

527

**ESTUDIO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO DE LESIONES ORALES  
DIAGNOSTICADAS EN LAS HISTORIAS CLINICAS DEL COLEGIO  
ODONTOLOGICO COLOMBIANO 1994 - 1996**

**YENNY ROCIO TULCAN  
AMPARO ROMERO  
LUZ MERY MURILLO  
YAMILE VACCA**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
AREA DE PATOLOGIA  
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**1996**

29-6-01-11-11

**ESTUDIO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO DE LESIONES ORALES  
DIAGNOSTICADAS EN LAS HISTORIAS CLINICAS DEL COLEGIO  
ODONTOLOGICO COLOMBIANO 1994 - 1996**

**YENNY ROCIO TULCAN  
AMPARO ROMERO  
LUZ MERY MURILLO  
YAMILE VACCA**

**Monografía para optar al título de  
Odontólogo General**

**Trabajo presentado a:**

**Dr. JORGE ARANGO MEJIA (Decano)**

**Dr. FREDY OSORIO G. (Director clínica X semestre)**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
AREA DE PATOLOGIA**

**1996**

## **DEDICATORIA**

Queremos contribuir con este trabajo, de la forma más positiva al COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO, especialmente al Area de Patología Oral, dejando un aporte que permita la sistematización de datos tendiente a la optimización del manejo clínico.

Dedicamos esta investigación a las directivas de la Institución, como son:

Dr. JORGE ARANGO TAMAYO, Fundador.

Dr. ANTONIO PAEZ, Rector.

Dr. JORGE ARANGO MEJIA, Decano.

Dr. FREDY OSORIO, Jefe Décimo Semestre.

Dra. MIRYAM ALARCON, Jefe Sección de Patología.

Dra. GLORIA SIERRA, Asesor Metodológico.

## CONTENIDO

	<b>Pág</b>
INTRODUCCION .....	7
1. EL PROBLEMA .....	8
1.1. DELIMITACION DEL PROBLEMA .....	8
1.2. JUSTIFICACION .....	8
1.3. DELIMITACION .....	9
1.3.1 Delimitación espacial .....	9
1.3.2 Delimitación temporal .....	9
1.3.3 Delimitación conceptual .....	9
1.4. OBJETIVOS .....	10
1.4.1 General .....	10
1.4.2 Objetivos específicos .....	10
1.5. PROPOSITO .....	10
2. MARCO TEORICO .....	11
2.1. PERIODONTITIS APICAL CRONICA .....	11

	<b>Pág</b>
2.2. HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA .....	12
2.3. GRANULOMA PIOGENO .....	13
2.4. QUISTE PERIAPICAL .....	14
2.5. PAPILOMA .....	15
2.6. MUCOCELE .....	16
2.7. POLIPO PULPAR .....	17
2.8. QUERATOQUISTE .....	18
2.9. FIBROMA OSIFICANTE PERIFERICO .....	19
2.10 FIBROMA PERIFERICO .....	21
2.11 QUISTE APICAL O GRANULOMA PERIAPICAL .....	22
3. RESULTADOS .....	24
4. RECOMENDACIONES .....	38
5. CONCLUSIONES .....	39
BIBLIOGRAFIA	



## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág</b>
TABLA 1. Resumen tres años (94-95-96) .....	28
TABLA 2. Resumen biopsias / 94 .....	28
TABLA 3. Datos incompletos de las 30 historias para análisis año 1994 .....	29
TABLA 4. Biopsias año 95 .....	30
TABLA 5. Datos incompletos en las 49 historias para análisis año 1995 .....	30
TABLA 6. Resumen biopsias / 96 .....	31
TABLA 7. Datos incompletos de las 78 historias para análisis año 1996 .....	32
TABLA 8. Diagnóstico año 94 .....	33
TABLA 9. Diagnóstico biopsoas / 95 .....	34
TABLA 10. Diagnóstico año 96 .....	35
TABLA 11. Diagnósticos más comunes en los tres años estudiados .....	37

## **INTRODUCCION**

En el campo de la odontología es muy importante destacar la rama de la patología oral, ya que nos permite tener una visión de las enfermedades y trastornos que se presentan en el sistema estomatognático.

