



Universidad Autónoma del Estado de México

“REPORTE ESTADÍSTICO DE PATOLOGÍA DEL APARATO ESTOMATOGNATICO
DEL LABORATORIO DE HISTOPATOLOGÍA, DEL CIEAO EN EL PERIODO 2003 A
2017”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

P.C.D. RODRIGO ROJAS SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESIS

M. en O. BLANCA SILVIA GONZÁLEZ LÓPEZ

REVISORES DE TESIS

E. en. P. y M.B. VIOLETA EVELYN FLORES SOLANO

DR. en O. ROGELIO JOSÉ SCOUGALL VILCHIS

TOLUCA, EDO. MÉXICO



MAYO 2021

2017-2021

FO

Facultad de Odontología

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.....	1
ANTECEDENTES	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACIÓN.....	27
OBJETIVOS.....	28
MATERIAL Y MÉTODO.....	30
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	159
ANEXOS.....	161
BIBLIOGRAFÍA.....	163

MARCO TEÓRICO

La mucosa bucal tiene un número limitado de respuestas patológicas que se conocen como lesiones elementales y son capaces de caracterizar a las enfermedades, produciéndose como consecuencia de agresiones por agentes externos, o bien, como manifestación de una enfermedad sistémica. Las causas son variadas entre ellas se citan el trauma, higiene deficiente, prótesis desajustadas, irritantes y alérgenos además de factores dietéticos, infección por hongos, bacterias, virus y factores sistémicos metabólicos e inmunológicos.¹

FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades bucodentales presentan factores de riesgo relacionados, como: mala salud, tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol, estos comparten las cuatro enfermedades crónicas más importantes, a saber: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Es de notar a este aspecto que las afecciones bucodentales a menudo están asociadas a enfermedades crónicas.²

Otros factores de riesgo predisponentes se producen como respuesta a diversos estímulos, donde predomina la irritación asociada a traumas mecánicos como es el uso de prótesis desajustadas o a procesos inflamatorios crónicos, también puede estar asociada a algunos medicamentos, como los anticonvulsivantes, los antagonistas del calcio o las ciclosporinas y en algunos casos específicos, pueden estar influenciados por estímulos endocrinos.³

Las prótesis removibles inadaptadas combinadas con la falta de instrucciones del paciente, falta de higiene y el daño iatrogénico causado por las intervenciones clínicas, pueden afectar negativamente el tratamiento, fomentando lesiones orales, por ejemplo: la hiperplasia, estomatitis, úlceras traumáticas, lesiones periodontales y candidiasis. Algunos estudios señalan la hiperplasia fibrosa como

la principal lesión asociada con las prótesis removibles. Sin embargo, otros estudios dicen que la lesión principal es la estomatitis, seguida de hiperplasia fibrosa inflamatoria, hiperplasia papilar y queilitis angular.⁴

El desarrollo del cáncer oral es un proceso de múltiples pasos que incluye alteraciones genéticas, epigenéticas y metabólicas.⁵

Varios factores aumentan el riesgo de una persona de desarrollar carcinomas de células escamosas que incluyen aumento de la edad, consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, inmunosupresión, mala alimentación, antecedentes de trastornos potencialmente malignos (PMD) o trastornos malignos, y ciertas enfermedades hereditarias.⁶

FISIOPATOLOGÍA

Una función fisiológica importante del epitelio es su papel protector por su proceso de autorenovación frecuente. Inevitablemente se expone a sustancias ambientales, incluidos carcinógenos, lo que lleva a una proliferación anormal que crea una gran área de campos de cáncer genéticamente alterados. Tales epitelios hiperplásicos podrían formar la base de la transformación neoplásica que conduce a la formación de los tipos más comunes de cáncer del cuerpo humano.⁷

La exposición a carcinógenos da como resultado una mutación genética dentro de una célula madre de la mucosa que es necesaria para iniciar el proceso de desarrollo del cáncer. Esta célula madre modificada puede, a través de la adquisición de mutaciones adicionales, dar lugar a un "campo" de mucosa que comparte las alteraciones genéticas iniciales. Dentro de este campo, la exposición continuada a carcinógenos puede conducir a mutaciones adicionales en diferentes sitios, en última instancia.⁸

Dando lugar a tumores múltiples que comparten la mutación genética inicial con

mutaciones divergentes posteriores. Además, porciones de este campo de la mucosa pueden permanecer después del tratamiento para un tumor, haciendo que el paciente esté altamente preparado para el desarrollo de tumores posteriores.⁹

Por lo tanto, las estrategias para disminuir la exposición al carcinógeno son sumamente necesarias. La exposición a largo plazo a productos que causan daño tisular conduce a una mayor división celular como un medio para reemplazar las células dañadas, y esto lleva a un mayor riesgo de neoplasia debido a la oportunidad adicional de errores en la replicación genética.⁸

El alcohol puede afectar el desarrollo del tumor al aumentar la permeabilidad de la mucosa oral, lo que facilita el paso de carcinógenos como las nitrosaminas. Además, el alcohol también tiene efectos sobre la membrana celular e inhibe la reparación del ADN, y la nicotina también tiene efecto anti-apoptótico.⁵

La masticación del tabaco se asoció con el mayor aumento en el riesgo de múltiples lesiones orales premalignas y puede ser la principal fuente de cáncer de campo de la cavidad oral. Los principales carcinógenos reconocidos en el tabaco de masticar comprenden N-nitrosanos específicos del tabaco, predominantemente N-nitrososonicotona y 4 (metil nitrosamino) -1- (3 piridil) -1-butanona.⁷

Esto es especialmente relevante porque el tabaco y el alcohol son reconocidos como factores etiológicos predominantes para el carcinoma de células escamosas de la cavidad bucal propiamente dicha, responsables de cerca de las tres cuartas partes de todos los casos. Una biopsia oral no es simplemente un medio para determinar el diagnóstico de una lesión; es una oportunidad sustancial para involucrar a los pacientes en el cese de los factores de riesgo.⁸

La mucosa geriátrica está marcada por un menor espesor epitelial, disminución de la síntesis de colágeno por las células del tejido conectivo y aumento de la esclerosis vascular, que probablemente provoquen una disminución de la regeneración tisular, pérdida de elasticidad y disminución de la resistencia a enfermedades. Sin embargo, la naturaleza de las lesiones diagnosticadas cambia

de lesiones abrumadoramente reactivas a más malignas a medida que los pacientes envejecen.⁹

Es importante destacar que hay un aumento correspondiente en la prevalencia de esta malignidad epitelial a medida que los pacientes geriátricos avanzan en edad, posiblemente debido a la disminución de la inmunidad de la mucosa, así como cambios genéticos y epigenéticos acumulados adquiridos por las células de la mucosa oral.⁹

CLASIFICACIÓN

El estudio de las enfermedades sería arduo y tedioso si no se contará con conocimientos en nosología, esta rama de la odontología enumera, ordena y clasifica a las patologías ya sea por su naturaleza, localización, tejido que le da origen o agente causal. La clasificación y nomenclatura de las lesiones facilitan el proceso de diagnóstico al reducir las posibilidades diagnósticas a un número más limitado de entidades patológicas.

Generalmente las clasificaciones tienen fines didácticos y de diagnóstico al permitir al odontólogo distinguir entre las lesiones que comparten algunos rasgos de aquellas cuyas características corresponden a las de la patología que presenta el paciente.

Clasificación de la patología bucal:

Por su Naturaleza:

- Alteraciones del desarrollo
- Enfermedades dermatológicas
- Enfermedades infecciosas
- Enfermedades inmunológicas

- Enfermedades metabólicas
- Hereditarias
- Lesiones fibro-óseas
- Lesiones premalignas
- Lesiones reactivas y traumáticas
- Neoplasias benignas
- Neoplasias benignas de glándulas salivales
- Neoplasias malignas
- Neoplasias malignas de glándulas salivales
- Quistes del desarrollo
- Quistes de los maxilares
- Quistes odontogénicos
- Tumores odontogénicos

Por sus características clínico topográficas:

- De glándulas salivales
- Del aparato odontogénico
- De hueso
- De piel
- De la mucosa oral

Por el tejido que les da origen:

- Epiteliales
- De tejido fibroconectivo
- De tejido adiposo
- De tejido nervioso
- De tejido vascular

- De tejido óseo
- De cartílago
- De tejidos odontogénico
- De tejido glandular
- De tejido linforeticular

Por los agentes causales o etiológicos:

- Agentes biológicos: enfermedades vírales, bacterianas, micóticas y parasitarias.
- Agentes físicos: lesiones traumáticas por radiaciones, calor, frío, agentes punzo cortantes, prótesis desajustadas.
- Agentes químicos: enfermedades por quemaduras por aspirina, intoxicaciones, reacciones alérgicas.

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS

Las enfermedades orales generalmente se manifiestan clínicamente con alguna de las siguientes características: (1) cambio de color; (2) inflamación; (3) úlceras; (4) lesiones ulceroproliferativas; (5) vesiculo-bullosa o (6) cambios superficiales de textura. La comprensión crítica de estos parámetros es muy esencial en el proceso de diagnóstico.

La palabra tumefacción denota cualquier ampliación o protuberancia sobre la superficie del cuerpo. Las tumefacciones de la cavidad oral pueden ser clasificados como un sésiles o pedunculados basado en el tipo de unión de la lesión con el tejido subyacente.

Según el origen anatómico, las tumefacciones también se pueden clasificar como lesiones centrales y periféricas. Las lesiones exofíticas pueden presentarse como

intraóseas centrales o extraóseas periféricas. El término lesiones exofíticas orales representan cualquier crecimiento patológico que se proyecta por encima de los contornos normales del epitelio de la superficie oral. La apariencia exofítica a menudo proporciona una mayor probabilidad de diagnóstico erróneo como lesiones malignas.¹⁰

Existen varios mecanismos subyacentes responsables de las lesiones exofíticas orales, como la hipertrofia, la hiperplasia, la neoplasia y el agrupamiento del líquido, lo que dificulta el abordaje de dichas lesiones clínicamente.¹¹

Las lesiones exofíticas se pueden clasificar de acuerdo con su textura superficial (lisa y rugosa), tipo de base (pedunculada, sésil, nodular y forma de cúpula) y consistencia (blanda, caseosa, gomosa, firme y dura). (Fig. 1)

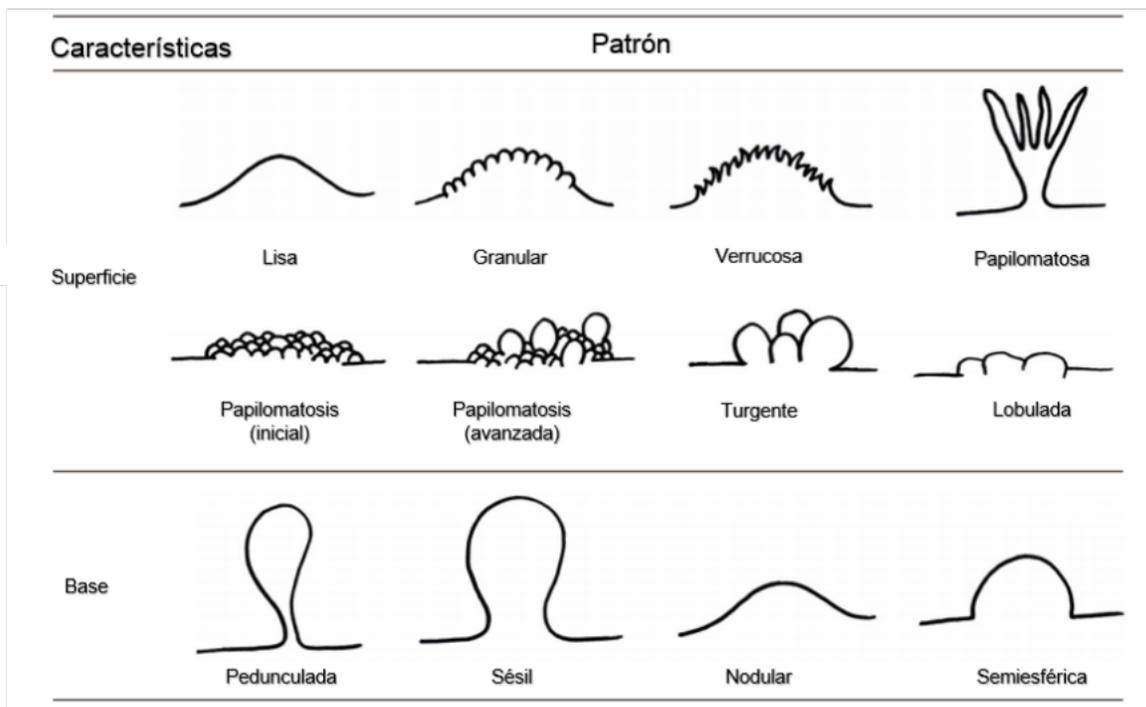


Fig. 1 Vista esquemática de las características de la superficie y la base de las lesiones orales exofíticas.¹¹

Aunque este grupo de lesiones comprende una constelación de orígenes y patogénesis heterogéneos, algunas características clínicas nos ayudan a categorizarlas para llegar a un diagnóstico diferencial más oportuno y preciso.

Con respecto a las lesiones hiperplásicas reactivas, la detección del factor de agresión a través de la toma de antecedentes o el examen físico juega un papel clave para el diagnóstico definitivo. Por ejemplo, un color rojo brillante en una masa blanda y de fácil sangrado sugiere un granuloma piógeno, que se denomina tumor de embarazo en una mujer embarazada. Sin embargo, un granuloma periférico de células gigantes se presenta como una masa más azulada y localizada bucolingualmente, exclusivamente en la encía o cresta alveolar con una consistencia firme. Mientras tanto, tiene el potencial de causar reabsorción de raíz y hueso. De manera similar, el fibroma osificante periférico tiene una tendencia a inducir movilidad dental y destrucción ósea, pero es firme a duro a la palpación con una coloración rosa pálida.

Además, algunas lesiones pueden identificarse principalmente por su región, como las relacionadas con dentaduras mal ajustadas. Epulis fissuratum se ve a lo largo de los rebordes como pliegues únicos o múltiples, la hiperplasia papilar inflamatoria se localiza principalmente en el paladar duro con una apariencia de guijarros o adoquines, y el fibroma como hoja presenta un tallo estrecho y bordes dentados debajo de la base de las dentaduras maxilares.¹¹

Algunas lesiones exofíticas se encuentran en estrecha aproximación a un diente, como pólipo pulpar que prolifera dentro de una cavidad dental grande, epulis granulomatoso que emana de un alveolo de extracción y parulis en la mucosa alveolar o encía adjunta de un diente necrótico.

Las lesiones exofíticas orales de origen salival no neoplásico como el mucocele y la ránula aparecen como lesiones blandos y fluctuantes en forma de cúpula en la mucosa oral que contienen glándulas menores salivales con antecedentes de rotura periódica y liberación de contenido de líquido. Por otro lado, una lesión

nodular o en forma de cúpula en la porción posterolateral del paladar duro con una consistencia suave a firme y una tasa de crecimiento lenta llevaría al clínico a considerar una neoplasia salival benigna como el adenoma pleomórfico en clasificaciones más altas de diagnóstico diferencial. Además, el dolor acompañante aumenta la posibilidad de una contraparte maligna como el carcinoma quístico adenoide o el tumor mucoepidermoide. Si bien una lesión en forma de cúpula en el labio inferior suele sugerir un mucocele, dicha lesión en el labio superior debe sospecharse como una neoplasia salival

Las lesiones exofíticas orales periféricas de origen mesenquimal son bastante infrecuentes en comparación con las lesiones reactivas o salivales. Aunque pueden mostrar características clínicas similares, características especiales como la ubicación ayudan a diferenciarlas.

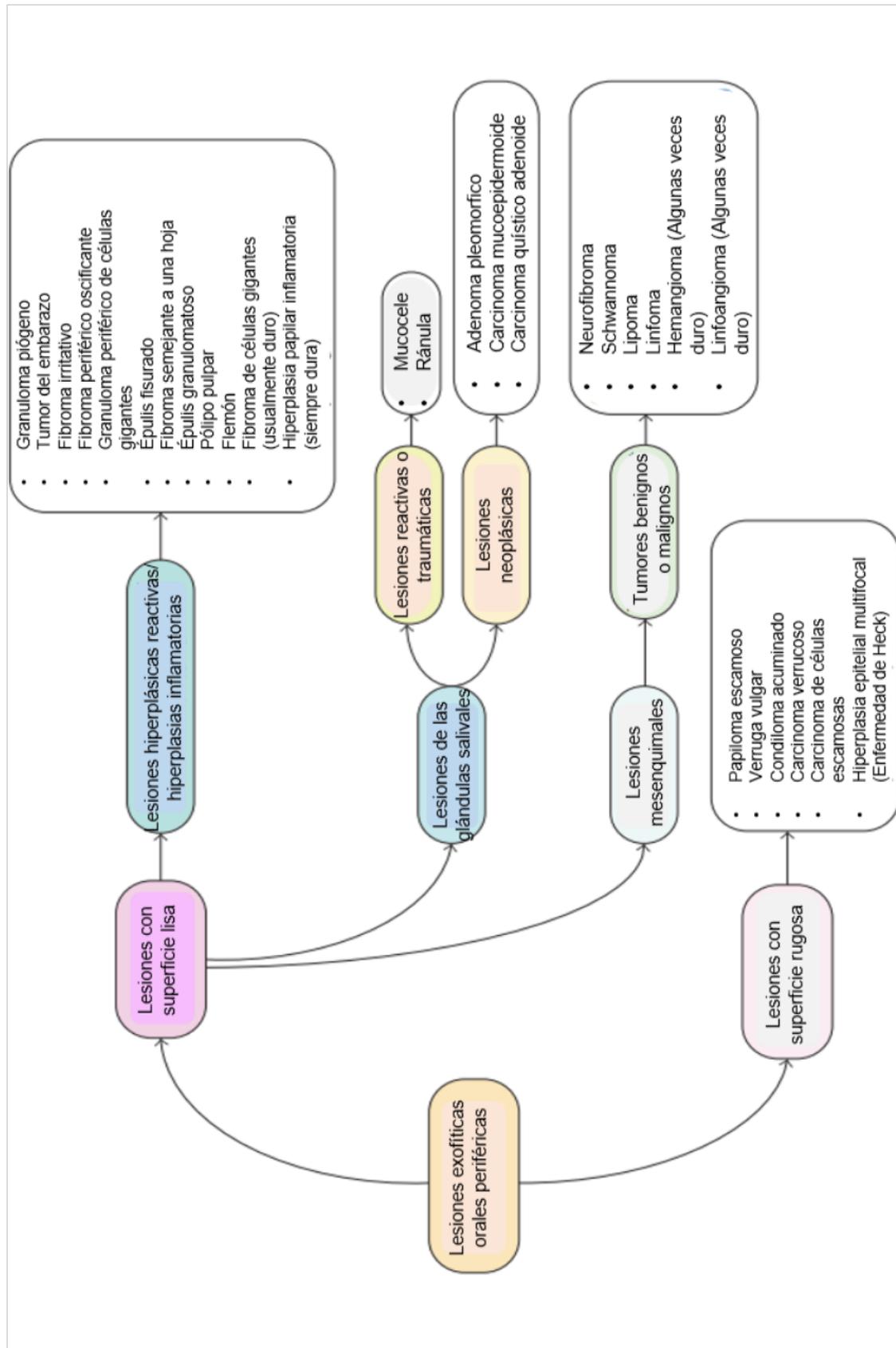


Fig. 2 Árbol de decisión para lesiones orales exofíticas periféricas. ¹¹

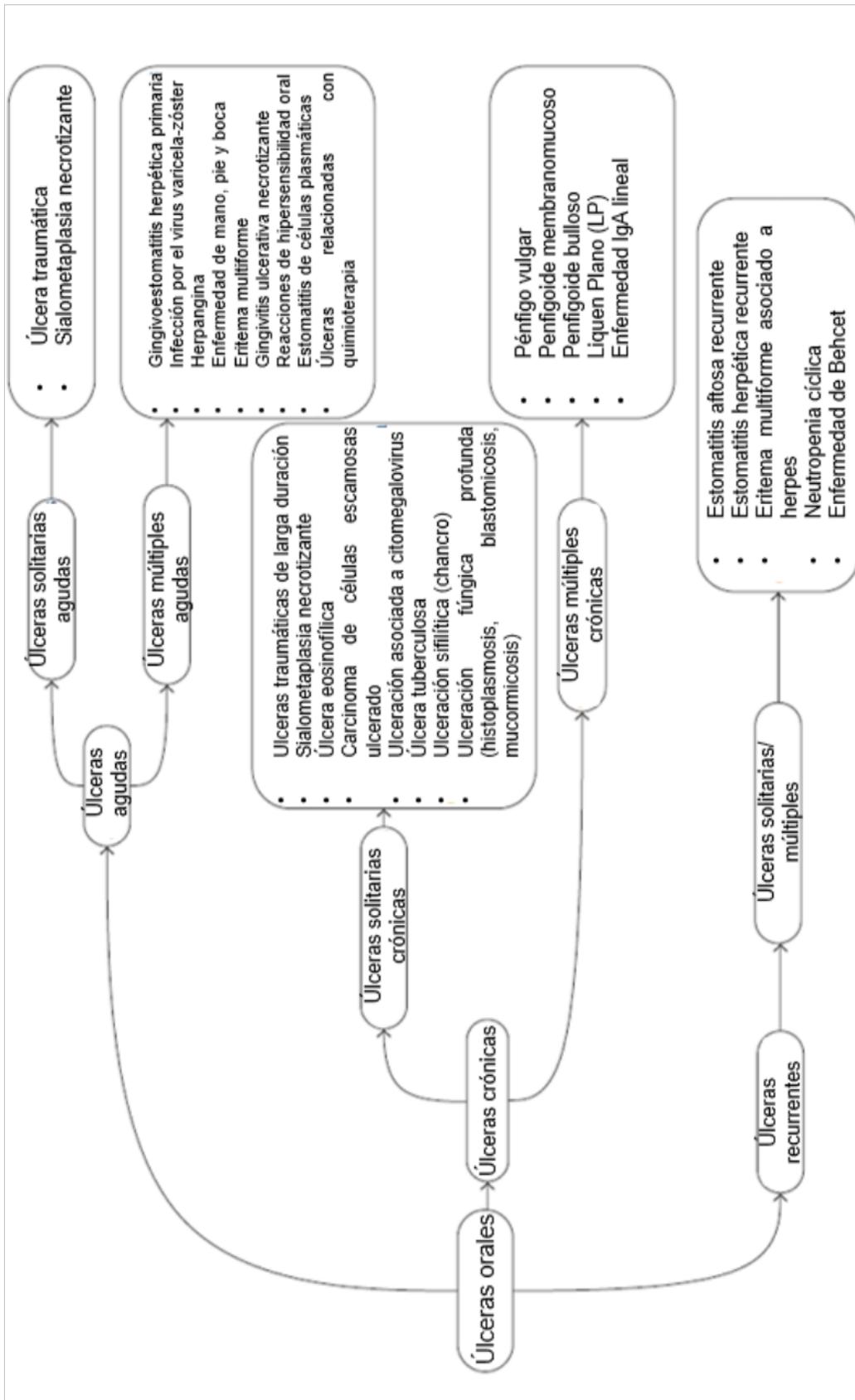


Fig. 3 Árbol de decisión de las lesiones ulcerativas orales. ¹¹

Las neoplasias de origen neuronal aparecen principalmente en la lengua como masas asintomáticas, blandas a firmes, con neurofibromas que son múltiples en su mayoría, a diferencia del schwannoma solitario. Además, las manifestaciones concomitantes de los ojos y la piel indican neurofibromatosis. Una masa blanda fluctuante con un tono amarillento especialmente en la mucosa bucal señala un tumor de tejido adiposo (lipoma). El linfoma no Hodgkin en la cavidad oral produce una masa nodular de color rosa o morado con una superficie intacta o ulcerada en la zona vestíbulo bucal o paladar con potencial de crecimiento progresivo y destrucción local. El hemangioma y el linfangioma ocurren con mayor frecuencia en la lengua, a veces con una superficie rugosa a pesar del origen del tejido conectivo. El hemangioma se caracteriza por un color rosado o violáceo y blanqueamiento a la presión, mientras que el linfangioma causa macroglosia y proyecciones de color gris a rosa.¹¹

Como regla general, las lesiones que se originan en el epitelio se presentan con una superficie rugosa. Una excepción a este respecto es la hiperplasia epitelial focal con numerosas pápulas pequeñas y planas diseminadas en la mucosa oral más comúnmente en niños y adolescentes. Pequeñas proyecciones parecidas a prolongaciones en la superficie de la lesión se ven invariablemente en lesiones inducidas por virus como el papiloma escamoso, la verruga vulgar y el condiloma acuminado. El papiloma tiende a ocurrir como una sola lesión que rara vez excede de 1 cm de diámetro. Por otro lado, la verruga vulgaris y la enfermedad de Heck aparecen principalmente en múltiples formas, y la primera coexiste con lesiones cutáneas. La coincidencia de grandes lesiones con forma de verruga vulgar en los genitales y la cavidad oral, refiere a un condiloma acuminado.

El carcinoma de células escamosas cuando aparece como una lesión exófica de base amplia implica el borde lateral de la lengua con una superficie áspera no homogénea a veces ulcerativa o necrótica y un potencial progresivo de crecimiento ilimitado. Por otro lado, su contraparte sin metástasis (carcinoma verrugoso) se encuentra principalmente en la mucosa vestibular o bucal con una

aparición homogénea de coliflor y una asociación con el uso del tabaco sin humo.

11

Es frecuente que se clasifiquen en un mismo grupo los tumores benignos y los crecimientos pseudotumorales. Entre las lesiones pseudotumorales se encuentran: las hiperplasias, granulomas, quistes salivales, así como una gran variedad de procesos inflamatorios en los que no se encuentran perfectamente definidos sus agentes patógenos.³

Las lesiones ulcerativas orales se clasifican en lesiones únicas agudas, múltiples agudas, crónicas solitarias, múltiples crónicas y recurrentes.

Las úlceras orales agudas son el resultado de agravios traumáticos, infecciones virales o bacterianas, alergia o quimioterapia para el cáncer. Las úlceras traumáticas agudas generalmente se presentan como lesiones solitarias de formas clínicas inespecíficas, mientras que la estomatitis viral aparece como múltiples úlceras simétricas pequeñas, que a veces se unen para formar lesiones más grandes con bordes festoneados.¹²

En la categoría de úlceras crónicas solitarias, los antecedentes de enfermedad pulmonar o el manejo de animales proponen histoplasmosis o blastomycosis, mientras que la presencia de una enfermedad debilitante como la diabetes mellitus sugiere mucormycosis. Por otro lado, múltiples ulceraciones asimétricas o de tipo mapa sugieren la presencia de enfermedades vesículo bullosas mucocutáneas; entre ellos, el pénfigo es de gran potencia para la extensión, lo que podría conducir a la muerte. A pesar de las lesiones crónicas con progresión continua o características clínicas sostenidas, una historia de resolución repetida y recaída lleva al clínico a clasificar las ulceraciones orales recurrentes en un nivel más alto en el diagnóstico diferencial. La estomatitis aftosa recurrente y el herpes recurrente son dos entidades comunes en esta categoría, siendo la primera más frecuente en la mucosa no queratinizada y la segunda en la mucosa queratinizada.¹²

Tabla 1 Características generales de las lesiones exofíticas orales de superficie lisa y de origen reactivo.											
Entidad	Años	Género	Sito comprometido	Superficie Textura	Tipo de base	Consistencia	Color	Tamaño	Signos y síntomas	Tratamiento	Recurrencia
Granuloma piógeno	Niño/Adulto joven	Femenino	Encía	Liso/Lobulado	Pedunculada/sésil	Suave a firme	Rojo brillante / rosa / morado	Algunos mm a varios cm	Asintomático	Escisión quirúrgica conservadora	+
Tumor del embarazo	Periodo de embarazo	Femenino	Encía	Liso/Lobulado	Sésil	Suave a firme	Rojo brillante / rosa / morado	Algunos mm a varios cm	Asintomático	Escisión quirúrgica conservadora	+
Fibroma irritativo	4-6 décadas	Femenino	Mucosa bucal	Liso	Pedunculada/sésil	Firme o suave	Similar a la mucosa adyacente	≤1.5cm	Asintomático	Escisión quirúrgica conservadora	Rara
Fibroma oscificante periférico	10-19 años	Femenino	Exclusivamente encía	Liso	Pedunculada/sésil	Firme a duro	Rojo o rosa	<2 cm	Movilidad dental Migración dental Pérdida ósea	Escisión quirúrgica hasta el perostio	8-20%
Granuloma periférico de células	5-6 décadas	Femenino	Exclusivamente cresta edéntula y encía	Liso	Pedunculada/sésil /nodular	Firme	Morado azulado	<2 cm o >2cm	Pérdida ósea Resorción radicular	Escisión quirúrgica completa	+
Épulis granulomatoso	>40 años	Femenino	Alveolo dental	Liso	—	Suave a firme	Similar a la mucosa adyacente	<1cm o lesiones masivas	Asintomático	Tratamiento conservador / cirugía	Frecuente
Fibroma en forma de hoja	—	—	Paladar	Liso	Pedunculada/sésil	Firme	Rosa	Hasta varios cm	Asintomático	Ajuste de la prótesis y remoción quirúrgica	Frecuente
Épulis fisurado	—	—	Cresta alveolar maxilar	Liso/ulcerado	Pedunculada/sésil	Firme	Rojizo	Hasta varios cm	Indoloro/ Fácilmente sangrante	Escisión quirúrgica y curetaje	—
Pólipo pulpar	Niño/Adulto joven	—	Lesiones cariosas de dientes deciduos y primeros molares permanentes	Liso	Pedunculada/sésil	Suave a firme	Rojo o rosa	<1cm a grandes masas	Incomodidad o molestia	Tratamiento de conductos / extracción	—
Fibroma de células gigantes	Tercer década	Femenino	Encía	Superficie rugosa	Pedunculada/sésil	Firme	Rosa	<1cm (frecuentemente)	Asintomático	Escisión quirúrgica conservadora	Rara
Hiperplasia papilar inflamatoria	3-5 décadas	Masculino	Paladar	Papilomatoso	—	Suave a firme	Rojo o rosa	Hasta varios cm	Asintomático/ Sintomático	Remoción de prótesis por la noche / antifúngicos / cirugía	—

Tabla 1. Características generales de las lesiones exofíticas orales de superficie lisa y de origen reactivo.

