

**FRECUENCIA DE LESIONES PATOLÓGICAS EN CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES
ADULTOS Y NIÑOS ATENDIDOS EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A
SEPTIEMBRE DEL 2000 EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y
MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
(IGSS)**

Tesis presentada por

SILVIA ELYZANIA GARCÍA LÓPEZ

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

CIRUJANA DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2002

DL
09

T(1634)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DECANO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
VOCAL PRIMERO:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
VOCAL SEGUNDO:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
VOCAL TERCERO:	Dr. César Mendizábal Girón
VOCAL CUARTO:	Br. Edgar Areano Berganza
VOCAL QUINTO:	Br. Sergio Pinzón Cáceres
SECRETARIO:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

DECANO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
VOCAL PRIMERO:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
VOCAL SEGUNDO:	Dra. Annabella Corzo Marroquín
VOCAL TERCERO:	Dr. Luis Felipe Paz García S.
SECRETARIO:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS TODO PODEROSO

Por iluminarme y sus bendiciones que siempre me acompañan..

A MIS PADRES

Luis Samuel García Gómez,
Silvia Cristina López de García,
por su amor, entrega y apoyo incondicional que siempre me han dado, que este sea el primer fruto de tantos sacrificios.

A MI HERMANO

Luis Samuel García López,
por no abandonarme nunca, aún en la soledad que dejó su partida, con todo mi cariño. Te extrañaré siempre.

A MI HIJO

Samuel Osbaldo, por ser la razón de mi vida y mi mayor motivo para seguir adelante.

A MIS ABUELITOS

José Cruz García Dávila (Q.D.E.P),
Herminio Rodrigo López Rodríguez (Q.D.E.P),
Sofía Domínguez Rivas (Q.D.E.P),
por su amor y cuidados, hasta el cielo mi cariño.
Marcos de Jesús Gómez con especial cariño.

A MI FAMILIA

A mis tíos y primos, gracias por su cariño.

A MIS AMIGOS

Cary Tello, Pablo Vásquez, Marbella Delgado,
Blanca Sandoval, Reyna Orrego, Estelita
Fernández, Lucy Acuña, Glenda Fernández, por
esos momentos inolvidables.
En especial a: Dra. Claudia Del Valle, por ser la
hermana que no tuve y estar conmigo en las
buenas y en las malas.

A USTED

Por su presencia.

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS

A MIS PADRES

A MI PATRIA GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AL CENTRO DE ADIESTRAMIENTO Y OPERACIONES ESPECIALES "KAIBIL",
MINISTERIO DE LA DEFENSA NACIONAL.

AL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE POPTÚN, PETÉN.

A LOS DOCTORES:

HORACIO MENDIA ALARCÓN,
KURT DAHINTEN GALÁN,
NORBERTO FERNÁNDEZ.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado: "FRECUENCIA DE LESIONES PATOLÓGICAS EN CAVIDAD BUCAL DE PACIENTES ADULTOS Y NIÑOS ATENDIDOS EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 SEPTIEMBRE DEL 2000 EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)", conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Quiero agradecer a mi asesora Dra. Diana Annabella Corzo Marroquín, por su valiosa colaboración y asesoría en este trabajo de Tesis, así como al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y a las personas que laboran en la misma, por brindarme los datos y apoyo para la realización de dicho trabajo.

Y a ustedes señores del Honorable Tribunal Examinador mi más alta consideración y respeto.

INDICE

Sumario	1
Introducción	2
Planteamiento del Problema	3
Justificación	5
Revisión de Literatura	6
Objetivos	68
Variables	69
Metodología	70
Presentación de Resultados	71
Discusión de Resultados	135
Conclusiones	137
Recomendaciones	139
Limitantes	140
Bibliografía	141
Anexos	144

SUMARIO

Se investigó la frecuencia de lesiones Patológicas de la cavidad bucal en pacientes adultos y niños, atendidos en la período de enero de 1990 a septiembre del 2000 en la clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

De acuerdo a los libros de control diario de citas se atendió un total de diez mil pacientes durante el período citado con anterioridad de los cuales se seleccionaron los expedientes clínicos de pacientes que presentaron lesiones patológicas bucales y que se encontraban disponibles en el archivo del Hospital para ser revisados, haciendo un total de 2767 expedientes, de los cuales el 55.51% corresponden a pacientes de sexo masculino y 81.1% de etnia ladina.

Las cinco lesiones patológicas bucales más frecuentemente encontradas fueron: fibroma (18.50%), mucocelo (17.96%), granuloma periapical (10.44%), epulis fisurado (8.78%) y quiste periapical (7.73%). Se investigaron las características clínicas, edad, sexo, etnia, localización y recurrencia, de dichas lesiones.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de carácter retrospectivo da a conocer la frecuencia de lesiones patológicas en cavidad bucal, en base a la información descrita en los expedientes de pacientes que ingresaron a la clínica de cirugía oral y maxilofacial del Hospital de accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en el período de enero de 1990 a septiembre del 2000. La información presentada sirve como fuente de consulta que brinda datos clínicos y estadísticos, los cuales proporcionan una idea real al profesional sobre la patología bucal más común dentro de la población estudiada.

Se logró identificar cuál es la edad, localización de la lesión y características clínicas más frecuentemente encontradas según las descripciones anotadas en los expedientes clínicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población guatemalteca, tanto infantil como adulta, es susceptible a procesos patológicos bucales benignos y malignos que necesitan de intervención quirúrgica para su adecuado tratamiento, cuya frecuencia no se encuentra documentada dentro de la literatura sobre el tema.

En la clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de accidentes del IGSS se presta servicio a pacientes previamente evaluados en alguna de las clínicas periféricas de la República de Guatemala y que necesitan tratamiento quirúrgico para la patología bucal que presentan, por lo que realizar un estudio en esta población puede dar al profesional una idea de la frecuencia de las lesiones patológicas en los pacientes atendidos en esta institución, más no de la población guatemalteca en general.

Conocer factores como la localización y características clínicas de las lesiones, edad, sexo y raza en las que se encuentran más frecuentemente las lesiones patológicas, brindan al odontólogo datos valiosos para poder dar diagnósticos y tratamientos adecuados a sus pacientes.

Con la presente investigación se pretende responder a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las lesiones patológicas más frecuentes en cavidad bucal de los pacientes atendidos en la clínica de Cirugía oral y maxilofacial del hospital de accidentes del IGSS?
- ¿Cuáles son las características clínicas descritas en las fichas clínicas de estas lesiones?
- ¿Cuál es su localización más común?

- ¿En qué sexo, edad y raza o etnia se presentan más frecuentemente?
- ¿Qué lesiones recurren con más frecuencia después de su tratamiento?
- En las lesiones que se hizo estudio histopatológico, al presentar el diagnóstico de las mismas, ¿existe correlación con el diagnóstico inicialmente planteado?

JUSTIFICACIÓN

Este estudio nace de la necesidad de conocer la frecuencia de las lesiones patológicas en cavidad bucal en pacientes adultos y niños, con el fin de llegar a diagnósticos finales correctos y brindar a los pacientes un tratamiento satisfactorio sin necesidad de referirlos a otro profesional.

Tomando en cuenta que la clínica de Cirugía oral y maxilofacial del Hospital de accidentes del IGSS reporta una cobertura de diez mil pacientes, tanto del área capitalina como del resto del país, atendidos durante el período de enero de 1990 a septiembre del 2000, este estudio será representativo de la población atendida en la Institución, lo que dará al profesional una guía de las lesiones patológicas más frecuentes.

La información recabada podrá ser transferida al estudiante de Odontología para que base sus conocimientos sobre Patología bucal en datos que no sean de estudios extranjeros y que no reflejan la realidad de la población a quienes brindará sus servicios.

REVISIÓN DE LITERATURA

A continuación se estudiarán lesiones patológicas bucales más frecuentes que necesitan de tratamiento quirúrgico, enumerando aspectos de las mismas como: sinónimo, definición, frecuencia, características clínicas y radiológicas, tratamiento, pronóstico y recurrencia.

Para un mejor entendimiento de las lesiones se clasificarán de acuerdo a las clasificaciones propuestas por Neville(15) y Shaffer(20):

A. DEFECTOS DEL DESARROLLO DE LA REGION BUCAL Y MAXILOFACIAL:

- A.1 ANQUILOGLOSIA
- A.2 TORUS PALATINO
- A.3 TORUS MANDIBULAR
- A.4 QUISTES DEL DESARROLLO
 - A.4.1 QUISTE NASOLABIAL
 - A.4.2 QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO
 - A.4.3 QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE

B. ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES:

- B.1 GRANULOMA PERIAPICAL
- B.2 QUISTE PERIAPICAL

C. ENFERMEDADES PERIODONTALES:

- C.1 HIPERPLASIA GINGIVAL

D. TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL:

- D.1 PAPILOMA ORAL ESCAMOSO
- D.2 VERRUGA VULGAR O COMUN
- D.3 QUEILITIS ACTINICA

E. LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL:

- E.1 LEUCOPLASIA
- E.2 ERITROPLASIA

F. TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL:

F.1 CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

F.2 MELANOMA

G. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES:

G.1 TUMORES BENIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES

G.1.1 ADENOMA PLEOMORFICO

G.1.2 ADENOMA MONOMORFICO

G.1.2.1 ADENOMA DE CELULAS BASALES

G.1.2.2 ADENOMA CANALICULAR

G.2 TUMORES MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES

G.2.1 CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO

G.2.2 CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE

H. LESIONES FÍSICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS:

H.1 HIPERPLASIA FIBROSA POR IRRITACIÓN

H.1.1 EPULIS FISURATUM

H.1.2 FIBROMA

H.2 MUCOCELE

H.3 RANULA

H.4 SIALOLITIASIS

I. TUMORES BENIGNOS DE TEJIDO CONECTIVO:

I.1 GRANULOMA PIOGENO

I.2 LIPOMA

I.3 FIBROMA OSIFICANTE

I.4 HEMANGIOMA

I.5 LINFANGIOMA

I.6 GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

J. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS:

J.1 DISPLASIA FIBROSA

J.2 TUMORES MALIGNOS DE TEJIDOS OSEOS

J.2.1 OSTEOSARCOMA

J.2.2 CONDROSARCOMA

K. QUISTES ODONTOGENICOS:

K.1 QUISTE DENTIGERO

K.2 QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

K.3 QUISTE PERIODONTAL LATERAL

K.4 QUISTE PERIAPICAL

L. TUMORES ODONTOGENICOS:

L.1 AMELOBLASTOMA

L.2 TUMOR ODONTOGENO CALCIFICANTE EPITELIAL

L.3 TUMOR ODONTOGENO ADENOMATOIDE

M. TUMORES DE TEJIDO MIXTO DE ORIGEN ODONTOGENICO:

M.1 ODONTOMA

M.2 MIXOMA

M.3 CEMENTOBLASTOMA

A. DEFECTOS DEL DESARROLLO DE LA REGION BUCAL Y MAXILOFACIAL

A.1 ANQUILOGLOSIA

Es una anomalía del desarrollo de la lengua, caracterizada por un frenillo lingual corto y grueso, lo que provoca limitación de los movimientos linguales. (15)

La anquiloglosia completa se presenta como resultado de la fusión entre la lengua y el piso de la boca. La anquiloglosia parcial o la común (lengua atada), es una alteración mucho más frecuente y, por lo regular es causada por un frenillo lingual corto o de uno que está demasiado cerca de la punta de la lengua. Por el movimiento restringido de la lengua, los pacientes con este defecto tienen dificultad al hablar, principalmente la pronunciación de ciertas consonantes y diptongos. (20)

Etiología:

Debido a la observación de casos familiares, se ha sugerido un factor genético en su etiología. También se observa anquiloglosia en asociación con el síndrome oro-dígito-facial. (10)

Tratamiento:

Aunque algunos casos de anquiloglosia parcial son auto correctivos, la mayor parte se tratan quirúrgicamente al cortarse el frenillo. (20)

Si se presentan dificultades en la función o problemas periodontales, la frenectomía es un tratamiento que restaura la libertad de los movimientos linguales. En niños muy pequeños se recomienda que la cirugía se haga hasta los 4 ó 5 años. (15)

La literatura guatemalteca revisada sobre el tema aporta los siguientes datos:

AUTOR	MASCULINO	FEMENINO	EDAD	TOTAL CASOS
CALDERON (3)	24 CASOS	14 CASOS	6 A 19 AÑOS	38 CASOS DE 460 PACIENTES ESTUDIADOS
PINEDA (16)	1 CASO		17 A 21 AÑOS	1 CASO DE 1092 PACIENTES ESTUDIADOS
VIAU (21)	22 CASOS	11 CASOS	7 A 17 AÑOS	33 CASOS DE 400 PACIENTES ESTUDIADOS

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD				TOTAL CASOS
	MASC	FEME	7-9	10-12	13-15	16-19	
ALONSO (1)	11	09	10	10	-----	-----	20 CASOS DE 718 PACIENTES
LIZAMA (9)	30	16	15	12	11	08	46 CASOS DE 400 PACIENTES
MOINO (12)	39	11	25	07	07	11	50 CASOS DE 400 PACIENTES

RODRÍGUEZ VEGA (19), reporta los siguientes datos de una investigación en 400 pacientes guatemaltecos, donde establece frecuencias de anquiloglosia parcial y total:

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTALES
	PARCIAL	TOTAL	PARCIAL	TOTAL	
7-19 años	19	03	18	02	42
10-12 años	17	01	13	01	32
13-15 años	08	01	02	0	11
16-19 años	01	0	01	0	02
TOTALES	45	05	34	03	87

A.2 TORUS PALATINO

Exostosis común que ocurre en la línea media de la bóveda del paladar duro. (15)

Etiología:

La patogénesis de esta lesión ha sido muy debatida con argumentos alrededor de la genética contra factores ambientales y también estrés masticatorio. (15)

Apariencia clínica:

Forma: plana, fusiforme, ovalada o lobulada. (15,20)

Base: sésil o pedunculada. (15)

Color: mismo de la mucosa o ligeramente más pálido. (20)

Superficie: lisa o irregular si está ulcerado. (15)

Consistencia: firme. (15)

Tamaño: la mayoría son menores de 2 centímetros de diámetro, sin embargo pueden crecer lentamente hasta cubrir toda la extensión de la bóveda palatal. (15)

Localización: rafé medio y/o bóveda palatal. (15,20)

Edad: aparece entre la segunda y tercera décadas. (20)

Raza: el indio norteamericano y los esquimales muestran incidencia mucho mayor de torus palatino que la población general de los Estados Unidos, incluyendo la raza negra (19), aunque también se ha visto aumentada en los asiáticos. (15)

Sexo: es más frecuente en mujeres. (15,20)

Sintomatología: la mayor parte no causa síntomas, pero en algunos casos la delgada mucosa que lo cubre puede ulcerarse por trauma. (20)

Tratamiento:

En pacientes edéntulos, puede ser necesario removerlo quirúrgicamente para adaptar la base de una prótesis. También puede ser removida quirúrgicamente en caso de que el torus se vea ulcerado repetidamente o que interfiera con la función bucal. (20)

La bibliografía guatemalteca consultada muestra los siguientes datos de la frecuencia del torus palatino:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD					TOTAL DE CASOS
	MAS	FEM	1 a 15	16 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	
CHACON (4)	11	19	07	07	05	03	08	30 CASOS DE 400 PACIENTES
MAZA- RIEGOS (11)	139	381	365	88	54	11	02	520 CASOS DE 600 PACIENTES
PINEDA (16)	41	48	-----	67	16	05	01	89 CASOS DE 1092 PACIENTES

A.3 TORUS MANDIBULARIS

Exostosis o crecimiento exterior óseo que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula. (15)

Etiología:

La patogénesis de esta lesión ha sido muy debatida con argumentos alrededor de la genética contra factores ambientales y también estrés masticatorio. (15)

Apariencia clínica:

Lesión básica: nódulo. (18)

Forma: variable. (20)

Tamaño: puede ser una lesión individual grande o múltiples lesiones menores de 2 centímetros de diámetro (15), la mayoría de los casos son bilaterales. (10,18)

Localización: superficie lingual de la mandíbula, por arriba de la línea milo hioidea, por lo regular opuesta a los premolares. (10,15,18,20)

Edad: se presenta durante la segunda y tercera décadas de la vida. (18)

Sexo: se presenta más en hombres. (15)

Raza: es más frecuente en asiáticos y esquimales. (15)

Frecuencia: menos frecuente que el torus palatino. (15)

Sintomatología: asintomático. (15)

Tratamiento:

Se trata quirúrgicamente cuando dificulta la elaboración de la prótesis o cuando se ulcera frecuentemente secundario a trauma. (10,15,20)

Datos de algunas investigaciones guatemaltecas muestran las siguientes frecuencias de torus mandibular:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD					TOTAL DE CASOS
	MAS	FEM	1 a 15	17 a 26	27 a 36	37 a 46	47 a 56	
MAZA- RIEGOS (11)	04	11	14	01	0	0	0	15 CASOS DE 600 PACIENTES
PINEDA (16)	08	03	-----	07	03	01	0	11 CASOS DE 1092 PACIENTES

A.4 QUISTES DEL DESARROLLO**A.4.1 QUISTE NASOLABIAL**

Es una lesión quística de tejido blando del labio superior que no afecta al alveolo. (18)

Etiología:

Se cree que se origina en restos del sólido cordón celular que forma la terminación caudal del conducto nasolagrimal. La porción anterior del conducto maduro produce este quiste de tejido blando. La incidencia de quistes bilaterales apoya esta teoría. (18)

Apariencia clínica:

Lesión básica: nódulo o tumor. (18,20)

Color: mismo de la mucosa adyacente. (18)

Superficie: lisa o ulcerada. (20)

Consistencia: blanda. (18)

Tamaño: Variable. Puede crecer tanto que cause deformidad del ala de la nariz llevándola hacia arriba y hacia un lado. (18)

Localización: surco mucobucal de la región canina superior. (18)
 Edad: aparece en la cuarta y quinta décadas. (18,20)
 Sexo: tiene predilección por el femenino. (18,20)
 Frecuencia: es poco frecuente. (18)
 Sintomatología: generalmente es asintomático, aunque puede haber obstrucción nasal leve. (18)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica de la lesión. (18,20)

Pronóstico:

No se produce recurrencia. (18)

Investigaciones guatemaltecas consultadas dan los siguientes datos sobre el quiste nasolabial:

AUTOR	SEXO		ETNIA		EDAD 31 a 40	TOTAL CASOS
	MASC	FEMEN	MEST.	INDÍG.		
BATRES (2)	0	02	-----	-----	02	2 CASOS DE 421 PACIENTES
GIL (5)	0	01	01	0	01	1 CASO DE 343 PACIENTES

A.4.2 QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

(SINÓNIMO: Quiste del Conducto Incisivo)

Es el quiste no odontogénico más común de la cavidad bucal. (15)

Etiología:

Su desarrollo se relaciona con la presencia de restos epiteliales de los conductos nasopalatinos embrionarios en el conducto incisivo. (18)

Se cree que su desarrollo se relaciona con infecciones bacterianas o traumatismos que estimulan la proliferación de los restos epiteliales o puede relacionarse con la presencia de glándulas mucosas en la cubierta epitelial, las que al secretar mucina en las estructuras secuestradas forman de manera secundaria el quiste. (18)

Apariencia radiográfica:

Forma: la espina nasal anterior se superpone en forma central al defecto radiolúcido lo que produce una forma de corazón (18), o de pera invertida. (15)

Color: radiolúcido. (18)

Tamaño: varía de menos de 6 milímetros hasta lesiones destructivas de 6 centímetros de diámetro, aunque la mayoría oscilan entre 1.5 y 1.7 centímetros de diámetro. (15)

Bordes: bien definidos y escleróticos. (15,18)

Localización: región anterior de la línea media del paladar. (18)

Características clínicas:

Edad: cuarta y quinta décadas. (15,18,20)

Sexo: más común en hombres. (15,18)

Sintomatología: la mayoría son asintomáticos, el signo clínico que sugiere la lesión es una tumoración. Después de una infección se presentan síntomas como rápido aumento de tamaño, a veces se forma una cavidad en la porción más prominente de la papila. (15)

Tratamiento:

Enucleación quirúrgica. En quistes grandes se debe considerar la marsupialización antes de la enucleación definitiva. (18)

Pronóstico:

La proporción de recurrencia es muy baja. (15,18)

La bibliografía guatemalteca consultada reporta los siguientes datos sobre la frecuencia del quiste nasopalatino:

AUTOR	SEXO		ETNIA		EDAD				TOTAL CASOS
	MAS	FEM	MES	IND	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 o más	
BATRES (2)	05	03	---	---	02	01	02	03	8 CASOS DE 421 PACIENTES
GIL (5)	01	02	03	0	---	---	---	03	3 CASOS DE 343 PACIENTES

A.4.3 QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE

Es un tipo de teratoma quístico derivado principalmente del epitelio germinal embrionario pero que en ocasiones también contiene estructuras de otras capas germinales.

La diferencia entre ambos es histológica, el dermoide presenta apéndices cutáneos y el epidermoide no. (20)

Etiología:

Se derivan de la inclusión de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos mandibular y branquial del hioides. Rara vez son congénitos. (20)

Apariencia clínica:

Lesión básica: nódulo o tumor. (20)

Consistencia: blanda o fluctuante. (18,20)

Tamaño: mide varios centímetros de diámetro. (20)

Localización: se localiza con más frecuencia en la porción anterior de piso de boca, áreas submaxilares y sublinguales. (18,20)

Edad: ocurre en la adolescencia. (20)

Sexo: no presenta predilección. (20)

Raza: no presenta predilección. (20)

Frecuencia: poco frecuente. (18)

Sintomatología: causa elevación de la lengua y dificulta comer y hablar. Esto ocurre más cuando el quiste está entre el músculo genio hioideo y la mucosa bucal. A veces se infectan y desarrollan conductos que se abren intrabucalmente o en la piel. (20)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica. (18,20)

Pronóstico:

Por lo general no recurre. (18,20)

Investigaciones guatemaltecas consultadas, reportan las siguientes frecuencias del quiste dermoide-epidermoide:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD			ETNIA	
	MASC.	FEMEN.	0 a 20	21 a 40	41 a 60	MEST.	INDIG.
BATRES (2)	01	01	01	01	-----	-----	-----
GIL (5)	08	06	06	07	01	13	01

AUTOR	LOCALIZACION			TOTAL DE CASOS
	PIEL CARA Y CUELLO	MUCOSA CARRILLO	PISO DE BOCA	
BATRES (2)	01	-----	01	2 CASOS DE 421 PACIENTES
GIL (5)	10	2	2	14 CASOS DE 343 PACIENT.

