

PATOLOGIAS ORALES MAS FRECUENTES TEJIDOS BLANDOS
DIAGNOSTICADAS HISTOLOGICAMENTE EN LAS CLINICAS DEL COLEGIO
ODONTOLOGICO COLOMBIANO DE I SEMESTRE DEL 2004 A I SEMESTRE DEL
2005

YOLANY ARTEAGA GONZALEZ
CONSTANZA LILIANA CASTAÑEDA GUARNIZO
JANETH CONDE GALVIS
LADY KARIN CORTES PARRA
ALEXANDER GONZALEZ TRIANA
ADRIANA YANETH LARA MORENO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C.
2005.

PATOLOGIAS ORALES MAS FRECUENTES TEJIDOS BLANDOS
DIAGNOSTICADAS HISTOLOGICAMENTE EN LAS CLINICAS DEL COLEGIO
ODONTOLOGICO COLOMBIANO DE I SEMESTRE DEL 2004 A I SEMESTRE DEL
2005

INVESTIGADORES:

YOLANY ARTEAGA GONZALEZ
CONSTANZA LILIANA CASTAÑEDA GUARNIZO
JANETH CONDE GALVIS
LADY KARIN CORTES PARRA
ALEXANDER GONZALEZ TRIANA
ADRIANA YANETH LARA MORENO

DIRECTOR CIENTIFICO
DRA. MYRIAN ALARCON
Odontóloga especialista en Cirugía, Implantología
y Patología del Colegio Odontológico Colombiano
DIRECTOR METODOLOGICO
DRA. MARTHA LUCIA CAYCEDO
Odontóloga especialista
en epidemiología oral
DIRECTORA ESTADISTICA.
DRA. MONICA PACHON.
Estadística.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO.
BOGOTA, D.C.
2005.

PATOLOGIAS ORALES MAS FRECUENTES TEJIDOS BLANDOS
DIAGNOSTICADAS HISTOLOGICAMENTE EN LAS CLINICAS DEL COLEGIO
ODONTOLOGICO COLOMBIANO DE I SEMESTRE DEL 2004 A I SEMESTRE DEL
2005

YOLANY ARTEAGA GONZALEZ
CONSTANZA LILIANA CASTAÑEDA GUARNIZO
JANETH CONDE GALVIS
LADY KARIN CORTES PARRA
ALEXANDER GONZALEZ TRIANA
ADRIANA YANETH LARA MORENO

Trabajo de grado presentado como requisito parcial
para optar el título profesional de
ODONTÓLOGO GENERAL

DIRECTOR CIENTIFICO
DRA. MYRIAM ALARCON
Odontóloga especialista en Cirugía, Implantología
y Patología del Colegio Odontológico Colombiano
DIRECTOR METODOLOGICO
DRA. MARTHA LUCIA CAYCEDO
Odontóloga especialista
en epidemiología oral
DIRECTOR ESTADISTICO.
DRA. MONICA PACHÓN.
Estadista.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C.
2005.

DEDICATORIA.

Esta labor investigativa es dedicada a Dios, por darnos la oportunidad de trabajar en pro de la comunidad odontológica, además la dedicamos a nuestros padres por su apoyo constante durante este difícil proceso de aprendizaje, y a todas aquellas personas que directa o indirectamente intervinieron para la realización de este proyecto que orgullosamente presentamos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PROBLEMA.....1-3

1.2 JUSTIFICACION.....3-4

1.3 PROPOSITO.....4

1.4 MARCO TEÓRICO.....4-21

1.5 OBJETIVOS.....22

1.5.1 Objetivo general.....22

1.5.2 Objetivo específico.....22

2 METODO.....23

2.1 Tipo de estudio.....23

2.2 Objeto de estudio.....23

2.3 Población de estudio.....23

2.3.1. Población diana o blanco.....23

2.3.2. Población elegible.....23

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....23

2.4.1. Criterios de inclusión.....23

2.4.2. Criterios de exclusión.....24

2.5 VARIABLES.....24

2.6 INSTRUMENTO RECOLECCION DE DATOS.....24

2.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....25

2.8 ANALISIS ESTADISTICO.....	26
3 RESULTADOS.....	27-35
4. DISCUSION.....	36- 38
5. CONCLUSION.....	38
6. RECOMENDACIONES.....	39

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN.

Con esta investigación pretendemos dar a conocer las diferentes patologías de tejidos blandos intraorales, dando una descripción detallada de las patologías que han sido clasificadas de acuerdo a cambios de coloración, que pueden ser blancas, rojas y pigmentadas; otras se presentan ulceradas y algunas están recubiertas por mucosa normal, como también presentan textura rugosa o verrugo papilar.

Mediante este estudio se pretende analizar las patologías de tejidos blandos más frecuentes diagnosticadas histológicamente en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

Se realiza con el fin de crear un archivo de datos para ofrecer información a los profesionales del área de la salud, a adquirir un conocimiento básico de las patologías de tejidos blandos en cavidad oral, encaminado principalmente a lograr diagnósticos definitivos de gran exactitud y de esta forma despertar en el gremio odontológico y en los diferentes servicios de atención pública la necesidad de diagnosticar y dar tratamiento a las diferentes patologías bucales tempranamente, creando conciencia en la población acerca de la importancia de detectar y tratar a tiempo diversas entidades clínicas bucales.

PATOLOGIAS ORALES MAS COMUNES DE TEJIDOS BLANDOS
DIAGNOSTICADAS HISTOLOGICAMENTE EN LAS CLINICAS DEL COLEGIO
ODONTOLOGICO COLOMBIANO DURANTE EL I SEMESTRE DEL 2004 AL I
SEMESTRE DEL 2005.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 PROBLEMA

En los últimos años, se han realizado estudios sobre las patologías que afectan la cavidad bucal. Hay estudios de incidencia y prevalencia que incluyen una amplia variedad de cambios de la mucosa oral en poblaciones de adultos mayores. Estos estudios rara vez se han publicado a nivel mundial. Se han encontrado lesiones orales precancerígenas como la leucoplasia oral la cual se ha estudiado alrededor del mundo, como en la India, Suecia y en Alemania, en cada uno de ellos las lesiones más comunes de la mucosa oral varían de un estudio a otro.(Reichart 2000, Mumcu y col. 2005).

Los factores etiológicos que producen cambios en la mucosa oral incluyen: infecciones (por bacterias, hongos, virus, parásitos entre otros), causas físicas, térmicas, cambios en el sistema inmune, enfermedades sistémicas, neoplasias, trauma y lesiones en su mayoría de etiología reactiva. La mayoría de lesiones orales

se presentan en la edad adulta con factores relacionados con tabaco, alcohol, hábitos crónicos factores que pueden producir lesiones cancerosas y precancerosas. De igual forma el uso de prostodoncias conduce a la presentación de estomatitis. Algunas manifestaciones de patologías de tejidos blandos se desarrollan más frecuente y más rápidamente que otras. Se relacionan con inmunosupresión del sistema inmunológico y con debilitamiento de la capacidad reparativa del DNA empeorando el metabolismo carcinogénico. Igualmente la edad contribuye a la atrofia de los tejidos orales particularmente el epitelio oral y las glándulas salivales. (Reichart 2000).

Hasta la actualidad se han realizado muy pocos estudios epidemiológicos sobre la patología de la mucosa oral en niños. Sin embargo en África del Sur, Argentina y EE.UU., realizaron estudios sobre las lesiones orales más frecuentes. (García y col. 2002).

De acuerdo con las estadísticas publicadas en el año 2002 por el Instituto Nacional de Cancerología (*Distribución de casos nuevos de cáncer por sexo según localización topográfica y diagnóstico histológico- ESE 2001*), se ha encontrado que una de las neoplasias con mayor prevalencia en cavidad oral es el carcinoma de células escamosas. (Piñeros y col. 2002).

Teniendo en cuenta la localización topográfica las estadísticas muestran los siguientes datos, la base de la lengua constituye el sitio de mayor incidencia ocupando un 100%, seguido de algunas partes de la lengua con un 75%. De acuerdo

a la variable sexo, se observa que dicha patología en Colombia se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres. (Piñeros y col. Instituto Nacional de Cancerología ESE 2002).

