



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES DIAGNOSTICADAS
MEDIANTE BIOPSIAS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2011
- 2016**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: SOLÓRZANO ESCOBAR, KARLO ANDRÉ

ASEROR: ANA OBREGON FIGUEROA

LIMA – PERÚ

2017

A mis padres y abuelo, por la dedicación y esfuerzo realizado para poder culminar con satisfacción esta etapa de mi vida

Agradecimiento

- A la Dra Mirian Vasquez Segura directora de mi escuela,
- A los docentes, por compartir sus conocimientos y apoyo incondicional para mi formación profesional

,

Reconocimiento

A mi casa de estudios Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Alas Peruanas por haberme brindado conocimientos y orientaciones para poder realizar este trabajo de investigación

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsia en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. El diseño del estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal. Se consideró como muestra 264 informes histopatológicos, del servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016. Se observó las patologías diagnosticadas mediante biopsia pudiendo distribuirlas de acuerdo al sexo, edad, año, y ubicación.

Los resultados obtenidos demostraron la prevalencia de lesiones bucales diagnosticados mediante biopsia en el servicio de odontología con mayor número de casos fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria (19,29%), dominando en número de casos el sexo femenino (58,8%) entre las edades con mayor presencia de lesiones fue en pacientes de 60 a 69 (18,6%), el tipo de lesión que presentó mayor número de casos fueron las lesiones pseudotumorales (38,6%), y el año con mayor cantidad de casos de lesiones diagnosticados mediante biopsias fue el año 2015 (18,94%).

Palabras clave: Hiperplasia fibrosa inflamatoria, lesiones pseudotumoral.

ABSTRACT

The present investigation aimed to determine the prevalence of oral lesions diagnosed by biopsy in the dental service of the Hospital Alberto Sabogal Sologuren. The study design was quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional. A sample of 654 histopathological reports from the dentistry department of the Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren in 2011-2016 was considered as a sample. Diagnosed pathologies were observed by biopsy, being able to distribute them according to sex, age, year, and location.

The results obtained demonstrated the prevalence of oral lesions diagnosed by biopsy in the dentistry service with the highest number of cases was inflammatory fibrous hyperplasia (19.29%), dominating in number of cases the sex (58.8%) between the ages with the greatest presence of lesions was in patients from 60 to 69 (18.6%), the type of lesion that presented the highest cases was pseudotumoral lesions (38.6%), and the year with greater cases of lesions diagnosed by biopsies was the year 2015 (18,94%).

Key words: Inflammatory fibrous hiperplasia, pseudotumoral lesions.

NDICE

PÁG.

CARATULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRAFICOS

INTRODUCCION 14

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16

1.1 Descripción de la realidad problemática 16

1.2 Formulación del problema 18

1.2.1 Problema principal 18

1.2.2 Problemas secundarios 18

1.3 Objetivos del estudio 19

1.3.1 Objetivo Principal 19

1.3.2. Objetivos Secundarios 19

1.4 Justificación 20

1.4.1 Importancia de la investigación 20

1.4.2 Viabilidad de la investigación 21

1.4.3 Limitaciones de la investigación 21

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1 Antecedentes de la investigación	23
2.2 Bases teóricas	34
2.2.1. Quistes del complejo bucal	34
2.2.2 lesiones pseudotumorales del complejo bucal	35
2.2.3 Neoplasias benignas del complejo bucal	38
2.2.4 Neoplasias malignas del complejo bucal	44
2.2.5. Biopsia en la cavidad bucal	47
2.3 Definición de términos básicos	49
CAPÍTULO III: VARIABLES	51
3.1 variables	51
3.1.1. Definición conceptual de las variables	51
3.1.2. Definición operacional de las variables	51
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	53
4.1 Diseño metodológico	53
4.1.1 Muestra	54
4.2 Técnicas de recolección de datos	54
4.2.1 Técnica	54
4.2.2 Instrumentos	55
4.3 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	56
4.4 Aspectos éticos	56
CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	57
5.1 Análisis descriptivo	57
5.2 Discusión	85

CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	93
FUENTES DE INFORMACIÓN	94
ANEXOS	99
ANEXO N° 1: Carta de presentación	
ANEXO N° 2: Constancia de desarrollo de la investigación	
ANEXO N° 3: Fcha de recolección de datos	
ANEXO N° 4: Informe histopatológico de lesiones bucales	
ANEXO N° 5: Matriz de consistencia	
ANEXO N° 6: Recolección de datos	
ANEXO N°7 Departamento de odontología	

LISTA DE TABLAS	PÁG.
Tabla N°1 Prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016.	57
Tabla N°2 Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo.	60
Tabla N°3 Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad.	62
Tabla N°4 Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la ubicación.	64
Tabla N°5 Prevalencia de lesiones pseudotumorales Diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo.	66
Tabla N°6 Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad.	68
Tabla N°7 Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la ubicación.	70
Tabla N°8 Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante	72

biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Nacional Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo.

Tabla N°9 Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Nacional Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la edad. 74

Tabla N°10 Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación. 76

Tabla N°11 Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo. 78

Tabla N°12 Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la edad. 80

Tabla N°13 Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación. 82

Tabla N°14 Prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología según su año. 84

LISTA DE GRAFICOS	PÁG.
Grafico N°1 Prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016.	59
Grafico N°2 Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo.	61
Grafico N°3 Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad.	63
Grafico N°4 Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la ubicación.	65
Grafico N°5 Prevalencia de lesiones pseudotumorales Diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo.	67
Grafico N°6 Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad.	69
Grafico N°7 Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la ubicación.	71
Grafico N°8 Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Nacional	73

Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo.

Grafico N°9 Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la edad. 75

Grafico N°10 Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación. 77

Grafico N°11 Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo. 79

Grafico N°12 Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la edad. 81

Grafico N°13 Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación. 83

Grafico N° 14 Prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, según su año. 84

INTRODUCCIÓN

La mucosa bucal es la barrera protectora que protege de traumatismos, patógenos diversos y agentes carcinógenos. Los cambios en su superficie son muy amplios y de entre todas las entidades nosológicas que se puede presentar en ella las que merecen especial atención, por el grado de compromiso para la salud del paciente son las alteraciones carcinogénicas que va en aumento en la actualidad. ¹

El estudio de las lesiones que alteran los tejidos superficiales de la mucosa oral, es en la actualidad una fuente de importancia, tanto para los odontólogos como para patólogos, cirujanos, clínicos en general, oncólogos después que en 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó estas lesiones en benignas, premalignas y malignas por ello, a todos los pacientes que acudan a la consulta, se debe realizar una exploración exhaustiva de toda la cavidad oral, añadiendo la importancia de conocer perfectamente su historia clínica para identificar de forma correcta la patología.²

El cirujano dentista es el profesional de la salud que cuenta con más facilidad de ver diversas patologías y poderlas diagnosticar, ya que existen lesiones con potencial maligno, que en su diagnóstico precoz, podría salvar la vida del paciente. El cirujano dentista debe tomar conciencia de esto y debe estar preparado para llevar a cabo su diagnóstico, o como mínimo, derivarlo a un especialista en caso de sospecha.²

Con respecto a los tumores malignos de la cavidad bucal como los de otras regiones del organismo, pueden correr en riesgo la vida de los pacientes. Las neoplasias de la cavidad oral aparecen con mayor frecuencia en la quinta y sexta décadas de la vida; y es afectado con mayor frecuencia al sexo masculino.³

El grupo con mayor riesgo de presentar cáncer bucal son los fumadores y bebedores. Si las lesiones en la cavidad oral son diagnosticadas tempranamente, el tratamiento será positivamente indicado con la intención curativa, pero si la población en general se educa para reconocer los signos y síntomas de la enfermedad, la atención médica será mucho más efectiva.³ las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad oral son predisponentes y por causales exógenos, tales como tabaco, alcohol, deficiente higiene bucal, irritación por prótesis, entre otros.³

En el presente estudio se observara la prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias y poder determinar la distribución, el sexo, la edad y el año de cada una de estas patologías que se presentaron en el hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En la actualidad es de suma importancia establecer el cuidado de la salud bucal de forma integral, no enfocándose únicamente en los dientes, sino en prevenir, diagnosticar y tratar todas las lesiones del sistema estomatognático, ya que existen muchas patologías de diferentes orígenes como lesiones tumorales benignas, malignas, quistes, pero también se presentan muchas enfermedades sistémicas que se manifiestan en la cavidad bucal, como la diabetes mellitus, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y algunos trastornos alimenticios. La presencia de gérmenes en la cavidad bucal es natural en los seres humanos, pero la poca higiene puede ocasionar la unión entre gérmenes con la saliva y residuos alimenticios, para formar la placa dental que se adhiere en las superficies de las piezas, que posteriormente ocasionaran una serie de alteraciones y anomalías en la mucosa bucal.⁴ La poca higiene puede repercutir en todo el organismo, así tenemos por ejemplo la periodontitis está involucrada en el aumento de riesgo de enfermedad isquémica miocárdica (angina de pecho, infarto agudo del miocardio) aumentando así el riesgo de muerte del paciente. El escaso interés de los centros de salud de capacitarse y ofrecer charlas preventivas con mayor énfasis en el área de estomatología debería mejorar para concientizar a la población, realizando campañas de despistajes de enfermedades en la cavidad bucal.

Existe una gran problemática con respecto al adecuado diagnóstico de patologías bucales en el área estomatológica, en la actualidad los cirujanos

dentistas tienen una pobre capacitación con respecto al criterio clínico para el diagnóstico correcto, aumentando así el incorrecto tratamiento de las lesiones.

El cirujano dentista y el especialista deben estar capacitados para prevenir, diagnosticar y tratar las patologías bucales, en cuanto las manifestaciones en la cavidad bucal de enfermedades sistémicas como las enfermedades cardiovasculares, renales, etc deben ser diagnosticadas correctamente para derivar al médico especialista que determinara el diagnóstico sistémico correcto.

Es de mucha importancia la participación del cirujano dentista en el área de la salud ya que la cavidad bucal es la conexión con el medio interno y el medio externo, no corresponde tratarlo de forma aislada al cuerpo humano sino como parte de un todo.

El patólogo oral es una especialidad reconocida por el colegio odontológico del Perú, sin embargo en los centros de salud carece de uno y por su ausencia el cirujano dentista envía las biopsias al médico patólogo que no tiene tanta familiaridad con lesiones orales, dando un informe con distintos términos y diagnósticos que no se aprecia en la literatura convencional en el área de estomatología.

En la actualidad el profesional de la salud bucal tiene el deber de conocer profundamente ciencias básicas como fisiología y patología general, ya que en la consulta dental se presenta pacientes geriátricos o pacientes con algún trastorno sistémico que lleva consigo distintos cuadros que pueden influenciar en el tratamiento dental, dando así la importancia absoluta de realizar una historia clínica completa para cada paciente y detectar así enfermedades o

alteraciones que puedan dar como señal algún signo en la boca como también evitar complicaciones con algún medicamento.

En la actualidad existe una pobre cultura con respecto a la salud bucal y eso añadiendo los factores genéticos y ambientales que pueden originar lesiones premaligna o maligna, por eso es de suma importancia realizar despistaje de cáncer bucal pues permite detectar lesiones en los tejidos bucales en una etapa incipiente, ya que su tratamiento sería más sencillo. Si el cáncer no es detectado a tiempo, los tumores aumentan de tamaño y podrían propagarse a lugares lejanos.

El cirujano dentista debe tener la capacidad no solamente de realizar exámenes intraorales si no también extraorales para buscar y palpar en zonas circundantes a la cavidad bucal en busca de masas, endurecimientos, crecimientos fuera de lo normal, etc.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la prevalencia de las lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Cuál es la prevalencia de quistes en la cavidad bucal diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación?

- ¿Cuál es la prevalencia de lesiones seudotumorales en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación?
- ¿Cuál es la prevalencia de neoplasias benignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación?
- ¿Cuál es la prevalencia de neoplasias malignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación?

1.3 Objetivos del estudio

1.3.1 Objetivo Principal

Determinar la prevalencia de las lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016

1.3.2. Objetivos Secundarios

- Definir la prevalencia de quistes en la cavidad bucal diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.

- Establecer la prevalencia de lesiones pseudotumorales en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.
- Conocer la prevalencia de neoplasias benignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.
- Establecer la prevalencia de neoplasias malignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia de la investigación

El trabajo tiene como principal importancia describir el grupo de patologías más frecuentes mencionando su localidad y sexo para que el cirujano dentista como profesional de la salud oral tenga una íntima relación con estas alteraciones y poder determinar su diagnóstico y tratamiento adecuadamente. Conociendo la frecuencia de cada una de estas lesiones, los odontólogos deberán capacitarse en el manejo y reconocimiento de aquellas más prevalentes. Además, el diagnóstico es importante porque se podrán crear estrategias para disminuir las complicaciones al ser reconocidas las lesiones en sus etapas más incipientes, y las que ya se encontraran en estadios más avanzados podrían ser tratados adecuadamente sin invertir más tiempo en definir diagnósticos presuntivos.

Es importante recalcar la poca importancia que se le da al patólogo oral, por la falta de estos especialistas en el diagnóstico de las lesiones del sistema estomatognático. Este estudio pretende obtener datos que evidencien la necesidad de cirujano dentistas especializados en el diagnóstico y manejo de enfermedades propias del sistema.

Por consiguiente la justificación general es determinar la frecuencia de patologías mediante biopsias en un determinado grupo de personas que asistieron al servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Este estudio de investigación es viable porque hay disponibilidad de recursos, tales como recursos materiales, recursos financieros, y es así su factibilidad, ya que se utilizará la base de datos del servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren, la cual contiene una gran cantidad de resultados de biopsias de pacientes de distintos grupos etarios.

1.4.3 Limitaciones de la investigación

Las limitaciones reconocidas para este estudio son las siguientes:

- A pesar del apoyo que se tenga del personal del servicio, es necesario un permiso para cumplir con las formalidades que obliga la institución para el manejo de su información, lo que requiere de tiempo. Además, no existe un archivo único ni integral donde se encuentren los resultados de los informes, por lo que la selección y búsqueda es un proceso tedioso.

- No existe una clasificación general de las lesiones orales, por lo que éstas se clasificarán de acuerdo al criterio del autor para elegir una clasificación de algún autor específico.
- Las muestras histopatológicas serán las enviadas por cirujanos dentistas, especialmente los cirujanos maxilofaciales, no registrando muestras de lesiones que podrían tener origen estomatológico pero que fueron tratadas por médicos cirujanos relacionados al área, como el cirujano de cabeza y cuello, otorrinolaringólogo o el cirujano plástico y reconstructivo.
- La prevalencia de una enfermedad o lesión depende que el paciente llegue al servicio para ser diagnosticado y atendido, no tomándose en cuenta a aquellos que no acudieron para la atención respectiva por diversos factores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

Guerrero Soto *et al*; (2017) en este estudio se determinó la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el HGR1 Querétaro de enero de 2007 a diciembre de 2015. Esta investigación tuvo un estudio descriptivo retrospectivo y transversal. Se incluyó todo estudio histopatológico, no incluyendo las ficha incompleta donde no registra un diagnóstico. Se utilizó computadora (programas Word y Excel), impresora y papelería que corrió a cargo de los investigadores. Los resultados que se obtuvo fueron que se registraron 341 diagnósticos histopatológicos, de los cuales los más comunes fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria (38), el fibroma por irritación (25) y el carcinoma epidermoide (24). Las proliferaciones reactivas (35,19%) fueron las mas frecuentes a diferencia de las lesiones premalignas (1,76%).⁵

Franch Salazar. C (2017) en este estudio se determinó el predominio de lesiones en la mucosa oral y factores asociados en adultos de 35-44 y 65-74 años en Chile. La preponderancia de una o más lesiones en la mucosa oral es 29,5% en el grupo de 35-44 años y 46,9% en el de 65-74 años. Se concluyó que el uso de prótesis esta asociada con una o mas LMO. La lesión con mayor prevalencia fue quelitis angular 38,4%, con respecto a la prevalencia de lesiones potencialmente malignas fue: leucoplasia 3,7% y liquen plano 1,4%.⁶

Maia et al; (2016) realizaron un estudio para determinar la incidencia de lesiones orales potencialmente malignas, luego correlacionar y evaluar sus aspectos clínicos e histopatológicos. La muestra consistió en casos clínicamente diagnosticados con leucoplasia oral, queilitis actínica, eritroleucoplasia, eritroplasia oral, y liquen plano, realizados en un centro de diagnóstico entre mayo del 2012 y julio del 2012. Las pruebas estadísticas se elaboraron utilizando un nivel de significancia del 5%. Los resultados fueron, de los 340 pacientes, 106 (31,2%) tuvieron lesiones orales potencialmente malignas; y 61 de éstas (17,9%) fueron llevadas a biopsia. La queilitis actínica fue la lesión más frecuente (7,5%) y el labio inferior fue el lugar más afectado (49,6%). De las 106 biopsias, 48 (45,3%) reportaron consumo de nicotina, 35 (33%) reportaron el consumo de alcohol y 34 (32,1%) exposición solar durante el trabajo. Se pudo observar una relación íntima entre la presencia de eritroplasia, leucoplasia y eritroleucoplasia con el consumo de cigarrillos. La exposición solar y queilitis actínica tuvieron también una íntima relación. La eritroleucoplasia presentó el más alto grado de malignidad.⁷

Chusino Alarcon, Bravo Cevallos (2016) se ejecutó un estudio con el objetivo de identificar las lesiones pre malignas y malignas a 50 pacientes de la tercera edad, radicados en la ciudad de Manta, valorando: edad, sexo, factores de riesgo. Se concluye que existió una mayor prevalencia en el sexo masculino, la localización anatómica en donde se presentó mayor cantidad de lesiones fueron la mucosa del carrillo, el paladar duro, y por último la lengua. Se señala que el conocimiento deficiente de este problema de salud dificulta su prevención y los efectos de la enfermedad. Cabe señalar que los resultados

son similares a lo informado en la generalidad de las publicaciones sobre el tema.⁸

Ramón Jimenes *et al*; (2015) Se realizó un estudio descriptivo y transversal se necesito 43 adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas, que sean parte del área de salud del Policlínico Universitario “Julián Grimau García” de Santiago de Cuba, durante el 2013. La séptima década de vida presento mayor lesiones provocadas por factores de riesgo, como tabaquismo, higiene bucal deficiente y prótesis desajustadas; la localización mas afectada fue el paladar duro. Se pudo observar escasas lesiones y estomatitis subprotésica por el uso prolongado de prótesis.⁹