Mediante este estudio se pretende analizar en forma sistemática y utilizando datos estadísticos, la incidencia de lesiones orales halladas en las historias clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

La manera de desarrollar esta investigación va encaminada principalmente a lograr diagnósticos definitivos de gran exactitud, y de esta forma hacer que el estudiante tome conciencia en su práctica clínica para orientar al paciente hacia un tratamiento oportuno y reportar posteriormente, en un intervalo entre consultas no mayor a seis meses, para un seguimiento clínico ante la institución.

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. DELIMITACION DEL PROBLEMA**

La clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el área de patología oral presta sus servicios de asistencia integral, pese a que éste es un objetivo real de servicio en una observación sistemática realizada por las investigadoras a las fichas de información sobre biopsias, se encontró incoherencia en su diligenciamiento, así como también se evidenció en el estudio una ausencia total de reportes sobre controles y evaluación clínica de los pacientes diagnosticados.

### **1.2. JUSTIFICACION**

Para poder cumplir con la misión institucional de servicio óptimo e integral a los pacientes que acuden al servicio de asistencia en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el área de patología

oral, se hace necesaria una sistematización rigurosa y científica que permita determinar la historia, evolución y seguimiento de los pacientes a quienes se les practica biopsias con el objetivo de conformar los rayos X preventivos. Por ello esta investigación pretende realizar un análisis de la ficha actual y proponer un posible modelo que cumpla con los elementos clínicos y estadísticos necesarios.

### **1.3. DELIMITACION**

1.3.1. Delimitación espacial. La investigación se realizó en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el área de patología oral. Calle 13 No. 9-56 Santafé de Bogotá y clínicas anexas.

1.3.2. Delimitación temporal. La investigación se realizó de febrero a abril de 1996.

1.3.3. Delimitación conceptual. Los conceptos fundamentales que guían el proceso de la investigación hacen referencia a las patologías diagnosticadas de mayor prevalencia: Hiperplasia fibrosa inflamatoria, fibroma, periodontitis apical crónica, quiste apical, mucocele, etc.

## **1.4. OBJETIVOS**

1.4.1. General. Analizar las lesiones orales diagnosticadas dentro de la clínica del Colegio Odontológico Colombiano, área de patología oral y la conducta clínica seguida.

1.4.2. Objetivos específicos. Analizar y sistematizar la información suministrada por las hojas de registro de biopsias para determinar el procedimiento y evolución del plan seguido a los pacientes diagnosticados.

Corroborar la exactitud de los diagnósticos presuntivos con el diagnóstico definitivo histopatológico, además de brindar información estadística a la clínica sobre la prevalencia y frecuencia de aparición de lesiones en cavidad oral que ameritan biopsia.

## **1.5. PROPOSITO**

Elaborar una ficha de control para los pacientes diagnosticados por biopsia, que permita analizar evolución y seguimiento del paciente.

## **MARCO TEORICO**

El marco teórico de la presente investigación se centra en la información específica de las patologías de mayor prevalencia diagnosticada en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano, área de patología oral. Al final se plantean los tratamientos sugeridos para las diferentes patologías.

### **2.1. PERIODONTITIS APICAL CRONICA**

Según E. Pifarré Sanahuja, la periodontitis apical crónica progresa a medida que dificulten los productos necróticos y microorganismos, si existen, desde el conducto pulpar hasta el periápice.

Se caracteriza por un discreto ensanchamiento del espacio periodontal apical, exudado inflamatorio leve y acumulación de células inflamatorias crónicas (células plasmáticas y linfocitos).

Stephen Cohen, afirma que su mismo nombre implica una inflamación asintomática de larga data alrededor del ápice. Aunque tiende a ser asintomática, en ocasiones suele existir una ligera sensibilidad a la palpación y a la percusión. Solo el tratamiento endodóntico completo permite que esas lesiones sean reparadas.

El diagnóstico se confirma por ausencia general de síntomas, presencia de radiolucidez y falta de vitalidad pulpar. Solo la biopsia y el examen microscópico podrán revelar si estas lesiones son granulomas, abscesos o quistes dentarios.

## **2.2. HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA**

Joseph A. Regezi, la considera ocasionada por traumatismo crónico de una prótesis mal ajustada.

Características clínicas: Lesión frecuente de la mucosa vestibular donde el borde de la prótesis tiene contacto con los tejidos.

Tratamiento: La remoción prolongada de la prótesis puede disminuir un poco el tamaño de la lesión, sin embargo requiere de la extirpación quirúrgica de la misma, también es necesario confeccionar una nueva prótesis.