A pesar de los grandes esfuerzos llevados a cabo por los organismos sanitarios nacionales e internacionales, en el campo de la prevención, se ha observado en las últimas décadas un aumento de la incidencia del cáncer bucal. El cáncer de cavidad bucal debe ser detectado por el Odontólogo, Este debe estar en capacidad de detectar lesiones muy tempranamente para evitar que puedan malignizarse.

La anterior descripción de la epidemiología de las patologías de tejidos blandos en cavidad oral, evidencia la magnitud y severidad de dichas patologías y por esta razón se debe hacer un archivo de datos que permitan identificar cual es la frecuencia de las patologías de tejidos blandos orales diagnosticadas histológicamente en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las patologías orales mas comunes de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente durante el primer semestre del 2004 y el primer semestre del 2005 en los pacientes que asisten a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano?.

1.2 JUSTIFICACION

Este estudio se realiza con el fin de, crear un archivo de datos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, que permita identificar la frecuencia de las patologías de tejidos blandos orales diagnosticadas histológicamente.

Las patologías de los tejidos blandos, que se presentan en la cavidad oral, son alteraciones que pueden tener diferentes factores etiológicos tales como: lesiones del desarrollo, enfermedades infecciosas, metabólicas o sistémicas, inflamatorias, neoplásicas, reactivas y enfermedades de origen idiopático. Que en determinado momento, si no son diagnosticadas tempranamente se pueden transformar en una lesión premaligna o maligna, de la cual se puede desencadenar en una patología neoplásica que puede comprometer la vida del paciente.

1.3 PROPOSITO.

El estudio de las patologías más frecuentes de tejidos blandos se realiza con la finalidad de despertar en el gremio odontológico y en los diferentes servicios de atención pública las necesidades de diagnosticar y dar tratamiento a las diferentes patologías bucales tempranamente, creando conciencia de la importancia de detectar y tratar a tiempo diversas entidades clínicas bucales.

De igual manera este estudio servirá para que se establezca una comunicación entre los organismos encargados de dar una información orientada a la detección de las enfermedades bucales y el personal de la salud; incrementando la investigación sobre las patologías de tejidos blandos frecuentes en cavidad oral, reportando y registrando los diferentes casos.

1.4. MARCO TEORICO.

La cavidad oral está localizada por debajo de las fosas nasales y por delante de la laringe se deriva embriológicamente del estomodeo ectodérmico y constituye el primer segmento del aparato digestivo, se encuentra conformada por siete partes:

labios, lengua, piso de la boca, mucosa bucal, encías, triángulo retromolar y paladar; como toda cavidad orgánica que se comunica con el exterior está tapizada por una membrana de superficie húmeda denominada mucosa bucal, la cual está integrada por dos capas de tejidos estructural y embriológicamente diferentes: una capa superficial constituida por tejido epitelial, de origen ectodérmico (el epitelio) y otra capa subyacente de tejido conectivo de origen estomesenquimatoso (la lámina propia o corion). (Gómez de Ferraris y col., 2002), (FEHRENBACH, Mj, 1997), (MOORE, Keith, 2002), (MOORE, Agur, 2003), (TORTORA, J, 2002).

Cuando la boca completa su desarrollo, se presenta como una cavidad irregular situada entre el macizo óseo facial y la mandíbula contiene el sentido del gusto y además participa en diferentes funciones como: fonación, respiración (Ventilación) y masticación.

Clínicamente tiene un color rojo intenso debido a la no presencia de queratina y a la abundante irrigación que presenta.

Mucosa Masticatoria: Con probable ausencia de submucosa, puede ser queratinizada o paraqueratinizada con numerosas crestas epiteliales y en contacto directo con el tejido óseo.

Mucosa Especializada: Se presenta en la cara dorsal de la lengua, donde se localizan los corpúsculos gustativos que se relacionan con los receptores del gusto. Histológicamente la mucosa bucal tiene tres partes: epitelio, lámina propia y submucosa. Dentro de los epitelios podemos encontrar: escamoso estratificado no queratinizado (piso de boca, mucosa labial, paladar blando, carrillo, cara ventral de la

lengua), epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado (labio zona intermedia y encía) y, epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado (paladar duro, labio borde rojo y encía). (ABRAMOVICH, Abraham, 1999). (FEHRENBACH, Mj, 1997), (MOORE, Keith, 2002)

DIVISION TOPOGRAFICA DE LA BOCA

VESTIBULO

Es el espacio virtual comprendido entre la región geniana (mejillas) y las arcadas dentarias. Se le describen una pared anterior. Paredes laterales y pared posterior.

PARED ANTERIOR: Formada por los labios que son estructuras músculo mucosas y están delimitadas así:

Labio superior: Lateralmente limita con el surco nasolabial y las comisuras nasolabial. La parte superior, por la base de la nariz. Presenta hacia el bordo libre, en la porción central, una prominencia denominada tubérculo labial y un surco que se extiende desde este hasta la base de la nariz llamado filtrum o surco subnasal.

Labio inferior: En la parte inferior limita con el surco mentolabial y lateralmente con las comisuras labiales. (Moore, 2001) (Lynch, 2001).

CONSTITUCIÓN ANATÓNICA DE LOS LABIOS

Piel: Espesa rica en glándulas sebáceas y folículos pilosos.

Mucosa: En la parte anterior es queratinizada ya que está expuesta al medio ambiente; la porción posterior del labio está recubierta por una mucosa lisa y brillante, provista por múltiples glándulas salivares. Esta mucosa se continúa sin interrupción con el vestíbulo y se refleja sobre la mucosa que cubre las arcadas dentarias, formando unos pliegues triangulares llamados frenillos; localizados a nivel

de la línea media del labio superior (frenillo labial superior) y del inferior (frenillo inferior) y lateralmente a nivel de premolares superiores e inferiores (frenillos laterales).

Muscular: El armazón muscular lo conforma el músculo auricular de los labios con su fascículos inferior y superior, está reforzado por la inserción de otros músculos pellejeros de la región bucal.

PARED LATERAL: Formada por la región geniana (mejillas) que comprende desde el arco zigomático hasta el borde inferior de la mandíbula, limitada hacia delante por el surco nasogeniano y las comisuras labiales y hacia atrás por la región maseterina.

PARED POSTERIOR: Formada por las arcadas dentarias constituida a su vez por las apófisis alveolares y los dientes que se alojan en los alvéolos.

Estas arcadas están revestidas por dos tipos de mucosa, una fuerte adherida a la tabla ósea llamada encía adherida de color Rosado pálida y presenta un punteado que corresponde a las fibras que se insertan al hueso alveolar. La otra mucosa es libre, móvil, de color rojo rica en vasos sanguíneos y se continúa con la mucosa de las mejillas y los labios. Entre las dos mucosas se localiza la línea mucogingival.

CAVIDAD PROPIAMENTE DICHA

Limitada por:

PARED SUPERIOR O TECHO (Paladar óseo): forma cóncava, formado por las apófisis palatinas del hueso maxilar y la lámina horizontal de los huesos palatinos que junto con la apófisis alveolar junto con eso forma la bóveda palatina. Presenta sutura intermaxilar y un orificio anterior llamado nasopalatino, que da paso al nervio y arteria del mismo nombre y hacia la parte posterior y lateralmente (uno a cada lado)

se ubican dos agujeros correspondientes a agujeros palatinos mayores y detrás de estos los palatinos menores. El paladar está revestido por una mucosa fuertemente adherida (no tiene submucosa), de color Rosado pálido, grueso y resistente y contiene numerosos vasos sanguíneos y nervios. Su epitelio es plano, estratificado y queratinizado, sensible al tacto, en la parte anterior presenta una papila ovalada correspondiente a la papila palatina o ínterincisiva, hacia los lados del rafé medio hay unos pliegues trasversos conocidos como rugas palatinas que intervienen en fonación y masticación. (Moore, 2001) (Lynch, 2001).

PARED POSTERIOR: Formada por el paladar blando y el ístmo de las fauces.

Paladar blando: formación fibromuscular móvil que divide la nasofaringe de la orofaringe y la línea divisoria entre paladar duro y blando se llama línea de A o postdamen. Recubierta por epitelio plano estratificado.

En su borde inferior posee una prolongación en la línea media llamada úvula, que se continúa hacia los lados con dos pliegues llamados arcos o pilares que conforman el arco anterior y posterior y este junto con la lengua forman un orificio llamado ístmo de las fauces.