Chairez Atienzo P, vega Memije M, Zambrano Galvan (2015) El virus del papiloma humano (VPH); este virus es causante de distintas lesiones verrucosas, hiperplásicas y papilomatosas de las células epiteliales de piel y mucosas, existen mas de 120 tipos de VPH. Es importante para el cirujano dentista conocer las generalidades acerca del VPH y tratar las lesiones de una manera informada, existe un 35% de los casos que se asocian al cancer de cavidad oral, de los cuales el 70% de ellos son de alto riesgo. En Mexico, se tiene estimado que cerca del 43% de los hombres y del 17,5% de las mujeres, todos ellos sanos y sexualmente activos tienen alguna infección por VPH.¹⁰

Casnati. B (2014) se hizo un estudio con el proposito de concluir la prevalencia del cáncer y de los desórdenes potencialmente malignos de la mucosa bucal, además se comparó la prevalencia de las lesiones bucales entre Montevideo y región Interior, y determinar la asociación entre estas lesiones y sus factores de

riesgo. Se realizó un estudio transversal de una muestra representativa de la población joven y adulta. Se seleccionaron 2254 personas; n=1485 fueron examinadas y entrevistadas (763 hombres / 728 mujeres). Se aplicaron pruebas estadísticas de Chi-cuadrado de Pearson a nivel bivariado y modelos de regresión logística para poder evaluar la relación que entre las lesiones de la mucosa y los factores de riesgo, y de forma simultánea determinar adecuadamente las asociaciones entre los factores. La prevalencia de las lesiones orales fueron 9,5%. Los adultos de 65-74 años presentan tres veces más el riesgo de presentar lesiones orales que los más jóvenes (15-24 años). las lesiones mas frecuentes fueron: la candidiasis (3,2%), las lesiones traumáticas (3,0%) y las lesiones proliferativas (2,2%). Los resultados de este estudio sugieren la iniciativa de promocionar la salud oral.¹

Martínez. JL, Harris. R, Fortich. N, Plazas. J (2014) realizaron un estudio a los niños atendidos en la clínica odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez. Se realizo un estudio descriptivo, transversal mediante la inspección visual de 215 pacientes se realizó mediante un examen clínico intraoral, el promedio de edad fue $7,07 \pm 1,99$, el género femenino fue el 51,16 % de la población y el (73,49 %) son de procedencia urbana. La vesícula en un (19,07 %), fue la más prevalente, seguida de manchas melánicas (15,35 %), lengua saburral 13,43 %, entre otras. La verruga, hiperplasia gingival, tumor (compatible con torus mandibular) y nódulo (0,47 %) respectivamente se observaron con menor frecuencia. Con relación a la localización el labio superior fue el más frecuente (37,21 %). Las lesiones bucales en relación con el género masculino, el más frecuente presentes en 19 sujetos fue manchas

melánicas y en el género femenino fue vesículas en 25 pacientes. Se concluyó que la lesión con mayor frecuencia fue vesículas y la zona de mayor afección fue labio superior, la recomendación principal sería diagnosticar y tratar de manera temprana las lesiones orales y aplicar el tratamiento correspondiente.¹¹

Casnati. A, Álvarez. R, Massa. F, Lorenzo. S, Angulo. M y Carzoglio. J (2013) se realizó un estudio para determinar la prevalencia de las lesiones bucales e identificar los factores de riesgo en la población adulta urbana del Uruguay. Realizaron un estudio transversal que registró 922 personas (537 F/385 M, edades de 15-24, 35-44 y 65-74 años) basado en un diseño muestral estratificado por conglomerado polietápico. Se pudo observar un 26% que corresponden a la candidiasis y 17% a las lesiones proliferativas, y se presentaron significativamente asociadas al género femenino. La prevalencia de la leucoplasia fue del 7%. Se concluyó que las lesiones bucales se presentan de forma prevalente en los adultos mayores en el Uruguay, lo que se recomienda ejecutar programas de prevención, diagnóstico y tratamiento correspondiente.¹²

López, Bologna, Sánchez, Horta (2013) realizaron un estudio con el objetivo de describir las frecuencias de las patologías bucales en una clínica odontológica de atención primaria. Material y métodos: consistió en dos partes, la primera la captación de pacientes con sospecha de presentar una patología bucal y la segunda la evaluación clínica por un especialista en patología y medicina bucal. El estudio fue transversal y descriptivo. Los resultados fueron

84 pacientes, de los cuales el promedio de edad fue de 44.4 ± 15.3 años. Se registraron 28 patologías: lesiones neoplasias benignas y malignas, reactivas, virales, autoinmunes entre otras. Se obtuvo un total de 101 patologías bucales, de las cuales se encontró en mayor porcentaje: el fibroma traumático, la melanosis no fisiológicas y la queratosis friccional al igual que las infecciones por candida se encontró con la misma frecuencia. El carcinoma de células escamosas y carcinoma mucoepidermoide presentes constituyen el 2.3% (n=2). Se observó una tendencia a las lesiones reactivas e infecciosas, puesto que varias de ellas pueden ser tratadas retirando el agente causal.¹³

Ali et al; (2013) realizaron un estudio con el principal propósito de determinar el número, tipos y ubicaciones de las lesiones de mucosa oral en pacientes atendidos en la Clínica de Admisión en el Centro Dental de la Universidad de Kuwait para saber la prevalencia y los factores de riesgo de las lesiones bucales. Se realizó un examen intraoral de tejidos blandos en los pacientes nuevos entre enero del 2009 y febrero de 2011. Las lesiones fueron distribuidas en seis grandes grupos: blancas, rojas, pigmentadas, ulcerativas, exofíticas y misceláneas. 530 pacientes fueron revisados, de los se presento una o mas lesiones en 308 (58,1%) pacientes. Un total de 570 lesiones orales fueron identificadas en el estudio, de los cuales 272 (47,7%) fueron blancas, 25 (4,4%) fueron rojas, 114 (20%) fueron pigmentadas, 21 (3,7%) fueron ulcerativas, 108 (18,9%) fueron exofíticas y 30 (5,3%) no fueron clasificadas en los grupos anteriores. Un porcentaje significativo de pacientes mayores (21-40 años y mayores de 41 años) tuvieron mayor número de lesiones bucales que aquellos del grupo de menores de 20 años. Un significativamente alto número de

fumadores ($p < 0,01$) tuvieron lesiones de mucosa, en comparación con los no fumadores. La localización con mayores lesiones fue el tejido gingival y la mucosa vestibular. Se concluyó que las lesiones blancas, exofíticas y pigmentadas fueron las lesiones más comunes halladas en este estudio. ¹⁴

Brenes barquero J. L (2013) la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria es una lesión reactiva que aparece como respuesta a un irritante local a largo plazo, pudiendo aparecer en cualquier zona de la cavidad bucal, se caracteriza por un aumento de tamaño del tejido conectivo. Se presentará un caso clínico de lesión de larga data y que al resultado de la toma de tejido para biopsia arroja el resultado Pólipo Fibroepitelial.¹⁵

Lopez Verdín et al; (2013) el objetivo de esta investigación fue describir las patologías bucales mas frecuentes en una clínica odontológica de atención primaria. Se realizo una investigación transversal y descriptiva, en el cual se incluyó 84 pacientes, de los cuales el promedio de edad fue de 44.4 ± 15.3 años. Se obtuvo 101 patologías bucales en su totalidad presentes en los pacientes, de los cuales se pudo registrar 28 patologías bucales de diferente naturaleza, que incluyen lesiones reactivas, neoplasias benignas y malignas, entre otras, presentando el fibroma traumático con mayor frecuencia, con la misma frecuencia la queratosis friccional, las melanosis no fisiológicas, e infecciones por *Candida*. Las neoplasias malignas presentes fueron carcinoma de células escamosas y un carcinoma mucoepidermoide constituyendo el 2.3% (n=2). Se concluyó que existe una tendencia a las lesiones reactivas e infecciosas.¹⁶

Romero Flores J, Garcia Huerta M, Hernandez Miranda (2012) el mixoma odontogénico es una neoplasia benigna recurrente que genera dolor, movilidad dentaria y disestesia cuando crece. Esta lesión se presenta en adultos con una edad media entre los 28,8 años predominando en el sexo femenino. Su eliminación mediante la enucleación da un buen pronóstico, su transformación maligna es rara. Caso clínico: mujer de 53 años de edad quien acudió al Servicio de Cirugía Maxilofacial por aumento de volumen en región nasogeniana derecha, sin la presencia de otros síntomas; refirió que tuvo una caída por caída de 5 m de altura a los 33 años. Se pudo observar una imagen central hipodensa en la tomografía axial computarizada. El diagnóstico que indicó el informe histopatológico fue mixoma odontogénico, por lo cual el cirujano decidió la resección en bloque, considerando márgenes de seguridad para evitar recidiva. En el seguimiento a un año sin complicaciones ni recidiva.

17

Peters F et al;(2012) el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de quistes odontogénicos en población atendida en el Hospital Regional Valdivia, en el periodo entre 1990-2010, se seleccionaron los informes con diagnósticos histopatológicos de quistes odontogénicos. Las variables que se analizaron fueron: localización anatómica de la lesión, año de emisión del informe, diagnóstico histopatológico, género y edad del paciente. Se pudo obtener 1.850 biopsias del territorio maxilofacial, la prevalencia de Quistes Odontogénicos alcanzó un 11,9%. Según tipo de quiste, los más prevalentes fueron el quiste radicular (84,5%), quiste dentígero (14,1%) y quiste residual (0,9%). El quiste de erupción se presentó de menor prevalencia (0,5%). Un

52,7% del total de quistes odontogénicos correspondieron al género femenino. El rango de edad de presentación va entre los 4 y los 81 años (promedio $31,7 \pm 3,7$ años). El maxilar superior fue la zona más afectada con 65,5%. El quiste radicular se presentó con mayor prevalencia, apareciendo frecuentemente en el sexo femenino, afectando principalmente a la 3ª década de vida.¹⁸

Casian Romero, Trejo Quiroz, De León Torres, Carmona Ruiz (2011) el objetivo de esta investigación fue presentar el caso clínico de un paciente en dentición mixta que presenta una Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria con el objetivo de presentar las características histopatológicas y clínicas de la lesión, resaltando la importancia de realizar un correcto y precoz diagnóstico. Paciente masculino de 8 años de edad que se presenta a la clínica por presentar malposición dental y lesiones cariosas. Al examen clínico se observa en la zona del órgano dentario 41 un agrandamiento gingival localizado, y para establecer un diagnóstico definitivo se decide tomar una biopsia de la lesión.¹⁹

Fungi monetti (2011) se realizó una revisión analítica de los quistes odontogénicos del Archivo de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología UdelaR en el período 1956 – 2006. Las variables que se consideraron fueron: tipo de quiste, topografía, género y edad. Se presentaron un total de 10.878 biopsias en donde se hallaron 1.317 quistes odontogénicos (12,1 %) del total de biopsias, siendo los inflamatorios el 89 % y los de desarrollo 11 %. La edad promedio fue 32,09 años que presentaron quistes inflamatorios y 31,12 años en quistes de desarrollo. Los quistes inflamatorios fueron más frecuentes en hombres que en mujeres 1.24:1 y 1.49:1 en los de

desarrollo. En el maxilar superior se encontró mas casos de quistes inflamatorios a diferencia al maxilar inferior se presento mas casos de quistes de desarrollo.. Los resultados obtenidos se compararon con otras casuísticas publicadas.²⁰

Raposo. A, Monsalves. S, Aravena. R y Sanhueza. A (2011) realizaron un estudio en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de la ciudad de Temuco, Chile, con el objetivo de determinar la prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal. Necesitaron 300 pacientes mayores de 20 años como muestra. La prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal fue de 66%. Las lesiones más prevalentes fueron; leucoplasia (3%), gránulos de Fordyce (30%), mácula melanótica (13,67%), várices orales (7,33%), pigmentación fisiológica (6%), candidiasis atrófica (14,33%), nevus (4%), efélides (3,33%), úlceras traumáticas (4%), y queilitis angular (2,68%). Se pudo encontrar una relación directa entre el aumento de la edad y la presencia de candidiasis atrófica, várices y úlceras traumáticas, siendo esta asociación estadísticamente significativa. La conclusión fue que existe una alta prevalencia de alteraciones en la mucosa bucal evaluada y pueden aumentar con la edad, por lo que es de suma importante realizar un diagnóstico y tratamiento precozmente.²¹

Antecedentes Nacionales

Barria rodriguez H (2017) se determinó la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia durante el periodo 2010-2015 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Fue una investigación retrospectiva, observacional, descriptivo, y transversal, en una población constituida por todas

las biopsias de cavidad bucal con diagnóstico de alguna patología, realizadas en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y reportadas en los libros de procedimientos quirúrgicos comprendidos entre los años 2010 y 2015. Las patologías bucomaxilofaciales que se presentaron con mayor prevalencia diagnosticadas mediante biopsia fueron: enfermedad de Sjögren, 35.04%; quiste de retención mucoso, 7.01%; fibroma traumático, 6.88%; granuloma periapical, 5.51%; hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado), 4.38%; granuloma piógeno, 4.13%; quiste periapical, 3.88%; tumor odontogénico queratoquístico, 2.88%; carcinoma epidermoide, 2.75%; amiloidosis, 2.75% y lesiones por virus del papiloma humano, 2.75%. La localización anatómica prevalente de las biopsias de patologías bucomaxilofaciales fue la mucosa labial con 46.56%. Se pudo concluir que las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia fueron: enfermedad de Sjögren, quiste de retención mucoso, fibroma traumático, granuloma periapical, hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado), granuloma piógeno, quiste periapical, tumor odontogénico queratoquístico, carcinoma epidermoide, amiloidosis y lesiones por virus del papiloma humano.²²

León Camacho, Yopez Guillen, Parra Marquez (2012) el objetivo del estudio fue describir cuatro casos de localización atípica. Se reportaron dos pacientes masculinos y dos femeninos, con edades entre 15 y 40 años, quienes acudieron a al servicio de medicina oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Al examen clínico, se observó lesiones con superficie ulcerada, exofíticas y sangrantes a la palpación, de un diámetro 0.5 a 1.5 cm, ubicadas en el bermellón, mucosa del labio inferior y paladar duro. Se

realizó un estudio histopatológico mediante biopsias excisionales para confirmar el diagnóstico. El análisis histopatológico revela características microscópicas propias de granuloma piógeno. Se ha reportado que esta lesión tiene predilección por el sexo femenino y la segunda década de la vida; sin embargo, en los casos mostrados se evidencia su aparición sin preferencia de género y grupo etario. La localización de interés odontológico más habitual es la encía vestibular; no obstante, los casos descritos denotan una aparición no clásica. Por ello, es necesario conocer sus características clínicas para el correcto abordaje quirúrgico.²³

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Quistes del complejo bucal

El término quiste, se hace en función del concepto clásico, es una estructura que se inclina a la forma redondeada, formado por una pared externa de tejido conectivo denso, fibroso, de haces de fibras colágenas que en la parte más adyacente al hueso la vascularización va en aumento. La cavidad del quiste contiene un material líquido o semilíquido de color cetrino que, cuando se infecta, presentara un contenido purulento, en el caso que existan fenómenos hemorrágicos dentro del quiste.²⁴

Los tumores odontogénicos se agrupan en un número determinado de lesiones caracterizándose por presentar en común un origen a partir de estructuras embrionarias odontogénicas, mesodérmicas y epiteliales, en distintos estadios de desarrollo.²⁴

a. **Quiste dentífero:** lesión llamada también folicular, es aquel que se encuentra y desarrolla circundando la corona de una pieza dentaria que no

erupción totalmente. La frecuencia del quiste dentígero es en el maxilar inferior en relación a 3° molares (diente terminal de serie). Con respecto a la edad, el 50 % de los casos se presentan entre 31 a 40 años.²⁵ Histopatológicamente: la pared fibrosa puede, en muchos casos, estar constituida por un componente fibroblástico, de aspecto mixoide.²⁴

b. **Quiste odontogénico calcificante:** lesión también llamada quiste de Gorlin, es una lesión formada por un componente quístico definitorio, acompañado de ocasionales elementos neoplásicos sólidos y contenido dentales calcificados. Histopatológicamente: Pueden contener queratina y son típicas las calcificaciones, Las lesiones quísticas se presenta con mayor frecuencia y tienen parte sólida o es una neoplasia sólida. Praetorius y Cols. consideran 3 tipos: productor de odontoma, uníquístico simple, y ameloblastomatoso proliferante. El QOC debe ser extirpada con medidas de seguridad ya que es una lesión con potencialidad neoplásica y se han reportado transformaciones carcinomatosas.²⁴

2.2.2 lesiones seudotumorales y otros procesos inflamatorios del complejo bucal

En la cavidad bucal podemos observar aumento de volumen por crecimientos celulares frecuentes, sin la presencia de características neoplásicas, ni consecuencias graves que pongan en riesgo la salud integral de los pacientes, pero sí la presencia de diversas molestias para el paciente. Se trata, básicamente, de crecimientos exagerados de tipo reparativo, o respuestas hísticas a irritaciones crónicas de larga duración. También se pueden incluir

procesos inflamatorios en los que no se encuentran perfectamente definidos sus agentes patógenos.²⁴

a. **Granuloma piógeno:** es conocido también como granuloma telangiectásico (por presentar un componente vascular importante), granuloma gravídico, hemangioma capilar lobular, granuloma benigno pediculado, hemangioma eruptivo capilar, tumor del embarazo y épulis vascular.²⁶ Esta lesión una alteración de tipo inflamatorio que va creciendo sobre las superficies de la piel y de las mucosas en algunos casos se puede confundir con una neoplasia. El 60% de todos los pacientes que lo padecen tienen una edad entre 11 y 40 años. según su origen se puede producir como una respuesta exagerada de los tejidos a un trauma de baja intensidad, como también en pacientes que presentan prótesis mal confeccionada, caries dental, restauraciones defectuosas y el sarro son algunos ejemplos pero también se puede observar en pacientes con cambios hormonales durante la pubertad y embarazo, y en aquellas mujeres que tienen antecedentes de administración de anticonceptivos orales.²⁷ histopatológicamente: el granuloma piogénico es una formación limitada que, al corte, impresiona como una estructura vascular; no infiltra la mucosa sobre la que crece. Microscópicamente es observable un tejido de granulación conformado por un estroma fibroendotelial con numerosos capilares recubiertos por células endoteliales gruesas. La proliferación endotelial y los brotes de capilares ocasionan un notable efecto vascular. El epitelio estratificado que lo cubre puede presentar hiperplasia, adelgazamiento o ulceración. El exudado purulento no en todos los casos se encuentra presente. El pronóstico de esta lesión es muy buena ya que no se considera

una lesión premaligna. El mejor tratamiento es exéresis simple, siempre con un cuidado minucioso ya que, cuando la lesión se localice en la encía, se debe llegar hasta el periostio para evitar la recidiva.²⁴

b. Hiperplasia papilomatosa de paladar: lesión también conocida como papilomatosis del paladar, son lesiones hiperplásicas que asientan en el epitelio mucoso, que es muy frecuente observar en pacientes que presentan prótesis parcial removibles desajustadas. Estas lesiones constituyen muchas formaciones papilares, de una coloración igual a la mucosa subyacente o puede presentar más rojiza, de 2-4 mm de diámetro.²⁸