Tabla 3. Características generales de las lesiones exofíticas orales de superficie lisa y de origen mesenquimal.											
Entidad	Años	Género	Sitio comprometido	Superficie Textura	Tipo de base	Consistencia	Color	Tamaño	Signos y síntomas	Tratamiento	Recurrencia
Neurofibroma	3ra década	No hay predilección	Lengua	Lisa	Nodular/sésil	Suave a firme	Rosa	Hasta varios centímetros	Asintomático	Escisión completa	Rara
Schwannoma	Promedio: 34 años	Femenino	Lengua	Lisa	Nodular/sésil	Elastica	Igual a la mucosa normal	0.5-4 cm	Asintomático	Escisión quirúrgica	Rara
Lipoma	>40 años	Masculino	Mucosa bucal/ vestibulo	Lisa	Nodular/sésil/pedunculada	Suave / fluctuante	Rosa a amarillento	<3cm (frecuentemente)	Asintomático	Escisión quirúrgica conservadora	Alta en las lesiones intramusculares
Linfoma	Promedio: 59 años	Masculino	Vestibulo bucal / paladar posterior	Lisa / ulcerada	Nodular	Suave a firme	Rosa / violáceo / normal	Hasta varios cm	Indoloro doloroso en lesiones intraóseas	Quimioterapia/ Radioterapia/	—
Hemangioma	Infancia temprana	Femenino	Labios	Lisa / lobulado	Sésil	Suave	Rosa a rojo morado	Hasta varios cm	Asintomático	Escleroterapia/ Escisión quirúrgica/ terapia láser/ Crioterapia	—
Linfangioma	1ra década	No hay predilección	Lengua	Lisa/ papilomatosa	Sésil	Suave	Rosa a amarillento o color normal	Hasta varios cm	Macroglosia/ obstrucción de la vía aérea / sialorrea / deformidad mandibular	Escisión quirúrgica/ Crioterapia/ Electrocauterio/ Administración de esteroides/ Escleroterapia	—

Tabla 2. Características generales de las lesiones exofíticas orales de superficie lisa y de origen reactivo.¹¹

Tabla 4. Características generales de las lesiones exofíticas orales de superficie rugosa.											
Entidad	Años	Género	Sito comprometido	Superficie Textura	Tipo de base	Consistencia	Color	Tamaño	Signos y síntomas	Tratamiento	Recurrencia
Papiloma escamoso	30-50 años	No hay predilección	Paladar y lengua	Verrucosa granular/papilomatosa	Pedunculada/ sésil	Suave a firme	Blanco/ ligeramente rojo/ normal	Máximo 5mm	—	Escisión quirúrgica/ electrocauterio/ criocirugía/ interferón intralesional	Poco común excepto para los pacientes con infección por VIH
Verruga vulgar	12-16 años	—	Borde bermellón/ mucosa labial	Verrucosa papilomatosa	Sésil/ Pedunculada	Suave a firme	Rosa/ amarillento/ blanco	Pocos mm	Asintomático	Escisión quirúrgica conservadora	Baja
Carcinoma verrucoso	>6 década	Masculino	Mucosa vestibular	Verrucosa	—	Firme	Blanco a normal	Hasta varios cm	Asintomático	Escisión quirúrgica amplia/ radioterapia/ quimioterapia	—
Carcinoma de células escamosas	62 años	Masculino	Lengua	Verrucosa	—	Firme a dura	Blanco/ rosa/ rojo	Hasta varios cm	Indoloro/ Deterioro radiolúcido	Escisión quirúrgica amplia/ radioterapia	33%
Hiperplasia epitelial multifocal	Infancia	Femenino	Mucosa bucal y labial	Papilomatosa	—	Suave a firme	Blanco a normal	Hasta varios cm	Indoloro	Cirugía/ láser/ criocirugía/ electrocirugía	Mínima

Tabla 3. Características generales de las lesiones exofíticas orales de superficie lisa y de origen mesenquimal.¹¹

Tabla 4. Características generales de las lesiones exofíticas orales de superficie rugosa.¹¹

Quistes odontogénicos y no odontogénicos del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Quiste dentífero • Queratoquiste odontogénico • Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botriode • Quiste gingival • Quiste odontogénico glandular • Quiste odontogénico calcificante • Quiste odontogénico ortoqueratinizado • Quiste ductal nasopalatino
Carcinomas odontogénicos	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma ameloblastico • Carcinoma primario intraóseo • Carcinoma odontogénico esclerosante • Carcinoma odontogénico de células claras • Carcinoma odontogénico de células fantasmas • Sarcoma odontogénico
Tumores maxilofaciales malignos óseos y cartilagosos	<ul style="list-style-type: none"> • Condrosarcoma • Condrosarcoma mesenquimático • Osteosarcoma
Tumores odontogénicos benignos epiteliales	<ul style="list-style-type: none"> • Ameloblastoma • Ameloblastoma metastásico • Tumor odontogénico escamoso • Tumor odontogénico epitelial calcificante • Tumor odontogénico adenomatoide
Tumores odontogénicos benignos mesenquimáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Fibroma odontogénico • Mixoma odontogénico / mixofibroma • Cementoblastoma • Fibroma cemento osificante
Tumores odontogénicos benignos mixtos, epiteliales y mesenquimáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Fibroma ameloblástico • Tumor odontogénico primordial • Odontoma <ul style="list-style-type: none"> • Tipo compuesto • Tipo complejo • Tumor dentinogénico de células fantasmas
Quistes odontogénicos de origen inflamatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Quiste radicular • Quiste inflamatorio colateral.
Tumores maxilofaciales benignos óseos y cartilagosos	<ul style="list-style-type: none"> • Condroma • Osteoma • Tumor neuroectodermico melanotico de la infancia • Condrioblastoma • Fibroma condromixioide • Osteoma osteoide • Osteoblastoma • Fibroma desmoplásico
Lesiones fibroóseas y osteocondromatosas	<ul style="list-style-type: none"> • Fibroma osificante • Cementoma gigantiforme familiar • Displasia fibrosa • Displasia cemento ósea • Osteocondroma
Lesiones gigantocelulares y quistes óseos	<ul style="list-style-type: none"> • Granuloma central de células gigantes • Granuloma periférico de células gigantes • Querubismo • Quiste óseo aneurismático • Quiste óseo simple.
Tumores hematológicos linfocitos	<ul style="list-style-type: none"> • Plasmocitoma solitario óseo.

Tabla 5. Quistes y tumores odontogénicos y maxilofaciales óseos, OMS 2017.¹⁵

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

La prevalencia de estas enfermedades varía dependiendo de la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental. También tienen mucho peso diversos determinantes sociales. La prevalencia de enfermedades bucodentales está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos; en todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones pobres y desfavorecidas.²

Las lesiones maxilofaciales que más se presentan son: los quistes, proliferaciones reactivas, neoplasias benignas, lesiones premalignas, neoplasias malignas, procesos infecciosos y los trastornos mediados por procesos inmunitarios.

Las proliferaciones reactivas son las lesiones más comunes y las neoplasias malignas las menos comunes.

Las lesiones benignas representan la abrumadora mayoría de todas las investigaciones recientes que hayan descrito la frecuencia de estudios histopatológicos; sin embargo, su porcentaje de incidencia varía de acuerdo a la región de estudio. Mientras que, en investigaciones de este tipo realizadas en México, las neoplasias malignas no superan el 7% del total de lesiones, en otros estudios realizados en diferentes partes del mundo como Brasil (10.6%), Nigeria (13.7%) y Taiwán (16.2%) los porcentajes crecen relativamente.¹³

Las lesiones reactivas se vuelven menos comunes después de la octava década, cuando la lesión predominante se convierte en SCC (carcinoma de células escamosas).⁹

La presencia de displasia epitelial generalmente se acepta como uno de los predictores más importantes del desarrollo maligno en las lesiones, pero no todas las lesiones premalignas se convierten en malignidad.¹⁴

El cáncer oral es considerado como el sexto cáncer más común en el mundo. En el 96% de los casos, el cáncer oral se detecta por encima de los 40 años de edad. La

proporción de hombres frente a mujeres es de 2: 1, pero en edades más avanzadas, la relación es casi 1: 1. La lengua, en particular la superficie posterior-lateral, es el sitio más común tanto en hombres como en mujeres. Las lesiones malignas del piso de la boca, el paladar blando y la orofaringe también son comunes.⁵

La American Cancer Society estima que habría 49,670 nuevos casos de cáncer en la cavidad oral y la orofaringe en 2017, con 9,700 muertes por esta enfermedad.⁶

Más del 80% de estos tumores malignos serán carcinomas de células escamosas en la cavidad oral y orofaringe. El carcinoma oral de células escamosas OSCC se deriva del epitelio escamoso estratificado superficial y es la forma más común de cáncer en la cavidad oral.⁶

Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, con un promedio de edad de 60 años.¹

TRATAMIENTO

La región oral y maxilofacial está expuesta a una multitud de factores nocivos y agentes carcinogénicos que causan un amplio espectro de lesiones. Los exámenes clínicos y radiográficos pueden arrojar solo un diagnóstico tentativo; sin embargo, el diagnóstico y el tratamiento apropiados de las lesiones orales y se basan en los informes histopatológicos adecuados y en la disponibilidad de servicios adecuados de salud dental.¹⁶

Una biopsia no solo muestra la caracterización morfológica del tejido, sino que también es el estándar de oro para obtener un diagnóstico definitivo para muchas lesiones, especialmente enfermedades malignas.¹⁷

Para los pacientes que buscan atención por lesiones sospechosas, la realización inmediata de una biopsia o derivación a un especialista sigue siendo la

recomendación más importante para la práctica clínica. ⁶

Todas las lesiones que no pueden excluirse inicialmente deben incluirse en el diagnóstico diferencial, seguidas de pruebas de laboratorio e investigaciones adicionales para reducir el diagnóstico. ¹²

La evaluación histopatológica del tejido obtenido durante una biopsia es el criterio estándar para detectar la displasia y diagnosticar definitivamente las condiciones objetivo. ⁶

Aproximadamente el 70% de todos los casos nuevos de carcinomas de células escamosas (SCC), se diagnostican en una etapa tardía, subrayando la importancia de la adecuada evaluación al paciente para la prevención o detección temprana de la enfermedad. ¹⁸

Debemos tener en cuenta que el verdadero tratamiento beneficioso de estas lesiones no es solo la eliminación de la lesión sino esencialmente la eliminación de la causa de las lesiones. ¹⁹

RECOMENDACIONES PARA EL ODONTOLOGO.

El protocolo sugiere que los odontólogos deben obtener un historial médico, social y dental actualizado y realizar un examen visual y táctil convencional intraoral y extraoral en todos los pacientes adultos. ⁶

- Se sugiere que para pacientes adultos con una lesión de la mucosa oral clínicamente evidente con un diagnóstico clínico desconocido que se considere aparentemente inofensivo o no sospechoso de malignidad u otros síntomas, los médicos deben realizar un seguimiento periódico con el paciente para determinar la necesidad de una evaluación adicional. Si la lesión no se ha resuelto y no se puede descartar el diagnóstico clínico de un trastorno potencialmente maligno, los médicos deben realizar una biopsia

de la lesión o derivar al paciente a un especialista.

- El protocolo sugiere que, para pacientes adultos sin lesiones o síntomas clínicamente evidentes, no es necesario realizar ninguna otra acción en ese momento.⁶

ANTECEDENTES

En la distribución de las lesiones de mucosa bucal de personas atendidas en los servicios de salud de México, SIVEPAB 2015, se registraron 428 lesiones sospechosas de cáncer bucal (tres o más semanas de evolución). El tipo de lesión predominante fue el aumento de volumen.²⁰

Los datos epidemiológicos sobre incidencia y mortalidad de cáncer bucal ubican a México como uno de los países con las tasas más bajas a nivel mundial.²⁰

Se diagnosticaron un total de 1,047 lesiones histopatológicas en el Centro Universitario Regional de Patología Oral (CUREPO) del Instituto Celayense, Escuela de Odontología, Celaya Guanajuato. De éstas, 395 correspondieron al sexo masculino (38%) y 52 al sexo femenino (62%), lo cual origina una razón de 1: 1.65 hombre-mujer. 103 biopsias correspondieron a un diagnóstico histopatológico de granuloma periapical crónico infectado, correspondiendo a la lesión más frecuente. Dentro de las 20 lesiones más frecuentes de acuerdo a su etiología, se observó que las lesiones odontogénicas son las más frecuentes (granuloma periapical, quiste periapical, quiste dentígero y queratociste) con un total de 223 lesiones, es decir el 21.30%. Las lesiones reactivas (proceso inflamatorio, granuloma piógeno, hiperplasia fibrosa inflamatoria, émulis fisurado, granuloma de células gigantes multinucleadas, fibroma periférico calcificante, hiperplasia fibroepitelial e hiperqueratosis) correspondieron a un total de 151 estudios, es decir el 14.42% del total de biopsias. Las lesiones traumáticas (fenómeno de extravasación, mucocele y "sialadenitis") presentaron 38 casos, correspondiendo al 3.63%. Las lesiones neoplásicas benignas se presentaron con 30 casos es decir el 2.87% de la muestra. Se presentaron 38 casos de lesiones malignas, lo cual represento el 3.63% en relación al total de biopsias.²¹

Un estudio retrospectivo de corte transversal en el departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de La Habana. De los 1886 informes de

biopsias revisadas en el Departamento de Patología bucal de la Facultad de Estomatología, el 23,9% correspondieron a lesiones proliferativas benignas. De ellas, el 18,1% lo aportaron las lesiones pseudotumorales. Con respecto a la edad, en el grupo de edad de 10 a 19 años las lesiones pseudotumorales representan el 7,78% mientras que las neoplasias benignas el 1,78%. En el grupo de 60 años o más, las lesiones pseudotumorales aportan el 22,67% del total de lesiones proliferativas y las neoplasias benignas muestran el 4,67%. Las localizaciones anatómicas más afectadas por las lesiones pseudotumorales fueron la encía 24,9%, los carrillos 20,7% y labios 13,4% mientras que las neoplasias benignas fueron más frecuentes en la piel de la cara 23,9%, y los labios 18,3%.²²

Los registros recuperados de un estudio retrospectivo de 8,168 análisis de muestras registradas entre 1995 y 2004 del Laboratorio de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, RS, Brasil, examinaron un total de 6,831 casos válidos (83.63%). De estos, las lesiones inflamatorias fueron las ocurrencias más comunes, diagnosticadas en 4,320 casos (63.24%). Las lesiones inflamatorias periapicales fueron las lesiones más comunes en el grupo inflamatorio. En la categoría de tumor benigno, los tumores mesenquimales fueron los más frecuentemente diagnosticados. Se observaron tumores malignos en 1.9% de los casos. Los trastornos potencialmente malignos representaron el 2,46% del total de casos. Los pacientes mayores de 50 años tenían 2.68 veces más probabilidades de tener carcinoma de células escamosas que los individuos más jóvenes.²³

Se realizó una revisión de las lesiones reactivas focales de las encías presentadas a los Departamentos de Patología Oral y Biología y Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Docente de la Universidad de Lagos, Nigeria. Un total de 314 lesiones gingivales reactivas focales se diagnosticó histológicamente de un total de 5572 lesiones registradas en los registros de biopsias. El granuloma piógeno fue la lesión más común que constituyó el 57% de los casos, seguido del fibroma osificante periférico (20.4%). Hubo 197 mujeres y 117 hombres con una

proporción mujer-hombre de 1.7: 1. Las lesiones se distribuyeron por igual en las encías maxilar y mandibular. El sitio de ocurrencia más frecuente 33.1% fue la región buco-labial mandibular.²⁴

Los archivos del servicio de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Río de Janeiro (Brasil) fueron revisados de 2005 a 2012 y se recuperaron todos los registros diagnosticados como Carcinoma oral de células escamosas (OSCC). Se seleccionó un total de 346 OSCC para el estudio. Los hombres representaron dos tercios de los pacientes afectados (232 casos, 67%) con una relación hombre: mujer de 2: 1. La edad media de todos los pacientes fue de 62,3 años. Información sobre el consumo de tabaco estaba disponible para 281 pacientes y demostró que 225 pacientes (80%) eran usuarios actuales o pasados de tabaco. Para el uso de alcohol, la información estaba disponible para 208 pacientes y demostró que 146 pacientes (70%) eran usuarios actuales o pasados de alcohol. La distribución del sitio de los tumores reveló que la OSCC en los hombres afectaba principalmente al borde de la lengua, piso de la boca / lengua ventral y mucosa alveolar / encía, mientras que en mujeres eran más frecuentes en el borde de la lengua, mucosa alveolar / encía y mucosa bucal / surco bucal.²⁵

El Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR), a través del Programa Nacional de Registro de Cáncer (NCRP), para los años 2006-2011 abarcó 29 registros de cáncer basados en la población (PCBR) de la India. El presente artículo reveló la incidencia máxima de cáncer de boca en la región central. Para los hombres, fue del 64.8% y para las mujeres fue del 37.2% a los 70 años de edad. La siguiente magnitud más alta se observó en las regiones del oeste y noreste (58.4%) a los 60 años de edad. Esta incidencia más alta de cáncer de boca en la región central de la India se puede atribuir debido a muchos factores etiológicos. El más importante de ellos es el uso de tabaco. La Encuesta Mundial de Tabaco para Adultos (AGCS) realizada en la India en 2009-2010 informó la prevalencia más alta del uso de productos de tabaco entre los hombres.²⁶

Un estudio investigó la frecuencia de la distribución de enfermedades orales (ODs) en una población chilena. Se incluyeron a todos los pacientes tratados en la Universidad de Talca (UTALCA, Chile) entre 2001 y 2014. Ciento sesenta y seis ODs fueron diagnosticadas, y los grupos más frecuentes fueron los tumores de tejidos blandos, la patología epitelial y la patología de la glándula salival. Individualmente en las mujeres, las lesiones orales estuvieron principalmente representadas por fibroma de irritación (102, 10.2%), liquen plano oral (41, 5.8%) y estomatitis aftosa recurrente (30, 4.2%). En los hombres, mucocele (28, 10.3%), fibroma de irritación (25, 9.2%) y granuloma piógeno (17, 6.3%) fueron las enfermedades orales más comunes. Las afecciones con frecuencia afectaron mejillas, vestíbulo y área retromolar en 235 casos (23.5%), encías (169, 16.9%), labios (155, 15.5%), lengua (149, 14.9%) y paladar (116, 11.6%).²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La variedad de lesiones que se pueden encontrar en el complejo bucomaxilofacial hacen que el diagnóstico clínico y radiográfico sea complicado. Tan sólo en la cavidad bucal se han documentado alrededor de 600 enfermedades de diferentes etiologías (genéticas, autoinmunes, infecciones, neoplasias, etc.), manifestándose de diferentes formas clínicas.

Sin embargo, aunque hasta un 10% de los pacientes tendrá algún tipo de anomalía en la mucosa oral, solo una pequeña fracción de estas anomalías o lesiones será biológica y clínicamente significativa.¹⁸

Esto abre un mar de posibilidades diagnósticas al observar una lesión, por lo que el estándar de oro es y será el estudio histopatológico.¹³

Por ello la presente investigación pretende evaluar la prevalencia de las lesiones en la región bucomaxilofacial a través de estudios histopatológicos, que permita a los clínicos conocer las patologías con mayor y menor frecuencia registradas en el Laboratorio de Histopatología Centro de Investigación de Estudios Avanzados de Odontología "Keisaburo Miyata" (CIEAO), que faciliten el proceso del diagnóstico y que enfatizen la importancia del estudio histopatológico.

Dada la importancia de conocer la prevalencia de las lesiones bucomaxilofaciales con mayor frecuencia en el CIEAO, surge la inquietud de realizar esta investigación donde la interrogante es:

¿Cuál es la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales, diagnosticadas en el CIEAO a través de estudios histopatológicos, considerando su distribución por grupos de edad y género?

JUSTIFICACIÓN

Por la importancia que tiene el conocimiento de los factores de riesgo de las patologías bucomaxilofaciales y su prevención, se decidió realizar este estudio para determinar los factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones bucales, su distribución según edad y género de la población objeto de estudio.

Evaluar la prevalencia de las lesiones benignas respecto a las malignas es otro de los fines de esta investigación; la necesidad de realizar esta evaluación recae en el notable crecimiento de lesiones malignas en la cavidad bucal, llegando hasta 300,000 casos los reportados al año a nivel mundial y siendo el cáncer bucal el octavo cáncer más común.¹³

Subrayando que su prevalencia es relativamente mayor en los hombres, las personas mayores, las personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos. Donde el tabaco y el alcohol son dos factores causales importantes.¹²

Por ello esta investigación permitirá conocer la prevalencia de las lesiones benignas y malignas del complejo bucomaxilofacial incluyendo la identificación de factores de riesgo que predisponen a padecerlas. Lo cual permitirá que el estomatólogo detecte, instruya y brinde tratamiento a los pacientes con patologías bucales, además utilicen la información con fines educativos.

OBJETIVOS.

GENERAL

Establecer la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales, reportadas en el CIEAO a través de estudios histopatológicos, considerando su distribución por grupos de edad y género, factores de riesgo en el periodo comprendido de 2001 a 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de las lesiones benignas del complejo bucomaxilofacial por edad y género.
- Determinar la prevalencia de las lesiones malignas del complejo bucomaxilofacial más frecuentes por edad y género.
- Determinar la frecuencia de las lesiones y tumores de glándulas salivales del complejo bucomaxilofacial de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones reactivas de tejidos blandos de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones de desarrollo de origen dental de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones infecciosas de tejidos blandos de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones infecciosas intraóseas de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de los quistes de desarrollo de tejidos blandos de acuerdo con su diagnóstico.

- Determinar la frecuencia de las lesiones fibroóseas de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones premalignas de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las enfermedades autoinmunes y dermatológicas de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones vasculares de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de los quistes y tumores odontogénicos de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de los quistes del desarrollo intraóseo de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las neoplasias malignas y benignas de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones idiopáticas de acuerdo con su diagnóstico.
- Determinar la frecuencia de las lesiones pigmentadas de acuerdo con su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, del periodo de 2001 a 2017 en el laboratorio de Patología Bucal del CIEAO, de la Facultad de Odontología UAEM.

Los tejidos referidos al CIEAO de las instituciones públicas y privadas fueron colocados en frascos etiquetados, con solución de formaldehído al 4% buffer acompañados de los datos del paciente y radiografías.

Los tejidos fueron descritos macroscópicamente y procesados por técnicas histológicas de rutina y teñidos con hematoxilina y eosina y cuando fue necesario con tinciones especiales. El examen de las laminillas se llevó a cabo en un microscopio óptico Olympus BH2, por una especialista en Patología Bucal, la cual emitió el diagnóstico histopatológico.

Para llevar a cabo dicha investigación los datos clínicos y socio demográficos se obtuvieron de las solicitudes de estudios histopatológicos de cada biopsia referida al CIEAO, las cuales contienen ficha de identificación del paciente, características clínicas, histológicas y radiográficas de las lesiones, sintomatología, evolución, factores de riesgo, enfermedades sistémicas asociadas y el diagnóstico histopatológico.

Los datos fueron tabulados y registrados en el programa Excel, en una tabla única y analizados mediante el paquete estadístico SPSS VS 19. Mediante estadística descriptiva (porcentajes, promedios y desviación estándar), las variables nominales categóricas mediante χ^2 $p \leq 0.05$.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO.

Transversal, prospectivo, descriptivo.

UNIVERSO

Muestras histopatológicas recibidas en el Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados en Odontología durante el periodo de 2001 a 2017.

MUESTRA

Biopsias del aparato estomatognático.

Unidades de Observación: Cédulas de solicitud de biopsia, radiografías y biopsias (laminillas).

VARIABLES

Variable dependiente: Diagnóstico histopatológico.

Variable independiente: Edad, género, ocupación, lugar de origen y procedencia, factores etiológicos, síntomas, evolución, localización bucomaxilofacial y características clínicas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Diagnósticos histopatológicos realizados en el CIEAO en el periodo de 2001 a 2017 correspondientes a tejidos de la región de cabeza y cuello.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Muestras histopatológicas en malas condiciones de fijación.

Material insuficiente para establecer el diagnóstico.

La técnica de recolección utilizada será la del registro. La presentación gráfica y tabular de la información se llevarán a cabo mediante cuadros de asociación y distribución de frecuencias y los porcentajes mediante gráficas de pastel.

El plan para la descripción de la información se elaborará considerando medidas de resumen para variables cualitativas (porcentajes y prevalencias).

DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	PRUEBA
GRANULOMA	Formación de tejido de granulación en el ápice	1= SI 2= NO	Dicotómica Nominal	1-2	Ch2
QUISTE PERIAPICAL	Bolsa de tejido conectivo epitelial con contenido líquido, semilíquido o gaseoso	1= SI 2= NO	Dicotómica Nominal	1-2	Ch2
ABSCESO APICAL CRÓNICO	Acumulación de pus alrededor del ápice	1= SI 2= NO	Dicotómica Nominal	1-2	Ch2
ABSCESO APICAL AGUDO	Acumulación de material purulento en el hueso alveolar a nivel del foramen apical	1= SI 2= NO	Dicotómica Nominal	1-2	Ch2
OSTEOMIELITIS	Sobreproducción localizada de hueso apical	1= SI 2= NO	Dicotómica Nominal	1-2	Ch2

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido el paciente	Años cumplidos	Numérica continua	
GENERO	Género al que pertenece	0= No reportado 1= femenino 2= masculino	Nominal Dicotómica	0-2
PROCEDENCIA	Institución de salud a la que pertenece el paciente	0= No reportado 1= FO CIEAO 2= ISSEMYM 3= HG Caritas 4= Privada 5= DIF y CEO 6= IMSS,IMIEM e ISEM 7= Otros	Categórica	0-7
FACTORES DE RIESGO	Rasgos que aumentan la probabilidad de sufrir una patología	0= No reportado 1= Tabaquismo 2= Alcoholismo 3= Prótesis u obturación desajustada 4= Dientes fracturados 5= Diastema 6= Hábitos de succión 7= Mordisqueo 8= Trauma	Categórica	0-11

		9= Cirugía previa en la región		
		10= Extracción previa en la región		
		11= Enfermedad sistémica		

Manifestaciones Clínicas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
LOCALIZACIÓN INTRAORAL	Lugar donde se encuentra la lesión	0= No reportado 1= Mucosa labial 2= Mucosa Vestibular 3= Encía 4= Proceso alveolar 5= Trígono 6= Paladar 7= Úvula 8= Istmo fauces 9= Amígdalas 10= Piso de boca 11= Lengua 12= Otros	Categórica Nominal	0-12
LOCALIZACIÓN INTRAOSEA	Lugar donde se encuentra la lesión	0= No reportado 1= Premaxila 2= Maxila molar 3= Mandíbula anterior 4= Mandíbula molar 5= Otros	Categórica Nominal	0-5

LOCALIZACIÓN GLÁNDULA SALIVAL	Lugar donde se encuentra la lesión	0= No reportado 1= Parótida 2= Submaxilar 3= Sublingual 4= Accesorias	Categórica Nominal	0-4
REGIÓN DENTAL	Órganos dentales involucrados	0= No reportado 1= Incisiva 2= Canina 3= Premolar 4= Molar	Categórica Nominal	0-4
LOCALIZACIÓN GANGLIOS	Lugar donde se encuentra la lesión	0= No reportado 1= Occipital 2= Auricular 3= Parotídeo 4= Facial 5= Submentoniano 6= Submaxilar 7= Otros	Categórica Nominal	0-7
LOCALIZACIÓN EXTRAORAL	Lugar donde se encuentra la lesión	0= No reportado 1= Frontal 2= Orbitario 3= Nariz 4= Mejilla 5= Filtrum 6= Comisura	Categórica Nominal	0-14

		<p>7= Labio</p> <p>8= Pabellón auricular</p> <p>9= Cuello</p> <p>10= Parietal</p> <p>11= Temporal</p> <p>12= Occipital</p> <p>13= Nuca</p> <p>14= Otros</p>		
ADENOPATIAS	Estado patológico de inflamación en los ganglios linfáticos	<p>0= No reportado</p> <p>1= Única</p> <p>2= Múltiple</p> <p>3= Unilateral</p> <p>4= Bilateral</p> <p>5= Adherida</p> <p>6= Móvil</p> <p>7= Dura</p> <p>8= Blanda</p> <p>9= Supuración</p> <p>10= Contralateral</p> <p>11= Otros</p>	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	0-11
IMAGEN RADIOGRÁFICA	Técnica exploratoria para obtener una imagen sobre una placa fotográfica	<p>0= No reportado</p> <p>1= Radiolúcido</p> <p>2= Radiol. En diente</p> <p>3= Radiolúcido/radiopaco</p> <p>4= Radiol./ radio. En diente</p>	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	0-16

		5= Radiopaco 6= Radiop. En diente 7= Unilocular 8= Multilocular 9= Margen definido 10= Margen indefinido 11= Halo esclerótico 12= Expansión de corticales 13= Adelgazamiento de corticales 14= Perforación de corticales 15= En el periápice 16= Otros		
ASPIRACION	Es la succión de secreciones a través de un aditamento específico	0= No reportado 1= Pajizo 2= Amarillo 3= Granuloso 4= Grisáceo 5= Ámbar oscuro 6= Ámbar claro 7= Pegajoso 8= Sanguinolento 9= Purulento 10= Con cristales 11= Otros	Categorica Nominal	0-11
TIPOS DE LESIÓN	Carácter propio de una lesión	0= No reportado 1= Elevada	Categorica Nominal	0-4

	patológica	2= Ulcerada 3= Macula 4= Otros		
NÚMERO DE LESIÓN	Cantidad de lesiones patológicas presentes	0= No reportado 1= Única 2= Múltiple 3= Unilateral 4= Bilateral 5= Localizada 6= Generalizada 7= Otros	Categórica Nominal	0-7
CONTORNO	Forma que presenta una lesión sobre su base	0= No reportado 1= Redondo 2= Oval 3= Irregular 4= Fusiforme 5= Otros	Categórica Nominal	0-5
SUPERFICIE	Aspecto exterior de una lesión	0= No reportado 1= Lisa 2= Nodular 3= Rugosa 4= Ulcerada 5= Queratinizada 6= Erosionada 7= Necrótica 8= Otros	Categórica Nominal	0-8

BORDES	Línea que limita la lesión	0= No reportado 1= Definido 2= Indefinido 3= Indurado 4= Liso 5= Elevado	Categoría Nominal	0-5
COLOR	Carácter particular o apariencia de la lesión	0= No reportado 1= Rojo 2= Rosa 3= Blanco 4= Rojo blanco 5= Azul 6= Morado 7= Gris 8= Amarillo 9= Negro 10= Café 11= Violáceo 12= Hipo pigmentado 13= Opalescente 14= Otros	Categoría Nominal	0-14
CONSISTENCIA	Textura propia de una lesión	0= No reportado 1= Blanda 2= Elástica 3= Caseosa	Categoría Nominal	0-6

		4= Firme 5= Dura ósea 6= Otros		
BASE	Parte inferior de la lesión que forma parte de el	0= No reportado 1= Sésil 2= Pediculada 3= Otros	Catagórica Nominal	0-3
TAMAÑO	Dimensiones físicas de la lesión	Diámetro de la lesión	Numérica continua	
MOVILIDAD	Cualidad de desplazamiento de la lesión respecto a su base	0= No reportado 1= Fijo a tejido 2= Móvil 3= Fijo a planos profundos 4= Desplazable 5= Otros	Catagórica Nominal	0-5
FLUCTUACIÓN	Variación en la cualidad, tamaño o intensidad de la lesión	0= No reportado 1= Si 2= No 3= Otros	Catagórica Nominal	0-3
DOLOR	Estimulo sensorial en el cuerpo	0= No reportado 1= Constante 2= Pulsátil 3= Frio 4= Calor 5= Presión 6= Irradiado 7= Anestesia	Catagórica Nominal	0-12

		8= Parestesia 9= Prurito 10= Quemante 11= Ardor 12= Otros		
EVOLUCIÓN	Tiempo transcurrido desde la manifestación de la lesión	0= No reportado 1= Lenta 2= Rápida 3= Lenta/rápida 4= Exacerbación 5= Remisión 6= Recurrencia 7= Persistencia 8= Otros	Categórica Nominal	0-8
TEMPERATURA	Nivel térmico de un cuerpo	0= No reportado 1= Aumentada 2= Disminuida 3= Sin cambio	Categórica Nominal	0-3

CONSIDERACIONES BIÓÉTICAS.

El presente proyecto de investigación tiene la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación, para ello mantiene la privacidad de los sujetos incluidos en este estudio, respetando sus datos y haciendo uso de ellos solo con fines de investigación.

IMPLICACIONES BIOÉTICAS

Este proyecto de investigación se apegará a las Normas éticas manifestadas en la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud en su Título Quinto, Capítulo único en materia de Investigación en Seres Humanos, y a la NOM-012-SSA3-2012, según lo estipulado en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación se considera al estudio de riesgo mínimo y por tratarse de un estudio en expedientes no requiere la firma de consentimiento informado ni de su aprobación por el Comité ética de Investigación de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Cabe señalar que la información será confidencial protegiendo la privacidad de los pacientes, de acuerdo al aviso de privacidad de la Universidad Autónoma del Estado de México.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se registraron un total de 3575 biopsias de 3443 pacientes, 2365 del género femenino (66,32%) y 1201 de género masculino (33,68%), en 9 casos no se reportó género. Con un rango de 0 años a 99 años, media de 35.19, \pm 19.18, que acudieron al Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología (CIEAO) a

solicitar estudios histopatológicos. El mayor número de casos se observó entre la segunda y quinta décadas de la vida. En 9 casos no fue reportado el género para su estudio. Cuadro 1.

Cuadro 1. Distribución de las lesiones por edad según el género

	Género		
Edad	Masculino	Femenino	Total
0-9	132	152	284
10-19	270	371	641
20-29	200	387	587
30-39	164	386	550
40-49	163	444	607
50-59	144	340	484
60-69	77	180	257
70-79	46	88	134
80-100	5	17	22
Total	1201	2365	3566
%	33,68	66,32	100

Las enfermedades de los tejidos orales y maxilofaciales presentaron mayor prevalencia en el género femenino, este comportamiento ha sido referido en otros estudios (Saleh et al., 2017; Guedes et al., 2015), y es probable que se deba a un mayor uso de los servicios de salud por la mujer y a que son ellas las que llevan a sus familiares (hijos, padres y aún esposos) a los servicios de salud en general, incluyendo la atención odontológica.

Esto parece confirmarse al observar la edad de los pacientes que aun cuando fue multimodal, en las primeras seis décadas de vida, concentran el mayor número de casos, al contrastar nuestros resultados con los de otros autores, se aprecian diferencias, relacionadas con el perfil de los estudios y tipo de patologías. (Saleh et al., 2017; Irani et al., 2016).