PARED INFERIOR O PISO DE BOCA: Contiene glándula sublingual, conducto excretor de la glándula submandibular, músculo genihioideo, músculo milohioideo, nervio hipogloso, nervio lingual, arteria lingual y la lengua

LENGUA: Órgano fibromuscular, móvil, que participa en funciones como el gusto, la masticación y la fonación.

Se inserta por medio de músculos al hueso hioides, mandíbula, apófisis estilohoides y faringe. conformada por músculo esquelético revestido de mucosa.

Partes:

PUNTA o VERTICE :el vértice de la lengua suele representar la porción anterior y puntiaguda del cuerpo. El cuerpo y el vértice son sumamente móviles

DORSO: es la cara posterosuperior que incluye el surco en forma de v (surco Terminal) cuyo vértice apunta hacia atrás, al orificio ciego, carente de función y vestigio de la porción proximal del conducto tirogloso embrionario del que se desarrolla la glándula tiroideas.

RAIZ DE LA LENGUA: porción anterior relativamente fija insertada en el hueso hioides y la mandíbula y próxima a los músculos geniohioides y milohioides, en general se define como el tercio posterior de la lengua.

Cuando se presentan patologías en los tejidos orales, éstas alteran su estructura anatómica, por tal motivo hay un cambio en las características clínicas e histológicas del tejido afectado, manifestándose con lesiones que interfieren o dificultan la función, pueden presentar diferentes características como son cambios de color, tamaño, textura, forma y algunos de estos cambios pueden producir síntomas, como dolor, ardor, malestar general, alterando física y psicológicamente al paciente. (Moore, 2001) (Lynch, 2001). (FEHRENBACH, Mj, 1997),(MOORE, Keith, 2002).

Las lesiones que se presentan en cavidad oral pueden dividirse en dos grupos que son patologías de tejidos duros y patologías de tejidos blandos (Regezy, 2001) (Neville, 2002). Este estudio se centrara en las patologías de tejidos blandos.

<u>CLASIFICACION DE LAS PATOLOGIAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS</u>		
Lesiones blancas	hereditarias	Leucoedema Nevó esponjoso blanco Disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria Queratosis folicular
	Reactivas	Hiperqueratosis focal Lesiones blancas relacionadas con el consumo de tabaco masticable Estomatitis nicotínica Queilitis solar
	Blanco amarillentas no epiteliales	Fibrosis submucosa Candidiasis Quemaduras mucosas gránulos de fordyce Tejido linfoide ectopico Quistes gingivales Fístula o párulis lipoma

	Otras lesiones blancas	Leucoplasia idiopática Leucoplasia vellosa Glositis migratoria Liquen plano
Lesiones verrugo papilares	Reactivas	Papilomatosis palatal Condiloma acuminado Papiloma escamoso Hiperplasia epitelial focal
	Neoplásicas	Queratoacantoma Carcinoma verrugoso
	Causa desconocida	Xantoma verruciforme
	Intravasculares de desarrollo	Hemangioma
	Intravasculares reactivas	Granuloma piógeno Granuloma periférico de células gigantes Glositis romboidea media
	Intravasculares neoplásicas	Eritoplasia Sarcoma de kaposi
	Enfermedades de etiología desconocida	Lengua geográfica

Lesiones rojo azuladas	Enfermedades metabólicas y endocrinas	Deficiencia de vitamina B Anemia perniciosa Anemia ferropénica Síndrome de ardor bucal
	Enfermedades infecciosas	Mononucleosis infecciosa Fiebre escarlatina Candidiasis
	Alteraciones inmunitarias	Gingivitis de células plasmáticas, Reacciones medicamentosas. Alergias por contacto
	Lesiones extravasculares	Petequias y equimosis
	Lesiones de tejido conectivo fibroso. hiperplasias reactivas	Granuloma piógeno Granuloma periférico de células gigantes Fibroma osificante periférico Hiperplasia gingival Fibroma traumático Hiperplasia fibrosa por prótesis Pólipo fibroepitelial
	Lesiones de tejido conectivo fibroso neoplásicas	Mixoma Fibrosarcoma Fibromatosis
	Lesiones vasculares reactivas	Varices

Lesiones de tejido conectivo	Lesiones vasculares congénitas	Hemangiomas linfagiomas
	Lesiones vasculares neoplásicas	Angiosarcoma Sacota de kaposi
	Lesiones nerviosa reactivas	Neuroma traumático
	Lesiones reactivas neoplásicas	Schuwannoma Neurofibroma
	Lesiones de tejido adiposo	Leiomioma Leiomiosarcoma Lipoma Liposarcoma
Lesiones vesiculo vulosas	Enfermedades virales	Enfermedad de mano, pie y boca Sarampión Herpangina
	Defectos inmunitarios	Pénfigo Penfigoide
	Hereditarias	Epidermolisis bulosa

Lesiones pigmentadas	Benignas de origen melanocítico	Pigmentación fisiológica Macula melanotica bucal
	Neoplásicas	Nevó melanoma
	Pigmentación a causa de depósitos exógenos	Tatuaje por amalgama Pigmentaciones inducida por fármacos y metales pesados
Enfermedades de glándulas salivares	Reactivas no infecciosas	Ranula Mucoccele
	Infecciosas	Parotiditis Sialodenitis bacteriana
	Defecto inmunitario	Síndrome de sjogren

	Neoplasias benignas	Tumor mixto benigno Adenomas monomorficos
	Neoplasias malignas	Adenocarcinoma polimórfico
Lesiones ulcerativas	Reactivas	Todas las úlceras
	Enfermedades bacterianas	Gonorrea Sífilis Tuberculosis Lepra Noma
	Micóticas	Micosis profunda, oportunista y subcutánea

	Disfunción inmunitaria	Úlceras aftosas
	neoplasias	Carcinoma

(REGEZI, J. 2000)

Hiperplasia fibrosa inflamatoria:

Su etiología esta relacionada a trauma directo, por prótesis dentales mal adaptadas, la lesión aparece como pliegues alargados de tejido fibroso no inflamado o con inflamación mínima (DALE, Miles 1996), la lesión puede tener consistencia relativamente firme, las lesiones son a menudo asintomaticas y puede ocurrir en el maxilar o en la mandíbula, puede ser de menos de un centímetro de tamaño hasta lesiones masivas que incluyen la totalidad del vestíbulo (NEVILLE, Damm 2002), hay mayor incidencia en mujeres y en el maxilar y las regiones anteriores de ambos maxilares son más afectadas que las posteriores. El tejido fibroso inflamatorio debe extirparse quirúrgicamente. Además, la prótesis dental se volverá a fabricar. Ocurre mas frecuentemente en adultos que oscilen entre 41 y 50 años, y predilectamente en el sexo femenino y la raza blanca, se dice que ocurre esto debido a que las mujeres usan mas prótesis que los hombres.

Fibroma:

Es una neoplasia benigna, se presentan en la tercera década de la vida o cuarta a sexta, década de vida , se localiza más comúnmente en mucosa bucal o a lo largo de

la línea de mordida, más común en personas de raza negra (3), el diámetro de estas lesiones varia entre 1 y 3 centímetros y se describe típicamente como una lesión sésil, firme a la palpación y recubierta por mucosa normal, de crecimiento lento. (NEVILLE, Damm 2000) (DEVILLERS, Hein, A. 1991).

Histológicamente se componen de tejido conectivo colágeno denso, con una reacción inflamatoria crónica y con ligera vascularización. Es necesario mencionar que el épulis fisurado consiste en un crecimiento pseudotumoral localizado sobre los tejidos blandos que componen el surco vestibular (fondo del vestíbulo) (MERITXELL, Tamarit 2005)

Granuloma central de células gigantes:

Es una lesión de origen traumático, caracterizada por proliferación de células gigantes y fibroblastos, con una contrapartida central, que se estudia con lesiones pseudotumorales de los maxilares, y también casi exclusiva de los maxilares.