Histopatológicamente: las proyecciones presentan una consistencia fibrosa, moderadamente vascularizada y no profundizan en la mucosa sobre la que se desarrollan, en su tejido conjuntivo presenta fibroblastos con una buena vascularización. El hallazgo de linfocitos es variable, su epitelio que lo cubre es plano estratificado, con ligera paraqueratosis o hiperqueratosis. Es posible encontrar hiperplasia seudoepiteliomatosa y disqueratosis. La exéresis de todas las proyecciones sería el tratamiento más adecuado.²⁴

c. Hiperplasia fibrosa inflamatoria: es una lesión que es más frecuente en adolescentes y adultos, pocas veces presentadas en niños. Se presenta como un agrandamiento localizado y de tipo inflamatorio del tejido conectivo, generalmente asintomática, de crecimiento lento, considerada como un aumento celular proliferativo en respuesta a la acción de agentes físicos constante.²⁹

El diagnóstico de HFI en la mayoría de casos es clínico aparece una lesión en la mayoría de los casos único, bien definida, de crecimiento lento y

autolimitado. Suele ser asintomática, elevada, de aspecto nodular, pedunculada y sésil, de tamaño variable.¹⁶ Su consistencia puede variar desde firme y resiliente a blanda y esponjosa. Con respecto a su color de la mucosa que la cubre es normal, aunque otras veces pueda estar más pálida, tersa, lisa y brillante. Se establece el diagnóstico valorando la causa; y por medio de una biopsia excisional.³⁰

2.2.3. Neoplasias benignas del complejo bucal

Existen lesiones neoplasias benignas de origen epitelial y mesodérmico que frecuentemente pueden aparecer relativamente en los tejidos blandos de la boca y del cuello. Algunos de ellos pueden crecer dentro de las estructuras óseas maxilofaciales. Todas estas lesiones deben ser diferenciadas de las neoplasias odontogénicas y de las que tienen su origen en las formaciones glandulares.²⁴

El diagnóstico y el tratamiento de estas lesiones tumorales benignas con mucha frecuencia resulta muy complicado o imposible tener un diagnóstico con certeza preoperatoria sobre el tipo de tumor sólo en base a los signos, síntomas y datos instrumentales (radiográficos u otros), resulta de extrema importancia suministrar informaciones y realización de biopsias para confirmar su diagnóstico.³¹

a. Papiloma oral: lesión benigna que puede afectar a niños y adultos, pero presenta cierta predilección por personas de 30 a 50 años, las zonas con mayor frecuencia son lengua, paladar blando, úvula, frenillo y bermellón. Clínicamente presentan un aspecto similar a la coliflor, con crecimiento exofítico y base sésil. La coloración se puede observar del blanco al rosado, es

variable de acuerdo al grado de queratinización, el diámetro es de 1 cm aproximadamente, son indoloras, y de crecimiento rápido. En la mayoría de casos son lesiones solitarias.³²

b. **Papiloma escamoso:** es una lesión benigna del epitelio de revestimiento que está conformado por células epiteliales maduras, unida por una base sésil o pediculada.²⁴ Histopatológicamente: lesión formada por muchas proyecciones que asemejan dedos constituidas por células epiteliales maduras que rodean un estroma fibrovascular con tendencia a converger hacia el centro, cuya base de implantación no profundiza más allá de la mucosa de soporte. Los vasos presentan una pared muy fina; y en la base de la lesión pueden observarse figuras mitóticas normales; por lo común, las células exteriores están queratinizadas. Cuando se realiza el exeresis completo del papiloma escamoso tiene un pronóstico favorable. Esta lesión por ser una alteración irritativa de la mucosa, se debe eliminar preventivamente.²⁴

c. **Tumor odontogenico queratoquistico (TOQQ):** fue reportado por Mikulicz como “quiste primordial” en el año 1876. El término de Queratoquiste odontógeno fue acuñado posteriormente por Philipsen en 1956, sin embargo en el año 1963 Pindborg y Hansen describieron los aspectos clínico-patológicos esenciales de este quiste. De acuerdo con algunas teorías, el TOQQ emana del estrato de las células basales de el epitelio de la mucosa oral o del el retículo estrellado del órgano del esmalte. El TOQQ es considerado uno de los tumores mas agresivos ya que presenta una alta recurrencia como tambien invadir tejidos asu alrededor.

En la nueva clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el queratoquiste odontógeno (QO) es categorizado como un tumor odontogénico benigno TOQQ³³

Es una lesión quística que se desarrolla de los restos de la lámina dental, previamente a la maduración y calcificación de los tejidos dentales. La OMS en el año 2005 debido a su potencial agresividad y carácter en ocasiones altamente recurrente.³⁴

Histopatológicamente: se caracteriza por una cápsula de fibras colágenas, muy delgada, delicadas y a veces laxa, revestida de un epitelio de 6 a 8 hileras, una capa basal de células cúbicas o columnares, sin procesos interpapilares. Suele presentar un aspecto rizado o corrugado a causa de la superficie ondulada, paraqueratinizada. La alta incidencia de las recidivas del queratoquiste odontogénico, sería por la dificultad en la intervención quirúrgica, por lo irregular de la cavidad ósea y lo delgado de la pared de la lesión. Presencia de quistes satélites en la cápsula y en el epitelio subyacente, separación del epitelio de la cápsula por la acción de la enzima colagenasa. Todo lo antes expuesto obliga a que el tratamiento quirúrgico del queratoquiste odontogénico debe ser muy minucioso, de acuerdo con las condiciones suscritas, por ser una neoplasia benigna recidivante en ciertas ocasiones es necesario, realizar un seguimiento evolutivo, por lo menos de 5 años. Algunos autores consideran al quiste odontogénico ortoqueratinizado o queratoquiste variante ortoqueratinizado que se caracteriza por la presencia de un epitelio escamoso estratificado con una superficie ortoqueratinizada de distinto

espesor, y una de las características de los queratoquistes es la capacidad de producir queratina con ausencia de la capa basal en empalizada.²⁴

d. **Fibroma:** es una neoplasia benigna del tejido conjuntivo fibroso. Según algunos autores en la cavidad oral se presenta 2 tipos de fibromas: la que es una verdadera neoplasia, y el otro llamado fibroma de irritación por respuesta de factores irritativos, este se le considera una lesión hiperplásica de tejido fibroso. Histopatológicamente: lesión bien delimitada, en la mayoría de los casos encapsulada, al corte presenta, una superficie lisa y homogénea de color rosado azulado o pálido. Está constituido por células alargadas de núcleo fusiforme, rodeadas de fibras colágenas. Es habitual que no existan células inflamatorias a menos que el fibroma esté necrosado o ulcerado secundariamente. En su superficie está rodeado por un tejido normal. A veces el fibroma se denomina mixofibroma, es cuando existen elementos mixomatosos, la textura es más blanda y de un color más azulado translúcido.²⁴

e. **Fibroma osificante:** lesión denominada también osteofibroma o fibrosteoma es una neoplasia benigna formada fibras colágenas y fibroblastos, con la propiedad de formar hueso o material osteoide. En los maxilares la frecuencia es medianamente alta. Histopatológicamente: el FO es una neoplasia muy delimitada, con una cápsula muy precisa. Al corte presenta una coloración amarillenta. Los elementos calcificados se encuentran en distinta concentración de acuerdo con la duración evolutiva de la neoplasia, se puede diferenciar de la displasia fibrosa por la presencia de un estroma de tejido conjuntivo de constitución neoplásica. Las espículas óseas presentan una similitud a la displasia fibrosa. ²⁴

f. **Osteoma:** lesión que tiene crecimiento osteogénico neoplásico benigno constituido por hueso maduro que puede crecer en el interior del hueso o en su periostio. Histopatológicamente: el osteoma se encuentra periféricamente como una masa bien delimitada, no encapsulada, dura, lisa, oval, unida al hueso subyacente por una base ancha o sésil. Al corte, puede variar su apariencia, el esponjoso está formado por hueso trabecular duro con mallas amplias, que pueden contener en su interior algunos espacios medulares o grasa. El duro está formado por hueso compacto con mínimos espacios medulares.²⁴

g. **Lipoma:** lesión neoplásica benigna pero que está formada por tejido adiposo. Su frecuencia es baja ya que no alcanza el 1 % en la cavidad bucal. Histopatológicamente: el lipoma esta formada por celular adiposas adultas y se observa como una masa de color amarillenta, con una fina cápsula, bien delimitada; a veces es lobulado y, algunas veces muestra zonas de necrosis y hemorragia. Es importante determinar el diagnóstico diferencial que lo distingue del mucocele ³⁵

h. **Ameloblastoma convencional:** tumor benigno caracterizado por ser localmente invasivo, de crecimiento lento, no presenta tendencia a metastatizar pero presenta un alto índice de recurrencia si no es removido de forma correcta. No tiene predilección de género, su rango de edad al diagnóstico aproximadamente es de 30- 60 años de edad.³⁶ En la mayoría de los casos esta lesión se presenta como un tumor central, aunque existe informes en que se ha registrado en tejidos periféricos. Macroscópicamente: el ameloblastoma tiene la característica de ser una masa tumoral de forma variada; la superficie puede presentar una coloracion blanco grisáceo o amarillo grisáceo, por otro

lado esta lesión por lo general presenta pequeñas y múltiples formaciones quísticas que alternan con áreas sólidas, aunque el tumor puede ser totalmente multiquístico o sólido, pero no unikuístico. Las cavidades quísticas están constituidas por una superficie lisa, presentan un contenido de consistencia gelatinosa o líquida de color pardo claro; a veces los dientes retenidos están asociados a la masa tumoral o es parte de la pared de un quiste dentífero. Cuando la neoplasia alcanza cierto tamaño las corticales externa e interna de la mandíbula se afinan, sobre todo, hacia lingual.²⁴

i. **Mixoma odontogénico (MO):** es un tumor benigno, que exclusivamente que se presenta en los maxilares, constituido casi totalmente por tejido mixomatoso. Esta lesión cuando aumenta de volumen puede ocasionar dolor, disestesia y movilidad dentaria. Prevalece en adultos en una edad promedio de 28.8 años y en menores de edad es raro su aparición; esta lesión predomina más en el sexo femenino. Su pronóstico es favorable al realizar la enucleación y su transformación maligna es rara. Se trata de una lesión, localmente agresiva, de crecimiento lento, infiltrativo y agresivo localmente, con alto porcentaje de recidiva.³⁷

Histopatológicamente: el MO se caracteriza por tener pocas células, que varían en su forma pueden ser redondeadas, alargadas o estrelladas, el tejido colágeno tiene forma de bandas hialinizadas y presentan escasos tejido colágeno. La sustancia intercelular es mucoide y generalmente abundante. Pueden aparecer, ocasionalmente, restos epiteliales odontogénicos inactivos.²⁴

ii. **Odontoma:** es una alteración del desarrollo de origen dentario, donde el tejido epitelial como el mesodérmico, están presentes y exhiben completa

diferenciación. Se presenta de 2 tipos: el odontoma complejo y el odontoma compuesto. En el odontoma complejo están constituidos por los tejidos dentarios desorganizados; y se puede observar en ocasiones algunas estructuras semejantes a dientes. El odontoma compuesto se caracteriza por presentar tejidos dentarios dispuestos en forma ordenada y dan lugar a la formación de múltiples estructuras que pueden tener la forma de dientes normales, pero con una gran diferencia en el tamaño y la forma. Según la etiología del odontoma existe una relación directa con las siguientes causas: Los restos epiteliales de Malassez, hiperactividad odontoblástica. procesos inflamatorios, traumatismos, anomalías hereditarias como el síndrome de Hermann y Gardner.³⁸ En el odontoma compuesto a diferencia del odontoma complejo, su grado de morfodiferenciación e histodiferenciación es mayor, en los 2 tipos de odontoma se observa una cápsula de tejido conjuntivo fibroso que rodea al material calcificado.²⁴

2.2.4 Neoplasias malignas del complejo bucal

El cáncer bucal puede ser localizado en cualquier estructura de la cavidad bucal afectando drásticamente a diferentes órganos, como el borde lateral de la lengua, es la localización más frecuente, sin embargo puede afectar también a otras estructuras como piso de boca, mucosa yugal, paladar blando entre otras. Se ha observado en diferentes estudios que cuando el paciente es fumador o ingiere alcohol, las lesiones son más agresivas sobre todo en la zona anterior de lengua, alvéolos, suelo de boca, mucosa oral.³⁹

a. **Carcinoma espinocelular o epidermoide:** es una neoplasia maligna de mayor frecuencia en boca (más del 95 %). El 90% de este tipo de cáncer le

corresponde principalmente al carcinoma escamoso o espinocelular. La incidencia de este tipo de cáncer en el mundo, para el 2012, fue de 4,0 casos nuevos por 100.000 habitantes: 5,5 casos nuevos por 100.000 hombres y de 2,5 por cada 100.000 mujeres. La mortalidad corresponde, en hombres a 2,7 por cada 100.000 hombres y en mujeres a 1,2 por cada 100.000 mujeres.⁴⁰

El carcinoma oral de células escamosas es el tumor maligno más frecuente. Este cáncer se puede presentar clínicamente, como una lesión blanca (leucoplasia), lesión roja (eritroplasia) o una mezcla de lesión blanca y roja que con el pasar del tiempo puede producir la ulceración de la superficie mucosa. La localización más frecuente de este tipo de tumores malignos es la superficie ventral y borde lateral de la lengua, seguido de suelo de boca.⁴¹

Esta lesión puede presentar distintas formas. Es muy frecuente que se ulcere y presente zonas de necrosis. Nunca se encuentran encapsuladas. Histológicamente: según la organización mundial de la salud (OMS) las divide de acuerdo con su grado de diferenciación, en 3 tipos: I, II y III. El grado I es bien diferenciado, con gran queratinización, pocas mitosis y pleomorfismo celular reducido. El grado II es un carcinoma moderadamente diferenciado; la queratinización es pobre, presenta algunas mitosis y el pleomorfismo celular y nuclear moderado. El grado III, corresponde a un CE pobremente diferenciado o indiferenciado; no hay queratinización, las mitosis son abundantes y es frecuente el pleomorfismo celular.²⁴

b. **Carcinoma verrugoso:** esta lesión es considerado con bajo grado de malignidad que erosiona, más que invade, los tejidos subyacentes. Se caracteriza por su lento crecimiento y su aspecto exofítico y papilar con

queratina en las superficies de las proyecciones. Histopatológicamente: Se caracteriza por sus células alargadas en forma de huso con ausencia de queratinización, Las mitosis son escasas.²⁴

c. **Sarcoma osteogénico (OS):** lesión llamada también osteosarcoma, es una neoplasia maligna que se caracteriza por un estroma fibroblástico sarcomatoso, en el cual la actividad osteoblástica ha causado formación de osteoide o hueso. El sarcoma se puede encontrar en más predominio en pacientes con una edad comprometida entre los 10 y los 25 años.³⁹ Se divide clásicamente en Sarcoma Osteogénico esclerosante u osteoblástico por presentar muy desarrollada la capacidad de formar tejido óseo neoplásico y el Sarcoma Osteogénico Osteolítico que tiene desarrollada al máximo la propiedad de destruir hueso. Los síntomas que se presenta en esta lesión son: inflamación, movilidad dentaria, anestesia o parestesia, odontalgias u obstrucción nasal.⁴⁰ son neoplasias de consistencia dura, firme y de color amarillento y abarcan todo el hueso destruido. A veces dan la impresión de estar encapsuladas o limitadas en su contorno. Las de tipo osteolítico tienen áreas centrales de pseudoquistes o cavidades por necrosis. Histopatológicamente: existe presencia de un estroma sarcomatoso con formación directa de hueso y osteoide. Las células pueden ser fusiformes o presentar una morfología anaplásica muy variada. Es posible que exista células gigantes sarcomatosas con múltiples núcleos de acuerdo con el predominio de elementos osteoides, condroides o de fibras colágenas, algunos patólogos los subdividen en: fibroblásticos, osteoblásticos y condroblásticos. En algunos osteosarcomas se pueden identificar formaciones condroblásticas, pero son más frecuentes los de un predominio osteoblástico.

Como una rareza se han descrito OS de células pequeñas que recuerdan al sarcoma de Ewing, del cual se diferencian por la producción de osteoide.²⁴

2.2.5. Biopsia en la cavidad bucal

La biopsia se define como un procedimiento quirúrgico para remover tejido vivo para el estudio macro y microscópico con una finalidad diagnóstica.

La biopsia se realiza para los siguientes fines:

- Establecer un diagnóstico definitivo de la lesión en base a su aspecto histológico.
- Establecer un pronóstico de las lesiones.
- En ciertos casos facilita la prescripción de tratamientos específicos. .
- Presenta una importancia médico-legal.

La biopsia de cavidad bucal, esta indicada:

- Para lesiones que no se puede diagnosticar por otros métodos.
- Como ayuda en evolución diagnóstica de enfermedades infecciosas, micóticas y bacterianas.
- En lesiones que se tiene la sospecha de presentar cáncer.
- lesiones que presenten ulceración, erosión, ampolla, y que no muestre evidencia de curación en 15 días.
- Nódulos de crecimiento rápido.
- Lesiones negras.
- Lesiones blancas.

Tipos de biopsia

De acuerdo al tipo de procedimientos aplicados, las biopsias en la cavidad oral pueden clasificarse según:

a. Las características de la lesión

- Biopsias indirectas: cuando la muestra que será extraída se encuentra recubierta de una mucosa aparentemente sana.
- Biopsias directas: Cuando la lesión se encuentra posicionada sobre la mucosa oral y es fácilmente accesible.

b. El área de la remoción quirúrgica

- Biopsia incisional: Consiste en remover una muestra representativa de la lesión y tejido adyacente normal para establecer un diagnóstico definitivo antes de realizar el tratamiento. Este tipo de biopsias está indicada en lesiones múltiples o que sean amplias (más de 2 cm). La incisión de la muestra debe presentar tejido sano junto al alterado, ya que es de suma importancia para que el histopatólogo compare de forma adecuada las características de uno y otro. En el caso que la lesión presente un tamaño extenso o presenta distintos aspectos, se deberá tomar varias muestras, cada una de ellas claramente diferenciada de las demás en distintos frascos.

