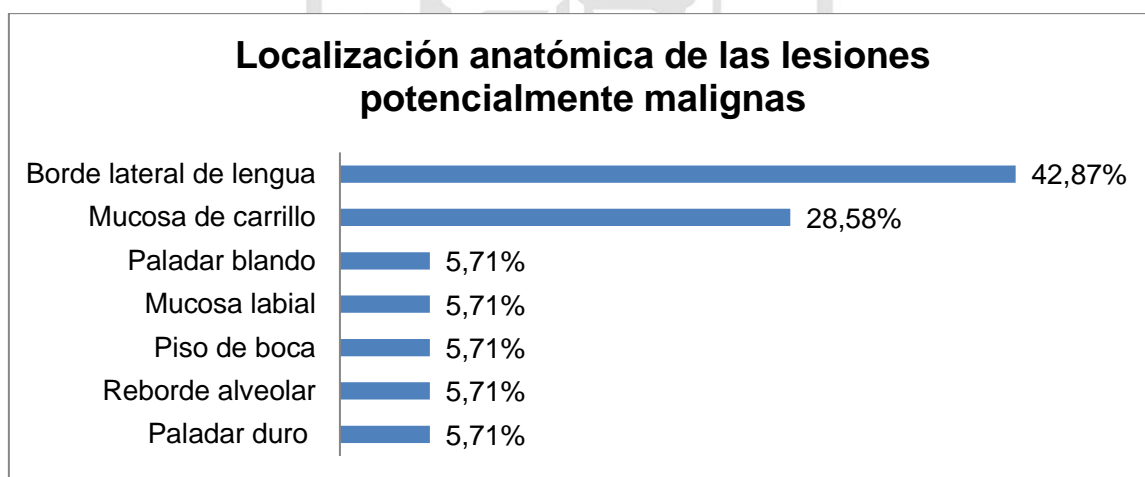


El borde lateral de lengua fue la localización prevalente de las lesiones potencialmente malignas con 15 casos (42.87%), seguido de la mucosa de carrillo con 10 casos (28.58%). (Tabla y gráfico N°24)

**Tabla N°24** Localización anatómica de las lesiones potencialmente malignas

<b>Localización anatómica de las lesiones potencialmente malignas</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Borde lateral de lengua	15	42.87%
Mucosa de carrillo	10	28.58%
Paladar blando	2	5.71%
Mucosa labial	2	5.71%
Piso de boca	2	5.71%
Reborde alveolar	2	5.71%
Paladar duro	2	5.71%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°24** Localización anatómica de lesiones potencialmente malignas

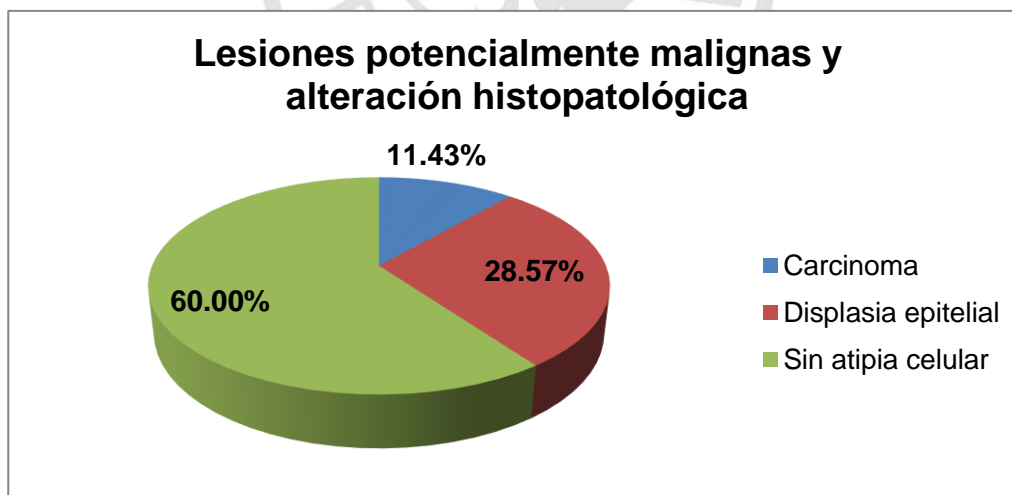


Las lesiones potencialmente malignas presentaron alteraciones histopatológicas displásicas en un 28.57 % (10 casos) y fueron diagnosticadas histopatológicamente como carcinoma en un 11.43% (4 casos). El 60.00% de las lesiones potencialmente malignas (21 casos) no presentaban histopatológicamente atipia celular. (Tabla y gráfico N° 25)

**Tabla N°25** Lesiones potencialmente malignas y alteración histopatológica

Lesiones potencialmente malignas y alteración histopatológica	Nº Casos	Porcentaje
Carcinoma	4	11.43%
Displasia epitelial	10	28.57%
Sin atipia celular	21	60.00%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°25** Lesiones potencialmente malignas y alteración histopatológica

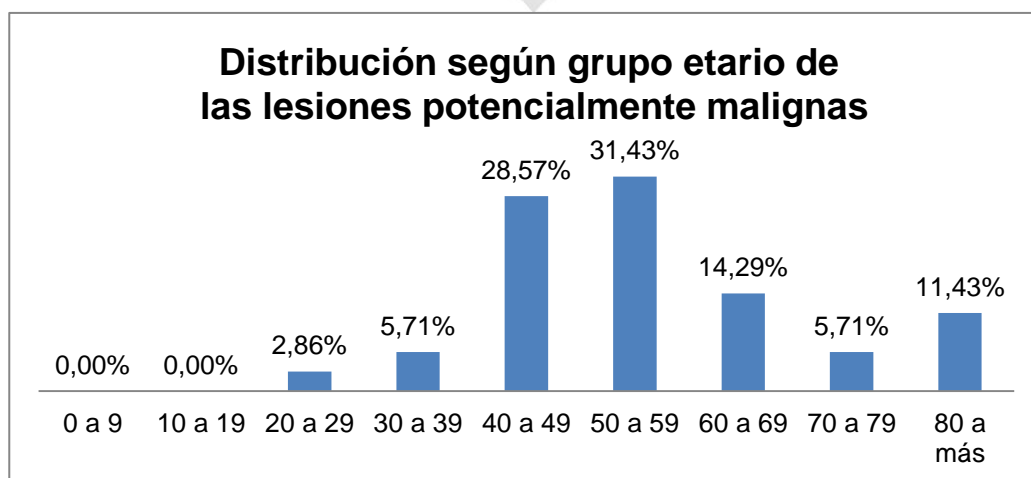


Al distribuir según grupo etario las lesiones potencialmente malignas, se obtuvo que los rangos de edad prevalentes fueron de 50 a 59 años con 11 casos (31.43%) y de 40 a 49 años con 10 casos (28.57%), les sigue el grupo etario de 60 a 69 años con 5 casos (14.29%) notándose que las lesiones potencialmente malignas se presentan frecuentemente a partir de la quinta década de la vida. (Tabla y gráfico N°26)

**Tabla N°26** Distribución según grupo etario de las lesiones potencialmente malignas

Grupo etario	Nº Casos	Porcentaje
0 a 9	0	0.00%
10 a 19	0	0.00%
20 a 29	1	2.86%
30 a 39	2	5.71%
40 a 49	10	28.57%
50 a 59	11	31.43%
60 a 69	5	14.29%
70 a 79	2	5.71%
80 a más	4	11.43%

**Gráfico N°26** Distribución según grupo etario de las lesiones potencialmente malignas

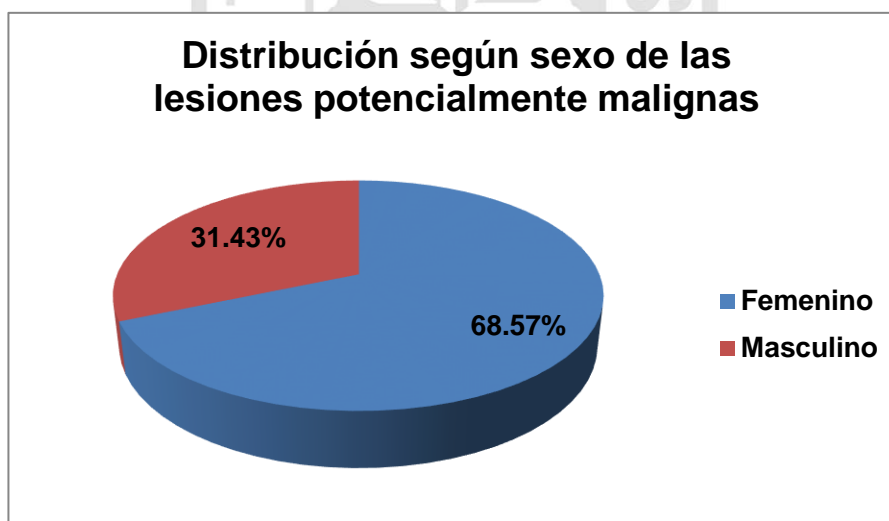


Luego de distribuir según sexo a las lesiones potencialmente malignas, se observa que estas lesiones fueron más frecuentes en el sexo femenino con 24 casos (68.57%) que en el masculino con 11 casos (31.43%). (Tabla y gráfico N°27)