(KATSIKERI, N 1987) (MERITXELL, Tamarit 2005)

Esta lesión se presenta solo en la encía o reborde alveolar, siendo en esta ubicación mucho más rara. Casi nunca en zonas distales a los primeros molares, generalmente es una masa sésil o pedunculada, de color rojizo, o rojo vinoso. Se ha registrado mayor incidencia en mujeres que hombres, y más frecuentemente en mandíbula, aparece en personas de 40 a 60 años (KATSIKERI, N 1987),(MEN O, Estela), (NEVILLE, Damm,2000)

Mucocele:

Es un término que incluye dos conceptos: el quiste de extravasación, que resulta de la ruptura del conducto de la glándula salival y el consiguiente derrame de la mucina en los tejidos blandos que rodean a dicha glándula, y el quiste de retención, que tiene su origen en la disminución o ausencia de la secreción glandular como consecuencia de la obstrucción del conducto de la glándula salival.(BONEV, Fernando, 2005)(M, Oscar, 2002).

Fibroma osificante periférico:

Es una lesión gingival poco frecuente de forma pediculada, color de mucosa normal y en partes heritematosa, de consistencia firme, histológicamente esta compuesta por una zona paraqueratósica, costra y fibrina, zonas de acantosis irregular marcada, con infiltrado inflamatorio, el centro de la lesión presenta fibrosis con abundantes fibroblastos, depósitos de calcio y focos de osificación (MERCADILLO, patricia 2004)

Ameloblastoma periférico:

Es un tumor odontógeno muy raro, es asintomático, de superficie no ulcerada, de base sesil, firme, con superficie lisa y coloración normal, su tamaño es menor de 1,5 cm., Pero han sido reportadas lesiones más grandes. Se presenta en un promedio de edad de 23 a 82 años, su localización más común es la encía posterior y la mucosa alveolar del maxilar inferior. (NEVILLE, Damm 2000), (SAPP, Philip 2005), (EL-HAKIM, Ibrahim, 2000)

Fibroma odontogénico periférico:

Nódulo gingival consistente en una hiperplasia reactiva de tejido conjuntivo que contiene áreas de hueso originada probablemente del periostio o ligamento periodontal, es mas frecuentes en mujeres durante la edad fértil, en la tercera y cuarta década .es una épulis que nace de las papilas interdentes aunque a veces se ha observado que nace de la encía adherida vestibular o lingual, la mucosa que recubre esta lesión puede ser normal o presentar ulceración. (NEVILLE, Damm2000), (SAPP, Philip 2005),(VILLIERS, Hein, 1991)

Fístula:

Es una vía de drenaje o comunicación anormal entre dos superficies revestidas de epitelio, debido a la destrucción del tejido interpuesto entre ambas. Se presenta como un pequeño nódulo inflamatorio que aparece en la mucosa alveolar, su localización mas frecuentes es en carrillos y en la parte vestibular de la encía alveolar (SAPP, Philip 2005).

Gránulos de Fordyce:

Se presenta como múltiples lesiones poplares blanco amarillentas o amarillas que son mas comunes en la mucosa bucal y en la porción lateral del bermellón del labio superior. Es mas común en adultos que en niños, probablemente como un resultado del factor hormonal, aparece en la pubertad como estimulo del crecimiento. Las lesiones son típicamente asintomáticas sin embargo algunos pacientes pueden sentir rugosa la mucosa. Esto puede considerarse como una variación clínica, algunos pacientes pueden tener solamente pocas lesiones mientras que otras pueden tener literalmente cientos de esos gránulos. (NEVILLE, Damm2000), (SAPP, Philip 2005).

Hiperplasia gingival:

Es un incremento de la masa de la encía libre y adherida, en especial de las papilas interdentes, se pierde el punteado y los bordes gingivales se hacen redondeados y romos. La consistencia es firme, desde blanda y esponjosa hasta firme y densa, localizada en cualquier área de cavidad oral en especial en zona molar mandibular. (REGEZI, Joseph, 2000).

Neuroma Traumático:

Es una proliferación de tejido nervioso que se manifiesta clínicamente como una masa fibrosa submucosa, se localiza más frecuentemente en la región circundante del agujero molar, puede aparecer tras traumatismo o cirugías, su consistencia es firme y es dolorosa a la palpación. (NEVILLE, Damm 2000), (SAPP, Philip 2005).

Nevus Intradérmico:

Se presenta más en pacientes jóvenes, en piel y es de aparición relativamente rara en cavidad oral. Ocurre en ambos sexos, aunque en las mujeres es un poco mayor la ocurrencia, se presenta con mayor frecuencia en raza blanca. Es asintomático, se presenta como una papula ligeramente elevada o macula plana en paladar duro y encía. Es una macula café o negra, que mide menos de un centímetro de diámetro. (NEVILLE, Damm 2000), (SAPP, Philip 2005).

Lipoma:

Es una lesión de consistencia blanda, de superficie lisa nodular que puede ser sessil o pediculada, normalmente el tumor es asintomático, tamaño 3 cms clínicamente mas profundos pueden ser rosados. Su localización más frecuentes es mucosa y vestíbulo bucal, lengua, labios y piso de boca, el cual puede ocurrir como

consecuencia de la remoción quirúrgica de los terceros molares .se presenta igual en hombres que en mujeres.(NEVILLE, Damm 2000), (SAPP, Philip 2005), (RUIZ, Carlos, 1994), (FURLONG, Mary, 2004) (DARLING, Mark, 2005)

Papiloma Escamoso:

Es una lesión de Consistencia blanda, asintomático pedunculada, con numerosas proyecciones como dedos imparten una apariencia de coliflor o verruga .Las proyecciones pueden ser puntiagudos, blanca, rojo claro o color normal, dependiendo del grado de queratinización de la superficie. de tamaño un máximo de 1.5cm.

Es una lesión se presenta en edades 30 y 50 años .Los sitios de predilección incluyen la lengua, labios y paladar blando y al paladar blando. (NEVILLE, Damm,2000), (SAPP, Philip, 2005).

Pigmentación Exógena:

Es la pigmentación más común de la membrana mucosa bucal. Se espera en tejidos blandos contiguos a dientes obturados con amalgama, los sitios mas afectados son: gingiva, mucosa bucal, paladar y lengua. Las anomalías son de color gris y no cambian de manera apreciable con el tiempo. Pueden ser blancas azules o grises con bordes bien definidos difusos o irregulares. (NEVILLE, Damm2000), (SAPP, Philip 2005). . (REGEZI, Joseph, 2000).

Pólipo Fibroepitelial:

Proliferación focal del tejido conjuntivo que afecta solo a la encía, se designa clínicamente como Épulis. (SAPP, Philip 2005)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las Patologías Orales más frecuentes de los tejidos blandos diagnosticadas histológicamente en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano durante el primer semestre del 2004 al primer semestre del 2005.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las patologías más frecuentes de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente de acuerdo a edad y genero.
- Describir las características clínicas de las patologías más frecuentes de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente de acuerdo a la localización, forma, color, textura, consistencia, tamaño, sintomatología y tiempo de evolución.
- Establecer la correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo de las patologías de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente.

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo. Transversal.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Las Patologías orales de tejidos blandos diagnosticados histológicamente en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

2.3. POBLACION DE ESTUDIO.

2.3.1. Población diana o blanco:

Pacientes que asistieron a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano (sede Bogotá) durante el primer semestre de 2004 al primer semestre de 2005., los cuales presentaban Patologías de tejidos blandos diagnosticados histológicamente.

2.3.2. Población elegible:

Patologías orales de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano (sede Bogotá)

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes que presentan patologías de tejidos blandos que ameritan biopsia.

- Pacientes sistémicamente sanos, de acuerdo a su historia clínica y exámenes de laboratorio.
- Pacientes cuya hoja de biopsia este diligenciada en un 50 por ciento.

2.4.2 Criterios de exclusión:

- Especímenes insuficientes para emitir un diagnóstico.