Biopsia escisional: Se trata de la remoción completa de la lesión con un objetivo diagnóstico y terapéutico. Este tipo de técnica está indicada en lesiones pequeñas con un diámetro menos de 2 cm, y es importante incluir unos milímetros más de tejido sano. Cuando la lesión tiene aspecto maligno se sugiere realizar una biopsia incisional para evitar la invasión o diseminación, si no se dispone de un diagnóstico previo.

Biopsia por punción o aspiración: Se utiliza para el diagnóstico de lesiones tumorales de glándulas salivales en especial para masas parotídeas ya que este tipo de técnica minimiza drásticamente lesionar el nervio facial, también se

usa para analizar el contenido de lesiones quísticas intraóseas, o bien adenopatías.²²

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Hiperqueratosis:** es la capa del estrato corneo extremadamente engrosada, formada por ortoqueratina o por paraqueratina ⁴¹

- **Acantosis:** es el engrosamiento muy excesivo del estrato espinoso del epitelio plano, que lleva al ensanchamiento y alargamiento de las crestas epiteliales.³⁵

- **Quiste:** cavidad patológica, que se encuentra revestida de epitelio que puede contener material líquido o semilíquido

- **Biopsia:** extirpación de una muestra específica de tejido vivo, para posteriormente hacer un estudio de laboratorio.⁴¹

- **Espongiosis:** es un edema intercelular del epitelio. Los puentes intercelulares del estrato espinoso se vuelven más patentes debido a que las células se separan ligeramente por el líquido trasudado, adoptando el epitelio un aspecto esponjoso.

- **Paraqueratosis:** es una hiperqueratosis con persistencia de los núcleos en el estrato córneo.⁴²

- **Hiperplasia pseudoepiteliomatosa:** crecimiento exagerado de las crestas epiteliales, generalmente con la presencia marcada de una acantosis.⁴²

- **Displasia:** proliferación alterada de células, caracterizada por la pérdida en el arreglo del tejido normal y la estructura de la célula. Estas células con frecuencia regresan a su estado normal, pero en ocasiones gradualmente se convierten en malignas.⁴²

- **Maligno:** se menciona a una enfermedad o una lesión, y especialmente de un tumor canceroso. Que tiene una evolución desfavorablemente.
- **Queratoacantoma:** tumor cutáneo benigno que se presenta mayormente en la piel expuesta al sol de pacientes de edad muy adulta.⁴³
- **Hiperplasia:** aumento anormal del número de células en el interior de un órgano o tejido, que produce un aumento de tamaño.⁴⁴
- **Epitelio.** tejido formado por células unidas fuertemente, que cubre la superficie, conductos del organismo y cavidades.⁴

CAPÍTULO III: VARIABLES

3.1 VARIABLES

3.1.1 Definición conceptual de las variables

Variable principal

Prevalencia de las lesiones orales: Número de casos de lesiones orales presentado en porcentaje.

Covariables

- Ubicación: lugar de extracción de muestra.
- Sexo: género de nacimiento, de acuerdo a la historia clínica.
- Edad: grupo etario al cual pertenece la población observada, de acuerdo al registro en la historia clínica.

3.1.2 Definición operacional de las variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Instrumento de medición
Prevalencia de las lesiones orales	Quistes	Presencia Ausencia	Nominal dicotómica	Estudio histopatológico
	Lesiones pseudotumorales			
	Neoplasias benignas			
	Neoplasias malignas			
Ubicación	localización anatómica de lesión	Lengua Paladar Carrillo Labio Encía Maxilar superior Maxilar inferior	Nominal politémica	Lugar de extracción de muestra
Año de diagnóstico	Año donde se realizó el estudio	2011 2012 2013 2014 2015 2016	Ordinal	Año de registro histopatológico

Edad	Grupo etario	Menores de 10 años 10 a 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años 70 a 79 años Mayores de 79 años	Ordinal	Informe histopatológico
Sexo	Genero biológico	Masculino Femenino	Nominal dicotómica	Informe histopatológico

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio es considerado de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo observacional y transversal.

Se considera descriptivo ya que el investigador registrará los datos tal como fueron registrados anteriormente en los informes histopatológicos; y observacional, ya que solo se buscarán asociaciones entre la variable principal y las covariables, mas no entre dos variables principales, ya que solo se cuenta con una. Se considera transversal ya que el investigador recolectará los datos una sola vez, con el mismo instrumento, se considera prospectiva ya que será un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente y se considera no experimental ya que solo se buscará observar los fenomenos sin manipular intencionalmente la variable independiente.

Se considerará población de estudio a las muestras de lesiones obtenidas por personal del Servicio de Odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante los años 2011 - 2016 cuyos informes se encuentren archivados en el mismo Servicio, los que en total suman 412, utilizando solo aquellas que cumplan los criterios de selección, con un total de 264.

Criterios de selección

- Muestras de tejido obtenidas en el Servicio de Odontología que posean un diagnóstico histopatológico, realizadas entre los años 2011 - 2016.
- Muestras que no se encuentren duplicadas o rechazadas.
- Muestras de lesiones que se encuentren incluidas dentro de la clasificación patológica utilizada en el presente estudio.

- Muestras de lesiones cuyos informes se encuentren debidamente registrados, que sean legibles.

4.1.1 Muestra

En el presente estudio se tomará la totalidad de la población de estudio que cumpla con los criterios de selección (N=264), no utilizando el muestreo.

4.2 Técnicas de recolección de datos

4.2.1 Técnica

Solicitud de carta de presentación a Dirección de Escuela

Se realizara la solicitud mediante una carta de presentación a la Directora de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, para la ejecución del estudio.

Solicitud de autorización al Hospital y al Servicio de Odontología

Se presentará la carta al director de la unidad de investigación del hospital Alberto Sabogal Sologuren, con el fin de buscar la autorización de la recolección de datos, también mencionar y coordinar esta actividad, los días, y las horas de trabajo, con el fin de no interferir en las labores del personal al área de interés.

Selección de muestras y revisión de informes histopatológicos

Se seleccionarán todos los informes de las biopsias que se obtuvo en el área de odontología del año 2011 al 2016 en forma aleatoria de la base de datos, se registrará la edad, sexo, diagnostico histopatológico, año y la zona en donde se encontró la lesión mediante la ficha de recolección de datos (anexo 3). Una vez

obtenida la totalidad de los resultados, éstas serán transcritas al Microsoft Excel 2010, para determinar en códigos cada uno de los valores con la finalidad de aplicar los procedimientos estadísticos.

4.2.2 Instrumentos

En el presente estudio se utilizará una ficha de recolección de datos (anexo 3) con el fin de registrar los informes de las biopsias. La ficha contará con los datos como edad, sexo, diagnóstico histopatológico, año y localización de la lesión.

4.3 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Una vez tabulados los datos en una hoja de cálculo (Microsoft Excel, 2013), serán exportados a un paquete estadístico (IBM SPSS 20.0) donde se programarán los valores y escalas para cada variable o dimensión de ésta en el caso de las lesiones patológicas. Los datos descriptivos categóricos, tanto nominales como ordinales serán presentados en tablas de frecuencia agrupada y en gráficos de sectores o de barras simples. Las inferencias estadísticas se basarán en análisis categóricos, de acuerdo al número de categorías y a la escala de medición de las variables, usándose chi cuadrado en presencia de variables nominales y Kruskal Wallis en variables ordinales. Se tomará un nivel de significancia del 97%.

4.4 Aspectos éticos

El presente estudio estará realizado acorde con los cánones bioéticos del Reporte Belmont, donde las muestras tomadas serán anónimas con el objetivo de guardar la confidencialidad de los sujetos de muestra, y al mismo tiempo la privacidad de sus datos, los que solo serán utilizados con fines científicos y académicos dentro de los límites del presente estudio, lo que serán luego eliminados. Al ser los informes histopatológicos las unidades de análisis, no se tendrá contacto alguno con los pacientes, evitando someterlos a preguntas o exámenes adicionales. Además, los datos serán utilizados con el permiso previo por parte de las autoridades de la institución y del Servicio de Odontología. El autor declara no tener ningún conflicto de interés con los resultados de esta investigación reportando fielmente los datos hallados.

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Luego de realizar la recolección de los datos a la población de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA N°1
Prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el
serviciocio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a
2016

DIAGNOSTICO	N	PORCENTAJE
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	60	22.73%
H. Pseudoepiteliomatosa	28	10.61%
fibroma traumatico	22	8.33%
papiloma escamoso	22	8.33%
papiloma fibroepitelial	20	7.58%
Granuloma piógeno	15	5.68%
Carcinoma epidermoide	15	5.68%
Quiste dentígeno	13	4.92%
displasia fibrosa	8	3.03%
Ameloblastoma convencional	6	2.27%
T. odontogenico queratoquistico	5	1.89%
papiloma hiperqueratosico	5	1.89%
Quiste odontogénico calcificante	5	1.89%
Fibroma osificante	5	1.89%
Lipoma	4	1.52%
papiloma verrugoso	3	1.14%
Osteoma	2	0.76%
Carcinoma verrugoso	1	0.38%
sarcoma osteogénico	1	0.38%
Carcinoma escamoso	1	0.38%
Otros	23	8.71%
TOTAL	264	100.00%

Fuente: propia del autor

Se observa la prevalencia de lesiones orales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, donde las lesiones más prevalentes fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria (22,73%), la hiperplasia pseudoepiteliomatosa (10,61%), fibroma traumático (8,33%), papiloma escamoso (8,33%), papiloma fibroepitelial (7,58%), granuloma piógeno (5,68%), carcinoma epidermoide (5,68%), quiste dentígeno (4,92%), displasia fibrosa (3,03%), ameloblastoma convencional (2,27%), tumor odontogenico queratoquistico (1,89%), quiste odontogénico calcificante (1,89%), fibroma osificante (1,89%), papiloma hiperqueratosico (1,89%), lipoma (1,52%), papiloma verrugoso (1,14%), osteoma (0,76%), carcinoma verrugoso (0,38%), sarcoma osteogénico (0,38%), carcinoma escamoso (0,38%) y otros (8,71%).

GRAFICO N°1

Distribución de prevalencia de lesiones orales diagnosticados media biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016

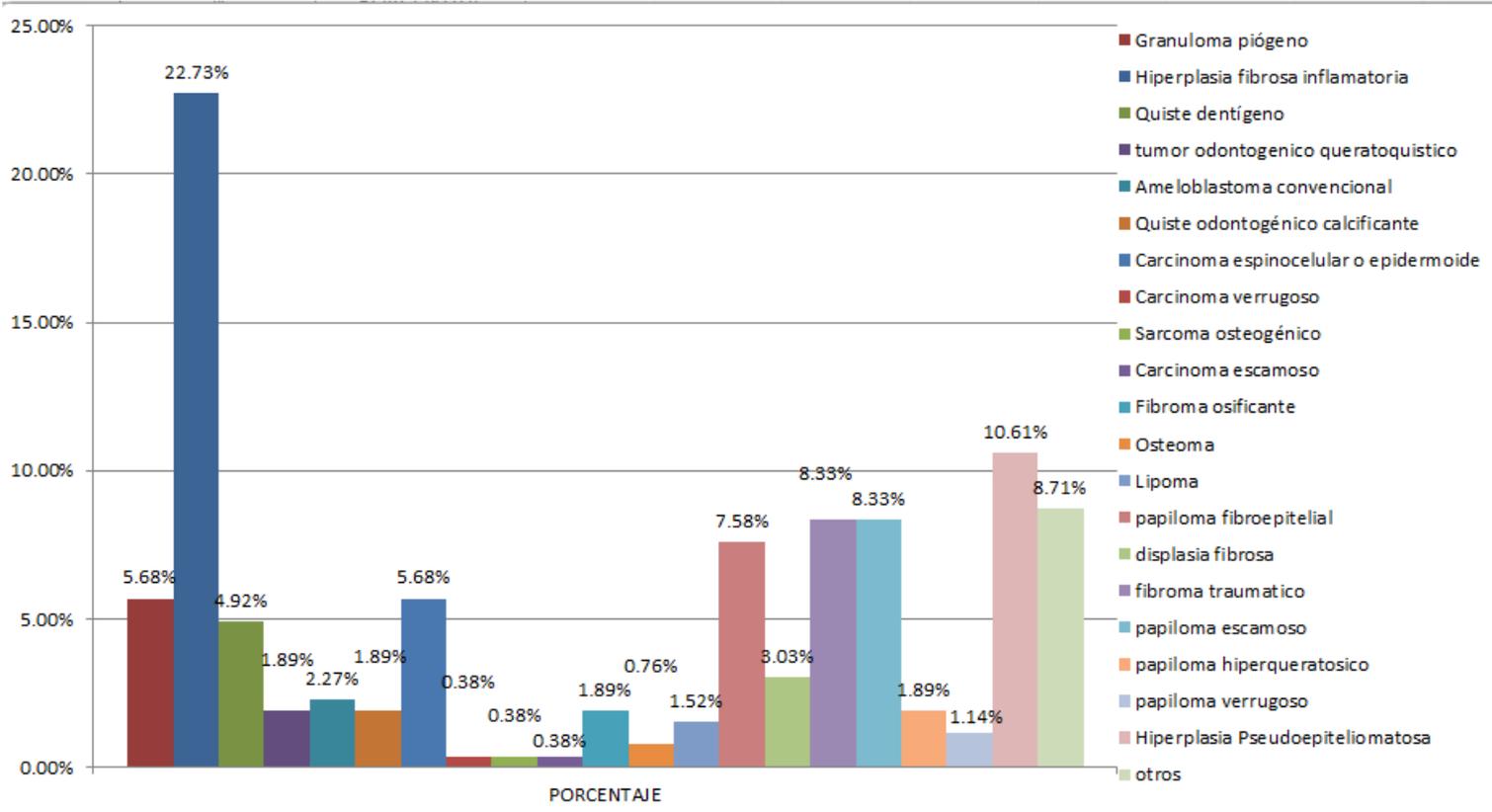


TABLA N° 2

Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Quiste dentígeno	N	6	7	13
	%	31.58	36.84	68.42
Quiste odontogénico calcificante	N	0	5	5
	%	0.00	26.32	26.32
Otros	N	1	0	1
	%	1.43	0.00	5.26
TOTAL	N	7	12	19
	%	36.84	63.16	100.00

Fuente: propia del autor

Se observa la prevalencia de quistes diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según el sexo. En los pacientes de sexo masculino, las lesiones más prevalentes fueron quiste dentígeno (31,58%), y otros (1,43%). En el sexo femenino, las lesiones más prevalentes fueron quiste dentígeno (36,84%), quiste odontogénico calcificante (26,32%).

GRAFICO N° 2

Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo

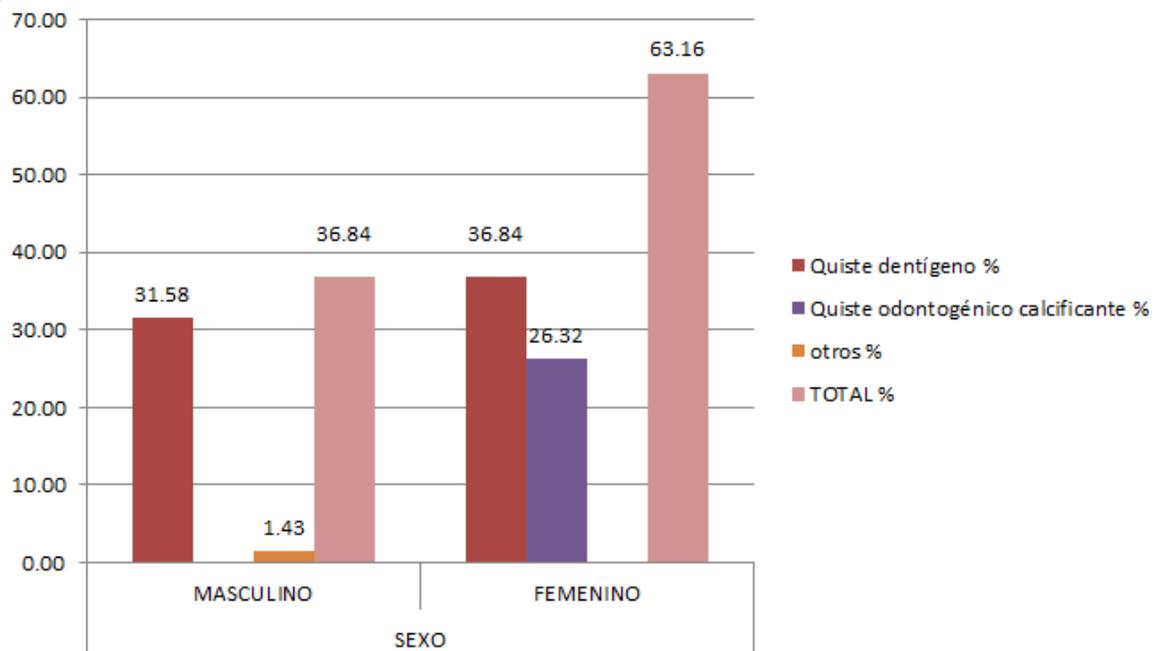


TABLA N°3

Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad

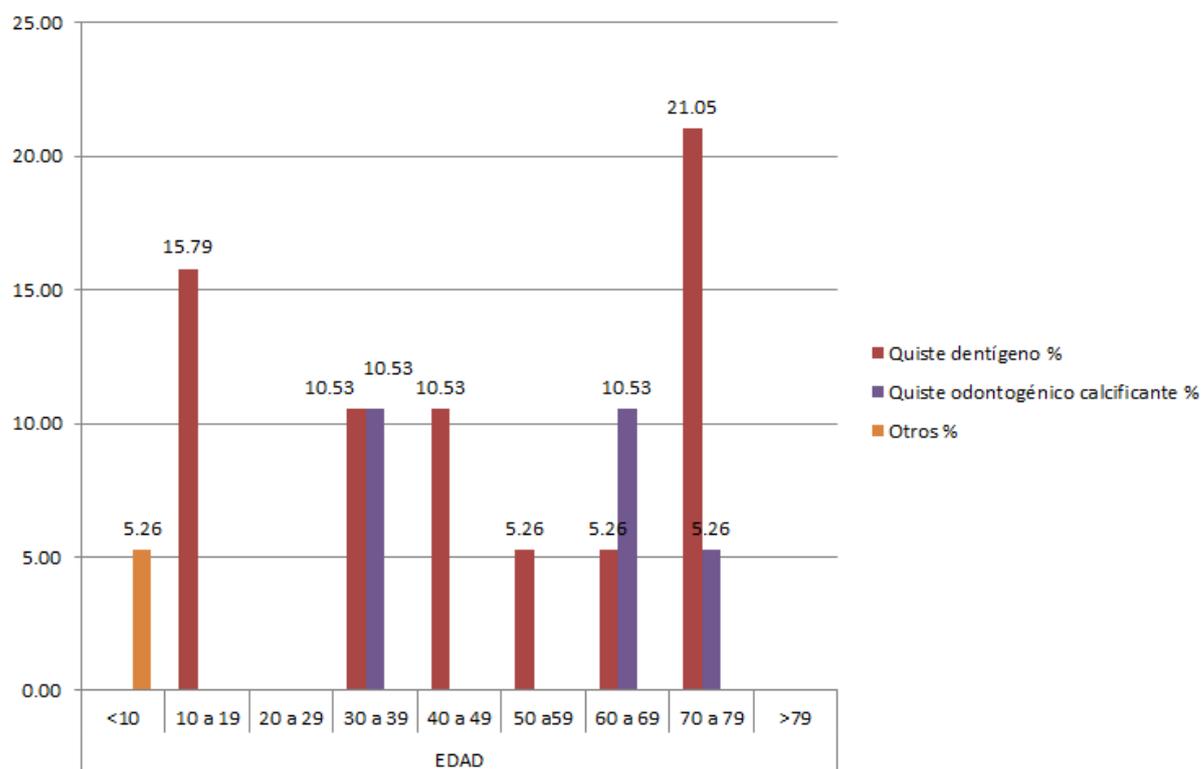
		EDAD									
		<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	>79	TOTAL
Quiste dentígeno	N	0	3	0	2	2	1	1	4	0	13
	%	0.00	15.79	0.00	10.53	10.53	5.26	5.26	21.05	0.00	68.42
Q. O calcificante	N	0	0	0	2	0	0	2	1	0	5
	%	0.00	0.00	0.00	10.53	0.00	0.00	10.53	5.26	0.00	26.32
Otros	N	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	5.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26
TOTAL	N	1	3	0	4	2	1	3	5	0	19
	%	5.26	15.79	0.00	21.05	10.53	5.26	15.79	26.32	0.00	100.00

Fuente: propia del autor

Se observa la prevalencia quistes diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la edad. Las edades que se presento mayor numero de casos fue entre las edades de 70 a 79 años.