Como era de esperarse la mayoría de los pacientes son originarios del Estado de

México, un número menor de pacientes provienen de otros estados, es probable que hayan emigrado al Estado de México, mientras que el número de pacientes originarios de estados colindantes, fue bajo aunque no se reportó el municipio de origen seguramente se trata de comunidades cercanas a la ciudad de Toluca y de más fácil acceso a los servicios de salud que a los propios de su estado. En 575 casos (16,08%) no se reportó el lugar de origen de los pacientes. Cuadro 2.

El lugar de origen de los pacientes es importante ya que esta información es de utilidad para la planeación de la infraestructura de los servicios de salud

Cuadro 2. Distribución de las lesiones por lugar de origen según edad

Lugar de origen	Edad									Total	%
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-100		
Estado de México	218	503	479	449	507	361	197	100	17	2831	94,37
Guerrero	1	1	9	2	2	10	0	3	1	29	0,97

Michoacán	3	2	2	2	0	11	4	2	0	26	0,87
Veracruz	2	1	0	1	5	3	2	3	0	17	0,57
Morelos	0	3	3	1	3	2	3	1	0	16	0,53
Puebla	0	2	1	3	0	4	1	0	0	11	0,37
Pachuca	0	0	2	0	1	3	2	1	0	9	0,30
Jalisco	0	0	3	0	0	3	1	0	0	7	0,23
Guanajuato	0	0	1	1	2	1	1	1	0	7	0,23
Oaxaca	0	0	3	0	1	2	1	0	0	7	0,23
Nayarit	0	1	0	1	0	3	0	0	0	5	0,17
Guadalajara	0	0	0	0	0	1	3	1	0	5	0,17
Extranjeros	0	1	0	0	0	2	1	1	0	5	0,17
San Luis Potosí	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0,13
Aguascalientes	0	0	2	0	1	1	0	0	0	4	0,13
Chiapas	0	1	1	0	0	1	1	0	0	4	0,13
Tabasco	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	0,10
Yucatán	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,07
Sonora	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0,07
Tampico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,03
Sinaloa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,03
Baja California	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,03
Zacatecas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,03
Durango	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,03
Tlaxcala	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,03
Total	225	515	507	460	526	412	220	116	19	3000	100

En el laboratorio de patología Bucal del Centro de Investigación de Estudios Avanzados en Odontología (CIEAO) se reciben biopsias de la Facultad de Odontología, de centros hospitalarios del ISEMYN, ISSSTE, DIFEM y de la Secretaria de Salud, también de consultorios privados del área de influencia del Facultad de Odontología, se recibieron 3575 biopsias de 3443 pacientes, registrando 237 diagnósticos diferentes durante un periodo de 14 años (2003-2017).

Los pacientes provienen en su mayoría de la Facultad de Odontología de la UAEM y de instituciones de salud pública, correspondiendo a estudios solicitados por especialistas de práctica privada el menor porcentaje. En 352 casos (9,84%) no se reportó la institución de origen del paciente. Cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución de las lesiones por institución responsable según edad

Institución responsable	Edad									Total	%
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-100		
ISEMMYM	66	267	200	180	169	140	75	31	4	1132	35,12
Facultad de Odontología UAEM	42	95	162	128	153	127	62	52	5	826	25,63
Institución no identificada	50	58	61	82	89	53	37	18	5	453	14,06
CEO	65	79	23	33	33	25	10	7	3	278	8,63
Hospital General	12	48	36	46	34	37	18	7	1	239	7,42
Privada	13	16	11	14	33	17	7	4	1	116	3,60
IMSS	4	4	21	9	16	15	7	5	0	81	2,51
DIFEM	3	14	7	10	15	10	5	2	0	66	2,05
ISEM	4	8	5	5	2	3	0	1	0	28	0,87
IUEM	0	0	2	1	0	0	1	0	0	4	0,12
Total	259	589	528	508	544	427	222	127	19	3223	100

A pesar que el laboratorio se encuentra en instalaciones de la Facultad de Odontología, el número de biopsias recibidas por instituciones de servicio público de salud del área de influencia de la Facultad, que en conjunto alcanzan un alto 82.34%; mientras que las biopsias de consulta privada son las menos frecuentes, en un 14,06% los clínicos no registraron la institución de origen de los pacientes.

Para fines de este reporte estadístico se decidió agrupar los diagnósticos de acuerdo a la naturaleza de las lesiones.

Las lesiones reactivas de tejidos blandos se distribuyeron en todos los grupos de edad siendo menos frecuentes en la octava y decima décadas de la vida; una situación similar se nota en las lesiones infecciosas de tejidos blandos, mientras que los quistes y tumores odontogénicos presentan alta prevalencia en las primeras décadas de la vida.

Las neoplasias benignas afectaron a los pacientes de todos los grupos de edad, registrándose en la quinta y sexta décadas de la vida el mayor número de casos.

Las lesiones infecciosas intraóseas muestran una distribución homogénea con dos picos en la cuarta y quinta décadas de la vida.

En tanto que las lesiones reactivas de glándulas salivales afectaron a pacientes de las tres primeras décadas de la vida; las lesiones del desarrollo se detectaron principalmente en pacientes entre la primera y la segunda década de la vida; mientras que las lesiones formadoras de tejido calcificado, muestran dos picos en la segunda y cuarta décadas de la vida; el porcentaje de neoplasia malignas fue bajo, se registraron casos en todos los grupos de edad con dos picos en la quinta y sexta décadas de la vida; los quistes del desarrollo se observaron en todos los grupos de edad con una frecuencia baja; el porcentaje del resto de los grupos de lesiones según su naturaleza fue bajo, en 9 casos el tejido enviado fue insuficiente para determinar el diagnóstico. Cuadro 4.

Cuadro 4. Distribución de las lesiones por naturaleza según edad

Naturaleza de la lesión	Edad por Décadas									Total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Lesiones reactivas de tejidos blandos	82	108	131	163	209	180	114	52	7	1046	29,33
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	31	57	90	125	131	108	51	32	2	627	17,58

Quistes y tumores odontogénicos	35	131	99	65	38	17	14	2	0	401	11,25
Lesiones infecciosas intraóseas	27	38	39	57	66	48	14	11	3	303	8,50
Neoplasias benignas	17	37	29	31	56	50	20	9	2	251	7,04
Lesiones reactivas de glándulas salivales	62	82	45	31	11	5	5	1	0	242	6,79
Lesiones de desarrollo de origen dental	8	130	56	9	2	1	0	0	0	206	5,78
Lesiones pigmentadas	10	14	57	28	38	36	7	2	0	192	5,38
Lesiones fibroósas	3	23	18	14	14	6	6	3	1	88	2,47
Neoplasias malignas	3	5	6	10	12	11	5	11	4	67	1,88
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	1	8	5	6	8	3	6	0	0	37	1,04
Lesiones premalignas	1	1	1	4	6	3	8	4	2	30	0,84
Lesiones idiopáticas	2	4	2	1	5	3	3	3	0	23	0,64
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	0	1	3	1	3	8	2	0	1	19	0,53
Lesiones vasculares	1	0	1	4	1	2	3	2	0	14	0,39
Tumores de glándulas salivales	1	0	2	4	2	2	0	1	0	12	0,34
Quistes de los maxilares	1	2	0	0	2	0	0	0	0	5	0,14
Lesiones infecciosas de ganglios	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3	0,08
Total								13		356	100
	285	638	585	550	602	482	258	4	22	6	

Las lesiones reactivas son una respuesta de los tejidos ante un trauma o un agente irritante agudo o crónico. Asimismo, la presencia de las diversas alteraciones reactivas puede variar de acuerdo con el estilo de vida y hábitos de los pacientes (Dutra et al., 2019).

Las lesiones reactivas, traumáticas; reactivas de glándulas salivales, infecciosas, del desarrollo, se observaron en todos los grupos de edad, pero con más frecuencia en las tres primeras décadas, en una revisión de la literatura, Riobo *et al* (2005) refieren que las alteraciones más frecuentes en niños y adolescentes son las del desarrollo, las reactivas, las traumáticas y las infecciosas, además, los

quistes odontogénicos también son alteraciones frecuentes en niños y adolescentes. (Salgado et al., 2018) en tanto que los tumores odontogénicos afectan jóvenes y adultos (Salgado et al., 2018)

La naturaleza de la enfermedad tiene relevancia en el ámbito de estudio, dada la estrecha relación que tiene su comportamiento con los rasgos propios del paciente, las diferentes características clínicas, factores de riesgo, la localización, etc., siendo determinantes para el clínico, asociando tanto características de la lesión como las del paciente, todo para evitar que el estudio de dichas lesiones sea arduo y tener una válida clasificación.

Las mujeres resultaron más afectadas con una relación por género de 2:1. En 11 casos se reportó tejido insuficiente y en 9 casos no se reportó género. Cuadro 5.

Cuadro 5. Distribución de las lesiones por naturaleza según género

Naturaleza de la lesión	Género		Total	%
	Masculino	Femenino		
Lesiones reactivas de tejidos blandos	291	750	1041	29,20
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	193	431	624	17,50
Quistes y tumores odontogénicos	172	228	400	11,22
Lesiones infecciosas intraóseas	111	192	303	8,50
Neoplasias benignas	86	165	251	7,04
Lesiones reactivas de glándulas salivales	104	138	242	6,79
Lesiones de desarrollo de origen dental	87	119	206	5,78
Lesiones pigmentadas	51	141	192	5,39
Lesiones fibroósas	22	66	88	2,47
Neoplasias malignas	27	40	67	1,88
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	18	19	37	1,04
Lesiones premalignas	12	18	30	0,84
Lesiones idiopáticas	8	15	23	0,65
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	6	13	19	0,53
Lesiones vasculares	5	9	14	0,39
Tumores de glándulas salivales	3	9	12	0,34
Tejidos propios de la región	1	7	8	0,22
Quistes de los maxilares	0	5	5	0,14
Lesiones infecciosas de ganglios	1	2	3	0,08
Total	1196	2359	3565	100

El número de lesiones en el género femenino se debe a la cantidad de biopsias enviadas, para su diagnóstico las lesiones reactivas de tejidos blandos y de

glándulas salivales, las lesiones del desarrollo de origen dental, (Ruales et al., 2016).

las lesiones pigmentadas, las lesiones infecciosas en tejidos blandos e intraóseas, los quistes del desarrollo, los quistes y tumores odontogénicos, las lesiones vasculares, los quistes de los maxilares, no presentan predilección por género, sin embargo la frecuencia en lo particular de algunos grupos de lesiones por naturaleza, como las enfermedades autoinmunes (Manookin et al., 2013) y dermatológicas, (Bansal et al., 2019) los tumores de glándulas salivales benignos y malignos (Lawal et al., 2013) afectan con más frecuencias a las mujeres, en tanto que en el grupo de las neoplasias malignas dependiendo del tipo de lesión pueden notarse en uno u otro género. (Tavares et al., 2016)

FACTORES DE RIESGO.

La etiología de la patología bucal es multifactorial; existen factores que predisponen al individuo a sufrir ciertas patologías al exponerse a agentes biológicos, químicos y físicos; tanto la epidemiología como los estudios de casos proporcionan datos relacionados con las posibles causas y las condiciones inherentes al ser humano que participan en el desarrollo de las alteraciones de los tejidos del aparato estomatognático (Chávez et al., 2013; Gonzáles et al., 2010).

Se considera a la ocupación como un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones reactivas y traumáticas, (Toum et al., 2018) en los resultados de este estudio no se identificó asociación entre la ocupación y lesión, las lesiones reactivas de tejidos blandos son las más frecuentes independientemente del tipo de ocupación. Seguida en frecuencia por las lesiones infecciosas de tejidos blandos, con las actividades del hogar (amas de casa) y en pacientes que reportaron como ocupación diferentes oficios, estos hallazgos en realidad son fortuitos y no participan en la etiopatogenia de las lesiones. Mientras que las lesiones de desarrollo de origen dental, los quistes y tumores odontogénicos se presentaron en estudiantes, probablemente más relacionado con el grupo de edad; en el cual con mayor frecuencia se realizan estos diagnósticos, usualmente debido

a la extracción de dientes por fines ortodóncicos. (Tambuwalla et al, 2015; Salgado et al., 2018) En 591 casos no se reportó ocupación. Cuadro 6.

Cuadro 6. Distribución de las lesiones por naturaleza de la lesión según ocupación

Naturaleza de la lesión	Ocupación						Total	%
	Oficio	Ama de casa	Técnico	Profesionalista	Jubilado	Estudiante		
Lesiones reactivas de tejidos blandos	248	277	0	113	24	189	851	28,52
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	161	175	1	66	10	119	532	17,83
Quistes y tumores odontogénicos	69	55	0	44	5	172	345	11,56
Lesiones infecciosas intraóseas	65	61	0	43	6	78	253	8,48
Neoplasias benignas	55	57	1	27	5	58	203	6,80
Lesiones reactivas de glándulas salivales	25	25	0	20	1	131	202	6,77
Lesiones de desarrollo de origen dental	26	16	0	17	0	125	184	6,17
Lesiones pigmentadas	36	55	0	20	5	56	172	5,76
Lesiones fibroósas	16	23	0	5	2	28	74	2,48
Neoplasias malignas	17	19	0	8	3	9	56	1,88
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	7	7	0	4	0	7	25	0,84
Lesiones premalignas	6	10	0	4	1	2	23	0,77
Lesiones idiopáticas	2	6	0	2	0	4	14	0,47
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	5	4	0	1	2	2	14	0,47
Lesiones vasculares	5	3	0	1	0	3	12	0,40
Tumores de glándulas salivales	5	3	0	2	0	1	11	0,37
Tejidos propios de la región	1	1	0	0	0	5	7	0,23
Quistes de los maxilares	0	2	0	0	0	2	4	0,13
Lesiones infecciosas de ganglios	1	1	0	0	0	0	2	0,07
Total	748	797	2	375	64	990	2984	100

Entre los factores de riesgo reportados, por orden decreciente de frecuencia; el mordisqueo fue el más común (26.15%), seguido por el tabaquismo (13.01%) y el trauma (11.35%); el resto de los factores de riesgo reportados, alcanzaron un porcentaje menor al 10%. La presencia de factores de riesgo fue reportada con

mayor frecuencia en pacientes entre la quinta y sexta décadas de la vida. En 2015 estudios no se refirieron factores de riesgo, no es posible descartar la ausencia de factores que puedan participar en la etiología de estas lesiones, o si fueron omitidos por los clínicos por alguna razón. En 1883 estudios no se reportó factores de riesgo. Cuadro 7.

Cuadro 7. Distribución de las lesiones por factores de riesgo y edad

Factores de riesgo	Edad									Total	%
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-100		
Mordisqueo	43	62	48	64	86	67	23	15	0	408	26,15
Tabaquismo	2	12	39	45	38	40	20	7	0	203	13,01
Trauma	24	28	22	30	29	26	12	5	1	177	11,35
Cirugía previa en la región	10	22	23	23	17	23	10	3	1	132	8,46
Prótesis parcial desajustada	3	8	3	18	24	28	19	14	1	118	7,56
Dientes fracturados	5	5	17	10	30	15	14	10	3	109	6,99
Extracción previa en la región	7	12	19	15	22	15	12	4	1	107	6,86
Prótesis total desajustada	3	4	1	3	6	19	26	11	4	77	4,94
Diastema	3	8	12	9	23	12	6	3	1	77	4,94
Alcoholismo	1	2	16	19	5	11	6	4	0	64	4,10
Obturación desajustada	0	2	4	9	8	10	10	1	1	45	2,88
Succión	6	11	3	9	2	6	6	0	0	43	2,76
Total	107	176	207	254	290	272	164	77	13	1560	100
%	6.86	11.28	13.27	16.28	18.59	17.44	10.51	4.94	0.83	100	

Es posible que la información referida por el clínico sobre factores de riesgo en el género femenino se asocie con el número de estudios practicados en las mujeres. Entre los más citados se encuentran los relacionados con agentes físicos traumáticos y mecánicos, mientras que el tabaquismo se observó más en varones.

En 1883 estudios no se reportó factores de riesgo. Cuadro 8.

Cuadro 8. Distribución de las lesiones por factores de riesgo según género

Factores de riesgo	Género		Total	%
	Masculino	Femenino		
Mordisqueo	128	276	408	26,15
Tabaquismo	119	84	203	13,01
Trauma	67	109	177	11,35
Cirugía previa en la región	46	86	132	8,46
Prótesis parcial desajustada	31	87	118	7,56
Dientes fracturados	42	67	109	6,99
Extracción previa en la región	39	68	107	6,86
Prótesis total desajustada	19	57	77	4,94
Diastema	22	55	77	4,94
Alcoholismo	39	25	64	4,10
Obturación desajustada	12	33	45	2,88
Succión	16	27	43	2,76
Total	580	974	1560	100

De acuerdo a la naturaleza de las lesiones, los factores de riesgo reportados por los clínicos se asociaron principalmente con lesiones reactivas de tejidos blandos entre ellos el mordisqueo, el trauma por agentes mecánicos y por obturaciones y prótesis desajustadas; una situación similar se observa en el resto de las patologías diagnosticadas, no obstante, en un número menor. El tabaquismo y el alcoholismo se reportó en pacientes con lesiones premalignas y en neoplasias malignas, aunque en un número muy bajo.

Los tejidos de la cavidad oral están expuestos a factores físicos, químicos, mecánicos e infecciosos, estos factores pueden participar como iniciadores de cambios en el ADN celular o bien como promotores de la proliferación celular, en el

caso de las lesiones premalignas y malignas. Su presencia en el resto de las patologías diagnosticadas puede ser fortuita y no necesariamente relacionada con la etiología de ellas. La historia de cirugía o extracción previa en la región, se relaciona con la formación de tejido cicatrizal, lesiones infecciosas o reactivas. En 8 casos el reporte histopatológico fue de tejido normal y en 11 casos el tejido enviado fue insuficiente para determinar el diagnóstico. Cuadro 9.

Cuadro 9. Distribución de las lesiones por naturaleza de la lesión según factores de riesgo

Naturaleza de la lesión	Factores de riesgo												Total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Lesiones reactivas de tejidos blandos	13	59	47	32	29	14	185	71	15	60	31	26	1046	29,30
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	6	20	10	18	12	5	76	20	19	38	11	13	627	17,56
Quistes y tumores odontogénicos	4	8	5	13	10	3	8	9	3	15	21	26	401	11,23
Lesiones infecciosas intraóseas	7	12	2	19	8	1	17	13	4	14	20	26	303	8,49
Neoplasias benignas	4	8	3	9	3	0	29	15	7	15	13	4	251	7,03
Lesiones reactivas de glándulas salivales	1	4	2	5	3	13	68	30	2	5	6	1	242	6,78
Lesiones de desarrollo de origen dental	0	1	0	2	0	4	2	4	2	2	3	1	206	5,77
Lesiones pigmentadas	1	3	1	3	6	1	6	5	3	22	6	3	192	5,38
Lesiones fibroósas	2	0	0	3	4	0	4	2	2	6	10	3	88	2,46
Neoplasias malignas	2	3	0	3	1	1	7	4	1	6	4	1	63	1,76
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	2	0	0	0	0	0	0	1	2	10	2	0	37	1,04
Lesiones premalignas	0	0	5	0	1	0	4	1	1	2	3	0	30	0,84
Lesiones idiopáticas	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	2	23	0,64
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	0	0	1	1	0	1	1	0	1	3	0	0	19	0,53
Lesiones vasculares	1	0	1	0	1	0	1	2	1	0	0	1	14	0,39
Tumores de glándulas salivales	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	12	0,34
Tejidos propios de la región	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0,22
Quistes de los maxilares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5	0,14
Lesiones infecciosas de	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,08

ganglios																
Total	45	118	77	108	77	43	408	177	64	203	132	107	3570	100		

1. Obturación desajustada. 2. Prótesis parcial desajustada. 3. Prótesis total desajustada.
 4. Dientes fracturados. 5. Diastema. 6. Succión. 7. Mordisqueo. 8. Trauma. 9. Alcoholismo.
 10. Tabaquismo. 11. Cirugía previa. 12. Extracción previa.

Las enfermedades sistémicas más comunes en los pacientes fueron diabetes e hipertensión arterial, de forma aislada o combinada. Particularmente en pacientes con lesiones reactivas e infecciosas de tejidos blandos, en general las enfermedades sistémicas referidas por el clínico no necesariamente predisponen al desarrollo de lesiones orales. En 3364 casos no se reportó enfermedad sistémica. Cuadro 10.

Cuadro 10. Distribución de las lesiones por naturaleza de la lesión según enfermedad sistémica

Enfermedad sistémica	Naturaleza de la lesión														Total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Diabetes	35	2	16	5	2	0	1	0	0	3	1	6	1	1	73	34,60
Hipertensión	27	2	14	5	0	1	0	1	0	2	0	7	3	10	72	34,12
Diabetes e hipertensión	17	0	5	4	0	0	0	0	0	2	1	2	1	0	32	15,17
Artritis reumatoide	4	0	6	0	0	1	1	0	0	0	0	3	0	0	15	7,11
Hipotensión	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1,42
Cardiopatías	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,42
Osteoporosis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0,95
Osteoartritis	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0,95
Anemia	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,95
Hipotiroidismo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,95
Epilepsia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,47
Síndrome de Sjögren	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,47
Insuficiencia renal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,47
Asma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,47
Enfermedades gastrointestinales	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,47
Total	92	4	45	16	2	2	2	1	1	8	2	19	5	12	211	100

* 1. Reactivas de tejidos blandos. 2. Reactivas de glándulas salivales. 3. Infecciosas de tejidos blandos. 4. Infecciosas intraóseas. 5. Fibroóseas. 6. Premalignas. 7. Autoinmunes y dermatológicas. 8. Vasculares. 9. Tumores de

glándulas salivales. 10. Quistes y tumores odontogénicos. 11. Neoplasias malignas. 12. Neoplasias benignas. 13. Lesiones idiopáticas. 14. Pigmentadas

Aunque algunas enfermedades sistémicas se asocian con padecimientos bucales, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, relacionadas con enfermedad periodontal, (Toum et al., 2018) en este estudio no se evaluó el diagnóstico histopatológico, de lesiones de los tejidos de sostén de los dientes, ya que por lo general se establece clínicamente. La presencia de lesiones en boca como manifestación de enfermedades sistémicas incluso antes de que se presenten en el organismo, entre ellas, las lesiones ampollares, enfermedades con fondo inmunológico (Manookin et al., 2013) o bien lesiones debidas a efectos colaterales por medicamentos, (Toum et al., 2018) ha sido ampliamente estudiada en este reporte la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y la artritis reumatoide fueron las entidades patológicas más comúnmente detectadas en los pacientes, no es posible relacionar las lesiones orales con el tipo y naturaleza de la enfermedad sistémica, aun cuando Alves *et al.*, (2015), refirió una prevalencia 80% de lesiones en la mucosa oral en pacientes diabéticos.

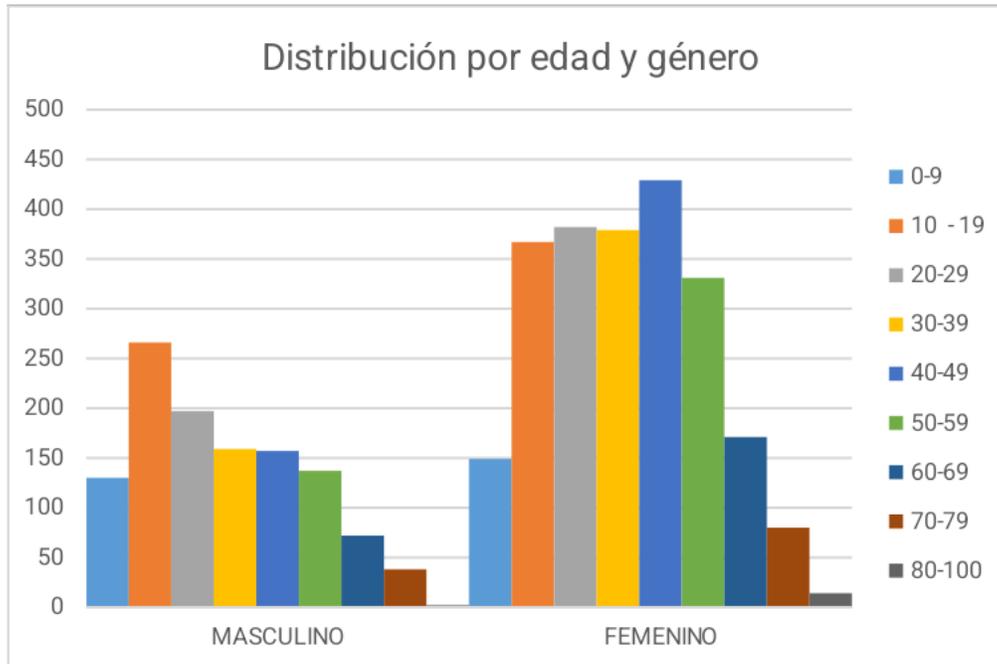
El análisis de las lesiones de acuerdo a su naturaleza por género, demuestra que aproximadamente el doble de los reportes que corresponde a lesiones de naturaleza benigna, se realizaron en mujeres, predominando las lesiones reactivas de tejidos blandos y de glándulas salivales en ambos géneros, distribuidas en todos los grupos de edad, un comportamiento similar, aunque con una frecuencia menor, se nota en las lesiones infecciosas de tejidos blandos e intraóseas, en las neoplasias benignas, en las lesiones pigmentadas y en las lesiones fibroóseas, siendo estas más frecuentes en el género femenino, mientras que los quistes y tumores odontogénicos fueron detectados preferentemente en las primeras décadas de vida el resto de las patologías en general presenta frecuencias bajas. Cuadro 11, Gráfica 1.

Cuadro 11. Distribución de lesiones benignas según edad y género

Género	Edad	lesiones benignas																Total	%
		reactivas de tejidos blandos	reactivas de glándulas	infecciosas de tejidos blandos	infecciosas intraóseas	fibroóseas	de desarrollo de origen dental	autoinmunes y dermatológicas	vasculares	Quiistes y tumores odontogénicos	Quiistes de los maxilares	Tumores de glándulas	Neoplasias benignas	Quiistes del desarrollo de tejidos blandos	idiopáticas	pigmentadas	infecciosas de ganglios		
Masculino	0-9	37	26	14	14	0	6	0	0	19	0	0	7	1	1	5	0	130	11,23
	10-19	40	36	17	18	7	60	0	0	64	0	0	13	4	1	6	0	266	22,97
	20-29	37	20	36	17	3	19	1	1	36	0	0	10	3	0	14	0	197	17,01
	30-39	45	16	38	17	3	1	1	1	20	0	2	7	3	0	5	0	159	13,73
	40-49	44	1	38	23	4	0	1	0	14	0	1	19	3	2	7	0	157	13,56
	50-59	47	3	28	14	2	1	1	1	10	0	0	19	1	2	8	0	137	11,83
	60-69	24	2	15	5	2	0	1	1	7	0	0	7	3	1	4	0	72	6,22
	70-79	17	0	7	2	1	0	0	1	2	0	0	4	0	1	2	1	38	3,28
	80-100	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,17
	Total	291	104	193	111	22	87	6	5	172	0	3	86	18	8	51	1	1158	100
Femenino	0-9	44	36	16	13	3	2	0	1	16	1	1	10	0	1	5	0	149	6,47
	10-19	67	46	39	20	16	70	1	0	67	2	0	24	4	3	8	0	367	15,94
	20-29	94	25	54	22	15	37	2	0	63	0	2	19	2	2	43	2	382	16,59
	30-39	118	15	87	40	11	8	0	3	44	0	2	24	3	1	23	0	379	16,46
	40-49	165	10	93	43	10	2	2	1	24	2	1	37	5	3	31	0	429	18,64
	50-59	132	2	80	34	4	0	7	1	7	0	2	31	2	1	28	0	331	14,38
	60-69	89	3	35	9	4	0	1	2	7	0	0	13	3	2	3	0	171	7,43
	70-79	34	1	25	9	2	0	0	1	0	0	1	5	0	2	0	0	80	3,48
	80-100	7	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	14	0,61
	Total	750	138	431	192	66	119	13	9	228	5	9	165	19	1	14	2	230	100

																5	1		2	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	---	--

Gráfica 1. Distribución de Lesiones Benignas por edad y género



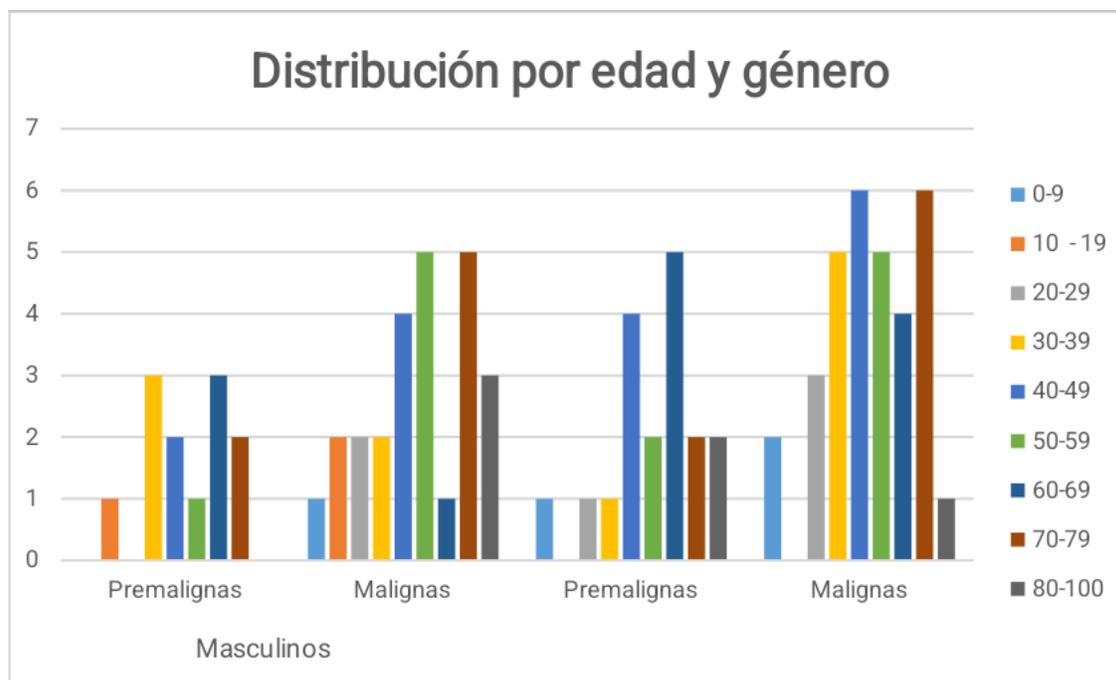
Fuente. Cuadro 11

El 10% de las patologías diagnosticadas corresponde a lesiones premalignas y neoplasias malignas, se observaron casos en todos los grupos de edad y en ambos géneros, no se detectó preferencia por algún género. Cuadro 12, Grafica 2.

Cuadro 12. Distribución de lesiones malignas y premalignas según género

Género	Edad	Neoplasias malignas y premalignas		Total
		Lesiones premalignas	Neoplasias malignas	
Masculino	0-9	0	1	1
	10-19	1	2	3
	20-29	0	3	3
	30-39	3	2	5
	40-49	2	5	7
	50-59	1	5	6
	60-69	3	1	4
	70-79	2	5	7
	80-100	0	3	3
	Subtotal		12	27
Femenino	0-9	1	3	4
	10-19	0	0	0
	20-29	1	4	5
	30-39	1	6	7
	40-49	4	8	12
	50-59	2	7	9
	60-69	5	5	10
	70-79	2	6	8
	80-100	2	1	3
	Subtotal		18	40
Total		30	67	97

Grafica 2. Distribución de Lesiones Malignas y Premalignas según edad y género



Fuente. Cuadro 12

Las neoplasias malignas tienen una frecuencia menor, se presentan en niños y en adultos mayores, en el primer caso cuando el sistema inmunológico aún no está maduro y en el segundo por el declive del mismo, en niños y adolescentes son más frecuentes los tumores mesenquimatosos malignos (Sarcomas) (Chidzonga, 2006) y del sistema reticuloendotelial (histiocitosis, leucemias); (Luz et al., 2018) en tanto que en el adulto mayor el carcinoma es más prevalente. Tanto las lesiones premalignas como el carcinoma escamoso actualmente aparecen a más temprana edad y en ambos géneros debido a la adquisición precoz de hábitos nocivos.

Solo en 20 formatos de solicitud de biopsia se registró la presencia de ganglios, los ganglios parotídeos estuvieron involucrados con mayor frecuencia, al analizar la naturaleza de las lesiones con la presencia de ganglios no se observó una

correlación entre ellos, por lo que es factible que se trate de un hallazgo fortuito. En 11 casos no se registraron los ganglios Cuadro 13.