2.5 VARIABLES

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.							
CAPITULO	VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO.
SOCIODEMOGRÁFICAS	101. Edad	número de años que tiene una persona	años cumplidos	cuantitativa	discreta	independiente	Historia clínica y biopsia.
	102. Género	sexo al que pertenece el individuo	1. masculino 2. femenino	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
LESIÓN	201. Localización	Ubicación de la lesión en los tejidos blandos orales.	1. lengua. 2. Paladar. 3. Carrillos. 4. labios. 5. encía.	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
	202. forma 1	forma externa de la lesión	1. regular. 2. irregular.	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
	203. Base.	forma de acuerdo a la base de la lesión	1. sesil. 2. pediculada.	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
	204. color.	Tinte que presenta la lesión.	1. blanco. 2. roja. 3. pigmentada. 4. mucosa normal.	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
	205. textura.	Sensación que da la lesión al tacto.	1. lisa. 2. rugosa.	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
	206. tiempo de evolución.	Tiempo transcurrido desde que sale la lesión.	1. meses.	cuantitativa	discreta	independiente	Historia clínica y biopsia.
	207. consistencia	Firmeza o solidez que presenta la lesión.	1. blanda. 2. firme	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
	208. tamaño ancho	volumen o dimensión de la lesión en sentido horizontal	1. centímetro	cuantitativa	discreta	independiente	Historia clínica y biopsia.
	209. tamaño largo	volumen o dimensión de la lesión en sentido vertical	1. centímetro.	cuantitativa	discreta	independiente	Historia clínica y biopsia.
	210. sintomatología.	Signos y síntomas que presenta el paciente.	1. asintomático. 2. sintomático..	cualitativa	nominal	independiente	Historia clínica y biopsia.
DIAGNÓSTICO	301. presuntivo.	Diagnostico inicial hipótesis de la posible lesión.	_____	cualitativa	abierta	independiente	Historia clínica y biopsia.
	302. definitivo.	diagnostico real dado por el resultado de la biopsia	_____	cualitativa	abierta	independiente	Historia clínica y biopsia.

2.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para efectos de este estudio se diseñaron los siguientes.

Instrumento 1. Registro de pacientes con patologías de tejidos blandos que asisten a la unidad de diagnostico del Colegio Odontológico Colombiano (sede centro, clínicas adscritas, clínica extramural de Chía y postgrado) Anexo No. 1.

Instrumento 2. Registro individual de identificación, características clínicas y diagnóstico de la lesión. Anexo 2.

2.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos del estudio Patologías orales mas comunes de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, se procedió de la siguiente forma:

Se creó el instrumento número 1, denominado Registro de pacientes con patologías de tejidos blandos que asisten a la unidad de diagnostico del Colegio Odontológico Colombiano (sede centro, clínicas adscritas, clínica extramural de Chía y postgrado).

En este instrumento se registró la información de cada uno de los pacientes que presentaban patologías de tejidos blandos, cuando ellos asistían a valoración en la Unidad de Diagnóstico, o a las diferentes clínicas adscritas anteriormente mencionadas.

Teniendo conocimiento de los pacientes que presentaban patologías de tejidos blandos, se recolectaba la información de la hoja de biopsia, de cada uno de los pacientes y se consignaba en el instrumento número 2 denominado Registro Individual de Identificación, Características Clínicas y Diagnósticos de la lesión. Lo anterior se realizó después del debido procesamiento del espécimen y su diagnóstico histopatológico.

2.8. ANALISIS ESTADISTICO:

– El análisis estadístico se dividió en tres partes:

La primera parte consiste en clasificar los diagnósticos (presuntivo y definitivo), calcular la frecuencia y el porcentaje de cada uno.

– La segunda parte consistirá en un análisis detallado para las siguientes variables:

(Variables cualitativas).

- Género.
- Localización de la lesión.
- Forma.
- Color.
- Textura.
- Consistencia.
- Sintomatología.
- Donde se calculará la frecuencia y el porcentaje de respuesta en cada una.
- (variables cuantitativas)
- Tamaño.
- Edad.
- Tiempo de evolución.

La tercera parte consiste en explorar la información realizando el cruce de algunas variables.

- Diagnostico presuntivo Vs. Diagnostico definitivo.
- Género Vs. Edad

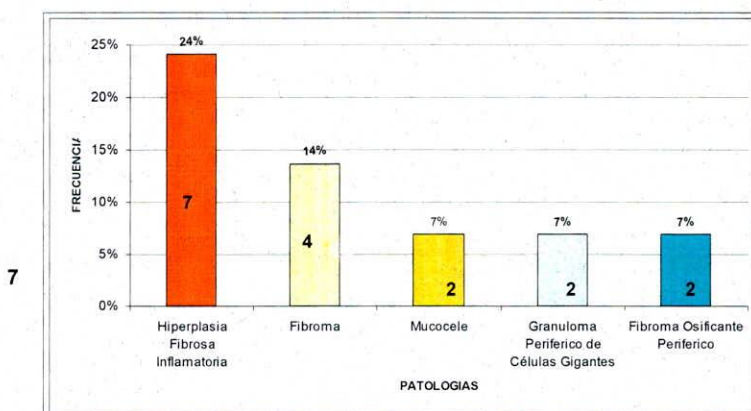
- Localización Vs. Forma.
- Consistencia Vs. sintomatología.
- Localización vs. Color.
- Localización Vs. Tiempo de evolución.
- Sintomatología Vs. Tiempo de evolución.
- Consistencia Vs. Textura.
- Localización Vs. Consistencia

3. RESULTADOS

Se registró información de 29 pacientes que asistieron a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano (sede Bogotá) durante el primer semestre de 2004 al primer semestre de 2005.

La patología más frecuente fue Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria con un 24.1% (7 Pacientes), seguida del Fibroma con un 13.8% (4 Pacientes), Granuloma Periférico de Células Gigantes 6.9% (2 Pacientes), al igual que Fibroma Osificante Periférico y Mucocèle (Gráfico No. 1).

Gráfico 1. Distribución Porcentual de las Patologías de Tejidos Blandos más frecuentes diagnosticadas histológicamente.



Se presentaron además, otras 12 patologías con una frecuencia de una por paciente:

1. Ameloblastoma Periférico.
2. Fibroma Odontogénico Periférico
3. Fístula
4. Gránulos de Fordyce
5. Hiperplasia Gingival
6. Neuroma Traumático
7. Nevo
8. Lesión Consistente en Proceso Inflamatorio
9. Lipoma
10. Papiloma Escamoso
11. Pigmentación Exógeno
12. Pólipo Fibroepitelial.

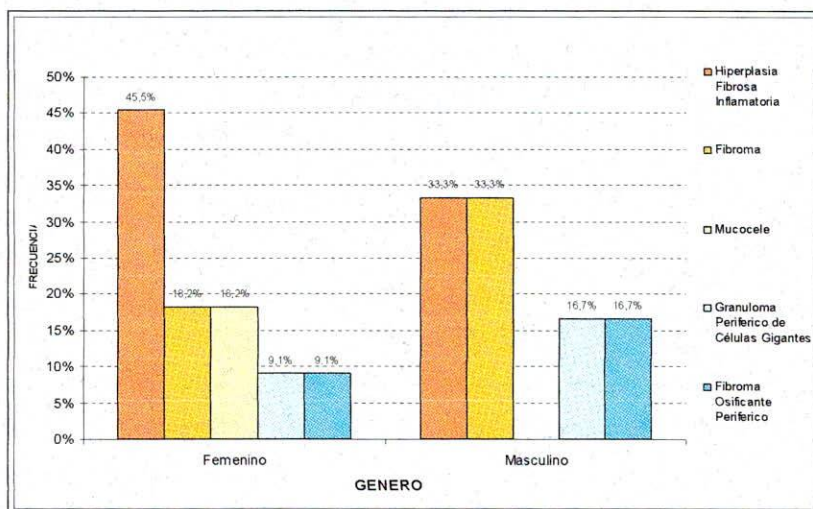
De los 29 pacientes que asistieron a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, 72.4% (21 Pacientes) de los pacientes correspondían al género femenino y 27.6% (8 Pacientes) al género masculino.

PATOLOGÍAS DE TEJIDOS BLANDOS ORALES QUE SE PRESENTARON CON MAYOR FRECUENCIA.

De las 17 patologías más frecuentes de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente, el 69.8% (11 Pacientes) corresponden al género femenino y el 31.3% (6 Pacientes) al género masculino. El 45.5% (5 Pacientes) pertenecían al

género femenino presentaron diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatoria y 18.2% (2 Pacientes) presentaron mucocelo; mientras que en el género masculino no se diagnosticó mucocelo (Gráfico No 2).

Gráfico 2. Distribución de las Patologías de Tejidos Blandos más frecuentes según género.