### **2.3. GRANULOMA PIOGENO**

Etiología: Esta lesión corresponde a una proliferación excesiva de tejido conectivo como reacción ante un estímulo o agresión conocida, se presenta como una masa roja ya que está formada sobre todo de tejido hiperplásico que abunda en capilares.

Características clínicas: Se localiza a menudo en la encía y se considera que la causa más probable es la presencia de cálculos o material exógeno en el surco gingival.

Pueden ser pedunculados o tener base amplia, se presentan a cualquier edad y ocurren con mayor frecuencia en mujeres.

El tratamiento consiste en extirpar la lesión incluyendo tejido conectivo que la origina y cualquier irritante local como serian los cálculos. En ocasiones hay recurrencia causada por la extirpación incompleta de la lesión y porque no se eliminan los factores etiológicos o por una nueva agresión en la zona.

#### **2.4. QUISTE PERIAPICAL**

Es una respuesta inflamatoria crónica del periápice que se desarrolla a partir de las lesiones crónicas con tejido granulomatoso previo.

Etiología : Se produce por la salida de agentes contaminantes del conducto pulpar que causan vaso dilatación, exudación de líquidos , e infiltración periapical de leucocitos.

El objeto del tratamiento no quirúrgico del conducto radicular de los dientes con patología periapical, consiste en eliminar las sustancias irritantes del conducto y en conservarlo fuera, mediante la obturación tridimensional del conducto.

El quiste crece por la progresiva incorporación de líquido a la luz, tras la muerte de células epiteliales, lo que contribuye a aumentar la presión osmótica de la cavidad quística y así se forma un círculo vicioso.

Las pruebas de percusión y movilidad son negativas.

## **2.5. PAPILOMA**

Lesión blanquecina exofítica y benigna, aparece preferentemente en personas jóvenes ; sin que exista preponderancia de ningún sexo.

Es de movilidad grande y no sangra en ningún momento ; tampoco existe sintomatología dolorosa, su localización es muy variada , pudiéndose encontrar con mayor frecuencia en la zona retrocomisural de la región yugal, en la encía vestibular en el espacio de papila interdientaria, o bien en los bordes y dorso de la lengua.

Tratamiento : Sólo puede consistir en la extirpación quirúrgica, estando contraindicado cualquier tipo de aplicación tópica medicamentosa.

Es preciso el diagnóstico diferencial con la verruga vulgaris, que puede también aparecer en la mucosa oral.

## **2.6. MUCOCELE**

Denominado también quiste de retención salival, afecta a persona jóvenes, siendo, en nuestra experiencia mayor su incidencia en el sexo masculino.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de una tumoración redondeada circunscrita, que carece absolutamente de sintomatología y se puede instaurar súbitamente en cuestión de horas.

La localización más frecuente es el labio inferior en su parte interna y la mucosa sublabial próxima al límite de la mucosa cutánea - mucosa del labio.

El tratamiento único es la apertura quirúrgica de la lesión, con o sin eliminación de las paredes del pseudoquiste .

## **2.7. POLIPO PULPAR**

Su incidencia es alta y viene dada en función de la patología destructiva del diente de tipo crónico, generalmente en personas con abandono de su higiene bucal.

Parte del techo de la cámara pulpar va quedando al descubierto lentamente, se produce una irritación crónica y una posible infección secundaria de la misma ; debido a estos mínimos traumatismos por mecanismos de defensa internos, tiene lugar una proliferación de tejidos de origen mesenquimatoso aunque no llega a darse la pérdida total de la vitalidad pulpar.

Clínicamente se caracteriza por la posible ausencia de dolor , y se ha encontrado una formación hiperplásica a nivel de la encía que hace pensar en una posible tumoración.

Se trata de una lesión intensamente roja, en alguna ocasiones puede tener el mismo color que la mucosa gingival próxima, ocupa una parte del diente roto en su zona coronaria.

El aspecto pediculado se evidencia a la exploración atenta. La palpación es intensamente dolorosa y suele sangrar con facilidad.

Tratamiento : Consiste en la extirpación del pulpoma con el resto de la pulpa y tratamiento convencional de conductos.

## **2.8. QUERATOQUISTE**

Denominado también quiste primordial, la incidencia mayor se da entre los 25 y 30 años de edad, aunque también puede encontrarse en adolescentes y personas de 60 - 70 años. La localización más frecuente es en el maxilar inferior 70%.

Clínicamente, aparece una tumoración que desplaza las tablas externas e internas no hay dolor.