**Tabla N°27** Distribución según sexo de las lesiones potencialmente malignas

Sexo	Nº casos	Porcentaje
Femenino	24	68.57%
Masculino	11	31.43%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°27** Distribución según sexo de las lesiones potencialmente malignas

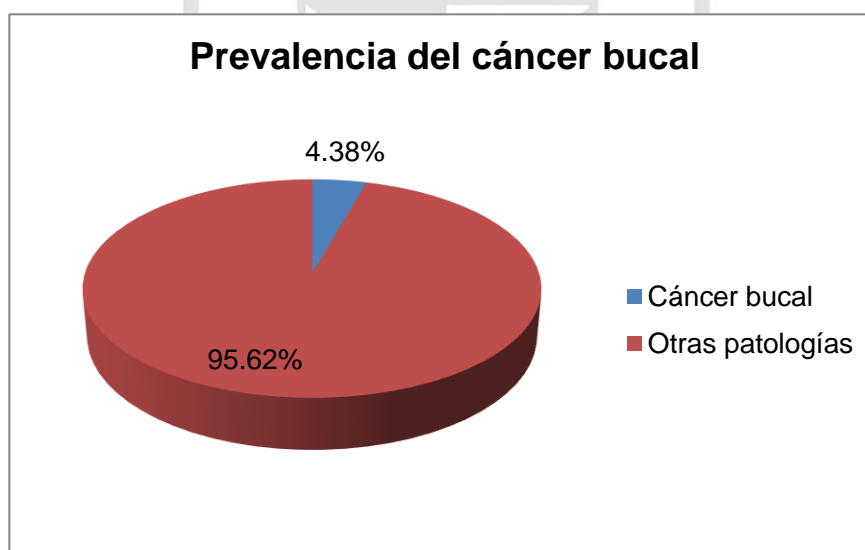


Al analizar las patologías correspondientes al cáncer bucal de este estudio se encontró una prevalencia de 4.38% representada por 35 casos del total de 799 patologías diagnosticadas por biopsia. (Tabla y gráfico N° 28)

**Tabla N°28** Prevalencia del cáncer bucal

Prevalencia del cáncer bucal	Nº Casos	Porcentaje
Cáncer bucal	35	4.38%
Otras patologías	764	95.62%
<b>Total</b>	799	100.00%

**Gráfico N°28** Prevalencia del cáncer bucal

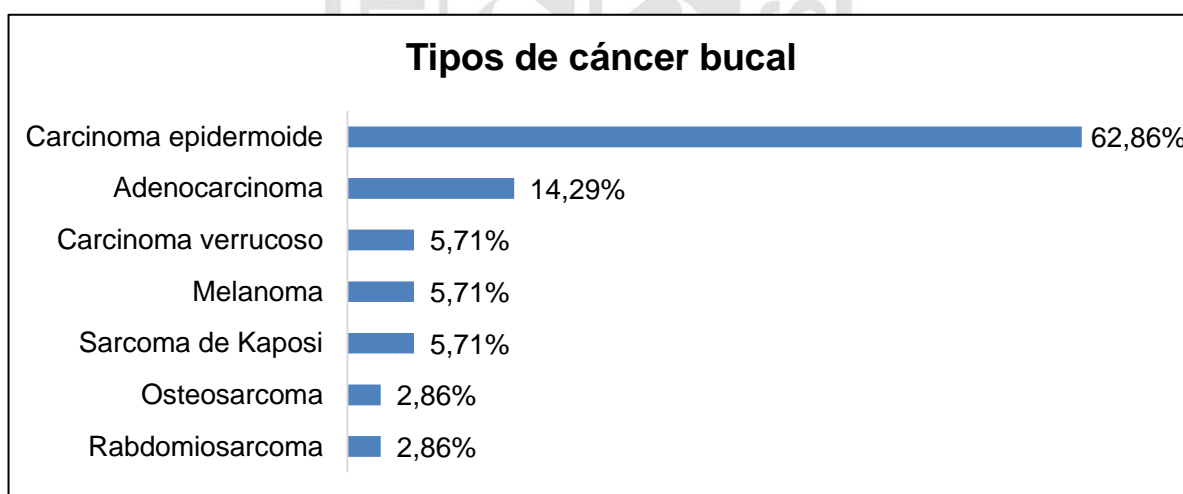


El tipo de cáncer bucal prevalente por amplio margen fue el carcinoma epidermoide con 22 casos (62.86%), en segundo lugar se ubica el adenocarcinoma con 5 casos (14.29%). (Tabla y gráfico N°14)

**Tabla N°29** Tipos de cáncer bucal

<b>Tipos de cáncer bucal</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Carcinoma epidermoide	22	62.86%
Adenocarcinoma	5	14.29%
Carcinoma verrucoso	2	5.71%
Melanoma	2	5.71%
Sarcoma de Kaposi	2	5.71%
Osteosarcoma	1	2.86%
Rabdomiosarcoma	1	2.86%
<b>Total general</b>	<b>35</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°29** Tipos de cáncer bucal

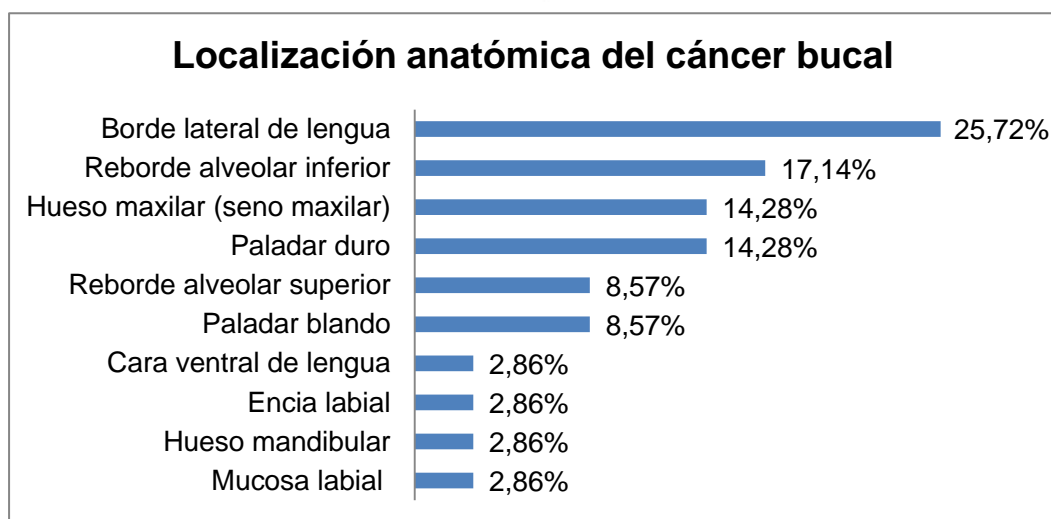


El borde lateral de lengua fue la localización prevalente del cáncer bucal con 9 casos (25.72%), seguido del reborde alveolar inferior con 6 casos (17.14%). (Tabla y gráfico N°29)