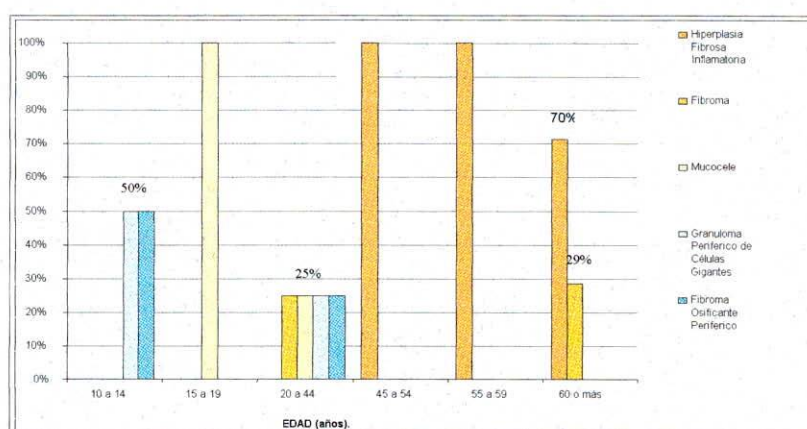


26 de los 29 pacientes que presentaron patologías orales de tejidos blandos reportaron su edad en las hojas de biopsia, estas se presentaron entre 10 y 75 años. 7.7% (2 Pacientes) tenían edades entre 10 y 14 años, 3.8% (1 paciente) entre 15 y 19 años, 19.2% (5 pacientes) de 20 a 44 años, 23.1% (6 Pacientes) de 45 a 54 años, 15.4% (4 Pacientes) de 55 a 59 años y 30.8% (8 Pacientes) presentaron edades mayores a 60 años.

Según el grupo etáreo se observó, que las edades comprendidas entre 45 a 60 años la patología de tejidos blandos más frecuente fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria, mientras que entre 15 a 19 años la patología más frecuentes fue el mucocelo. Entre

las edades de 20 a 44 años se presentaron todas las patologías en igual porcentaje, excepto hiperplasia fibrosa inflamatoria que no se reportó. (Gráfico No. 3).

Gráfico 3. Distribución de las Patologías de Tejidos Blandos más frecuentes, según grupos etáreos.



Hiperplasia fibrosa inflamatoria (7 pacientes): 57.1% (4) la patología se localizó en carrillos, con forma regular, respectivamente en la mayoría de los casos, con base sesil o pediculada, del mismo color de la mucosa que lo rodea, de textura lisa, blanda a la palpación, asintomático. (Tabla No 1.1). Se presentó con un tiempo de evolución comprendido entre los 12 meses a 420 meses. Con una longitud de 0.6 a 6.0 centímetros de ancho y de 0.7 a 6.0 centímetros de largo. (Tabla No. 1.2).

Tabla 1.1. Patología: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria

		%	Frecuencia
Localización	Carrillos	57.1	4
	Encía	42.8	3
Forma	Regular	42.8	3
	Irregular	14.3	1
	ND	42.8	3
Base	Sesil	42.8	3

	Pediculada	42.8	3
	ND	14.3	1
Color	Roja	14.3	1
	Mucosa Normal	85.7	6
Textura	Lisa	85.7	6
	Rugosa	14.3	1
Consistencia	Blanda	85.7	6
	Firme	14.3	1
Sintomatología	Asintomático	28.6	2
	Sintomático	14.3	1
	ND	57.1	4

ND: datos no disponibles

Tabla 1.2. Patología: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria.

Tiempo de evolución Meses	Frecuencia
	12
	24
	420
Tamaño (Ancho / Largo) Centímetros	0
	0.6 / 0.7
	1.0 / 0.8
	1.7 / 2.1
	2.0 / 2.0
	2.0 / 5.0
	3.0 / 0.5
	6.0 / 6.0

Fibroma (4 pacientes): El Fibroma se ubicó principalmente en carrillo, 1 de forma regular las demás sin datos disponibles , es una masa sesil de color mucosa normal, en donde se observó que se presentó 1 de textura lisa y 1 rugosa, de consistencia blanda y firme. No se presentaron datos disponibles en el instrumento de biopsia, en 6 de las características clínicas. (Tabla No. 2.1). El tiempo de evolución en un caso fue de 72 meses y el otro de 96 meses. Con un tamaño que varia entre 0.5 a 1.2 centímetros de ancho y de 0.5 a 1.5 de largo.(Tabla No.2.2).

Tabla 2.1. Patología: Fibroma

		%	Frec.
Localización	Lengua	25	1
	Carrillos	50	2
	Encía	25	1
Forma	Regular	25	1

	ND	75	3
Base	Sesil	50	2
	ND	50	2
Color	Blanco	25	1
	Mucosa Normal	50	2
	ND	25	1
Textura	Lisa	25	1
	Rugosa	25	1
	ND	50	2
Consistencia	Blanda	50	2
	Firme	50	2
Sintomatología	Sintomático	25	1
	ND	75	3

ND: datos no disponibles.

Tabla 2.2. Patología: Fibroma.

Tiempo de evolución	Meses	Frecuencia
	72	1
	96	1
	ND	2
Tamaño	Ancho / Largo (centímetros)	Frecuencia
	0.5 / 0.5	1
	1.2 / 1.5	1
	ND	2

ND: datos no disponibles.

Granuloma Periférico de Células Gigantes (2 pacientes): Se presentó en encía predominando la base pediculada, textura rugosa, siendo firme a la palpación, del color de la mucosa oral normal (Tabla No. 3.1). Se presentó con un tiempo de evolución de 3 meses. Con una longitud de 3.0 centímetros de ancho y de 2.0 centímetros de largo. (Tabla No. 3.2).

Tabla 3.1. Patología: Granuloma Periférico de Células Gigantes

		%	Frec
Localización	Encía	100	2
Forma	Irregular	50	1
	ND	50	1
Base	Pediculada	100	2
Color	Mucosa Normal	50	1
	ND	50	1

Textura	Rugosa	100	2
Consistencia	Blanda	50	1
	Firme	50	1

ND: datos no disponibles.

Tabla 3.2. Patología: Granuloma Periférico de Células Gigantes

Tiempo de evolución	Meses	Frecuencia
	3	1
	3	1
Tamaño	Ancho / Largo (centímetros)	3.0 / 2.0
		ND

ND: datos no disponibles

Mucocele (2 pacientes): La localización más común de esta patología es en el labio inferior, se presentó 1 de forma regular y 1 de base sesil; de textura lisa; de consistencia blanda, sin sintomatología. (Tabla No 4.1). Su tiempo de evolución varía de 2 meses a 12 meses. El tamaño reportado fue de 0.5 de ancho y 0.6 de largo. (Tabla No. 4.2)

Tabla 4. 1.Patología: Mucocele

		%	Frec.
Localización	Labios	100	2
Forma	Regular	100	2
Base	Sesil	50	1
	ND	50	1
Color	Blanco	50	1
	Mucosa Normal	50	1
Textura	Lisa	50	1
	ND	50	1
Consistencia	Blanda	100	2
Sintomatología	Asintomático	50	1
	ND	50	1

ND: datos no disponibles

Tabla 4. 2. Patología: Mucocele

Tiempo de evolución	Meses	Frecuencia
	2	1
	12	1
Tamaño	Ancho / Largo (centímetros)	Frecuencia
	0.5 / 0.6	1
	ND	1

ND: datos no disponibles

Fibroma osificante periférico (2): Esta patología se ubicó con mayor frecuencia en el paladar duro y encía, de forma regular, color rojo (Tabla No.5.1) La evolución de esta patología está entre los 7 a 8 meses. Con un tamaño en ancho y largo que se encuentra entre 1.0 a 3.5 centímetros. (Tabla No. 5.2).

Tabla 5.1. Patología: Fibroma Osificante Periférico

		%	Frec.
Localización	Paladar	50.	1
	Encía	50	1
Forma	Regular	50	1
Base.	Sesil	50	1
	Pediculada	50	1
Color.	Roja	100	2
Textura.	Lisa	50	1
	Rugosa	50	1
Consistencia	Blanda	50	1
	Firme	50	1
Síntomatología.	Asintomático	50	1
	Sintomático	50	1

Tabla 5.2. Patología: Fibroma Osificante Periférico

Tiempo de evolución.	Meses	Frecuencia
	7	1
	8	1
Tamaño	Ancho / Largo (centímetros)	Frecuencia
	1.0 / 1.0	1
	3.5 / 3.5	1

PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS QUE SE PRESENTARON CON MENOR FRECUENCIA.