B. ENFERMEDADES DE LA PULPA Y LOS TEJIDOS PERIAPICALES

B.1 GRANULOMA PERIAPICAL

Este término se refiere a una masa crónica de tejido de granulación inflamado localizado en el ápice de una pieza no vital. (15) Es una de las más comunes secuelas de la pulpitis. (20)

Etiología:

La formación de lesiones apicales inflamatorias representa una reacción defensiva secundaria a la presencia de bacterias en el canal radicular con difusión de sus productos tóxicos hacia la zona apical. Inicialmente, la reacción de defensa elimina sustancias nocivas que salen del canal. Con el tiempo, la reacción del huésped se vuelve menos efectiva a la invasión microbiana o a la difusión de las toxinas en el área apical. (15)

Estas lesiones no son estáticas y pueden transformarse en quiste periapical o demostrar exacerbaciones agudas con formación de abscesos. (15)

Aspectos radiográficos:

Color: radiolúcido. (20)

Bordes: a veces se ven bien delimitados y en otras ocasiones la lesión es difusa. (20)

Tamaño: variable (20), puede ser poco perceptible hasta más de 2 centímetros de diámetro. (15)

Características clínicas:

Sintomatología: puede haber sensibilidad notable del diente afectado a la percusión, o dolor leve que aparece cuando se muerden o mastican alimentos sólidos. En algunos casos el diente se siente ligeramente agrandado en su alvéolo. (20)

Tratamiento:

La terapéutica del granuloma periapical consiste en la extracción de los dientes afectados o, bajo ciertas condiciones, del tratamiento del conducto radicular con apicectomía subsecuente o sin ella. (20)

Pronóstico:

Si se deja sin tratar, finalmente se transforma en un quiste periodontal apical por la proliferación de los restos epiteliales en esa región. (20)

Investigaciones guatemaltecas sobre el tema reportan las siguientes frecuencias de granuloma periapical:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD				ETNIA		LOCALIZA		TOTAL CASOS
	MASC.	FEM.	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 o más	MES	IND	INTRAÓSEA MAXILAR		
									SUP	INF	
GIL (5)	80	144	50	134	40	-----	199	25	140	84	224 CASOS DE 329 PACIENTES
MORALES (13)	110	97	13	114	64	16	---	---	---	---	207 CASOS DE 300 PACIENTES

B.2 QUISTE PERIAPICAL

(SINÓNIMOS: Quiste radicular, Quiste periodontal apical)

Es un foco discreto de tejido de granulación crónico localizado en el hueso alrededor del ápice del diente, con una cubierta epitelial que deriva de residuos epiteliales odontógenos (restos de Malassez) localizados en el ligamento periodontal. (15,18)

Etiología:

Se desarrolla a partir de un granuloma periapical preexistente. (15,18)

Para que se forme se necesita una pulpa necrótica por caries o traumatismo. (15,18)

Apariencia radiográfica:

Forma: circular u oval. (15,18)

Color: radioluciente. (15,18)

Tamaño: de 0.5 a 1.5 centímetros. (18)

Bordes: opacos definidos. (15,18)

Expansión de corticales: no produce, pero sí absorción de hueso. (18)

Localización: es más frecuente en región anterior de maxilar superior y le siguen región posterior maxilar, posterior mandibular y anterior mandibular. (18)

Característica clínicas:

Edad: afecta más entre la tercera y sexta décadas de la vida. (18)

Sexo: afecta más a hombres. (18)

Frecuencia: muy frecuente. (15,18)

Sintomatología: asintomático. (15,18)

Tratamiento:

Endodoncia con o sin apicectomía que permita curetaje directo. En casos severos, marsupialización. Extracción de dientes sin vitalidad y curetaje. (15,18)

Pronóstico:

Si se hace endodoncia con o sin apicectomía observar el desarrollo de la lesión. Si se hace extracción, puede haber recurrencia y desarrollarse un quiste residual años después. (15,18)

La bibliografía guatemalteca consultada reporta las siguientes frecuencias de quiste periapical:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD			ETNIA		LOCALIZAC.		TOTAL CASOS
	MASC	FEM	0 a 20	21 a 40	41 ó +	MES	IND	INTRAÓSEAS MAXILAR		
								SUP.	INF.	
BATRES (2)	122	177	34	104	161	---	---	211	88	299 CASOS DE 771 PACIENTES
GIL (5)	29	49	20	36	22	67	11	46	32	78 CASOS DE 329 PACIENTES
GOMEZ (6)	03	04	0	06	01	05	02	05	02	7 CASOS DE 57 PACIENTES
MORALES (13)	23	39	05	35	22	---	---	-----	-----	62 CASOS DE 300 PACIENTES

C. ENFERMEDADES PERIODONTALES**C.1 HIPERPLASIA GINGIVAL RELACIONADA A MEDICAMENTOS**

La hiperplasia gingival, es una anomalía de volumen caracterizada por el agrandamiento de la encía provocado por aumento de sus elementos colágenos, como respuesta a un estímulo farmacológico. (20)

Etiología:

La hiperplasia gingival no inflamatoria se produce por factores diferentes a la irritación local. No es muy frecuente y en la mayor parte de los casos ocurre en la terapéutica con fármacos. (15,20)

Entre los fármacos que producen hiperplasia gingival se encuentran:

- Fenitoína (anticonvulsivo).
- Ciclosporina (inmunosupresor).
- Nifedipina (antagonista del calcio).
- Verapamilo (antagonista del calcio).
- Diltiazem (antagonista del calcio). (15,20)

La fenitoína es el fármaco que mas se ha asociado con la presencia de hiperplasia gingival, presentando una prevalencia del 50% de los pacientes bajo este tratamiento. (15,20)

Características clínicas:

Empieza como un crecimiento no doloroso de una o de dos papilas interdentes, que presentan un aumento en el punteado y finalmente una superficie rugosa o lobular con granulaciones. Los tejidos gingivales son densos, elásticos e insensibles; muestran poca o ninguna tendencia a sangrar. (20)

Tratamiento:

El agrandamiento por lo general no presenta dificultades, aunque es objetable su aspecto estético. Puede ser tan intenso que interfiera con la función y por esta razón se debe extirpar por cirugía. (20)

Pronóstico:

Es común la recurrencia. Se ha observado que la higiene bucal cuidadosa da como resultado un desarrollo más lento de la hiperplasia, y una recurrencia más lenta después de la extirpación quirúrgica. (20)

Investigaciones guatemaltecas reportan los siguientes datos sobre Hiperplasia dilatínica:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD			LOCALIZACION		TOTAL CASOS
	MAS	FEM	0 a 20	21 a 40	41 a 60	MUCOSA GINGIVAL		
						SUP	INF	
BATRES (2)	10	02	07	03	02	06	06	12 CASOS DE 485 PACIENTES

D. TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

D.1 PAPILOMA ORAL ESCAMOSO

Es una proliferación benigna del epitelio escamoso estratificado presumiblemente inducido por el Virus Papiloma Humano (HPV). (15)

Etiología:

El modo exacto de transmisión es desconocido. En contraste con otras lesiones producidas por HPV, en el papiloma, el virus tiene una virulencia y un grado de infectividad extremadamente bajos. Un período de latencia o incubación de 3 a 12 meses se ha sugerido. (15)

Características clínicas:

Forma: exofítica. (15)

Base: pedunculada. (15)

Color: puede ser de color blanco, rojo pálido o del color de la mucosa adyacente, dependiendo de la cantidad de queratinización de su superficie. (15)

Superficie: digitiforme. (15)

Consistencia: suave. (15)

Tamaño: varía de 0.5 a un máximo de 3 centímetros. (15)

Localización: sitios de predilección incluyen la lengua y paladar blando, pero cualquier superficie bucal puede resultar afectada. (15)

Edad: la mayoría son diagnosticadas entre los 30 y 50 años de edad. (15)

Frecuencia: son las lesiones más frecuentes de tejidos suaves. (15)

Sintomatología: asintomático. (15)

Tratamiento:

Excisión quirúrgica conservadora, incluyendo la base de la lesión. (15)

Pronóstico:

La recurrencia es improbable. No es común la transformación maligna de las lesiones. (15)

Investigaciones guatemaltecas reportan los siguientes datos de papiloma oral:

AUTOR	SEXO		RANGO DE EDAD				ETNIA		TOTAL CASOS
	MASC.	FEM.	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80	MEST.	IND.	
BATRES (2)	29	23	16	18	11	07	----	----	52 CASOS DE 407 PACIENTES
GIL (5)	10	25	11	15	06	03	31	04	35 CASOS DE 217 PACIENTES
PINEDA (16)	03	02	01	04	0	---	----	----	5 CASOS DE 1092 PACIENTES

BATRES(2) Y GIL(5) REPORTAN:

LOCALIZACIÓN										
LABIO		REBORDE ALVEOLAR		MUCOSA PALADAR		LENGUA		MUCOSA CARRILLO	ÚVULA	PISO DE BOCA
SUP.	INF.	SUP.	INF.	DURO	BLANDO	DORSO	VIENTRE			
02	05	09	05	03	08	06	01	04	----	----
04	07	03	06	05	09	10	05	01	01	01

D.2 VERRUGA VULGAR O COMUN

Es una hiperplasia focal benigna del epitelio escamoso estratificado, inducida por virus. (15)

Etiología:

Los virus asociados son HPV-2, HPV-4 y HPV-40. Es contagiosa y puede extenderse a otras partes de la piel o membranas mucosas, por autoinoculación. Es poco común en la mucosa bucal y muy frecuente en la piel. (15)

Características clínicas:

Lesión básica: pápula o nódulo. (15)

Base: sésil o pedunculada. (15)

Color: las lesiones cutáneas pueden ser rosadas, amarillas o blancas. Las lesiones bucales son casi siempre blancas. (15)

Superficie: áspera o verrucosa. (15)

Tamaño: menores de 5 milímetros. Lesiones múltiples o en grupos son comunes. (15)

Localización: la piel de las manos es el sitio usual de infección. Cuando la mucosa bucal es afectada, las lesiones son usualmente encontradas en el borde del bermellón, mucosa labial o parte anterior de la lengua. (15)

Edad: es frecuente en niños, pero puede verse también en adultos jóvenes. (15)

Frecuencia: poco frecuente en cavidad bucal. (15)

Sintomatología: asintomático. (15)

Tratamiento:

Las verrugas cutáneas son tratadas efectivamente por excisión quirúrgica conservadora o curetaje, crioterapia con nitrógeno líquido o aplicación tópica de agentes queratinolíticos (usualmente conteniendo ácido salicílico y ácido láctico). (15)

Las lesiones bucales son tratadas con excisión quirúrgica o pueden ser destruidas con crioterapia o electrocirugía. Todos los tratamientos quirúrgicos deben incluir la base de la lesión. (15)

Pronóstico:

No sufre transformación maligna y algunas desaparecen espontáneamente sobre todo en niños. La recurrencia se ha visto en una pequeña proporción de los casos. (15)

Bibliografía guatemalteca consultada reporta los siguientes datos de verruga vulgar:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGO DE EDAD			LOCALIZACION			TOTAL DE CASOS
	MAS	FEM	MES	IND	0 a 20	21 a 40	81 a 90	LABIO		LENGUA	
								SUP	INF	VIENTRE	
BATRES (2)	0	01	---	---	0	01	0	01	0	0	1 CASO DE 407 PAC.
GIL (5)	05	02	07	0	03	03	01	02	04	01	7 CASOS DE 217 PAC.

D.3 QUEILITIS ACTINICA

También llamada queilosis solar. Representa una degeneración tisular acelerada del bermellón de los labios, en especial el inferior, secundaria a la exposición regular y prolongada del sol. Se relaciona de modo directo con la exposición acumulada a la luz solar y con la cantidad de pigmentación de la piel más que con la edad de los individuos afectados. (18)

Etiología:

Se cree que la producen longitudes de onda de 2900 a 3200 A° y trastornos cutáneos degenerativos relacionados con la luz solar. (18)

Los depósitos subepiteliales característicos corresponden a elastina que es digerida por elastasa. Hay disminución en las concentraciones de lisina por aumento en los residuos de desmosina, lo que sugiere reemplazo de colágena por elastina. (18)

Características clínicas:

Lesión básica: úlcera. (15)

Color: se encuentran áreas hiperpigmentadas y algunas enrojecidas por la ulceración y el encostramiento. (15)

Superficie: atrófica. (18)

Localización: es más común en el labio inferior. (15,18)

Edad: se presenta en menores de 45 años. (15)

Sexo: presenta una marcada predilección por el masculino (10:1). (15)

Raza: se presenta casi exclusivamente en individuos de raza caucásica y muestra prevalencia especial en aquellos con piel blanca. (18)

Sintomatología: dolor y ardor. (18)

Tratamiento:

Protección del labio con bloqueadores solares. Cuando es muy severa debe eliminarse quirúrgicamente. (18)

Pronóstico:

En el 60% de las lesiones se produce transformación maligna. (15)

Investigaciones guatemaltecas consultadas proporcionan los siguientes datos referentes a la frecuencia de queilitis actínica:

AUTOR	SEXO		RAZA		EDAD			TOTAL DE CASOS
	MASC	FEM	MEST.	INDIG.	11 a 20	21 a 30	31 a 40	
BATRES (2)	01	0	-----	-----	01	0	0	1 CASO DE 69 PACIENTES
GIL (5)	01	02	03	0	0	02	01	3 CASOS DE 52 PACIENTES

E. LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL

E.1 LEUCOPLASIA

Término clínico utilizado para indicar un parche o placa blanca que se presenta en la superficie de la mucosa bucal que no se desprende al raspar y no posee características clínicas de alguna otra enfermedad. (20)

Etiología:

La aparición de la enfermedad depende de factores locales extrínsecos y de factores intrínsecos predisponentes. Los factores causales más frecuentes han sido: tabaco, alcohol, irritación crónica, sífilis, deficiencia vitamínica, hormonas y candidosis. (20)

Características clínicas:

Lesión básica: placa. (20)

Color: blanco, gris o blanco amarillento, al consumir mucho tabaco adquieren un color pardo amarillento. (20)

Superficie: se encuentra finamente arrugada o doblada y se siente áspera al palparla. (20)

Localización: los sitios donde más frecuentemente se presenta son : mucosa bucal y comisuras labiales, siguiendo en orden decreciente mucosa alveolar, lengua, labio, paladar duro y blando, piso de boca, encía y área retromolar. (20)

Edad: la población afectada es la de edad mediana y mayor, siendo la más frecuente los 40 años. (20)

Tratamiento:

El paso inicial consiste en la identificación de las causas. Deben eliminarse hábitos que causen traumatismos, corregir prótesis sobreextendidas o inadecuadas, restauraciones en mal estado y suspender hábitos como tabaquismo o alcoholismo.

Cuando las lesiones son muy extensas, debe hacerse biopsia, si no hay cambios atípicos o displásicos deben indicarse exámenes periódicos. Si hay cambios displásicos debe eliminarse la lesión mediante procedimientos quirúrgicos como desbridación, criocirugía, electrodesecación o mediante láser. (20)

E.2 ERITROPLASIA

Es una entidad clínica y una lesión de la membrana mucosa, la cual muestra histológicamente cambios epiteliales que varían desde una displasia moderada hasta un carcinoma in situ e incluso un carcinoma invasivo. (20)

Etiología:

Es desconocida. Los factores que contribuyen o actúan como modificadores etiológicos son: consumo de tabaco y alcohol, defectos nutricionales, irritación crónica. (20)

Características clínicas:

Localización: se localiza con más frecuencia en piso de boca, área retromolar, lengua, paladar, mucosa y surco bucal. (20)

Edad: es más frecuente entre sexta y séptima décadas. (20)

Frecuencia: es menos frecuente que la leucoplasia. (20)

Tratamiento:

Excisión quirúrgica con escisión amplia y profunda. (20)

F. TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

F.1 CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

(SINÓNIMO: Carcinoma epidermoide)

Es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. (20)

Etiología:

Los factores etiológicos externos más frecuentes en el desarrollo del carcinoma bucal son: tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, luz solar (en caso de cáncer labial), calor, traumatismos, sepsis e irritación por bordes afilados de los dientes o de las prótesis. (20)

Características clínicas:

El carcinoma bucal de células escamosas tiene una presentación clínica variada que incluye:

- Exofítico: esta lesión típicamente presenta superficie nodular o irregular, el color varía del normal al rojo o blanco, dependiendo de la cantidad de queratina producida. La superficie esta frecuentemente ulcerada y el tumor se siente duro a la palpación (15).
- Endofítico: estos carcinomas se observan como una depresión de forma irregular, ulcerado, con un borde de mucosa normal, roja o blanca, que resulta de la invasión del tumor hacia abajo y lateral del epitelio adyacente (15).
- Leucoplasia y Eritroplasia: son probablemente casos tempranos que no han producido una masa o ulceración (15).

Localización: dentro de la cavidad bucal las áreas mayormente afectadas son el piso de la boca, porción ventral y lateral de lengua. Entre las menos afectadas se encuentra la mucosa de carrillo, encía y paladar duro. (15,20)

Edad: se observa más frecuentemente entre la quinta y sexta décadas de la vida. (15)

Sexo: es mayormente afectado el masculino, en una relación de 2:1. (15)

Raza: es más frecuente en la raza negra. (15)

Frecuencia: constituye el 90 a 96% de todos los tumores malignos de la boca. (15,20)

Investigaciones consultadas revelan los siguientes datos sobre la frecuencia del carcinoma epidermoide o escamocelular en la población guatemalteca:

AUTOR	SEXO		ETNIA			RANGOS DE EDAD					
	MASC.	FEM.	ME	IN	NE	11 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 o más
BATRES (2)	23	20	--	--	--	03	02	03	12	11	12
GIL (5)	18	15	23	10	--	0	03	04	08	08	10
MURGA (14)	214	101	215	75	25	04	14	31	72	100	94

NE= NO ESPECIFICA EL EXPEDIENTE

AUTOR	LOCALIZACION									TOTAL DE CASOS
	MUCOSA CARRILLO	LENGUA	LABIO	PIEL CARA Y CUELLO	REBORDE ALVEOLAR		PALADAR		PISO BOCA	
					SUP	INF	DUR	BLA		
BATRES (2)	05	20	04	03	01	01	02	03	04	43 CASOS DE PACIENT.
GIL (5)	01	04	03	05	10	08	---	---	02	33 CASOS DE 217 PACIENT.
MURGA (14)	13	139	27	-----	49	11	10	15	26	315 CASOS DE AÑOS 83-93

F.2 MELANOMA

Es una neoplasia maligna de origen melanocítico que se origina de una lesión melanocítica benigna. Aunque la mayoría de melanomas ocurren en piel y es poco común en la mucosa bucal, puede presentarse en cualquier parte donde estén presentes los melanocitos. (15,20)

Etiología:

Los factores predisponentes de la lesión de piel incluyen: cantidad de exposición al sol (aumento de riesgo), grado de pigmentación natural (reducción de riesgo) y lesiones precursoras (nevus congénitos y displásicos). (20)

El riesgo de desarrollo de melanoma es de 2 a 8 veces más alto cuando se tiene una historia de cáncer. Factores de riesgo adicionales incluyen piel blanca y cabello claro, ocupaciones desempeñadas al aire libre, historia personal de melanoma e historia personal de nevus congénitos o displásicos. (15)

El melanoma es el tercer cáncer más común de piel. Constituye el 5% de las malignidades cutáneas. Casi el 25% de melanomas cutáneos se presentan en el área de cabeza y cuello, el 40% ocurre en las extremidades y el resto en el tronco. (15)

Cuatro tipos clínico-patológicos de melanoma han sido descritos:

1. Melanoma léntigo maligno,
2. Melanoma de extensión superficial,
3. Melanoma nodular, y
4. Melanoma acral lentiginoso. (15)

Los melanomas tienden a exhibir dos patrones de crecimiento direccional: la fase de crecimiento radial y la fase de crecimiento vertical. En los estados tempranos de desarrollo, la fase de crecimiento radial tiende a predominar en léntigo maligno, extensión superficial y acral lentiginoso. En estas lesiones los melanocitos malignos se extienden horizontalmente a través de la capa basal de la epidermis. Sin embargo, eventualmente las células malignas comienzan a invadir el tejido conectivo subyacente para empezar la fase de crecimiento vertical. En el melanoma nodular la fase de crecimiento radial es muy corta o ausente y predomina la fase de crecimiento vertical. (15)

Debido a que existen muchas similitudes clínicas entre melanoma y su contraparte el nevus melanocítico, se ha desarrollado un sistema para ayudar a distinguirlos. Característicamente el melanoma presenta:

- Asimetría, por su patrón incontrolado de crecimiento.
- Bordes irregulares o con muescas.
- Variaciones de color, desde café a negro, blanco, rojo y azul, dependiendo de la cantidad de depósitos de melanina.
- Diámetro mayor de 6 milímetros. (15)

F.2.1 Melanoma léntigo maligno

Se desarrolla de una lesión precursora llamada léntigo maligno, la que ocurre exclusivamente en la piel expuesta al sol de personas blancas ancianas, particularmente en la región medio facial, y probablemente representa un melanoma in situ o un melanoma en fase de crecimiento radial, esta lesión exhibe todas las características clínicas de melanoma. (15)

Características clínicas:

Lesión básica: la lesión se presenta como una mácula larga de crecimiento lento (crecimiento radial). (15)

Forma: irregular. (15)

Color: se presenta en una variedad de colores incluyendo café, negro e incluso blanco. (15)

Localización: piel del área malar. (15)

Edad: la mayoría se observan en adultos, el rango de edad afectada es de 50 a 55 años. (15)

Sexo: es más común en mujeres. (15)

Raza: caucásica o blanca. (15)

Frecuencia: constituye el 5% de los melanomas cutáneos. Es poco común en la mucosa bucal. (15)

F.2.2 Melanoma de extensión superficial

Características clínicas:

Lesión básica: mácula. (15)

Color: presenta una gran variedad de color, como café, gris, blanco, negro, azul o rosado. (15)

Consistencia: clínicamente la invasión es indicada por la aparición de superficies nodulares o la induración, y ocurre dentro de un año después de descubierta la mácula. Máculas o nudos satélites de las células malignas pueden desarrollarse alrededor de la lesión primaria. (15)

Tamaño: la lesión es más pequeña que tres centímetros. (15)

Localización: los lugares más comunes de aparición son el área interescapular de hombres y la espalda y piernas de mujeres. (15)

Frecuencia: es la forma clínico-patológica más común de melanoma, representando el 70% de las lesiones. (15)

F.2.3 Melanoma nodular

Este melanoma empieza inmediatamente en la fase de crecimiento vertical. (15)

Características clínicas:

Lesión básica: se presenta típicamente como una elevación nodular que invade rápidamente el tejido conectivo. (15)

Color: usualmente es una lesión profundamente pigmentada, sin embargo a veces las células son poco diferenciadas y no pueden producir melanina, resultando en un melanoma amelanótico no pigmentado. (15)

Localización: se presenta en la piel de cabeza y cuello. (15)

Frecuencia: representa el 15% de los melanomas cutáneos y un tercio de las lesiones desarrolladas en cabeza y cuello. (15)

Sintomatología: asintomático. (15)

F.2.4 Melanoma acral lentiginoso

Características clínicas:

Lesión básica: mácula. (15)

Forma: irregular. (15)

Color: va de negro a café. (15)

Superficie: frecuentemente se ve ulcerada. (15)

Tamaño: variable. (15)

Localización: típicamente se presenta en la palma de las manos, planta de los pies, área sublingual y membranas mucosas. (15) Cuatro de cada cinco melanomas bucales son encontrados en el paladar duro y la encía maxilar o mucosa alveolar. (20)

Edad: afecta usualmente a personas en la sexta o séptima décadas de la vida. (15)

Raza: es la forma más común de melanoma en negros. (15)

Frecuencia: es la forma más común de melanoma bucal. (15)

Tratamiento:

El único tratamiento curativo es la escisión quirúrgica aunque su extensión es controversial. Para tumores grandes e invasivos se recomienda la escisión quirúrgica de nódulos linfáticos además de la lesión primaria. (15)

Pronóstico:

El pronóstico del melanoma bucal es extremadamente pobre. Solo del 4 al 20% de los pacientes afectados sobreviven por 5 años o más. El tratamiento de elección es la remoción quirúrgica radical; la hemimaxilectomía se realiza en lesiones que invaden demasiado hueso maxilar. (15)

Información obtenida de bibliografía guatemalteca revisada proporciona los siguientes datos de la frecuencia de melanoma bucal:

AUTOR	SEXO		ETNIA		EDAD		LOCALIZACIÓN			TOTAL CASOS
	MAS	FEM	MES	IND	21 a 30	61 a 70	ENCIA SUPER.	PALADAR DURO	REGION PAROTIDEA	
BATRES (2)	02	01	---	---	01	02	02	01	----	3 CASOS DE 291 PACIEN.
GIL (5)	0	01	01	0	0	01	0	0	01	1 CASO DE 217 PACIEN.

G. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES

G.1 TUMORES BENIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES

G.1.1 ADENOMA PLEOMORFICO

(SINÓNIMO: Tumor Mixto Benigno).

Es la neoplasia más frecuente de las glándulas salivales, constituyendo más del 50% de todos los casos de tumores de glándulas salivales mayores y menores y forma aproximadamente 90% de todos los tumores benignos de las glándulas salivales. (20) Representa del 53 al 77% de los tumores de parótida, del 44 al 68% de los tumores submandibulares, y del 38 al 43% de los tumores de glándulas menores. (15)

Etiología:

Se derivan de una mezcla de elementos mioepiteliales y ductales. Los términos adenoma pleomórfico y tumor mixto representan intentos de describir las presentaciones histopatológicas inusuales de este tumor, pero ninguno es completamente exacto. (15)

Aspectos clínicos:

Lesión básica: nódulo. (20)

Superficie: lisa o ulcerada por trauma. (20)

Consistencia: firme. (15,20)

Tamaño: de 1 a 2 centímetros de diámetro en las glándulas intrabucales, pero en la parótida alcanza grandes proporciones. (15,18,20)

Localización: de las glándulas salivales mayores, la parótida es el sitio más común donde se localiza, pero puede presentarse en cualquiera de las glándulas menores o en las accesorias intrabucales, siendo las más comúnmente afectadas las del paladar (15), seguido por labio superior y mucosa bucal. (18,20)

Edad: puede presentarse a cualquier edad, pero es más prevalente entre cuarta y sexta décadas de la vida. (18,20)

Sexo: es más frecuente en mujeres. (15,18,20)

Frecuencia: es más frecuente en glándulas mayores que en menores. (15,18,20)

Sintomatología: cuando es en parótida no presenta síntomas. (15,18,20) Si es en glándulas accesorias intrabucales causa dificultad de masticación, habla y respiración, por lo que se detecta más temprano. (20)

Tratamiento:

Está contraindicada la radioterapia por posible transformación maligna. (20)

En parótida, se recomienda la extirpación quirúrgica del tumor y del lóbulo glandular afectado. En glándulas submaxilares se realiza excisión de la glándula y del tumor.

En las glándulas submaxilares, se hace escisión de la glándula y del tumor. En las lesiones de paladar se quita el tumor junto con la mucosa que lo cubre. Los tumores de labios, paladar blando y mucosa bucal se tratan con enucleación o escisión extracapsular. (15,18)

Pronóstico:

Los factores asociados con recurrencia son: hipocelularidad, encapsulación incompleta y resección incompleta. (20) La enucleación conservadora de tumores de parótida resulta en recurrencia. (15)

Los adenomas pleomórficos benignos pueden sufrir transformación maligna. El componente maligno puede ser un carcinoma, un adenocarcinoma o cilindromatoso. Esto puede aparecer en un tumor no tratado o que es recurrente. La posibilidad de transformación maligna es mayor cuando los pacientes recibieron radioterapia en la zona. (20)

Los siguientes datos muestran las frecuencias de adenoma pleomórfico reportadas en diferentes investigaciones guatemaltecas:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			
	MASC.	FEME.	MEST.	INDIG.	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80
BATRES (2)	13	12	-----	-----	05	09	07	04
GIL (5)	06	13	17	02	02	11	03	03
HABERLAND (7)	20	21	-----	-----	06	19	13	03

AUTOR	LOCALIZACION					TOTAL CASOS
	PAROTIDA	MUCOSA PALADAR		LABIO SUPERIOR	MUCOSA CARRILLO	
		DURO	BLANDO			
BATRES (2)	07	08	04	03	03	25 CASOS DE 221 PACIENTES
GIL (5)	01	09	01	04	01	19 CASOS DE 32 PACIENTES
HABER- LAND (7)	12	08	06	09	06	41 CASOS DE 5757 PACIENTES

G.1.2 ADENOMA MONOMORFICO

Este término fue originalmente utilizado para describir un grupo de tumores de glándulas salivares que mostraban un patrón histológico más uniforme, distinto del adenoma pleomórfico. (15)

Se han desarrollado dos patrones histológicos principales de este adenoma:

- Adenoma de células basales y
- Adenoma canalicular. (20)

G.1.2.1 ADENOMA DE CELULAS BASALES

Es un tumor benigno salivar que deriva su nombre de la apariencia basal de sus células tumorales. Es una neoplasia poco común que representa el 1% de los tumores salivares. (15)

Etiología:

Se ha sugerido que la célula intercalada del conducto o de reserva es el origen histogenético de este adenoma. (20)

Apariencia clínica:

Lesión básica: tumor. (15,20)

Tamaño: mide de 1 a 5 centímetros. (20)

Localización: se presenta principalmente en glándulas salivales mayores, en particular en parótida. En las glándulas salivales menores se presenta en labio superior, paladar, mucosa bucal y labio inferior. (15,20)

Edad: se presenta en pacientes de más de 60 años. (15,20)

Sexo: tiene predilección por mujeres. (15)

Sintomatología: es asintomático. (15)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica que incluye un borde o margen normal no comprometido. (20)

Pronóstico:

Rara vez recurren. (20) La transformación maligna de las lesiones es rara. (15)

G.1.2.2 ADENOMA CANALICULAR

Es un tumor poco común que ocurre casi exclusivamente en glándulas salivares menores. (15)

Características clínicas:

Lesión básica: nódulo. (20)

Tamaño: puede medir desde milímetros hasta dos centímetros. (15)

Localización: el 75% de las lesiones ocurren en el labio superior. La mucosa bucal es el segundo sitio más común. (15)

Edad: ocurre sobre todo en adultos mayores, con mayor prevalencia en la séptima década de vida. (15)

Sexo: es más frecuente en mujeres. (15)

Frecuencia: es el segundo tumor más común de labio superior. (15)

Sintomatología: es asintomático. (15)

Tratamiento:

El de elección es la escisión quirúrgica local. (15)

Pronóstico:

La recurrencia es rara. (15)

G.2 TUMORES MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES

G.2.1 CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO

Es una de las malignidades salivales más comunes. (15)

Etiología:

Se cree que deriva de las células de reserva de los conductos intercalados o del complejo tubular terminal que se diferencia hacia la línea celular de los conductos intercalados. (18)

Apariencia clínica:

Lesión básica: tumor. (15)

Superficie: a diferencia de los tumores mixtos la mucosa que lo cubre presenta ulceración, sobre todo en los tumores intrabucales como los del paladar. (20)

Consistencia: firme. (20)

Localización: el 50% de las lesiones aparecen en glándulas salivales menores, siendo las más afectadas las del paladar. (15)

Edad: se presenta más durante quinta y sexta décadas. (18)

Sintomatología: dolor local temprano, parálisis del nervio facial, fijación a las estructuras más profundas e invasión local. (15)

Tratamiento:

Excisión quirúrgica con radiación después de la misma para evitar recurrencia. La radiación sola no se recomienda. Dentro de boca: excisión quirúrgica del hueso subyacente. (15,18,20)

Pronóstico:

Hay metástasis hacia ganglios linfáticos cervicales, pulmones, hueso y cerebro.

Los factores que influyen de manera negativa en el pronóstico incluyen la presencia de tumor en la línea de excisión quirúrgica, tamaño mayor de 4 centímetros y presencia de más de 30% de un patrón sólido dentro del tumor. (18)

Una investigación guatemalteca realizada muestra los siguientes datos del carcinoma adenoide quístico:

AUTOR	SEXO		EDADES		LOCALIZACION				TOTAL CASOS
	M	F	40 a 60	61 a 80	PALADAR DURO	PAROTIDA	PISO BOCA	BORDE LENGUA	
HABER-LAND (7)	01	04	03	02	02	01	01	01	5 CASOS DE 5757

G.2.2 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

Es una de las malignidades más comunes de las glándulas salivares. (15) Es un tumor epitelial productor de mucina. (20)

Etiología:

Se piensa que derivan de los segmentos intralobulares e interlobulares del sistema de conductos salivales y que poseen una estructura bifásica en las que se mezclan células epidermoides y productoras de mucosa. Las células mucosas neoplásicas contienen glicoproteínas neutras, mucina ácida y sulfomucinas y las células epiteliales contienen filamentos intermedios de queratina. (20)

Características clínicas:

Lesión básica: tumor. (15)

Color: en las lesiones de glándulas menores pueden tener color rojo o azul. (15)

Localización: afecta con mayor frecuencia la glándula parótida. Las glándulas menores constituyen el segundo lugar más común, especialmente el paladar. Aunque el labio inferior, piso de boca, lengua y área retromolar son lugares poco comunes para apareamiento de neoplasias de glándulas salivales, el carcinoma mucoepidermoide es el tumor más común de estos lugares. (15)

Edad: se presenta más comúnmente entre tercera y quinta décadas, aunque se han considerado rangos desde la segunda hasta la séptima décadas. (15,18,20)

Sexo: se observa una ligera predilección por el femenino. (15,18,20)

Frecuencia: representa el tumor maligno más frecuente de origen de glándulas salivales. Es el tumor maligno más frecuente de la niñez. (15,20)

Sintomatología: el tumor de bajo grado de malignidad es insensible y el de alto grado de malignidad produce dolor y frecuentemente se observa parálisis del nervio facial en los tumores de parótida. (20)

Tratamiento:

El tratamiento se basa en la localización, grado histológico y estado clínico de la lesión. (15) Cirugía para los de bajo grado y agregar radioterapia para los de intermedio y alto grado de malignidad. Se recomienda disección electiva de ganglios linfáticos en tumores de alto grado. (20)

Pronóstico:

Los tumores de alto grado de malignidad forman metástasis a los ganglios linfáticos regionales, pulmón, hueso, cerebro y tejidos subcutáneos. (20)

Investigaciones guatemaltecas reportan los siguientes casos de carcinoma mucoepidermoide:

AUTOR	SEXO		EDADES			LOCALIZACION				TOTAL CASOS
	M	F	11 a 20	40 a 60	61 a 70	PALADAR DURO	LENGUA	PISO BOCA	LABIO SUPER	
BATRES (2)	02	01	02	0	01	01	01	---	01	3 CASOS DE 221 PACIEN.
HABERLAND (7)	03	05	0	05	03	03	04	01		8 CASOS DE 5757 PACIEN.

H. LESIONES FÍSICAS DE TEJIDOS BLANDOS

H.1 HIPERPLASIA FIBROSA POR IRRITACIÓN

H.1.1 EPULIS FISURATUM

(SINÓNIMOS: Hiperplasia inflamatoria, Hiperplasia por prótesis dental, Tejido redundante). (15,18)

Hiperplasia de tejido que se presenta a lo largo del borde de la dentadura que no se restringe a un solo lugar sino que se generaliza a zonas de irritación de cualquier tipo, como encía y mucosa bucal. (20)

Etiología:

Se relaciona con traumatismo crónico producido por una prótesis dental mal ajustada. (10)

Características clínicas:

Lesión básica: se caracteriza por el desarrollo de rollos alargados de tejido conectivo fibroso. (18,20)

Base: más comúnmente es sésil aunque en ocasiones puede ser pedunculada. (10)

Color: mismo color del tejido circundante o rojizo si se presenta ulceración. (10)

Superficie: lisa o irregular si está ulcerado. (20)

Consistencia: firme. (20)

Localización: pliegues mucobucal y mucolabial. (20) Afecta con igual frecuencia ambos maxilares pero es más común en la región anterior. (10)

Sexo: es más frecuente en mujeres, hasta un 80%. (10)

Frecuencia: muy frecuente. (20)

Sintomatología: puede ser indoloro (18) o si está ulcerado provocar dolor. (10)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica y construcción de prótesis dentales nuevas o rebase de las antiguas. (10,15,18)

Pronóstico:

Si el tratamiento está bien efectuado no debe recurrir. (10,15,18)

Investigaciones guatemaltecas reportan los siguientes datos de epulis fisurado:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD			TOTAL CASOS
	MASC	FEM	41 a 50	51 a 60	61 a 70	
BATRES (2)	04	05	-----	-----	-----	9 CASOS DE 73 PACIENTES
PISQUIY (17)	0	25	05	13	07	25 CASOS DE 190 PACIENTES

H.1.2 FIBROMA

(SINÓNIMO: Hiperplasia fibrosa localizada)

Neoplasia de tejido conjuntivo más común en cavidad bucal. Está íntimamente relacionado con la hiperplasia fibrosa y en muchos casos es indistinguible de ésta desde el punto de vista histológico. (20)

Etiología:

Lesión reactiva causada habitualmente por traumatismo crónico a las membranas de la mucosa bucal. La reparación con tejido fibroso conectivo exuberante da como resultado una masa submucosa clínicamente evidente. (10)

Características clínicas:

Lesión básica: nódulo. (20)

Forma: ovoidea. (10)

Base: más frecuentemente es sésil aunque puede ser pedunculada. (20)

Color: mismo de la mucosa o más pálida, pero al ser traumatizada se enrojece. (10)

Superficie: lisa o irregular si está ulcerada. (18)

Consistencia: va de semifirme o dura a suave. (10,20)

Localización: cualquier área de la mucosa bucal que esté sujeta a trauma local como carrillos a nivel de línea de oclusión, en bordes y dorso de la lengua, en mucosa de labios y a veces en paladar. (10,20)

Edad: puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en la tercera, cuarta y quinta décadas. (20)

Sexo: no presenta predilección. (10,18)

Frecuencia: muy frecuente. (18)

Sintomatología: generalmente es asintomático pero puede producir dolor o ardor al estar en constante trauma. (10,18)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica. (10,18,20)

Pronóstico:

Generalmente es favorable. Rara vez recurre, sobre todo por inadecuada remoción. (10,18,20)

Bibliografía guatemalteca consultada revela los siguientes datos sobre fibroma:

AUTOR	SEXO		ETNIA		EDADES		TOTAL CASOS
	MAS	FEM	MES	INDI	0 a 40	41 a 80	
BATRES (2)	37	64	---	---	46	55	101 CASOS DE 407 PACIENTES
GIL (5)	15	30	41	04	21	24	45 CASOS DE 126 PACIENTES

AUTOR	LOCALIZACION												
	LABIO		MUCOSA CARRILLO		LENGUA			PALADAR		MUCOSA GINGIVAL		REBORDE ALVEOLAR	
	SU	IN	DER	IZQ	B	D	V	DU	BL	SUP	INF	SUP	INF
BATRES (2)	04	16	19	24	17	05	03	03	01	01	02	01	05
GIL (5)	0	0	35		0	03	0	04	02	01	0	0	0

B= BORDE ; D= DORSO; V= VIENTRE; DU= DURO; BL= BLANDO.

H.2 MUCOCELE

El término mucocèle se utiliza en forma genérica, antes de establecer el diagnóstico microscópico, para referirse tanto al quiste de retención mucosa como al fenómeno de extravasación. (18)

Se clasifica en dos tipos:

H.2.1 Fenómeno de extravasación mucosa:

Su etiología guarda relación con el traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales accesorias que produce rotura del mismo, lo que causa derrame de moco al estroma de tejido conectivo circundante. (18)

Características clínicas:

Lesión básica: vesícula. (20)

Color: si es superficial se ve translúcida o de tono azul, si es profunda se observa como una tumoración difusa que no es de tono azul ni translúcida. (18)

Superficie: lisa. (18)

Consistencia: blanda, fluctuante. (10)

Tamaño: mide varios milímetros o hasta centímetros de diámetro. (18)

Localización: ocurre con mayor frecuencia en labio inferior, pero puede presentarse también en mucosa bucal, superficie ventral de lengua (glándulas de Blandin-Nuhn), piso de boca y región retromolar. (18)

Edad: afecta más a niños y adolescentes. (20)

Frecuencia: más frecuente que el quiste de retención. (20)

Sintomatología: asintomático. (20)

Tratamiento:

Excisión quirúrgica con eliminación de glándulas salivales menores relacionadas junto con el moco almacenado. (18)

H.2.2 Quiste por retención mucosa:

Se considera quiste porque a diferencia del fenómeno de extravasación que consiste en mucina rodeada por tejido de granulación, está cubierto por epitelio. (18)

Etiología:

La lesión se produce por retención de flujo salival cuya causa puede ser bloqueo del conducto salival por un cálculo o cicatriz periductal. (18)

Características clínicas:

Lesión básica: vesícula. (10,20)

Color: semejante a la mucosa adyacente. (18)

Superficie: lisa. (18)

Consistencia: fluctuante. (10)

Localización: se localiza con más frecuencia en área retromolar pero también aparece en labio superior, paladar, carrillos, piso de boca y seno maxilar. (18)

Edad: aparece en el grupo de edad avanzada. (18)

Sexo: no presenta predilección. (10)

Raza: no presenta predilección. (10)

Frecuencia: es menos frecuente que el de extravasación. (18)

Sintomatología: asintomático. (18)

Tratamiento:

Extirpación completa del quiste y de los lóbulos de la glándula salival accesoria afectada. (18)

Pronóstico:

Si el tratamiento es correcto no hay recurrencia. (18)

Investigaciones guatemaltecas realizadas sobre el tema, reportan los siguientes datos de mucocele:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			
	MASC	FEME	MEST	INDIG	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80
BATRES (2)	50	72	-----	-----	70	36	14	02
GIL (5)	62	62	117	7	73	37	08	06
HABERLAND (7)	62	76	-----	-----	80	44	10	04

AUTOR	LOCALIZACIÓN						TOTAL CASOS
	LABIO INF.	PISO DE BOCA	LENGUA		MUCOSA CARRILLO	MUCOSA PALADAR	
			DOR	VIE			
BATRES (2)	97	04	04	08	09	01	122 CASOS DE 732 PACIENTES
GIL (5)	90	20	0	11	02	01	124 CASOS DE 901 PACIENTES
HABERLAND (7)	117	02	02	10	03	04	138 CASOS DE 5757 PACIENTES

H.3 RANULA

Tipo de mucocelo que ocurre de manera específica en el piso de boca. Se vincula con los conductos de las glándulas salivales sublinguales o de las submaxilares. (18)

Etiología:

El traumatismo y la obstrucción de los conductos son causas frecuentes. También el bloqueo de los conductos puede deberse a cálculos salivales o sialolitos, que se localizan en cualquier parte del sistema de conductos desde el parénquima hasta el orificio de los conductos excretores, por precipitación de sales de calcio alrededor de nidos centrales de restos celulares o mucina espesa. La extrusión traumática de moco en el tejido intersticial circundante también contribuye al desarrollo de la lesión. (18)

Características clínicas:

Color: mismo de la mucosa adyacente o azulado translúcido. (18,20)

Superficie: lisa. (20)

Consistencia: blanda, fluctuante. (18)

Tamaño: la lesión presenta grandes variaciones de tamaño, generalmente es unilateral pero cuando es muy grande produce desviación media y superior de la lengua, si separa los tejidos subyacentes puede cruzar la línea media. (18)

Localización: piso de boca. (10,18,20)

Edad: puede encontrarse a cualquier edad, incluso en recién nacidos. (10)

Frecuencia: es rara comparada con el mucocelo. (20)

Sintomatología: asintomático. (18,20)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica que incluya la glándula patológica que por lo general es la sublingual. Los sialolitos deben eliminarse por intervención quirúrgica o extraerlos a través del conducto. (18)

Pronóstico:

Debe evitarse que disminuya la luz del conducto durante la cicatrización pues la excesiva formación de cicatrices causa recurrencia. (18)

Durante la revisión de bibliografía guatemalteca se encontraron los siguientes datos de ránula:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD			TOTAL CASOS
	MAS	FEM	0 a 20	21 a 40	41 a 60	
BATRES (2)	04	14	08	09	01	18 CASOS DE 732 PACIENTES
HABERLAND (7)	13	27	17	17	06	40 CASOS DE 5757 PACIENTES

H.4 SIALOLITIASIS

Es la presencia de concreciones calcáreas dentro de los conductos o glándulas salivarias. (20)

Etiología:

Se forma por el depósito de sales de calcio alrededor de un nido central que puede consistir en células epiteliales descamadas, bacterias, cuerpos extraños o productos de la descomposición bacteriana. (20)

Características clínicas:

Lesión básica: nódulo. (20)

Forma: redondo, ovoide o alargado. (20)

Color: amarillo o mismo de la mucosa. (20)

Consistencia: firme. (20)

Tamaño: de varios milímetros a dos centímetros. (10,20)

Localización: glándulas y conducto submaxilar, glándulas y conducto parotídeo, glándulas y conducto sublingual, es más común en labio superior y muy pocos en la mucosa bucal. (10,20)

Edad: no presenta predilección. (20)

Frecuencia: poco frecuente. (20)

Sintomatología: pueden ser o no sintomáticos. Cuando se presenta, produce dolor moderadamente severo en particular, antes, durante y después de las comidas, debido a la estimulación psíquica del flujo salival, asociado con la infección de la glándula salival. (10,20)

Tratamiento:

Los sialolitos pequeños se eliminan por manipulación y los grandes por exposición quirúrgica. (10,20)

Pronóstico:

Por lo regular, los sialolitos solitarios no recurren, pero se han presentado casos de recidivas múltiples crónicas. (10,20)

Una investigación guatemalteca reporta los siguientes casos de sialolitiasis:

AUTOR	SEXO		RANGOS EDAD			LOCALIZACION				TOTAL CASOS
	M	F	21 a 40	41 a 60	61 a 80	GLANDULA SUBMAXILAR	GLANDULA SUB-LINGUAL	PALADAR	MUCOSA BUCAL	
HABER (7)	06	06	06	02	04	06	04	01	01	12 CASOS DE 5757 PAC.

I. TUMORES BENIGNOS DE TEJIDO CONECTIVO**I.1 GRANULOMA PIOGENO**

Es un tumor formado por tejido de granulación, que se presenta como una reacción a un estímulo, agresión o a un irritante local. (20)

Etiología:

Se ha sugerido que se origina como respuesta de los tejidos a trauma local o crónico. Es considerado como una lesión inflamatoria como lo implica el término granuloma, y como una respuesta hiperplásica inflamatoria localizada. También se han comunicado como factores contribuyentes estafilococos, botriomicosis, cuerpos extraños, infección localizada de la pared de los vasos sanguíneos y alta presión sanguínea. Además, se han sugerido factores hormonales debido a la mayor susceptibilidad de la mucosa bucal durante los estados de desequilibrio endocrino, ya que esta lesión ocurre con frecuencia en mujeres embarazadas que presentan además irritantes locales. (20)

Características clínicas:

Lesión básica: nódulo. (10,20)

Forma: esferoidal. (10,20)

Base: sésil o pedunculada. (10,20)

Color: varía del rojo intenso al rojo violáceo. (10,20)

Superficie: generalmente irregular por la ulceración o lisa. (10,20)

Consistencia: blanda. (10,20)

Tamaño: varía de 0.5 a varios centímetros. (10,20)

Localización: se localiza a menudo en la encía y también en zonas que reciben traumatismos frecuentes como labio inferior, mucosa vestibular y lengua. Las lesiones gingivales son más frecuentes en el maxilar inferior y afectan principalmente la encía bucal, además tiene predilección por la parte anterior de los maxilares. (10,18,20)

Edad: se presenta a cualquier edad pero sobre todo entre los 11 y 40 años. (20)

Sexo: se ve más afectado el femenino. (18,20)

Frecuencia: muy frecuente. (20)

Sintomatología: asintomático. (10,18,20)

Tratamiento:

Escisión quirúrgica incluyendo toda la base de la lesión y eliminación del factor etiológico local. (10,18,20)

Pronóstico:

Existe tendencia a recurrir en aproximadamente 20% de los casos, sobre todo por escisión incompleta o mala eliminación de factores etiológicos. (18,20)

Los siguientes son datos de investigaciones guatemaltecas sobre granuloma piógeno:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			
	MASC	FEME	MEST	INDIG	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80
BATRES (2)	31	72	---	---	36	32	25	10
GIL (5)	10	32	34	08	15	17	07	03

AUTOR	LOCALIZACION										TOTAL CASOS	
	MUCOSA GINGIVAL		LABIO		LENGUA			MUCOSA CARRI- LLO	PALA- DAR DURO	REBORDE ALVEOL AR		
	SUP	INF	SUP	INF	D	B	V			SU		IN
BATRES (2)	41	22	02	03	06	03	03	08	09	03	03	103 CASOS DE 485 PACIENT.
GIL (5)	18	18	02	01	01	0	01	01	0	--	--	42 CASOS DE 901 PACIENT.

