



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

Arteaga Y, Castañeda C, Conde J, Cortes L, González A, Lara A•

Alarcón M. • •

Caicedo M. • • •

Pachón M. • • • •

Area: Ciencias Básicas y Biomédicas.

Modalidad: Oral

Categoría: Pregrado

RESUMEN

Introducción: Las patologías orales de tejidos blandos, tienen origen del desarrollo, infeccioso, metabólico, inflamatorio, neoplásico, reactivo e idiopático. **Objetivo:** Identificar las Patologías Orales más frecuentes de tejidos blandos, diagnosticadas histológicamente en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano durante el I semestre del 2004 al I semestre del 2005. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, cuyas unidades temáticas fueron patologías más frecuentes, características clínicas de las lesiones más frecuentes y correspondencia entre los diagnósticos presuntivos y definitivos de las patologías orales más frecuentes. **Resultados:** Las patologías orales de tejidos blandos más frecuentes fueron: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, Fibroma, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Fibroma Osificante Periférico y Mucocelo. Entre los 45 y 60 años la patología más frecuente fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria, más frecuentes mujeres. Se describieron las características clínicas de las patologías orales de tejidos blandos más frecuentes y 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%. **Conclusiones:** la patología oral de tejido blando más frecuente fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria entre las edades de 55 a 59 años, seguida por el fibroma, granuloma periférico de células gigantes, fibroma osificante periférico y el mucocelo.

Palabras claves: Idiopático, prevalencia, prótesis, frecuencia, uniqueness, histopatología, mucosa oral,

ABSTRACT

Introduction: The oral soft weave pathologies, have origin of infectious, metabolic, inflammatory, neoplastic, reactive and idiopathic the development. **Objective:** To identify the more frequent Oral soft weave Pathologies, diagnosed histologically in the clinics of Colegio Odontológico Colombiano during the I semester of the 2004 to the semester I of the 2005. **Method:** A transversal descriptive study was made, whose thematic units were more frequent pathologies, characteristic clinics of the frequent injuries but and correspondence between the presumptive and definitive diagnoses of the more frequent oral pathologies. **Results:** The oral more frequent soft weave pathologies were: Inflammatory Fibrous Hyperplasy, Fibroma, Peripheral Granuloma of Giant Cells, Osificant Fibroma peripheral and Mucocelo. Between the 45 and 60 years the most frequent pathology was hiperplasy fibrous inflammatory, more frequent women. The clinical characteristics of the oral more frequent soft weave pathologies were described and it settled down that between the most frequent pathologies 12 of the 17 diagnosed pathologies agreed histologically being 70.6%; of less frequent 1 of the 12 with 8.3%. **Conclusiones agreed:** the oral more frequent soft weave pathology was hiperplasy fibrous inflammatory between the ages of 55 to 59 years, followed by fibroma, granuloma peripheral of giant cells, osificant fibroma peripheral and mucocelo.

Key words: Idiopathic, prevalence, prosthesis, frequency, uniqueness, histopatology, oral mucous.

• Estudiantes X semestre del C.O.C.

•• Asesor Científico, Cirugía, Patología e Implantología oral

••• Asesor Metodológico. Odontólogo-Especialista en Epidemiología

•••• Asesor estadístico

INTRODUCCION

El diagnóstico y manejo de las lesiones orales son dos de los más desafiantes y gratificantes servicios que el odontólogo puede proporcionar, aunque el diagnóstico de las lesiones orales puede parecer intimidante cuando se contempla la diversidad de características clínicas que presentan las lesiones patológicas en mucosa oral. El odontólogo es quien desarrolla un organizado y sistemático acercamiento para estas lesiones y puede disfrutar el proceso de diagnóstico.

Casi todas las lesiones orales pueden ser diagnosticadas mediante examen histológico; la biopsia es el más efectivo examen de laboratorio que permite un diagnóstico definitivo. Los únicos odontólogos que nunca cometen errores en el diagnóstico de patologías de tejidos blandos, son aquellos que nunca han visto una lesión en cavidad oral. (Sonis S. y col. 1995)

En los últimos años, se han realizado varios 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. Se han encontrado lesiones orales pre cancerígenas como la leucoplasia oral la cual se ha estudiado alrededor del mundo, como en la India, Suecia y en Alemania, en cada uno de estos estudios, las lesiones más comunes de la mucosa oral varían de un estudio a otro y son algunas impresiones diagnósticas clínicas presuntivas. (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 como tabaco, alcohol, hábitos crónicos, factores que pueden producir lesiones cancerosas y precancerosas; de igual forma el uso de prótesis conduce a la presentación de estomatitis e hiperplasias. Algunas de estas lesiones se desarrollan más frecuente y más rápidamente que otras. Se relacionan con inmunosupresión 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. (21).