Cuadro 13. Frecuencia de ganglios linfáticos

Ganglios	Frecuencia
Parotídeo	8
Submaxilar	7
Occipital	2
Auricular posterior	1
Submentoniano	1
Auricular anterior y parotídeo	1
Total	20

La patología de las glándulas salivales involucro glándulas mayores y accesorias, siendo estas últimas las más afectadas por lesiones reactivas y traumáticas, se reportan tres casos de enfermedades autoinmunes, (las glándulas accesorias labiales son utilizadas para establecer el diagnóstico de síndrome de Sjögren). (Lawal et al., 2013)

En tanto que en las glándulas salivales mayores prevalecieron las neoplasias benignas. En 69 casos los clínicos no registraron la glándula salival afectada. Cuadro 14.

Cuadro 14. Distribución de las lesiones por naturaleza de la lesión según glándulas salivales

Naturaleza de la lesión	Glándulas salivales			Total
	Parotí da	Submaxil ar	Accesoria s	
Lesiones reactivas de glándulas salivales	3	7	152	162
Neoplasias benignas	6	1	10	17
Enfermedades autoinmunes	0	0	3	3
Neoplasias malignas	6	0	1	7
Total	18	8	166	192
%	9,38	4,17	86,46	100

De acuerdo a estudios de alteraciones en las glándulas salivales, la frecuencia de lesiones de origen traumático y neoplásico son similares a lo observado en este reporte. (Zamzami et al., 2019)

La localización extraoral incluye lesiones de diferente naturaleza en tejidos subcutáneos, piel de cara y cuello, con una distribución heterogénea, prevalecen las lesiones pigmentadas e infecciosas en los tejidos superficiales y las neoplasias en los tejidos profundos. En 3205 casos no se registró la localización extraoral. Cuadro 15.

Cuadro 15. Distribución de las lesiones por naturaleza de la lesión según localización extraoral

Naturaleza de la lesión	Localización extraoral																Total
	Frontal	Supraorbitario	Infraorbitario	Nariz	Mejilla	Filtrum	Comisura	Labio superior	Labio inferior	Pabellón auricular	Cuello	Parietal	Temporal	Occipital	Nuca	Mentón	
Lesiones pigmentadas	15	9	14	31	22	2	2	16	4	3	41	0	0	0	9	7	175
Neoplasias benignas	5	9	0	10	15	0	2	0	3	5	35	2	4	1	2	0	93
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	1	2	1	2	6	0	7	9	5	1	8	0	1	1	0	1	45
Lesiones reactivas de tejidos blandos	2	0	2	1	2	1	2	2	5	0	1	0	0	0	0	1	19
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	0	2	2	0	10	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	18
Neoplasias malignas	0	0	2	1	0	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	9
Lesiones vasculares	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	5
Lesiones idiopáticas	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Enfermedades	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

autoinmunes y dermatológicas																	
Total	26	22	21	46	57	3	13	29	20	13	89	3	6	2	11	9	370
%	7,0 3	5,9 5	5,6 8	12,43	15,41	0,8 1	3,5 1	7,8 4	5,41	3,51	24,0 5	0,8 1	1,6 2	0,5 4	2,97	2,43	100

Las lesiones con localización en los tejidos de piel y subcutáneos de cara y cuello, corresponden a patología detectada en estas estructuras en reportes previos. (Bansal et al., 2019)

En los tejidos bucales se localizó el mayor número de alteraciones, las lesiones reactivas de tejidos blandos fueron las más frecuentes en general los sitios más afectados son aquellos más expuestos a irritación o trauma. En 1359 casos no se reportó localización intraoral. Cuadro 16.

Cuadro 16. Distribución de las lesiones por naturaleza de la lesión según localización intraoral

Naturaleza de la lesión	Localización Intraoral													Total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Lesiones reactivas de tejidos blandos	53	175	264	42	160	38	9	30	4	0	1	4	182	962	43,41
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	26	57	78	5	56	12	71	12	11	1	2	3	189	523	23,60
Lesiones reactivas de glándulas salivales	5	175	9	2	1	1	0	1	0	0	0	12	21	227	10,24
Neoplasias benignas	17	36	27	4	20	8	0	6	3	0	0	0	25	146	6,59
Lesiones infecciosas intraóseas	2	3	7	0	43	12	2	5	1	0	0	1	3	79	3,56
Lesiones fibroóseas	0	2	4	1	30	6	0	5	0	0	0	0	0	48	2,17
Quistes y tumores odontogénicos	0	4	3	2	19	6	1	2	0	1	0	0	3	41	1,85
Neoplasias malignas	2	5	4	0	10	9	0	1	0	0	0	3	6	40	1,81
Lesiones pigmentadas	0	4	4	1	11	3	0	2	0	0	0	0	5	30	1,35
Lesiones premalignas	2	1	9	3	3	1	3	1	0	0	0	0	5	28	1,26
Lesiones de desarrollo de origen dental	0	7	7	1	2	3	0	2	0	0	0	0	3	25	1,13
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	0	6	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	6	16	0,72
Lesiones idiopáticas	1	6	3	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	16	0,72
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	2	2	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2	11	0,50
Lesiones vasculares	2	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	9	0,41
Tumores de glándulas salivales	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	8	0,36
Tejidos propios de la región	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	6	0,27
Lesiones infecciosas de ganglios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,05
Total	114	489	422	63	364	101	87	70	19	2	4	23	458	2216	100

1. Mucosa labial superior. 2. Mucosa labial inferior. 3. Mucosa vestibular 4. Surco

vestibular. 5. Encía adherida. 6. Proceso alveolar. 7. Trígono. 8. Paladar duro. 9. Paladar blando. 10. Úvula. 11. Istmo de las fauces. 12. Piso de boca. 13. Lengua.

En el caso de las lesiones localizadas en encías y en las lesiones originadas en los tejidos óseos de los maxilares, se solicitó el registro de la región dental. De acuerdo a la naturaleza de la lesión, los quistes y tumores odontogénicos, lesiones infecciosas intraóseas y de tejidos blandos, las lesiones fibroóseas, fueron los más frecuentes. En esta localización también se detectaron neoplasias benignas y lesiones premalignas, entre otras. En 2554 casos no se reportó región dental. Cuadro 17.

Cuadro 17. Distribución de las lesiones por naturaleza de la lesión según región dental

Naturaleza de la lesión	Región							Total
	Región incisiva	Región canina	Región premolar	Región molar	Región incisiva y canina	Región canina y premolar	Región incisiva, canina, premolar y molar	
Quistes y tumores odontogénicos	51	32	30	189	20	19	11	352
Lesiones infecciosas intraóseas	97	21	39	58	15	16	2	248
Lesiones reactivas de tejidos blandos	56	8	20	44	14	19	5	166
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	21	10	9	93	8	3	3	147
Lesiones fibroóseas	11	5	12	17	3	7	4	59
Lesiones premalignas	1	0	2	3	0	0	1	7
Lesione idiopática	3	0	1	2	1	0	0	7
Total	247	82	117	413	65	69	28	1021

%	24,19	8,03	11,46	40,45	6,37	6,76	2,74	100
---	-------	------	-------	-------	------	------	------	-----

Irani, 2016, señala que las principales áreas de toma de biopsia en la cavidad bucal son: encía, maxilar superior, maxilar inferior, lengua, labio inferior, mucosa y paladar duro, similar a lo notado en este estudio.

En el Cuadro 18 se observan los diagnósticos obtenidos de los estudios realizados en orden decreciente de frecuencia.

Cuadro 18. Distribución de las lesiones por diagnóstico según su frecuencia.

Diagnóstico	Frecuencia	
Verruga vulgar	340	
Mucocele	199	
Granuloma piógeno	176	
Quiste dentígero	176	
Saco folicular	174	
Granuloma periapical	173	
Fibroma de células gigantes	163	
Hiperplasia fibrosa epitelial	162	
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	158	
Hiperplasia fibrosa	141	
Nevo intradérmico	139	
Condiloma acuminado	119	
Hiperplasia epitelial focal	85	
Pericoronitis	74	
Granuloma de células gigantes	61	
Queratoquiste	58	
Quiste periapical	53	
Proceso inflamatorio inespecífico	50	
Hemangioma	41	
Hiperplasia epitelial	32	
Fibroma blando	31	
Hamartoma Folicular	30	
Hematoma en resolución	29	
Nevo compuesto	29	
Odontoma complejo	27	
Displasia epitelial	27	
Saco folicular hiperplásico	26	
Carcinoma espinocelular	26	
Osteofibroma	25	
Fibroma cementificante	19	
Lipoma	17	
Granuloma dental	17	
Odontoma compuesto	17	
Quiste de Blandin-Nuhn	16	
Tejido de granulación	15	
Quiste odontogénico calcificante	15	
Quiste epidermoide	14	
Tejido cicatrizal	14	
Neuroma	13	
Fibroma osificante	13	
Coágulo en resolución	12	
Granuloma piógeno esclerosante	12	
Fibroma cemento osificante	12	
Fibrolipoma	12	
Adenoma pleomorfo	11	
Osteoma	11	
Tejido insuficiente y falta de fijación	11	
Proceso inflamatorio subagudo	10	
Osteomielitis	15	
Crónica		9
Esclerosante		4
Supurativa crónica	2	
Quiste residual	10	
Nevo sebáceo	10	
Sialoadenitis	10	
Ránula	10	
Leiomioma	10	
Tatuaje	9	
Tricofoliculoma	9	
Úlcera traumática	9	
Displasia ósea	8	
Neurofibroma	8	
Exostosis ósea	8	
Granuloma de células plasmáticas	8	
Tricoepitelioma solitario	8	
Fibroma osificante juvenil	8	
Várice	8	
Fibromixoma	7	
Absceso	7	
Neurilemoma	7	
Hiperplasia de glándulas sebáceas	7	
Quiste paradental	7	
Sialosis	6	
Pulpa embrionaria y dentaria	6	
Quiste de inclusión epitelial	6	
Tejido de reparación	6	
Úlcera eosinófila	6	
Tumor miofibroblástico	6	
Queratosis seborreica	5	
Fibrohistiocitoma	5	
Papiloma	5	
Hemangiopericitoma	5	
Epitelioma de Malherbe	5	

Carcinoma verrucoso	5
Liquen plano	5
Efélide	5
Quiste nasopalatino	5
Hemangioliinfangioma	5
Neoplasia maligna de células redondas	4
Penfigoide cicatrizal	5
Mixoma	5
Hiperplasia linfoide	5
Torus mandibular	4
Sinusitis Maxilar	4
Páulis	4
Histiocitoma	4
Queilitis	4
Neurotecoma	4
Carcinoma de células acinares	3
Ameloblastoma	4
Acantoma	3
Quiste pilar	3
Linfangioma	3
Fibroodontoma	3
Angioqueratoma	3
Quiste óseo aneurismático	3
Angiomiolipoma	3
Gingivitis	3
Lengua geográfica	3
Fibroma odontogénico	3
Fibroma periférico calcificante	3
Trombo venoso	3
Síndrome de Sjögren	3
Tumor de células granulares	3
Carcinoma basocelular	3
Carcinoma adenoideo quístico	2
Épulis granulomatoso	2
Pólipo pulpar	2
Liquen erosivo	2
Verruga filiforme	2
Tumor de células fantasma	2
Poroma ecrino	2
Tumor de células gigantes	2
Quiste dermoide	2
Quiste ciliado	2
Hemangioliinfangioma cavernoso	2
Lesión granulomatosa	2
Fibroma desmoplásico	2
Tumor mucoepidermoide	2
Nevo de Spitz	2
Cementoma	2
Adenoma sebáceo	2
Dermatofibroma	2
Quiste quirúrgico	2
Quiste triquilémico	2
Necrosis pulpar	2
Poroma	2
Reacción a cuerpo extraño	2

Hemangiectasia	2
Periostitis	2
Mioblastoma	2
Fibroma condromixioide	2
Fibromatosis gingival	2
Rabdomioma	2
Carcinoma in situ	2
Angiosarcoma	2
Defecto osteoporótico	2
Leucoplasia Verrucosa	2
Pénfigo	2
Sebaceoma	2
Carcinoma de células gigantes	2
Linfoma indiferenciado	1
Hipertrofia muscular	1
Queilitis erosiva	1
Dentinoma temprano	1
Condrosarcoma de células planas	1
Actinomicosis	1
Tejido muscular	1
Lupus eritematoso	1
Elastosis solar	1
Colagenosis perforante	1
Nódulo linfoide	1
Tumor desmoide	1
Gránulos de Fordyce	1
Cementoblastoma	1
Fibrosarcoma	1
Quiste gingival	1
Pólipo sinusal	1
Tejido glandular	1
Quiste sebáceo	1
Quiste gingival del recién nacido	1
Lesión mielo proliferativa	1
Infección por herpes	1
Úlcera aftosa	1
Osteocondroma	1
Estomatitis aftosa	1
Lentigo	1
Periodontitis	1
Mioepitelioma	1
Sarcoidosis	1
Hiperplasia endotelial	1
Osteosarcoma	1
Pigmentación melánica	1
Colesteatoma	1
Angiofibroma	1
Melanoacantoma	1
Miopericitoma	1
Coristoma del desarrollo	1
Trombo calcificado	1
Sialometaplasia	1
Adenosis	1
Atrofia muscular	1
Mácula melanocítica	1
Tuberculosis	1

Dermatitis herpetiforme	1
Melanosis racial	1
Hemangioendelioma	1
Molusco contagioso	1
Granuloma eosinófilo	1
Linfoma de células grandes	1
Diente neonatal inmaduro=	1

Escabiosis nodular	1
Metástasis de carcinoma	1
Carcinoma tricoblástico	1
Rabdomiosarcoma	1
Total	3575

Los 15 diagnósticos histopatológicos detectados con más frecuencia en este reporte, incluyen lesiones frecuentes en niños, adolescentes y jóvenes causadas por virus de la familia Papovavirus (Verruga vulgar, hiperplasia epitelial multifocal y condiloma acuminado); (García et al.,2011) quiste dentígero y saco folicular (Salgado et al., 2018; Villalba et al., 2012). quiste periapical (Manor et al., 2012). y fenómeno de retención salival (Zamzami et al., 2019) nevos (Kausser et al., 2018) y pericoronitis (Smitmans et al., 2010) de según la literatura estas son las lesiones más comunes en la población, ninguna de ellas presenta predilección por género. (Irani et al., 2016).

Las lesiones reactivas y tumorales de glándulas salivales alcanzaron un 7,10% (254) de todas las patologías registradas, en el primer grupo la mayoría de las lesiones corresponde a fenómenos de retención, en tanto que en el grupo de neoplasias de glándulas salivales prevalece el adenoma pleomorfo. Cuadro 19.

Cuadro 19. Distribución de lesiones y tumores de glándulas salivales según diagnóstico

Diagnóstico	Naturaleza de la lesión		Total	%
	Lesiones reactivas de glándulas salivales	Tumores de glándulas salivales		
Mucocele	199	0	199	78,35
Quiste de Blandin-Nuhn	16	0	16	6,30
Adenoma pleomorfo	0	11	11	4,33
Sialoadenitis	10	0	10	3,94
Ránula	10	0	10	3,94
Sialosis	6	0	6	2,36
Adenosis Poliquística Esclerosante	0	1	1	0,39

Sialometaplasia	1	0	1	0,39
Total	242	12	254	100

Estos hallazgos no sorprenden, la mayoría de los reportes de patología de las glándulas salivales menores y mayores presentan resultados similares a los detectados en este análisis estadístico. (Zamzami et al., 2019). Se registro un caso de Adenosis poliquística esclerosante en una niña, paciente del Hospital del niño del DIFEM, se trata de una patología de glándulas salivales mayores particularmente de parótida, es inusual y afecta principalmente niños. (Sánchez et al., 2015)

Las lesiones reactivas de tejidos blandos constituyen el 29,25% (1046), destacan las hiperplasias de tejido epitelial y conectivo separadas o combinadas; el Granuloma piógeno y el fibroma de células gigantes; lesiones asociada a factores irritantes locales crónicos, o traumáticos como las úlceras, hematoma, o coagulo en resolución, llama la atención la presencia de lesiones en piel de labio relacionada con la exposición solar, que se ha considerado como un factor de riesgo de transformación maligna. (Toum et al., 2018) Cuadro 20.

Cuadro 20. Distribución de lesiones reactivas de tejidos blandos según diagnóstico

Diagnóstico	Naturaleza de la lesión	%
	Lesiones reactivas de tejidos blandos	
Granuloma piógeno	176	16,83
Fibroma de células gigantes	163	15,58
Hiperplasia fibrosa epitelial	162	15,49
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	158	15,11
Hiperplasia fibrosa	141	13,48
Granuloma periférico de células gigantes	44	4,21
Hiperplasia epitelial	32	3,06
Fibroma blando	31	2,96
Hematoma en resolución	29	2,77
Osteofibroma	25	2,39
Tejido cicatrizal	14	1,34
Coágulo en resolución	12	1,15
Granuloma piógeno esclerosante	12	1,15
Úlcera traumática	9	0,86
Hiperplasia de glándulas sebáceas	7	0,67
Tejido de reparación	6	0,57
Úlcera eosinófila	6	0,57
Quiste de inclusión epitelial	6	0,57
Hiperplasia linfoide	5	0,48
Queilitis	4	0,38
Reacción a cuerpo extraño	2	0,19
Queilitis erosiva	1	0,10
Elastosis solar	1	0,10
Total	1021	100

Las lesiones reactivas y traumáticas detectadas en este estudio corresponden a lesiones referidas en otros estudios, (Guedes et al., 2015; Toum et al., 2018) en diferentes grupos de edad y género incluso en estudios epidemiológicos (Dutra et al., 2018)

Los tejidos que acompañan dientes retenidos extraídos se observaron en un 6,60% (236), comprenden hamartomas foliculares, que no son más que sacos foliculares

con abundante material calcificado compatible con cemento. Cuadro 21.

Cuadro 21. Distribución de lesiones de desarrollo de origen dental según diagnóstico.

	Naturaleza de la lesión	%
Diagnóstico	Lesiones de desarrollo de origen dental	
Saco folicular	174	73,42
Hamartoma folicular	30	12,66
Saco folicular hiperplásico	26	10,97
Pulpa embrionaria y dentaria	6	2,53
Diente neonatal inmaduro	1	0,42
Total	237	100

Usualmente los tejidos blandos que acompañan dientes retenidos no son enviados para su estudio histopatológico, los dientes que con más frecuencia quedan retenidos en orden decreciente de frecuencia son los terceros molares, inferiores, superiores, caninos superiores, premolares superiores, (Beckor et al., 2002), aunque ciertamente se determina como diagnóstico el de saco folicular; saco folicular hiperplásico; hamartoma folicular, en la mayoría de estos tejidos, (Kaplan et al., 2015; Villalba et al., 2012) en algunos casos se pueden presentar tumores odontogénicos de diversa importancia, relacionados con dientes retenidos, que radiográficamente pueden sugerir un saco folicular hiperplásico. (Ruales et al., 2016; Villalba et al., 2012)

Las lesiones infecciosas alcanzaron un 19,58% (700) del total de patologías del registro de biopsias. Incluye lesiones, virales y bacterianas de tejidos blandos, dentales y de piel. Destacan las infecciones por el VPH, por diseminación de la infección de origen dental y enfermedades de los tejidos de soporte del diente por higiene deficiente. Cuadro 22.

Cuadro 22. Distribución de lesiones infecciosas de tejidos blandos según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión	
Diagnóstico	Lesiones infecciosas de tejidos blandos	%
Verruga vulgar	340	48,57
Condiloma acuminado	119	17,00
Hiperplasia epitelial focal	85	12,14
Pericoronitis	74	10,57
Proceso inflamatorio inespecífico	50	7,14
Proceso inflamatorio subagudo	10	1,43
Papiloma	5	0,71
Páulis	4	0,57
Gingivitis	3	0,43
Verruga filiforme	2	0,29
Épulis granulomatoso	2	0,29
Infección por herpes	1	0,14
Periodontitis	1	0,14
Sarcoidosis	1	0,14
Tuberculosis	1	0,14
Molusco contagioso	1	0,14
Escabiosis nodular	1	0,14
Total	700	100

La distribución de las biopsias estudiadas de acuerdo a su diagnóstico y frecuencia, revelo a la verruga vulgar como el diagnóstico histológico más frecuente en toda la muestra estudiada. La verruga vulgar es una neoformación epitelial benigna que se produce por una infección causada por el virus del papiloma humano (VPH). (Ural et al., 2014)

En piel destaca la presencia de un caso de sarcoidosis, enfermedad sistémica de etiología desconocida en la que se han implicado agentes infecciosos, polvos

inorgánicos o sustancias orgánicas; caracterizada por la presencia de una inflamación granulomatosa no necrotizante con acumulación de linfocitos CD4+ y monocitos en los tejidos afectados. (Bansal et al., 2019)

La presentación clínica más habitual de la tuberculosis extra pulmonar es un aumento de volumen de los ganglios cervicales sin síntomas constitucionales; en cavidad oral se presenta como un nódulo de dimensiones variables, la lesión se localizó en cuello y fue diagnosticada como escrófula. (Forget et al., 2019)

Mientras que la sarna o escabiosis es una ectoparasitosis, los nódulos pueden aparecer en el cuero cabelludo, piel de cara. (Wong et al., 2004) El caso diagnosticado se presentó en cuero cabelludo, usualmente estos casos son atendidos por servicios de dermatología. Estos casos provienen del Hospital General Adolfo López Mateos.

El 6,88% (246) corresponde a lesiones infecciosas intraóseas, la mayoría de ellas relacionadas con diseminación de la infección por caries, en este grupo se incluyen también enfermedades bacterianas de mandíbula y del seno maxilar y el granuloma de células gigantes que es considerado una lesión de etiología desconocida. Cuadro 23.

Cuadro 23. Distribución de lesiones infecciosas intraóseas según diagnóstico

Diagnóstico	Naturaleza de la lesión Lesiones infecciosas intraóseas	%
Granuloma Periapical	173	70,04
Granuloma dental	17	6,88
Tejido de granulación	15	6,07
Osteomielitis	15	6,07
Granuloma de células plasmáticas	8	3,24
Absceso	7	2,83
Sinusitis Maxilar	4	1,62
Periostitis	2	0,81
Pólipo pulpar	2	0,81
Necrosis pulpar	2	0,81

Colesteatoma	1	0,40
Actinomicosis	1	0,40
Total	246	100

Como era de esperarse casi la totalidad las lesiones infecciosas intraóseas fueron consecuencia de diseminación de la infección por caries dental, (Oliveira et al., 2016) se incluyeron en este grupo el pólipo pulpar y la necrosis pulpar, aún cuando no son intraóseas por su baja frecuencia para fines de este reporte. Se diagnosticaron cuatro casos de sinusitis maxilar por tratarse de lesiones bacterianas sin evidencia de un proceso alérgico, y un caso de actinomicosis mandibular, entidad patológica de baja frecuencia en nuestro medio.

Los quistes de desarrollo de tejidos blandos se observaron en un porcentaje muy bajo 1,03% (37), Incluye quistes de desarrollo de tejidos blandos de boca y piel. Cuadro 24.

Cuadro 24. Distribución de quistes de desarrollo de tejidos blandos según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Quistes del desarrollo de tejidos blandos
Quiste epidermoide	14
Quiste nasopalatino	5
Quiste pilar	3
Quiste dermoide	2
Quiste ciliado	2
Quiste gingival	1
Quiste sebáceo	1
Quiste gingival del recién nacido	1
Coristoma del desarrollo	1
Quiste triquilémico	2
Total	32

El número de casos de quistes del desarrollo en tejidos subcutáneos de piel, fue bajo a lo reportado previamente, (Bansal et al., 2019) como en el laboratorio se

reciben normalmente biopsias de la cavidad bucal este hallazgo no es sorprendente. En tanto que el porcentaje de quistes del desarrollo intraorales encontrados en este estudio fue bajo, pero dentro de los parámetros referidos previamente. (Nonaka et al., 2011)

Las lesiones productoras de tejido duros incluyendo hueso y cartílago, alcanzaron el 2,18% (78), este grupo contiene la variante periférica del fibroma cementificante. También se incluyo en este grupo al torus mandibular y la exostosis ósea, por su naturaleza ósea, aunque se consideran como trastornos del desarrollo óseo. Cuadro 25.

Cuadro 25. Distribución de lesiones fibroóseas según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Lesiones fibroóseas
Fibroma osificante	13
Fibroma cementificante	19
Fibroma cemento osificante	12
Fibroma Osificante Juvenil	8
Displasia ósea	8
Exostosis ósea	8
Torus mandibular	4
Fibroma periférico calcificante	3
Fibroma condromixoide	2
Osteocondroma	1
Total	78

El estudio de las lesiones fibroóseas ha sido extenso y comprende desde reportes de casos clínicos, (Muwazi et al., 2015), hasta estudios de su etiopatogenia. (Chrcanovic et al., 2011) El osteofibroma es una lesión reactiva que se caracteriza

por la presencia de hueso metaplásico y en ocasiones cemento, se trata de una lesión periférica localizada en encía insertada, la presencia de tejidos duros puede explicarse debido a la presencia de células tutipotenciales capaces de diferenciarse en células productoras, de hueso, cemento, cartílago y otros tejidos. (Pejcic et al., 2013)

El Fibroma Osificante es una neoplasia benigna de lento crecimiento expansivo usualmente localizado en mandíbula que afecta preferentemente mujeres, esta lesión pueden presentarse acompañada de cemento lo que da lugar a su diferente nomenclatura, (Fibroma cemento osificante, Fibroma cementificante) y una variante periférica (Fibroma periférico calcificante). De acuerdo a la edad de los pacientes el término utilizado es el de Fibroma Osificante Juvenil, se trata de una lesión agresiva usualmente observada en niños y adolescentes. (Peterson et al., 2015). Esta patología debe distinguirse de la Displasia ósea monostótica que con frecuencia afecta el hueso maxilar, se considera como una lesión del desarrollo cuyo crecimiento cesa al madurar el niño (a), es necesario distinguir estas lesiones por que el tratamiento del FOJ es la remoción quirúrgica y el de la DOM es la remodelación ósea. (Alves et al., 2013; Muwazi et al., 2015)

Dos casos de Fibroma Condromixioide fueron diagnosticados se trata de una lesión poco común en los huesos craneofaciales. (Sirveaux et al., 2012; Aránzazu et al., 2009)

Las lesiones premalignas se presentaron en un bajo porcentaje 0,81% (29), destacando la displasia epitelial. Cuadro 26.

Cuadro 26. Distribución de lesiones premalignas según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Lesiones premalignas
Displasia epitelial	27
Leucoplasia Verrucosa	2

Total	29
-------	----

En el grupo de lesiones premalignas la displasia epitelial leve o moderada fue el hallazgo más común, solo se detectaron dos casos de leucoplasia verrucosa, en realidad el término de leucoplasia corresponde a una lesión blanca que no se desprende al frotar, es un término clínico, (Saghravanian et al., 2017) histopatológicamente los criterios corresponden a cambios displásicos del epitelio que según su severidad pueden incluso ser diagnosticados como CA in Situ. (Jagtap et al., 2017)

Las enfermedades autoinmunes y las dermatológicas con manifestación temprana en boca, representaron el 0,69% (25), las variantes de las lesiones ampollares, detectadas en este estudio comprenden el pénfigo y el penfigoide cicatrizal, además el liquen plano clásico y su variante erosiva. Cuadro 27.

Cuadro 27. Distribución de enfermedades con fondo inmunológico y lesiones dermatológicas según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Enfermedades con fondo inmunológico y dermatológicas
Pénfigo	9
Liquen plano	5
Síndrome de Sjögren	3
Liquen erosivo	2
Lupus eritematoso	1
Colágenosis perforante	1
Dermatitis herpetiforme	1
Úlcera aftosa	1
Estomatitis aftosa	1
Pólipo Sinusal	1
Total	25

Las enfermedades sistémicas con fondo inmunológico pueden aparecer en las mucosas de la cavidad bucal aun antes de su manifestación sistémica, (Manookin et al., 2013) en este reporte prevalece el pénfigo, en ninguno de estos casos había síntomas sistémicos, una situación similar fue notada en los casos de liquen plano, alteración de etiología desconocida que curso con signas similares al liquen clásico, solo en dos casos se presentó la variante erosiva, que es considerada como una lesión potencialmente premaligna. (Torti et al., 2007)

La colagenosis perforante adquirida fue originalmente descrita como un trastorno genético hereditario de la piel, de aparición generalmente en la infancia. Sin embargo, en las últimas décadas se han descrito varios casos con aparición en la vida adulta en pacientes con diversas enfermedades como la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica. (Cardenas et al., 2010)

La dermatitis herpetiforme, es una enfermedad caracterizada por lesiones polimorfas pruriginosas, reflejo de un proceso de intolerancia alimenticia y de autoinmunidad, frecuente en caucásicos. (Fernández et al., 2010)

En tanto que las lesiones aftosas, en las que se presume un proceso de autoinmunidad, son comunes en la población y su diagnóstico usualmente es clínico, cuando se sobreinfectan su curso normal de curación puede demorarse, y dar lugar a lesiones crónicas, que tal vez desconcierten al clínico motivo por el cual toman la biopsia, particularmente cuando se trata de úlceras aftosas mayores. (Queiroz et al., 2018)

Por otra parte, el pólipo sinusal de origen alérgico es un diagnóstico cotidiano de los servicios de patología general, dada su relativa frecuencia. (Makesh et al., 2019)

Las lesiones de origen vascular alcanzaron el 2,34% (84) del total de los estudios realizados, destacando los hemangiomas. Los hemangiomas capilar y cavernoso, se reportan en conjunto. Se incluye el trombo vascular por tratarse de una alteración en el interior de un vaso, independientemente de la causa que induce su formación. Cuadro 28.

Cuadro 28. Distribución de lesiones vasculares según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión	
	Lesiones vasculares	
	Diagnóstico	
Hamartoma	Hemangioma	41
	Hemangiolinfangioma capilar	5
	Hemangiolinfangioma cavernoso	2
	Linfangioma	3
Neoplasias	Hemangiopericitoma	5
	Leiomioma	10
	Angioqueratoma	3
	Hiperplasia endotelial	1
Venas	Várice	10
	Trombo venoso	3
	Trombo calcificado	1
	Total	84

Las lesiones vasculares hemangioma, linfangioma su combinación y su presentación capilar o cavernosa, constituyen hamartomas (alteración del desarrollo), generalmente detectados en la infancia. REF Mientras que las neoplasias de origen vascular fueron escasas prevaleciendo el leiomioma vascular. (Redondo et al., 2004)

La hiperplasia endotelial papilar intravascular (HEPI), es una lesión vascular benigna que rara vez se manifiesta en la región oral. Estudios anteriores muestran que la localización más común es el labio, seguido de lengua y mucosa bucal. Las características histológicas de la HEPI pueden llegar a ser muy similares a las de

un angiosarcoma y, por tanto, confundidas con él. (Moreno et al., 2017)

Las varices son lesiones adquiridas en la vena, arteria o vasos linfáticos dilatados de forma poco común y sinuosa, y de etiología no determinada. Edad, flacidez de los tejidos y aumento de la presión venosa son factores predisponentes. Las varices son raras en niños, sin embargo, son comunes en los adultos. Es común que se formen trombos debido a la lentitud del tránsito sanguíneo y que estos se calcifiquen. (Gomes et al., 2006)

Los quistes y tumores odontogénicos comprendieron el 10,93% (391), siendo el quiste dentígero el más comúnmente observado, seguido por el queratoquiste y el quiste periapical. Mientras que, los tumores odontogénicos detectados presentaron una frecuencia baja, incluyen lesiones epiteliales y mesenquimatosas y mixtas. Cuadro 29.

Cuadro 29. Distribución de quistes y tumores odontogénicos según diagnóstico

		Naturaleza de la lesión	
	Diagnóstico	Quistes y tumores odontogénicos	%
Quistes Odontogénicos	Quiste dentígero	176	45,01
	Queratoquiste	58	14,83
	Quiste periapical	53	13,55
	Quiste odontogénico calcificante	15	3,84
	Quiste residual	10	2,56
	Quiste paradental	7	1,79
Hamartomas Odontogénicos	Odontoma complejo	27	6,91
	Odontoma compuesto	17	4,35
Tumores Odontogénicos	Mixoma y Fibromixoma	12	3,1
	Ameloblastoma	4	1,02

	Fibroodontoma	3	0,77
	Fibroma odontogénico	3	0,77
	Cementoma	2	0,51
	Tumor de células fantasma	2	0,51
	Dentinoma temprano	1	0,26
	Cementoblastoma	1	0,26
	Total	391	100

Los quistes odontogénicos del desarrollo (Quiste dentífero, Queratoquiste) diagnosticados en el laboratorio son en orden de frecuencia de aparición los más comúnmente reportados en la literatura, (Salgado et al., 2018) son asintomáticos de lento crecimiento expansivo que en algunas ocasiones pueden alcanzar grandes dimensiones, o cambios neoplásicos. El Quiste odontogénico calcificante es una entidad compleja con diferentes manifestaciones histológicas que puede manifestar un comportamiento agresivo. (Lagarde et al., 2019).