D= DORSO; B= BORDE; V= VIENTRE.

I.2 LIPOMA

Es una neoplasia de tejido adiposo muy común en piel pero raro en boca. Está compuesta de células adiposas maduras. (10,18,20)

Etiología:

Desconocida. (20)

Características clínicas:

Lesión básica: nódulo o tumor. (10,18,20)

Base: sésil o pedunculada. (10,20)

Color: amarillento. (10,18,20)

Superficie: lisa o lobulada. (10,18,20)

Consistencia: blanda. (10,20)

Tamaño: variable, rara vez excede los 3 centímetros. (10)

Localización: puede presentarse en lengua, piso de boca, mucosa bucal, encía y pliegues mucobucuales o labiales. (10,18,20)

Edad: por lo regular se presenta en adultos. (18,20)

Frecuencia: infrecuente. (18,20)

Sintomatología: asintomático. (20)

Tratamiento:

Escisión quirúrgica. (10,18,20)

Pronóstico:

Rara vez recurre. (10,18,20)

Bibliografía guatemalteca consultada reporta los siguientes casos de lipoma:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			TOTAL CASOS
	MASC	FEME	MEST	INDIG	21 a 40	41 a 60	61 a 80	
BATRES (2)	01	04	----	----	0	04	01	5 CASOS DE 291 PACIENTES
GIL (5)	06	03	09	0	02	04	03	9 CASOS DE 126 PACIENTES

I.3 FIBROMA OSIFICANTE

(SINÓNIMOS: Fibroosteoma, osteofibroma, lesión fibrosa benigna del ligamento periodontal).

Tumor benigno de los maxilares, de crecimiento lento y casi idéntico al fibroma cementificante. Se clasifica como una lesión fibro-ósea benigna de los maxilares. (18)

Etiología:

Hay varias teorías sobre su origen:

- Una considera la lesión como un tumor benigno originado en células indiferenciadas del ligamento periodontal. Esto se apoya en lesiones que alcanzan gran tamaño, de comportamiento agresivo y que producen destrucción importante además de ocurrir raras recurrencias.
- Otra la considera como un proceso displásico local en el que se altera el metabolismo óseo.

Hay varias semejanzas entre este tumor y el fibroma cementificante, como: edad, localización, manifestaciones clínicas y comportamiento biológico idéntico. La diferencia entre ambas radica en la naturaleza de los productos calcificados del tumor. (18)

Características radiográfica:

Forma: variable. (20)

Color: al principio aparece radiolúcida unilocular o multilocular, con el tiempo se convierte en lesión mixta y ya madura es radiopaca circunscrita por un anillo radiolúcido bien definido. (18,20)

Bordes: bien definidos. (18,20)

Tamaño: variable. (18,20)

Expansión de corticales: si produce, puede desplazar piezas y causar resorción radicular. (18,20)

Localización: aparece más en regiones cercanas a los dientes sobre todo en la mandíbula. (20)

Edad: es más frecuente en tercera y cuarta décadas. (18,20)

Sexo: es más frecuente en hombres. (18,20)

Frecuencia: poco frecuente. (20)

Sintomatología: asintomático. (18,20)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica de la lesión por medio de enucleación o curetaje ya que puede separarse con facilidad del hueso sano circundante. (18,20)

Pronóstico:

La recurrencia es rara. (18,20)

Las siguientes son frecuencias reportadas de fibroma osificante en varias investigaciones guatemaltecas:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				LOCALIZACIÓN		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	0 a 20	21 a 30	31 a 40	41 o más	INTRAOSEA MAX		
									SUP	INF	
BATRES (2)	0	04	---	---	0	01	02	01	0	04	4 CASOS DE 221 PACIEN.
GIL (5)	03	03	02	04	0	02	03	01	04	02	6 CASOS DE 132 PACIEN.

I.4 HEMANGIOMA

Es una proliferación benigna de vasos sanguíneos. Es el tumor más común de la infancia y la niñez, sin embargo pueden verse casos en adultos.

Varios tipos han sido reconocidos:

- Hemangioma capilar,
- Hemangioma juvenil,
- Hemangioma cavernoso,
- Hemangioma arteriovenoso (malformación). (15)

Etiología:

Se cree que es más bien una anomalía del desarrollo o hamartoma, es decir una proliferación anormal de tejidos y estructuras masivas de esa parte. (10,15,18,20)

Características clínicas:

Localización: se encuentra con más frecuencia en cabeza y cuello. (15)

Edad: se encuentra en 1.1 al 2.6% de los recién nacidos y en 10 a 12% de los niños. (15)

I.4.1 Hemangioma capilar

Forma: al inicio es plana y luego se vuelve elevada o nodular. (10,15,18,20)

Color: varía de rojo brillante a púrpura, palidecen al comprimirlas. (10,15,18,20)

Consistencia: blanda. (10)

Tamaño: variable, rara vez bien circunscrito. (20)

Localización: es más frecuente en labios, lengua, mucosa vestibular y paladar, rara vez compromete estructuras vecinas. (10,15,18,20)

Edad: es notada en el nacimiento o durante las primeras semanas de vida. Prolifera rápidamente durante el sexto y doceavo meses de vida. La lesión se estabiliza en tamaño durante los próximos años. (10,15,18,20)

Sexo: es de tres a cinco veces más frecuente en mujeres que en hombres. (10,15,20)

Frecuencia: este tipo es el más frecuente. (15,20)

Sintomatología: generalmente es asintomático aunque cuando se traumatizan pueden infectarse secundariamente. (10,20)

Tratamiento:

No requieren tratamiento a menos que se traumaticen con frecuencia o por razones estéticas. (10,18,20)

Pronóstico:

Hacia los 7 años, la mayoría de hemangiomas capilares han involucionado. (15,20)

I.4.2 Hemangioma juvenil

El término se refiere a una etapa celular altamente inmadura de un hemangioma capilar. Las lesiones son comunes en la región parótida. Constituye el tumor más común de la glándula parótida en niños. Conforme el tumor crece, se vuelve menos celular y es indistinguible de un típico hemangioma capilar. (15)

I.4.3 Hemangioma cavernoso

Es llamado así por ser el diámetro más largo de sus vasos proliferantes. Muestran características clínicas similares al hemangioma capilar, incluyendo su ocurrencia en la niñez y la predilección por mujeres y localización en cabeza y cuello. Sin embargo, tienden a ser más grandes, menos circunscritas y tienden a comprometer estructuras vecinas más frecuentemente. A diferencia del hemangioma capilar, usualmente las lesiones no experimentan regresión., (15)

I.4.4 Hemangioma arteriovenoso (malformación o fístula arteriovenosa)

Es una malformación vascular causada por comunicación anormal entre la circulación arterial y venosa, desviando la red capilar. (15)

Tratamiento:

Ya que la mayoría de lesiones experimentan involución, el tratamiento consiste en observación constante. Los corticosteroides sistémicos pueden ayudar a reducir el tamaño de la lesión en algunos casos.

Frecuentemente es necesaria la cirugía de hemangiomas cavernosos y malformaciones arteriovenosas dependiendo del tamaño, localización y síntomas asociados con la lesión. La terapia láser se ha convertido en una herramienta quirúrgica popular. Inyecciones de agentes esclerosantes como el morruato de sodio, fueron usados en el pasado pero pueden causar cicatrices. (15)

Investigaciones guatemaltecas reportan los siguientes casos de hemangioma capilar y cavernoso:

CAPILAR

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				TOTAL DE CASOS
	MAS	FEM	MES	IND	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 o más	
BATRES (2)	04	05	---	---	01	01	03	04	9 CASOS DE 186 PACIENTES
GIL (5)	01	01	02	0	0	01	01	0	2 CASOS DE 186 PACIENTES

CAVERNOSO

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				TOTAL DE CASOS
	MAS	FEM	MES	IND	11 a 20	31 a 40	41 a 50	61 o más	
BATRES (2)	02	03	---	---	01	02	01	01	5 CASOS DE 186 PACIENTES
GIL (5)	04	07	09	02	06	0	01	04	11 CASOS DE 104 PACIENTES

1.5 LINFANGIOMA

Es una proliferación benigna de los vasos linfáticos, es la contraparte menos común del hemangioma. (18)

Etiología:

Se ha sugerido que al igual que el hemangioma el linfangioma es un hamartoma. (18) Se cree que surge de secuestros de tejido linfático que no se comunica normalmente con el resto del sistema linfático. (15)

El linfangioma ha sido clasificado en tres tipos:

1. Linfangioma simple o capilar, que consiste en pequeños vasos capilares.
 2. Linfangioma cavernoso, compuesto por vasos linfáticos largos y dilatados.
 3. Linfangioma o higroma quístico, que exhibe espacios quísticos macroscópicos largos.
- (15)

Apariencia clínica:

Lesión básica: tumor. (15)

Color: pueden ser desde un color más claro que la mucosa que lo rodea hasta rojo o azulado cuando posee capilares. (18)

Superficie: si el tumor es superficial, puede verse con una apariencia de huevos de rana o si es profundo, verse lisa. (15)

Consistencia: a la palpación las lesiones pueden producir un sonido crepitante por movimiento de líquido linfático. (18)

Tamaño: pueden verse lesiones menores de 1 centímetro en la cresta alveolar de cerca el 4% de los neonatos negros. Estas lesiones ocurren bilateralmente en la mandíbula. (15)

Localización: el linfangioma intrabucal es más frecuente en los dos tercios anteriores de la lengua, pero también se presenta en el paladar, mucosa bucal, encía y labios. (15,18)

Edad: la mayoría de los casos están presentes en el momento del nacimiento o aparecen en el período perinatal o en las primeras dos décadas de la vida. (15,18)

Sexo: el linfangioma del reborde alveolar presenta predilección por hombres en una distribución de 2:1. (15)

Raza: el linfangioma del reborde alveolar de los neonatos se observa como lesiones pequeñas en forma de cúpula llenas de líquido azul en los rebordes alveolares de niños de raza negra. (15,18)

Frecuencia: es menos común que el hemangioma. (18)

Sintomatología: si la lengua está afectada puede presentarse macroglosia. El higroma quístico se presenta en el cuello y puede dañar estructuras vitales u originar secuelas como dificultad respiratoria, hemorragia intrínseca y desfiguración facial. (18)

Tratamiento:

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección porque es radiorresistente e insensible a los agentes esclerosantes como el morruato de sodio. (18)

Pronóstico:

A diferencia de los hemangiomas congénitos, éstos no involucionan con el transcurso del tiempo.

Con frecuencia recurren por su carencia de cápsula y esta tendencia se incrementa al aumentar la edad del paciente. (18)

Investigaciones guatemaltecas consultadas reportan los siguientes datos de linfangioma:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				TOTAL DE CASOS
	MAS	FEM	MES	IND	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	
BATRES (2)	02	04	---	---	02	02	01	01	6 CASOS DE 186 PACIENTES
GIL (5)	0	06	06	0	02	0	03	01	6 CASOS DE 104 PACIENTES

I.6 GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

Lesión benigna exclusiva de maxilares. (15,18,20)

Etiología:

Se cree que se trata de una lesión reactiva. (15,20)

Características radiográficas:

Forma: festoneada. (20)

Color: radioluciente, multilocular o menos frecuente unilocular. (15,20)

Bordes: mal definidos. (10,20)

Tamaño: variable. (10,20)

Expansión de corticales: si produce, desplaza raíces dentales y causa resorción. (10,15,20)

Características clínicas:

Consistencia: firme. (10)

Localización: el 70% de las lesiones ocurren en la mandíbula. Las lesiones son más comunes en las regiones anteriores de los maxilares, y las mandibulares frecuentemente cruzan la línea media. (15,20)

Edad: predomina en niños y adultos jóvenes (75% en menores de 30 años). (10,15,20)

Sexo: aproximadamente el 65% de los casos afecta a mujeres. (10,15,20)

Frecuencia: poco frecuente. (20)

Sintomatología: generalmente es asintomático, aunque a veces produce tumoración indolora de la mandíbula y si las placas corticales se adelgazan, pueden perforarse y causar extensión del tumor a los tejidos blandos. (10,15,20)

Tratamiento:

Usualmente las lesiones mandibulares son tratadas por curetaje, en lesiones agresivas puede requerirse cirugía más radical. (15)

Pronóstico:

Varios estudios mencionan 15 a 20% de recurrencia. (15)

Investigaciones guatemaltecas consultadas reportan los siguientes casos de granuloma central de células gigantes:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				LOCALIZACIÓN		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 o más	INTRAOSEA MAXILAR		
									SUP	INF	
BATRES (2)	05	04	---	---	05	03	01	0	04	05	9 CASOS DE 44 PACIEN.
GIL (5)	02	07	01	08	05	02	01	01	03	06	9 CASOS DE 32 PACIEN.

J. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS**J.1 DISPLASIA FIBROSA**

Es un trastorno idiopático, en el que la médula ósea se reemplaza gradualmente por una proliferación de tejido conectivo fibroso anormal que contiene material osteoide y óseo de probable origen metaplásico. Este tejido fibroso posee una estructura inadecuada. (18)

Generalmente la enfermedad se clasifica en tres tipos:

1. Monostótica: se limita a un solo hueso. Representa el 80 a 85% de los casos.
2. Poliestótica: afecta de varios a muchos huesos, es relativamente poco común. En casos extremos, tres cuartas partes de esqueleto se ven afectadas, a esta forma de displasia se le llama tipo Jaffe.
3. El 3% de los pacientes con el tipo poliestótico puede presentar múltiples áreas de pigmentación cutánea e hiperfunción autónoma de una o más glándulas endocrinas; es conocido como el síndrome McCune-Albright.

El cráneo y las maxilas pueden estar comúnmente afectadas en las tres formas de la enfermedad. (15)

Displasia fibrosa monostótica

Características radiográficas:

Forma: puede verse un patrón en forma de fondo de vaso. (15,20)

Color: la lesión varía desde radiolúcida hasta una masa densa radiopaca. Lo más común es una masa radiopaca con gran número de trabéculas óseas. (15,20)

Bordes: mal definidos. (15,18,20)

Tamaño: variable. (15,18,20)

Expansión de corticales: si produce, expande sobre todo la placa cortical de la región vestibular. (20)

Características clínicas:

Localización: las maxilas son el lugar más comúnmente afectado por este tipo. El maxilar superior es más afectado que la mandíbula. Cuando ocurre en el maxilar superior pueden involucrarse huesos adyacentes como cigoma, esfenoides, occipital, techo de la órbita y huesos frontales. (15)

Edad: se presenta sobre todo durante la primera y segunda décadas de la vida. (15,18,20)

Sexo: hombres y mujeres son afectados con la misma frecuencia. (15,18,20)

Displasia fibrosa polioestótica:

Aunque el cráneo y las maxilas pueden estar afectadas con la resultante asimetría facial, el cuadro clínico en los pacientes con este tipo de enfermedad es usualmente dominado por síntomas relacionados con lesiones a los huesos largos. La fractura patológica con dolor y la deformidad resultante son muy comunes. (15)

Pacientes con el síndrome McCune-Albright presentan pigmentación café con leche, que consiste en máculas oscuras bien definidas generalmente unilaterales en el tronco y muslos. Estas lesiones pigmentadas pueden ser congénitas y pueden estar presentes también en mucosa bucal. La sexualidad precoz es la manifestación endocrina más común del síndrome, sobre todo en mujeres. La menstruación puede ocurrir en los primeros meses de vida. El desarrollo de las mamas y del vello púbico pueden verse durante los primeros años de vida en las niñas afectadas. (15)

Tratamiento:

Aunque lesiones pequeñas, sobre todo en la mandíbula, pueden ser completamente removidas quirúrgicamente sin mucha dificultad, la naturaleza difusa y el gran tamaño de la mayoría de las lesiones del maxilar necesitan una cirugía extensa para removerlas. En muchos casos la enfermedad tiende a estabilizarse y esencialmente se detiene su crecimiento cuando llega la madurez esquelética. Sin embargo, algunas lesiones continúan creciendo, aunque lentamente, en pacientes adultos. (15,20)

La frecuencia de la regresión de las lesiones después de la cirugía se ha estimado en un 25 a 50% y es más común en pacientes jóvenes. (15)

Pronóstico:

Usualmente el desarrollo maligno de la lesión a osteosarcoma es raro. Se han visto casos en pacientes que han recibido terapia con radiación. La radiación está contraindicada por el riesgo de desarrollo de sarcoma de hueso post-radiación. (15)

Los siguientes son datos de displasia fibrosa obtenidos de diferentes investigaciones guatemaltecas consultadas:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			LOCALIZION		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	0 a 10	11 a 20	21 a 30	INTRAOSEAS MAXILAR		
								SUP	INF	
BATRES (2)	06	01	---	---	06	0	01	01	06	7 CASOS DE 14 PACIEN.
GIL (5)	0	03	02	01	0	01	02	03	0	3 CASOS DE 4 PACIEN.

J.2 TUMORES MALIGNOS DE TEJIDOS OSEOS**J.2.1 OSTEOSARCOMA**

Representa el 20% de los sarcomas y son las neoplasias óseas más frecuentes después del mieloma de células plasmáticas. Es el tumor maligno primario más común de hueso. (15,18)

Etiología:

Puede originarse de anormalidades óseas preexistentes como Enfermedad de Paget, Displasia Fibrosa, Tumor de células gigantes, Osteocondromas múltiples, Infarto de hueso, Osteomielitis crónica y Osteogénesis imperfecta. También puede originarse en huesos sometidos a radioterapia por otra causa.

Según su origen, pueden clasificarse en:

- Tipo convencional: afecta a la cavidad medular,
- Tumores yuxtacorticales: origen en superficie perióstica,
- Osteosarcomas extraesqueléticos: afectan tejidos blandos. (18)

Características radiográficas:

Forma: puede apreciarse una radiopacidad perióstica como rayos de sol, pero no es patognomónico de la enfermedad. (20)

Color: al inicio se observa sólo un ensanchamiento del ligamento periodontal.

Las lesiones avanzadas son radiolúcidas en motas o radiopacas irregulares. La mayoría son mixtas. (18)

Bordes: mal definidos. (18)

Expansión de corticales: produce tanto expansión como destrucción. (20)

Apariencia clínica:

Lesión básica: tumor. (18)

Superficie: no se produce ulceración de piel o mucosas. (18)

Localización: afectan por igual maxilar y mandíbula. En mandíbula se localiza sobre todo en cuerpo y menos en sínfisis, ángulo, rama ascendente y ATM. En maxilar se presenta igualmente en proceso alveolar y seno maxilar y pocas veces en paladar. (18)

Edad: los convencionales de maxilares aparecen sobre todo aproximadamente a los 34 años. (18,20)

Sexo: predominan en hombres. (15,18)

Frecuencia: en la región bucal, el tipo convencional es el más frecuente. (18)

Sintomatología: Cuando está en mandíbula causa dolor localizado, a veces pérdida y desplazamiento dental y parestesia por afección del nervio alveolar inferior. (15,18,20)

Los tumores maxilares causan síntomas similares y además parestesia del nervio infraorbitario, epistaxis, obstrucción nasal y alteraciones oculares. (18)

Tratamiento:

El de elección es la extirpación quirúrgica radical de maxilar o mandíbula. En casos de recurrencia, invasión de tejidos blandos o metástasis se emplea radio y quimioterapia. (18,20)

Pronóstico:

Tiene mejor pronóstico el osteosarcoma mandibular que el maxilar. En general recurren en un 40 a 70% y la tasa de metástasis es de 25 a 50%. Las metástasis más comunes son las pulmonares y cerebrales y son raras en ganglios linfáticos. (18)

Investigaciones guatemaltecas revelan los siguientes datos sobre osteosarcoma:

AUTOR	SEXO		ETNIA		EDAD		LOCALIZACIÓN		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	31 a 40	41 a 50	INTRAOSEAS MAXILAR		
							SUP	INF	
BATRES (2)	0	01	--	--	01	0	0	01	1 CASO DE 17 PACIENTES
GIL (5)	0	03	03	0	0	03	0	03	3 CASOS DE 22 PACIENTES

J.2.2 CONDROSARCOMA

Tumor maligno caracterizado por la formación de cartílago en vez de hueso. (15)

Características radiográficas:

Color: se observa un área radioluciente que puede contener cantidades variables de focos radiopacos difusos, causados por calcificación u osificación de la matriz de cartílago. (15)

Bordes: mal definidos. (15)

Expansión de corticales: sí produce. (15)

Características clínicas:

Lesión básica: tumor. (15)

Superficie: la mayoría de las veces la mucosa está intacta. (20)

Localización: son afectadas con misma frecuencia el maxilar y la mandíbula, y puede encontrarse en cualquier parte de ellas. (15)

Edad: la edad promedio afectada es de 33 años. (15)

Sexo: es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres. (15)

Sintomatología: el dolor es un síntoma poco común. Puede relacionarse con desplazamiento o pérdida de piezas. Los tumores maxilares pueden causar obstrucción nasal o epistaxis. (15)

Tratamiento:

La escisión quirúrgica radical es el más utilizado para estas lesiones. La radioterapia y la quimioterapia no tienen buenos resultados. (15)

Pronóstico:

El pronóstico es pobre. No tiende a producir metástasis. La mayoría de tratamientos fracasan y se produce recurrencia local. (15)

Investigaciones guatemaltecas consultadas reportan los siguientes casos de condrosarcoma:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			LOCALIZACION		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	0 a 10	11 a 20	21 a 30	INTRAOSEAS MAXILAR		
								SUP	INF	
BATRES (2)	06	01	---	---	06	0	01	01	06	7 CASOS DE 14 PACIEN
GIL (5)	0	03	02	01	0	01	02	03	0	3 CASOS DE 4 PACIEN.

K. QUISTES ODONTOGENOS

K.1 QUISTE DENTIGERO

(SINÓNIMO: quiste folicular, quiste de erupción).