GRAFICO N°3

Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad



Fuente: propia del autor

TABLA N°4
Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de
odontología del Hospital, según la ubicacion

		UBICACIÓN						
		Lengua	Paladar	Labio	Max.S up	Max. Inf	Piso de boca	TOTAL
Quiste dentígeno	N	0	0	0	9	4	0	13
	%		0.00	0.00	47.37	21.0	0.00	68.42
Quiste odontogénico calcificante	N	0	1	0	4	0	0	5
	%	0.00	5.26	0.00	21.05	0.00	0.00	26.32
Otros	N	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	5.26
TOTAL	N	0	1	0	13	5	0	19.00
	%	0.00	5.26	0.00	68.42	26.3	0.00	100.00

Fuente: propia del autor

Se observa la prevalencia de quistes diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la ubicación. En el paladar las lesiones más prevalentes fue el quiste odontogénico calcificante (5,26%). En el maxilar superior las lesiones más prevalentes fue quiste dentígeno (47,37%) y quiste odontogénico calcificante (21,05%) y en el maxilar inferior la lesión más frecuente fue quiste dentígeno (21,05%) y otros (5,26%).

GRAFICO N°4

Prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la ubicación

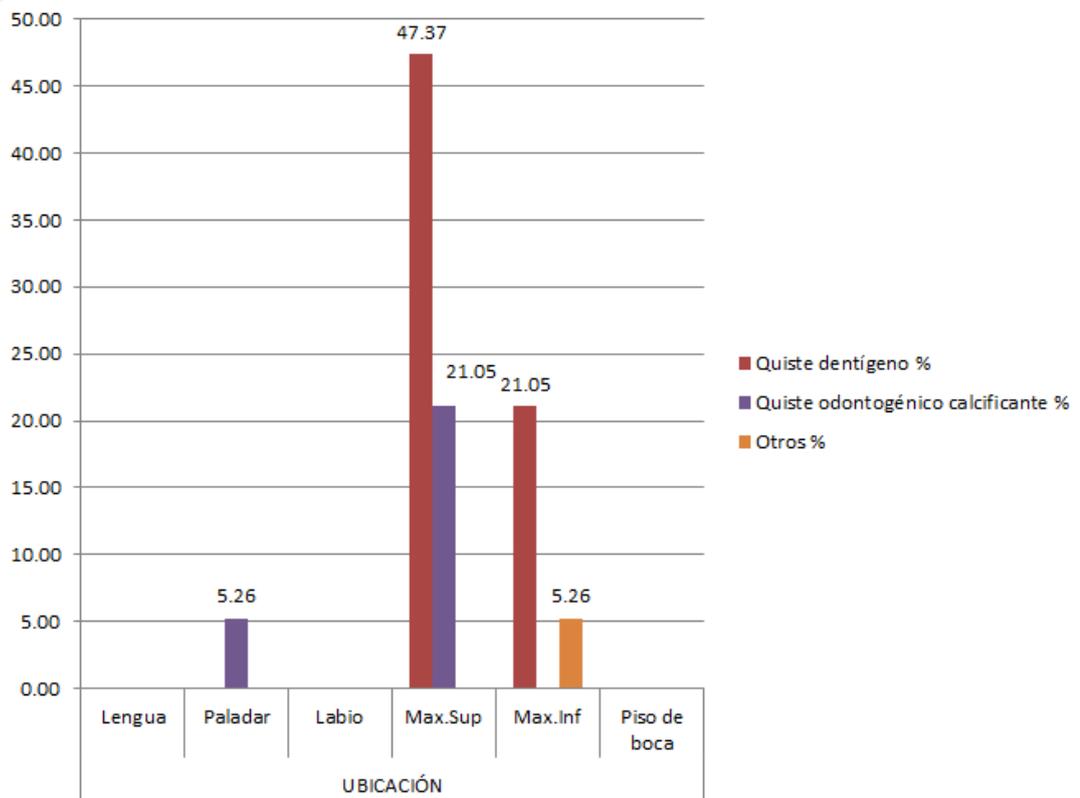


TABLA N°5

Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo

		SEXO		
		Masculino	Femenino	Total
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	N	26	34	60
	%	21.67	28.33	50
Hiperplasia Pseudoepiteliomatosa	N	0	28	28
	%	0	23.33	23.33
Granuloma piógeno	N	13	2	15
	%	10.83	1.67	12.50
Otros	N	5	12	17
	%	4.17	10.00	14.17
TOTAL	N	44	76	120
	%	36.67	63.33	100

Fuente: propio del autor

Se observa la prevalencia de lesiones bucales pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según el sexo. En los pacientes de sexo femenino, las lesiones más prevalentes fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria (28,33%), la hiperplasia pseudoepiteliomatosa (23,3%) y granuloma piógeno (1,67%). En el sexo masculino, las lesiones más prevalentes fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria (21,67%) y granuloma piógeno (10,83%).

GRAFICO N° 5

Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo

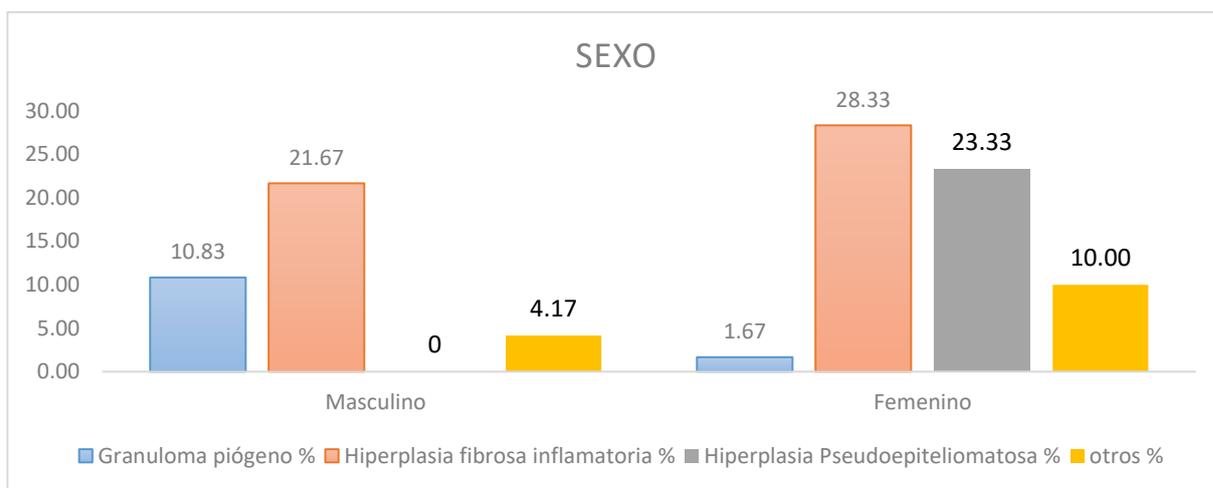


Tabla N°6

Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad

		EDAD									TOTAL
		<10	10 a	20 a	30 a	40 a	50 a 59	60 a	70 a	>79	
H. fibrosa inflamatoria	N	0	2	7	7	6	15	13	9	1	60
	%	0.00	1.67	5.83	5.83	5.00	12.50	10.83	7.50	0.83	50.00
H. Pseudoepiteliomatosa	N	1	5	2	3	5	4	4	3	1	28
	%	0.83	4.17	1.67	2.50	4.17	3.33	3.33	2.50	0.83	23.33
Granuloma piógeno	N	0	1	2	4	1	2	2	2	1	15
	%	0.00	0.83	1.67	3.33	0.83	1.67	1.67	1.67	0.83	12.50
Otros	N	0	2	2	1	3	4	3	1	1	17
	%	0.00	1.67	1.67	0.83	2.50	3.33	2.50	0.83	0.83	14.17
TOTAL	N	1	10	13	15	15	25	22	15	4	120
	%	0.83	8.33	10.83	12.50	12.50	20.83	18.33	12.50	3.33	100.00

Fuente: propio del autor

Se observa la prevalencia de lesiones orales pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la edad. La edad con mayor frecuencia de lesiones fue entre 50 y 59 años (20,83%), y las edades con menor número de casos fueron las edades menores de 10 años (0,83%).

GRAFICO N°6

Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según edad

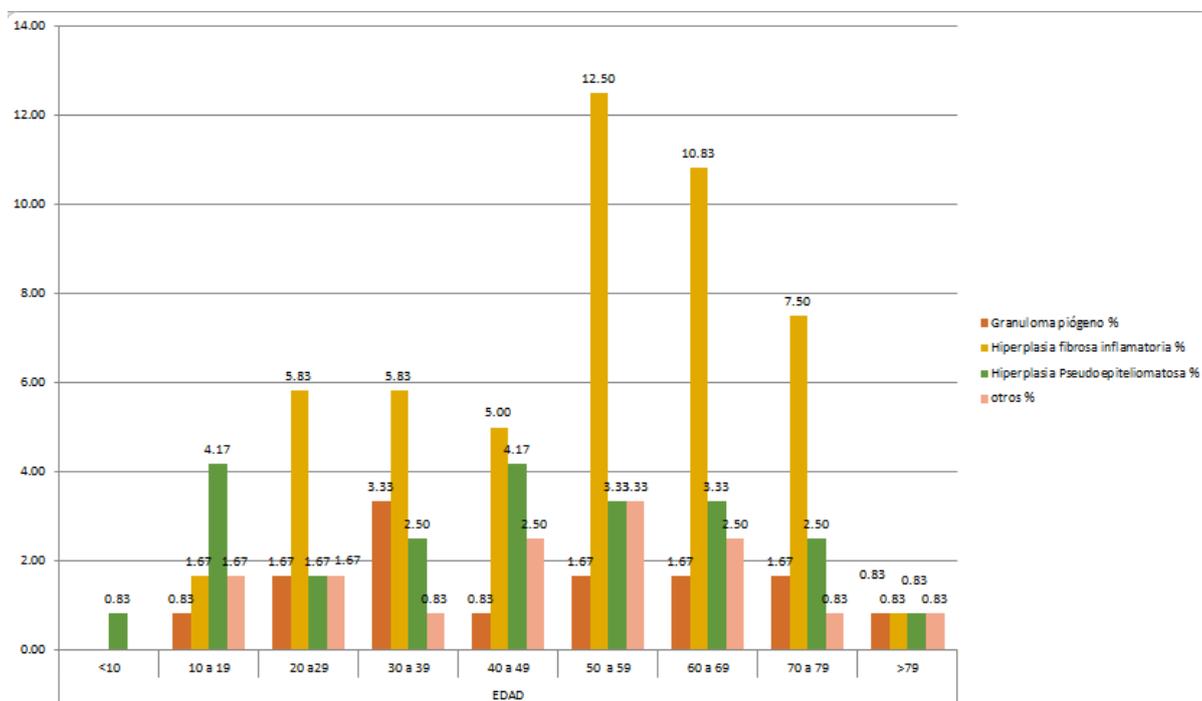


TABLA N°7

Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la ubicación

		UBICACIÓN								
		Lengua	Paladar	Carrillo	Labio	Encia	Piso de boca	Glándula salival	Mucosa bucal	TOTAL
H. fibrosa inflamatoria	N	14	7	6	11	15			7	60
	%	11.67	5.83	5.00	9.17	12.50	0.00	0.00	5.83	50.00
H. Pseudoepiteliomatosa	N	7	2	4	1	6	0	0	8	28
	%	5.83	1.67	3.33	0.83	5.00	0.00	0.00	6.67	23.33
Granuloma piógeno	N	0	0	0	0	14	1	0	0	15
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	11.67	0.83	0.00	0.00	12.50
Otros	N	5	3	5	3	1	0	0	0	17
	%	4.17	2.50	4.17	2.50	0.83	0.00	0.00	0.00	14.17
TOTAL	N	26	12	15	15	36	1	0	15	120
	%	21.67	10.00	12.50	12.50	30.00	0.83	0.00	12.50	100.00

Fuente: propio del autor

Se observa la prevalencia de lesiones orales pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la ubicación. La ubicación con mayor número de lesiones fue la encía (30%) y en menor frecuencia fue el piso de boca (0,83)

GRAFICO N° 7

Prevalencia de lesiones pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la ubicación

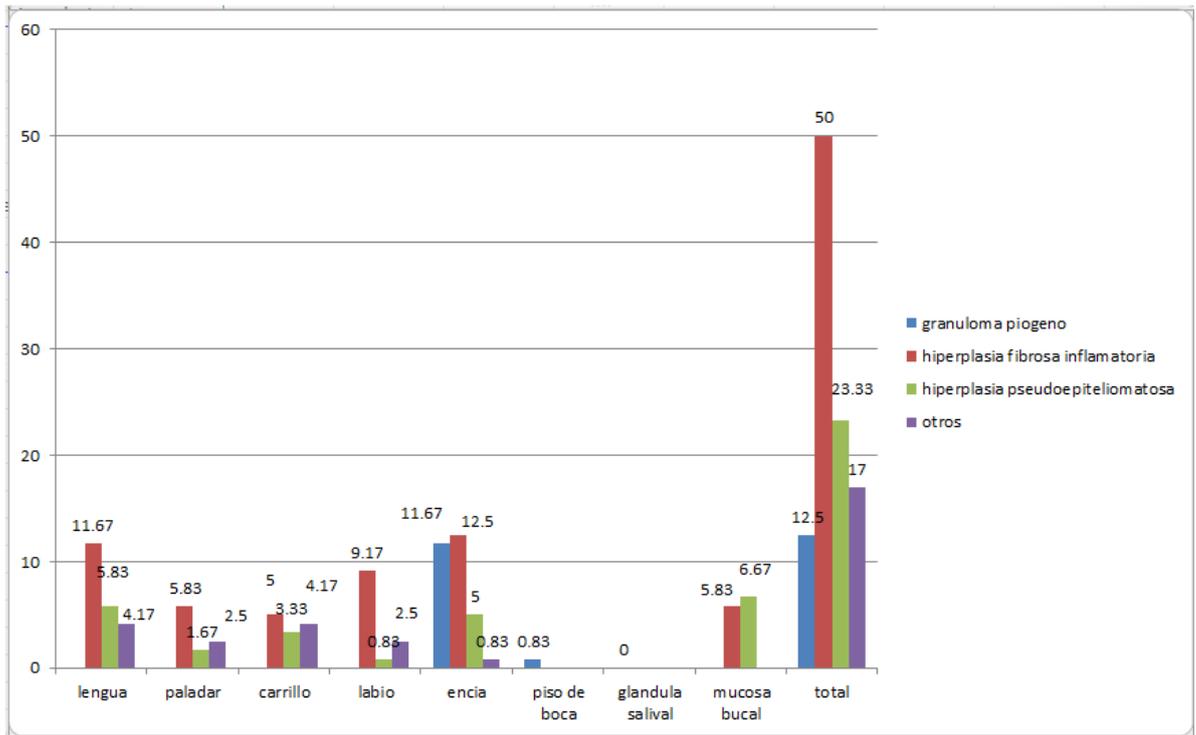


TABLA N°8
Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el
servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016,
según sexo

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Fibroma	N	8	14	22
	%	7.84	13.73	21.57
Papiloma escamoso	N	10	12	22
	%	9.80	11.76	21.57
papiloma fibroepitelial	N	8	12	20
	%	7.84	11.76	19.61
Displasia fibrosa	N	3	5	8
	%	2.94	4.90	7.84
Ameloblastoma convencional	N	5	1	6
	%	4.90	0.98	5.88
Papiloma hiperqueratósico	N	2	3	5
	%	1.96	2.94	4.90
tumor odontogenico queratoquistico	N	1	4	5
	%	0.98	3.39	4.90
Fibroma osificante	N	0	5	5
	%	0.00	4.90	4.90
Lipoma	N	2	2	4
	%	1.96	1.96	3.92
Papiloma verrugoso	N	1	2	3
	%	0.98	1.96	2.94
Osteoma	N	1	1	2
	%	0.98	0.98	1.96
TOTAL	N	41	61	102
	%	40.20	59.80	100.00

Fuente propia del autor

Se observa la prevalencia de lesiones benignas diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según el sexo. Se presento con mayor frecuencia en el sexo femenino (47,06%).