**Tabla N°30** Localización anatómica del cáncer bucal

Localización anatómica del cáncer bucal		
<b>Carcinoma epidermoide</b>	<b>22</b>	
Borde lateral de lengua	9	40.91%
Reborde alveolar inferior	5	22.73%
Reborde alveolar superior	3	13.64%
Hueso maxilar (seno maxilar)	2	9.09%
Paladar blando	2	9.09%
Paladar duro	1	4.54%
<b>Adenocarcinoma</b>	<b>5</b>	
Hueso maxilar (seno maxilar)	3	60.00%
Paladar blando	1	20.00%
Paladar duro	1	20.00%
<b>Carcinoma verrucoso</b>	<b>2</b>	
Mucosa labial	1	50.00%
Reborde alveolar inferior	1	50.00%
<b>Melanoma</b>	<b>2</b>	
Encía labial	1	50.00%
Paladar duro	1	50.00%
<b>Sarcoma de Kaposi</b>	<b>2</b>	
Cara ventral de lengua	1	50.00%
Paladar duro	1	50.00%
<b>Osteosarcoma</b>	<b>1</b>	
Hueso mandibular	1	100.00%
<b>Rabdomiosarcoma</b>	<b>1</b>	
Paladar duro	1	100.00%

**Gráfico N°30** Localización anatómica del cáncer bucal

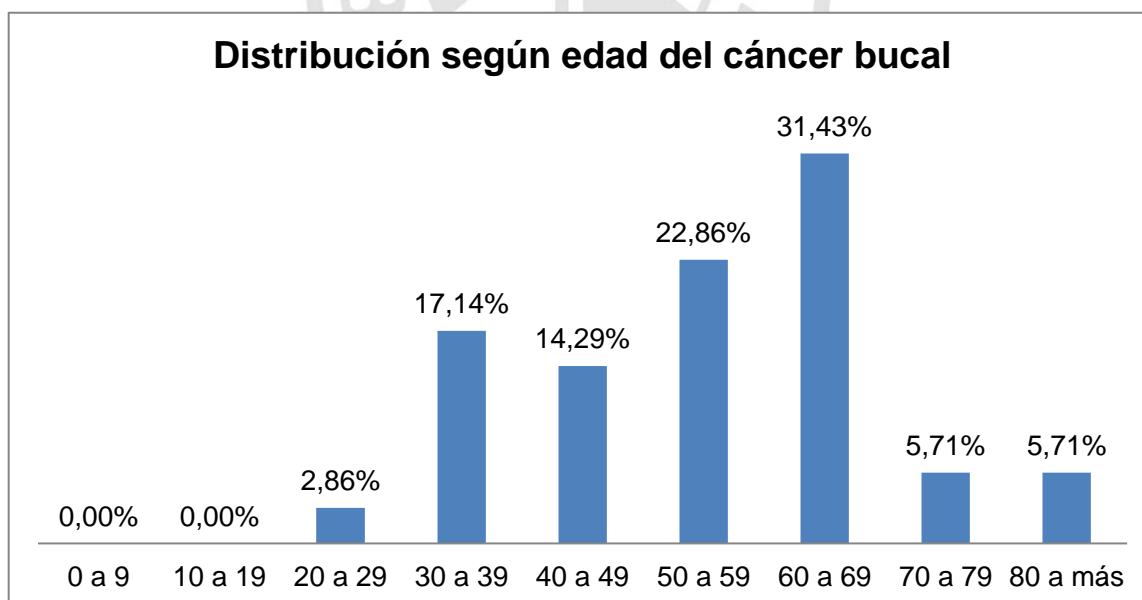


Al distribuir según grupo etario el cáncer bucal, se obtuvo que los rangos de edad prevalentes fueron de 60 a 69 años con 11 casos (31.43%) y de 50 a 59 años con 8 casos (22.86%), notándose que el cáncer bucal fue prevalente en la sexta y séptima década de la vida. (Tabla y gráfico N°30)

**Tabla N°31** Distribución según grupo etario del cáncer bucal

Distribución según edad del cáncer bucal		
Rango de edad	Nº Casos	Porcentaje
0 a 9	0	0.00%
10 a 19	0	0.00%
20 a 29	1	2.86%
30 a 39	6	17.14%
40 a 49	5	14.29%
50 a 59	8	22.86%
60 a 69	11	31.43%
70 a 79	2	5.71%
80 a más	2	5.71%

**Gráfico N°31** Distribución según grupo etario del cáncer bucal



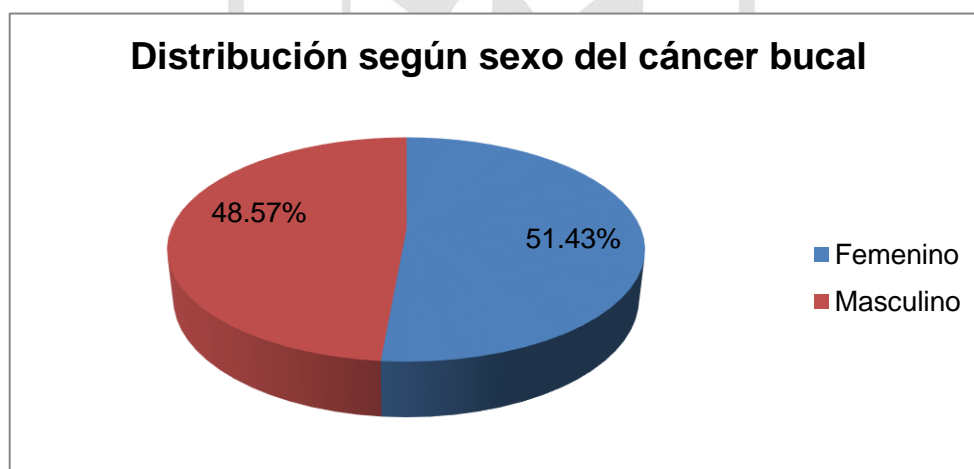


Luego de distribuir según sexo al cáncer bucal, se observa que estas lesiones fueron más frecuentes en el sexo femenino con 18 casos (51.43%) que en el masculino con 17 casos (48.57%). (Tabla y gráfico N°31)

**Tabla N°32** Distribución según sexo del cáncer bucal

<b>Distribución según sexo del cáncer bucal</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	18	51.43%
Masculino	17	48.57%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.00%</b>

**Gráfico N°32** Distribución según sexo del cáncer bucal



## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

En las estructuras blandas y óseas de la cavidad bucal se presentan patologías diversas de índole tumoral, infecciosa, reactiva, autoinmune, las cuales muchas veces requieren inevitablemente la necesidad de una biopsia para poder determinar el diagnóstico definitivo de las mismas. Estas patologías no son raras ni infrecuentes (5, 6, 7), como lo demuestra también la presente investigación. Sin embargo en el contexto del conocimiento científico nacional no existe información que revele la prevalencia de la diversidad de patologías bucomaxilofaciales ya sea de origen local o de causa sistémica.

Debido a que el cirujano dentista es el encargado de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del aparato masticatorio tiene la responsabilidad de estar informado y actualizado científicamente sobre las patologías bucomaxilofaciales que con mayor frecuencia encontrará en la consulta, de manera que oriente, trate o derive el caso correspondiente al especialista indicado. (9)

El presente estudio se planteó como objetivo determinar la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia durante el periodo 2010 - 2015 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, considerando tipo de biopsia, género y edad del paciente, así como localización anatómica de la lesión o de la biopsia.

Para este estudio fueron evaluados a través de los libros de reporte quirúrgico, el informe anatomopatológico y la historia clínica 799 pacientes con diagnóstico definido de alguna patología bucal o de origen sistémico.

Considerando el tipo de biopsia realizada se encontró que de 920 biopsias, 593 fueron incisionales (64.46%) y 327 escisionales (35.54%). En la revisión de las investigaciones sólo encontramos el estudio de Lemus J (6), quien encontró que de 2564 biopsias, 2093 (81.6%) fueron de tipo escisional y 406 (15.8%) de tipo incisional; al mismo tiempo Lemus J (6) reporta biopsias por punzoaspiración y estudios de citología exfoliativa. El presente estudio no

encontró otro tipo de biopsia en la población estudiada. La falta de coincidencia entre estos estudios se considera estaría en relación a que Lemus J (6) reporta en su población de estudio a los procesos reactivos como enfermedades prevalentes con 1008 casos (39.3%) y este tipo de lesiones suelen retirarse por completo en el mismo procedimiento de la biopsia. En cambio en el presente estudio las patologías prevalentes fueron de índole inmunitario o sistémico con 314 casos (39.30%) siendo la enfermedad de Sjögren la que estuvo en primer lugar con 280 casos (35.04%). Dichas enfermedades tratándose de problemas sistémicos implican una biopsia incisional para su diagnóstico anatomopatológico. Con esto se refleja que actualmente las biopsias de cavidad bucal cumplen un rol necesario para el diagnóstico de enfermedades no solo del sistema estomatognático si no también multiorgánicas, resaltando la necesidad del cirujano dentista en el equipo interdisciplinario.