Es una dilatación del espacio folicular normal, que se encuentra alrededor de la corona de un diente no erupcionado o en desarrollo. (18)

Etiología:

Se desarrolla por acumulación de líquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona del diente subyacente. (20)

Apariencia radiográfica:

Color: lesión radiolúcida, unilocular o menos frecuente multilocular. (18,20)

Bordes: definidos, opacos. (18,20)

Tamaño: variable. (10,18,20)

Expansión de corticales: si produce. (10,18,20)

Apariencia clínica:

Localización: es más frecuente en la región mandibular y maxilar de tercera molar y caninos maxilares (zonas donde se retienen dientes con más frecuencia). (10,18,20)

Edad: se presenta sobre todo en la segunda y tercera décadas de la vida. (18)

Sexo: es más frecuente en hombres. (18)

Frecuencia: muy frecuente. (18,20)

Sintomatología: pueden presentarse síntomas escasos como la erupción tardía de los dientes (18), o puede haber dolor por compresión de nervios. (10)

Tratamiento:

Extirpación del diente comprometido y los tejidos blandos circundantes cuando es pequeño y marsupialización cuando compromete tejidos. (18,20)

Pronóstico:

Si no se le da tratamiento puede tener transformación maligna a ameloblastoma, carcinoma epidermoide o mucoepidermoide. (18,20)

La recurrencia es poco frecuente. (20)

Investigaciones guatemaltecas reportan los siguientes datos de quiste dentígero:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD					LOCALIZACION		TOTAL CASOS
	M	F	M	IN	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 o +	INTRAOSEA MAXILAR		
										SU	IN	
BATRES (2)	85	105	--	--	21	66	59	24	20	70	120	190 CASOS DE 421 PACIENTES
GIL (5)	53	89	09	133	06	61	50	07	18	62	80	142 CASOS DE 343 PACIENTES
GÓMEZ (6)	10	07	03	14	0	07	08	02	0	04	13	17 CASOS DE 57 PACIENTES

K.2 QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

Etiología:

Se origina en restos de la lámina dental que se localizan en la mandíbula o el maxilar superior. También puede derivarse de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre. (18,20)

Apariencia radiográfica:

Forma: circular. (18,20)

Color: lesión radiolúcida unilocular o multilocular. (18,20)

Bordes: opacos y delgados. (18,20)

Expansión de corticales: si produce. Las lesiones maxilares causan más expansión bucal que palatina y las mandibulares más bucal que lingual. (18,20)

Características clínicas:

Localización: región posterior del cuerpo y la rama mandibular. Cuando está en maxilar superior predomina en región de tercer molar y menos en región canina. (18)

Edad: es más frecuente en segunda y tercera décadas. (18,20)

Sexo: es más común en el masculino. (20)

Sintomatología: es asintomático. (20)

Tratamiento:

Excisión quirúrgica con raspado óseo periférico u osteotomía. (18,20)

Pronóstico:

Tiene alta tasa de recurrencia que puede deberse a la excisión inadecuada, individuos con Síndrome de carcinoma de células basales nevoides, quistes enucleados en varias piezas, infección con formación de fístula o pared ósea perforada, aspecto radiográfico multilocular. Pueden darse cambios neoplásicos en la capa epitelial del quiste. (18)

Bibliografía guatemalteca consultada reporta los siguientes datos de queratoquiste:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD					LOCALIZA- CION		TOTAL CASOS
	M	F	M	IN	0 a 10	11a 20	21 a 30	31 a 40	41 o más	INTRAOSEA MAXILAR		
										SU	IN	
BATRES (2)	23	22	--	--	01	16	07	06	15	16	29	45 CASOS DE 421 PACIENTES
GIL (5)	14	13	0	27	0	09	05	07	06	10	17	27 CASOS DE 343 PACIENTES
GÓMEZ (6)	01	01	0	02	0	0	02	0	0	0	02	2 CASOS DE 57 PACIENTES

K.3 QUISTE PERIODONTAL LATERAL

Quiste embrionario no queratinizado y no inflamatorio que se localiza adyacente o lateral a la raíz de un diente. Se relaciona con el quiste gingival del adulto. (20)

Etiología:

Deriva de restos de la lámina dental que se encuentran en el hueso, separados del ligamento periodontal. (20)

Características radiográficas:

Tamaño: rara vez mide más de 1 centímetro de diámetro. (15,20)

Color: radiolúcida unilocular o multilocular. (15,20)

Bordes: opacos bien definidos. (15,20)

Expansión de corticales: rara vez la producen. (20)

Características clínicas:

Localización: la mayoría se localizan en la región premolar y canina mandibular, muy pocos en la zona incisiva. (15,20)

Edad: aparece en individuos de edad mediana, entre quinta y sexta décadas de la vida. (15,20)

Sexo: predomina en hombres. (15,20)

Sintomatología: asintomático. (15,20)

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica del quiste. (20)

Pronóstico:

Después del tratamiento hay poca o ninguna recurrencia. (20)

Bibliografía guatemalteca revela los siguientes datos de quiste periodontal lateral:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			LOCALIZACION		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	11 a 20	21 a 30	31 a 40	ARCADA		
								SUP	INF	
BATRES (2)	0	02	---	---	01	01	0	01	01	2 CASOS DE 256 PACIEN.
GÓMEZ (6)	01	01	02	0	0	0	02	0	02	2 CASOS DE 57 PACIEN.

K.4 QUISTE PERIAPICAL

Aunque pertenece a este grupo de lesiones no se incluye porque se mencionó en enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales.

L TUMORES ODONTOGENICOS

L.1 AMELOBLASTOMA

(SINÓNIMOS: adamantinoma, adamantoblastoma, quiste multilocular). (20)

Es una neoplasia verdadera que simula el órgano del esmalte del germen dentario, pero no se diferencia hasta el punto de formar tejidos mineralizados. (20) Tumor de crecimiento local persistente en el área maxilofacial que tiene capacidad para producir gran deformidad antes que debilidad grave. (18)

Etiología:

Deriva del epitelio que se la relaciona con la formación de dientes, órgano del esmalte, restos odontógenos (restos de Malassez, restos de Serres), epitelio reducido del esmalte, cápsula epitelial de los quistes odontógenos sobre todo del dentígero. (18)

Apariencia radiográfica:

Color: radiolúcido unilocular o multilocular. (18)

Bordes: bien definidos, escleróticos. (18)

Expansión de corticales: si produce. (20)

Características clínicas:

Superficie: la mucosa que lo cubre es generalmente de color normal y se conserva intacta aún en lesiones de gran tamaño. (20)

Consistencia: dura. (20)

Localización: el 80% de las lesiones ocurren en el maxilar inferior. De éstas, el 70% afectan la región de molares y rama ascendente; 20% la región premolar y el resto en la región de incisivos. El maxilar superior es afectado con mucho menos frecuencia, siendo la región molar el área predilecta. (15,18,20)

Edad: presenta mayor incidencia en adultos entre cuarta y quinta décadas. En niños es poco frecuente, por lo general unquístico y se manifiesta como quiste odontógeno. (18)

Sexo: no presenta predilección. (15,18,20)

Sintomatología: es asintomático al inicio, pero conforme avanza su crecimiento causa asimetría facial progresiva (20). El primer signo puede ser movilidad o maloclusión dental. (18)

Tratamiento:

Los tumores sólidos multiquísticos requieren extirpación quirúrgica, igual que en lesiones grandes en las cuales además puede necesitarse resección en bloque. En lesiones unquísticas y ameloblastomas periféricos se recomienda sólo enucleación o curetaje. (18)

Pronóstico:

Es raro encontrar comportamiento maligno de los ameloblastomas, pero si se presenta es a la edad de 30 años y aparece más en la mandíbula que en el maxilar.

Las lesiones malignas se clasifican en dos tipos: ameloblastoma maligno en el que las lesiones primarias y metastásicas son bien diferenciadas y Carcinoma ameloblástico en el que las metástasis son mal diferenciadas.

Las metástasis de las variantes malignas afectan casi siempre pulmón, ganglios linfáticos, cráneo, hígado, bazo, riñón y piel. (18)

Las investigaciones guatemaltecas consultadas revelan los siguientes datos de ameloblastoma:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD					LOCALIZA CION		TOTAL CASOS
	M	F	M	IN	0 a 10	11a 20	21 a 30	31 a 40	41 o más	INTRAORSEA MAXILAR		
										SU	IN	
BATRES (2)	10	16	--	--	0	08	08	04	06	03	23	26 CASOS DE 221 PACIENTES
GIL (5)	05	04	01	08	0	02	02	02	03	02	07	9 CASOS DE 132 PACIENTES
GÓMEZ (6)	01	03	01	03	0	0	01	02	01	0	04	4 CASOS DE 57 PACIENTES

L.2 TUMOR ODONTOGENO CALCIFICANTE EPITELIAL

Es también conocido como tumor de Pindborg. Esta lesión fue descrita por primera vez en 1946 por Thoma y Goldman como una variante peculiar de ameloblastoma. Es una lesión de crecimiento lento. (20)

Características radiográficas:

En algunos casos aparece como un área radiolúcida unilocular difusa circunscrita, mientras que en otras aparece como un patrón combinado de radiolusencia y radiopacidad con espacios trabeculados óseos irregulares pequeños que cruzan el área radiolúcida en muchas direcciones y producen un patrón multilocular. En ocasiones es totalmente radiolúcida y esta asociada con un diente impactado, dando un aspecto equivocado de quiste dentígero. (20)

Características clínicas:

Lesión básica: tumor (20)

Localización: se presenta con más frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior, en una proporción de 2:1 y el predominio de la región molar es tres veces mayor que en los premolares. (20)

Edad: oscila entre los 12 y 75 años. (20)

Sexo: no existe una tendencia marcada por ninguno de los dos. (20)

Sintomatología: es asintomático. (20)

Tratamiento:

El tratamiento es por escisión local o por enucleación. (8)

Pronóstico:

Se han señalado un 20% de recurrencias. (8)

Una investigación guatemalteca consultada reporta la siguiente frecuencia de Tumor odontógeno epitelial calcificante:

AUTOR	SEXO		RANGOS DE EDAD					LOCALIZACION		TOTAL CASOS
	MA	FE	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 o más	INTRAOSEAS MAXILAR		
								SUP	INF	
BATRES (2)	03	01	0	01	01	01	01	02	02	4CASOS DE 221 PACIEN.

I.3 TUMOR ODONTOGENO ADENOMATOIDE

(SINÓNIMOS: Adenoameloblastoma, tumor adenomatoide ameloblástico)

Etiología:

No se sabe si representa una neoplasia verdadera, debido a que es incierta la histogénesis. Mientras algunos investigadores lo consideran como una neoplasia benigna, otros lo han categorizado como una malformación hamartomatosa o como un quiste odontógeno. (20)

Características radiográficas:

Forma: casi siempre la lesión envuelve la corona de una pieza no erupcionada, sobre todo un canino. (15) Con frecuencia hay separación de las raíces o desalojo de los dientes adyacentes.

La resorción radicular es rara. (15)

Color: es radioluciente y puede ser más comúnmente unilocular o presentar focos mal definidos y hasta densos. (15,20)

Bordes: pueden ser bien o mal definidos. (20)

Tamaño: la mayoría de lesiones son relativamente pequeñas. Rara vez exceden los 3 centímetros de diámetro. (15)

Expansión de corticales: cuando las lesiones son grandes pueden producirla. (15)

Características clínicas:

Localización: presenta una fuerte tendencia a ocurrir en las porciones anteriores de los maxilares y es más común en el maxilar superior que en la mandíbula. (15,20)

Edad: este tumor es exclusivo de pacientes jóvenes, dos tercios de los casos son diagnosticados entre las edades de 10 a 19 años. Es poco común en pacientes mayores de 30 años. (15,20)

Sexo: las mujeres son afectadas casi el doble de veces que los hombres. (15)

Frecuencia: representa del 3 al 7% de todos los tumores odontogénicos. (15)

Sintomatología: casi siempre son asintomáticos. (15)

Tratamiento:

Debido a su cápsula, su enucleación es fácil y es el tratamiento de elección. (15)

Pronóstico:

Este tumor es completamente benigno y algún comportamiento agresivo no ha sido documentado. La recurrencia después de la enucleación rara vez ocurre. (15)

Los siguientes son casos reportados en investigaciones guatemaltecas sobre tumor odontógeno adenomatoide:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				LOCALIZACION		TOTAL DE CASOS
	MA	FE	MES	IND	0 a 20	21 a 40	41 a 50	51 a 60	INTRAOSEAS MAXILAR		
									SUP	INF	
BATRES (2)	02	03	---	---	02	01	01	01	02	03	5 CASOS DE 59 PACIENT.
GIL (5)	01	04	03	02	03	02	0	0	04	01	5 CASOS DE 7 PACIENT.

M. TUMORES DE TEJIDO MIXTO DE ORIGEN ODONTOGENICO

M.1 ODONTOMA

Se considera tumor mixto porque está compuesto por tejido de origen epitelial y mesenquimatoso bien diferenciado por lo que se encuentran depósitos de esmalte (de lo ameloblastos) y de dentina (de los odontoblastos). (10,18,20)

Puede tener una de dos configuraciones:

- Odontoma compuesto: se encuentran múltiples dientes rudimentarios o en miniatura.
- Odontoma complejo: se observan conglomerados amorfos de tejidos duros. (10,18,20)

Etiología:

Las células y los tejidos son normales pero la estructura es defectuosa, por lo que se postula que debe considerarse más bien hamartoma que tumor. (18)

Apariencia radiográfica:

Forma: el odontoma compuesto se manifiesta por un foco que contiene varios dientes maduros, se relaciona con un diente y se localiza entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido. Los complejos aparecen en las mismas regiones como masas amorfas opacas. (18)

Color: es una lesión mixta. (18,20)

Bordes: definidos. (18,20)

Tamaño: variable. (20)

Expansión de corticales: si produce. (18,20)

Características clínicas:

Localización: es más frecuente en maxilar que en mandíbula. Los complejos se presentan en la región posterior y los compuestos en la anterior del maxilar. (10,18,20)

Edad: afecta más a niños y adultos jóvenes, sobre todo en la segunda década. (10,18,20)

Sexo: no hay predilección por sexo (18), aunque puede haber diferencia afectando más a hombres (20) o a mujeres. (10)

Sintomatología: aunque es asintomático, los signos clínicos que lo sugieren son: diente deciduo retenido, diente incluido, tumoración alveolar e infección. (18,20)

Tratamiento:

La enucleación de la lesión es curativa. (18)

Pronóstico:

Después de realizado el tratamiento, no se presenta recurrencias. Si no se da tratamiento, puede formarse un quiste dentígero ya que tiene sacos dentarios. (18)

Los siguientes datos de odontoma fueron obtenidos de la revisión de varias investigaciones guatemaltecas realizadas:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				LOCALIZACIÓN		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	0 a 10	11 a 20	21 a 30	41 o más	INTRAÓSEAS MAXILAR		
									SUP	INF	
BATRES (2)	14	18	---	---	16	07	05	04	22	10	32 CASOS DE 221 PACIENT.
GIL (5)	13	14	0	27	02	20	03	02	13	14	27 CASOS DE 132 PACIENT.
GÓMEZ (6)	06	08	04	10	0	08	06	0	04	10	14 CASOS DE 57 PACIENT.

M.2 MIXOMA

Es un tumor odontógeno benigno a veces infiltrante y agresivo. Puede llamarse mixofibroma cuando presenta grandes cantidades de colágena. (20)

Etiología:

Es de naturaleza y origen mesenquimatoso, ya que simula la pulpa dental o el tejido conectivo folicular. (20)

Apariencia radiográfica:

Forma: puede tener un aspecto moteado o de panal de miel (20) o un patrón de socavado (18).

Color: puede aparece como una radiolusencia destructiva expandida, la cual en ocasiones es multilocular. (20)

Bordes: bien circunscritos. (18)

Expansión de corticales: produce más expansión que perforación y desplazamiento de las raíces más que resorción. (18)

Características clínicas:

Lesión básica: tumor. (20)

Localización: se presenta con más frecuencia en la mandíbula. (20)

Edad: afecta a individuos desde 10 hasta 50 años, con un promedio de 30 años. (18)

Sexo: no presenta predilección. (18,20)

Sintomatología: el dolor puede o no ser una característica. (20)

Tratamiento:

Se recomienda la escisión quirúrgica por cauterización. Las lesiones extensas pueden requerir de la resección para erradicar el tumor. El tumor es insensible a la radiación. (20)

Por su consistencia blanda y gelatinosa el curetaje puede ser inadecuado. (18)

Pronóstico:

Es bueno y la tasa de recurrencia moderada.

Si el tratamiento es muy conservador la ausencia de cápsula puede contribuir a la recurrencia de la lesión. Los tratamientos quirúrgicos repetidos no estimulan el crecimiento del tumor ni producen metástasis. (18)

Investigaciones guatemaltecas consultadas reportan los siguientes casos de mixoma:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD				LOCALIZACION		TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	INTRAOSEAS MAXILAR		
									SUP	INF	
BATRES (2)	01	02	---	---	0	01	01	01	01	02	3 CASOS DE 221 PACIEN.
GIL (5)	04	02	0	06	0	04	02	0	05	01	6 CASOS DE 132 PACIEN.

M.3 CEMENTOBLASTOMA

(SINÓNIMO: Cementoma verdadero).

Neoplasia verdadera de los cementoblastos funcionales que forman una gran masa de cemento o de tejido parecido al cemento sobre la raíz dental. (20)

Etiología:

Deriva del cementoblasto. (20)

Apariencia radiográfica:

Color: radiopaca. (20)

Bordes: definidos, radiolúcidos. (20)

Expansión de corticales: puede producirla. (18)

Características clínicas:

Localización: es más frecuente en regiones posteriores mandibulares en estrecha relación con la raíz de un diente que es vital, sobre todo primera molar mandibular. (18,20)

Edad: se presenta con más frecuencia en menores de 25 años. (20)

Sexo: no presenta predilección. (18,20)

Sintomatología: generalmente es asintomático, pero puede producir dolor intermitente de baja intensidad. (18,20)

Tratamiento:

Por su estrecha relación con la raíz del diente, no puede extirparse sin sacrificarlo y la extracción de la masa requiere eliminar hueso. (18,20)

Pronóstico:

Después del tratamiento no hay recurrencia. (18,20)

Los siguientes datos de cementoblastoma son los reportados por varias investigaciones guatemaltecas consultadas:

AUTOR	SEXO		ETNIA		RANGOS DE EDAD			LOCALIZACIÓN			TOTAL CASOS
	MA	FE	ME	IN	11 a 20	21 a 30	51 a 60	INTRAOSEA MAXILAR		PALADAR DURO	
								SUP	INF		
BATRES (2)	0	05	---	---	02	02	01	02	03	0	5 CASOS DE 44 PACIENT
GIL (5)	02	01	03	0	01	01	01	01	0	02	3 CASOS DE 67 PACIENT

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de lesiones patológicas en cavidad bucal en pacientes adultos y niños atendidos en el período de enero de 1990 a septiembre del 2000 en la clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer las características clínicas de las lesiones patológicas de la cavidad bucal.
2. Establecer a qué edad es más frecuente el diagnóstico de estas lesiones.
3. Determinar en qué sexo y etnia es más común el desarrollo de dichas lesiones.
4. Enumerar las áreas más comunes de localización de las lesiones.
5. Determinar cuales lesiones son susceptibles de experimentar recurrencia después de su tratamiento.

VARIABLES

1. Sexo
2. Edad
3. Etnia
4. Localización anatómica de la lesión
5. Características clínicas
6. Síntomas predominantes
7. Diagnóstico inicial
8. Diagnóstico final

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Variable sexo: Diferenciación biológica e identidad de género de la persona. Indicador: El dato sobre sexo que aparece registrado en el expediente clínico, femenino o masculino.
2. Variable edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Indicador: El dato sobre edad que aparece registrado en el expediente clínico, en rangos de 0 a 10 años, de 11 a 20 años, de 21 a 30 años, 31 a 40 años, 41 a más años.
3. Variable etnia: Grupo social, cuyos miembros se auto-identifican y son identificados como pertenecientes a él. Indicador: el dato referente al grupo étnico que al respecto aparece en el expediente clínico. Indígena, no indígena.
4. Variable localización de la lesión: Región donde se localiza la lesión. Indicador: Lesión localizada en el maxilar superior o inferior.
5. Variable características clínicas: Signos presentes durante la evaluación clínica. Indicador: mácula, pápula, nódulo, tumor, crecimiento, placa, úlcera, color.
6. Variable síntomas predominantes: Conjunto de datos reveladores de enfermedad aportados por el paciente. Indicador: ardor, dolor, supuración, sangramiento.

METODOLOGIA

PROCEDIMIENTO:

1. Se solicitó autorización al Dr. Guilmar Escobar Eguizabal, Coordinador de la División de Capacitación y Desarrollo del Departamento de Recursos Humanos del IGSS, para realizar la investigación en la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de Accidentes del IGSS de la ciudad de Guatemala. Dio su visto bueno y la copia de dicha solicitud se presenta en el anexo.
2. Se seleccionaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en la clínica, desde enero de 1990 hasta septiembre del 2000, de acuerdo a los libros de control diario de citas excluyendo aquellos a los que se les realizó cirugía de terceras molares y que no requirieron examen histopatológico.
3. Se solicitaron los expedientes clínicos de los pacientes que se incluyeron en el estudio al encargado del archivo del Hospital.
4. Los datos de los expedientes se anotaron en la ficha elaborada para dicho fin, la cual se adjunta en el anexo.
5. Se tabularon los datos estadísticamente y los resultados se presentan en cuadros y gráficas con el correspondiente análisis, conclusiones y recomendaciones.
6. Se elaboró el informe final y se presenta a la comisión de tesis para su revisión y aprobación.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante la realización del Trabajo de campo de esta investigación, la cual fue realizada con un total de 2767 expedientes clínicos de pacientes con lesiones patológicas bucales diversas que fueron atendidos en la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de Accidentes del IGSS de la ciudad de Guatemala, durante el período de enero de 1990 a septiembre del 2000.

Los siguientes cuadros presentan los datos de la frecuencias de las lesiones patológicas bucales de acuerdo al sexo, etnia, edad, características clínicas y localización en las que se presentaron.

CUADRO No. 1

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERÍODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000, DISTRIBUIDOS SEGÚN TIPO DE EXPEDIENTE.

TIPO DE EXPEDIENTE	NÚMERO DE PACIENTES (fa)
Expedientes ausentes por fallecimiento del paciente	1467
Expedientes extraviados	687
Expedientes que fueron trasladados a otro centro asistencial	2072
Expedientes de pacientes con cirugía de terceras molares que no presentan lesiones patológicas	3007
Expedientes de pacientes que presentan una o más lesiones patológicas bucales	2767
TOTAL	10000

Fuente: Libros y Archivos de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa : Frecuencia absoluta.

INTERPRETACIÓN

Durante el período de enero de 1990 a septiembre del 2000, en la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial se atendió a 10,000 pacientes de los cuales 2154 no se encuentran en el archivo por fallecimiento del paciente o por extravío, 2072 fueron trasladados a Clínicas periféricas de la institución para su tratamiento y 3007 correspondieron a pacientes que necesitaron cirugía de terceras molares y no presentaron lesión patológica.

Se revisó un total de 2767 expedientes de pacientes con lesiones patológicas bucales diversas, y con los cuales se realizó y desarrolló el trabajo de campo de esta investigación.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LESIONES PATOLOGICAS BUCALES* POR SEXO Y ETNIA, DE 2767 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

ORIGEN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	PORCENTAJE
	LADINO	INDIGENA	LADINO	INDIGENA		
1. DEFECTOS DEL DESARROLLO	79	17	47	13	156	5.64%
2. ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES	204	17	245	37	503	18.18%
3. ENFERMEDADES PERIODONTALES	22	09	12	03	46	1.66%
4. TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL	82	31	53	22	188	6.79%
5. LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL	23	04	10	01	38	1.37%
6. TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL	28	03	08	0	39	1.41%
7. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES	13	01	05	0	19	0.69%
8. LESIONES FISICAS DE TEJIDOS BLANDOS	638	155	430	93	1316	47.56%
9. TUMORES BENIGNOS DE TEJIDO CONECTIVO	95	30	154	44	323	11.67%
10. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS	07	01	05	01	14	0.51%
11. QUISTES ODONTOGENICOS	40	14	24	13	91	3.29%
12. TUMORES DE TEJIDO MIXTO DE ORIGEN ODONTOGENICO	14	09	06	05	34	1.23%
TOTAL	1245	291	999	232	2767	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 2767 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

* DE ACUERDO A CLASIFICACIÓN SEGÚN NEVILLE (15) Y SHAFFER (20).

INTERPRETACIÓN

El total de lesiones encontradas es de 2767 de las cuales el grupo más afectado es el de lesiones físicas de tejidos blandos con 1316 lesiones (47.56%) y el menos afectado es el de enfermedades de los huesos con 14 lesiones (0.51%). Así mismo, se observó 1536 lesiones en el sexo masculino y en el grupo ladino 2244 patologías bucales, en ambos (masculino y ladino) fue en donde más lesiones patológicas se encontraron.