GRAFICO N° 8

Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo

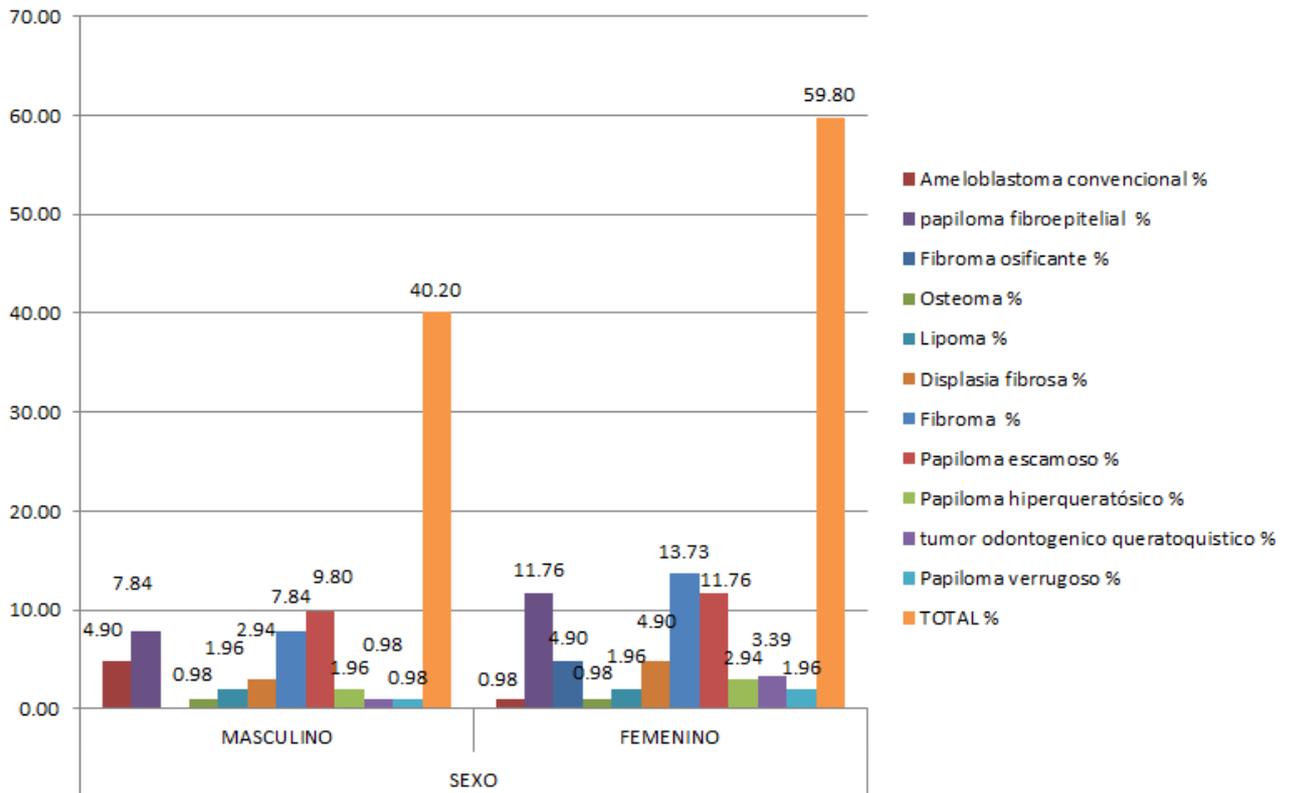


TABLA N°9
Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el
servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016,
según la edad

		EDAD									
		<10	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	>79	TOTAL
Fibroma	N	0	0	1	1	4	4	0	7	5	22
	%	0.00	0.00	0.98	0.98	3.92	3.92	0.00	6.86	4.90	21.57
Papiloma escamoso	N	5	2	1	2	1	4	4	1	2	22
	%	4.90	1.96	0.98	1.96	0.98	3.92	3.92	0.98	1.96	21.57
Papiloma fibroepitelial	N	1	9	1	2	1	4	2	0		20
	%	0.98	8.82	0.98	1.96	0.98	3.92	1.96	0.00	0.00	19.61
Displasia fibrosa	N	1	1	1	0	0	0	2	2	1	8
	%	0.98	0.98	0.98	0.00	0.00	0.00	1.96	1.96	0.98	7.84
Ameloblastoma	N	0	0	1	0	1	0	3	1	0	6
	%	0.00	0.00	0.98	0.00	0.98	0.00	2.94	0.98	0.00	5.88
Fibroma osificante	N	0	2	0	0	0	0	2	1	0	5
	%	0.00	1.96	0.00	0.00	0.00	0.00	1.96	0.98	0.00	4.90
Papiloma hiperqueratósico	N	1	0	0	0	1	1	2	0		5
	%	0.98	0.00	0.00	0.00	0.98	0.98	1.96	0.00	0.00	4.90
TOQQ	N	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5
	%	0.00	0.00	0.00	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.00	4.90
Lipoma	N	1		1		1		1			4
	%	0.98	0.00	0.98	0.00	0.98	0.00	0.98	0.00	0.00	3.92
Papiloma verrugoso	N	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
	%	0.98	1.96	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.94
Osteoma	N	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	%	0.00	0.00	0.00	0.98	0.98	0.00	0.00	0.00	0.00	1.96
Total	N	10	16	6	7	11	14	17	13	8	102
	%	9.80	15.69	5.88	6.86	10.78	13.73	16.67	12.75	7.84	100.00

Fuente: propio del autor

Se observa la prevalencia de lesiones benignas diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la edad. Las edades que presentaron mayor lesiones fue entre 60 a 69 (16,67%) y las edades con menor frecuencia fueron entre 20 a 29 (5,88%).

GRAFICO N° 9

Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la edad.

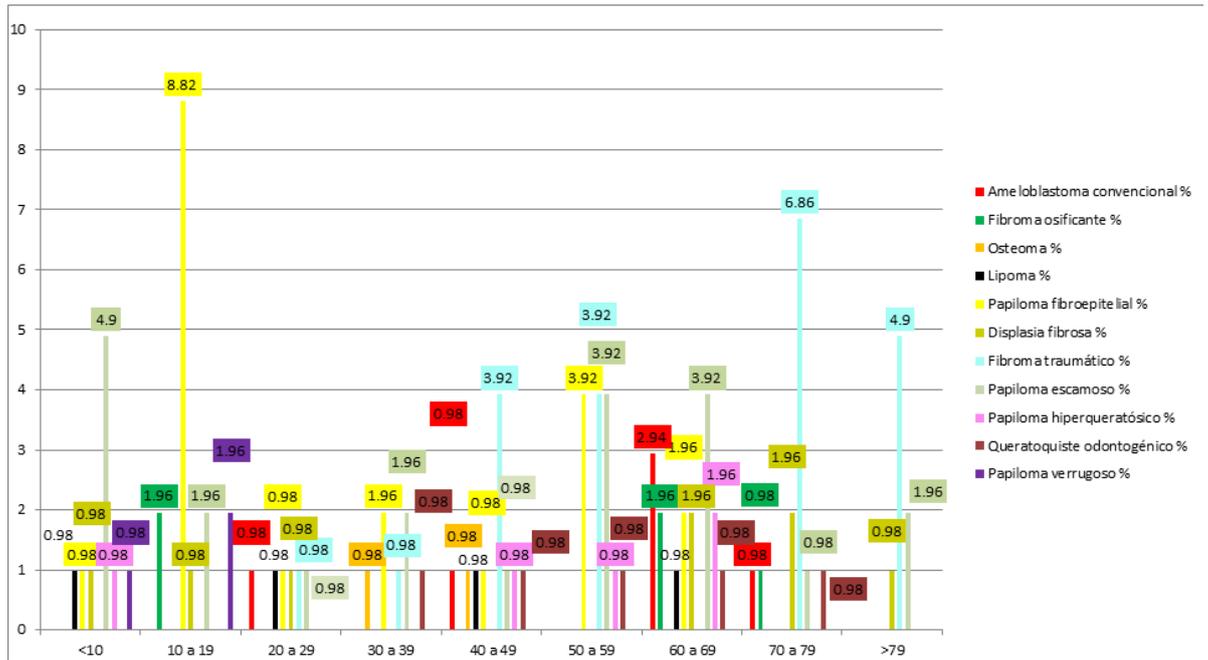


TABLA N°10

Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación.

		UBICACIÓN								
		lengua	paladar	Carrillo	Labio	Encía	Max.Sup	Max.Inf	M Bucal	Total
fibroma	N	1		11	6	4				22
traumático	%	0.98	0	10.78	5.88	3.92	0	0	0	21.57
papiloma	N	7	3	7	3	2	0	0	0	22
escamoso	%	6.86	2.94	6.86	2.94	1.96	0	0	0	21.57
papiloma	N	7	4	4	4	1	0	0	0	20
fibroepitelial	%	6.86	3.92	3.92	3.92	0.98	0	0	0	19.61
displasia fibrosa	N	0	0	0	0	0	5	3	0	8
	%	0	0	0	0	0	4.9	2.94	0	7.84
Ameloblastoma	N	0		0	0		1	5	0	6
convencional	%	0	0	0	0	0	0.98	4.9	0	5.88
papiloma	N	2	0	0	3	0	0	0	0	5
hiperqueratósico	%	1.96	0	0	2.94	0	0	0	0	4.9
T.O. Q	n	0	0	0	0	0	1	4	0	5
	%	0	0	0	0	0	0.98	3.92	0	4.9
Fibroma	N	0	0			0	2	3	0	5
osificante	%	0	0	0	0	0	1.96	2.94	0	4.9
Lipoma	N	0	0	1	3	0	0	0	0	4
	%	0	0	0.98	2.94	0	0	0	0	3.92
papiloma	N	2			1				0	3
verrugoso	%	1.96	0	0	0.98	0	0	0	0	2.94
Osteoma	N	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	%	0	0	0	0	0	0	1.96	0	1.96
TOTAL	N	19	7	23	20	7	9	17	0	102
	%	18.63	6.86	22.55	19.61	6.86	8.82	16.67	0.00	100.00

Fuente: propia del autor

Se observa la prevalencia de lesiones benignas diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la ubicación, la más frecuente fue el carrillo (22,55%) y la ubicación menos frecuente fue el paladar (6,86%).

GRAFICO N°10

Prevalencia de tumores benignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación.

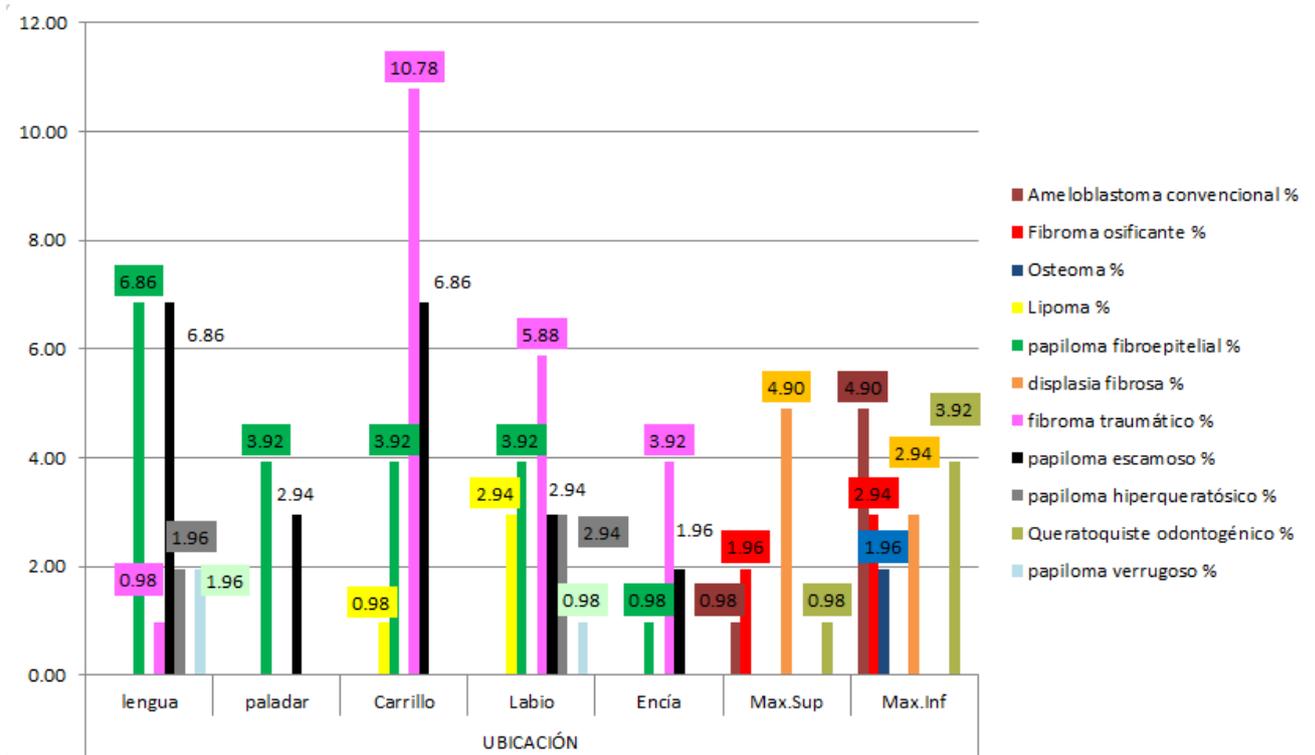


TABLE N°11

Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo.

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Carcinoma epidermoide	N	11	4	15
	%	47.83	17.39	65.22
Carcinoma escamoso	N	1	0	1
	%	4.35	0.00	4.35
Sarcoma osteogénico	N	0	1	1
	%	0	4.35	4.35
Sarcoma verrugoso	N	1	0	1
	%	4.35	0.00	4.35
Otros	N	0	5	5
	%	0.00	21.74	21.74
TOTAL	N	13	10	23
	%	56.52	43.48	100.00

Fuente propia del autor

Se observa la prevalencia de lesiones maligno diagnosticado mediante biopsias en el servicio de odontología, según el sexo. El sexo masculino (56,52%) presento mayor cantidad de lesiones.

GRAFICO N°11

Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según sexo

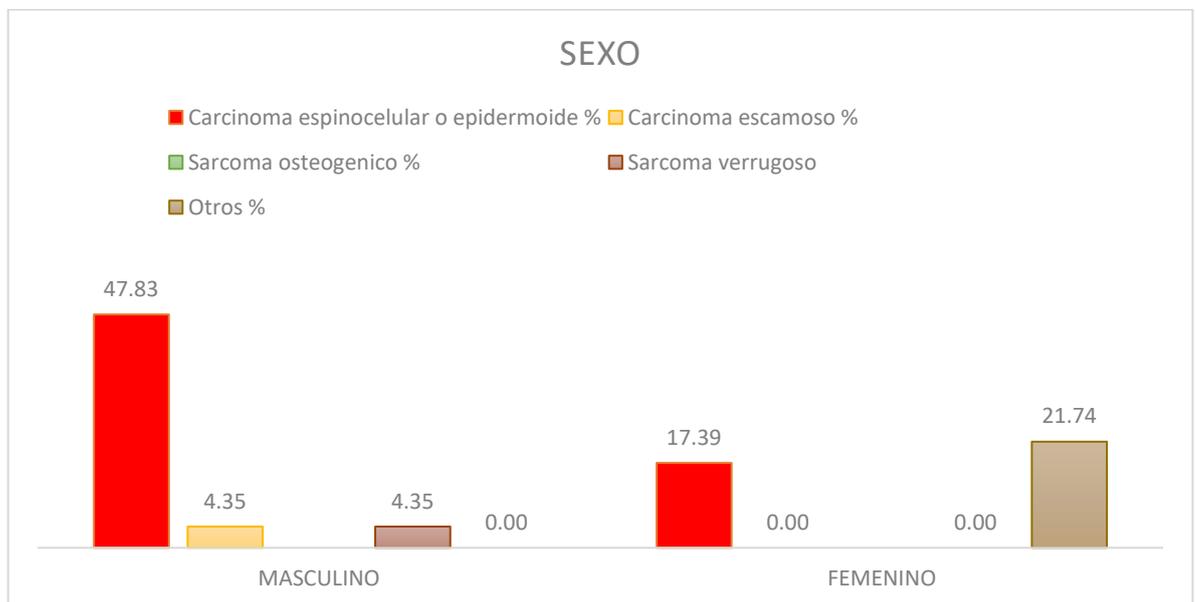


TABLA N°12

Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a2016, según la edad.

		EDAD									
		<10	10 a	20 a	30 a	40 a	50 a	60 a	70 a	>79	TOTAL
Carcinoma Epidermoide	N	0	0	2	2	3	2	1	4	1	15
	%	0.00	0.00	8.70	8.70	13.04	8.70	4.35	17.39	4.35	65.22
Carcinoma escamoso	N	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	4.35
Sarcoma osteogenico	N	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	0.00	4.35
Sarcoma verrugoso	N	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	4.35
Otros	N	0	0	0	0	2	1	1	0	1	5
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	8.70	4.35	4.35	0.00	4.35	21.74
Total	N	0	0	2	2	5	3	3	6	2	23
	%	0.00	0.00	8.70	8.70	21.74	13.04	13.04	26.09	8.70	100.00

Fuente: propia del autor

Se observa la prevalencia neoplasias malignas diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la edad. La edad con mayor numero de lesiones fueron entre las edades de 70 a 79 (26,09%).