En relación al objetivo general del estudio, los resultados mostraron que las patologías prevalentes fueron: enfermedad de Sjögren, en primer lugar con 280 casos (35.04%), seguido de quiste de retención mucoso con 56 casos (7.01%), fibroma traumático con 55 casos (6.88%), granuloma periapical con 44 casos (5.51%), hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) con 35 casos (4.38%), granuloma piógeno con 33 casos (4.13%), quiste periapical con 31 casos (3.88%), tumor odontogénico queratoquístico con 23 casos (2.88%), y carcinoma epidermoide, amiloidosis y lesiones por virus del papiloma humano con 22 casos cada uno (2.75%). No se encontró algún estudio donde la enfermedad de Sjögren sea la patología prevalente que afecte la boca, aunque si se encontró en los estudios de Carrasco C (7) y Gomez R (10) a esta enfermedad entre las diez primeras prevalentes de sus estudios con 4.43% y 5.55% respectivamente. La razón por la que la enfermedad de Sjögren se encuentra como primera patología prevalente (35.04%) en el presente estudio, guardaría relación con la afluencia permanente de pacientes referidos de los servicios de Inmunología y Reumatología, como del departamento de Medicina Interna solicitando la realización de la biopsia de glándula salival menor para el diagnóstico de enfermedad de Sjögren. Las demás patologías encontradas son coincidentes aunque en orden diverso con las que presentan también Carrasco C (7) y Gomez R (10), además de lo reportado por Romero E (5), Ovalle J (8),

Aldape B (12), Kelloway E (14), López-Hernández M (15), excepto el carcinoma epidermoide (2.75%) que fue hallado en el presente estudio como en los de Carrasco C (7) con 9.20%, Gomez R (10) con 5.55% y Romero E (5) con 5.1%. Sin embargo, la amiloidosis sistémica que se encuentra entre las diez primeras del presente estudio es un hallazgo singular ya que no se encuentra reporte alguno que evidencie esta patología; este hecho guardaría relación con el nivel de atención hospitalaria donde se desarrolló el presente estudio, es decir hospital de especialidades, donde la interconsulta entre los servicios es actividad rutinaria y la cantidad de solicitudes de biopsia al servicio de Estomatología Quirúrgica para definir enfermedades sistémicas es significativa.

Teniendo en cuenta la clasificación de las patologías bucomaxilofaciales definida en el presente estudio (34, 35, 6, 11, 13) se encontró a las enfermedades de origen inmunitario como el grupo prevalente con 314 casos (39.30%), destacando entre ellas la enfermedad de Sjögren con 280 casos (89.17%) y amiloidosis con 22 casos (7.01%). En segundo lugar las lesiones reactivas con 196 casos (24.53%) con la presencia del quiste de retención mucoso, fibroma traumático e hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado). Luego enfermedades infecciosas con 73 casos (9.14%), incluyendo granuloma periapical y lesiones por virus de papiloma humano principalmente. El siguiente grupo pertenece a quistes de los maxilares, seguido de los tumores odontogénicos. Es importante mencionar que luego en sexto lugar se encontraron las neoplasias malignas (4.38%). Considerando este aspecto, Lemus J (6) y Silva J (11) reportan a las enfermedades inmunitarias en quinto lugar (6.2% y 8.1% respectivamente), esta ubicación es inferior a la encontrada por este estudio para este grupo de patologías, lo que guardaría relación con la frecuencia de pacientes con enfermedad de Sjögren y amiloidosis que requieren la realización de biopsias, solicitadas por otros servicios médicos del hospital donde se realizó el estudio.

En relación a la enfermedad de Sjögren, se realizaron 336 biopsias, resultando 280 casos (83.37%) confirmativos y 56 casos (16.67%) con resultados negativos, notándose elevado porcentaje confirmatorio de esta entidad. En contraste, Medina K (19) desarrolló una investigación de prevalencia de síndrome de Sjögren en una muestra de 100 pacientes en quienes se realizó

biopsias de glándulas salivales menores en el mismo servicio hospitalario de este estudio entre el 2008 y 2012, encontrando que solo el 30% de casos resultó en diagnóstico confirmatorio para síndrome de Sjögren. Esta diferencia porcentual se explicaría porque Medina K (19) excluyó como confirmación diagnóstica de enfermedad de Sjögren a los resultados histopatológicos de sialoadenitis linfocítica focal en sus diferentes grados, incluyendo sólo los resultados que especificaban uno o más focos explícitamente. Sin embargo, en el presente estudio sí se consideró como confirmación diagnóstica los resultados de infiltración linfocítica focal (un foco), así como sialadenitis linfocítica focal en sus tres grados (más de un foco) y sialoadenitis crónica severa en concordancia con los *Criterios diagnósticos del American-European Consensus Group para el diagnóstico del síndrome de Sjögren primario* (sialoadenitis linfocítica focal con un focus score  $\geq 1$ ) y de acuerdo al protocolo histopatológico de biopsias de glándulas salivales para el diagnóstico de enfermedad de Sjögren del Departamento de Anatomía patológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, criterios que se utilizan en el Servicio de Estomatología Quirúrgica para el diagnóstico definitivo de enfermedad de Sjögren.

El tipo de enfermedad de Sjögren prevalente encontrado fue el tipo primario con 157 casos (56.07%) y 123 casos (43.93%) del tipo secundario. Resultado similar al reportado por Liquidato B (22) y Rodero M (20) que estudió las características epidemiológicas, clínicas y serológicas del síndrome de Sjögren en un hospital de tercer nivel, reportando ambos el 59.6% y 65.4% de Sjögren primario así como el 40.4% y 34.6% de Sjögren secundario, respectivamente.

En los casos de enfermedad de Sjögren secundaria encontrados, las enfermedades asociadas fueron artritis reumatoide con 60.98%, lupus eritematoso sistémico en un 17.89%, esclerodermia con 7.32%, hepatitis autoinmune y púrpura trombocitopénica con 4.06%. Hallazgo también concordante con los encontrado por Liquidato B (22) y Rodero M (20), quienes mencionan a la artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia entre las tres primeras enfermedades asociadas a la enfermedad de Sjögren secundaria.

La amiloidosis resultó la segunda patología de origen inmunitario encontrada con 7.01% de casos, y fue diagnosticada por estudio de biopsia de glándula salival labial. En este estudio se realizaron 87 biopsias para el diagnóstico de amiloidosis, resultando 22 positivas (25.29%) y 65 negativas (74.71%). Es importante mencionar a Delgado W (40) que publicó un estudio sobre el valor de la biopsia de glándulas salivales labiales en el diagnóstico de amiloidosis sistémica. Estudió 78 pacientes con sospecha clínica de amiloidosis secundaria, se tomaron igual número de biopsias de glándulas salivales labiales y 26 de encía. Así mismo se analizaron los resultados de 11 biopsias renales, 4 de mucosa rectal y 1 de piel. La sustancia amiloide fue detectada en todas las biopsias de glándulas salivales labiales (100%). El propone a la biopsia de glándulas salivales labiales (biopsia labial) como un nuevo método, eficaz y seguro para diagnosticar amiloidosis secundaria, además es un procedimiento técnicamente simple, libre de complicaciones y bien aceptado por los pacientes. Así también, Oré J (18) realizó un estudio con el objetivo de diagnosticar amiloidosis mediante biopsia de glándula salival menor en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza encontrando que de 60 resultados anatomopatológicos, 22 fueron positivos para amiloidosis y 38 negativos, resultados concordantes con los encontrados en el presente estudio, mostrándose así la importancia diagnóstica a través de la biopsia labial para esta enfermedad, y la relevancia de la participación del cirujano dentista en el equipo interdisciplinario de salud, teniendo en cuenta que estas biopsias son solicitadas por los servicios hospitalarios de Medicina Interna, Cardiología y Nefrología.

El segundo grupo de patologías encontradas fueron las lesiones reactivas (24.53%) incluyendo al quiste de retención mucoso, fibroma traumático, hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) y granuloma piógeno en orden de prevalencia. Los estudios de Lemus J (6), Silva J (11), Aldape B (12) y Mendez M (13) presentan a las lesiones reactivas como el primer grupo de enfermedades encontradas, y este estudio las ubica en segundo lugar, por lo que existe coincidencia en que son un grupo de patologías prevalente en la cavidad bucal.