Radiológicamente lesión radiolucida multilocular. En ningún caso existe una pieza dentaria en su interior y los dientes próximos pueden estar desplazados.

En su localización fundamental del ángulo mandibular puede extenderse hasta la opófisis coronoides.

Anatomopatologicamente ; es un proceso constituido por una cápsula fibrosa y un tejido epitelial de revestimiento escamoso, estratificado y queratinizado de espesor mínimo.

En algunas zonas aparecen islotes de epitelio odontogénico y la cavidad quística está llena de descamaciones queratinizadas . Precisa diagnóstico diferencial con ameloblastoma y quistes maxilares.

Una forma clínica es la localización múltiple en varias zonas maxilares, junto con ello hay fascias achatada. El tratamiento es quirúrgico y siempre que sea cuidadoso, la recidiva es infrecuente.

## **2.9. FIBROMA OSIFICANTE PERIFERICO**

También identificado como proliferación fibrosa, se trata de una serie de lesiones que asientan en la cavidad oral, consecutivas a procesos irritativos crónicos o bien traumatismos repetidos.

Clínicamente se caracteriza por una tumoración generalmente única, que suele alcanzar el tamaño máximo de un garbazo es pedunculado y sésil y su superficie puede ser lisa o rugosa.

En región de paladar siempre se ha encontrado fisurado, mientras que en el fondo de los vestíbulos y en la región yugal puede ser lisa. El color es exactamente igual que el de la mucosa normal de la boca.

Anatomopatológicamente está constituido por bastantes fibra colágenas acelulares.

Existen frecuentes áreas de calcificación e incluso de osificación. La vascularización está aumentada en la base ; pero no existe ningún síntoma ni alteración de comportamiento de las células.

El tratamiento debe ser la extirpación quirúrgica.

El proceso puede ocasionar respuesta del tejido óseo a las tensiones ejercidas sobre el hueso ó sobre los tejidos blandos. El perióstio puede responder con lo agregado progresivo de capas periósticas.

Invariablemente el hueso es de tipo intramembranoso ya que suele derivar del periostio o del tejido endóstico de la médula.

Miguel de Lucas Tomas, 1988, página 138-139.

## **2.10. FIBROMA PERIFERICO**

Masa hiperplásica reactiva, se localiza en la encía y puede desviarse de la submucosa ó del ligamento periodontal se presenta a cualquier edad.

Tiene predilección por adultos jóvenes , es más visual en mujeres, afecta la región anterior de la encía o molares.

El fibroma periférico aparece como una masa pediculada ó sésil de color similar al tejido conectivo que lo rodea .

En el examen microscópico se describen varios subtipos de la lesión cuya conducta y tratamiento de las variantes es igual.

- Fibroma periférico osificante.

- Fibroma periférico odontógeno.

- Fibroma de células gigantes.

Tratamiento: Extirpación local que incluye, el ligamento periodontal cuando éste está comprometido.

Así mismo deben eliminarse cualquier factor etiológico identificable.

## **2.11. QUISTE APICAL O GRANULOMA PERIAPICAL**

Es la secuela más común del trastorno en el tejido de granulación periapical.(inflamación crónica).

Es la consecuencia de una pulpitis aguda - crónica no tratada que evolucionan hacia una necrosis completa de la pulpa dental.

El tejido inflamatorio es rodeado en forma gradual por una cápsula fibrosa y cuando se extrae el diente el granuloma encapsulado se encuentra adherido a la raíz.

En el examen histológico de los granulomas periapicales, se detecta epitelio estratificado plano; éste puede derivar de una bolsa ó receso periodóntico o del epitelio oral que reviste a una fístula, también conocido como quiste periodóntico apical .

El absceso periapical se desarrolla como una secuencia de un pulpitis o después de la formación de granulomas y quiste periapicales.

Si no se contiene rápido , éste absceso se extiende hasta el hueso adyacente, lo que provoca la instalación de osteomielitis. Los cultivos bacteriológicos desarrollan staphylococcus aureus, staphylococcus lococcus albus, estreptococos diversos.

## RESULTADOS

En la investigación realizada se contabilizaron en total 628 historias en los tres años (94-95-96) de las cuales 389 (62%) no se encontraban en el archivo.

De las 239 historias disponibles para estudio, únicamente el 13% (82 historias) se hallaban bien diligenciadas. El 25% restante (157 historias) se encontraron incompletas. Ver tabla 1.