Tabla No. 6 Características Clínicas de las Patologías Orales de Tejidos Blandos que se presentaron con menor frecuencia.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	EDAD	LOCALIZACION	COLOR	CONSISTENCIA
Ameloblastoma periférico	Granuloma piogeno	64	Encía	Roja	Blanda
Fibroma odontogénico periférico	Granuloma central de células gigantes	48	Encía	Mucosa Normal	Blanda
Fistula	Fibroma traumático	55	Encía	Roja	Blanda
Gránulos de Fordyce	Hiperplasia gingival	56	Carrillos	Mucosa Normal	Blanda
Hiperplasia Gingival localizada	Hiperplasia gingival	51	Encía	Roja	Blanda
Lesión consistente en proceso inflamatorio	Granuloma central de células gigantes	20	Encía	Roja	Blanda
Lipoma	Fibroma traumático	54	Carrillos	Mucosa Normal	Dura
Neuroma traumático	Hiperplasia gingival	56	Carrillos	Mucosa Normal	Dura
Nevo intradérmico	Nevo labial superior	ND	Labio	ND	Blanda
Papiloma escamoso	Papiloma escamoso	ND	Carrillos	Blanca	ND
Pigmentación a causa de depósitos exógenos	Pigmentación exógeno	50	Encía	Pigmentada	Blanda
Pólipo Fibroepitelial	Fibroma	50	Lengua	Mucosa Normal	Blanda

ND: datos no disponibles.

De acuerdo a su localización se encontraron las siguientes patologías: en encía se presentó ameloblastoma periférico, fibroma odontogénico periférico, fístula, hiperplasia gingival localizada, lesión consistente con proceso inflamatorio y pigmentación a causa de depósitos exógenos; en carrillos se presentaron gránulos de Fordyce, Lipoma, papiloma escamoso, neuroma traumático; en labio nevo intradérmico y en lengua pólipo fibroepitelial. Según el color de la lesión fueron rojas el ameloblastoma periférico, la fístula, hiperplasia gingival localizada, la lesión consistente con proceso inflamatorio; de color mucosa normal el fibroma odontogénico periférico, el lipoma, los gránulos de fordyce y el neuroma traumático.

Con consistencia blanda se presentaron: el ameloblastoma periférico, el fibroma odontogénico periférico, la fístula, la hiperplasia gingival localizada, la lesión consistente con proceso inflamatorio y el nevo intradérmico; de consistencia dura el lipoma y el neuroma traumático. También se observó que ninguna patología presentó sintomatología excepto el nevo intradérmico del cual no hay dato disponible. (Tabla No.6.)

De acuerdo con la correspondencia entre los diagnósticos presuntivos y definitivos se estableció que entre las patologías más frecuentes coincidieron 12 de las 17 patologías diagnosticadas histológicamente siendo un 70.6%; de las menos frecuentes coincidió 1 de las 12 con un 8.3%.

4. DISCUSIÓN.

Aunque la comparación de los hallazgos del presente estudio con otros estudios epidemiológicos es muy difícil de realizar, debido a que la mayoría al parecer son realizados mediante diagnóstico clínico y no histopatológico; estos se efectuaron en áreas geográficas y países diferentes, y con mayor número de pacientes, se observó que muchas de las patologías registradas a nivel mundial coincidían con nuestro estudio.

Los datos presentados en este estudio demostraron que la patología de tejidos blandos orales más frecuente fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria en un 24,1% (7), mientras que en la investigación realizada por Sosa y colaboradores se evidenció que la patología más frecuente fue la estomatitis subprótesis.

El fibroma es la segunda patología más frecuente presentada en este estudio, en un 13,8% (4), en investigaciones realizadas por Mumcu y Axell se presentó en un 0,8%, y en el estudio realizado por Sosa se presentó en un 21%.

El mucocelo se observó más en el género femenino en un 18,2% (2 pacientes) que en el masculino en donde no se presentó la lesión, mientras que en estudios realizados por Sosa la lesión se presenta más en el género masculino (5 pacientes).

En éste estudio se reportaron como patologías de tejidos blandos más frecuentes el fibroma osificante periférico y el granuloma central de células gigantes, mientras que no se evidenciaron estas patologías en ningún otro estudio.

El grupo etáreo más significativo en este estudio se presentó en edades entre 55 a 59 años, a diferencia del estudio realizado por Sosa en donde se reportó una mayor incidencia en edades de 15 a 29 años.

Estas patologías se presentaron más en el género femenino, coincidiendo estos datos en los estudios realizados por Sosa.

En las edades entre 10 y 14 años las patologías más frecuentes fueron granuloma periférico de células gigantes y fibroma, en las edades de 15 a 19 años se presentó con mayor frecuencia el mucocelo, entre 20 a 44 años todas las patologías se presentaron con igual porcentaje, y en el grupo etáreo de 45 en adelante la más frecuente es la hiperplasia fibrosa inflamatoria. En comparación con el estudio del Doctor Sosa encontramos diferencias, ya que en este estudio entre las edades de 0 a 14 años la patología más frecuente es el afta oral, de 15 a 42 años se presentó con mayor frecuencia el herpes labial, entre 29 a 56 años coincidimos, debido a que la

patología más frecuente fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria y entre 43 a 56 años se presentó con mayor frecuencia las leucoplasias.

5. CONCLUSIONES.

Las patologías orales de tejidos blandos más frecuentes fueron: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria con un 24.1% (7 Pacientes), seguida del Fibroma con un 13.8% (4 Pacientes), Granuloma Periférico de Células Gigantes 6.9% (2 Pacientes), al igual que Fibroma Osificante Periférico y Mucocoele. Según la edad se observó, que entre los 45 y 60 años la patología de tejidos blandos más frecuente fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria; entre 15 a 19 años la patología más frecuentes fue el mucocoele; entre los 20 a 44 años se presentaron todas las patologías, excepto la hiperplasia fibrosa inflamatoria que no se reportó. De las 17 patologías más frecuentes de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente, el 69.8% (11 Pacientes) corresponden al género femenino y el 31.3% (6 Pacientes) al género masculino.

Las características clínicas de las patologías orales de tejidos blandos más frecuentes fueron:

La Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria se localizó en carrillos, con forma regular, de base sesil o pediculada, del mismo color de la mucosa que lo rodea, textura lisa, blanda a la palpación, asintomática y con un tiempo de evolución de 12 a 420 meses; con longitud de 0.6 a 6.0 centímetros de ancho y de 0.7 a 6.0 centímetros de largo.

El Fibroma se localizó en carrillo, de forma regular, de base sesil, del color de la mucosa normal, de textura lisa y rugosa, de consistencia blanda y firme. No hubo

datos en 6 de las características clínicas. El tiempo de evolución fue de 72 a 96 meses; Con un tamaño que varia entre 0.5 a 1.2 centímetros de ancho y de 0.5 a 1.5 de largo.

El Granuloma Periférico de Células Gigantes se localizó en encía, de base pediculada, textura rugosa, firme a la palpación, del color de la mucosa oral normal. Con un tiempo de evolución de 3 meses, y longitud de 3.0 centímetros de ancho por 2.0 centímetros de largo.

El Mucocelo se localizó en el labio inferior, de forma regular, base sesil, de textura lisa, consistencia blanda y sin sintomatología. Su tiempo de evolución varía de 2 a 12 meses. El tamaño fue de 0.5 de ancho por 0.6 de largo.

El Fibroma Osificante Periférico se localizó en el paladar duro y encía, de forma regular y color rojo; con evolución de 7 a 8 meses y un tamaño de 1.0 a 3.5 centímetros.

Se estableció que entre las patologías más frecuentes coincidieron 12 de las 17 patologías diagnosticadas histológicamente siendo un 70.6%; de las menos frecuentes coincidió 1 de las 12 con un 8.3%.

6. RECOMENDACIONES.

Diligenciar de forma minuciosa y completa el instrumento utilizado para registrar el informe de biopsia.

Este diligenciamiento debe ser supervisado por el cirujano a cargo del procedimiento quirúrgico.

No se deben recibir las biopsias para su procesamiento en la Unidad de Diagnóstico, si el instrumento no está completamente diligenciado.