En un estudio con características similares a este reporte, se describió a los quistes radiculares como una de las lesiones odontogénicas detectadas con mayor predominio (Saleh al., 2017), siendo estos quistes consecuencia de un proceso crónico de diseminación de la infección por caries, (Oliveira et al., 2016) que es una enfermedad común en la población de nuestro medio; el número de casos de quiste periapical aunque frecuente es menor al número de casos reportados en otros estudios, posiblemente debido a que los tejidos que acompañan a los dientes extraídos, no son enviados para su diagnóstico histopatológico.

Entre los tumores odontogénicos los hamartomas (Odontomas Compuesto y complejo) son los más habituales en niños y adolescentes, su importancia clínica radica en la posibilidad que tienen estos tumores para evitar la erupción normal de los dientes permanentes. (Kaplan et al., 2015)

En tanto que los tumores odontogénicos identificados comprenden tumores

benignos pero localmente agresivos como el mixoma, el fibromixoma (Alhousami et al., 2018) y el ameloblastoma,(López et al., 2004) Tumor de células fantasma (Rai et al., 2015) y tumores de lento crecimiento asintomáticos (Fibroma Odontogénico, Dentinoma y Fibroodontoma) que se detectan accidentalmente mediante estudios radiográficos de rutina o por radiografías para identificar algún problema de oclusión o por complicación durante la extracción de un diente (Cementoma, Cementoblastoma). (Navas et al., 2010)

Cinco estudios histopatológicos del estudio corresponden a Condiciones no patológicas y tejidos propios de la zona evaluada. Cuadro 30.

Cuadro 30. Distribución de diagnósticos de condiciones no patológicas y tejidos propios de la zona

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Condiciones no patológicas y tejidos propios de la zona
Defecto óseo osteoporótico	2
Tejido muscular	1
Gránulos de Fordyce	1
Tejido glandular	1
Total	5

Gránulos de Fordyce: Son colecciones heterotrópicas de glándulas sebáceas en diferentes zonas de la cavidad bucal , por lo general aparecen en un 80% en la población, sin distinción de sexo ni etnia y posterior a la etapa de la pubertad. (Lee et al., 2012)

El defecto óseo osteoporótico de medula ósea se describe como una radiolucidez inusual que a menudo se detecta inesperadamente en la mandíbula posterior de pacientes de mediana edad y mujeres predominantemente. Más de la mitad de los

pacientes afectados son mujeres en la cuarta a sexta década de la vida. (Pallares et al., 2016)

Los quistes de los maxilares se detectaron en un bajo número, comprenden el Quiste óseo aneurismático, el quiste óseo solitario, y el quiste quirúrgico. Cuadro 31.

Cuadro 31. Distribución de quistes de los maxilares según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Quistes de los maxilares
Quiste óseo aneurismático	3
Quiste óseo solitario	4
Quiste quirúrgico	2
Total	9

Quiste óseo aneurismático

El quiste óseo aneurismático, es un pseudoquiste preferentemente en niños y adultos jóvenes con una media de edad aproximada de 20 años. No se ha observado ninguna predilección en cuanto al género, se ubica preferentemente en mandíbula con una relación de 3:1.

Es una lesión ósea quística benigna, compuesta de espacios llenos de sangre separados por tabiques de tejido conectivo que contienen fibroblastos, células gigantes de tipo osteoclastico y hueso tejido reactivo. (Devi et al., 2011)

Quiste óseo traumático

El quiste óseo traumático o solitario, se presenta como una cavidad intraósea que aparece espontáneamente en la mandíbula de pacientes jóvenes, sin predilección

por género, más frecuente en mandíbula.

La presentación histológica clásica es una cavidad vacante de hueso esponjoso, generalmente sin forro o muy ocasionalmente forrada con una capa delgada de tejido conectivo con un contenido líquido escaso con la ausencia de revestimiento epitelial, siendo uno de los rasgos más característicos de estas lesiones. (Jumar et al., 2015)

Quiste quirúrgico

El quiste quirúrgico *que se debe a complicaciones por cirugías de sinusitis crónica o de terceros molares*. La mayor incidencia es entre la cuarta y sexta décadas de la vida. La mayoría de los casos se ubican en las regiones molar y premolar debido a su proximidad al seno maxilar.

En su etapa inicial, es asintomático, pero puede causar dolor progresivamente a medida que se expande. El dolor se agrava si el quiste está infectado. En tales casos, a veces puede haber secreción y formación de fístulas. Radiográficamente, es una radiolucidez unilocular bien definida estrechamente asociada con el seno maxilar que puede estar rodeado por una zona de esclerosis.

Histológicamente el número de células caliciformes se correlaciona con las células inflamatorias y los glucoconjugados derivados de lecitinas en las células caliciformes se correlaciona con la inflamación de la pared del quiste y el crecimiento del quiste. La metaplasia escamosa puede ocurrir si el quiste estaba infectado. (Lim et al., 2017)

Las neoplasias malignas, representaron, el 1,7% (61) de todas las biopsias recibidas, el Carcinoma Espinocelular fue la neoplasia maligna más frecuente seguido del Carcinoma Verrucoso y las Neoplasias del Sistema Linfoide. Cuadro 32.

32. Distribución de biopsias de neoplasias malignas según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Neoplasias malignas
Carcinoma espinocelular	26
Carcinoma verrucoso	5
Hemangiopericitoma	5
Neoplasia maligna de células redondas	4
Carcinoma de células acinares	3
Carcinoma basocelular	3
Carcinoma adenoideo quístico	2
Tumor mucoepidermoide	2
Carcinoma in situ	2
Angiosarcoma	2
Carcinoma de células gigantes	2
Lesión mielo proliferativa	1
Linfoma indiferenciado	1
Condrosarcoma de células planas	1
Fibrosarcoma	1
Osteosarcoma	1
Linfoma de células grandes	1
Carcinoma tricoblástico	1
Metástasis de carcinoma	1

Granuloma eosinófilo	1
Hemangioentolioma	1
Rabdomiosarcoma	1
Total	67

El bajo número de lesiones del grupo de neoplasias malignas enviadas al laboratorio de Patología Bucal del Centro de Investigación de la Facultad de Odontología, se debe probablemente a las características del mismo, cuyo servicio se ofrece generalmente a la Facultad de Odontología y consultorios odontológicos del área de influencia de la facultad, que usualmente envían lesiones comunes en la población, mientras que los pacientes con neoplasias malignas en su mayoría provienen de centros hospitalarios.

Las Neoplasias malignas en nuestro estudio representan un 1.7% (61 casos) del total de biopsias estudiadas, el carcinoma espinocelular en sus diferentes variantes fue el más frecuente, esta distribución ha sido referida en otros estudios, seguida por las neoplasias malignas originadas en ganglios linfáticos o tejido linfoide asociado a mucosas, las neoplasias de glándulas salivales alcanzaron un porcentaje muy bajo al igual que los sarcomas.

El carcinoma espinocelular o epidermoide en sus diferentes variantes es el diagnóstico más comúnmente reportado en la literatura internacional, es una neoplasia proveniente de los tejidos epiteliales. Se inicia como una displasia epitelial, la cual prolifera adquiriendo características malignas, destruyendo el tejido conjuntivo subyacente. Las manifestaciones clínicas del CEC en sus etapas

iniciales son indoloras, pero pueden desarrollar una sensación de ardor o dolor cuando estas avanzan.

Este tipo de cáncer cutáneo mantiene contacto con la epidermis y muestra un crecimiento tumoral en forma de hojas o nidos tumorales, con presencia de células disqueratóticas, formación de perlas córneas y con conservación de formación de queratina y de los puentes de unión. La diferenciación del tumor es hacia la queratinización y debe clasificarse en bien diferenciado, moderadamente diferenciado o pobremente diferenciado. (Bárzaga et al., 2007)

El carcinoma espinocelular o epidermoide en sus diferentes variantes es el diagnóstico más frecuente, en los reportes de series de casos, en México de acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) (Tirado et al. 2007) el cáncer de cabeza alcanza el 17.6% de ese porcentaje, el 37% de los tumores malignos se localizan en la cavidad bucal, mientras que los tumores de glándulas salivales muestran una prevalencia del 1.8% Granados-García. El número de casos de linfoma en sus diferentes variantes fue bajo pero comprenden lesiones previamente referidas en población mexicana. (Diaz Lazcano et al., 2016)

Mientras que los linfomas MALT en boca, (esto corresponde a los tumores de células redondas) se relación con antecedentes de síndrome Sjögren, en este estudio solo se observó un caso (Labardini et al., 2011)

Los tumores malignos mesenquimatosos en cabeza y cuello alcanzan el 1% de todos los tumores malignos.

Fibrosarcoma. Es más común en hombres que en mujeres, entre la tercera y quinta década de la vida y se desarrolla a expensas de periostio, periodonto, cicatrices antiguas o en zonas que han recibido tratamiento de radiaciones. Histológicamente se clasifica en “bien diferenciado” e “indiferenciado”, siendo el pronóstico favorable en el primer grupo, pues son localmente infiltrantes, pero muy pocos dan metástasis. Uno de los signos tempranos más comunes cuando asientan en la encía, es la anormal motilidad de una pieza dentaria que carece de

patología propia. Radiográficamente, el hueso presenta lesiones osteolíticas, de bordes no definidos y cuando crece aparece un tumor firme que a veces se ulcera. (Tirado et al. 2007)

Rabdomiosarcoma. Tumor que se origina en el músculo estriado, más frecuente en niños y adolescentes, con alta tendencia a recurrir localmente y dar metástasis por vía sanguínea. La lengua es el asiento principal; dependiendo de su composición histológica se clasifican en: embrionarios, compuestos de células redondas y pequeñas; alveolares, con pseudoglándula y el tipo pleomórfico. El 75% de estos tumores se presentan en la primera década de la vida. Osteosarcomas y condrosarcomas. Son tumores de muy escasa presentación, la mandíbula y el maxilar superior son los huesos preferidos. (Escobar, 2010)

Osteosarcomas y condrosarcomas. Son tumores de muy escasa presentación, la mandíbula y el maxilar superior son los huesos preferidos. (Escobar, 2010)

El condrosarcoma es una neoplasia maligna relativamente común, caracterizada por la formación de tejido cartilaginoso aberrante. Esta neoplasia es más común en los hombres que en las mujeres entre los 30 y 60 años de edad. Al examen clínico, se puede presentar como una tumoración dolorosa grande que causa una extensa destrucción ósea con pérdida de los dientes y, ocasionalmente, como un gránulo eritematoso y lobulado o una masa ulcerada en la mucosa oral. (Martínez et al., 2006)

El osteosarcoma es la neoplasia maligna más común del hueso. Afecta más a los varones que a las mujeres y, generalmente, ocurre entre los 10 y 20 años de edad. Los maxilares son afectados en 6 a 7% de los casos, y es más común en el maxilar inferior. La lesión es una masa indurada, de crecimiento rápido y con Tumefacción de la mandíbula, que pronto produce deformación facial, dolor, parestesia, sangrado y pérdida dentaria.

Las neoplasias benignas, representan el 3,97% (142), comprenden lesiones originadas en los diferentes tejidos de la cavidad bucal en el cuadro 33 se presentan por orden decreciente de frecuencia. (Escobar, 2010). Cuadro 33.

Cuadro 33. Distribución de neoplasias benignas según diagnóstico

Diagnóstico	Naturaleza de la lesión	%	granulares		
	Neoplasias benignas				
			Poroma ecrino	2	1,41
			Tumor de células gigantes	2	1,41
Lipoma	17	11,97	Adenoma sebáceo	2	1,41
Neuroma	13	9,09	Poroma	2	1,41
Fibrolipoma	12	9,09	Mioblastoma	2	1,41
Osteoma	11	9,09	Rabdomioma	2	1,41
Tricofoliculoma	9	9,09	Sebaceoma	2	1,41
Neurofibroma	8	9,09	Fibroma desmoplásico	2	1,41
Tricoepitelioma solitario	8	9,09	Dermatofibroma	2	1,41
Neurilemoma	7	9,09	Tumor desmoide	1	0,70
Tumor miofibroblástico inflamatorio	6	4,23	Lentigo	1	0,70
Fibrohistiocitoma	5	3,52	Mioepitelioma	1	0,70
Epitelioma de Malherbe	5	3,52	Angiofibroma	1	0,70
Histiocitoma	4	2,82	Melanoacantoma	1	0,70
Neurotecoma	4	2,82	Miopericitoma	1	0,70
Acantoma	3	2,11	Total	142	100
Angiomiolipoma	3	2,11			
Tumor de células	3	2,11			

Lipoma y Fibrolipoma

Los lipomas son los tumores benignos mesenquimatosos, en la cavidad oral son raros, representan solo 1-4%. Se componen de lóbulos de células adiposas maduras, separadas por septos de tejido fibroconectivo delimitado por una cápsula fibrosa.

Se localizan en orden de frecuencia en: mucosa vestibular, lengua, labios y piso de boca. Son de crecimiento lento asintomáticos, de larga evolución. En los lipomas superficiales son de color amarillento, en los lipomas profundos, muestran un color similar a la mucosa adyacente. Su tamaño varía entre 0.5 y 3 cm. Sus variantes histológicas comprenden lipomas, fibrolipomas, angiolipomas, lipomas mixoides, lipoma pleomórfico, lipoma fusocelular y lipoma atípico. (Fernández Blanco et al., 2012)

Neuroma

Es una lesión hiperplásica causada por un traumatismo o una cirugía que afecta los nervios periféricos y no se considera una neoplasia verdadera. En la región oral, un neuroma traumático. es un trastorno raro que ocurre más comúnmente en el agujero mental, labio inferior, lengua y áreas intraóseas.

Las características clínicas de un neuroma traumático incluyen la formación de un nódulo solitario de menos de 2 cm de diámetro, dolor neurálgico, sensibilidad, parestesias y aumento del dolor a la palpación sobre la lesión.

Histológicamente los neuromas presentan ausencia de células inflamatorias en un fondo de tejido conectivo fibroso normal y lesiones no encapsuladas, contienen axones abundantes, dispuestos al azar. (Eguchi et al.,2016)

Neurofibroma

Es un tumor benigno originado del tejido neural, presentando tanto elementos derivados de este como del tejido conectivo circundante. Se dividen en dos tipos, plexiforme y cutáneo. Los plexiformes suelen ser congénitos, pueden ser

localmente invasivos. Los cutáneos se presentan típicamente en la etapa prepuberal y no tienen potencial maligno.

Comúnmente son de consistencia sólida y pueden originarse de cualquier tejido nervioso de la región de la cabeza y del cuello. Su localización es predominantemente a nivel del espacio parafaríngeo, seguido de la región cervical. Pueden llegar a alcanzar grandes dimensiones, con deformidad facial o cervical. La histología nos muestra células fusiformes con núcleos alargados y ondulados. (Oré et al., 2016)

Neurilemoma

Son tumores benignos de origen neuroectodérmico, compuestos por células de Schwann diferenciadas. Por lo general, se localizan en la zona parafaríngea, sobre todo en el espacio retroestíleo, También están, en orden de frecuencia, las localizaciones latero cervicales y supraclaviculares. Son poco frecuentes en el área de la cabeza y el cuello (constituyen 25% de los observados en el organismo).

En la tomografía y la resonancia magnética nuclear cervical aparece una masa bien circunscrita, situada entre la vena yugular interna y la arteria carótida (en el caso de neurofibroma del vago), o una masa que desplazaría ambas estructuras sin separarlas (en el caso de neurofibroma del simpático cervical).

Histológicamente se observan células fusiformes con núcleos elongados, reunidas en grupos de alta celularidad (tejido Antoni A) y otras más laxas, de menos celularidad. (Vázquez et al., 2015)

Osteoma

El osteoma es una neoplasia benigna formada por tejido óseo maduro compacto o esponjoso. Los osteomas presentan crecimiento lento, pueden ser únicos o múltiples. Los osteomas muestran un crecimiento lento, continuo y pueden ser lesiones únicas o múltiples con variación en su tamaño. El osteoma solitario puede

clasificarse como: periférico (paraosteal, perióstico o exofítico) cuando surge del periostio, central (endosteal) cuando surge del endostio. El osteoma periférico es el más común, de base pediculada o sésil. Sin predilección por edad o género, se ha reportado que los hombres se ven afectados con mayor frecuencia con respecto a las mujeres. Los pacientes pueden resentir trismus, asimetría facial cuando el cóndilo mandibular está involucrado, en ocasiones pueden interferir con la función oral y producir maloclusión. Radiográficamente se aprecia una masa radiopaca con una densidad similar a la del hueso normal, ovalada de margen definido. En tanto que el osteoblastoma u osteoma osteoide se manifiesta como una zona oval radiolúcida bien delineada. El osteoma osteoide se distingue radiográficamente de un osteoma y osteoblastoma, por la presencia de un borde distinto de la esclerosis así como un nido radiopaco identificable. Histológicamente el osteoma puede ser compacto el hueso es denso, con pocos espacios medulares y pocas osteonas. El osteoma esponjoso se caracteriza por presentar trabéculas óseas en las que encierran osteoblastos y tejido fibroadiposo. (Espinoza Fernández et al., 2017)

Tricofoliculoma

El tricofoliculoma es un hamartoma con diferenciación folicular, que afecta principalmente cara y cuello. Es raro más común en adultos, entre la segunda y sexta décadas de la vida. El diagnóstico solo puede ser establecido después de la evaluación histopatológica.

Se caracteriza por manifestarse como lesiones pequeñas, entre 0,2-0,5 cm de diámetro, que de color blanco o perlado, con un orificio central dilatado, con protrusión de vellos.

Histológicamente la lesión está centrada en uno o varios folículos primarios contiguos, con dilatación variable y apertura hacia la superficie de la piel; algunos folículos secundarios surgen en forma radiada de la pared del folículo central, el cual puede contener células cornificadas y vellos. (Colmenares Roldan et al., 2012)

Tricoepitelioma

El tricoepitelioma (TE) es un tumor epitelial benigno con diferenciación pilosa. Afecta todas las edades, sin predilección por género. Se pueden presentar tres variedades: múltiple, solitario y desmoplásico. La mayoría se presenta en la cara, principalmente en el dorso y el ala nasal. Se caracteriza por una o múltiples neoformaciones milimétricas (2-8 mm), redondas y firmes, de aspecto perlado o rosa pálido, y con telangiectasias en la superficie. Las formas múltiples evolucionan mediante brotes en la infancia o la pubertad y las formas únicas, de mayor tamaño (5-8 mm), se ven la edad adulta. El diagnóstico clínico representa un reto, ya que muestra características morfológicas con enfermedades benignas y malignas, principalmente el CBC.

Histológicamente en el espesor del tumor, es característica la presencia de quistes córneos debidos a fenómenos de queratinización abrupta y completa de tipo triquilemal, así como cuerpos papilares mesenquimales. (Sánchez Armendariz et al., 2014)

Tumor miofibroblástico inflamatorio

Se trata de una lesión rara, más frecuente en niños, de etiología se considera como una reacción inusual a una lesión inespecífica de los tejidos. Se localiza en región submandibular, conducto parotídeo, área retromolar, mucosa alveolar, encía región molar, lengua, maxilar y paladar duro. Con tendencia a la recidiva local, con desarrollo de múltiples lesiones. Se observa una tumoración elevada, de diámetro variable que puede alcanzar grandes dimensiones, las lesiones pequeñas asintomáticas, sésiles, asintomáticas, mientras que las de gran tamaño pueden causar, maloclusión, limitación de la apertura, bucal. Histológicamente se observa fibras de colágena células plasmática, eosinófilos, evidencia de algunas atipias, e incremento del número de mitosis. (García Torres et al., 2010)

Fibrohistiocitoma

El fibrohistiocitoma benigno (FHB) es una neoplasia de origen mesenquimatosa, compuesta de fibroblastos e histiocitos con proporciones variables. La afectación intraoral es poco frecuente. Actualmente, se han reportado 50 casos de FHB

ubicados en la cavidad oral, con solo 2 casos que afectan el paladar. El caso en cuestión es una paciente de 47 años que asistió al Servicio de Medicina Oral de la Facultad de Odontología de Araraquara (UNESP) con un aumento de volumen de 1 año, ubicado en el paladar blando. La lesión nodular era asintomática, bien delimitada, firme a la palpación y cubierta con mucosa normal. Radiográficamente, no hubo afectación del tejido óseo. Se realizó una biopsia incisional y el examen microscópico reveló la presencia de una neoplasia benigna de células fusiformes, asociada con la presencia de células inflamatorias. Se realizó un panel inmunohistoquímico para caracterizar mejor la lesión, con positividad para vimentina, CD68, CD163, FXIIIa y α -SMA. La tasa de proliferación fue baja (Ki-67 <2%). Por lo tanto, el diagnóstico final fue FHB. El enfoque terapéutico implicó la extirpación quirúrgica completa y conservadora de la lesión. Después de un período de 7 meses, no hubo recurrencia. Como conclusión, FHB debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones nodulares con morfología compuesta de células fusiformes. (Meloni et al., 2018)

Epitelioma de Malherbe

Es una lesión poco común que surge de las células de la matriz en la base del cabello, suele ser una lesión solitaria que afecta a individuos jóvenes. Generalmente se presenta con una masa subcutánea de rojo a azul que está bastante bien circunscrita, se puede mover libremente y firme a arenosa a la palpación con un tamaño promedio de 10 mm o menos, consistencia que varía de firme a quística, patrón de crecimiento moderado, tono rosado a púrpura con tinte subepitelial amarillento y piel suprayacente intacta con vasos telangiectásicos.

Las características histológicas generalmente revelan numerosas islas de células epiteliales con una disposición característica de células basófilas en la periferia y células en sombra en el centro. A medida que el tumor madura, el número de células basófilas pierde sus núcleos y se convierte en células en sombra. (Ali et al., 2011)

Histiocitoma

El fibrohistiocitoma epitelioides es una variante poco frecuente que representa menos del 5% de estos tumores. Estos muestran características morfológicas de histiocitos y fibroblastos, aunque su histogénesis es controversial. Se han descrito distintas variantes morfológicas como el celular, aneurismático, atípico, profundo, lipidizado y epitelioides. Su mayor incidencia es en una media de edad de 39 años, con un rango de 7 a 82 años y un ligero predominio en mujeres. Usualmente se presenta como un nódulo solitario de 5 a 20 mm, del color de la piel o rojizo.

En cuanto a las características histológicas se observa una proliferación de células poligonales con citoplasma eosinófilo abundante, con núcleos redondos vesiculosos, con presencia de algunas células binucleadas y muy escasas células multinucleadas, además de mitosis aisladas y una vascularidad prominente. (Santamaría et al., 2017)

Neurotecoma

El neurotecoma es un tumor benigno muy poco común que se origina en la vaina de los nervios periféricos y caracterizado por una matriz mucoide abundante. Generalmente crece en niños y adultos jóvenes con una evolución lenta y asintomática, tiene tendencia a localizarse en miembros superiores, tronco, cabeza y cuello. Su tamaño no sobrepasa los 5 cm, encapsuladas, de consistencia blanda por su contenido mixoide. Se clasifican generalmente en: variante mixoide o clásica, variante celular y variante mixta o intermedia.

Histológicamente están formadas por células fusiformes sumergidas en un estroma mixoide, algunas de estas células muestran su estirpe a partir de las vainas de los nervios periféricos. (Duque et al., 2014)

Acantoma

Es una neoplasia epitelial benigna, caracterizada clínicamente por máculas marronáceas, frecuentemente queratósicas, redondeadas u ovaladas, bien delimitadas, que se localizan preferentemente en áreas expuestas al sol. Las lesiones son asintomáticas y generalmente solitarias. Las lesiones se localizan en la piel fotoexpuesta de la cara (sobre todo mejillas), cuello, antebrazos, tronco o

porción inferior de las piernas. Las formas solitarias aparecen fundamentalmente en la cara, aunque también en miembros superiores, mientras que los casos múltiples se localizan preferentemente en tronco y en extremidades.

Los hallazgos histológicos que corresponden a esta lesión caracterizada por una hiperplasia queratinocítica circunscrita en la que se observa una delimitación lateral brusca entre la epidermis normal y las células del acantoma de células grandes, con queratinocitos grandes uniformes, aproximadamente el doble del tamaño normal, con núcleos y citoplasmas proporcionalmente grandes. Es frecuente la presencia de pigmento melánico en la capa basal. (Lafuente et al., 2004)

Angiomiolipoma

El angiomiolipoma es un tumor mesenquimatoso benigno raro compuesto de proporciones variables de tejido lipoide maduro, fibras musculares lisas y vasos con paredes gruesas. Se ve más comúnmente en mujeres y se localiza con mayor frecuencia en el riñón. La segunda ubicación más común del tumor es el hígado, seguido del abdomen, los órganos genitales, el corazón, el mediastino, el pulmón, la piel, la cabeza y el cuello. Los síntomas más comunes en casos de cabeza y cuello han sido ronquidos, disnea, disfonía, disfagia y odinofagia.

Se reportó un caso de un paciente masculino de 60 años que asistió al departamento de cirugía de cabeza y cuello en el Hospital Antalya de Turquía, con una lesión polipoide pedunculada vascularizada de 1,5 cm, que se origina en la mitad posterior de la cuerda vocal y el proceso vocal del aritenoides

El examen microscópico reveló un tumor compuesto por una mezcla íntima de vasos sanguíneos tortuosos, haces de músculo liso y tejido adiposo maduro. (Eyigor et al., 2011)

Tumor de células granulares

El tumor de células granulares es un tumor raro, que puede afectar cualquier parte

del cuerpo, afecta principalmente a las mujeres después de la tercera década de la vida. El tumor de células granulares es generalmente benigno. La presentación maligna es extremadamente rara (1% a 3% de los casos)

Los sitios afectados con mayor frecuencia son los siguientes: lengua, tejidos subcutáneos, laringe, tracto gastrointestinal, senos, tallo hipofisario y la región anogenital. En el momento del diagnóstico, el estudio radiológico puede ser negativo, particularmente en casos de tumores pequeños con una intensidad de señal similar a la de los tejidos adyacentes. En los casos en que el estudio radiológico es positivo, la tomografía computarizada demuestra una masa bien definida con densidad de tejidos blandos.

Las características histológicas muestran un grupo de células grandes, alargadas y poligonales, o como células irregulares con núcleos pequeños, cuyo citoplasma contiene gránulos PAS positivos. (Reis et al., 2011)

Poroma ecrino

El poroma ecrino es un tumor cutáneo benigno común que se origina en un conducto ecrino intraepidérmico. Este tumor exhibe distribución acral (planta del pie, palma) y rara vez se encuentra en el área de la cabeza y el cuello. Este tumor ocurre principalmente en adultos de mediana edad o mayores, y es igualmente probable en ambos sexos.

Se reportó un caso de una mujer de 55 años que visitó el Departamento de cirugía plástica y reconstructiva, Dongguk Colegio Universitario de Medicina, Korea, con una masa que se desarrolló por primera vez en el área postauricular izquierda. La masa era indolora, suave, sobresaliente, abovedada y de color rojo oscuro, y se había agrandado lentamente.

Se realizó biopsia por escisión, el examen histológico mostró que el tumor surgió dentro de la porción inferior de la epidermis y se extendió hacia abajo en la dermis como bandas anastomizadas anchas. Las células tumorales tenían una apariencia cuboidal uniforme con un núcleo basófilo redondo. (Lee et al., 2017)

Tumor de células gigantes

Los tumores de células gigantes (TCG) se encuentran típicamente en el área metafisaria-epifisaria de los huesos largos, pero también pueden aparecer en la región de la cabeza y el cuello. Los TCG en la región del cuello de la cabeza se producen en los huesos esfenoides, etmoidales o temporales y muy raramente en el hueso hioides y el marco cartilaginoso de la laringe.

Se reportó un caso de un hombre de 30 años en el Colegio de Medicina de la Universidad de Saskatchewan, Canadá. Inicialmente presentó disfonía y disfagia. En el examen físico se sintió una masa palpable en el lado izquierdo del cuello.

La tomografía computarizada (TC) reveló una masa de 5 × 5,7 cm centrada en el cartílago tiroideo izquierdo.

Se realizó una biopsia abierta, los hallazgos histopatológicos revelaron la apariencia uniforme de la lámina de células gigantes multinucleadas similares a osteoclastos. Las células intermedias entre las células gigantes mostraron características nucleares de banda. (Arndt et al., 2017)

Adenoma sebáceo

Los adenomas sebáceos son tumores benignos multilobulares con diferenciación sebácea. El setenta por ciento se encuentra en la cabeza, siendo el sitio más común el área de la nariz y las mejillas, mientras que el 30 por ciento se encuentra en el tronco, el cuello y las piernas [3]. Ocasionalmente, los adenomas sebáceos pueden ocurrir intraoralmente, los adenomas sebáceos afectan a ambos sexos por igual.

Pueden presentarse como lesiones solitarias o múltiples y, a menudo, son pápulas o nódulos amarillos de menos de 0,5 cm de diámetro.

Histopatológicamente, los adenomas sebáceos son lesiones multilobulares con

células basaloides periféricas expandidas más allá de dos capas. A menudo tienen sebocitos maduros centrales que son más grandes con citoplasma eosinófilo y burbujeante. (Maganty et al., 2019)

Poroma

El poroma es una neoplasia benigna del epitelio sudoríparo ecrino o apocrino. Se presenta regularmente en personas mayores como lesión única, exofítica y preferentemente en dos tercios de los casos radica en las plantas o en las caras laterales de los pies, con menor frecuencia se encuentra en palmas, pocas veces en tórax, o en las extremidades superiores, muslos e inusualmente en la cara, cuello y cuero cabelludo. Se revela como pápula, nódulo o placa, generalmente asintomático, bien definido, sésil o pediculado, con superficie lisa, a veces con centro invaginado, descamativo, erosionado o ulcerado. La lesión puede ser eucrómica, eritematosa, eritematoviolácea y raras veces oscura. No hay predominio por sexo y se observa en personas mayores de 40 años. Por lo general las lesiones miden entre 0.5 y 3cm.

Histológicamente el principal hallazgo en todas las formas del poroma consiste en una proliferación compacta de queratinocitos cuboidales con núcleos pequeños, monomorfos y con escaso citoplasma, llamados células poroides. (García et al., 2008)

Mioblastoma

Es un nódulo sésil asintomático poco frecuente, rosada de consistencia firme, que rara vez supera los 3 cm. Puede afectar a varias regiones del cuerpo, como piel, tejidos blandos, mama, sistema nervioso, tracto gastrointestinal, vejiga urinaria y pulmones. En cabeza y cuello la lengua en su porción anterior es la más afectada, afecta a las mujeres dos veces más que a los hombres.

Microscópicamente, el mioblastoma muestra células eosinofílicas regordetas cuyo citoplasma muestra una riqueza granular. Las células granulares ya sean

poligonales o alargadas, muestran un patrón sincitial, con mayor frecuencia se infiltran en los tejidos adyacentes; típicamente músculos esqueléticos. (Ottoman et al., 2015)

Rabdomioma

Los rabdomiomas son tumores benignos raros derivados del músculo estriado, y se pueden clasificar generalmente en dos tipos: tipo cardíaco y tipo extracárdico. El rabdomioma cardíaco ocurre casi exclusivamente en el grupo de edad pediátrica. El rabdomioma extracárdico se puede dividir en tres grupos (adultos, fetales y genitales).

La lesión generalmente se presenta como un nódulo liso, móvil, solitario, asintomático, redondo o polipoideo en la región de la cabeza y el cuello, o como una masa intramuscular circunscrita en la lengua, la región sublingual, labios, mejillas u órbita o región submandibular.

Histológicamente, el tipo de rabdomioma en adultos se caracteriza por una proliferación en forma de láminas de células poligonales grandes y redondas fuertemente compactadas con citoplasma granular abundante, profundamente eosinófilo con uno o dos núcleos vesiculares colocados periféricamente. (Souza et al., 2013)

Sebaceoma

Las lesiones son tumores dérmicos lobulares, bien delimitados, aunque la fijación epidérmica no es infrecuente. Existen variantes quísticas con degeneración holocrina central, otras variantes incluyen una variante de patrón ondulado y variantes gigantes.

Las lesiones tienen agregaciones de sebocitos basaloides no diferenciados mezclados con grupos individuales o pequeños de sebocitos maduros vacuolados, a menudo en asociación con estructuras sebáceas similares a conductos y densos

eosinófilos. (Ho et al.,2017)

Fibroma desmoplásico

El fibroma desmoplásico (DF), una lesión benigna localmente agresiva del hueso, generalmente se observa que afecta los huesos largos, la pelvis y solo ocasionalmente se presenta como una lesión de la mandíbula. Generalmente el DF son masas firmes indoloras y de crecimiento lento, aunque puede afectar a cualquier grupo de edad, la mayoría de los pacientes se ven afectados en las primeras tres décadas de la vida.