CUADRO No. 3

FRECUENCIA DE LESIONES PATOLOGICAS BUCALES SEGÚN LA REALIZACIÓN O NO DE BIOPSIA
EN 2767 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL
HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

ORIGEN	SE HIZO BIOPSIA		Fa	fr
	SI	NO		
ANQUILOGLOSIA	0	72	72	2.60%
TORUS PALATINO	09	30	39	1.41%
TORUS MANDIBULAR	02	18	20	0.72%
QUISTE NASOLABIAL	08	0	08	0.29%
QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE	17	0	17	0.61%
GRANULOMA PERIAPICAL	07	282	289	10.44%
QUISTE PERIAPICAL	127	87	214	7.73%
HIPERPLASIA GINGIVAL	07	39	46	1.66%
PAPILOMA ORAL ESCAMOSO	71	84	155	5.60%
VERRUGA VULGAR O COMÚN	12	11	23	0.83%
QUEILITIS ACTÍNICA	10	0	10	0.36%
LEUCOPLASIA	38	0	38	1.37%
CARCINOMA CELS. ESCAMOSAS	26	0	26	0.94%
MELANOMA	13	0	13	0.47%
ADENOMA PLEOMÓRFICO	07	0	07	0.25%
CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO	12	0	12	0.43%
EPULIS FISURATUM	0	243	243	8.78%
FIBROMA	137	375	512	18.50%
MUCOCELE	76	421	497	17.96%
RANULA	15	17	32	1.16%
SIALOLITIASIS	32	0	32	1.16%
GRANULOMA PIOGENO	76	107	183	6.61%
LIPOMA	03	0	03	0.11%
FIBROMA OSIFICANTE	16	0	16	0.58%
HEMANGIOMA CAVERNOSO	85	0	85	3.07%
HEMANGIOMA CAPILAR	18	0	18	0.65%
GRAN. CENTRAL CELS. GIGANTES	18	0	18	0.65%
DISPLASIA FIBROSA	08	0	08	0.29%
OSTEOSARCOMA	06	0	06	0.22%
QUISTE DENTIGERO	39	0	39	1.41%
QUERATOQUISTE ODONTOGENICO	52	0	52	1.88%
ODONTOMA	34	0	34	1.23%
TOTAL	981	1786	2767	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 2767 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial
Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

De 2767 lesiones, a 981 (35.45%) se les realizó biopsia. A la totalidad de los casos de anquiloglosia y epulis fisuratum no se les realizó biopsia, sin embargo, existe una buena cantidad de lesiones a las que a la totalidad de los casos presentados de las mismas, si se les realiza.

CUADRO No. 4

FRECUENCIA DE LESIONES PATOLOGICAS BUCALES SEGÚN LA COINCIDENCIA DEL DIAGNÓSTICO INICIAL CON EL HISTOPATOLÓGICO EN LAS LESIONES QUE SE REALIZÓ BIOPSIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

ORIGEN	COINCIDE CON DIAGNÓSTICO INICIAL		fa
	SI	NO	
TORUS PALATINO	09	0	09
TORUS MANDIBULAR	02	0	02
QUISTE NASOLABIAL	02	06	08
QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE	15	02	17
GRANULOMA PERIAPICAL	0	07	07
QUISTE PERIAPICAL	0	127	127
HIPERPLASIA GINGIVAL	07	0	07
PAPILOMA ORAL ESCAMOSO	49	22	71
VERRUGA VULGAR O COMÚN	09	03	12
QUEILITIS ACTÍNICA	08	02	10
LEUCOPLASIA	16	22	38
CARCINOMA CELS. ESCAMOSAS	17	09	26
MELANOMA	11	02	13
ADENOMA PLEOMÓRFICO	06	01	07
CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO	02	10	12
FIBROMA	75	62	137
MUCOCELE	35	41	76
RANULA	04	11	15
SIALOLITIASIS	30	02	32
GRANULOMA PIOGENO	0	76	76
LIPOMA	02	01	03
FIBROMA OSIFICANTE	13	03	16
HEMANGIOMA CAVERNOSO	79	06	85
HEMANGIOMA CAPILAR	14	04	18
GRAN. CENTRAL CELS. GIGANTES	15	03	18
DISPLASIA FIBROSA	06	02	08
OSTEOSARCOMA	01	05	06
QUISTE DENTIGERO	24	15	39
QUERATOQUISTE ODONTOGENICO	47	05	52
ODONTOMA	29	05	34
TOTAL	527	454	981

Fuente: Libros y Archivos de 981 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

INTERPRETACIÓN

De un total de 981 lesiones a las que se les realizó biopsia, el resultado histopatológico de 527 (54%) si coincide con el diagnóstico inicialmente planteado en el expediente clínico.

CUADRO No. 5

FRECUENCIA DE LESIONES PATOLOGICAS BUCALES DE ACUERDO A SU **RECURRENCIA**, EN 2767 PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

ORIGEN	RECURRENCIA			fa	fr
	SI	NO	NO IND.		
ANQUILOGLOSIA	0	0	72	72	2.60%
TORUS PALATINO	0	10	29	39	1.41%
TORUS MANDIBULAR	0	0	20	20	0.72%
QUISTE NASOLABIAL	0	01	07	08	0.29%
QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE	0	0	17	17	0.61%
GRANULOMA PERIAPICAL	0	0	289	289	10.44%
QUISTE PERIAPICAL	0	0	214	214	7.73%
HIPERPLASIA GINGIVAL	11	0	35	46	1.66%
PAPILOMA ORAL ESCAMOSO	03	78	74	155	5.60%
VERRUGA VULGAR O COMÚN	04	0	19	23	0.83%
QUEILITIS ACTÍNICA	03	0	07	10	0.36%
LEUCOPLASIA	0	0	38	38	1.37%
CARCINOMA CELS. ESCAMOSAS	0	0	26	26	0.94%
MELANOMA	0	0	13	13	0.47%
ADENOMA PLEOMÓRFICO	0	0	07	07	0.25%
CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO	0	0	12	12	0.43%
EPULIS FISURATUM	39	204	0	243	8.78%
FIBROMA	47	103	362	512	18.50%
MUCOCELE	49	131	317	497	17.96%
RANULA	0	04	28	32	1.16%
SIALOLITIASIS	0	18	14	32	1.16%
GRANULOMA PIOGENO	12	51	120	183	6.61%
LIPOMA	0	0	03	03	0.11%
FIBROMA OSIFICANTE	0	0	16	16	0.58%
HEMANGIOMA CAVERNOSO	0	0	85	85	3.07%
HEMANGIOMA CAPILAR	0	0	18	18	0.65%
GRAN. CENTRAL CELS. GIGANTES	0	07	11	18	0.65%
DISPLASIA FIBROSA	0	0	08	08	0.29%
OSTEOSARCOMA	0	0	06	06	0.22%
QUISTE DENTIGERO	0	05	34	39	1.41%
QUERATOQUISTE ODONTOGENICO	12	0	40	52	1.88%
ODONTOMA	0	0	34	34	1.23%
TOTAL	180	612	1975	2767	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 2767 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Del total de 2767 lesiones, en 1975 expedientes (71%) no indica si las lesiones experimentaron recurrencia o no. De los 792 restantes, 612 (77%) reportan que no sufrieron recurrencia y el resto si la presentaron.

CUADRO No. 6

FRECUENCIA DE DEFECTOS DEL DESARROLLO DE LA REGION BUCAL Y MAXILOFACIAL, DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
ANQUILOGLOSIA	43	16	09	04	72	46.15%
TORUS PALATINO	11	01	22	05	39	25.00%
TORUS MANDIBULAR	07	0	09	04	20	12.82%
QUISTE NASOLABIAL	04	0	04	0	08	5.13%
QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE	14	0	03	0	17	10.90%
TOTALES	79	17	47	13	156	100.00%

Fuente: : Libros y Archivos de 156 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Puede observarse que en el grupo de Defectos del desarrollo de la región bucal y maxilofacial se registraron 156 lesiones en total, de las cuales el 46.15% corresponde a casos de anquiloglosia y de éstas, 43 se presentaron en el sexo masculino y en el grupo ladino. Los casos menos frecuentes fueron los del quiste nasolabial , 8 casos que representan el 5.13% del total con igual distribución por sexo y presentándose únicamente en la etnia ladina.

CUADRO No. 7

FRECUENCIA DE DEFECTOS DEL DESARROLLO DE LA REGION BUCAL Y MAXILOFACIAL DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	RANGOS DE EDAD			fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60		
ANQUILOGLOSIA	48	24	0	72	46.15%
TORUS PALATINO	02	09	28	39	25.00%
TORUS MANDIBULAR	0	06	14	20	12.82%
QUISTE NASOLABIAL	03	05	0	08	5.13%
QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE	05	12	0	17	10.90%
TOTALES	58	56	42	156	100.00%

Fuente: Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

En cuanto a ocurrencia por edad, no se observa mayor diferencia entre los tres grupos de edad afectados. La entidad que se presentó con más frecuencia: Anquiloglosia predomina en el grupo de 0 a 20 años. El torus palatino, la segunda entidad más frecuente predomina en el grupo de 41 a 60 años.

CUADRO No.8

FRECUENCIA DE DEFECTOS DEL DESARROLLO DE LA REGION BUCAL Y MAXILOFACIAL DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA		COLOR				SINTOMATOLOGIA			
	CRECIMIENTO	NÓDULO	IGUAL QUE MUCOSA	MÁS PAL MUCOSA	ROJO	BLANCO	ASINTOMÁTICO	DOLOR LEVE	DOLOR MODER.	DISLEXIA
ANQUILOGLOSIA	---	---	---	---	---	---	58	0	0	14
TORUS PALATINO	0	39	32	07	0	0	31	0	08	0
TORUS MANDIBULAR	0	20	17	0	03	0	15	0	05	0
QUISTE NASOLABIAL	02	06	07	0	01	0	07	01	0	0
QUISTE DERMOIDE-EPIDERMÓIDE	06	11	16	0	0	01	17	0	0	0
TOTALES	08	76	72	07	04	01	128	01	13	14

Fuente: : Libros y Archivos de 156 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

PAL= PÁLIDO QUE MUCOSA
MODER = MODERADO

INTERPRETACIÓN CUADRO No. 8

En los casos de anquiloglosia no se registró ninguna característica en cuanto a color y forma, solo se anotó lo referente a sintomatología en donde puede observarse que en 58 de las 72 lesiones no se presentaron síntomas y que 14 refirieron dislexia al ser evaluados.

Respecto a las características clínicas del resto de los defectos del desarrollo de la región bucal y maxilofacial, puede observarse que de 84 lesiones en total, 72 (85.71%) son del mismo color de la mucosa adyacente y que el color que menos se presentó fue el blanco.

Respecto a la forma de las lesiones, el nódulo es la lesión básica más frecuente presentándose en 76 casos que representan el 90.5% y la menos frecuente fue el crecimiento. 70 lesiones que representan el 83.33% no presentaron ninguna sintomatología al ser evaluadas y en el resto el síntoma más común fue el dolor moderado.

CUADRO No.9

FRECUENCIA DE DEFECTOS DEL DESARROLLO DE LA REGION BUCAL Y MAXILOFACIAL DE ACUERDO A SU LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	Ventre lengua	Paladar duro	Encía* lingual inferior	Región canina superior	Base de lengua	Piso de boca	Cuello
ANQUILOGLOSIA	72	0	0	0	0	0	0
TORUS PALATINO	0	39	0	0	0	0	0
TORUS MANDIBULAR	0	0	20	0	0	0	0
QUISTE NASOLABIAL	0	0	0	08	0	0	0
QUISTE DERMOIDE-EPIDERMOIDE	0	0	0	0	01	06	10
SUB-TOTALES	72	39	20	08	01	06	10
TOTAL	156						

Fuente: : Libros y Archivos de 156 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

* Región de premolares

INTERPRETACIÓN

De los casos de quiste dermoide-epidermoide la localización más frecuente es cuello en donde se presentan 10 de las lesiones (58.82%).

CUADRO No. 10

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
GRANULOMA PERIAPICAL	129	05	147	08	289	57.46%
QUISTE PERIAPICAL	75	12	98	29	214	42.54%
TOTALES	204	17	245	37	503	100.00%

Fuente: : Libros y Archivos de 503 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Del total de enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales , 289 (57.46%) corresponden a Granuloma periapical, de éstos 134 (46%) afectan al sexo masculino y 276 al grupo ladino (96.4%). De los 214 casos de Quiste periapical, 127 (59.3%) se presentan en el sexo femenino y 173 (80.84%) en el grupo ladino.

En estos datos no puede hacerse ninguna comparación en cuanto a sexo o a etnia ya que no se estudiaron cantidades iguales de pacientes en cada grupo.

CUADRO No. 11

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD				fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80		
GRANULOMA PERIAPICAL	07	148	127	07	289	57.46%
QUISTE PERIAPICAL	0	102	76	36	214	42.54%
TOTALES	07	250	203	43	503	100.00%

Fuente: : Libros y Archivos de 503 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Se observa que los grupos de edad de 21 a 40 y de 41 a 60 años fueron los más afectados ya que se registran 250 (49.70%) y 203 casos (40.36%) respectivamente para las dos lesiones. El grupo etáreo menos afectado es el de 0 a 20 años con 07 lesiones (1.40%), presentándose solamente en el granuloma periapical.

CUADRO No. 12

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERÍODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	FORMA		IMAGEN Rx.	SINTOMATOLOGÍA	
	CIRCULAR	OVAL	LUCENTE	DOLOR MODERADO	DOLOR SEVERO
GRANULOMA PERIAPICAL	229	60	289	289	0
QUISTE PERIAPICAL	112	102	214	209	05
TOTALES	341	162	503	498	05

Fuente: Libros y Archivos de 503 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

Rx = RADIOGRÁFICA

INTERPRETACIÓN

En cuanto a características radiográficas, 503 lesiones (100%) se observaron como imágenes radiolucientes.

341 lesiones (67.80%) son de forma circular, siendo ésta más frecuente en el Granuloma que en el quiste periapical.

En cuanto a sintomatología 498 entidades (99%) presentan dolor moderado al ser evaluadas, abarcando la totalidad de los casos de granuloma periapical y se registra dolor severo en 5 casos de quiste periapical.

CUADRO No.13

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	INTRAÓSEA MAXILAR							
	SUPERIOR				INFERIOR			
	ANTERIOR		POSTERIOR		ANTERIOR		POSTERIOR	
	DER.	IZQ.	DER.	IZQ.	DER.	IZQ.	DER.	IZQ.
GRANULOMA PERIAPICAL	123	81	22	16	28	11	05	03
QUISTE PERIAPICAL	98	57	16	12	18	08	03	02
SUB-TOTALES	359		66		65		13	
TOTAL	503							

Fuente: Libros y Archivos de 503 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la localización, 425 lesiones (84.50%) se presenta en el maxilar superior y el resto en el inferior.

De las lesiones localizadas en el maxilar superior, 359 se encontraron en el segmento anterior y de éstas 221 en el lado derecho. De las localizadas en el maxilar inferior 65 se presentaron en el segmento anterior y 46 en el lado derecho.

CUADRO No.14

ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE REQUIERE CIRUGÍA, DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000 Y SU FRECUENCIA.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
HIPERPLASIA GINGIVAL POR MEDICAMENTOS	22	09	12	03	46	100.00%
TOTALES	22	09	12	03	46	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 46 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

En el grupo de enfermedades periodontales que requieren cirugía se registraron 46 casos de Hiperplasia gingival causada por medicamentos de las cuales 31 (67.40%) ocurren en el sexo masculino y 34 (73.91%) en la etnia ladina.

CUADRO No.15

ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE REQUIERE CIRUGÍA, DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000 Y SU FRECUENCIA.

LESIÓN	EDAD			fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60		
HIPERPLASIA GINGIVAL POR MEDICAMENTOS	13	26	07	46	100.00%
TOTALES	13	26	07	46	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 46 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

El grupo de edad más afectado en la Hiperplasia gingival por medicamentos es el de 21 a 40 años, presentando 26 casos (56.52%) y el menos afectado es el de 41 a 60 años con 7 (15.22%).

CUADRO No. 16

ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE REQUIERE CIRUGÍA , DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000 Y SU FRECUENCIA.

LESIÓN	COLOR	FORMA	SÍNTOMATOLOGIA
	IGUAL MUCOSA	CRECIMIENTO	ASINTOMATICO
HIPERPLASIA GINGIVAL POR MEDICAMENTOS	46	46	46
TOTALES	46	46	46

Fuente: Libros y Archivos de 46 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

En el 100% de las lesiones documentadas se observó el mismo color de la mucosa adyacente, en forma de crecimiento y asintomáticas.

CUADRO No.17

ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE REQUIERE CIRUGÍA DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LOCALIZACIÓN		
	MUCOSA GINGIVAL		
	SUPERIOR	INFERIOR	GENERALIZADA
HIPERPLASIA GINGIVAL POR MEDICAMENTOS	17	09	20
SUB-TOTALES	17	09	20
TOTAL	46		

Fuente: Libros y Archivos de 46 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

20 de los casos de Hiperplasia gingival por medicamentos (48.43%) afectó la mucosa gingival de una forma generalizada y en los casos aislados se registraron 17 que afectaron solamente la encía del maxilar superior.

CUADRO No.18

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	SEXO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
PAPILOMA ORAL ESCAMOSO	72	27	41	15	155	82.45%
VERRUGA VULGAR	03	02	11	07	23	12.23%
QUEILITIS ACTINICA	07	02	01	0	10	5.32%
TOTALES	82	31	53	22	188	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 188 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

En el grupo de tumores de origen epitelial se registraron 188 lesiones en total y se observa con más frecuencia la ocurrencia de Papiloma oral escamoso representando 82.45% que corresponde a 155 casos, de los cuales 99 (63.87%) afectan al sexo masculino y 113 (72.91%) a la etnia ladina.

La menor cantidad de casos corresponde a la Queilitis actínica (10) que representa el 5.32% de la totalidad de las lesiones.

CUADRO No.19

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD				fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80		
PAPILOMA ORAL ESCAMOSO	14	76	42	23	155	82.45%
VERRUGA VULGAR	07	12	04	0	23	12.23%
QUEILITIS ACTINICA	03	07	0	0	10	5.32%
TOTALES	24	95	46	23	188	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 188 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

El grupo de edad más afectado en general es el de 21 a 40 años con 95 casos representando un 50.53%.

En cuanto a los casos de Papiloma bucal escamoso, el grupo más afectado es el de 21 a 40 años con 76 casos (49.03%) y el menos afectado es el de 0 a 20 años presentándose en 14 de los casos (9%).

De los 10 casos de Queilitis actínica 7 se presentan en el grupo de 21 a 40 años y el resto en el de 0 a 20 años.

CUADRO No.20

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA		COLOR				SINTOMATOLOGÍA		
	NÓDULO	ÚLCERA	IGUAL QUE MUCOSA	ROJO	BLANCO	CAFÉ	DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	ASINTOMÁTICO
PAPILOMA ORAL ESCAMOSO	155	0	105	0	48	02	04	0	151
VERRUGA VULGAR	23	0	06	0	17	0	0	0	23
QUEILITIS ACTINICA	0	10	0	07	0	03	0	10	0
SUB-TOTALES	178	10	111	07	65	05	04	10	174
TOTAL	188		188				188		

Fuente: Libros y Archivos de 188 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN CUADRO No. 20

De las lesiones en general, en 111 casos (59.04%) se observa un color semejante al de la mucosa adyacente, como lesión básica más frecuente el nódulo en 178 lesiones (95%) y ausencia de síntomas en 174 (92.55%).

En los casos de Papiloma oral escamoso se observa con mayor frecuencia el mismo color de la mucosa adyacente a las lesiones y el color menos frecuente es el café (5 casos). Todas las lesiones presentan forma nodular. 4 casos refieren dolor leve y el resto aduce ausencia de síntomas.

Los 23 casos de verruga vulgar tienen forma de nódulo, son asintomáticos predomina en ellos el color blanco.

En los casos de queilitis actínica predomina el color rojo y la totalidad de los mismos se presentan como úlcera y refieren dolor moderado durante su evaluación.

CUADRO No.21

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN Y RECURRENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERÍODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LABIO		LENGUA			PALADAR		ENCIA		MUCOSA CARRILLO
	SUPERIOR	INFERIOR	DORSO	BORDE	VIENTRE	DURO	BLANDO	SUPERIOR	INFERIOR	
PAPILOMA ORAL ESCAMOSO	02	08	49	42	21	16	07	03	07	0
VERRUGA VULGAR	02	09	05	01	0	0	0	0	0	06
QUEILITIS ACTINICA	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTALES	04	27	54	43	21	16	07	03	07	06
TOTAL	31		118			23		10		06

Fuente: Libros y Archivos de 188 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN DE CUADRO No.21

El lugar más frecuente de localización de los tumores benignos de origen epitelial es la lengua, encontrándose poca diferencia entre la cantidad de casos ocurridos en el dorso y en el borde de la misma, ya que se presentan 54 (28.72%) y 43 casos(22.90%) respectivamente.

La mayoría de casos de Papiloma oral escamoso ocurre en dorso, borde y vientre de lengua, 112 que representan el 72.26% y el lugar menos afectado es la mucosa de labio superior donde solamente se encontraron 2 casos.

Los 10 casos de queilitis actínica así como 9 de los casos (39.13%) de verruga vulgar se presentan en labio inferior.

CUADRO No.22

FRECUENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
LEUCOPLASIA	23	04	10	01	38	100.00%
TOTALES	23	04	10	01	38	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 38 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

El 100% de las lesiones premalignas de origen epitelial encontradas se clasificaron como leucoplasias, siendo en total 38 casos de los cuales 27 (71.1%) ocurrieron en el sexo masculino y 33 (86.9%) en el grupo ladino.

CUADRO No.23

FRECUENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD		fa	fr
	21 a 40	41 a 60		
LEUCOPLASIA	09	29	38	100.00%
TOTALES	09	29	38	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 38 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

En cuanto a edad, sólo se ven afectados los grupos de 21 a 40 y de 41 a 60 años, siendo las lesiones más frecuentes en el segundo con 29 casos o sea el 76.32%.

CUADRO No.24

FRECUENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERÍODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA	COLOR	SÍNTOMATOLOGÍA	
	PLACA	BLANCO	ASINTOMÁTICO	DOLOR LEVE
LEUCOPLASIA	38	38	31	07
TOTALES	38	38	31	07

Fuente: Libros y Archivos de 38 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

En el 100% de los casos de Leucoplasia no se menciona su color ya que éste se encuentra implícito en el nombre de la lesión y el mismo porcentaje fue registrado con forma de placa. En cuanto a sintomatología se mencionan 31 lesiones asintomáticas (81.6%) y el resto con dolor leve.

CUADRO No. 25

FRECUENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESION	LENGUA			MUCOSA CARRILLO	PALADAR DURO
	DORSO	BORDE	VIENTRE		
LEUCOPLASIA	07	09	03	14	05
TOTALES	07	09	03	14	05

Fuente: Libros y Archivos de 38 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la localización de las lesiones, el lugar más frecuentemente afectado es la mucosa de carrillo con 14 casos (36.9%) seguido por las lesiones de lengua en donde se ve más afectado el borde de la misma.

CUADRO No.26

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	21	02	03	0	26	66.67%
MELANOMA	07	01	05	0	13	33.33%
TOTALES	28	03	08	0	39	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 39 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Los tumores malignos de origen epitelial encontrados fueron 39, de los cuales 31 (79%) se presentaron en el sexo masculino y 36 (92%) en la etnia ladina. 26 lesiones (66.67%) corresponden a casos de Carcinoma de células escamosas y el resto a Melanoma.