Las enfermedades infecciosas se encontró como tercer grupo prevalente (9.14%), incluyendo al granuloma periapical y las lesiones por virus de papiloma humano como las más frecuentes. Resultado concordante con Lemus J (6) quien también los clasifica de la misma manera y encontró a las enfermedades infecciosas en segundo lugar en su estudio (17%), igualmente después de las lesiones reactivas. Otros autores como Carrasco C (7), Aldape B (12) y López-Hernández M (15) ubican a estas patologías dentro de otras categorías, no pudiendo compararse, aunque si reportan al granuloma periapical y lesiones por virus del papiloma humano dentro de las diez patologías prevalentes.

El cuarto grupo de patologías prevalente fue el de quistes de los maxilares con 68 casos, siendo el quiste periapical el más común (45.59%) seguido del quiste dentígero (30.88%) y del quiste residual (16.18%). Hallazgo similar al reportado por Guerra Y (31), quien llevó a cabo una investigación para determinar la prevalencia de quistes odontogénicos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2002-2014, siendo el quiste radicular y dentígero los más frecuentes con 71,3% y 16,0% respectivamente, seguido del quiste residual (3.7%). A su vez Li J (32) determinó la frecuencia de quistes maxilares en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el periodo 2002- 2007, reportando 48 casos y encontró que el quiste radicular constituyó el más común, con un 50% de casos, seguido del quiste dentígero con un 20,8% y el quiste residual con 10.4%. Resultados coincidentes con los del presente estudio, teniendo en cuenta que fueron realizados en el mismo hospital, aunque en distintos periodos de tiempo, notándose un ligero aumento en el número de casos. Es necesario acotar que no siempre todos los quistes maxilares implican un procedimiento de biopsia y suelen ser diagnosticados clínica y radiográficamente, por lo que podría haber un subregistro de los casos.

Los tumores odontogénicos se encontraron en el siguiente grupo en orden de prevalencia con 42 casos y dentro de ellos los más frecuentes fueron el tumor odontogénico queratoquístico con 23 casos (54.76%) y el ameloblastoma con 11 casos (26.19%). Palomino P (30) realizó un estudio retrospectivo de tumores odontogénicos en los archivos de Patología del Hospital Nacional

Arzobispo Loayza en el periodo 2000–2007, reportando 37 casos, encontrando entre los tipos tumorales más frecuentes al mixoma (18,92 %), fibroma odontogénico (13,51 %) y lesión central de células gigantes (13,51 %); pese a que ambos estudios fueron realizados en el mismo hospital, el orden de los tumores frecuentes no son coincidentes, y entidades como lesión central de células gigantes, displasia fibrosa y fibroma osificante que fueron reportadas por Palomino P (30), no corresponden a tumores odontogénicos. Considerando este aspecto, el número de casos reportados resulta también menor a pesar que corresponde a dos servicios hospitalarios que tratan estas patologías. Sin embargo, podría deberse a que la frecuencia de tumores odontogénicos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Arzobispo Loayza aumento respecto a los años en los que fue realizado el estudio de Palomino P (30). Ochoa O (29) presentó una investigación de frecuencia de tumores odontogénicos en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Maracaibo durante el período entre Enero del 2001 a Diciembre del 2008 y encontró que el tipo de tumor más frecuente fue el queratoquiste con seis pacientes (46,2%), seguido del fibroodontoma con cuatro (30,8%) y ameloblastoma quístico con dos (15,3%). Hubo coincidencia con este estudio en cuanto a reportar al tumor odontogénico queratoquístico en primer lugar. La literatura revisada (13) refiere al odontoma como tumor odontogénico más frecuente, tumor que no figura en el presente estudio; esto se debería a que el diagnóstico del odontoma no es realizado mediante biopsias en el servicio de estomatología quirúrgica, sino mediante un correlato clínico – radiológico.

Considerando el sexo de los pacientes con patologías diagnosticadas mediante biopsias bucales, se encontró que el sexo prevalente fue el femenino, destacando con 89.68% en la enfermedad de Sjögren. Resultados coincidentes encontró Rodero M (20), Medina K (19) e Ibáñez N (21) que reportan 96 %, 91.5% y 87% respectivamente ligado al sexo femenino. En la hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) el 80.00% de casos fueron del sexo femenino, encontrándose similitud con los resultados de López-Hernández M (15) que reporta 66.5%. En el granuloma piógeno el 72.73% correspondió al sexo femenino y López-Hernández M (15) reportó 70.2% del sexo femenino, encontrándose coincidencia. De igual manera en las patologías quiste de



retención mucoso, granuloma periapical, quiste periapical y lesiones por virus de papiloma humano hubo coincidencia con López-Hernández M (15) en cuanto al sexo femenino como prevalente. No hubo coincidencia con dicho autor en cuanto al carcinoma epidermoide, encontrándose en este estudio 54.55% para el sexo femenino y 45.45% del sexo masculino, en contraposición a 48.8% del sexo femenino y 56.6% del sexo masculino del estudio de López-Hernández M (15). A su vez Mendez M (13) reporta 72% de casos del sexo masculino y 28% del sexo femenino, resultado diferente a los del presente estudio. Es importante hacer notar que a través de estos estudios se va demostrando que la relación hombre/mujer respecto al carcinoma epidermoide bucal se va igualando e inclusive invirtiendo en los últimos años. En este estudio sólo la amiloidosis presentó prevalencia del sexo masculino (63.64%) respecto al femenino (36.36%), no encontrándose estudio con el que puedan compararse estos resultados.

Considerando el grupo etario en las patologías bucomaxilofaciales prevalentes, notamos que el grupo prevalente en la enfermedad de Sjögren es de 50 a 59 años, resultados coincidentes con Rodero M (20), Medina K (19) e Ibáñez N (21). De 20 a 29 años en el quiste de retención mucoso, coincidente con López-Hernández M (15) quien reportó una media de edad de 24 años. Para el granuloma periapical el rango de edad mayoritario fue de 30 a 39 años, a su vez López-Hernández M (15) reportó una media de 42 años. Para la hiperplasia fibrosa traumática (Epulis fisurado) fue de 60 a 69 años, diferente a lo reportado por López-Hernández M (15) con una media de 46.3 años. Esto se encontraría en relación a que López-Hernández (15) agrupa en su estudio como una misma entidad patológica al fibroma traumático y a la hiperplasia fibrosa traumática. Al respecto se debe hacer notar que la hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) está asociado directamente al uso de prótesis totales y parciales que suele estar en relación a personas de edad mayor. El grupo etario de 20 a 29 años fue el prevalente tanto para el granuloma piógeno como para el quiste periapical, encontrándose diferencias con López-Hernández M (15) que encontró una media de 43.9 y 44.4 para dichas patologías. Las lesiones por virus de papiloma humano fueron prevalentes en los grupos etarios de 40 a 49 y de 60 a 69 años, encontrando López-

Hernández M (15) una media de 35.6 años. El carcinoma epidermoide fue prevalente en el rango de 60 a 69 años, coincidente con López-Hernández M (15), quien encontró una media de edad de 65.6 años.

En relación a la localización anatómica de las biopsias de patologías de cavidad bucal se encontró que la mayor parte se realizaron en la mucosa labial, (46.56%), la segunda localización prevalente fue el hueso maxilar (12.02%), seguido del hueso mandibular (11.39%), la encía labial (5.88%) y la mucosa de carrillo (5.38%). Silva J (10) también reporta al labio como la localización más frecuente con 21.8%, seguida de mucosa yugal (18.6%), reborde alveolar (10.6%), lengua (10.6%) y paladar (7.1%); de igual manera que López-Hernández M (34) quien reporta que la mayoría de las lesiones fueron extraídas de los labios (19.5%), seguido de la mucosa bucal (18%), lengua (16.3%), encía inferior (8%) y encía superior (5.5%). Romero E (3) a su vez encontró que la encía fue la más afectada con (33,0 %), le siguió los labios y comisuras (14,3%), la lengua (9,6%), la mucosa alveolar (9,5%), la mucosa bucal o de carrillos (8,1%), Aldape B (12) no especifica los porcentajes pero describe que las áreas de localización que más presentaron lesiones patológicas fueron: mandíbula, maxilar, labio, encía, y mucosa yugal. De todo esto existe coincidencia en considerar al labio como lugar prevalente, seguidos de la encía y la mucosa yugal. Si bien es cierto que autores como Silva J (11) y López-Hernández M (15) reportan al labio como localización prevalente (21.8% y 19.5% respectivamente) al igual que este estudio, el porcentaje en esta investigación fue mucho mayor (46.56%); esto puede explicarse por la gran cantidad de biopsias de glándulas salivales labiales realizadas para el diagnóstico de enfermedades sistémicas, sumadas a las de patologías prevalentes que se localizan en la mucosa labial como quiste de retención mucoso (mucocele) y fibroma traumático.