La apariencia radiográfica puede variar de unilocular a multilocular, con o sin expansión o perforación de las placas corticales.

Histológicamente, el DF contiene tejido conectivo fibroso maduro, fibroblastos / miofibroblastos en forma de huso con núcleos largos uniformes en un estroma abundante de matriz colágena que carece de pleomorfismo celular, hipercromatismo nuclear o mitosis. (Nithya et al., 2015)

Dermatofibroma

Los dermatofibromas (histiocitoma fibroso benigno) generalmente se limitan a la dermis, generalmente ocurre en las extremidades como pápulas o nódulos de color marrón rojizo, que pueden estar elevados o ligeramente deprimidos. Las lesiones firmes y duras que se adhieren a la epidermis suprayacente pueden provocar una depresión sobre el nódulo. Las variantes del dermatofibroma se pueden clasificar en muchos tipos según sus aspectos clínicos e histológicos.

Los hallazgos histológicos que presenta fascículos celulares, haces de células tumorales en forma de huso y aumento de la atipia, hialinización focal y los depósitos de hemosiderina. (Lee et al., 2015).

Tumor desmoide

Los tumores desmoides se presentan como crecimientos circunscritos y firmes de tejido fibroso que surgen de prácticamente cualquier área con un componente de tejido conectivo, mostrando propensión a infiltrarse en los tejidos circundantes y ocasionalmente encerrar vasos sanguíneos y nervios. Tienen un predominio femenino, mientras que la mayor incidencia se presenta entre pacientes de entre 15 y 60 años. Según la ubicación de aparición, los tumores desmoides se clasifican en: intraabdominales, abdominales y extraabdominales. Dentro de los extraabdominales el cuello es uno de los sitios más comunes de aparición.

El aspecto histológico la neoplasia está compuesta de fibroblastos maduros en forma de huso con un rico componente colágeno, con un índice mitótico variable pero sin evidencia de anaplasia celular o mitosis anormales. (Klonaris et al., 2018)

Lentigo

Es una mancha por hiperpigmentación de la piel, bien delimitada y de color marrón oscuro, que se produce a causa de una acumulación de pigmento. Puede aparecer por todo el cuerpo, sola, en grupos o difusa. Se presenta a cualquier edad. Los lentigos solares se localizan preferentemente en zonas de exposición solar: dorso de las manos, mejillas, frente, tronco y extremidades; son de distintos tamaños, las más grandes, suelen aparecer preferentemente en cara. Las localizaciones en mucosas mayormente asientan en los labios, son manchas de color pardo o pigmentado, cuyo tamaño varía de milímetros a algunos centímetros.

Histológicamente la dermis presenta infiltrado perivascular con células mononucleares, macrófagos esparcidos cargados de pigmento melánico con hiperplasia de células melanocíticas de la capa basal epidérmica. (Small et al., 2014)

Mioepitelioma

El mioepitelioma es una rara neoplasia de glándulas salivales. Con mayor frecuencia afectan las glándulas salivales mayores y menores. Tienen una superficie de corte sólida, bronceada o amarillenta, brillante. La mayoría de estos tumores ocurren en adultos, con algunos casos reportados en la población pediátrica. Ambos sexos se ven afectados por igual. La edad promedio de un paciente con mioepitelioma es de 44 años.

Histológicamente está compuesto por células mioepiteliales neoplásicas, con un patrón epitelioide de células uniformes con núcleos pequeños centrales con cromatina fina, nucléolos discretos y un citoplasma eosinofílico. (Weitzel et al., 2017)

Angiofibroma

Es una neoplasia vascular benigna e infrecuente, afecta a hombres jóvenes entre 9 y 19 años. La presentación clínica habitual incluye obstrucción nasal, rinorrea y epistaxis recurrente unilateral.

Histológicamente, el angiofibroma es una lesión pseudoencapsulada con un componente vascular irregular compuesto por numerosos vasos sanguíneos de diferentes calibres incrustados en un estroma fibroso, rico en colágeno y fibroblastos. (Sáez et al., 2016)

Melanoacantoma

Es un proceso benigno, reactivo. La edad de presentación varía de 9 a 77 años. El melanoacantoma oral muestra una predilección femenina, con una relación hombre a mujer de 2: 1. El sitio de afectación más frecuente es la mucosa bucal, pero también se ven implicados la mucosa del labio, paladar, encía y mucosa alveolar. Clínicamente, la lesión es una mácula negra o marrón plana o ligeramente elevada y puede aumentar rápidamente de tamaño, desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros..

Histológicamente, los melanocitos que generalmente están restringidos a la capa basal se encuentran distribuidos por todo el epitelio. También hay presencia las células de Langerhans generalmente distribuidas en el epitelio superficial.

(Lakshminarayanan et al., 2009)

Hemangioentolioma

Es una neoplasia potencialmente maligna que Afecta casi exclusivamente la dermis y subcutis de las extremidades distales y raramente la cabeza y cuello. Se presenta como un tumor solitario o como múltiples nódulos agrupados dentro la misma región. Su color es normal o azulado, su consistencia firme, y varía en tamaño desde unos pocos milímetros a unos pocos centímetros, con la mayoría de las lesiones siendo menos de 2.0 cm.

No existe una predilección de género significativa, pero las lesiones solitarias tienden ser más común en varones y lesiones multifocales en mujeres.

Microscópicamente muestra un patrón bifásico, con muchos espacios vasculares cavernosos y un sólido estroma celular. Los espacios cavernosos tienen paredes delgadas, están revestidos por planos células endoteliales, y contienen sangre, trombos y flebolitos. (Tosios et al., 2008)

Miopericitoma

Es un tumor benigno que se compone de células de forma ovalada a huso de crecimiento lento y el diámetro suele ser inferior a 2 cm, es morfológicamente heterogéneo y puede exhibir un amplio espectro histológico. Ocurre predominantemente en la piel y el tejido blando superficial de las extremidades distales, seguido de la región de la cabeza y el cuello, y el tronco.

El tumor también se caracteriza por la presencia de numerosos vasos pequeños y medianos circundantes con una disposición perivascular concéntrica de células neoplásica.

Histológicamente se caracteriza por la encapsulación fibrosa colágena y la presencia de células dispuestas dentro de islas concéntricas. También se

caracteriza por la presencia de numerosos vasos pequeños y medianos circundantes con una disposición perivascular concéntrica de células neoplásicas. (Jung et al., 2012)

Las lesiones idiopáticas, alcanzaron un 1,06% (38), este grupo de patologías concentra lesiones de etiología que no ha sido plenamente identificada. Cuadro 34.

Cuadro 34. Distribución de lesiones idiopáticas según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión
Diagnóstico	Lesiones idiopáticas
Nevo sebáceo	10
Queratosis seborreica	5
Lengua geográfica	3
Fibromatosis gingival	2
Lesión granulomatosa	2
Hipertrofia muscular	1
Nódulo linfoide	1
Atrofia muscular	1
Total	25

Las lesiones pigmentadas representan el 5.51%, (197), los nevos intradérmicos fueron las lesiones más frecuentes, se incluye el tatuaje, aunque se trata de lesiones adquiridas, usualmente por introducción de material extraño particularmente producto de materiales de obturación como la amalgama. Cuadro 35.

Cuadro 35. Distribución de lesiones pigmentadas según diagnóstico

	Naturaleza de la lesión	%

Diagnóstico	Lesiones pigmentadas	
Nevo intradérmico	139	74,33
Nevo compuesto	29	15,51
Tatuaje	9	4,81
Efélide	5	2,67
Nevo de Spitz	2	1,07
Pigmentación melánica	1	0,53
Mácula melanocítica	1	0,53
Melanosis racial	1	0,53
Total	197	100

Las lesiones infecciosas de ganglios fueron escasas, siendo únicamente las lesiones linfoepiteliales y el nódulo linfoide los casos reportados en este grupo de lesiones.

LOCALIZACIÓN INTRAORAL

Uno de los datos más importantes durante el proceso del diagnóstico es la localización. Cada uno de los sectores de la cavidad bucal posee características histológicas y fisiológicas que le confieren factores de protección o de riesgo para el desarrollo de lesiones bucales, por ejemplo lesiones premalignas o malignas en piso de boca, dadas las características de la mucosa en esa región, que es más delgada. Por lo que es más fácil que surjan este tipo de lesiones por exposición a tabaco y alcohol. Además, la clasificación topográfica de las patologías bucales es un auxiliar importante, porque facilita el proceso del diagnóstico al reducir los posibles diagnósticos, ya que hay lesiones propias de esas estructuras, como las queilitis que surgen específicamente en los labios. (Urquia et al., 2014)

Otro ejemplo puede ser el de los tumores odontogénicos, que afectan los maxilares, aun las poco frecuentes lesiones periféricas se observan en tejidos que recubren hueso particularmente encías. (Salgado et al., 2018) A continuación, se presenta la distribución de las lesiones según su naturaleza y localización.

Se presenta la localización de las lesiones considerando el orden del examen de estas estructuras.

La mucosa del labio inferior es asiento de una gran variedad de patologías de distinta naturaleza, se registraron 365 casos, (10.2%) en su mayoría lesiones reactivas de tejidos blandos, lesiones vasculares, lesiones de glándulas salivales, neoplasias e incluso tumores malignos. Específicamente la patología más frecuente fue la hiperplasia fibrosa epitelial. Cuadro 36

Cuadro 36. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en mucosa labial inferior.

MUCOSA LABIAL INFERIOR			
	Diagnostico	Total	%
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa epitelial	38	44,93
	Hiperplasia fibrosa	31	
	Fibroma de Células Gigantes	22	
	Hematoma en resolución	15	
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	14	
	Granuloma piógeno	11	
	Tejido de reparación	9	
	Coágulo en resolución	7	
	Hiperplasia epitelial	4	
	Granuloma piógeno esclerosante	3	
	Tejido cicatrizal	3	
	Quiste de inclusión epitelial	2	
	Proceso inflamatorio inespecífico	1	
	Queilitis erosiva	1	
	Hiperplasia linfoide	1	
	Tejido de granulación	1	
Queilitis	1		
Subtotal	164		
Lesiones vasculares	Hemangioma	10	4,93
	Hemangiopericitoma	3	
	Leiomioma	3	
	Hemangiolinfangioma capilar	2	
	Subtotal	18	

Neoplasias Benignas	Neuroma	6	3,84
	Neurofibroma	3	
	Acantoma	1	
	Neurilemoma	1	
	Tumor desmoide	1	
	Tumor de células granulares	1	
	Angiomiolipoma	1	
	Subtotal	14	
Neoplasias malignas	Carcinoma espinocelular	2	0,55
	Subtotal	2	
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Mucocele	164	45,75
	Sialosis	1	
	Sialoadenitis	1	
	Subtotal	167	
	Total	365	100

Una distribución similar a la del labio inferior se observó en la mucosa labial superior; se reportaron 83 casos, (2.3%) prevaleciendo la hiperplasia fibrosa epitelial y la hiperplasia fibrosa. Cuadro 37.

Cuadro 37. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en mucosa labial superior

MUCOSA LABIAL SUPERIOR		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa epitelial	12
	Hiperplasia fibrosa	12
	Granuloma piógeno	9
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	9
	Fibroma de Células Gigantes	5
	Hematoma en resolución	2
	Coágulo en resolución	1
	Proceso inflamatorio subagudo	1
	Subtotal	51
Lesiones vasculares	Hemangioma	7
	Leiomioma	2
	Linfangioma	1

	Hemangioliinfangioma	1
	Subtotal	11
Neoplasias Benignas	Histiocitoma	9
	Angioqueratoma	2
	Lipoma	1
	Neurofibroma	1
	Fibrohistiocitoma	1
	Subtotal	14
Neoplasias malignas	Carcinoma espinocelular	1
	Tumor mucoepidermoide	1
	Subtotal	2
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Mucocele	5
	Subtotal	5
	Total	83

La mucosa vestibular por estar expuesta a irritación crónica y trauma también, mostró un porcentaje alto de lesiones reactivas, vasculares, y neoplasias benignas y malignas que han sido descritas en esta región. (Borguelli, 1979). Cuadro 38.

Cuadro 38. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en mucosa vestibular

MUCOSA VESTIBULAR			
	Diagnostico	Total	%
	Fibroma de Células Gigantes	64	87,41

Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa	58	
	Hiperplasia fibrosa epitelial	54	
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	36	
	Granuloma piógeno	20	
	Hiperplasia epitelial	6	
	Osteofibroma	5	
	Hematoma en resolución	3	
	Coágulo en resolución	2	
	Proceso inflamatorio inespecífico	2	
	Hipertrofia muscular	1	
	Úlcera eosinófila	1	
	Lesión granulomatosa	1	
	Úlcera traumática	1	
	Hiperplasia linfoide	1	
	Sialometaplasia	1	
Lesión traumática	1		
Subtotal	257		
Lesiones vasculares	Hemangioma	8	3,40
	Hemangioliinfangioma	1	
	Leiomioma	1	
	Subtotal	10	
Neoplasias Benignas	Fibrolipoma	7	5,50
	Lipoma	3	
	Neurofibroma	1	
	Fibrohistiocitoma	1	
	Histiocitoma	1	
	Neurilemoma	1	
	Angiomiolipoma	1	
	Adenoma sebáceo	1	
	Subtotal	16	
Neoplasias malignas	Carcinoma espinocelular	2	1,02
	Rabdomiosarcoma	1	
	Subtotal	3	
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Mucocele	8	2,72
	Subtotal	8	
	Total	294	100

En el surco vestibular se detectaron 48 casos, predominando las lesiones reactivas de tejidos blandos; aunque también se observó la presencia de lesiones vasculares, neoplasias benignas, un carcinoma adenoideo quístico que tuvo su origen en esta localización, un tatuaje, que es una alteración debida a la inclusión de polvo de

obturaciones de amalgama, o coronas de metal que, al ser removidas sin utilizar dique de hule, penetran la mucosa y permanecen dando un tinte azulado de diversa intensidad a los tejidos involucrados (Borguelli, 1979). Cuadro 39.

Cuadro 39. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en surco vestibular

SURCO VESTIBULAR		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	34
	Hiperplasia fibrosa	3
	Hiperplasia fibrosa epitelial	2
	Fibroma de Células Gigantes	1
	Hiperplasia epitelial	1
	Subtotal	41
Lesiones vasculares	Hemangioma	2
	Subtotal	2
Neoplasias Benignas	Neuroma	1
	Lipoma	1
	Subtotal	2
Neoplasias malignas	Carcinoma adenoideo quístico	1
	Subtotal	1
Lesiones pigmentadas	Tatuaje	1
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Sialosis	1
	Subtotal	2
	Total	48

enciá insertada independientemente de la región dental y el maxilar afectado (se observaron neoplasias). Las lesiones registradas fueron encabezadas por las lesiones reactivas de tejidos blandos, específicamente por el granuloma piógeno.

Las patologías localizadas en encía insertada corresponden a 266 (7,41%) casos, donde se resalta la presencia de 10 casos de neoplasias malignas. Cuadro 40.

Cuadro 40. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y

localización en encía insertada

ENCIA INSERTADA			
	Diagnóstico	Total	%
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Granuloma piógeno	95	
	Granuloma de Células Gigantes	32	
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	32	
	Osteofibroma periférico	16	
	Proceso inflamatorio inespecífico	13	
	Fibroma de Células Gigantes	10	
	Tejido de granulación	8	
	Hiperplasia epitelial	6	
	Hiperplasia fibrosa epitelial	6	
	Proceso inflamatorio subagudo	6	
	Hiperplasia fibrosa	5	
	Tejido cicatrizal	3	
	Granuloma de Células Gigantes periférico	2	
	Hematoma en resolución	1	
	Tejido de reparación	1	
	Lesión ulcerativa	1	
	Quiste de inclusión epitelial	1	
Subtotal	238	89,47	
Lesiones vasculares	Hemangiopericitoma	1	
	Leiomioma	1	
	Subtotal	2	0,75
Neoplasias Benignas	Tumor miofibroblástico	4	
	Neurotecoma	3	
	Neurilemoma	2	
	Neuroma	1	
	Fibrolipoma	1	
	Angiofibroma	1	
	Miopericitoma	1	
	Neurofibroma	1	
	Histiocitoma	1	
Subtotal	15	5,64	
Neoplasias malignas	Carcinoma espinocelular	5	
	Fibrosarcoma	1	
	Neoplasia maligna de células redondas	1	
	Carcinoma in situ	1	
	Carcinoma verrucoso	1	
	Angiosarcoma	1	
	Subtotal	10	3,76
Lesiones pigmentadas	Tatuaje	1	
	Subtotal	1	0,38
	Total	266	100

En la mucosa del proceso alveolar se reportaron 65 casos de lesiones, según su naturaleza comprenden como las más comunes las lesiones reactivas de tejidos

blandos y como principal patología la hiperplasia fibrosa inflamatoria, con casos aislados de hemangioma, mucocele y pigmentación por tatuaje. Cuadro 41.

Cuadro 41. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en mucosa de proceso alveolar

MUCOSA DE PROCESO ALVEOLAR		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	13
	Granuloma piógeno	10
	Granuloma de Células Gigantes	7
	Hiperplasia fibrosa	5
	Hiperplasia fibrosa epitelial	3
	Fibroma de Células Gigantes	2
	Proceso inflamatorio inespecífico	2
	Hematoma en resolución	2
	Tejido de granulación	2
	Granuloma piógeno esclerosante	1
	Fibroma blando	1
	Tejido de reparación	1
	Tejido cicatrizal	1
	Subtotal	50
Lesiones vasculares	Hemangioma	1
	Subtotal	1
Neoplasias Benignas	Tumor miofibroblástico	1
	Neurilemoma	1
	Neurotecoma	1
	Neuroma	1
	Neuroma	1
	Linfoma indiferenciado	1
	Subtotal	6
Neoplasias malignas	Carcinoma espinocelular	3
	Neoplasia maligna de células redondas	1
	Carcinoma verrucoso	1
	Carcinoma de Células Gigantes	1
	Subtotal	7
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Mucocele	1
	Subtotal	1
Lesiones pigmentadas	Tatuaje	1
	Subtotal	1
	Total	65

Se reportaron escasos casos en localizaciones del paladar, predominando el paladar duro sobre el paladar blando.

Se registraron únicamente 38 casos en paladar duro, una mayoría de lesiones reactivas de tejidos blandos y bajos números en lesiones vasculares y neoplasias.

Cuadro 42.

Cuadro 42. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en paladar duro

MUCOSA DE PALADAR DURO		
	Diagnóstico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Granuloma piógeno	14
	Fibroma de Células Gigantes	7
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	3
	Hiperplasia fibrosa	2
	Granuloma de Células Gigantes	2
	Hiperplasia fibrosa epitelial	2
	Mucocele	1
	Hiperplasia epitelial	1
	Granuloma piógeno esclerosante	1
	Subtotal	33
Lesiones vasculares	Leiomioma	2
	Hemangioma	1
	Subtotal	3
Neoplasias Benignas	Tumor miofibroblástico	1
	Subtotal	1
Neoplasias malignas	Carcinoma espinocelular	1
	Subtotal	1
	Total	38

En paladar blando se reportaron solo 6 casos. A diferencia del paladar duro, no se registraron neoplasias malignas. Cuadro 43.

Cuadro 43. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en paladar blando

MUCOSA DE PALADAR BLANDO		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Fibroma de Células Gigantes	2
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	1
	Subtotal	3
Lesiones vasculares	Hemangioma	1
	Subtotal	1
Neoplasias Benignas	Angiomiolipoma	1
	Mioepitelioma	1
	Subtotal	2
	Total	6

En las diferentes regiones de la lengua se localizaron 204 lesiones, en su mayoría lesiones reactivas de tejidos blandos. el mayor número de casos reportados fue en

el borde de la lengua.

En el vientre lingual se reportaron 41 casos, prevaleciendo las lesiones reactivas de glándulas salivales y como principal patología el quiste de Blandin Nunh, se reportó un caso de carcinoma epidermoide. Cuadro 44.

Cuadro 44. Distribución de lesiones según diagnóstico y localización en lengua vientre.

LENGUA VIENTRE		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa epitelial	5
	Granuloma piógeno	2
	Fibroma de Células Gigantes	2
	Hiperplasia epitelial	2
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	1
	Proceso inflamatorio inespecífico	1
	Hematoma en resolución	1
	Lesión ulcerativa	1
	Subtotal	15
Lesiones vasculares	Hemangioma	2
	Hemangiolinfangioma	2
	Linfangioma	1
	Subtotal	5
Neoplasias benignas	Fibrohistiocitoma	1
	Subtotal	1
Neoplasias malignas	Carcinoma epidermoide	1
	Subtotal	1
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Quiste de Blandin-Nuhn	16
	Mucocele	2
	Subtotal	18
Lesiones infecciosas de ganglios	Nódulo linfoide	1
	Subtotal	1

	Total	41
--	-------	----

En el borde lingual se detectaron 84 lesiones, con predominio de lesiones reactivas de tejidos blandos, las patologías más frecuentes fueron el fibroma de Células Gigantes y la hiperplasia fibrosa epitelial. Se presentaron 4 casos de neoplasias malignas. Cuadro 45.

Cuadro 45. Distribución de lesiones según diagnóstico y localización en lengua borde.

LENGUA BORDE		
	Diagnóstico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Fibroma de Células Gigantes	17
	Hiperplasia fibrosa epitelial	17
	Granuloma piógeno	10
	Hiperplasia fibrosa	9
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	8
	Hiperplasia epitelial	4
	Coágulo en resolución	1
	Hematoma en resolución	1
	Úlcera eosinófila	1
	Úlcera traumática	1
Quiste de inclusión epitelial	1	

	Subtotal	70
Lesiones vasculares	Hemangioma	2
	Hemangiopericitoma	1
	Subtotal	3
Neoplasias Benignas	Lipoma	1
	Neuroma	1
	Mioblastoma	1
	Rabdomioma	1
	Melanoacantoma	1
	Subtotal	5
Neoplasias malignas	Carcinoma espinocelular	3
	Carcinoma verrucoso	1
	Subtotal	4
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Mucocele	1
	Sialosis	1
	Subtotal	2
	Total	84

En el dorso lingual se localizaron 37 casos, predominando las lesiones reactivas de tejidos blandos. En esta ubicación se presentó un caso de carcinoma verrucoso.

Cuadro 46.

Cuadro 46. Distribución de lesiones según diagnóstico y localización en lengua dorso.

LENGUA DORSO		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa epitelial	10
	Fibroma de Células Gigantes	6
	Hiperplasia fibrosa	3
	Granuloma piógeno	3
	Úlcera eosinófila	2
	Hiperplasia epitelial	1
	Granuloma de Células Gigantes	1

	Quiste de inclusión epitelial	1
	Subtotal	27
Lesiones vasculares	Hemangioma	1
	Leiomioma	1
	Linfangioma	1
	Subtotal	3
Neoplasias Benignas	Neuroma	1
	Histiocitoma	1
	Neurilemoma	1
	Mioblastoma	1
	Rabdomioma	1
	Subtotal	5
Neoplasias malignas	Carcinoma verrucoso	1
	Subtotal	1
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Mucocele	1
	Subtotal	1
	Total	37

En la punta de la lengua se registraron 42 casos, con una mayoría de lesiones reactivas de tejidos blandos; específicamente el fibroma de Células Gigantes, a diferencia de las demás localizaciones en lengua, no se reportaron neoplasias malignas. Cuadro 47.

Cuadro 47. Distribución de lesiones según diagnóstico y localización en lengua punta.

LENGUA PUNTA		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Fibroma de Células Gigantes	12
	Hiperplasia fibrosa	6
	Hiperplasia fibrosa	6

	epitelial	
	Hiperplasia epitelial	4
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	2
	Proceso inflamatorio inespecífico	2
	Hematoma en resolución	2
	Granuloma piógeno	1
	Úlcera eosinófila	1
	Subtotal	36
Lesiones vasculares	Hemangioma	3
	Subtotal	3
Neoplasias Benignas	Neuroma	2
	Subtotal	2
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Mucocele	1
	Subtotal	1
	Total	42

Los clínicos reportaron solo 16 patologías en piso de boca, que comprenden tres categorías; lesiones reactivas de tejidos blandos y de glándulas salivales (ránula y mucocele). Cuadro 48.

Cuadro 48. Distribución de lesiones según diagnóstico y localización en piso de boca.

PISO DE BOCA		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Granuloma piógeno	1
	Granuloma de Células Gigantes	1
	Úlcera eosinófila	1

	Úlcera traumática	1
	Subtotal	4
Lesiones reactivas de glándulas salivales	Ránula	10
	Mucocele	2
	Subtotal	12
	Total	16

Las lesiones registradas en el área del trígono correspondieron a 82 casos. Siendo la pericoronitis en dientes semi-erupcionados la lesión más común (infecciosa). Cuadro 49.

Cuadro 49. Distribución de lesiones según diagnóstico y localización en trígono.

TRIGÓNO		
	Diagnostico	Total
Lesiones reactivas de tejidos blandos	Hiperplasia fibrosa	3
	Fibroma de Células Gigantes	2
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	1
	Granuloma piógeno esclerosante	1
	Granuloma de Células Gigantes	1
	Subtotal	8
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	Pericoronitis (relacionado con terceros molares inferiores semierupcionados)	74
	Subtotal	74
	Total	82

LOCALIZACIÓN INTRAÓSEA.

Las lesiones intraóseas ubicadas en maxila correspondieron a 268 casos (7,49%), según su diagnóstico en orden decreciente de frecuencia, los quistes y tumores odontogénicos fueron los más comunes, seguidos por las lesiones infecciosas, las lesiones fibroóseas y por último los quistes del desarrollo odontogénicos. Las lesiones con localización Intraóseas están ligadas a procesos patológicos originados en órganos dentarios. Las lesiones infecciosas intraóseas al igual que los quistes y tumores odontogénicos son las que más frecuentes, dentro de los cuales las lesiones con mayor predominio fueron el Granuloma Periapical, el Quiste Periapical, el Quiste Dentífero y el Queratoquiste.

Algunos lesiones como el Quiste Dentífero, el Fibroma Osificante y el Queratoquiste presentaron una extensión hacia el cuerpo y rama mandibular.

Con extensión hacia el hueso palatino solo se presentaron dos lesiones; un granuloma Periapical y un Quiste Periapical. Mientras que en el proceso alveolar las lesiones más frecuentes fueron el Quiste Ontogénico Epitelial Calcificante, el Granuloma Periapical y el Granuloma Central de Células Gigantes. En seno maxilar se reportaron patologías comunes en dicha localización siendo la sinusitis maxilar la principal patología reportada en este sitio.

El Osteofibroma es una lesión periférica formadora de hueso, de probable naturaleza reactiva, este diagnóstico se incluyó en lesiones fibroóseas, debido al depósito de hueso y proliferación reactiva fibroblástica. En algunos casos los clínicos no especificaron la localización de las lesiones. Cuadro 50.

Cuadro 50 Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en maxila

Localización intraósea	MAXILA				Total
	Lesiones infecciosas intraóseas	Lesiones fibroóseas	Quistes y tumores odontogénicos	Quistes de los maxilares	
Granuloma Periapical	101	0	0	0	101
Quiste Dentígero	0	0	44	0	44
Quiste Periapical	0	0	35	0	35
Queratoquiste	0	0	18	0	18
Odontoma	0	0	14	0	14
Odontoma compuesto	0	0	8	0	8
Granuloma de Células Gigantes	7	0	0	0	7
Granuloma dental	6	0	0	0	6
Displasia Ósea	0	4	0	0	4
Quiste residual	0	0	4	0	4
Fibromixoma	0	0	3	0	3
Quiste odontogénico epitelial calcificante	0	0	3	1	4
Granuloma de Células Plasmáticas	3	0	0	0	3
Osteomielitis Crónica	3	0	0	0	3
Exostosis Ósea	0	2	0	0	2
Absceso	2	0	0	0	2
Quiste paradental	0	0	2	0	2
Fibroma Osificante	0	1	0	0	1
Fibroma cementificante	0	1	0	0	1
Tumor de células fantasma	0	0	1	0	1
Dentinoma temprano	0	0	1	0	1
Fibroadontoma	0	0	1	0	1
Mixoma	0	0	1	0	1
Cementoma	0	0	1	0	1
Total	122	8	136	1	268
%	45,86	3,01	51,13	0,38	100

Mientras que las lesiones localizadas en la premaxila, según su naturaleza comprenden a las lesiones infecciosas como las más comunes, seguidas por los quistes y tumores odontogénico, y un caso de Fibroma Osificante juvenil,. El Osteofibroma es una lesión periférica formadora de hueso, este diagnóstico se incluyó en lesiones fibroóseas, pero se localizaron un caso en encía de premaxila. Cuadro 51.

Cuadro 51. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en premaxila

Diagnóstico	PREMAXILA			Total
	Lesiones infecciosas intraóseas	Lesiones fibroóseas	Quistes y tumores odontogénicos	
Granuloma Periapical	20	0	0	20
Quiste Dentífero	0	0	7	7
Quiste Periapical	0	0	5	5
Queratoquiste	0	0	3	3
Granuloma dental	2	0	0	2
Fibroma Osificante juvenil	0	1	0	1
Osteomielitis supurativa crónica y Osteomielitis crónica	2	0	0	2
Quiste residual	0	0	1	1
Absceso	1	0	0	1
Total	25	1	16	42

Las lesiones localizadas en el mentón fueron escasas, la mayoría de los casos

corresponden a quistes y tumores odontogénicos, seguida por las lesiones fibroóseas, y en un bajo número lesiones infecciosas. Cuadro 52.

Cuadro 52. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en mandíbula mentón

Diagnostico	MANDIBULA MENTON			Total
	Lesiones infecciosas intraóseas	Lesiones fibroóseas	Quistes y tumores odontogénicos	
Quiste Dentígero	0	0	5	5
Odontoma Compuesto	0	0	3	3
Granuloma Periapical	2	0	0	2
Granuloma Central de Células Gigantes	2	0	0	2
Fibroma Cementificante	0	2	0	2
Quiste Periapical	0	0	1	1
Exostosis Ósea	0	1	0	1
Total	4	3	9	16

En el cuerpo mandibular la localización de las lesiones presenta una distribución similar, notándose la presencia de 291 (8,13%) lesiones en el cuerpo mandibular, prevaleciendo los quistes y tumores odontogénicos, particularmente el quiste Dentígero. Cuadro 53.

Las patologías localizadas en mandíbula con extensión hacia la rama incluyen el Quiste Dentígero, Queratoquiste, Fibroma Osificante y Osteomielitis crónica.

Cuadro 53. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la

lesión y localización en mandíbula cuerpo

Diagnostico	MANDIBULA CUERPO			Total
	Lesiones infecciosas intraóseas	Lesiones fibroóseas	Quistes y tumores odontogénicos	
Quiste Dentígero	0	0	110	110
Granuloma Periapical	42	0	0	42
Queratoquiste	0	0	28	25
Fibroma Osificante	0	11	0	11
Odontoma Complejo	0	0	11	11
Granuloma de Células Gigantes	10	0	0	10
Quiste Periapical	0	0	9	9
Fibroma Cementificante	0	7	0	7
Osteomielitis Esclerosante Crónica	7	0	0	7
Granuloma Dental	6	0	0	6
Quiste Odontogénico Calcificante	0	0	5	5
Quiste Residual	0	0	5	5
Odontoma Compuesto	0	0	5	5
Quiste Paradental	0	0	5	5
Displasia Ósea Monostótica	0	4	0	4
Torus Mandibular	0	4	0	4
Fibromixoma	0	0	3	3
Mixoma	0	0	3	3
Ameloblastoma	0	0	3	3
Exostosis Ósea	0	2	0	2
Granuloma de Células Plasmáticas	2	0	0	2
Fibroma Cemento Osificante	0	0	2	2
Fibroodontoma	0	0	2	2
Fibroma Odontogénico	0	0	2	2
Osteomielitis Crónica	1	0	0	1
Tumor de Células Fantasma	0	0	1	1
Absceso	1	0	0	1
Cementoblastoma	0	0	1	1
Cementoma	0	0	1	1
Fibroma Condromixoide	0	1	0	1
Total	69	25	196	290
%	23,79	8,62	67,58	100

En tanto que los clínicos reportaron como localización en el hueso alveolar en el maxilar un Granuloma Periapical y un Quiste Periapical, sin especificar región dental; en 14 casos no se identificó la región dental ni el maxilar afectado. Cuadro 54

Cuadro 54. Distribución de lesiones según diagnóstico, naturaleza de la lesión y localización en proceso alveolar

Diagnóstico	PROCESO ALVEOLAR			Total
	Lesiones infecciosas intraóseas	Lesiones fibroóseas	Quistes y Tumores Odontogénicos	
Quiste odontogénico calcificante	0	0	3	3
Granuloma Periapical	2	0	0	2
Granuloma de Células Gigantes	2	0	0	2
Exostosis Ósea	0	2	0	2
Quiste Dentígero	0	0	1	1
Osteomielitis crónica	1	0	0	1
Odontoma Complejo	0	0	1	1
Quiste Periapical	0	0	1	1
Granuloma de Células Plasmáticas	1	0	0	1
Total	6	2	6	14

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

De acuerdo a su aspecto morfológico la mayoría de las lesiones se manifestaron como lesiones elevadas independientemente de su naturaleza, las lesiones al ras de la mucosa y las lesiones de continuidad fueron las menos frecuentes. La descripción del tipo morfológico en algunas lesiones intraóseas se debe a las dimensiones de las mismas y a su manifestación en la cavidad bucal Cuadro 55.