En el año 1994 se totalizaron 190 historias de las cuales, 146 no se encontraron en el archivo. Para el análisis solo se tuvieron disponibles 44 historias, 30 de las cuales estaban incompletas y tan solo 14 (7.3%) estaban bien diligenciadas. Ver tabla 2.

De las 30 historias incompletas se observaron como fallas más importantes en su elaboración las siguientes: En cuanto al

encabezamiento, no se encontró dirección ni teléfono del paciente en el 9.4% de las historias; no se relacionó la ciudad de procedencia en el 8.4% y no se conocía la ocupación del consultante en el 4.2% de los casos. En lo relacionado con los antecedentes médicos no se encontraban referenciados en el 10.5% de las historias y con respecto a la información acerca de la lesión que se pretendía estudiar, no se encontraron datos en las historias clínicas sobre textura en un 7.3%, de tamaño de forma y de color en un 6.3% y faltó información acerca de apariencia radiológica en el 5.2% de las historias. Ver tabla 3.

En el año 1995 el total de historias fue 219, no se encontraron en el archivo 152 y para análisis solo estaban disponibles 67 historias. De estas 67 historias 18 fueron diligenciadas correctamente y 49 de forma incompleta. Ver tabla 4.

De las 49 historias incompletas, en el 8% no estaba consignada la dirección del paciente, en el 6% no se registraron datos de teléfono y ocupación del interesado y en el 3.5% no aparecía edad, sexo, raza del paciente; los antecedentes médicos del consultante no se encontraron en el 13.5% de las historias. En cuanto a los datos de la lesión en

estudio. en el 9.7% de las historias no fue consignada la apariencia radiológica de la lesión y en porcentajes entre 3.5% y 5.7% no se encontraron datos acerca de forma, color, textura, consistencia, localización, tamaño y tiempo de evolución de la lesión.

En el año 1996 hasta abril 30, se contabilizaron 219 historias, de las cuales solamente 128 se encontraban para análisis (90 bien diligenciadas y 78 incompletas). No estaban en el archivo 91 historias. Ver tabla 6.

Al analizar las 78 historias diligenciadas deficientemente, se observó que en los datos del encabezamiento, el 11.4% de las historias no tenía consignada la dirección del paciente, el 11.9% no tenía número de radicación, en el 78% no aparecía el teléfono y en el 7.2% de las historias no se encontró información sobre ocupación del consultante. Los antecedentes médicos no fueron solicitados en el 16.6% de los casos y en cuanto a la lesión por la que se consultó, el 11.4% de las historias carecía de información acerca de su apariencia radiológica, en el 4.6% no aparecían datos del tiempo de evolución de ésta y en el

3.6% de las historias, no se mencionaban ni la forma ni el color de la lesión.

Para el año 1994 el análisis de los diagnósticos histopatológicos mostró la más alta prevalencia (19.2%) para la periodontitis crónica, seguida por la hiperplasia fibrosa inflamatoria y el fibroma con un 11.5% cada una. Ver tabla 8.

En el año 1995 el 21.2% de los casos fue diagnosticado como hiperplasia fibrosa inflamatoria, el 8.5% como mucosele y los granulomas piógenos, los fibromas y los quistes apicales tuvieron una prevalencia del 6.3% respectivamente. Ver tabla 9

El diagnóstico más común en lo que va corrido del año 1996, es la hiperplasia fibrosa inflamatoria con 19 casos reportados (15.8% del total). El quiste apical tuvo una prevalencia de 8.4% y el fibroma de 6.6%. Ver tabla 10 .

En los tres años fueron obtenidos 193 diagnósticos. Los casos con mayor prevalencia en este periodo de tiempo fueron las hiperplasias fibrosas inflamatorias en un 16.6% (32 casos).