GRAFICO N° 12

Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según la edad

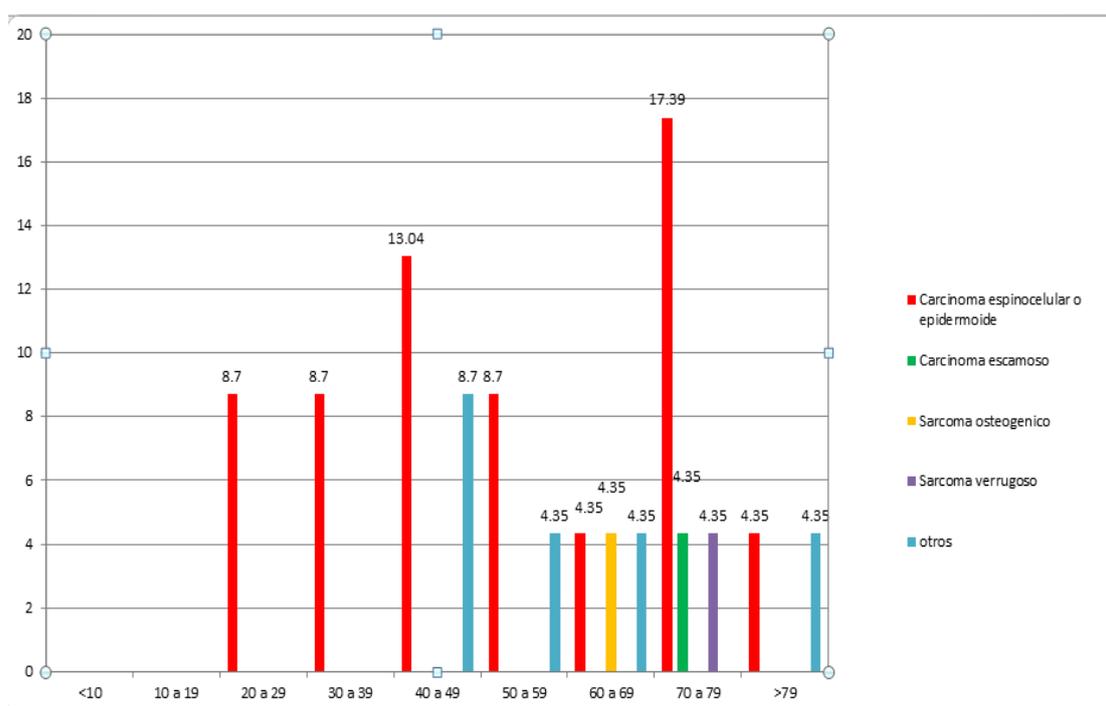


TABLA N°13

Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación

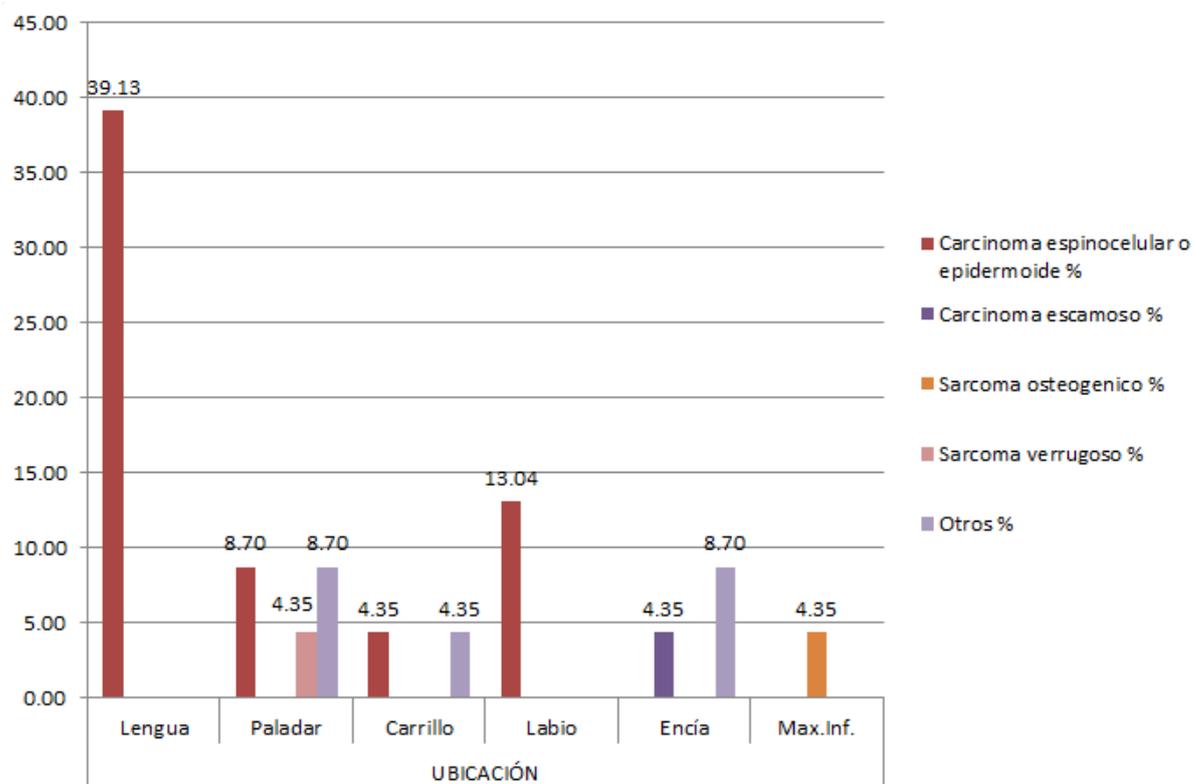
		UBICACIÓN						
		Lengua	Paladar	Carrillo	Labio	Encía	Max.Inf.	Total
Carcinoma epidermoide	N	9	2	1	3	0	0	15
	%	39.13	8.70	4.35	13.04	0.00	0.00	65.22
Carcinoma escamoso	N	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	4.35
Sarcoma osteogenico	N	0	0	0	0	0	1	1
	%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	4.35
Sarcoma verrugoso	N	0	1	0	0	0	0	1
	%	0.00	4.35	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35
Otros	N		2	1		2		5
	%	0.00	8.70	4.35	0.00	8.70	0.00	21.74
TOTAL	N	9	5	2	3	3	1	23
	%	39.13	21.74	8.70	13.04	13.04	4.35	100.00

Fuente: propia del autor

Se observa la prevalencia de lesiones malignas diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, según la ubicación. La ubicación con mayores lesiones fue la lengua (39,13%) y con menor frecuencia fue maxilar inferior (4,35%).

GRAFICO N° 13

Prevalencia de tumores malignos diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 a 2016, según su ubicación



Fuente: propia del autor

Tabla N° 14

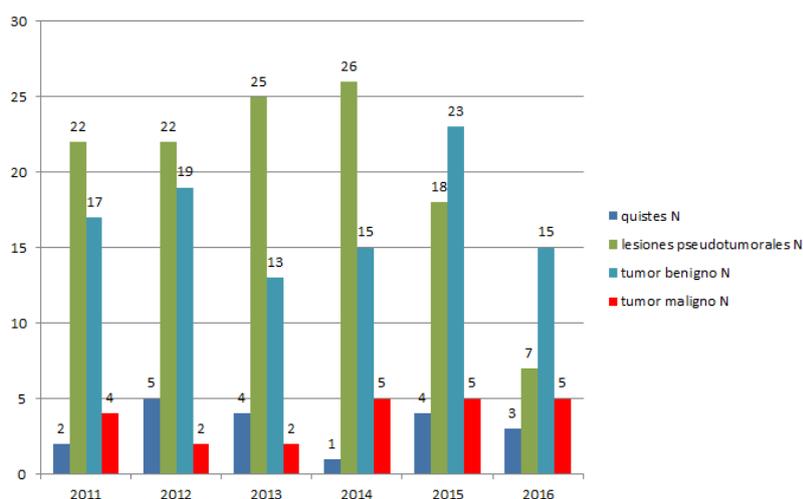
Prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, según su año

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
quistes	N	2	5	4	1	4	3	19
	%	0.76	1.89	1.52	0.38	1.52	1.14	7.20
lesiones pseudotumorales	N	22	22	25	26	18	7	120
	%	8.33	8.33	9.47	9.85	6.82	2.65	45.45
tumor benigno	N	17	19	13	15	23	15	102
	%	6.44	7.20	4.92	5.68	8.71	5.68	38.64
tumor maligno	N	4	2	2	5	5	5	23
	%	1.52	0.76	0.76	1.89	1.89	1.89	8.71
total	N	45	48	44	47	50	30	264
	%	17.05	18.18	16.67	17.80	18.94	11.36	100

Fuente: propia del autor

Grafico N°14

Prevalencia de lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, según su año



5.1 Discusión

En la cavidad bucal encontramos estructuras blandas y óseas que pueden presentar múltiples patologías de diversos índoles como lesiones benignas, quistes, pseudotumorales, lesiones malignas entre otras, las cuales a veces requiere inevitablemente y en otras ocasiones obligatoriamente la necesidad de realizar una biopsia para determinar con certeza el diagnóstico definitivo de las mismas.

El cirujano dentista es el profesional especializado que debe ofrecer prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema estomatognático, y tiene la responsabilidad de mantenerse informado y actualizado científicamente sobre las patologías bucomaxilofaciales que se puede presentar frecuentemente en la consulta dental, de tal manera que pueda tratar satisfactoriamente y/o derivar al especialista correspondiente.

La presente investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de lesiones bucales diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología hospital Alberto Sabogal Sologuren 2011 – 2016, lo que se encontró en este estudio la mayor prevalencia de lesiones bucales fue hiperplasia fibrosa inflamatoria (60) esta lesión se presenta frecuentemente en en adolescente y adultos, al igual que el estudio realizado por Guerrero solo *et al*; en el años 2017 “prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional” la lesión con mayor prevalencia fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria con 38 casos. En el estudio de Lopez Verdín *et al*; la mayor frecuencia de lesiones bucales fue el fibroma traumático, una neoplasia benigna, que tienen un crecimiento lento con respecto a este estudio se

presento 22 casos, por otro lado el estudio de Barria Rodriguez H (2017) las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente fue quiste de retención mucoso (7,01%) y fibroma traumático (6,88%), en el estudio de Martínez. JI, Harris. R, Fortich. N, Plazas.J, (2014) reportan que la lesión en la mucosa oral más prevalente fue vesícula en un 19,07 % y las que se presentaron con menor frecuencia fueron la, hiperplasia gingival, y en este estudio las lesiones bucales que se presentaron con menor frecuencia fueron el carcinoma verrugoso (0,38%), carcinoma escamoso (0,38%) y el sarcoma osteogénico (0,38%).

En este estudio las lesiones quísticas de la cavidad bucal representaron 19 (7,20%) casos del total de lesiones, mientras que en el estudio de Peters *et al*; los quistes odontogénicos representaron el 11,9% de las biopsias, Guerrero Soto *et al*; 2017 reporta 31 casos.

Con respecto al tipo de quiste más prevalente en este estudio represento el quiste dentígeno 68,42%, a diferencia del estudio de Peters *et al*; fue el quiste radicular con un 84,5%

El quiste dentígeno después de los apicales y residuales, los de mayor incidencia entre los quistes odontogénicos, Con respecto a la prevalencia de lesiones quísticas en la cavidad bucal en este estudio se pudo observar que se presentó un total de 7,20% lesiones quísticas de todas las lesiones en la cavidad bucal, dando como resultado el quiste dentígeno (68,42%) el más prevalente con 13 casos respecto a otros tipos de quistes, en el estudio de Guerrero *et al*; en el 2017 presento 19 casos de quistes dentígenos.

Con respecto al sexo en este estudio se presentó con mayor frecuencia en el género femenino (63,16%), dando como el mismo resultado en el estudio de Peters F *et al*; en el 2012 reportó que se presentó un 52,7% del total de quistes en el género femenino, el quiste dentígeno en este estudio se presentó con mayor prevalencia en mujeres (36,84%) 7 casos a diferencia del estudio de Fungi Monetti reportó que el quiste dentígeno se presentó 48 casos, Peters F *et al* reportó 14 (45,1%) casos de quistes dentígenos en el sexo femenino

Con respecto a la ubicación de este estudio, el maxilar superior (68,42%) fue el lugar con mayor número de lesiones quísticas, Peters F *et al*; en el 2012 reportó en su estudio que presentó con mayor cantidad al igual que este estudio en el maxilar superior (65,5%).

Las edades que se presentó mayor prevalencia fue en las edades 70 a 79 (26,32%) con 5 casos reportados a diferencia del estudio de Fungi Monetti que mostró mayor prevalencia entre las edades de 11 – 20 con 24 casos y Peters *et al* reportó que se presentó un 58,2% que se concentra entre los 25 y 55 años.

El quiste dentígeno según la OMS es considerado un quiste odontogénico de desarrollo ya que su formación se origina por la alteración del epitelio del órgano del esmalte posterior a su formación completa de la corona. Es importante realizar exámenes auxiliares para prevenir y/O complementar el diagnóstico de estas patologías quísticas.

Dentro de la cavidad bucal existe tejido que pueden observarse en ocasiones crecimientos celulares que presentan aumento de volumen, pero que no tienen

características neoplásicas tampoco consecuencias graves que comprometa la vida del paciente, pero puede haber molestias de diversas índoles.

En este estudio el grupo de lesiones pseudotumorales (45,45%) fue la más prevalente del resto de lesiones bucales, con mayor prevalencia la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria que es una lesión que se caracteriza con un agrandamiento reactivo, localizado y de tipo inflamatorio del tejido conectivo, más frecuente en adolescentes y adultos y relativamente común en niños (menos del 5%). Según este estudio la hiperplasia fibrosa inflamatoria se presentó con mayor prevalencia, a diferencia del estudio de Leon Camacho, Yepes Guillen y Parra Marquez (2012) que la lesión pseudotumoral con mayor prevalencia fue el granuloma piógeno.

El granuloma piógeno es una lesión reactiva focal de tejido fibrovascular, en este estudio se presentó en un 12,50% de las lesiones pseudotumorales con mayor predisposición en el sexo masculino (10,83%) y las edades que mayor numero de casos se presento fue entre los 30 a 39 años, y la ubicación mas frecuente fue la encía, a diferencia del estudio Leon Camacho, Yepes Guillen y Parra Marquez (2012) reportan que el sexo femenino tuvo mayor números de casos de granuloma piogeno, con edades entre 15 a 40 años, respecto a la ubicación con mayor cantidad de este tipo de lesión fue la encía coincidiendo en los 2 estudios, sin embargo se encontró tambien en lugares atípicos como paladar duro, mucosa interna del labio inferior y el bermellón del labio.

Los tumores benignos en la cavidad bucal por lo general se presentan de forma solitaria y crecen muy lentamente durante un periodo de 2 a 6 años. Pueden aparecer en los labios, encías, paladar, suelo de la boca o lengua, es

importante realizar un estudio histopatológico para determinar con certeza su naturales para deterinar un tratamiento adecuado, en el presente estudio la prevalencia de neoplasias benignas fue de 102 (38,64%) casos del total de lesiones bucales presentes, en el estudio de Guerrero Soto et al; 2017 reportó 76 casos.

En esta investigación la lesión con mayor prevalencia en el grupo de neoplasias benignas fue el fibroma traumático con una cantidad de 22 casos, a diferencia del estudio de Guerrero et al; 2017 la lesión con mayor prevalencia fue el adenoma pleomorfo con 12 casos.

En este estudio se observó 2 casos osteoma y 6 casos de ameloblastoma del grupo de neoplasias benignas a diferencia del estudio de Guerrero Soto et al; 2017 que solo presentó 1 solo caso y 3 casos de ameloblastoma.

El tumor odontogénico queratoquístico es una lesión benigna intraósea de origen odontogénico, en donde en esta investigación se encontró solo 5 casos de todas las lesiones presentadas, en el estudio de Guerrero Soto *et al*; 2017 se encontró 14 casos.

El cáncer bucal en general y particularmente en la lengua en particular tuvo un aumento mundialmente en la última década; ocupa ya el sexto lugar de todas las neoplasias y su prevalencia viene en aumento directamente por el consumo consumo del alcohol y del tabaco.

Se menciona la frecuencia más en varones mayores de 50 años de edad que crónicamente son consumidores de tabaco y alcohol, en el aspecto epidemiológico ha cambiado en la última década y actualmente personas

menores de 45 años, no fumadores/bebedores y mujeres se ven cada vez más frecuentemente afectados por esta neoplasia, probablemente de origen viral..

En el presente estudio se presentó 23 (8,71%) casos de lesiones malignas del total de lesiones presentadas, Guerrero *et al* presento un total de lesiones malignas 43 (12,61%).

En este estudio se pudo observar el carcinoma epidermoide con mayor cantidad de lesiones malignas con un total de 15 casos, a diferencia del estudio de Guerrero Soto *et al* (2017) se presentó 25 casos de carcinoma epidermoide y el estudio de López, Bologna, Sánchez, Horta, reporta que el carcinoma epidermoide se presento 1 caso constituye el 01,1%% de las lesiones malignas.

López, Bologna, Sánchez, Horta, realizaron un estudio sobre las patologías bucales frecuentes en una clínica odontológica de atención primaria, con respecto a las neoplasias malignas presentes fueron un carcinoma de células escamosas y un carcinoma mucoepidermoide constituyendo el 2.3%, en esta investigación se presentó el carcinoma muciepidermoide el 5,68% de las lesiones presentadas en este estudio.

Guerrero *et al* presento reporto que el sexo masculino fue mas prevalente en el grupo de neoplasias malignas, con respecto a la edad representa una moda de 50 y 57 años, en mi estudio la prevalencia de neoplasias malignas concuerda con el género, sin embargo la edad con mayor prevalencia fue 70 a 79 años.

Finalmente podemos decir que existe una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral en la muestra estudiada. Las lesiones que mostraron mayor prevalencia fue la hiperplasia fibroa inflamatoria y de menor número de casos el carcinoma escamoso. Por estas razones es recomendable seguir la línea de investigación para saber con mayor certeza la prevalencia de estas lesiones a nivel regional y nacional, y así mejorar el diagnóstico precoz por parte del cirujano dentista.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de lesiones orales diagnosticadas mediante biopsia en el servicio de odontología en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2011 – 2016 con mayor número de casos fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria.
- La prevalencia de quistes diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología, la lesión con mayor prevalencia fue el quiste dentígeno, en su mayoría se presentó en el sexo femenino, entre las edades de 70 a 79 años y la ubicación con mayor frecuencia fue el maxilar superior.
- La prevalencia de lesiones bucales pseudotumorales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, la lesión con mayor prevalencia fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria, en su mayoría se presentó en el sexo femenino, entre las edades de 50 a 59 años y la ubicación con mayor números de lesiones fue la encia.
- La prevalencia de neoplasias benignas diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, la lesión con mayor prevalencia fue el fibroma, en su mayoría se presentó en el sexo femenino, entre las edades 60 a 69, y según su ubicación se presento con mayor numero de casos en el carrillo.
- La prevalencia de neoplasias malignas diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología, la lesión con mayor prevalencia fue el carcinoma epidermoide, en su mayoría se presentó en el sexo masculino, entre las edades de 70 a 79, y según su ubicación se presento con mayor número de casos en lengua.