Las lesiones de tejidos blandos independientemente de su naturaleza fueron las

más frecuentes, la localización de las lesiones de tipo o reactivo fueron las más comunes en mucosas expuestas a irritación crónica y trauma. (Urquía et al., 2014)

Cuadro 55. Distribución naturaleza de la lesión según tipo de lesión

Naturaleza de la lesión	Tipo de lesión				Total
	Elevada	Intraósea	Mácula	Ulcerada	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	988	34	11	0	1033
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	561	34	13	6	614
Quistes y tumores odontogénicos	71	310	0	0	381
Lesiones infecciosas intraóseas	73	211	0	4	288
Neoplasias benignas	233	14	0	0	247
Lesiones reactivas de glándulas salivales	238	0	2	0	240
Lesiones de desarrollo de origen dental	71	125	0	0	196
Lesiones pigmentadas	173	1	18	0	192
Lesiones fibroóseas	53	31	0	1	85
Neoplasias malignas	61	5	0	0	66
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	29	8	0	0	37
Lesiones premalignas	22	2	4	2	30
Lesiones idiopáticas	13	6	1	1	21
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	10	0	3	3	16
Lesiones vasculares	13	0	1	0	14
Tumores de glándulas salivales	12	0	0	0	12
Condiciones no patológicas y tejidos propios	3	2	1	1	7
Quistes de los maxilares	0	5	0	0	5
Lesiones infecciosas de ganglios	2	0	0	0	2
Total	2626	788	62	46	3486
%	75,33	22,60	1,55	0,52	100

Durante el proceso de diagnóstico identificar las características morfológicas de las lesiones facilita el diagnóstico, Las lesiones elementales de la mucosa oral se pueden dividir en tres grandes grupos, lesiones elevadas, lesiones al ras de la mucosa (Manchas y máculas) y lesiones por debajo del nivel de la mucosa

(lesiones de continuidad), estas a su vez se dividen en subgrupos en función de su contenido y diámetro. El tipo de las lesiones elementales observadas en este reporte, corresponde a la descripción morfológica descrita en la literatura. (Borghelli 1979)

La descripción del tipo morfológico en algunas lesiones intraóseas se debe a las dimensiones de las mismas y a su manifestación en la cavidad bucal.

No se registró tipo de lesión en 89 casos (2.48%) en el examen clínico.

NÚMERO DE LESIÓN

La mayoría de las patologías diagnosticadas fueron únicas (83,18%), no obstante que la descripción de número como unilateral, bilateral, localizada y generalizada, son criterios para las lesiones múltiples, en un 2,3% fueron utilizados por el clínico incorrectamente.

De acuerdo a la naturaleza de las lesiones, en el cuadro 56 se enlistan en orden decreciente de frecuencia. No se registró número de lesión en 37 casos (1.03%) en el examen clínico Cuadro 56.

Cuadro 56. Distribución naturaleza de la lesión según número de lesión.

Naturaleza de la lesión	Numero de lesión						Total
	Única	Múltiple	Unilateral	Bilateral	Localizada	Generalizada	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	883	132	1	11	9	2	1038
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	505	97	2	6	0	10	620
Quistes y tumores odontogénicos	324	61	1	5	1	2	394
Lesiones infecciosas intraóseas	278	16	1	0	0	5	300
Neoplasias benignas	213	32	2	3	1	0	251
Lesiones reactivas de glándulas salivales	231	8	1	0	1	0	241
Lesiones de desarrollo de origen dental	100	91	1	5	1	0	198
Lesiones pigmentadas	143	43	2	2	1	1	192

Lesiones fibroósas	79	7	1	0	0	1	88
Neoplasias malignas	60	7	0	0	0	0	67
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	35	1	0	1	0	0	37
Lesiones premalignas	25	4	0	1	0	0	30
Lesiones idiopáticas	21	2	0	0	0	0	23
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	10	7	0	0	0	0	17
Lesiones vasculares	12	2	0	0	0	0	14
Tumores de glándulas salivales	12	0	0	0	0	0	12
Condiciones no patológicas y tejidos propios	6	2	0	0	0	0	8
Quistes de los maxilares	3	2	0	0	0	0	5
Lesiones infecciosas de ganglios	3	0	0	0	0	0	3
Total	2943	514	12	34	14	21	3538
%	83,18	14,53	0,34	0,96	0,40	0,59	100

La descripción del número de lesiones con la misma morfología, también puede orientar el diagnóstico de lesiones específicas, aunque es posible identificar lesiones múltiples con diferente morfología, es decir lesiones originadas por exposición sincrónica a ciertos agentes, o bien trastornos que a lo largo de su evolución su morfología varía, como las lesiones ampollares, le Gingivoestomatitis Herpética, el Eritema Multiforme, entre otras. (Grinspan 1975)

La mayoría de las enfermedades bucales se presentan como lesiones únicas, mientras que los ejemplos de lesiones múltiples son más limitados, entre ellas se encuentran la hiperplasia epitelial focal, la Gingivoestomatitis Herpética, la candidiasis, en el interior del hueso el Queratoquiste ya sea que acompañe o no al Síndrome Nevo Basocelular, el Tumor Pardo del Hiperparatiroidismo y el Mieloma Múltiple. (Borghelli, 1979)

En algunos casos las lesiones múltiples con la misma o diferente morfología forman parte de síndromes genéticos o cromosómicos. Algunos ejemplos serían, la Neurofibromatosis, La Displasia Ectodérmica, el Seudo Xantoma Elástico, el síndrome de Klippel Trénaunay, Displasia Cleidocraneal y Displasia Mandíbulo

Craneal.

Los ejemplos de lesiones generalizadas son contados y podemos citar la hiperplasia gingival por Dilantin, la Gingivitis Hiperplásica Idiopática, el Cementoma Gigantiforme y el Querubismo.

SUPERFICIE

La superficie referida por los clínicos en las solicitudes de la biopsia en la mayoría de los casos fue lisa, independientemente de la naturaleza de la lesión, particularmente en las patologías originadas en tejidos blandos. la descripción de la superficie en algunas lesiones intraóseas se debe a las dimensiones de las mismas y a su manifestación en la cavidad bucal. No se registró la superficie en 876 casos (24.50%). Cuadro 57.

Cuadro 57. Distribución naturaleza de la lesión según superficie

Naturaleza de la lesión	Superficie							Total
	Lisa	Nodular	Rugosa	Ulcerada	Queratinizada	Erosionada	Granulomatosa	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	665	124	130	31	25	9	3	987
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	304	62	146	4	15	2	4	537
Lesiones reactivas de glándulas salivales	200	17	11	7	3	0	0	238
Neoplasias benignas	139	55	32	4	3	1	0	234
Lesiones pigmentadas	111	25	50	1	2	1	0	190
Lesiones infecciosas intraóseas	54	11	27	4	1	1	0	98
Quistes y tumores odontogénicos	72	8	14	0	0	0	0	94
Lesiones de desarrollo de origen dental	67	3	7	0	1	0	0	78
Lesiones fibroóseas	37	11	15	0	1	0	0	64
Neoplasias malignas	20	8	16	11	0	2	1	58
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	25	2	2	0	0	0	0	29
Lesiones premalignas	11	5	9	1	2	0	0	28
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	5	1	3	3	4	0	0	16
Lesiones idiopáticas	11	1	2	1	1	0	0	16
Lesiones vasculares	9	2	1	2	0	0	0	14
Tumores de glándulas salivales	8	2	1	0	0	0	0	11
Condiciones no patológicas y tejidos propios	2	0	2	1	1	0	0	6

Lesiones infecciosas de ganglios	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	174 1	337	468	70	59	16	8	269 9
%	64,5 1	12,49	17,34	2,59	2,19	0,59	0,30	100

La superficie Describe las características de la mucosa que recubre la lesión, es una manifestación, que depende del tejido que le da origen a la patología. La superficie lisa no presenta irregularidades en toda su extensión, es decir no se observan invaginaciones o proyecciones. La superficie nodular se presenta en lesiones que por su crecimiento dan lugar a la formación de lóbulos separados por surcos o invaginaciones a lo largo de la lesión. Los tumores originados en tejidos blandos, los quistes del desarrollo, los tumores de glándulas salivales, generalmente presentan superficie lisa y en algunos casos lisa - nodular. Mientras que las lesiones de grandes dimensiones desarrollan lobulaciones separadas por surcos. Superficie Rugosa se presenta en lesiones en las que la superficie presenta un aspecto guijarroso, rugoso o papilomatoso; En general las lesiones originadas en el epitelio como; la verruga, el condiloma acuminado, el papiloma, la leucoplasia verrucosa, el carcinoma verrucoso, presentan este tipo de superficie rugosa. Superficie ulcerada. Lesiones que en su superficie muestran una lesión de continuidad en los tejidos, ya sean lesiones elementales secundarias, o aumentos de volumen con ulceración secundaria a un trauma, o por proliferación neoplásica que condiciona necrosis en el área central del tumor. Superficie necrótica; Se observa en aquellas lesiones que presentan cambios en su coloración apareciendo en su superficie un tejido negruzco, amarillo grisáceo o violáceo y que experimenta una evolución por etapas, debido a la muerte celular masiva en forma brusca, las neoplasias malignas, las leucemias, linfomas y las úlceras por diversas causas muestran necrosis en su superficie. (Borghelli, 1979)

COLOR

El color de las patologías es un criterio de apreciación, el color de las lesiones fue variable, las lesiones con color negro, café, azul y gris se observan en lesiones pigmentadas, hematomas y coágulos en resolución, aunque el gris, el azul , el violáceo se observan comúnmente en fenómenos de retención de glándulas salivales, el color similar a los tejidos adyacentes corresponde al rosa, en tanto que el color rojo o la combinación el rojo y blanco pueden ser una manifestación de un proceso infeccioso, una alteración con fondo inmunológico, o, una lesión premaligna o aún maligna. No se reportó el color en 1235 casos (34.54%). Cuadro 58.

Cuadro 58. Distribución naturaleza de la lesión según color

Naturaleza de la lesión	Naturaleza de la lesión y color															Total
	Rojo	Rosa	Blanco	Rojo blanco	Azul	Morado	Gris	Amarillo	Negro	Café	Violáceo	Hipopigmentación	Opalescente	Rosa blanco	Café amarillento	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	124	676	37	80	4	13	3	8	8	10	18	0	1	2	0	984
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	68	350	36	40	3	9	2	1	5	17	2	0	0	1	3	537
Lesiones reactivas de glándulas salivales	13	130	25	19	9	16	0	2	0	1	15	0	2	0	0	232
Neoplasias benignas	30	80	13	14	7	15	0	9	11	35	11	1	0	0	0	226
Lesiones pigmentadas	3	14	3	3	1	10	5	3	60	81	2	0	0	0	1	186
Neoplasias malignas	16	10	6	10	1	4	1	3	2	1	1	0	0	0	0	48
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	1	11	9	2	0	0	1	2	1	0	1	0	2	0	0	36
Lesiones premalignas	7	12	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	2	1	7	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	16
Lesiones idiopáticas	3	8	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	16
Lesiones vasculares	5	0	0	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	13
Tumores de glándulas salivales	0	6	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	12
Condiciones no patológicas y tejidos propios	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Lesiones infecciosas de ganglios	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	273	1302	142	183	28	70	15	30	87	145	52	2	5	3	4	2340
%	11,67	55,64	6,07	7,82	1,20	2,99	0,64	1,28	3,72	6,20	2,22	0,09	0,21	0,13	0,17	100

Los cambios de color en la mucosa, son comunes, estos pueden manifestarse como lesiones de color rojo que tienen diverso origen; vascular, inflamatorio, infeccioso, premaligno y maligno, que se manifiestan como manchas o máculas, placas. La intensidad de la coloración puede variar en tonalidades e intensidad. (Mortazavi et al., 2019).

Las lesiones blancas tienen su origen en el epitelio, las queratosis, papilomas, leucoplasias, carcinoma verrucoso. Algunos tumores provenientes de otros tejidos ocasionalmente presentan un aumento en la queratinización de su superficie en forma secundaria. La candidiasis aguda seudomembranosa y la candidiasis mucocutánea hiperplásica constituyen seudomanchas blancas. (Safi et al., 2019)

Las lesiones que manifiestan zonas blancas, que alternan con áreas rojas, deben ser estudiadas cuidadosamente, para descartar premalignidad o malignidad. La leucoplasia moteada, las úlceras aftosas, así como las causadas por herpes, la lengua geográfica y algunos procesos inflamatorios muestran esta coloración. En las lesiones de continuidad el área central blanca o grisácea está delimitada por un halo rojo. (Jagtap et al., 2017)

La mayoría de las lesiones azulosas se deben a la acción de pigmentos exógenos, (plomo, cromo), sin embargo, algunas lesiones contienen fluidos claros con apariencia azulosa (mucocele, ránula). Las lesiones vasculares con frecuencia también asumen esta tonalidad. (Mortazavi et al., 2019)

Como en el caso de las lesiones azules, algunas lesiones vasculares así como el depósito de algunos pigmentos endógenos y exógenos, muestran esta coloración.

La coloración gris o negra se debe generalmente al depósito de materiales extraños, en el tejido conectivo, la disposición del material asume un patrón localizado o difuso (tatuajes). (Fernandez et al., 2015)

El color amarillo, se aprecia en lipomas y linfangiomas superficiales, además, es atribuible a carotenos, acumulación del pus, agregaciones de tejido linfoide, exudación de suero, o a degeneración de pigmentos sanguíneos. (Fernandez Blanco et al., 2012)

El color café en varias tonalidades e intensidad está determinado por el depósito de melanina, el color de la piel, el tipo racial, displasias (ovulares o embrionarias),

síndromes genéticos, condiciones endocrinas, agentes externos, etc. (Bansal et al., 2019)

Por otra parte las lesiones névicas y el melanocarcinoma muestran una coloración que va del café al negro. (Kausser et al., 2018)

El color rosa se interpreta como el color similar a la mucosa adyacente. (Borghelli, 1979)

Contorno

La mayoría de las patologías presentaron un contorno regular (redondo y oval) independientemente de su naturaleza, el contorno irregular incluye el contorno fusiforme, también se notó en todos los grupos de lesiones según su naturaleza, presumiblemente relacionado con el tipo de patología, sus dimensiones o localización. No se registró contorno en 1078 casos (30.15%). Cuadro 59.

Cuadro 59. Distribución naturaleza de la lesión según contorno

Naturaleza de la lesión	Contorno			Total
	Redondo	Oval	Irregular	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	460	304	251	1015
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	267	183	159	609
Neoplasias benignas	114	80	53	247
Lesiones reactivas de glándulas salivales	170	50	14	234
Lesiones pigmentadas	102	65	25	192
Neoplasias malignas	20	8	36	65
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	16	14	5	35
Lesiones premalignas	10	6	13	29
Lesiones idiopáticas	12	4	6	22
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	2	2	11	15
Lesiones vasculares	11	1	2	14
Tumores de glándulas salivales	3	6	2	11
Condiciones no patológicas y tejidos propios	2	3	3	8

Lesiones infecciosas de ganglios	1	0	0	1
Total	1190	726	580	249 7
%	47,66	29,0 7	23,23	100

El contorno de las patologías, sugiere el tipo de crecimiento de las lesiones, en las lesiones reactivas, el contorno puede ser irregular, porque responde a un estímulo, en el caso de las neoplasias malignas el crecimiento exponencial de las células en fases avanzadas de la neoplasia, el contorno también va a ser irregular. Las neoplasias que normalmente están encapsuladas muestran un crecimiento expansivo lento y gradual muestran un contorno redondo u oval. (Grinspan et al., 1975)

El contorno redondo y oval se aprecia a una distancia de 20 cm ya que si observamos la lesión de cerca siempre encontraremos irregularidades en su contorno

BORDE

En este estudio el borde de las lesiones definido se observó con mayor frecuencia (89,80%), en todos los grupos de lesiones según su naturaleza, mientras que el borde indefinido (9,11%), presentó una distribución similar, pero en menor proporción. En algunos reportes se describió el borde como indurado, liso o elevado, es muy probable que estos criterios fueron utilizados inapropiadamente, ya que usualmente son utilizados, para la descripción de neoplasias malignas que se manifiestan como úlceras y en úlceras traumáticas crónicas. No se reportó el tipo de borde en 841 casos (23.52%). Cuadro 60.

Cuadro 60. Distribución naturaleza de la lesión según bordes

Naturaleza de la lesión	Bordes y naturaleza de la lesión					Total
	Definido	Indefinido	Indurado	Liso	Elevado	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	915	73	1	9	7	1005
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	543	54	1	2	3	603
Lesiones infecciosas intraóseas	223	38	2	0	1	264
Neoplasias benignas	219	20	2	0	0	241
Lesiones reactivas de glándulas salivales	219	14	0	0	0	233
Lesiones pigmentadas	182	9	0	0	0	191
Neoplasias malignas	35	26	0	0	2	61
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	28	1	1	1	0	31
Lesiones premalignas	28	2	0	0	0	30
Lesiones idiopáticas	21	2	0	0	0	23
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	12	4	0	0	0	16
Lesiones vasculares	14	0	0	0	0	14
Tumores de glándulas salivales	9	3	0	0	0	12
Condiciones no patológicas y tejidos propios	5	3	0	0	0	8
Lesiones infecciosas de ganglios	2	0	0	0	0	2
Total	2455	249	7	12	13	2734
%	89,80	9,11	0,26	0,44	0,48	100

La descripción del borde de las patologías, es fundamental, el palpar la periferia de las lesiones nos permite identificar infiltración o invasión local, que se manifiesta como induración de los tejidos, aunque la induración de los tejidos se presenta también en lesiones infecciosas y en general en lesiones ulcerativas de la mucosa bucal ya sean infecciosas o con fondo inmunológico. (DeLong et al., 2015)

CONSISTENCIA

La consistencia blanda fue la reportada con mayor frecuencia (35,08%), seguida por la consistencia firme (25,76%). Las lesiones reactivas de tejidos blandos fueron las de mayor predominio con 979 casos y las infecciosas de tejidos blandos con 533 casos reportados. No se registró consistencia en 1249 casos (34.93%) Cuadro 61.

Cuadro 61. Distribución naturaleza de la lesión según consistencia

Naturaleza de la lesión	Consistencia				Total
	Blanda	Elástica	Firme	Dura Ósea	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	508	59	409	3	979
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	294	29	205	4	533
Lesiones reactivas de glándulas salivales	165	19	48	1	233
Neoplasias benignas	118	15	97	1	231
Lesiones pigmentadas	95	8	81	0	184
Neoplasias malignas	26	2	25	1	54
Lesiones premalignas	8	1	17	0	26
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	12	6	7	0	25
Lesiones idiopáticas	5	0	10	0	15
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	9	1	4	0	14
Lesiones vasculares	9	0	5	0	14
Tumores de glándulas salivales	3	0	9	0	12
Condiciones no patológicas y tejidos propios	2	0	2	0	4
Lesiones infecciosas de ganglios	0	0	2	0	2
Total	1254	140	921	10	2326
%	35,08	3,92	25,76	0,28	100

La consistencia provee uno de los datos más importantes para la identificación de la lesión, ya que orientan al clínico en las características y contenido de la patología en estudio, se registra al palpar la lesión y compararla con los tejidos contralaterales,

usualmente refleja el contenido de la patología. La consistencia blanda la lesión no ofrecen resistencia a la compresión suave con las yemas de los dedos sobre su superficie. Entre las lesiones que se comprimen fácilmente, se encuentran el lipoma, fibroma blando, tumores de glándulas salivales accesorias etc. A la palpación la consistencia caseosa se percibe cierta firmeza con sensación granulosa (semejante al queso), como en los quistes sebáceos. La consistencia firme se observa en lesiones que ofrecen resistencia a la compresión, usualmente se trata de lesiones originadas en tejido conectivo. Mientras que la consistencia dura, ósea, se manifiesta en lesiones que surgen en el hueso, ya sean periféricas o centrales, en este último caso aunque la lesión no tenga un componente óseo, presenta la consistencia del hueso que la contiene. (DeLong et al., 2015)

BASE

La base sésil (79,31%), fue reportada por la mayoría de los clínicos, mientras que en las lesiones con base pediculada (33,73%) se reportaron con menos frecuencia. No se registró base en 1405 casos (39.30%). Cuadro 62.

Cuadro 62. Distribución naturaleza de la lesión según base

Naturaleza de la lesión	Naturaleza de la lesión y base		Total
	Sésil	Pediculada	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	616	318	934
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	319	172	491
Lesiones reactivas de glándulas salivales	193	32	225
Neoplasias benignas	148	59	207
Lesiones pigmentadas	143	35	178
Neoplasias malignas	38	10	48
Lesiones premalignas	13	10	23
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	13	6	19
Lesiones idiopáticas	10	2	12
Lesiones vasculares	8	2	10

Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	8	1	9
Tumores de glándulas salivales	6	2	8
Condiciones no patológicas y tejidos propios	5	0	5
Lesiones infecciosas de ganglios	1	0	1
Total	1721	732	2170
%	79,31	33,73	100

La base de las lesiones es el sitio de asentamiento de la lesión, puede ser sésil (base amplia de mayor diámetro que el diámetro mayor de la lesión) y pediculada (el diámetro es menor al diámetro mayor de la lesión). (Borghelli, 1979)

MOVILIDAD

Se registraron un total de 3441 casos referentes a movilidad y naturaleza de la lesión, las lesiones que mayor frecuencia presentaron fueron las fijas a tejidos (93,55%) reportadas con mayor predominio en las lesiones reactivas de tejidos blandos. Mientras que en las lesiones móviles (4,82%) reportaron mayor número de casos en el mismo grupo de lesiones. En bajos números se reportó movilidad fija a planos profundos y desplazable.

En general las patologías orales independientemente de su naturaleza se encuentran fijas a tejidos, es decir no se mueven independientemente del tejido que les da origen, como lo muestran los resultados de este estudio, únicamente los quistes del desarrollo y los ganglios linfáticos infartados sin historia de infección que rebase la cápsula presentan movilidad, las lesiones pediculadas pueden mostrar desplazamiento, sin embargo, su tallo se encuentra fijo a los tejidos. No se registró movilidad en 125 casos (3.49%). Cuadro 63.

Cuadro 63. Distribución naturaleza de la lesión según movilidad

Naturaleza de la lesión	Naturaleza de la lesión y movilidad				Total
	Fijo a tejidos	Móvil	Fijo a planos profundos	Desplazable	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	964	51	5	3	1023
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	569	31	3	3	606
Quistes y tumores odontogénicos	347	10	7	0	364
Lesiones infecciosas intraóseas	274	9	4	2	289
Neoplasias benignas	222	18	6	2	248
Lesiones reactivas de glándulas salivales	220	15	4	1	240
Lesiones de desarrollo de origen dental	184	7	2	0	193
Lesiones pigmentadas	181	8	2	1	192
Lesiones fibroósas	86	2	0	0	88
Neoplasias malignas	53	4	6	1	64
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	29	6	2	0	37
Lesiones premalignas	28	2	0	0	30
Lesiones idiopáticas	20	1	0	0	21
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	17	0	0	0	17

Lesiones vasculares	13	1	0	0	14
Tumores de glándulas salivales	10	0	2	0	12
Condiciones no patológicas y tejidos propios	7	1	0	0	8
Quistes de los maxilares	2	0	0	0	2
Lesiones infecciosas de ganglios	2	0	0	0	2
Total	3228	166	43	13	3450
%	93,57	4,81	1,25	0,38	100

La movilidad de las lesiones se percibe durante la palpación de la lesión si ésta se mueve libremente en todas direcciones, si el movimiento es parcial o si se encuentra fija. Los quistes de tejidos blandos son las únicas lesiones que presentan movilidad en todas sus direcciones, a menos que se encuentren adheridos a los tejidos adyacentes. Las lesiones con base pediculada se desplazan lateralmente, pero su base de inserción esta fija a los tejidos que le dan origen. Las lesiones que presentan fijación a planos profundos son generalmente de naturaleza maligna, ya sea que se originen en el epitelio, o en los tejidos submucosos. (Grinspan, 1975)

Una de las manifestaciones más importantes es la movilidad de las lesiones, la presencia de induración y fijación a los tejidos profundos sugiere un proceso maligno. No debemos olvidar que en algunos casos la sobre infección de un tumor benigno o de un ganglio linfático, da lugar a su fijación a estructuras adyacentes por formación de tejido fibroconectivo. (DeLong et al., 2015)

FLUCTUACIÓN

En un total de 247 lesiones los clínicos reportaron fluctuación al analizar la naturaleza de las lesiones se notó que un número elevado de ellas corresponden a patologías en las que usualmente no es posible evaluar la fluctuación, o que por su naturaleza, difícilmente manifiestan esta característica por lo que es factible que se haya reportado por error o por desconocimiento, mientras que algunas de las

lesiones vasculares que pueden manifestar fluctuación, no se registró esta información, es posible que en el caso de los hemangiomas capilares, por el entramado de los vasos no sea posible identificar este hallazgo, el reporte de fluctuación en lesiones infecciosas de tejidos blandos estaría relacionado con el contenido purulento de la lesión, algo similar se observa en la diseminación de la infección a tejidos blandos por ejemplo el párulis en lesiones intraóseas infecciosas o sobreinfectadas,. Sin embargo el reporte de fluctuación en lesiones con contenido sólido es difícil de explicar, es posible que la técnica de evaluación de la fluctuación no sea la correcta o que el significado de esta variable sea desconocido para el clínico. Mientras que en lesiones reactivas de glándulas salivales solo en 126/199 de los casos se reportó fluctuación. No se registró fluctuación en 3328 casos (93.09%) Cuadro 64.

Cuadro 64. Distribución naturaleza de la lesión según fluctuación

	Fluctuación
Naturaleza de la lesión	Si
Lesiones reactivas de glándulas salivales	126
Lesiones reactivas de tejidos blandos	31
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	23
Lesiones infecciosas intraóseas	21
Quistes y tumores odontogénicos	15
Neoplasias benignas	15
Neoplasias malignas	5
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	4
Lesiones de desarrollo de origen dental	3
Lesiones pigmentadas	2
Tumores de glándulas salivales	2

Total	247
--------------	------------

La fluctuación se detecta en lesiones que contienen fluidos o gases en su interior. La fluctuación se identifica al presionar ligeramente las lesiones con el dedo índice uno de sus extremos, apoyando suavemente los dedos de la otra mano en el otro extremo, se percibe el paso del contenido de un lado hacia el otro. (Borghelli, 1979)

DOLOR

Se registraron un total de 715 lesiones según el dolor y su naturaleza, las que presentan dolor es frecuentemente de tipo constante (30,77%) y a la presión (34,97%), dichos síntomas fueron reportados con mayor frecuencia en lesiones reactivas de tejidos blandos y lesiones infecciosas de tejidos blandos. La parestesia se presentó con mayor frecuencia en neoplasias malignas pensando que estas fueron amplias comprimiendo nervios, asimismo también puede ser por infiltración anestésica. No se registró dolor en 2860 casos (80%) Cuadro 65.

Cuadro 65. Distribución naturaleza de la lesión según dolor

Naturaleza de la lesión	Naturaleza de la lesión y dolor												Total
	Constante	Pulsátil	Frio	Calor	Presión	Irradiado	Anestesia	Parestesia	Prurito	Quemante	Ardor	Ocasional	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	19	14	1	11	96	1	1	1	2	4	14	1	165
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	48	11	0	5	32	1	1	3	1	1	10	1	114
Quistes y tumores odontogénicos	56	21	1	1	21	6	1	3	1	0	0	2	113
Lesiones infecciosas intraÓseas	19	26	0	2	30	10	0	0	1	2	2	0	92
Lesiones de desarrollo de origen dental	53	1	0	3	2	0	1	0	0	0	0	0	60
Neoplasias benignas	5	5	0	0	18	1	1	3	2	1	2	1	39
Neoplasias malignas	4	6	0	0	10	1	0	4	1	0	2	0	28

Lesiones reactivas de glándulas salivales	2	4	0	0	14	0	1	0	0	2	1	0	24
Lesiones pigmentadas	2	2	0	1	5	3	0	1	6	1	2	1	24
Lesiones fibroósreas	6	2	0	0	10	1	0	1	0	0	1	0	21
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	0	2	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	7
Lesiones premalignas	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	6
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	6
Condiciones no patológicas y tejidos propios	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	5
Lesiones idiopáticas	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4
Tumores de glándulas salivales	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Lesiones vasculares	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Lesiones infecciosas de ganglios	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	220	96	2	26	250	26	6	16	14	13	40	6	715
%	30,77	13,43	0,28	3,64	34,97	3,64	0,84	2,24	1,96	1,82	5,59	0,84	100

El dolor es un síntoma subjetivo que acompaña a un sin número de padecimientos; ya sean de origen dentario, de los tejidos blandos de la boca, de enfermedades del oído, garganta y nariz, de naturaleza neurológica, de la esfera mental, incluyendo enfermedades sistémicas o bien traumatismos craneofaciales, siendo su posible fuente tan diversa, es necesario investigar detalladamente a través del estudio clínico la causa que lo origina.

El diagnóstico del dolor es con frecuencia un proceso complejo que requiere de la participación de varias disciplinas, ya que debido a las distintas estructuras y a la rica inervación sensorial de la cara existen numerosos y diferentes tipos de dolor bucofacial.

El dolor se describe como una experiencia desagradable relacionado con daño potencial o real, es un síntoma subjetivo por lo que el diagnóstico depende de los conocimientos del clínico sobre los diferentes tipos de dolor bucofacial y de la capacidad del enfermo para describirlo.

El dolor se puede ser: constante se presenta durante todo el día, por días, pudiendo variar su intensidad ante determinados estímulos o posiciones, generalmente se debe a lesiones pulpares (Oliveira et al., 2016) o infecciones en nódulos linfáticos (Reyes Cadena, 2017) y glándulas salivales mayores (Lawal et al., 2013), al síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (Vélez Uribe JD et al., 2015). Se presenta con exacerbaciones en diferentes horas del día y bajo el estímulo de diversos factores. Ocasionalmente los tumores malignos producen en forma secundaria dolor, al infiltrar los conductos de las glándulas salivales, produciendo obstrucción de los mismos y compresión interna. (Tavares et al., 2016)

El dolor pulsátil, puede ser una manifestación agudizada de un dolor constante que se manifiesta en forma de latidos, al realizar algún esfuerzo. Cuando se presenta al contacto con bebidas o alimentos fríos o calientes orienta el diagnóstico hacia las lesiones pulpares. En tanto que el aumento o la aparición de dolor al aplicar presión en el tejido afectado sugiere trastornos inflamatorios o infecciosos, por otra parte al aplicar presión en un diente sospechoso, el cual manifiesta aumento de dolor, conduce al diagnóstico de lesiones pulpares y periápicales. (Puello Correa et al., 2017)

El dolor sea cual fuere su origen, en ocasiones tiende a irradiarse a los tejidos contiguos, o incluso opuestos al sitio donde se encuentra la lesión, lo cual dificulta el origen y localización precisos de la patología.

El estudio del paciente con dolor bucofacial debe incluir el análisis de:

La cronología del dolor: inicio del dolor (a qué edad) hora, cronicidad. Calidad: leve, moderado, intenso extremo. Ubicación; estático, o migratorio, síntomas y signos relacionados. Antecedentes familiares, Elementos precipitantes, Factores que agravan, o que alivian el dolor. Aplicación de pruebas diagnósticas y valoración de la eficacia o fracaso de tratamiento previos. (Puebla Diaz F, 2005)

TEMPERATURA

La temperatura local de la piel se encontró elevada en lesiones infecciosas de

tejidos blandos y en lesiones infecciosas intraóseas. No se registró temperatura en 521 casos (14.57%). Cuadro 66.