**TABLA 1 RESUMEN 3 AÑOS (94-95-96)**

Total historias 3 años	628 (100%)
Faltan en archivo 3 (años)	389 (62%)
Bien diligenciadas	82 (13%)
Incompletas	157 (25%)

**TABLA 2 RESUMEN BIOPSIAS /94**

Total historias	190
Faltan en archivo	146
Para análisis	44
Bien diligenciadas	14
Para análisis incompleto	30

**TABLA 3 DATOS INCOMPLETOS DE LAS 30 HISTORIAS PARA  
ANALISIS AÑO 1994**

Número de Historia clínica	3	3%
Edad	1	1%
Sexo	2	2.1%
Raza	2	2.1%
Ocupación	4	4.2%
Dirección	9	9.4%
Ciudad	8	8.4%
Teléfono	9	9.4%
Historia médica	10	10.5%
Datos del estudiante	1	1%
Forma de la lesión	6	6.3%
Color	6	6.3%
Textura	7	7.3%
Consistencia	4	4.2%
Localización	3	3.1%
Tamaño	6	6.3%
Duración	5	5.2%
Sintomatología	3	3.1%
Apariencia radiológica	5	5.2%
Diagnóstico clínico	1	1%
	95	100%

**TABLA 4 BIOPSIAS /95**

Total historias en el año	219
Faltan en archivo	152
Para análisis	67
Bien diligenciadas, completas	18
Para análisis incompleto	49

**TABLA 5 DATOS INCOMPLETOS EN LOS 49 HISTORIAS DE ANALISIS**

Historia clínica no	7	8%
Edad	3	3.5%
Sexo	3	3.5%
Raza	3	3.5%
Ocupación	6	5.8%
Dirección	7	8%
Ciudad	3	3.5%
Teléfono	5	5.7%
Historia médica	12	13.5%
Datos del estudiante	3	3.5%
Forma de la lesión	3	3.5%
Color	4	4.5%
Textura	4	4.5%
Consistencia	3	3.5%
Localización	5	5.7%

Tamaño	5	5.7%
Duración	5	5.7%
Apariencia radiológica	9	9.7%
Sintomatología	4	4.5%
Diagnóstico clínico	2	2.2%
	87	100%

**TABLA 6 RESUMEN BIOPSIAS / 96**

Total historias abril 30/96	219
Faltan en archivo	91
Para análisis	128
Para análisis bien diligenciadas	50
Para análisis incompleto	78



**TABLA 7 DATOS INCOMPLETOS DE LAS 78 HISTORIAS PARA ANALISIS**

Biopsias	7	3.6%
Historia clínica	23	11.9%
Edad	3	1.5%
Sexo	2	1.0%
Raza	3	1.5%
Ocupación	14	7.2%
Dirección	22	11.4%
Ciudad	1	0.5%
Teléfono	15	7.8%
Historia médica	32	16.6%
Forma de la lesión	7	3.6%
Color	7	3.6%
Textura	6	3.1%
Consistencia	5	2.6%
Localización	3	1.5%
Tamaño	2	1%
Duración	9	4.6%
Apariencia radiológica	22	11.4%
Sintomatología	3	1.5%
Diagnóstico clínico	2	1.0%
Diagnóstico definitivo	4	2%
	192	100%

**TABLA 8 DIAGNOSTICO / 94**

Periodontitis crónica	5	19.2%
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	3	11.5%
Tejido sin preservar	2	7.6%
Progonoma	2	7.6%
Fibroma	3	11.5%
Quiste apical	1	3.8%
Conectivo fibroso	1	3.8%
Granuloma piógeno	1	3.8%
Hipesqueratosis	1	3.8%
Papiloma	1	3.8%
Granuloma central de células gigantes	1	3.8%
Quiste dentígeno	1	3.8%
Quiste dentígeno	1	3.8%
Granuloma cosinofílico	1	3.8%
Tejido superficial	1	3.8%
Pólipo fibroepitelial	1	3.8%
	26	100%

**TABLA 9 DIAGNOSTICO BIOPSIAS/ 95**

Hiperplasia fibrosa inflamatoria	10	21.2%
Granuloma piógeno	3	6.3%
Fibroma	3	6.3%
Mucocele	4	8.5%
Quiste apical	3	6.3%
Fibroma osificante periférico	2	4.2%
Quiste e inflamación aguda	1	2.1%
Atipia epitelial	1	2.1%
Hiperqueratosis	1	2.1%
Acantosis	1	2.1%
Pólipo pulpar	1	2.1%
Fenómeno extravasación mucosa	1	2.1%
Quiste dentígeno	1	2.1%
Osteomelitis	1	2.1%
Conectivo fibroso	1	2.1%
Quiste desconocido	1	2.1%
Periodontitis apical crónica	1	2.1%
Flebolito	1	2.1%
Fibroma odontogénico central	1	2.1%
Lesión vascular reactiva	1	2.1%
Pólipo fibro epitelial	1	2.1%
Mácula melanótica	1	2.1%
Fragmento de diente	1	2.1%
Osteoma osteoide	1	2.1%
Hemangioma	1	2.1%