Uno de los estudios de prevalencia más grandes publicados por Axell's en 1976, estudió las lesiones de mucosa oral en 20.333 pacientes de Suecia donde no se tuvo en cuenta la edad; este estudio al parecer es el más grande realizado sobre las lesiones de mucosa oral diagnosticadas clínicamente.(20). 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, pero algunos de ellos son estudios clínicos y no diagnosticados histológicamente.(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. 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 con el 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 una base 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, durante el primer semestre del 2004 y el primer semestre del 2005 en los pacientes que

asisten a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano. Por lo tanto el propósito de este trabajo es 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 en la población acerca de la importancia de detectar y tratar a tiempo diversas entidades clínicas bucales. Este estudio se realiza con el fin de 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, identificando más frecuentes de acuerdo a edad y sexo; describiendo las características clínicas de acuerdo a la localización, forma, color, textura, consistencia, tamaño, sintomatología, tiempo de evolución y estableciendo la correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo de las patologías de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente.

MATERIALES Y METODOS.

El tipo de estudio fue descriptivo transversal, cuyo objeto de estudio fueron las patologías orales de tejidos blandos diagnosticados histológicamente y la población diana o blanco, fueron los 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 presentaron Patologías de tejidos blandos diagnosticados histológicamente. La población elegible para el presente estudio fue de 40 pacientes con patologías orales de tejidos blandos diagnosticadas histológicamente, de los cuales se seleccionaron 29 biopsias que cumplieron con los siguientes 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 estuvo diligenciada en un 50 por ciento. Los Criterios de exclusión fueron: Especímenes insuficientes para emitir un diagnóstico. Para la recolección de los datos, se creó el instrumento número 1, denominado Registro de pacientes con patologías de tejidos blandos que asistieron a la unidad de diagnóstico 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 presentaron patologías de tejidos blandos, cuando ellos asistieron a valoración en la Unidad de Diagnóstico, o a las diferentes clínicas adscritas anteriormente mencionadas. Teniendo conocimiento de los pacientes que presentaron patologías de tejidos blandos, se recolectó la información de la hoja de biopsia, de cada uno de los pacientes y se consignó 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.

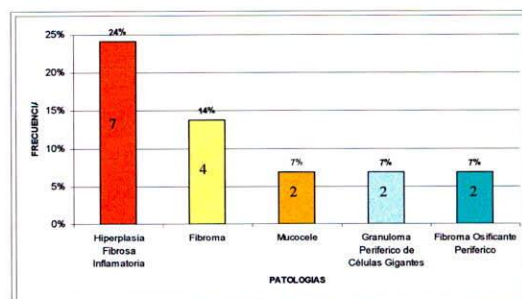
Para esta investigación se realizó un estudio descriptivo transversal, donde se utilizaron análisis de distribución de frecuencias relativas y absolutas para el análisis de los resultados.

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 Mucocele (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:

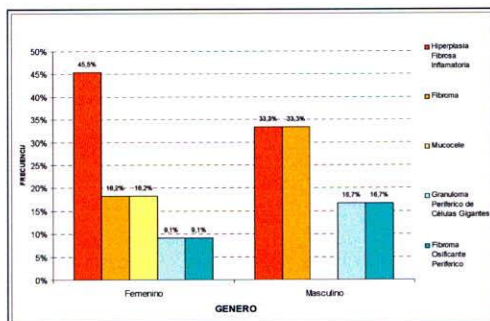
1. Ameloblastoma Periférico.
2. Fibroma Odontogénico Periférico.
3. Fístula.
4. Gránulos de Fordyce.
5. Hiperplasia Gingival.
6. Neuroma Traumático.
7. Nevo.
8. Lesión Consistente en Proceso Inflamatorio.
9. Lipoma.
10. Papiloma Escamoso.
11. Pigmentación Exógena.
12. Pólipo Fibroepitelial.

De los 29 pacientes que asistieron a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, 72.4% (21 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) que pertenecían al género femenino presentaron diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatoria y 18.2% (2 pacientes) presentaron mucocoele; mientras que en el género masculino no se diagnosticó mucocoele (Gráfico No 2).

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

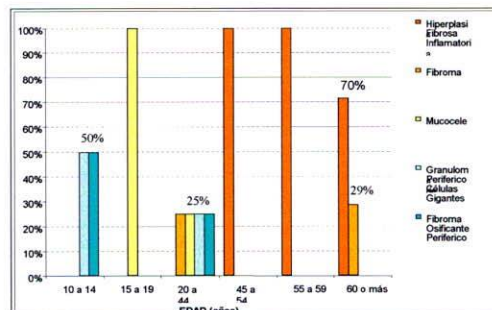


26 de los 29 pacientes que presentaron patologías orales de tejidos blandos reportaron su edad en las hojas de biopsia, estas se presentaron entre 10 y 75 años. 7.7% (2 pacientes) tenían edades entre 10 y 14 años, 3.8% (1 paciente) entre 15 y 19 años, 19.2% (5 pacientes) de 20 a 44 años, 23.1% (6 pacientes) 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 etéreo 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 mucocoele. 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 etéreos.