Respecto a las lesiones potencialmente malignas de este estudio se encontró una prevalencia de 4.38% (35 casos) del total de 799 patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas por biopsia, Al respecto Mendez M (13) encontró una prevalencia de 2.46% de lesiones potencialmente malignas del total de patologías bucales con estudio histopatológico, cabe mencionar que Mendez M (13) no consideró lesiones como eritroplasia o liquen plano, por lo

que la prevalencia de lesiones potencialmente malignas pudo haber sido mayor.

Considerando el tipo de lesión potencialmente maligna, la prevalente fue la leucoplasia con 17 casos (48.57%) seguido de liquen plano bucal con 8 casos (22.86%). La úlcera crónica con 6 casos (17.14%), eritroplasia y eritroleucoplasia con 2 casos cada uno (5.71%) continúan en orden de prevalencia. Mendez M (13) encontró a la leucoplasia en un 90.48% de los casos al igual que Villareal N (16) que también reportó a la leucoplasia como prevalente con 71.43% y Labori D (17) que encontró un 67.85% de lesiones de leucoplasia. Si bien hay coincidencia en que la leucoplasia es la lesión potencialmente maligna más frecuente, los estudios de Mendez M (13), Villareal N (16) y Labori D (17) sólo consideraron la leucoplasia y eritroplasia en sus estudios, eso explica que su porcentaje de leucoplasia es mayor respecto al del presente estudio.

Considerando la localización anatómica de las lesiones potencialmente malignas, el borde lateral de lengua fue la localización prevalente con 42.87%, seguido de la mucosa de carrillo con 28.58%; encontrándose coincidencia con Castro A (28) y Labori D (17). A su vez Villareal N (16) encontró un 30.95% de lesiones en el labio inferior, encontrándose en este estudio 5.71% de lesiones potencialmente malignas localizadas en labio.

En relación a las alteraciones histopatológicas encontradas en las lesiones potencialmente malignas, 10 casos (28.57%) presentaron displasia y 4 casos (11.43%) fueron diagnosticados histopatológicamente como carcinoma bucal. Sin embargo el 60.00% de las lesiones potencialmente malignas no presentaban histopatológicamente atipia celular. Los cambios displásicos y malignos de las lesiones potencialmente malignas del presente estudio fueron significativamente mayores respecto a los encontrados por Castro A (28), quien encontró displasia epitelial en un 17% de los casos y carcinomas correspondientes al 2,8% de su población. Cabe mencionar que la población de estudio de Castro A (28) estuvo comprendida 1984 y 2003, mientras que el presente estudio comprendió sólo 6 años, sin embargo el porcentaje de displasia y carcinoma de las lesiones potencialmente malignas es mayor, lo

que nos está reflejando mayor incidencia de transformación maligna en el presente estudio. Quizá estaría en relación al estilo de vida de las personas, mayor exposición a agentes conocidamente causantes del cáncer bucal como el hábito de fumar y aumento en la prevalencia de enfermedades virales y micóticas bucales en la población de hoy.

Según la distribución por grupo etario las lesiones potencialmente malignas, se obtuvo que los rangos de edad prevalentes fueron de 50 a 59 años (31.43%) y de 40 a 49 años (28.57%), le sigue el grupo etario de 60 a 69 años (14.29%) notándose que las lesiones potencialmente malignas se presentan mayormente entre los 40 y 59 años. Resultados coincidentes con los de Villareal N (16), que reporta como los grupos de edades más afectados a los de 45 a 54 años con 35,7%, y los reportados por Castro A (28) que encontró una edad media de 51,8 años en los pacientes estudiados. Estos resultados no son comparables con los de Labori D (17) ya que su población de estudio solo estuvo constituida por personas mayores de 60 años.

Considerando la distribución según sexo de las lesiones potencialmente malignas, se observa que estas lesiones fueron frecuentes en el sexo femenino con 68.57%. Este resultado es coincidente con el presentado por Labori D (17), en el que el sexo femenino representó 65.97%. De igual manera Villareal N (16) reportó que el mayor número de pacientes con lesiones premalignas correspondió al sexo femenino para un 55.88 %.

Respecto al cáncer bucal, en este estudio se encontró que representa el 4.38% del total de patologías bucomaxilofaciales. Resultado coincidente con Gomez R (10), Ovalle J (8), Mendez M (13), Romero E (5), Kelloway E (14), López-Hernández M (15) y Roth M (25), quienes reportan una prevalencia del cáncer bucal respecto a las demás patologías bucales entre 2 y 6%. Solo Lemus J (6), Carrasco C (7) y Silva J (11) reportan porcentajes más elevados con 8.7%, 12.94% y 10.6% respectivamente.

En relación a los tipos de cáncer bucal el carcinoma epidermoide fue el prevalente con 22 casos (62.86%), en segundo lugar se ubica el

adenocarcinoma con 5 casos (14.29%). Resultados compatibles con los de Mendez M (13), Ovalle J (8), Romero E (5), López-Hernández M (15), Moctezuma G (24) y Roth M (25). Autores como Lao W (23), Fernández O (26) y Rivera-Martínez C (27) no especificaron los tipos de cáncer bucal encontrados en sus estudios.

Considerando la localización anatómica del cáncer bucal, el borde lateral de lengua fue la localización prevalente con 9 casos (25.72%), seguido del reborde alveolar inferior con 6 casos (17.14%), la mucosa de seno maxilar y el paladar duro con 5 casos cada uno (14.28%). Lao W (23) reporta a la lengua (55.92%), paladar (10.48 %) y labios (8.88%) como localizaciones prevalentes. A su vez en el estudio de Rivera-Martínez C (27), 45% correspondió a la lengua, 20% al paladar y 15% al reborde alveolar. Fernández O (26) concluye que la región anatómica más frecuente fue la lengua con 37%, seguida del reborde alveolar con 22.2% y el labio con 21%. Existe coincidencia con Lao W (23), Rivera-Martínez C (27) y Fernández O (26) en que la lengua es la primera localización del cáncer bucal, y con Rivera-Martínez C (27) y Fernández O (26) en que el reborde alveolar es una localización frecuente. El estudio de Rivera-Martínez C (27) al igual que la presente investigación no reportan al labio como ubicación prevalente, siendo la prevalencia del cáncer bucal en el labio de 2.86% en el presente estudio.

En relación al grupo etario el cáncer bucal, se obtuvo que los rangos de edad prevalentes fueron de 60 a 69 años (31.43%) y de 50 a 59 años (22.86%), notándose que el cáncer bucal fue prevalente en la sexta y séptima década de la vida. Este resultado es coincidente con los encontrados por López-Hernández M (15), Lao W (23), Moctezuma G (24), Roth M (25), Fernández O (26) y Rivera-Martínez C (27), por lo que puede afirmarse que el cáncer bucal es prevalente a partir de la sexta década de la vida.

Considerando la distribución según sexo del cáncer bucal, se observa que estas lesiones fueron ligeramente más frecuentes en el sexo femenino (51.43%) que en el masculino (48.57%). Sobre este punto se encuentran resultados discrepantes, por un lado López-Hernández M (15), Lao W (23) y Roth M (25) reportan una prevalencia en el sexo masculino respecto del

femenino significativa (62%, 70% y 78.08% respectivamente para sexo masculino). Rivera-Martínez C (27) encontró una distribución por sexo de 55% casos del sexo masculino y 45% casos del sexo femenino y Fernández O (26) evidenció una mayor frecuencia en el sexo femenino con 56.8%; resultados que guardan mayor relación con el presente estudio. Cabe mencionar que coincidentemente la investigación de Fernández O (26) que describe una ligera prevalencia del sexo femenino, fue realizada sobre una población peruana, pudiendo este hecho evidenciar una característica particular del cáncer bucal en la población peruana. Estos resultados reflejan un cambio en la tendencia del sexo respecto al cáncer bucal.