CUADRO No.27

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD			fa	fr
	41 a 60	61 a 80	81 ó más		
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	15	11	0	26	66.67%
MELANOMA	02	09	02	13	33.33%
TOTALES	17	20	02	39	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 39 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

De los casos de Carcinoma de células escamosas, 15 (57.7%) se presentan en el grupo etáreo de 41 a 60 años y el resto en el de 61 a 80.

Los casos de Melanoma predominan en el grupo de 61 a 80 con 9 (69.23%) y el resto de lesiones se dividen igualmente en los grupos de 41 a 60 y 81 o más años.

CUADRO No.28

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA			COLOR					SINTOMATOLOGÍA			
	ÚLCERA	NÓDULO	MÁCULA	ROJO	BLANCO	ROJO Y BLANCO	CAFÉ	NEGRO	ASINTOMÁTICO	DOLOR		
										LEVE	MODERADO	SEVERO
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	06	20	0	11	07	08	0	0	0	03	22	01
MELANOMA	0	0	13	0	0	0	11	02	13	0	0	0
SUB-TOTALES	06	20	13	11	07	08	11	02	13	03	22	01
TOTALES	39			39					39			

Fuente: Libros y Archivos de 39 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN CUADRO No. 28

En cuanto a características clínicas, el color más frecuente en los casos de Carcinoma de células escamosas es el rojo con 11 casos (42.31%), la lesión en forma de nódulo se registró en 20 casos (76.9%). Todas las lesiones refirieron algún grado de dolor siendo más frecuente el moderado que se presentó en 22 casos.

Todos los casos de Melanoma se registraron como mácula de las cuales 11 (84.62%) fueron de color café y el resto negras. La totalidad de las lesiones fueron asintomáticas.

CUADRO No.29

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.)

LESIÓN	REBORDE ALVEOLAR		LENGUA		LABIO	ENCIA ADHERIDA		PALADAR
	SUPERIOR	INFERIOR	BORDE	DORSO	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	DURO
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	03	06	06	02	05	02	01	01
MELANOMA	04	03	0	0	0	0	0	06
SUB-TOTALES	07	09	06	02	05	02	01	07
TOTALES	16		08		05	03		07

Fuente: Libros y Archivos de 39 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN DE CUADRO No29

Los casos de Carcinoma de células escamosas se presentan en igual proporción en reborde alveolar inferior y borde de lengua (6 casos) y el menor número se presentan en encía adherida inferior y paladar duro.

El paladar duro registra 6 casos (46.15%) de Melanoma y como menos afectado se encuentra la mucosa alveolar inferior.

CUADRO No.30

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		Fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
ADENOMA PLEOMÓRFICO	04	01	02	0	07	36.84%
CARCINOMA ADENOIDE-QUÍSTICO	09	0	03	0	12	63.16%
TOTALES	13	01	05	0	19	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 19 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

De los tumores de glándulas salivales, 12 casos (63.16%) corresponden a Carcinoma adenoide quístico de los cuales 9 afectaron al sexo masculino y ninguno al grupo indígena. De los casos de Adenoma Pleomórfico, 5 (71.43%) se registraron en el sexo masculino y uno de éstos fue el único que se presentó en el grupo indígena.

CUADRO No.31

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD		fa	fr
	21 a 40	41 a 60		
ADENOMA PLEOMÓRFICO	07	0	07	36.84%
CARCINOMA ADENOIDE-QUÍSTICO	04	08	12	63.16%
TOTALES	11	08	19	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 19 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Los casos de Carcinoma adenoquístico son más frecuentes en el grupo de 41 a 60 años (8 casos) que en el de 21 a 40 años, que fueron los dos grupos de edad afectados.

Los 7 casos de Adenoma pleomórfico se encontraron en el grupo de 21 a 40 años.

CUADRO No.32

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA	COLOR		SINTOMATOLOGÍA				
	CRECIMIENTO	MISMO MUCOSA	ROJO	PARALISIS FACIAL	MOVILIDAD PIEZAS	DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	ASINTOMATICO
ADENOMA PLEOMÓRFICO	07	07	0	03	0	0	0	04
CARCINOMA ADENOIDE-QUÍSTICO	12	11	01	0	01	03	06	02
SUB-TOTALES	19	18	01	03	01	03	06	06
TOTALES	19	19		19				

Fuente: Libros y Archivos de 19 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN DE CUADRO No. 32

En cuanto a las características clínicas de los casos de Carcinoma adenoide quístico, las 12 lesiones se presentaron como crecimientos, 11 de las mismas (91.7%) son del mismo color de la mucosa que los recubre. De las 10 lesiones que presentaron síntomas 6 refirieron dolor moderado, 3 dolor leve y un caso refirió movilidad de piezas dentales.

La totalidad de los tumores benignos (Adenoma pleomórfico) se registraron como crecimientos del mismo color de la mucosa que los recubre y que producen asimetría facial. Además 3 de las lesiones (42.85%) refirieron como otro síntoma parálisis facial y el resto no mencionó molestia alguna.

CUADRO No.33

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	PALADAR DURO	MUCOSA CARRILLO	PAROTIDA
ADENOMA PLEOMÓRFICO	0	0	07
CARCINOMA ADENOIDE-QUÍSTICO	08	04	0
SUB-TOTALES	08	04	07
TOTAL	19		

Fuente: Libros y Archivos de 19 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

De los 12 casos de Carcinoma adenoide quístico, 8 (66.7%) se localizaron en el paladar duro y el resto en mucosa de carrillo. La totalidad de los Adenomas pleomórficos se localizó en región de la glándula parótida.

CUADRO No.34

FRECUENCIA DE LESIONES FÍSICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
EPULIS FISURATUM	79	16	123	25	243	18.47%
FIBROMA	238	43	195	36	512	38.91%
MUCOCELE	290	83	96	28	497	37.77%
RÁNULA	16	09	05	02	32	2.43%
SIALOLITIASIS	15	04	11	02	32	2.43%
TOTALES	638	155	430	93	1316	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 1316 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Dentro del grupo de lesiones físicas de los tejidos blandos, se encontraron más frecuentemente lesiones de Fibroma y Mucoccele, siendo las menos frecuentes Ránula y Sialolitiasis.

De las dos más frecuentes, 281 (55%) y 373 casos (75%) se registraron en el sexo masculino, 433 (84.57%) y 386 casos (77.66%) en la etnia ladina.

De los casos de ránula y sialolitiasis 25 (78.12%) y 19 (59.37%) afectaron al sexo masculino respectivamente.

CUADRO No.35

FRECUENCIA DE LESIONES FÍSICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD					fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80	81 ó +		
EPULIS FISURATUM	0	42	55	108	38	243	18.47%
FIBROMA	38	212	151	99	12	512	38.91%
MUCOCELE	117	366	14	0	0	497	37.77%
RÁNULA	03	24	05	0	0	32	2.43%
SIALOLITIASIS	0	25	07	0	0	32	2.43%
TOTALES	158	669	232	207	50	1316	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 1316 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Los casos de Fibroma y Mucoccele afectan con más frecuencia el grupo de 21 a 40 años presentándose en 212 (41.4%) y 366 casos (73.64%) respectivamente.

El Fibroma se presenta menos en el grupo de 0 a 20 años (38 casos) y el Mucoccele en el grupo de 41 a 60 (14 casos), después de esta edad no se registraron casos de esta lesión.

Los casos de Epulis fisurado afectan mayormente al grupo de 61 a 80 años, con 108 casos (44.4%) y no se registra ninguno antes de los 21 años.

La Ránula y Sialolitiasis se presentan más en el grupo de 21 a 40 años.

CUADRO No.36

FRECUENCIA DE LESIONES FÍSICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA			COLOR					SINTOMATOLOGÍA			
	VESÍCULA	NÓDULO	CRECIMIENTO	IGUAL MUCOSA	ROJO	BLANCO	AZULADO	GRISACEO	ASINTOMÁTICO	DOLOR		
										LEVE	MODERADO	SEVERO
EPULIS FISURATUM	0	0	243	243	0	0	0	0	229	0	14	0
FIBROMA	0	512	0	368	101	43	0	0	418	07	75	12
MUCOCELE	48	449	0	42	0	0	441	14	468	29	0	0
RÁNULA	0	0	32	13	0	0	19	0	32	0	0	0
SIALOLITIASIS	0	32	0	32	0	0	0	0	11	0	21	0
SUB-TOTALES	48	993	275	698	101	43	460	14	1158	36	110	12
TOTALES	1316			1316					1316			

Fuente: Libros y Archivos de 1316 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN DE CUADRO No. 36

Los casos de Fibroma reportan tres colores diferentes, mismo de la mucosa adyacente, rojo y blanco, siendo más frecuente en el primero con 368 casos (71.9%) y menos en el último con 43 (8.4%). La totalidad de las lesiones se presentaron en forma de nódulo y 418 (81.6%) no presentaron síntomas al ser evaluadas.

Respecto a los casos de Mucocoele, 441 (88.7%) fueron observados de color azul, 449 lesiones (90.3%) se registraron en forma de nódulo y 468 (94.2%) fueron asintomáticos.

La totalidad de las lesiones de Epulis se registraron como crecimientos del mismo color de la mucosa adyacente y más frecuentemente asintomático.

Los 32 casos de Ránula se mencionaron como crecimiento asintomático más frecuentemente de color azul (19 casos).

Por otro lado, los casos de Sialolitiasis se observaron como nódulos del mismo color de la mucosa adyacente y que en su mayoría referían dolor moderado al ser evaluados.

CUADRO No.37

FRECUENCIA DE LESIONES FÍSICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LABIO		LENGUA			PALADAR		REBORDE ALVEOLAR		ENCIA ADHERIDA		MUCOSA CARRILLO	PISO DE BOCA	GLÁNDULA SUBMAXILAR	GLÁNDULA SUBLINGUAL
	SUP	INF	DORSO	BORDE	VIENTRE	DURO	BLANDO	SUP	INF	SUP	INF				
EPULIS FISURATUM	0	0	0	0	0	0	0	176	67	0	0	0	0	0	0
FIBROMA	27	35	31	38	19	38	06	0	0	43	94	181	0	0	0
MUCOCELE	0	462	0	0	21	05	09	0	0	0	0	0	0	0	0
RÁNULA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	0
SIALOLITIASIS	03	0	0	0	0	0	02	0	0	0	0	0	0	18	09
SUB-TOTALES	30	497	31	38	40	43	17	176	67	43	94	181	32	18	09
TOTALES	527		109			60		243		137		181	32	18	09

Fuente: Libros y Archivos de 1316 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

SUP = SUPERIOR
INF = INFERIOR

INTERPRETACIÓN DE CUADRO No. 37

En mucosa de carrillo ocurren con más frecuencia las lesiones de Fibroma con 181 casos (35.4%). El lugar más afectado por el Mucocelo es el labio inferior con 462 lesiones (93%). Los casos de Epulis son más frecuentes en el maxilar superior.

La glándula submaxilar es la más afectada en los casos de Sialolitiasis, ocurriendo en ésta 18 lesiones (56.25%).

CUADRO No38

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE TEJIDO CONECTIVO DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
GRANULOMA PIOGENO	53	10	98	22	183	56.66%
LIPOMA	02	0	01	0	03	0.93%
FIBROMA OSIFICANTE	09	04	02	01	16	4.95%
HEMANGIOMA CAVERNOSO	23	16	27	19	85	26.32%
HEMANGIOMA CAPILAR	04	0	12	02	18	5.57%
GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	04	0	14	0	18	5.57%
TOTALES	95	30	154	44	323	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 323 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Dentro de los Tumores benignos de tejido conectivo se registra que ocurre con mayor frecuencia los casos de Granuloma piógeno que representan el 56.6% de los 323 reportados y la menos frecuente es el Lipoma de la cual sólo se registran 3 casos.

El sexo femenino y la etnia ladina se presentan en 120 (66.57%) y 151 casos (82.51%) de Granuloma piógeno respectivamente.

Dos de los tres casos de Lipoma se presentan en hombres y afectan todos a ladinos.

CUADRO No.39

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE TEJIDO CONECTIVO DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD				fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80		
GRANULOMA PIOGENO	32	51	94	06	183	56.66%
LIPOMA	0	03	0	0	03	0.93%
FIBROMA OSIFICANTE	09	03	04	0	16	4.95%
HEMANGIOMA CAVERNOSO	06	63	13	03	85	26.32%
HEMANGIOMA CAPILAR	10	03	05	0	18	5.57%
GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	0	12	06	0	18	5.57%
TOTALES	57	135	122	09	323	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 323 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Los casos de Granuloma piógeno son más frecuentes en el grupo de edad de 41 a 60 años, con 94 lesiones que representan el 51.3%.

De los 85 casos de Hemangioma cavernoso, 63 (74.1 %) se presentan en el grupo de 21 a 40 años y es menos frecuente después de los 60.

Los casos de Fibroma osificante ocurren más en el grupo de 0 a 20 años y los de Granuloma central de células gigantes en el de 21 a 40.

CUADRO No.40

FRECUENCIA DE TUMORES DE TEJDO CONECTIVO DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA				COLOR									SINTOMATOLOGÍA			
	MA-CULA	NO-DULO	CRE-CIM.	INDE.	ROJO	A-ZUL	VIO-LETA	BLANCO	IGUAL MUCOSA	AMA-RILLO	LUCENT E	OPACO	MINTO	ASINTOMA-TICO	DOLOR		
															LEVE	MODERADO	SEVERO
GRANULOMA PIOGENO	0	183	0	0	144	0	0	19	20	0	0	0	0	101	25	51	06
LIPOMA	0	03	0	0	0	0	0	0	0	03	0	0	0	02	01	0	0
FIBROMA OSIFICANTE	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	02	04	10	16	0	0	0
HEMANGIOMA CAVERNOSO	33	52	0	0	59	21	05	0	0	0	0	0	0	72	0	13	0
HEMANGIOMA CAPILAR	12	06	0	0	13	0	05	0	0	0	0	0	0	15	0	03	0
GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	0	06	12	0	10	0	0	0	08	0	0	0	0	06	07	05	0
SUB-TOTALES	45	250	12	16	226	21	10	19	28	03	02	04	10	212	33	72	06
TOTALES	323				323									323			

Fuente: Libros y Archivos de 323 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

CRECIM = CRECIMIENTO
INDEF = INDEFINIDO

INTERPRETACIÓN DE CUADRO No. 40

En cuanto a características clínicas de Granuloma piógeno, se reporta que la totalidad de las lesiones son nódulos, de las cuales 144 (78.7%) son de color rojo y 101(55.2%) asintomáticas, siendo dentro de las molestias referidas el dolor moderado el más común.

Dentro de las lesiones de Hemangioma cavernoso y capilar la forma de mácula es más frecuente que el nódulo, el color rojo predomina sobre el azul o violeta y los casos son más frecuentemente asintomáticos.

12 de los casos (66.7%) de Granuloma central de células gigantes se presentaron como crecimiento y el mismo porcentaje reporta dolor al ser evaluados, siendo el leve el más común, 10 lesiones (55.55%) son de color rojo. Al evaluar radiográficamente los casos de Fibroma osificante, se reporta que 10 lesiones (62.5%) son mixtas, todas de forma indefinida y asintomáticas.

Los 3 casos de Lipoma son nódulos de color amarillo y uno de ellos reporta dolor leve.

CUADRO No.41

FRECUENCIA DE TUMORES DE TEJIDO CONECTIVO DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LABIO		LENGUA			ENCIA		PALADAR DURO	SURCO MUCOBUCAL SUP.	MUCOSA CARRILLO	PISO DE BOCA	MAXILAR	
	SUP	INF	DORSO	BORDE	VIENTRE	SUP	INF					SUP	INF
GRANULOMA PIOGENO	06	0	0	0	06	82	69	13	07	0	0	0	0
LIPOMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	03	0	0	0
FIBROMA OSIFICANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	06	10
HEMANGIOMA CAVERNOSO	12	03	09	20	05	0	0	04	0	26	06	0	0
HEMANGIOMA CAPILAR	03	04	05	03	01	0	0	02	0	0	0	0	0
GRANULOMA CENTRAL DE CELU LAS GIGANTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	17
SUB-TOTALES	21	07	14	23	12	82	69	19	07	29	06	07	27
TOTALES	28		49			151		19	07	29	06	34	

Fuente: Libros y Archivos de 323 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

SUP = SUPERIOR
INF = INFERIOR

INTERPRETACIÓN DE CUADRO No.41

151 casos (82.5%) de Granuloma piógeno se presenta en encía adherida siendo más afectada la del maxilar superior. Los lugares donde menos se presentó fueron labios y lengua.

Los casos de Hemangioma cavernosos y capilar son más frecuentes en lengua presentándose en 34 (40%) y 8 casos (50%) respectivamente, así mismo se observa que el lugar menos frecuente es el paladar en ambas.

17 casos (94.44%) de Granuloma central de células gigantes y 10 (62.5%) de Fibroma osificante ocurren en el maxilar inferior.

Los tres casos de lipoma ocurren en mucosa de carrillo.

CUADRO No.43

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LOS HUESOS DE ACUERDO A EDAD EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL
HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE
DEL 2000.

LESIÓN	EDAD			fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60		
DISPLASIA FIBROSA	05	03	0	08	57.14%
OSTEOSARCOMA	0	05	01	06	42.86%
TOTALES	05	08	01	14	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 14 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Los grupos de edad afectados por Displasia fibrosa son: el de 0 a 20 años en donde se presentan 5 lesiones (62.5%) y el de 21 a 40 con 3 casos.

Los casos de Osteosarcoma son más frecuentes en el grupo de 21 a 40 años (5 lesiones) que en el de 41 a 60.

CUADRO No.43

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LOS HUESOS DE ACUERDO A EDAD EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL
HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE
DEL 2000.

LESIÓN	EDAD			fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60		
DISPLASIA FIBROSA	05	03	0	08	57.14%
OSTEOSARCOMA	0	05	01	06	42.86%
TOTALES	05	08	01	14	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 14 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Los grupos de edad afectados por Displasia fibrosa son: el de 0 a 20 años en donde se presentan 5 lesiones (62.5%) y el de 21 a 40 con 3 casos.

Los casos de Osteosarcoma son más frecuentes en el grupo de 21 a 40 años (5 lesiones) que en el de 41 a 60.

CUADRO No.44

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LOS HUESOS DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	LESIÓN BÁSICA		IMAGEN RADIOGRÁFICA			SINTOMATOLOGÍA		
	CRECIMIENTO	NO INDICA	OPACO	ROJO	IGUAL QUE MUCOSA	ASINTOMÁTICO	DOLOR MODERADO	DOLOR SEVERO
DISPLASIA FIBROSA	0	08	08	0	0	08	0	0
OSTEOSARCOMA	06	0	0	01	05	0	05	01
SUB-TOTALES	06	08	08	01	05	08	05	01
TOTALES	14		14			14		

Fuente: Libros y Archivos de 14 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN CUADRO No. 44

El 100% de los casos (8) de Displasia fibrosa se observaron como imágenes radiopacas de forma indefinida y no refirieron ningún síntoma al ser evaluadas.

Los 6 casos de Osteosarcoma se registraron como crecimientos, 5 de ellos del mismo color de la mucosa adyacente y con color moderado al ser evaluados.

CUADRO No.45

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LOS HUESOS DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MAXILAR							
	SUPERIOR				INFERIOR			
	ANTERIOR		POSTERIOR		ANTERIOR		POSTERIOR	
	DER	IZQ	DER	IZQ	DER	IZQ	DER	IZQ
DISPLASIA FIBROSA	0	0	03	02	0	0	02	01
OSTEOSARCOMA	0	0	01	01	0	0	03	01
SUB-TOTALES	0		07		0		07	
TOTALES	07				07			

Fuente: Libros y Archivos de 14 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

Cinco de las lesiones de Displasia fibrosa (62.5%) se localizaron en el maxilar superior, mientras que 4 (66.7%) de Osteosarcomas se registraron en el maxilar inferior. En ambos maxilares se ve más afectado el lado derecho que el izquierdo.

CUADRO No.46

FRECUENCIA DE QUISTES ODONTOGÉNICOS DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL
HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE
DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
QUISTE DENTIGERO	26	05	07	01	39	42.86%
QUERATOQUISTE ODONTOGENICO	14	09	17	12	52	57.14%
TOTALES	40	14	24	13	91	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 91 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Dentro del grupo de Quistes odontogénicos la mayoría de casos se presentan clasificadas como Queratoquiste odontogénico con 52 casos (57.14%) y el resto corresponde a Quiste dentígero.

29 casos (55.77%) de Queratoquiste afectaron al sexo femenino y 31 casos(59.60%) a la etnia ladina.

En los casos de Quiste dentígero 31 casos afectan sexo masculino y 33 a la etnia ladina.

CUADRO No.47

FRECUENCIA DE QUISTES ODONTOGENICOS DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD				fa	fr
	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80		
QUISTE DENTIGERO	0	28	10	01	39	42.86%
QUERATOQUISTE ODONTOGENICO	09	39	04	0	52	57.14%
TOTALES	09	67	14	01	91	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 91 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

El grupo de edad más afectado por Queratoquiste es el de 21 a 40 años con 39 lesiones (71.2%) y el menos afectado es el de 41 a 60, cabe mencionar que después de esta edad no ocurrió ningún caso.

Los casos de Quiste dentígero se registraron a partir de los 21 años y son más frecuentes precisamente en este grupo de edad con 67 lesiones (71.8%).

CUADRO No.48

FRECUENCIA DE QUISTES ODONTOGENICOS DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	FORMA		COLOR		SINTOMATOLOGÍA		
	CIRCULAR	OVALADA	LUCENTE	MIXTA	ASINTOMATICO	DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO
QUISTE DENTIGERO	39	0	36	03	08	10	21
QUERATOQUISTE ODONTOGENICO	44	08	52	0	41	04	07
SUB-TOTALES	83	08	88	03	49	14	28
TOTALES	91		91		91		

Fuente: Libros y Archivos de 91 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a su apariencia radiográfica, el 100% de los Queratoquistes fueron lesiones lucentes, más frecuentemente de forma circular con 44 casos (84.62%).

De los Quistes dentígeros, 36 lesiones (92.3%) se registraron como imágenes lucentes y el resto como mixtas, la totalidad de las mismas fue de forma circular.

En cuanto a sintomatología, 41 casos (78.9%) de los Queratoquistes no refirió síntoma alguno y en los Quistes dentígeros se registró con más frecuencia dolor moderado con 21 casos (53.9%).

CUADRO No.49

FRECUENCIA DE QUISTES ODONTOGÉNICOS DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MAXILAR							
	SUPERIOR				INFERIOR			
	ANTERIOR		POSTERIOR		ANTERIOR		POSTERIOR	
	DER	IZQ	DER	IZQ	DER	IZQ	DER	IZQ
QUISTE DENTÍGERO	01	0	05	11	0	0	09	13
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO	0	0	16	19	0	0	06	11
SUB-TOTALES	01		51		0		39	
TOTALES	52				39			

Fuente: Libros y Archivos de 38 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

Los casos de Queratoquiste odontogénico afectaron con más frecuencia el maxilar superior con 35 casos (67.31%). El Quiste dentígero se localizó con más frecuencia en el maxilar inferior, presentándose en 22 casos (56.41%).

En ambas lesiones se ve más afectado el segmento posterior.

CUADRO No.50

FRECUENCIA DE TUMORES DE TEJIDO MIXTO DE ORIGEN ODONTOGÉNICO DE ACUERDO A SEXO Y ETNIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MASCULINO		FEMENINO		fa	fr
	Ladino	Indígena	Ladino	Indígena		
ODONTOMA	14	09	06	05	34	100.00%
TOTALES	14	09	06	05	34	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 34 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

Dentro de los Tumores de tejido mixto de origen odontogénico se encontraron 34 casos de Odontoma de los cuales 23 (67.65%) ocurren en el sexo masculino y 20 (58.82%) en la etnia ladina.