RECOMENDACIONES

- Concientizar y educar a la población sobre la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de diversas lesiones bucales, sobretodo la autoevaluación, en el caso de apreciar una alteración visitar al cirujano dentista para ser evaluado, tratado y/o derivado al especialista patólogo oral y maxilofacial.
- Incluir a los centros de salud y hospitales un especialista en medicina y patología oral y maxilofacial único especialista con mayor familiaridad con las lesiones bucales, ya que en la actualidad sólo existe la presencia del médico patólogo general que podría no dar un diagnóstico correcto según la literatura.
- Profundizar los conocimientos en patología bucal a los cirujanos dentistas jóvenes para mejorar la calidad de diagnóstico y tratamiento de diversas patologías bucales, no solo patologías propias de la boca sino también manifestaciones bucales por enfermedades sistémicas.
- Especificar en los informes las zonas en donde se presenta cada lesión encontrada.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Casnati B. Prevalencia de los desórdenes potencialmente malignos y del cáncer bucal en el contexto de las lesiones de la mucosa en el Uruguay Montevideo: Universidad de la República; 2014.
2. De Vega S. Patología oral observada en la facultad de odontología de la UCM en el periodo 2007 – 2011 [Tesis] Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.
3. Ramón Jiménez Ruth, Montoya rey Maritza, Echavarría Martínez Barbara, Norate Plumier Jaime Valverde Ramón, Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas, MEDISAN 2015; 19(6):730
4. Carranza.J, Enfermedades y lesiones patológicas localizadas de la mucosa oral, tejidos blandos bucales y peribucales en pacientes geriátricos, estudio estadístico Hospital Luis Vernaza 2010-2013, Universidad de Guayaquil 2011.
5. Guerrero soto, Lara Perez, Gallegos Corona, Gallardo Vidal, Vasquez Aspeita, prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el hospital general regional num.1 Querétaro; 2017,13(1):29 – 35.
6. Franch Salazar Carlos Andres, prevalencia de lesiones de mucosa oral en adultos de 35 – 44 y 65 – 74 años en Chile, universidad de Chile facultad de odontología departamento de patología y medicina oral. Area de anatomía patológica Santiago – Chile, 2017
7. Maia HC, Pinto NA, Pereira JS, de Medeiros AM, da Silveira ÉJ, Miguel MC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. Einstein (Sao Paulo). 2016 Jan-Mar; 14(1):35-40.

8. Chusino Alarcon, Bravo Cevallos, lesiones bucales premalignas y malignas en el adulto mayor, *Dom. Cien*; 2016, 2: 136- 146.
9. Ramón Jimenes, Montoya Rey, Hechavarria Martinez, Norate Plumier, Valverde Ramón, caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premaligno y maligna, *medisan*; 2015, 19(6):730
10. Chairez atienzo Perla, vega Memije Maria, Zambrano Galvan Graciela, presencia del virus papiloma humano en la cavidad oral: revisión y actualización de la literatura, *Int. J. Odontostomat.*, 2015, 9(2):233-238
11. Martínez JL, Harris R, Fortich N, Plazas J. Prevalencia de lesiones orales y su distribución en la cavidad bucal. *CSV* 2014; 6(2):92 – 98.
12. Casnati B, Álvarez R, Massa F, Lorenzo S, Angulo M, Carzoglio J. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. 2013.
13. López-Verdín S, Bologna-Molina R, Sánchez-Becerra A. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. *Tame* 2013, 2(4): 100-5.
14. Ali M, Joseph B, Sundaram D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center. *Saudi Dent J.* 2013 Jul; 25(3):111-8.
15. Brenes barquero jose Luis, hiperplasia inflamatoria: propósito de un caso, *Revista Científica Odontológica*, 2013; 9(1): 41- 44
16. Lopez Verdín, Bologna Molina, Sanchez Becerra, Horta Sandoval, frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica, *revista tamé*;

2013; 2 (4):100-105.

17. Romero flores Jovita, garcia huerta marco, hernandez miranda, mixoma odontogenico, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (1): 67-70.

18. Peters F, Lopez G, Preiler E, Sotomayor C, Donoso Z, Hernandez V, prevalencia de quistes odontogenicos, hospital regional Valdivia entre los años 1990 y 2010, Av. Odontoestomatol 2012; 28 (6): 303-309.

19. Casian Romero, Trejo Quiroz, De león torres, Carmona Ruiz, hiperplasia fibrosa inflamatoria: reporte de caso, Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, 2011, 4(2); 74-79.

20. Fungi M. Revisión analítica de los quistes odontogénicos. Odontoestomatol 2011; 13(18): 132-41

21. Raposo A, Monsalves MJ, Aravena P, Sanhueza A. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Int. J Morphol 2011; 29(2):622-7.

22. Barria Rodriguez w, prevalencia de las patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del hospital nacional arzobispo Loayza del 2010 al 2015, universidad san martin de Porres, 2017

23. León Camacho maria, Yépez Guillén Jenair, Parra Márquez2, Hernández Manuel, granuloma piógeno de localización atípica: reporte de casos y revisión de la literatura, revista odontologica de los andes, 2012; 7(1): 43-53.

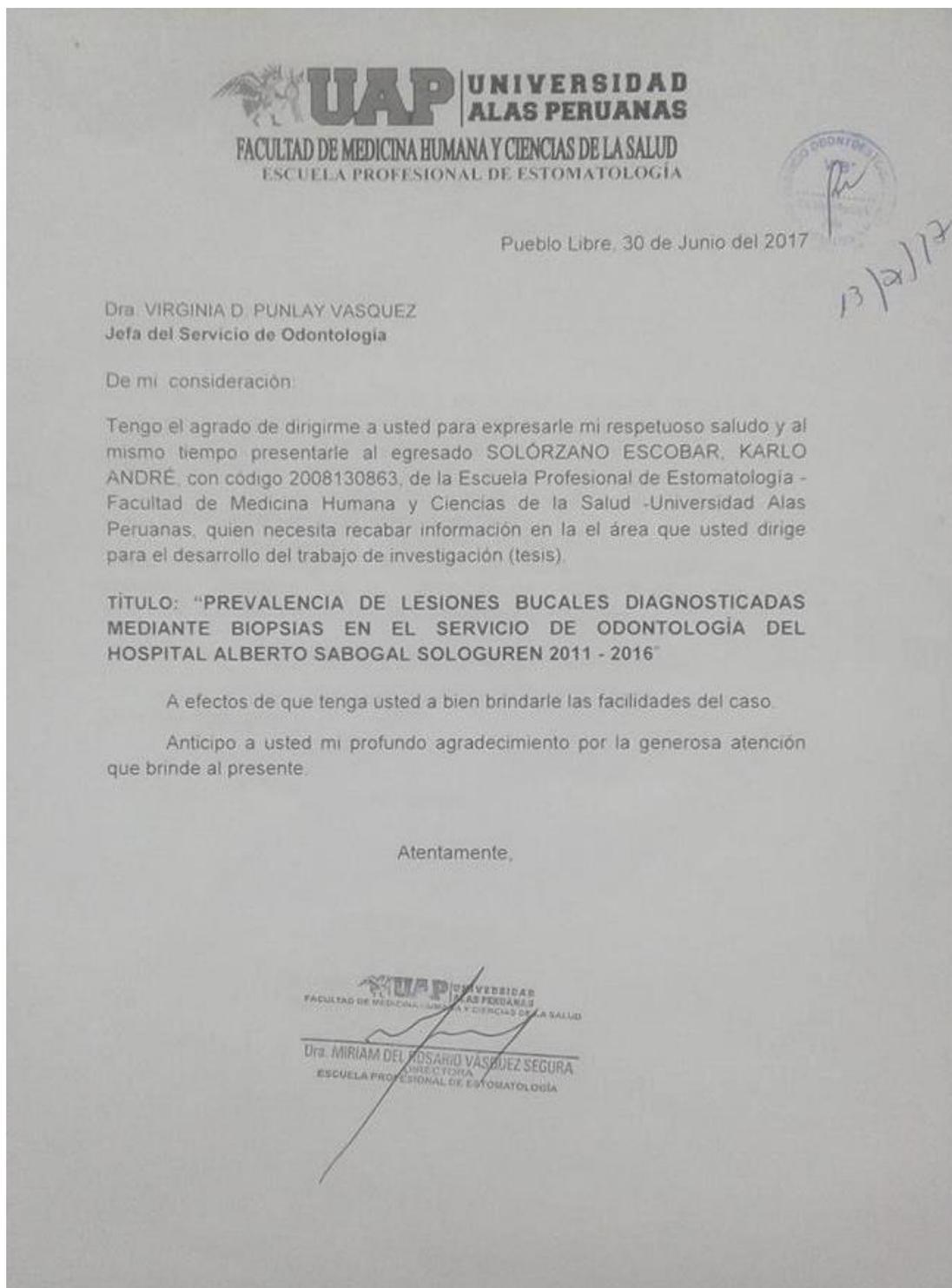
24. Santana JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2° ed. La Habana: Las Habanas; 2010.

25. Fungi M. Revisión analítica de los quistes odontogénicos. *Odontoestomatol* 2011; 13(18): 132-41.
26. León Camacho María, Yépez Guillen Jenair, Parra Márquez Oswaldo, Hernández Manuel, granuloma piogénico de localización atípica, 2012; 7(1): 43 – 63.
27. Castillo castillo Arturo, Doncel Pérez clara, granuloma piogénico, *Rev habanera de ciencias médicas*, 2013; 12(3): 322-328.
28. Estrada Pereira Gladys, Márquez Filiu Maricel, Agüero Despaigne, hiperplasia papilomatosa de paladar en pacientes con prótesis dental, *MEDISAN* 2016; 20(10):40-59.
29. Casian romero, Trejo Quiroz, De león Torres, Carmona Ruiz, hiperplasia fibrosa inflamatoria, *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 2011; Vol. 4(2); 74-79.
30. Brenes barqueo José, hiperplasia fibrosa inflamatoria, *Rev. Cient. Odontol.* 2013, 9(1), 41-44.
31. Chiapasco. M, tácticas y técnicas en cirugía oral, 2ºed. España; 2010.
32. Cháirez P, Vega M, Zambrano G, García Calderón G, Maya A, Cuevas JC. Presencia del virus papiloma humano en la cavidad oral: revisión y actualización de la literatura. *Int J Odontostomat* 2015; 9(2):233-8.
33. Riquelme Pereda Danny Paul, diagnóstico y tratamiento del tumor odontogénico queratoquístico, universidad peruana Cayetano Heredia, 2010.

34. Arenas de frutos gema, Navarro Cuellar Carlos, Ochandiano Caicoya Santiago, López López Ana, manejo terapéutico del queratoquiste, Vol. 10, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre pp. 101-107, 2014.
35. Reichart P, Philipsen H. Atlas de patología oral. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
36. Molina Vidal Guillermo, cadena Anguiano Jorge Luis, manzano Galindo Penélope, tratamiento de ameloblastoma convencional: hemimandibulectomía, y reconstrucción con placa 2.4 bloqueada con aditamento condilar synthes. Revista ADM 2015; 72 (3): 153-159, 2015.
37. Romero flores Jovita, García Huerta Marco, Hernández Miranda, mixoma odontogénico, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (1): 67-70.
38. Harris Ricardo, Rebolledo Cobos, Diaz Caballero, Carbonell Muñoz, odontoma serie de casos, Av. Odontoestomatol 2011; 27 (1): 25-32.
39. Sidron AM, Pérez S. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Odontoestomatol 2015; 31 (4): 247-59.
40. Santelices M, Cárcamo M, Brenner C, Montes R. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. Rev Med Chile 2016; 144: 766-70.
41. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki, Patología oral y maxilofacial contemporánea, 2 ed. Madrid 2005.
42. Chimenos Kustner E. La historia clínica de la odontología, Barcelona 1990.
43. Días rubios E, Cortés funes H, Gascon P, Guillen Vicente, glosario del cáncer, universidad del país vasco, 2007.
44. Tortora Derrickson, principios de anatomía y fisiología, 11 ed. Madrid 2007.

ANEXOS

Anexo N°1: carta de presentación



ANEXO N°2 Informe histopatológico de lesiones bucales



“Año del Buen Servicio al Ciudadano”
“Lucha contra la Corrupción”

Lima, julio del 2017

La que suscribe, Jefa del Servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren: Dra. Virginia Pun Lay Vásquez

HACE CONSTAR

Que, Don KARLO ANDRÉ SOLÓRZANO ESCOBAR; egresado de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Medicina Humana y Ciencia de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, ha aplicado la recolección de informes histopatológicos como parte del desarrollo de la tesis con título **“PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES DIAGNOSTICADOS MEDIANTE BIOPSIAS EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2011 - 2016”** aplicadas en el mes de julio del presente año.

Esta constancia se otorga para fines de estudios de investigación para la tesis en mención

Atentamente


DRA. VIRGINIA PUN LAY VÁSQUEZ
C.O.P. 427 R.N.E. 1593
JEFA DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA
HOSP. NAC. ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN

MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

ANEXO N°3: ficha de recolección de datos



Informe histopatológico de lesiones bucales

N° Informe: _____ N° Historia clínica: _____ Edad: _____

Sexo: () Masculino () Femenino Año de diagnóstico: _____

Diagnóstico histopatológico:

Lesión bucal							
<i>Pseudotumorales hiperplásicas</i>	✓	<i>Quistes</i>	✓	<i>Lesiones malignas</i>	✓	<i>Neoplasia benignas</i>	✓
Granuloma piógeno		Quise dentígero		Carcinoma espinocelular o epidermoide		Papiloma escamoso	
Hiperplasia papilomatosa del paladar		Queratoquiste odontogénico		Carcinoma verrugoso		Papiloma oral	
Hiperplasia fibrosa inflamatoria		Quiste del conducto palatino		Sarcoma osteogénico		Fibroma	
Otro (especificar):		Mucocele		Otro (especificar):		Fibroma osificante	
		Quiste odontogénico calcificante				Osteoma	
		Otro (especificar):				Lipoma	
						Odontoma	
						Ameloblastoma convencional	
						Otro (especificar):	

Localización anatómica: _____

Santana JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2° ed. La Habana: Las Habanas; 2

ANEXO N° 4: informe histopatológico del Hospital Alberto Sabogal

Sologuren

**ESSALUD
H.N ALBERTO SABOGAL
DPTO. DE ANATOMIA PATOLOGICA
PATOLOGIA QUIRURGICO**

INFORME ANATOMO – PATOLÓGICO

Apellidos y nombres:

Edad – sexo:

Procedencia:

Servicio:

No. de historia clinica:

Medico solicitante:

Tipo de examen:

Diagnostico clinico:

Fecha de operación:

Fecha de recepcion:

DIAGNOSTICO:

MACROSCOPIA:

Dr (a):

Codigo:

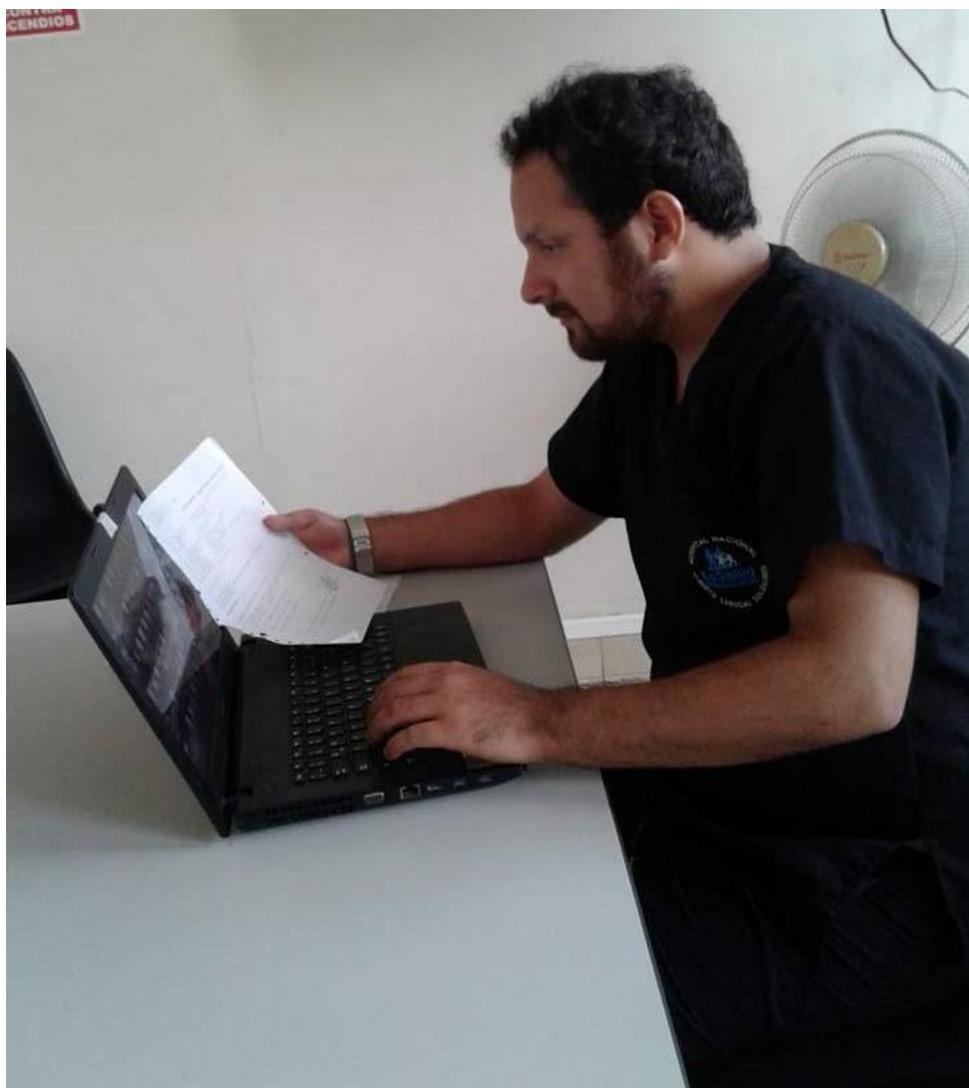
Fecha de resultado:

ANEXO N°5: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Variables	Metodología
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de las lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la prevalencia de las lesiones bucales diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 – 2016</p>	<p>Variables principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia de las lesiones bucales 	<p>Nivel: Aplicado</p> <p>Diseño: Descriptivo observacional</p> <p>Tipo: Transversal</p>
<p>Problemas secundarios</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de quistes en la cavidad bucal diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de lesiones seudotumorales en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de neoplasias benignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo,</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Definir la prevalencia de quistes en la cavidad bucal diagnosticados mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.</p> <p>Establecer la prevalencia de lesiones seudotumorales en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.</p> <p>Conocer la prevalencia de neoplasias benignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.</p> <p>Determinar la prevalencia de neoplasias malignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el</p>	<p>Covariable:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubicación - Sexo - Edad 	<p>Población</p> <p>264 resultados de informes histopatológicos</p>

<p>edad y ubicación?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de neoplasias malignas en la cavidad bucal diagnosticadas mediante biopsias en el servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación?</p>	<p>servicio de odontología del hospital Alberto Sabogal Sologuren en 2011 - 2016, según sexo, edad y ubicación.</p>		
--	---	--	--

Anexo N° 6: fotografías



En el departamento de odontología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren recolectando los datos referente al estudio.

Anexo N° 7: fotografías.



Interior del departamento de odontologia