## CONCLUSIONES

1. El tipo de biopsia prevalente fue incisional con 64.46%
2. Las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia fueron: enfermedad de Sjögren con 35.04%, quiste de retención mucoso con 7.01%, fibroma traumático con 6.88%, granuloma periapical con 5.51%, hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) con 4.38%, granuloma piógeno con 4.13%, quiste periapical con 3.88%, tumor odontogénico queratoquístico con 2.88%, y carcinoma epidermoide, amiloidosis y lesiones por virus del papiloma humano con 2.75% cada uno.
3. La prevalencia de patologías bucomaxilofaciales según la clasificación definida en el presente estudio fue: enfermedades de origen inmunitario con 39.30%, lesiones reactivas con 24.53%, enfermedades infecciosas con 9.14%, quistes de los maxilares con 8.51%, tumores odontogénicos con 5.26%, neoplasias malignas con 4.38%, neoplasias benignas no odontogénicas con 4.26% y alteraciones epiteliales no neoplásicas con 2.75%.
4. La distribución de patologías bucomaxilofaciales prevalentes diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia según sexo fue de 10.32% del sexo masculino y 89.68% del sexo femenino para enfermedad de Sjögren, 46.43% del sexo masculino y 53.57% del sexo femenino para quiste de retención mucoso, 30.91% del sexo masculino y 69.09% del sexo femenino para fibroma traumático, 36.36% del sexo masculino y 63.64% del sexo femenino para granuloma periapical, 20.00% del sexo masculino y 80.00% del sexo femenino para hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado), 27.27% del sexo masculino y 72.73% del sexo femenino para granuloma piógeno, 45.16% del sexo masculino y 54.84% del sexo femenino para quiste periapical, 52.17% del sexo masculino y 47.83% del sexo femenino para tumor odontogénico queratoquístico, 45.45% del sexo masculino y 54.55% del sexo femenino para carcinoma epidermoide, 63.64% del sexo masculino y 36.36% del sexo femenino para amiloidosis, y 40.91% del sexo

masculino y 59.09% del sexo femenino para lesiones por virus del papiloma humano.

5. La prevalencia de patologías bucomaxilofaciales prevalentes diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia según rango de edad fue de 50 a 59 años con 28.57% para enfermedad de Sjögren, de 20 a 29 años con 44.64% para el quiste de retención mucoso, de 60 a 69 años con 27.27% para el fibroma traumático, de 30 a 39 años con 25.00% para el granuloma periapical, de 60 a 69 años con 45.71% para la hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado), de 20 a 29 años con 39.40% para el granuloma piógeno, de 20 a 29 años con 32.26% para el quiste periapical, de 20 a 29 años con 30.43% para el tumor odontogénico queratoquístico, de 60 a 69 años con 40.91% para carcinoma epidermoide, de 50 a 59, 60 a 69 y 70 a 79 años con 31.82% para amiloidosis, y de 40 a 49 y de 60 a 69 años con 27.27% para lesiones por virus de papiloma humano.
6. La prevalencia de localización anatómica de las biopsias de patologías bucomaxilofaciales fue 46.56% de mucosa labial, 12.02% de hueso maxilar, 11.39% de hueso mandibular, 5.88% de encía labial, 5.38% de mucosa de carrillo, 4.51% de mucosa alveolar, 4.51% de borde lateral de lengua, 3.13% de cara dorsal de lengua, 2.00% de reborde alveolar, 1.75% de paladar duro, 1.37% de piso de boca, 1.00% de paladar blando y 0.50% de cara ventral de lengua.
7. La prevalencia de lesiones potencialmente malignas fue de 4.38% del total de patologías diagnosticadas mediante biopsias bucales, predominando la leucoplasia.
8. La prevalencia de cáncer bucal fue de 4.38% del total de patologías diagnosticadas mediante biopsias bucales, siendo el carcinoma epidermoide el primero.



## RECOMENDACIONES

- Los resultados de prevalencia de las patologías encontradas en este estudio, sugieren la necesidad de considerar e incorporar en los programas de estudio de las escuelas de Odontología, cursos de patología bucal y maxilofacial que contemplen la enseñanza aprendizaje teórica y clínica en lugares hospitalarios de gran afluencia de pacientes donde exista la oportunidad para el estudiante de reconocer las diversas entidades prevalentes en la cavidad bucal reportadas en la presente investigación. Pero al mismo tiempo se sugiere considerar implementar un área específica de identificación y diagnóstico de la diversidad de patologías y lesiones del aparato masticatorio, además de la enfermedad periodontal y la caries dental, en las clínicas universitarias, teniendo en cuenta que lo encontrado en este estudio y en los diversos estudios contrastados representan muestras de la población general.
- Fortalecer en el estudiante de pregrado el valor de la biopsia en el diagnóstico de las patologías bucales, y al mismo tiempo que participe y aprenda el proceder de la técnica quirúrgica de una biopsia, fortaleciendo sus competencias, ya que la realización de una biopsia bucal corresponde al cirujano dentista.
- Considerando que el grupo prevalente en el presente estudio fue de enfermedades inmunológicas es pertinente sugerir el fortalecimiento en los programas de estudio de medicina y patología bucal, áreas específicas sobre este grupo de enfermedades que están afectando la salud general y bucal en la realidad actual, e implican la participación del cirujano dentista en el equipo interdisciplinario de salud.
- Realizar estudios similares a la presente investigación en hospitales generales, en los que se maneje casos diversos de patología bucal y maxilofacial por cirujanos dentistas, con el fin de contrastar los resultados que puedan obtenerse con los del presente estudio.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cosio H, Lazo L. Biopsia en Odontología. Rev SITUA. 2006; 15 (1):67-75.
2. Seoane J, González-Mosquera A, Velo-Noya J. La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. Rev Av Odontoestomatol. 2008; 24 (1): 89-96.
3. Robello J, Cevallos V, Chauca E, Obeso Y, Pongo B. Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima, Perú. KIRU. 2014; 11(1):50-5.
4. Reyes J, Paz Soldán R, Palian R, García V. Salud oral en los pacientes atendidos en un establecimiento psiquiátrico de Lima, Hospital Hermilio Valdizán de enero a julio del 2010. Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizán. 2011; 12(1):43-52.
5. Romero E, Sepúlveda R. Frecuencia de diagnósticos histopatológicos en un periodo de 20 años. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2009.
6. Lemus J. Prevalencia de lesiones bucales con estudio histopatológico vistas en el servicio de patología oral de la Universidad Autónoma de Manizales en un periodo de 10 años. [Tesis]. Universidad Autónoma de Manizales. 2015.
7. Carrasco C. Frecuencia de lesiones de la cavidad oral, maxilares y glándulas salivales diagnosticadas mediante biopsia en los Hospitales Regionales de Talca y Base Curicó desde enero 1993 a mayo de 2003. [Tesis]. Universidad de Talca. 2003.

8. Ovalle J. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío” (Agosto del 90 a diciembre del 96). Rev Asoc Dental Mexicana, 2000; (4): 132-136.
9. Andreasen J, et al. Oral health care: more than caries and periodontal disease. Int Dent J. 1986; 36: 207-214.
10. Gomez R. Reporte de lesiones bucales con diagnóstico histopatológico confirmado 1996 – 2006 en la ciudad de San Francisco del Rincón, Guanajuato. Rev Odontología Actual. 2008 5(59):32-40.
11. Silva J, Anjos L, Moreira G. Freqüência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. Revista Cubana de Estomatología. 2014; 51(1):43-54.
12. Aldape Beatriz, Padilla G, Cruz B. Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. Revista ADM. 2007; LXIV N° 2: 61-67.
13. Mendez M, Coelho V, Nogueira A, Da Silva I, Diniz J, Varkavi P, Sant M. A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. Braz Oral Res. 2012. 26(3): 235-41.
14. Kelloway E, Ha W, Dost F, Farah C. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. Australian Dental Journal. 2014; 59: 215–220.
15. López-Hernández M, Martínez M. Prevalencia e incidencia de diagnósticos histopatológicos en cabeza y cuello 2006-2013. Siete años de experiencia del Servicio de Patología Oral y Maxilofacial Unidad de Especialidades Odontológicas México. Rev Salud Milt Mex. 2015; 69 (1).