BIBLIOGRAFÍA

1. AUNCO N, Kanli A. (2003) The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients oral diseases. 9. 188-195.
2. Aeplua Hanos, coexistence of lymphoepithelial and epidermoid cysts on the floor of the mouth: report of a case, Oral Diseases (2003) 9, 1-6
3. AXELL T (1976). A prevalence study of mucosal lesions in an adult Swedish population. Odotol Revy 27: 1-103
4. AXELL T, Henricsson V. (1981). Leukoedema_an epidemiologic study with special reference to the influence of tobacco habits. Scand _J. Dent Res 90:434-442
5. AXELL T, Heidin CA (1982). Epidemiologic study of excessive oral melanin pigmentation with special reference to the influence of tobacco habits. Scand J. Dent Res 90: 434-442.
6. AXELL T, Zain RB, Siwamostham P, Tantniran D, Thampipit J (1990). Prevalence of oral soft tissue lesions in out patients at two Malaysian an Thai dental School.
7. BANOCZY J. Rigo (1991) Prevalence study of oral precancerosos lesions within a complex screening system in hungary. Community Dent Oral Epidemiology. 19: 265-267
8. BANOCZY J. Rigo, Albrecht H (1993) Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population. Community Dent Oral Epidemiology 21:224-226
9. BODNER, Growth .Potential of perifheral giant cell granuloma, oral surgery, oral pathology, oral radiology, and endodontology, 1997.83.
10. BONEV, Fernando. Mucoccele de la glándula submaxilr. A propósito de un caso, Med. Oral. Pat. Oral. Cir. Bucal. (ed. Ympr) V 10 n2, Valencia mar-abr 2005DALE, Miles, trastornos que afectan la cavidad bucal, clínicas dermatológicas volumen 2, Mc Graw Hill interamericana ;1996.
11. BOUGUOT GE, Garlin RJ (1986). Leucoplakia, lichen planos and other oral keratosis in 23616 white Americans over the age of 35 years. Oral Surgery Oral Medicine Oral pathology. 61: 373-381
12. COSTA, Humberto. Tratamiento tópico del mucoccele oral, Folia dermatol 2003; 43: 975-983)
13. CAMPISI, Margiotta V. (2001). Oral mucosal lesions and risk habit among men in an Italian study population. Joral Pathol Med 30: 22-28NEVILLE, Damm,. Oral & Maxillofacial Pathology. 2 edición. 2002.
14. DALE; Miles, trastornos que afectan la cavidad bucal, clínicas dermatológicas, volumen 2, Mc Graw Hill Interamericana; 1996.
15. DEVILLERS, Hein, Altini Mario oral surgery, oral medicine, oral patology, oral radiology, and oral endodontology. 1991, 72. 86-9.

16. EPLUA, Hanos, coexistence of lymphoepithelial an epidermoid cysts on the floor of the mouth: report of a case, *Oral Diseases* (2005), 11, 330-33.
17. F. Ide Peripheral Odontogenic Tumor: A clinopathologic study of 30 cases general features and hamartomatous lesions *J Oral Pathol Med* (2005) 34: 552-7
18. GANDARA, Rey; Peripheral Giant- Cell granuloma review of 13 cases, *medicina oral*, 2002;7: 254-9.
19. GUGGENHEIMER J, Moore pa (2003) Xerostomia: Etiology, recognition and treatment, *J Am Dent Assoc* 134: 61-69.
20. KAUZMAN, Adel, central giant cell granuloma of the jaw: assessment of cell cycle proteins, *J Oral Pathol Med* 2004 33: 170-6
21. KATSIKERI, N ,Peripheral giant cell granuloma, clinico pathology study of 224 new cases and review of 956 reported cases, 25 octubre de 1987.
22. M, Oscar, giant mucocele of the maxillary, Antrum, *turk. Arch otorinolaringol*, 2002, 40(2)150-152.
23. MEN O, Estela, estudio comparativo clinico patológico y de expresión inmunohistoquímica de CD68, Ki-67, bcl 2 y p53 en 50 casos de lesiones de células gigantes de cavidad bucal MERITXELL, Tamarit, exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal, estudio retrospectivo de 128 casos; *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.* (ed impr), volumen 10 n2, valencia mar-abr 2005.
24. MERCADILLO, patricia, fibroma osificante periférico originado durante el embarazo. Reporte de un caso. *Dermatología rev mex* 2004; 48:216-8.
25. MM Crivelini, cytokeratins in epithelia of odontogenic neoplasms, *Oral diseases* (2003) 9, 1-6.
26. MUMCU, Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey, *Oral Diseases* (2005) 11: 81-87
27. PIÑEROS M, Pardo, Cantor L, Hernández G, Martínez T, R N. Reporte de la incidencia de cáncer. Instituto Nacional de Cancerología. *Revista Colombiana de Cancerología*. Bogotá. 2001.
28. REICHART, PA, Oral mucosal lesions in a representative cross sectional study of aging-germans, community dentition and oral epidemiology, 2000; 28:390-8.
29. SONIS S. Sazi O. R, Sang Bankl. Principles and Practices of Oral Medicine. 2a. edition. N. B. Saunder Company. 1995. Pp 22
30. SOSA, Lucio, análisis retrospectivo sobre las patologías bucales que se evidenciaron en la comunidad que acudió al servicio de odontología hospital Victorino Santaella Ruiz. los teques. Estado Miranda. Venezuela. periodo comprendido desde el 4to trimestre de 2000 al 3er trimestre de 2004.
31. STEVEN B, Lingual nerve injury, Views and perspectives, *Headache* 2003; 43: 975-983.

32. TAILLEB atr rezakRaja 1 rj zain rB (1995) An epidemiological survey of oral mucosal lesions.
33. VALLEJO gmj. DIAZ Martin gmj García gmj. (2002) Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult spanish population. Community Dent Oral Epidemiol 30: 277-285
34. World Development Indicators (2003): Health risk factors and future challenges. The world Bank: Washington

ANEXOS

INSTRUMENTO No. 1
REGISTRO DE PACIENTES CON PATOLOGIAS DE TEJIDOS BLANDOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD
DE DIAGNOSTICO DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
(SEDE CENTRO, CLINICAS ADSCRITAS, CLINICA EXTRAMURAL CHIA Y POSGRADO)

[illegible]

INSTRUMENTO No. 1

**REGISTRO DE PACIENTES CON PATOLOGIAS DE TEJIDOS BLANDOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD
DE DIAGNOSTICO DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
(SEDE CENTRO, CLINICAS ADSCRITAS, CLINICA EXTRAMURAL CHIA Y POSGRADO)**

[illegible]

INSTRUMENTO No2

REGISTRO INDIVIDUAL DE IDENTIFICACION CARACTERISTICAAS CLINICAS Y DIAGNOSTICO DE LA LESION

IDENTIFICACION

Biopsia No _____

Historia clinica No _____

DIA _____ MES _____ AÑO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

EDAD _____ GENERO ☐ F ☐ M

Nombre del alumno (cirugia) _____

Codigo _____

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA LESION

LOCALIZACION 1. LENGUA ☐ 2. PALADAR ☐ 3. CARRILLO ☐ 4. LABIO ☐ 5. ENCIA ☐

FORMA 1. REGULAR ☐ 2. IRREGULAR ☐

BASE 1. SESIL ☐ 2. PEDICULADA ☐

COLOR 1. BLANCO ☐ 2. ROJO ☐ 3. PIGMENTADA ☐ MUCOSA NORMAL ☐

TEXTURA 1. LISA ☐ 2. RUGOSA ☐

CONSISTENCIA 1. BLANDA ☐ 2. DURA ☐

TIEMPO DE EVOLUCION AÑOS: _____

TAMAÑO ANCHO: _____ CENTIMETROS

LARGO: _____ CENTIMETROS

SINTOMATOLOGIA 1. SINTOMATICO ☐ 2. ASINTOMATICO ☐

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

GLOSARIO

Histopatología: Estudio de las células tisulares en estado de enfermedad.

Incidencia: Número de nuevos casos en un determinado tiempo.

Mucosa bucal: Membrana mucosa que reviste el interior de la boca.

Patología: Estudio de las características, causa y efectos de las enfermedades, tal y como en la estructura y función del cuerpo.

Prevalencia: Número de todos los casos nuevos y antiguos de una enfermedad o manifestaciones de un hecho durante un periodo determinado de tiempo.

Prótesis dental: Aparato fijo o extraíble para sustituir la pérdida de 1 o mas dientes naturales