Tejido sin preservar	1	2.1%
Coagulo sanguíneo	1	2.1%
Queratoquiste	1	2.1%
	47	100%

**TABLA 10 DIAGNOSTICO / 96**

Fibroma	8	6.6%
Quiste apical	11	8.4%
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	19	15.8%
Mucocele	2	1.66%
Capuchón pericoronario	2	1.66%
Displacia moderada	2	1.66%
Quiste dentígeno	3	2.5%
Quiste óseo traumático	2	1.66%
Queratoquiste	2	1.66%
Tejido insuficiente para biopsia	4	3.33%
Granuloma apical	4	3.33%
Reacción inflamatoria crónica	9	7.5%
Sustancia exógena	2	1.66%
Quiste dentígeno sobre infectado	2	1.66%
Infiltrado inflamatorio crónico	1	0.83%
Quiste residual	1	0.83%
Pólipo fibroepitelial inflamado	1	0.83%
Tatuaje por amalgama	1	0.83%
Fibrolipoma	1	0.83%

Papiloma	6	5%
Granuloma piógeno	6	5%
Periodontitis apical crónica	4	3.33%
Granuloma central de células gigantes	1	0.83%
Lesión inflamatoria reactiva	1	0.83%
Manchas melánicas	1	0.83%
Lesión apical crónica	7	5.83%
Sustancia exógena no identificable	1	0.83%
Hemangioma	1	0.83%
Papiloma palatal	1	0.83%
Fibroma osificante periférico	1	0.83%
Periodontitis apical aguda	1	0.83%
Pólipo fibro epitelial	3	2.5%
Fragmento de diente	1	0.83%
Lesión vascular reactiva	1	0.83%
Pólipo pulpar	3	2.5%
Epitelio normal	2	1.66%
Flebolito	1	0.83%
Osteitis condensante	1	0.83%
Osteoma osteoide	1	0.83%
Odontoma compuesto	1	0.83%
Periodontitis apical sub-aguda	1	0.83%
Coagulo sanguíneo	1	0.83%
Lesión vascular benigna	1	0.83%
Quiste de origen desconocido	1	0.83%
Detecto de médula ósea	1	0.83%

Quiste odontogénico epitelial calcificante	1	0.83%
	120	100%

**TABLA 11 DIAGNOSTICOS MAS COMUNES EN LOS TRES AÑOS ESTUDIADOS.**

Diagnóstico	1994	1995	1996	total
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	3	10	19	32(16.6%)
Quiste apical	1	3	11	15 (7.8%)
Fibroma	3	3	8	14(7.3%)



## **RECOMENDACIONES**

Realizar un control estricto del archivo de historias clínicas del laboratorio de patología con el fin de mantener la totalidad de ésta documentación disponible para consulta y / o seguimiento de los pacientes.

Crear mecanismos para que los estudiantes y docentes responsables, se comprometan a diligenciar completamente las historias clínicas de los pacientes sometidos a biopsias.

Insentivar a estudiantes y docentes a solicitar el estudio histopatológico de todos los especímenes obtenidos en cirugía y en otros procedimientos.

## CONCLUSIONES

Las lesiones más comunes diagnosticadas en el laboratorio de patología del Colegio Odontológico Colombiano durante los años 1994 - 1996 fueron: Hiperplasia fibrosa inflamatoria, quiste apical y fibroma.

Del total de historias clínicas inscritas en el laboratorio de patología el 62% no se encontró disponible para estudio y del 48% restante únicamente el 13% de las historias se encontró bien diligenciado. Con estos datos podríamos inferir que la información en el laboratorio de patología se pierde en el 60% de los casos.

Las mayores deficiencias en cuanto al encabezamiento de las historias fueron halladas en la dirección y teléfono del paciente lo que indicaría dificultad en el seguimiento de dichos pacientes.

En un porcentaje importante las historias carecen de información acerca de los antecedentes médicos del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

REGEZI Joseph A. Patología Oral. Pág. 202-204.

STANLEY Robbins. Patología Estructural y Funcional. 1984.

PIFARRE Sanahujo E. Periodoncia. Pág 552.

EVERSOLE Lewis R. Patología Bucal: Diagnóstico y Tratamiento.

Buenos Aires. Edt. Panamericana. 1983.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO. SECCION

PATOLOGIA. CLINICA      CENTRO Calle 13 No. 9 - 56.