CUADRO No. 51

FRECUENCIA DE TUMORES DE TEJIDO MIXTO DE ORIGEN ODONTOGÉNICO DE ACUERDO A EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	EDAD			fd	fa
	0 a 20	21 a 40	41 a 60		
ODONTOMA	21	11	02	34	100.00%
TOTALES	21	11	02	34	100.00%

Fuente: Libros y Archivos de 34 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

fa = frecuencia absoluta

fr = frecuencia relativa

INTERPRETACIÓN

El grupo etáreo más afectado por el Odontoma fue el de 0 a 20 años con 21 casos (61.8%) y el menos afectado fue el de 41 a 60 años, además ningún caso se presentó después de esta edad.

CUADRO No.52

FRECUENCIA DE TUMORES DE TEJIDO MIXTO DE ORIGEN ODONTOGÉNICO DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS. EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESION	FORMA		IMAGEN RADIOGRÁFICA			SINTOMATOLOGÍA
	CIRCULAR	OVALADA	LUCENTE	OPACA	MIXTA	ASINTOMÁTICA
ODONTOMA	27	07	01	02	31	34
SUB-TOTALES	27	07	01	02	31	34
TOTALES	34		34			34

Fuente: Libros y Archivos de 34 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

Respecto a las características del Odontoma, 31 casos (91.2%) se observaron radiográficamente como lesiones mixtas, más frecuentemente de forma circular (27 lesiones). La totalidad de los casos se registró como asintomáticos.

CUADRO No.53

FRECUENCIA DE TUMORES DE TEJIDO MIXTO DE ORIGEN ODONTOGÉNICO DE ACUERDO A LOCALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DE ACCIDENTES DEL IGSS, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1990 A SEPTIEMBRE DEL 2000.

LESIÓN	MAXILAR							
	SUPERIOR				INFERIOR			
	ANTERIOR		POSTERIOR		ANTERIOR		POSTERIOR	
	DER	IZQ	DER	IZQ	DER	IZQ	DER	IZQ
ODONTOMA	07	12	03	04	0	0	03	05
SUB-TOTALES	19		07		0		08	
TOTALES	26				08			

Fuente: Libros y Archivos de 34 pacientes de la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital de Accidentes del IGSS.

INTERPRETACIÓN

Los casos de Odontoma se registraron con más frecuencia en el maxilar superior, presentándose 26 casos (76.47%) en esta localización y siendo más afectado el segmento anterior.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. En los casos de anquiloglosia encontrados (72), se encontró que el grupo de edad más afectado fue el de 0 a 20 años lo que coincide con los datos de otras investigaciones nacionales (3,16,21) donde se ve afectado el grupo de edad de 6 a 20 años.
2. De los casos de granuloma periapical encontrados (53.63%) 155 se encontraron el en sexo femenino y 276 en el grupo ladino, el grupo de edad más afectado fue el de 21 a 40 años (51.21%) y se localizó con más frecuencia en el maxilar superior (83.7%) todas estas coinciden con la bibliografía nacional (5,13) consultada que presenta más frecuencia en sexo femenino, en edad de 21 a 40 años, más común en etnia ladina y en maxilar superior.
3. Se observaron 46 casos de hiperplasia gingival por medicamentos, presentándose 31 casos en sexo masculino al igual que en otra investigación nacional (2), 26 en el grupo de 21 a 40 años lo que no coincide con lo reportado (2), ya que se encontró más afectado el grupo de 0 a 20 años, la localización más frecuente que se encontró en este estudio fue en mucosa gingival generalizada con 20 casos y 17 solo en la mucosa superior, mientras que en otro estudio menciona igual distribución en ambos maxilares.
4. De 188 tumores benignos de origen epitelial encontrados, 155 fueron diagnosticados como papiloma escamoso bucal, el 63.87% se encontró en el sexo masculino, 72.9% en ladinos, 49% en grupo de 21 a 40 años lo que coincide con lo reportado con la bibliografía nacional (2,16) en donde es más común en sexo masculino, edad entre 21 a 40 años. La localización que se encontró mas comúnmente es lengua (72.75%) y también coincide con la bibliografía nacional consultada (2, 4)
5. De los 26 casos de carcinoma de células escamosas encontrados 23 se presentaron en sexo masculino, y 15 entre 41 a 60 años, todos los datos coinciden con la literatura nacional consultada (2,5,14). En cuanto a la localización se encontró más afectado el reborde alveolar inferior mientras que en otra investigaciones nacionales (2,14), se reporta más afectada la lengua.
6. De los casos de carcinoma adenoide quístico (12) 9 se encontraron en sexo masculino, mientras que en la literatura nacional (7) se reporta más afectado el femenino, coinciden en su ocurrencia entre 41 a 60 años y la localización más común es en el paladar duro.

7. Los casos observados de fibroma (512) se presentaron más en el sexo masculino (238 casos) mientras que en la bibliografía nacional, (2,5) se reporta más frecuencia en el femenino y se reportó como más afectado el grupo de 41 a 80 años lo que tampoco coincide ya que se encontró igualmente afectado el grupo de 0 a 40 y el de 41 a 80 años. En cuanto a su localización en mucosa de carrillo más frecuentemente si coincide.
8. En cuanto a los casos de granuloma piógeno, su mayor frecuencia en el grupo de 41 a 60 años no coincide con lo reportado con otros estudios (2,5) ya que mencionan predilección con los grupos de 0 a 20 y 21 a 40 años.
9. Los casos de queratoquiste presentados en este estudio se encuentran con más frecuencia en el grupo de 21 a 40 años (39 casos) localizados en el maxilar superior, la bibliografía nacional (2,5,6) reporta la frecuencia en el mismo grupo de edad pero no en la misma localización ya que afectan más maxilar inferior.
10. Los casos de odontoma presentados son más frecuentes en el grupo de edad de 0 a 20 años lo cual coincide con otros estudios nacionales (2,5,14). Sin embargo la predilección encontrada por el maxilar superior no es compartida por otros autores (2,14).

CONCLUSIONES

1. Las lesiones físicas de tejidos blandos fueron las lesiones patológicas más frecuentemente encontradas, con 1316 casos que representan un 47.56% siendo las más frecuentes, en orden descendente: fibroma (38.91%), mucocelo (37.77%), epulis fisuratum (18.47%), ránula y sialolitiasis (4.86%).
2. Las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periopicales ocupan el segundo lugar con 503 casos, de los cuales el 57.46% corresponden a granuloma periopical y el resto al quiste periapical. El 84.44% de las lesiones de este grupo se presentan en el maxilar superior.
3. Dentro de los tumores benignos de tejido conectivo, la lesión más frecuente es el granuloma piógeno que representa el (56.66%). Estas lesiones son más frecuentes entre los 41 y 60 años y se localizan más en mucosa gingival sobre todo la superior.
4. El papiloma bucal escamoso representa el 82.45% de los tumores benignos de origen epitelial (188 casos), afectando más al grupo de adultos jóvenes (21 a 40 años) y con localización más frecuente en lengua.
5. Dentro de los defectos del desarrollo, la lesión mas frecuente es la anquiloglosia (46.15%) y la menos común, es el quiste nasolabial (5.13%).
6. En las lesiones de origen odontogénico se registró un 57.14% de casos de queratoquiste, los cuales son más frecuentes entre 21 y 40 años, y afectan más el maxilar superior (67.311%). El resto de las lesiones corresponden al quiste dentigero el cual es más frecuente en la maxilar inferior (56.41%) y también en el grupo de 21 a 40 años.
7. La hiperplasia gingival por medicamentos es más frecuente entre los 21 y 40 años, presentándose en 43.48% de forma generalizada, 36.96% aislada en mucosa gingival superior y el resto en la inferior.
8. 39 lesiones fueron diagnosticadas como tumores malignos de origen epitelial, correspondiendo 66.67% a carcinoma de células escamosas y el resto a melanoma. 57.69% de los casos de carcinoma aparecen entre los 41 y 60 años de edad y el 69.23% de los melanomas entre 61 y 80 años. Los casos de melanoma fueron asintomáticos, mientras que todas las de carcinoma presentaron síntomas, siendo el dolor moderado el más frecuente (84.62%), la lengua es el sitio más frecuente de localización del carcinoma y el paladar duro de melanoma.

9. Se diagnosticaron 38 lesiones como leucoplasias, clasificadas dentro del grupo de lesiones premalignas de origen epitelial, el 71% se presentó en el sexo masculino y 86.8% en la etnia ladina, la edad más afectada es de 41 a 60 años con 76.36%, todas en forma de placa; el 81.58% fueron asintomáticas y más frecuente en mucosa de carrillo con 36.34%.
10. El odontoma fue la única lesión encontrada de los tumores de tejido mixto de origen odontogénico, presentándose el 67.6% en el sexo masculino y el 58.82% en la etnia ladina; el grupo etáreo más afectado fue el de 0 a 20 años (61.76%). Se localizó un 76.47% de las lesiones en el maxilar superior.
11. Dentro de los tumores benignos de glándulas salivales se registraron 7 casos de adenoma pleomórfico de los cuales 5 fueron en el sexo masculino, 6 en grupo ladino y todos ocurrieron en el grupo de 21 a 40 años. 3 refirieron parálisis facial dentro de los síntomas y 4 fueron asintomáticos. Los 7 casos se localizaron en la glándula parótida.
12. Se registraron 12 casos malignos de glándulas salivales, diagnosticados como carcinoma adenoide-quístico, 9 en el sexo masculino, todos en el grupo ladino, 8 de 41 a 60 años y 4 de 21 a 40. El síntoma más común fue el dolor moderado y la localización más frecuente del paladar duro (8 casos).
13. Se diagnosticaron 8 casos de displasia fibrosa, igualmente distribuidos en ambos sexos 6 (75%) ocurrieron en el grupo ladino, los casos se registraron en niños y adultos jóvenes. El 62.5% de las lesiones ocurrió en el maxilar superior.
14. Dentro de los tumores malignos de tejidos óseos se registraron 6 casos de osteosarcoma, 4 de estos en sexo masculino. Solo afectó al grupo ladino. El 83.33% de los casos ocurrió en el grupo de 21 a 40 años y el 66.67% ocurrió en el maxilar inferior.
15. Al 35.47% (981 lesiones) de las 2,767 lesiones patológicas encontradas se les realizó biopsia, y un 53.72% de los resultados histopatológicos coincidió con el diagnóstico inicial de las lesiones.
16. En 1,975 de los 2,767 expedientes clínicos revisados no indican si las lesiones presentaron recurrencia después de su tratamiento. 806 lesiones si presentaron recurrencia al ser reevaluadas.

RECOMENDACIONES

1. Hacer hincapié en los odontólogos de la necesidad de realizar estudio histopatológico a los tejidos extraídos durante cirugía de terceras molares para comprobar la presencia o ausencia de patologías.
2. Utilizar este estudio como apoyo en el proceso de enseñanza aprendizaje del área de patología así como de base para realizar otros estudios sobre el tema con el fin de que los datos sean representativos de la población guatemalteca.
3. Hacer conciencia en los odontólogos sobre la importancia de la descripción adecuada de las lesiones encontradas durante la evaluación en la cavidad bucal así como de su seguimiento después de realizar un tratamiento quirúrgico para descartar recurrencias, sin menospreciar el énfasis que debe hacerse en la realización de exámenes histopatológicos para dar un tratamiento adecuado.

LIMITANTES

1. 71.4% de expedientes incluidos en el estudio no indicaban si la lesión había recurrido después de su tratamiento por lo que no pudo hacerse una comparación real.
2. El 72.33% de los expedientes de los pacientes atendidos en el período incluido dentro de la investigación no se encontraron en el archivo del Hospital.
3. No existió igualdad en la cantidad de pacientes respecto a sexo y etnia por lo que no pudo realizarse comparación de la frecuencia de las lesiones en los mismos.

BIBLIOGRAFIA

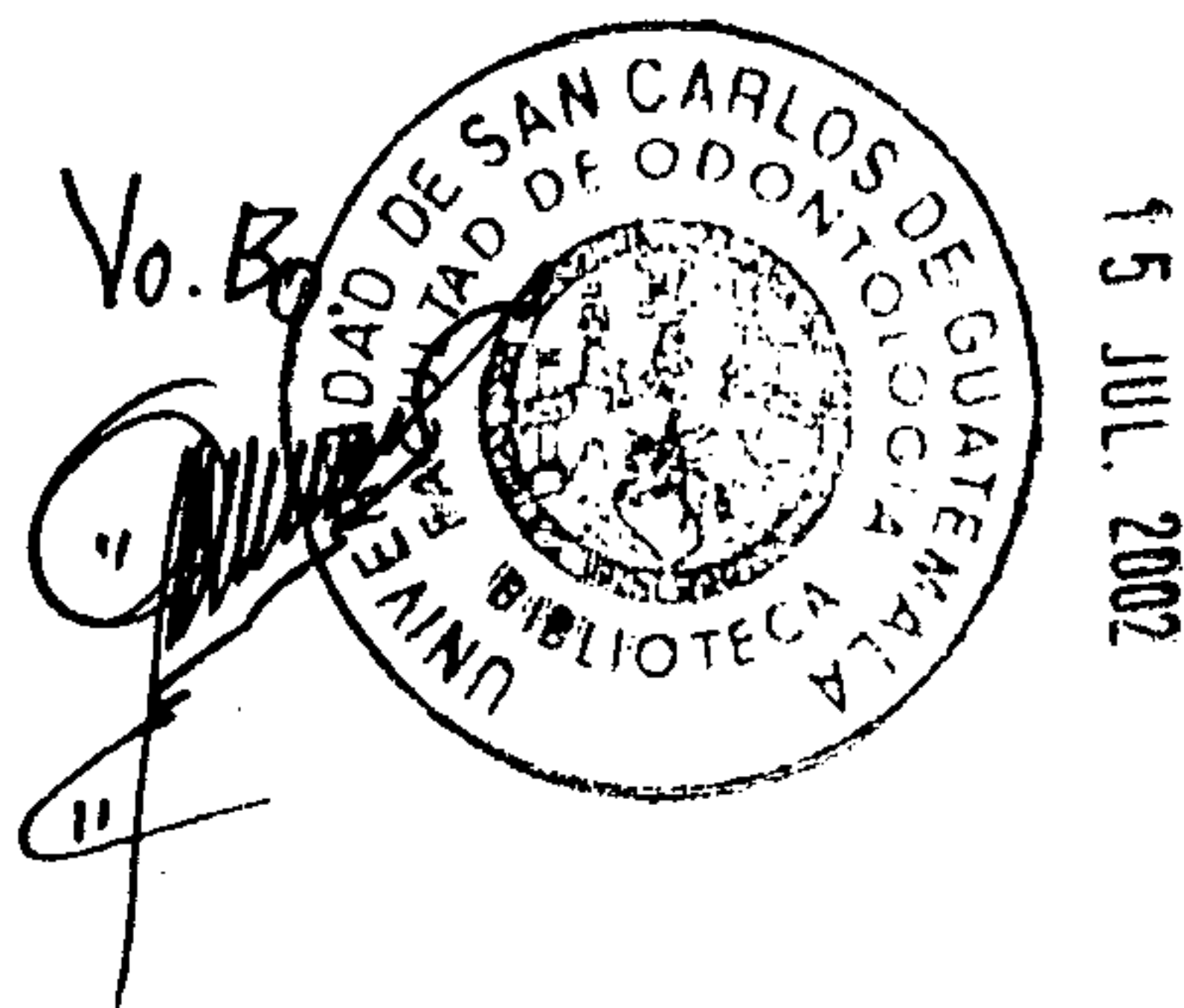
1. Alonso Domínguez, Otto Raúl.-- Estudio de prevalencia de malformaciones orales en una muestra de niños del departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1986.-- 91 p.
2. Batres Martínez, Diana Judith.-- Clasificación y ocurrencia de entidades patológicas bucales de diagnóstico histológico reportadas en un laboratorio privado de histopatología bucal de esta capital de 1984 a 1991.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1993.-- 108 p.
3. Calderón Márquez, Mirna Oldemia.-- Prevalencia de anquiloglosia en la población escolar urbana de San Juan Comalapa y estudio de ocurrencia familiar de anquiloglosia parcial.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1987.-- 63 p.
4. Chacón Alvarado, Leticia Noemí.-- Prevalencia del torus palatino en dos grupos de la población guatemalteca y su manejo en prótesis total.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1969.-- 27 p.
5. Gil Castillo, Vicente Alfredo.-- Frecuencia y clasificación de entidades patológicas orales de diagnóstico histológico. Laboratorio de histología oral, Facultad de Odontología Universidad de San Carlos de Guatemala (estudio retrospectivo 1983-1991).-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1992.-- 138 p.
6. Gómez Vega, Jacqueline Karina.-- Frecuencia y características clínicas de quistes y tumores odontogénicos en expedientes de pacientes que ingresan a los servicios de odontología y cirugía maxilofacial del Hospital General San Juan de Dios en los años 1995-1998.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 2001.-- 72 p.
7. Haberland Kausel, Christel María.-- Patología de glándulas salivares mayores y menores. Estudio epidemiológico y clínico-patológico.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología, 1994.-- 139 p.
8. Kramer, I. R. H.-- Histological typing of odontogenic tumours / Kramer I. R. H., J. J. Pindborg, M. Shear.-- Alemania : Editorial Springer Verlag Berlin Heidelberg, 1992.-- pp. 160.
9. Lizama Winter, Marco Tulio.-- Frecuencia de anomalías de desarrollo de tejidos blandos de cavidad oral en pacientes de 7 a 17 años de la población escolar de Sanarate.-- Tesis



- (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1989.-- 68 p.
10. López Acevedo, César.-- Manual de patología oral.-- Guatemala, Editorial Universitaria, 1984.-- 459 p. (Colección Aula; 16)
 11. Mazariegos Pinzón, Roger Ramón.-- Frecuencia de torus palatino y torus mandibular en los grupos étnicos que coexisten en Livingston, Izabal (garífuna, ladino y q'ekchí).-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1994.-- 78 p.
 12. Moino Flores, Ciria .-- Anomalías del desarrollo más frecuentes de tejidos blandos en cavidad oral en una población de indígenas q'ekchies comprendidos entre las edades de 7 a 17 años en Senahú A.V.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1990.-- 85 p.
 13. Morales Mena, Ofilio.-- Lesiones periapicales en pacientes de clínicas privadas en Guatemala; correlación entre características clínicas e histológicas.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología, 1988.-- 33 p.
 14. Murga del Aguila, Karla Fabiola.-- Prevalencia de carcinoma escamocelular bucal en los pacientes tratados en el Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala, durante el período 1983-1993.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998.-- 56 p.
 15. Oral and maxillofacial pathology / B. W. Neville... [et al.]-- Philadelphia : Saunders, 1995.-- 711 p.
 16. Pineda Yaeggy, Mirna Nohemy.-- Prevalencia de lesiones y anomalías de desarrollo de tejidos blandos en un grupo poblacional universitario.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1987.-- 103 p.
 17. Pisquiy Cotí, Rosario del Carmen.-- Hallazgos clínicos patológicos encontrados en una muestra de pacientes que han sido tratados con prótesis parcial removible en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante los años 1983 a 1987.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1988.-- 110 p.
 18. Regezzi, Joseph A.-- Patología bucal: correlaciones clínico patológicas / James Sciubba; traducido por José Pérez Gómez.-- México : Mc. Graw Hill, 2000.-- 543 p.
 19. Rodríguez Vega, María Candelaria.-- Presencia de anomalías más frecuentes en tejidos blandos de la cavidad oral en escolares de la población de el Tejar en el departamento de Chimaltenango.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1988.-- 95 p.



20. Tratado de patología bucal / William G. Shafer... [et al.] .-- trad. por María de Lourdes Hernández Cazares.-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1986.-- 846 p.
21. Viau Durán, José Luis Fernando.-- Prevalencia de anomalías del desarrollo de tejidos blandos de la cavidad bucal en escolares de 7 a 17 años en la población escolar de la Ciudad de Guatemala.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1991.-- 50 p.

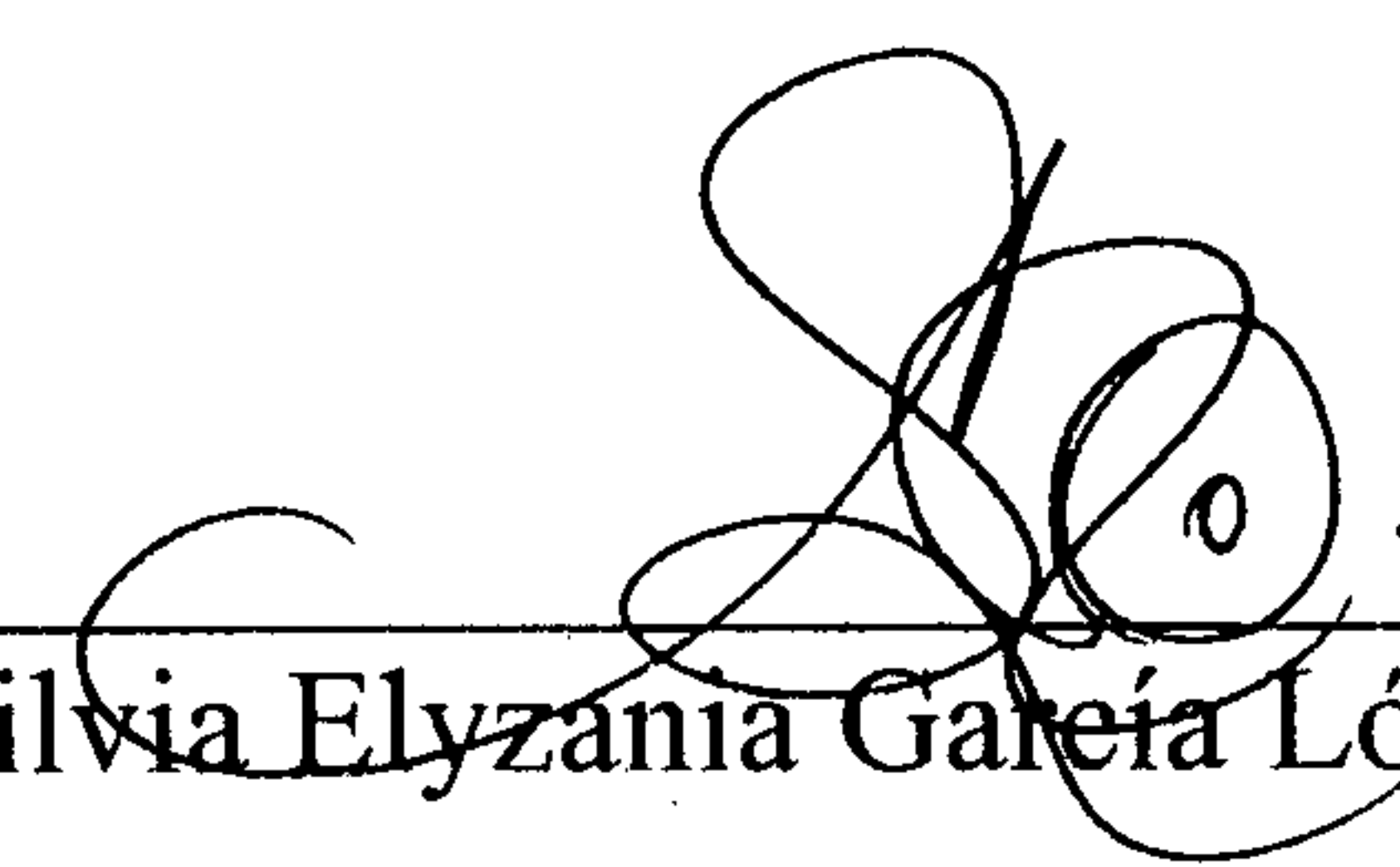


ANEXO

No. de Ficha:

FUENTE: Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital de Accidentes IGSS.

El contenido de esta Tesis es única y exclusiva
responsabilidad del Autor



Silvia Elyzania García López.