16. Villareal N, Gonzáles D. Epidemiología de Lesiones Cancerígenas Bucales en el Servicio de Cirugía Máxilo Facial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 ; 12 (3)
17. Labori D, Labori J, Cueva M. Lesiones bucales premalignas en personas mayores de 60 años. . Revista Médica Electrónica Portales Médicos 2012; 4 (5).
18. Oré J. Diagnóstico de amiloidosis mediante biopsia de glándula salival menor. Kiru. 2006; 3(1):7-10.
19. Medina K. Prevalencia de síndrome de Sjögren en pacientes diagnosticados mediante biopsias de glándulas salivales menores en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012.
20. Rodero M. Estudio descriptivo retrospectivo del perfil del Síndrome de Sjögren Primario en Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel: manifestaciones clínicas, inmunológicas y diferencias de éstas con el Sjögren secundario y con la literatura. [Tesis]. Universidad de Zaragoza. 2012.
21. Ibáñez N, Piña Y, López C. Frecuencia de Síndrome de Sjögren en pacientes con hiposalivación. Revista ADM. 2012; 50(19):282-6.
22. Liquidato B, Bussoloti I. Avaliação da sialometria e biopsia de glândula salivar menor na classificação de pacientes com Síndrome de Sjögren. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005: 71(3):346-54.
23. Lao W, Melendez R, Herrera A. Estudio descriptivo de cáncer bucal, en los egresos hospitalarios de la caja costarricense de Seguro Social en los años 2001 a 2008. Revista científica odontológica. 2010; 6(2).
24. Moctezuma G, Díaz R, Rodríguez F, Moctezuma M. Cáncer oral en un hospital general en la zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en México, (1988-2005). Gaceta Mexicana de Oncología. 2015;14(6):323-8.

25. Roth M, Coelho M, Zanin R, Zamboni R. Perfil epidemiológico dos pacientes com cancer bucal em um CEO. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2014; 4(2): 63-70.
26. Fernández O. Frecuencia de cáncer oral en pacientes atendidos en el I.R.E.N. Trujillo durante el periodo 2008-2010. [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo. 2011.
27. Rivera- Martinez, Altamirano I. Frecuencia de carcinoma de cavidad oral en un Hospital de tercer nivel. Rev. Milit Sanid Mex. 2014; 68(3): 172(6).
28. Castro A, García G, Ochsenius G, Ostría J. Correlación entre el Diagnóstico Clínico e Histopatológico de las Leucoplasias Orales, Registradas en el IREPO Durante los Años 1984- 2003. Revista Dental de Chile. 2005; 96 (3): 8-15.
29. Ochoa O. Tumores odontogénicos y tipos histopatológicos en el servicio de Anatomía Patológica. [Tesis]. Universidad de Zulia. 2010.
30. Palomino P. Prevalencia de tumores odontogénicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2000 al 2007. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008.
31. Guerra Y. Prevalencia de quistes odontogénicos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el período 2002-2014. [Tesis]. Universidad San Martín de Porres. 2015.
32. Li J. Quistes maxilares en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2002- 2007. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008
33. Santana J. Atlas de patología del complejo bucal. 2<sup>a</sup> ed. La Habana. 2010. (1): 15

34. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal. 2ª ed. Editorial Interamericana, México, 1995.
35. Shafer W, Levy B. Tratado de Patología bucal. 4ª ed. Editorial Interamericana, México, 1990.
36. Newman W, Andreoli T, Luna R. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Edición 30. Elsevier, Madrid, 2005.
37. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2da ed. Elsevier, Madrid, 2005.
38. Martínez L, Cardona J, Vargas N, Rojas J, Rodríguez A. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con síndrome de Sjögren concomitante a artritis reumatoide. Med UNAB. 2013; 16(3).
39. López R, Fernández M, Hernández G. Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos. Reumatol Clin. 2015;11(6):387–394.
40. Delgado W. Valor de la biopsia de glándulas salivales labiales en el diagnóstico de amiloidosis sistémica. Rev Med Hered 1994; 5: 38-46.
41. González S, García F, Cebrián J. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2006;4: 61-87.
42. Lazarde J. Lesiones reactivas de la cavidad bucal. Acta odontol. Venez. 2000; 38(1): 24-35.
43. Lede A, Seoane V, Rodríguez J. Libro virtual de formación en ORL. Vigo; cáp. 84: 1-45
44. Rodríguez L, Guiardinu R, Arte M, Blanco O. Quistes de los maxilares. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol. 2006; 43(4).
45. WHO Classification of Tumors. Head and Neck Tumors. Editado por: Barnes, Leon y col.

46. Aguas S, Lanfranchi Tizeira H. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología UBA. 2004; 19 (47): 36-42.
47. Suñé A. Desórdenes potencialmente malignos de cavidad oral. [Tesis]. Universidad Nacional de La Plata. 2014.
48. Aguado A, Bascones A. La biopsia oral. 1ª ed. España: Consejo Dentistas, Madrid, 2010. 18-35.



**ANEXO 01**

<b>Instrumento de recolección de datos</b>				
Número de ficha		Número de Historia Clínica		Fecha del reporte quirúrgico
<b>Edad:</b> .....		<b>Sexo:</b> Masculino ( ) Femenino ( )		
<b>Localización anatómica de toma de biopsia</b>		Bermellón de los labios ( )	Dorso de lengua ( )	
		Comisura labial ( )	Borde de lengua ( )	
		Mucosa labial ( )	Cara ventral de lengua ( )	
		Mucosa de carrillo ( )	Piso de boca ( )	
		Mucosa alveolar ( )	Encía ( ) Sup ( ) Inf ( )	
		Paladar duro ( )	Hueso maxilar ( )	
		Paladar blando ( )	Hueso mandibular ( )	
		Reborde alveolar ( )		
<b>Tipo de biopsia</b>		Incisional ( )	Escisional ( )	
<b>Diagnóstico</b>				
De cavidad bucal ( )			Sistémico ( )	
Diagnóstico presuntivo: .....				
.....				
Diagnóstico anatomopatológico: .....				
.....				
Antecedentes sistémicos: .....				
.....				
Diagnóstico definitivo: .....				
.....				



## ANEXO 02



### DIRECCIÓN GENERAL

Lima, 05 de agosto del 2016

#### OFICIO N° 1693 - HNAL-DG- 2016

Doctor:  
**CARLOS ENRIQUE CAVA VERGIL**  
Decano de la Facultad de Odontología  
**UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES**  
Presente.-

Ref: Aprobación de Trabajo de Investigación  
Expediente N° 014727-2016

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarla cordialmente y acusar recibo de vuestra solicitud de autorización para ejecución del Trabajo de Investigación, titulado: "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES DIAGNOSTICADAS A TRAVÉS DE BIOPSIA EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA DEL 2010 AL 2015" desarrollado por el Bachiller **HOSTING BARRIA RODRIGUEZ**, para obtener el título profesional de Cirujano Dentista.

Al respecto le informamos que teniendo la opinión favorable del Comité Científico de la Facultad de Odontología de la USMP (Carta dirigida a la Directora del Instituto de Investigación de la Facultad de Odontología - USMP, con fecha 29 de abril del 2016); de la Jefatura del Departamento de Estomatología, y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (MEMORANDUM N° 364-16/HNAL-DADel-2016, con fecha 05 de agosto del 2016), esta Dirección autoriza la realización del Proyecto de Investigación antes mencionado.

Así mismo el mencionado Protocolo de Investigación estará bajo la asesoría y supervisión del **Dr. HOSTING BARRIA ANGULO** - Cirujano Bucal y Maxilofacial del Departamento de Estomatología de nuestra Institución.

Se le informa que la vigencia de esta aprobación es por el periodo de un año a partir de la fecha, luego de lo cual de ser necesario, tendrá que solicitar una renovación de Extensión de Tiempo y que los trámites deben realizarse dos meses antes de su vencimiento.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración.

Muy Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
Instituto de Gestión de Servicios de Salud  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza  
Dr. **VIRGENIO GARCIA BERNAL**  
COP. N° 24741  
Director General

LVGR/AMCC/1  
Leyría  
Cc: Archivo

www.hospitalloayza.gub.pe

Av. Alfonso Ugarte N° 940  
Lima - Perú  
T (51) 435-2411 / 814-8988