Hiperplasia fibrosa inflamatoria (7 pacientes): 57.1%, esta 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 varía 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: Mucocela

		%	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: Mucocela

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
Sintomatología.	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 odontogenico periférico	Granuloma central de oclulus 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 oclulus 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, fistula, 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 fistula, 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 fistula, 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%.

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) 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).

En este 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 etareo 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 etareo 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.

CONCLUSIONES.

Las patologías orales de tejidos blandos más frecuentes fueron: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria con un 24.1% (7), seguida del Fibroma con un 13.8% (4), Granuloma Periférico de Células Gigantes 6.9% (2), al igual que Fibroma Osificante Periférico y Mucocelo. 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 frecuente fue el mucocelo; 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) corresponden al género femenino y el 31.3% (6) 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 varía 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%.

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. AXELL T (1976). A prevalence study of mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odontol Revy* 27: 1-103
3. 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
4. AXELL T, Heidén 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.
5. AXELL T, Zain RB, Siwamotham P, Tantiriran D, Thampit J (1990). Prevalence of oral soft tissue lesions in out patients at two Malaysian and Thai dental School.
6. BODNER, Growth. Potential of peripheral giant cell granuloma, oral surgery, oral pathology, oral radiology, and endodontology, 1997. 83.
7. BONEV, Fernando. Mucocela de la glándula submaxilar. A propósito de un caso. *Med. Oral. Pat. Oral. Cir. Bucal.* (ed. Ympr) V 10 n2, Valencia mar-abr 2005 DALE, Miles, trastornos que afectan la cavidad bucal, *clínicas dermatológicas volumen 2*, Mc Graw Hill interamericana; 1996.
8. CAMPISI, Margiotta V. (2001). Oral mucosal lesions and risk habit among men in an Italian study population. *Joral Pathol Med* 30: 22-28 NEVILLE, Damm, Oral & Maxillofacial Pathology, 2 edición. 2002.
9. DALE; Miles, trastornos que afectan la cavidad bucal, *clínicas dermatológicas, volumen 2*, Mc Graw Hill Interamericana; 1996.
10. DEVILLERS, Hein, Altini Mario oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and oral endodontology. 1991, 72. 86-9.
11. EPLUA, Hanos, coexistence of lymphoepithelial and epidermoid cysts on the floor of the mouth: report of a case, *Oral Diseases* (2005), 11, 330-33.
12. F. Ide Peripheral Odontogenic Tumor: A clinicopathologic study of 30 cases general features and hamartomatous lesions *Joral pathoreed* (2005) 34: 552-7
13. GANDARA, Rey; Peripheral Giant-Cell granuloma review of 13 cases, *medicina oral*, 2002; 7: 254-9.
14. GUGGENHEIMER J, Moore pa (2003) Xerostomia: Etiology, recognition and treatment, *J Am Dent Assoc* 134: 61-69.
15. KAUZMAN, Adel, central giant cell granuloma of the jaws: assessment of cell cycle proteins, *Joral pathol med* 2004 33: 170-6
16. KATSIKERI, N, Peripheral giant cell granuloma, clinicopathology study of 224 new cases and review of 956 reported cases, 25 octubre de 1987.
17. M, Oscar, giant mucocela of the maxillary, Antrum, *turk. Arch otorolengologi*, 2002, 40(2):150-152.
18. MEN O, Estela, estudio comparativo clínico patológico y de expresión inmunohistoquímica de CD68, K:77, bcl 2 y ps- 100, 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.
19. MERCADILLO, patricia, fibroma osificante periférico originado durante el embarazo. Reporte de un caso. *Dermatología rev mex* 2004; 48:216-8.
20. MM Crivelini, cytorcerantins in epithelia of odontogenic neoplasms, *Oral diseases* (2003) 9, 1-6.
21. MUMCU, Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey, *Oral Diseases* (2005) 11: 81-87
22. 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.
23. REICHART, PA, Oral mucosal lesions in a representative cross sectional study of aging-germans, *community dentiotres and oral epidemiology*, 2000; 28:390-8.
24. SONIS S, Sazi O. R, Sang Bankl. Principles and Practices of Oral Medicine. 2a. edition. N. B. Saunder Company. 1995. Pp 22
25. SOSA, Lucio, análisis retrospectivo sobre las patologías bucales que se evidenciaron en la comunidad que acudio 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.
26. STEVEN B, Lingual nerve injury, Views and perspectives, *Headache* 2003; 43: 975-983.

karencortesparra@yahoo.com
adrianislarra@hotmail.com
jcondelgalvis@yahoo.com
constanzalilianac@yahoo.com
volartgo@yahoo.com
alexgonzaleztriana@hotmail.com