Cuadro 66. Distribución naturaleza de la lesión según temperatura

Naturaleza de la lesión	Naturaleza de la lesión y temperatura		Total
	Aumentada	Sin cambio	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	0	936	936
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	4	541	545
Quistes y tumores odontogénicos	1	296	297
Lesiones infecciosas intraóseas	2	259	261
Neoplasias benignas	0	234	234
Lesiones reactivas de glándulas salivales	0	217	217
Lesiones pigmentadas	0	182	182
Lesiones de desarrollo de origen dental	0	136	136
Lesiones fibroósas	0	73	73
Neoplasias malignas	0	50	50
Lesiones premalignas	0	28	28
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	0	27	27
Lesiones idiopáticas	0	19	19
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	0	14	14
Lesiones vasculares	0	13	13
Tumores de glándulas salivales	0	9	9
Condiciones no patológicas y tejidos propios	0	8	8
Lesiones infecciosas de ganglios	0	3	3
Quistes de los maxilares	0	2	2
Total	7	3047	3054
%	0,23	99,77	100

La temperatura se percibe al tacto de la lesión y se compara con la temperatura de los tejidos del lado opuesto.

Usualmente se manifiesta como un aumento del calor local de la lesión. La disminución de la temperatura local es un evento poco frecuente, provocada generalmente por trastornos en la vascularidad. Comúnmente este signo es reportado en lesiones de tipo infecciosas. (DeLong et al., 2015)

ASPIRACIÓN

Se registraron un total de 153 lesiones en las que se reportó aspiración, siendo más frecuente la secreción de tipo sanguinolento, purulento y granuloso al observar la tabla podemos notar que el material detectado durante a la aspiración no es el esperado en ese tipo de lesiones, sugiriendo o bien que se trata de lesiones sobreinfectadas, o que por error el registro se hizo en el formato en un renglón equivocado. No se registró aspiración en 3422 casos (95.72%) Cuadro 67.

Cuadro 67. Distribución naturaleza de la lesión según aspiración

Naturaleza de la lesión	Aspiración									Total
	Sanguinolento	Purulento	Granuloso	Amarillo	Pajizo	Ámbar claro	Pegajoso	Ámbar oscuro	Grisáceo	
Quistes y tumores odontogénicos	8	12	11	8	7	5	0	4	3	58
Lesiones infecciosas intraóseas	3	9	9	16	4	3	1	2	1	48
Lesiones reactivas de glándulas salivales	1	2	2	0	3	4	7	0	0	19
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	9	3	2	1	2	0	0	1	0	18
Quistes del desarrollo de tejidos blandos	4	1	2	0	0	0	0	1	0	8
Tumores de glándulas salivales	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Total	26	27	27	25	16	12	8	8	4	153
%	16.99	17.65	17.65	16.34	10.46	7.84	5.23	5.23	2.61	100

La aspiración es considerada por lo clínicos como una extensión visual del examen, su propósito es averiguar a través de las características del material obtenido, el posible diagnóstico de la lesión. También es útil para descartar la presencia de hemangiomas centrales.

Usualmente el contenido de líquido de color pajizo, se obtiene por aspiración de algunos quistes odontogénicos y fisurales. Su coloración es similar al de la paja ya sea de aspecto translúcido u opaco. Mientras que cuando es de color grisáceo, se trata de un aspirado espeso, homogéneo, presente en los quistes sebáceos. El material aspirado de color ámbar oscuro, proviene generalmente de quistes linfoepiteliales, en tanto que en los higromas quísticos y linfangiomas es de color ámbar claro. Si se trata de un material pegajoso, claro viscoso, que forma hilos, se observa en mucocelos, ránulas y en algunos tumores de glándulas salivales. Las infecciones producidas por estafilococos, estreptococos y actinomicetes se caracterizan por presentar un material purulento, o bien sanguíneo-purulento. (Grinspan et al., 2015)

ADENOPATÍAS

El examen de los ganglios linfáticos, de acuerdo a las solicitudes de biopsia, no parece ser un procedimiento de rutina, solo en 17 lesiones se registró la presencia de adenopatías; ni en esos casos se hizo un análisis acucioso de las condiciones en que se encontraban los ganglios, no se describió la cadena ganglionar involucrada, en algunos casos solo se reportó el número de ganglios afectados y su movilidad. No se registró adenopatías en 3558 casos (99.52%). Cuadro 68.

Cuadro 68. Distribución naturaleza de la lesión según adenopatías

Naturaleza de la lesión	Adenopatías							Total
	Única	Móvil	Múltiple	Unilateral	Adherida	Blanda	Supuració	
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	5	0	1	1	0	0	1	8
Lesiones infecciosas intraóseas	1	2	0	0	0	2	0	5
Neoplasias malignas	1	0	3	0	0	0	0	4
Total	7	2	4	1	0	2	1	17

En el examen de los ganglios debemos considerar los siguientes criterios:
Localización Cadena ganglionar involucrada.

Número: adenopatía única o múltiple, si están aislados o si son confluentes.

Forma y tamaño (En cm o mm)

Consistencia: blanda, fluctuante elástica, indurada, fibrosa.

Sensibilidad: dolor o ausencia de dolor.

Movilidad: Adherencia a los tejidos vecinos (superficiales y profundos)

Características de la piel que cubre la adenopatía, (color, temperatura, presencia de fístulas).

Las adenopatías Infecciosas agudas inespecíficas; son las más comunes, se presentan en: infecciones de la mucosa bucal y de origen dentario, en vías respiratorias altas; amigdalitis, faringitis, sinusitis, otitis. Infecciones en piel de cara y piel cabelluda.

Los ganglios involucrados se encuentran aumentados de tamaño, son móviles, son de consistencia blanda pero en infecciones recurrentes los ganglios linfáticos presentan fibrosis (ganglios infartados), pero cuando la infección rebasa la cápsula pueden mostrar fijación y son dolorosos a la palpación. (Reyes Cadena,

2017)

Adenopatías Infecciosas agudas específicas: Infecciones dentarias o amigdalinas de larga duración o secundarias a linfadenitis agudas: Escarlatina, mononucleosis infecciosa, rubéola, enfermedad por arañazo de gato, sífilis primaria y secundaria. (Pérez et al., 2011)

Adenopatías Infecciosas Crónicas Específicas, neoplasias malignas, enfermedades de la colágena, infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida. (SIDA). Sífilis, Tuberculosis, La presencia de ganglios en rosario es una característica de escrófula (tuberculosis) se observa aumento de tamaño del ganglio afectado, supuración y cicatrización, que sigue el trayecto de la cadena ganglionar afectada. Micosis profundas, leucemias, los linfomas y el carcinoma metastático. (Mac Dermott et al., 2017)

El tamaño normal de los ganglios linfáticos de cabeza y cuello no permite que sean ni palpables ni visibles. Las adenopatías se encuentran en padecimientos infecciosos, inmunitarios y en neoplasias malignas. Se debe realizar el examen de los ganglios linfáticos en todos los pacientes (Reyes Velázquez, 2017).

SÍNTOMAS

Solo en 221 lesiones se reportó sintomatología inespecífica, de acuerdo a la naturaleza de las lesiones no se detectó ninguna asociación, la gingivorragia alcanzó un 44,29%, y la halitosis un 43,89%, posiblemente asociados a la falta de higiene que a la naturaleza de las lesiones. No se registró síntomas en 3354 casos (93.81%) Cuadro 69.

Cuadro 69. Distribución naturaleza de la lesión según síntomas

Naturaleza de la lesión	Naturaleza de la lesión y síntomas								Total
	Anorexia	Fiebre	Prurito	Gingivorragia	Halitosis	Trismus	Pérdida de peso	Cefalea	
Lesiones reactivas de tejidos blandos	1	0	5	37	34	0	1	0	78
Lesiones reactivas de glándulas salivales	1	0	0	5	5	0	0	1	12
Lesiones infecciosas de tejidos blandos	0	0	1	12	12	0	2	0	27
Lesiones infecciosas intraÓseas	0	1	0	10	12	2	1	0	26
Lesiones fibroóseas	0	0	1	2	4	0	0	0	7
Lesiones de desarrollo de origen dental	1	0	0	3	2	0	0	0	6
Lesiones premalignas	0	0	0	2	1	0	0	0	3
Enfermedades autoinmunes y dermatológicas	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Lesiones vasculares	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Quistes y tumores odontogénicos	0	0	2	13	9	0	1	0	25
Neoplasias malignas	0	0	0	2	3	0	1	0	6
Neoplasias benignas	0	0	1	6	8	0	0	0	15
Lesiones pigmentadas	0	0	3	4	6	0	0	0	13
Total	3	1	14	97	95	2	6	1	221
%	1,36	0,45	6,33	43,89	43,89	0,90	2,71	0,45	100

TAMAÑO

El tamaño de la lesión debe ser expresado en centímetros, ya que los términos de pequeño, mediano o grande son muy subjetivos y no precisan el diámetro real de la lesión. Se sugiere utilizar una regla pequeña o un vernier. Cuando debido a la localización de la lesión sea difícil realizar la medición con la regla, el diámetro de los

dientes es un parámetro de referencia, (por ejemplo una lesión cuyo tamaño es similar al de dos molares, medirá aproximadamente 2 cm, considerando que el diámetro de los molares varía entre 10 y 12 mm). (DeLong, 2015)

EVOLUCIÓN

Solo en 345 casos se reportó la evolución, las lesiones en las que se describió fueron: neoplasias benignas, neoplasias malignas y lesiones premalignas. La falta de descripción de la evolución puede deberse a que el paciente no recuerda o no se ha percatado de la patología hasta que hay dolor, si hay cambios significativos en la lesión en especial en el tamaño, o bien porque el clínico no pregunta al paciente. De ahí la importancia de prestar atención al comportamiento de las lesiones que se presentan en la consulta del clínico y hacer el interrogatorio pertinente a los pacientes. La mayoría de las patologías revelaron una evolución lenta (300 casos), seguida por la evolución rápida (22 casos). No se registró evolución en 3230 casos (90.34%) Cuadro 70.

Cuadro 70. Distribución naturaleza de la lesión según evolución

Evolución	Naturaleza de la lesión y evolución			Total	%
	Lesiones premalignas	Neoplasias malignas	Neoplasias benignas		
Lenta	27	47	226	300	86,96
Rápida	1	12	9	22	6,38
Lenta y rápida	0	5	14	19	5,51
Recurrencia	1	2	0	3	0,87
Remisión	0	0	1	1	0,29
Total	29	66	250	345	100

El curso de una enfermedad desde su inicio hasta su curación o culminación con la muerte es conocido como evolución. En general se ha dividido en aguda, subaguda y crónica, considerando los siguientes criterios. La aguda, Rápida es en lesiones que

presentan un crecimiento rápido de horas y días, como en el caso de las infecciones, mientras que en la Subáguda se presenta en lesiones con crecimiento relativamente rápido de días y semanas. Entre ellas procesos inflamatorios, lesiones infectadas secundariamente, la crónica, Lenta es en lesiones que se caracterizan por su crecimiento lento, de meses y años de duración. Normalmente se trata de lesiones del desarrollo, reactivas, neoplasias benignas y algunos tumores malignos, y la lenta-rápida es un tipo de evolución característico de tumores benignos y malignos, que han estado presentes por mucho tiempo y que repentinamente empiezan a crecer en forma dramáticamente rápida.^{LB}

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Las lesiones donde se reportaron con más frecuencia las características radiográficas fueron los quistes y tumores odontogénicos con 359 casos, seguidos por las lesiones infecciosas también (227) casos, Las características radiográficas que mayor número reportaron fueron: radiolúcido, unilocular, margen definido y halo esclerótico.

La descripción de la imagen radiográfica fue incompleta en la mayoría de las lesiones intraóseas, en las lesiones radiolúcidas no se especifica si son uniloculares o multiloculares, no se describe si hay presencia de halo radiopaco, No obstante el contorno fue referido en un alto número de casos, mientras que el margen se registró en muy pocos formatos. No se registró características radiográficas en 1817 casos (50.82%)Cuadro 71

Cuadro 71. Distribución naturaleza de la lesión según características radiográficas

	Radiolúcido	Radiolúcido en diente	Radiolúcido y radiopaco	Radiolúcido y radiopaco en diente	Radiopaco	Radiopaco en diente	Unilocular	Multilocular	Contorno		Margen definido	Halo esclerótico	Expansión de corticales	Adelgazamiento de corticales	En el periápice	Radiolúcido, unilocular, margen definido y halo esclerótico	Radiolúcido y margen definido	Expansión y perforación de corticales	Total
									*Regular	Irregular									
Lesiones infecciosas intraóseas	51	30	7	5	6	1	0	0	189	98	1	2	3	8	75	24	6	8	514
Lesiones fibroóseas	7	2	13	0	10	0	1	0	47	40	0	0	2	5	1	0	1	1	130
Lesiones de desarrollo de origen dental	19	96	3	2	3	1	0	0	143	42	1	15	0	0	0	3	49	0	377
Quistes y tumores odontogénicos	67	89	12	5	18	2	0	1	243	128	0	16	2	21	23	74	5	24	730
Quistes de los maxilares	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	7
Total	147	217	35	12	37	4	1	1	624	308	2	33	7	34	99	103	61	33	1758
%	8.36	12.34	1.99	0.68	2.10	0.23	0.06	0.06	35.49	17.52	0.11	1.88	0.40	1.93	5.63	5.86	3.47	1.88	100

* Contorno regular comprende contorno redondo y oval

A todo paciente debe practicársele en forma rutinaria una radiografía panorámica (ortopantomografía) además, de radiografías periapicales, ya que un considerable número de neoplasias benignas y malignas que presentan un curso silencioso, surgen en el interior del hueso; el paciente no percibe su existencias hasta que alcanzan un gran tamaño y requieren de cirugías extensas, en algunos casos mutilantes o provocan sintomatología. (Jimenez Ortiz et al., 2017)

Es necesario describir acuciosamente la imagen radiográfica considerando, radiotransparencia, radiopacidad, combinación de ambas, si están o no asociadas a un diente, si las lesiones radiolúcidas son uniloculares o multiloculares, si presentan halo esclerótico, o si las alteraciones radiopacas muestran halo radiolucido. (DeLong, 2015). También se debe incluir la descripción del contorno si este regular (ovalo redondo), o si sale de este patrón como contorno irregular. La descripción debe incluir el margen, si esta es definida o indefinida y finalmente el diámetro de la lesión, en centímetros, en una radiografía es muy fácil obtenerlo usando un vernier o una simple regla, cuando se trata de lesiones radiolúcidas que envuelven un diente el diámetro será la distancia del margen de la lesión a la corona del diente, usualmente se da en milímetros. Hay imágenes que son muy sugestivas de algún tipo de alteración como la de rayos de sol. Esta imagen es característica de neoplasias malignas centrales. (Herrera, 2002)

La descripción de las lesiones debe incluir toda la información previamente citada; Por ejemplo, en el caso del quiste dentígero se debe expresar radiograficamente como: lesion radiolucida ,unilocular, asociada a un diente incluido (cual), con o sin presencia de halo esclerótico, de contorno (oval, redondo o irregular, según corresponda ; de margen (definido o indefinido; en el caso de que no se puede preciar donde inicia y donde termina la lesión), el diámetro expresado en centímetros o milímetros. (DeLong, 2015)

La radiotransparencia varía de una negrura casi absoluta hasta una sombra gris. Entre las lesiones radiolúcidas se encuentran algunos tumores odontogénicos, tumores de origen mesenquimatoso y neoplasias malignas.

Las lesiones radiotransparentes que se encuentran directamente relacionadas con un diente ya sea que se encuentre retenido, impactado o erupcionado en la región del periápice, comprenden quistes y tumores odontogénicos. (Pereira, 2017)

El halo esclerótico, se observa como una línea radiopaca en la periferia de la lesión que representa zonas de refuerzo óseo. En las lesiones centrales benignas de crecimiento lento, el halo es característico aunque no patognomónico. (Carmona Fernández et al., 2016)

Mientras que el halo radiolúcido, se caracteriza por la apariencia de una línea radiolúcida en la periferia de lesiones óseas y fibro-óseas, representa una zona lítica de hueso provocada por el crecimiento gradual de la entidad patológica. (Chrcanovic et al., 2011)

El contorno regular (oval, redondo) se aprecia en lesiones benignas de crecimiento lento expansivo, como los quistes odontogénicos y lesiones centrales benignas. (Salgado et al., 2018).

En tanto que el margen definido es característico de patologías benignas, y el indefinido de patología neoplásica benignas pero localmente agresivas, por ejemplo: el Ameloblastoma, el Mixoma, el Granuloma Central de Células gigantes, en lesiones fibroóseas como la displasia fibrosa Monostótica, en la que el hueso displásico de la lesión se mezcla con el hueso del maxilar afectado imposibilitando apreciar los márgenes, las neoplasias malignas usualmente se caracterizan por la destrucción de los tejidos imposibilitando por su carácter infiltrante detectar los márgenes de la lesión. (Saghraivanian et al., 2017)

En el caso del aspecto rayos de sol, los márgenes de la lesión muestran una disposición radial paralela entre si, en dirección centrífuga. (Matínez et al., 2006)

Los quistes y tumores odontogénicos constituyen un grupo heterogéneo de

patologías de relativa frecuencia, que incluyen hamartomas, neoplasias benignas, neoplasias malignas y lesiones quísticas inflamatorias y del desarrollo, que se originan en los tejidos que forman el aparato odontogénico. Su causa es desconocida, sin embargo se cree que algunas de ellas, pueden tener un fondo genético. (Pereira, 2017) El quiste de desarrollo más común es el dentígero. (Demiriz et al., 2015)

En un alto porcentaje de casos, los terceros molares se asocian con el desarrollo de condiciones patológicas, infecciosas, o quistes y tumores odontogénicos (Tambuwala et al., 2015)

La mayoría de los tumores odontogénicos son benignos, los odontomas son las lesiones más frecuentes, descubiertos por radiografías de rutina ya que no producen síntomas clínicos y el tratamiento es usualmente la eliminación de la lesión. (Barba et al., 2016).

Las lesiones agresivas representan una porción mínima de los tumores odontogénicos, en algunos estudios en África y Asia el ameloblastoma y mixoma son segundos y terceros en frecuencia, pero en algunos otros lugares como en México son el primero y el segundo. Juntos estos dos tipos de lesiones constituyen más de la mitad de todos los tumores odontogénicos (Díaz Díaz et al., 2014; Kornecki, 2015). Son verdaderas neoplasias con un comportamiento agresivo, ambos tumores son asintomáticos en etapas tempranas, se busca atención médica solo cuando desfigura huesos faciales y maxilares cuando la neoplasia ha involucrado tejidos blandos adyacentes. (Pereira et al., 2017)

La fuente de datos útiles para conocer la prevalencia de patologías del Complejo bucodentomaxilar son reporte de casos estadísticos que apoyan al clínico a elaborar un diagnóstico, ahí la importancia de contar e informar de las enfermedades de nuestro medio.

Los reportes de series de casos y los sistemas de registro por región y país, son fuentes de información epidemiológica de la patología bucal, lo que permiten al clínico identificar la distribución de las lesiones más frecuentes por grupos de edad y género.

Además, identificar el tipo morfológico de la lesión, los síntomas y signos clínicos, y descubrir los factores extrínsecos e intrínsecos, obtenidos mediante el interrogatorio, permiten establecer el diagnóstico clínico de las lesiones.

Por otra parte, la historia clínica del paciente puede proveer información relacionada con la lesión bucal, ya sea que se trate de una patología originada en los tejidos del aparato estomatognático o bien una manifestación de enfermedades sistémicas, o como consecuencia del efecto deletéreo del medicamento que toma el paciente para el tratamiento del padecimiento sistémico, finalmente algunas alteraciones bucales surgen en un sustrato condicionado por los cambio en los tejidos como consecuencia de las enfermedades sistémicas.

El estudio histopatológico de todas las lesiones orales es un recurso obligatorio para realizar el diagnóstico definitivo. Sin embargo, con frecuencia es necesario realizar una correlación clínico histopatológica, debido que en ocasiones las lesiones comparten características histopatológicas y los datos clínicos permiten orientar el diagnóstico. Aun cuando, el estudio inmunohistoquímico, permite establecer el diagnóstico en lesiones que por aspecto histopatológico, no puede ser identificadas mediante tinciones de rutina o histoquímica, debido a su costo, que no siempre está al alcance de todos los pacientes, resulta imprescindible enviar en la solicitud de biopsia toda la información pertinente del paciente y la lesión, que facilite establecer el diagnóstico. Desafortunadamente un alto porcentaje de las solicitudes se

encontraron incompletas o con reseñas confusas o mal descritas, de igual manera se observó, que los datos relacionados con el lugar de origen edad y factores etiológicos no se reportaron en un alto porcentaje de las solicitudes. La descripción de las características clínicas y radiográficas mostraron deficiencias similares.

Estos hallazgos no solo se observaron el solicitudes provenientes de consultorios dentales, fueron comunes en las biopsias enviadas, por centros hospitalarios, consulta privada y aún más importante de escuelas y facultades de odontología del área de influencia de la Facultad de Odontología, sede del Laboratorio de Patología Bucal del CIEAO, lo que nos sugiere que los estudiantes no están aplicando los conocimientos adquiridos en semiología y patología bucal y que los profesores no están supervisando adecuadamente el proceso de solicitud de biopsia.

En general el tipo y prevalencia de las lesiones por edad y género, son similares a las referidas en otros reportes nacionales (Ovalle, 2000) o internacionales,(Monteiro et al., 2017) con diferencias no significativas.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Aunque el tiempo de estudio es amplio, solo se están reportando los casos diagnosticados en un periodo de 2003 a 2017.

El numero de solicitudes de biopsia con información faltante es alto, lo que dificulta la descripción precisa de las lesiones.

RECOMENDACIONES

Es necesario desarrollar cursos de actualización enfocados al proceso del diagnóstico agentes físicos, químicos, infecciosos.

CONCLUSIONES

1. Se detectaron numerosas solicitudes de biopsia con datos faltantes, deficiencia o confusión, en la descripción de las lesiones.
2. La mayoría de los pacientes provienen del Valle de Toluca, Estado de México, sin embargo se cuenta con un número representativo de pacientes provenientes de estados aledaños, lo que sugiere que el área de influencia del laboratorio de patología bucal es amplia.
3. La frecuencia de estudios por género y grupo de edad fue similar a la observada en reportes nacionales e internacionales.
4. Entre los factores de riesgo detectados, los físicos fueron los más comunes.
5. La diabetes y la hipertensión arterial fueron las enfermedades sistémicas reportadas con más frecuencia.
6. Por su naturaleza en orden decreciente de frecuencia se observaron: lesiones reactivas, infecciosas de tejidos blandos, quistes y tumores odontogénicos, infecciosas intraóseas, neoplasias benignas, reactivas de glándulas salivales, lesiones de desarrollo de origen dental, pigmentadas, fibroóseas, neoplasias malignas, quistes del desarrollo de tejidos blandos, lesiones premalignas, idiopáticas, enfermedades autoinmunes y dermatológicas, lesiones vasculares, tumores de glándulas salivales, tejidos propios de la región, quistes de los maxilares y lesiones infecciosas de ganglios.
7. La mayoría de las lesiones se localizaron en mucosa, bucal y maxilares, particularmente mucosas expuestas al trauma o irritación crónica; en maxilares y región dental en los que con más frecuencia se observan dientes retenidos. En tanto que extraoralmente, en piel de cuello y cara.
8. Los diagnósticos más frecuentes según su naturaleza fueron; lesiones

reactivas de tejidos blandos, (granúloma piógeno, fibroma de células gigantes, hiperplasia fibrosa epitelial, inflamatoria, fibrosa); lesiones reactivas de glándulas salivales fenómenos de retención, (mucocele, quiste de blandin nün, sialoadenitis, ránula, sialosis); lesiones infecciosas de tejidos blandos; causadas por virus del papiloma humano, (verruca, condiloma acuminado, hiperplasia epitelial focal, pericoronitis, proceso inflamatorio inespecífico); lesiones infecciosas intraóseas, lesiones relacionadas con la diseminación de la infección por caries a hueso, (granuloma periapical, tejido de granulación, osteomielitis, granuloma de células plasmáticas, absceso periapical); lesiones de desarrollo de origen dental (saco folicular, hamartoma folicular, pulpa embrionaria y dentaria); quistes del desarrollo de tejidos blandos, (quiste epidermoide, nasopalatino, pilar, dermoide, ciliado); lesiones fibroóseas, (fibroma osificante, cementificante, cemento osificante, osificante juvenil, displasia ósea); lesiones premalignas, (displasia epitelial y leucoplasia verrucosa); enfermedades con fondo inmunológico y dermatológicas, (pénfigo, liquen plano, síndrome de sjögren, liquen erosivo, lupus eritematoso); lesiones vasculares, (hemangioma, leiomioma, várice, hemangiolinfangioma capilar, hemangiopericitoma); quistes y tumores odontogénicos, (quiste dentígero, queratoquiste, quiste periapical, odontoma complejo); condiciones no patológicas y tejidos propios de la zona, (defecto óseo osteoporótico, tejido muscular, gránulos de fordyce); quistes de los maxilares, (quiste óseo aneurismático, óseo solitario y quiste quirúrgico); neoplasias malignas, (carcinoma espinocelular, carcinoma verrucoso, neoplasia maligna de células redondas, carcinoma de células acinares, adenioide quístico); neoplasias benignas, (lipoma, neuroma, fibrolipoma, osteoma, tricofoliculoma); lesiones idiopáticas, (nevo sebáceo, queratosis seborreica, lengua geográfica, fibromatosis gingival, lesión granulomatosa); lesiones pigmentadas, (nevo intradérmico, compuesto, tatuaje, efélide, nevo de spitz).

9. Este reporte estadístico proporciona información para el reporte de series de casos de cada una de las lesiones, que incluye información

epidemiológica, clínica e histopatológica.

ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS EN ODONTOLOGIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEXO: _____ DIAGNOSTICO: _____ FECHA: _____
 EDAD: _____ INSTITUCION AFILIADA: _____ EDO. CIVIL: S. C. V. D. U. _____ OCUPACION: _____
 OBSERVACIONES: _____ LUGAR DE ORIGEN: _____ PROCEDENCIA: _____ RESPONSABLE: _____
 No. DE BIOPSIA: _____

DATOS RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA **SINTOMAS RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA**

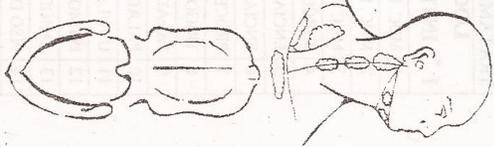
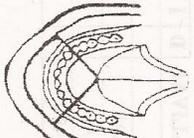
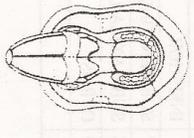
TABAQUISMO SI NO PIPA PURO CIGARRO X POR DIA ANOREXIA
 TIEMPO DE USO ALCOHOLISMO SI NO X POR DIA ASTENIA
 PROTESIS U OBTURACION DESAJUSTADA SI NO TOTAL PARCIAL PERDIDA DE PESO KG.
 DIENTES FRACTURADOS SI NO DIASTEMA SI NO FIEBRE
 HABITOS SUCCION MORDISQUEO OTROS PRURITO
 TRAUMA CIRUGIA PREVIA EN LA REGION SI NO OTROS
 DIAGNOSTICO EXTRACCION PREVIA EN LA REGION SI NO GINGIVORRAGIA
 TRATAMIENTO MEDICO ENFERMEDAD SISTEMICA HALITOSIS
 TRISMUS
 OTROS

1 INTRAORAL		2 INTRAOSEA		4 ODONTOGRAMA		5 EXTRAORAL		7 ADENOPATIAS		
D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
1	MUC. LABIO SUP.	1	MAXILIA	S	1 11 12 13 14 15 16 17 18	DER	1	FRONTAL	1	UNICA
2	MUC. LABIO INF.	2	PREMAXILIA	S	21 22 23 24 25 26 27 28	IZQ	2	SUPRA ORBITARIO	2	MULTIPLE
3	MUC. VESTIBULAR	3	MAND. MENTON	I	31 32 33 34 35 36 37 38	IZQ	3	INFRA ORBITARIO	3	UNILATERAL
4	SURCO VESTIB.	4	MAND. CUERPO	I	41 42 43 44 45 46 47 48	DER	4	NARIZ BASE	4	BILATERAL
5	ENGIA LIBRE	5	MAND. RAMA	LOCALIZACION		5	NARIZ CUERPO	5	ADHERIDA	
6	ENGIA ADHERIDA	6	CONDILO	6 GANGLIOS		6	NARIZ ALA	6	MOVIL	
7	PROCESO AL VEO.	7	PALADAR	1	OCCIPITAL	7	NARIZ PUNTA	7	DURA	
8	TRIGONO	8	PROCESO AL VEO.	2	AURICULAR	8	MEJILLA	8	BLANDA	
9	PALADAR DURO	9	SENO MAXILAR	POSTERIOR		9	FILTRUM	9	SUPURACION	
10	PALADAR BLANDO	10	SENO FRONTAL	3	AURICULAR	10	COMISURA	10	CONTRALATERAL	
11	UVULA	11	CIGOMATICO	ANTERIOR		11	LABIO SUPERIOR			
12	ISTMO FAUCES	12	NARIZ	4	PAROTIDEO	12	LABIO INFERIOR			
13	AMIGDALAS	13	OTROS	5	FACIAL	13	PABELLON AUR.			
14	PISO DE BOCA	LOCALIZACION		6	AURICULAR	14	CUELLO			
15	LENGUA VIENTRE	3 GLAND. SALIVAL		D	I	15	PARIETAL			
16	LENGUA BORDES	1	PAROTIDA	7	SUBMENTONIANO	16	TEMPORAL			
17	LENGUA DORSO	2	SUBMAXILAR	8	SUBMAXILAR	17	OCCIPITAL			
18	LENGUA PUNTA	3	SUBLINGUAL	9	OTROS	18	NUCA			
19	OTROS	4	ACCESORIAS			19	OTROS			

OBSERVACIONES:



8 IMAGEN RADIOGRAFICA		10 TIPO DE LESION		14 BORDES		17 BASE		22 EVOLUCION	
1	RADIOLUCIDO	1	EL EVADA	1	DEFINIDO	1	SESL	1	LENTA
2	RADIOL. EN DIENTE	2	ULCERADA	2	INDEFINIDO	2	PERICULADA	2	RAPIDA
3	RADIOLUCIDO/RADIOPACO	3	MACULA	3	INDURADO	3	MOVIL	3	LENTA/RAPIDA
4	RADIOL/ RADIOP EN DIENTE	11 NUMERO DE LESION		4	LISO	4	FIJO PLANO PROF.	4	EXACERVACION
5	RADIOPACO	1	UNICA	5	ELEVADO	18 TAMAÑO EN CMS.		5	REMISION
6	RADIOP. EN DIENTE	2	MULTIPLE	6	MORADO	6	DESPLAZABLE	6	RECURRENCIA
7	UNILOCLULAR	3	UNILATERAL	7	GRIS	19 MOVILIDAD		7	PERSISTENCIA
8	MULTILOCLULAR	4	BILATERAL	8	AMARILLO	1	FIJO A TEJIDO	8	OTROS
9	MARGEN DEFINIDO	5	LOCALIZADA	9	NEGRO	2	MOVIL	23 TEMPERATURA	
10	MARGEN INDEFINIDO	6	GENERALIZADA	10	CAFE	3	FIJO PLANO PROF.	1	ALIMENTADA
11	HALO ESCLEROTICO	7	OTROS	11	VIOLACEO	4	DESPLAZABLE	2	DISMINUIDA
12	EXPANSION DE CORTICALES	12 CONTORNO		12	HIPOPIGMENTADO	20 FLUCTUACION		3	SIN CAMBIO
13	ADELGAZAMIENTO DE CORTICALES	1	REDONDO	13	OPALESCENTE	1	CONSTANTE		
14	PERFORACION DE CORTICALES	2	OVAL	14	OTROS	2	PULSATIL		
15	EN EL PERIAPICE	3	IRREGULAR	15	CONSIETENCIA	21 DOLOR			
16	OTROS	4	FUSIFORME	16	BLANDA	1	CONSTANTE		
9 ASPIRACION		5	OTROS	17	ELASTICA	2	FRIO		
1	PAJISO	13 SUPERFICIE		18	CASEOSA	3	CALOR		
2	AMARILLO	1	LISA	19	FIRME	4	ARDOR		
3	GRANULOSO	2	NODULAR	20	DURA OSEA	5	PRENSION		
4	GRISACEO	3	RUGOSA	21	OTROS	6	IRRADIADO		
5	AMBAR OSCURO	4	ULCERADA	16 CONSIETENCIA		7	ANESTESIA		
6	AMBAR CLARO	5	QUERATINIZADA	1	BLANDA	8	PARESTESIA		
7	PEGAJOSO	6	EROSIONADA	2	ELASTICA	9	PRLURITO		
8	SANGUINOLENTO	7	NEGROTICA	3	CASEOSA	10	QUEMANTE		
9	PURULENTO	8	OTROS	4	FIRME	11	ARDOR		
10	CON CRISTALES			5	DURA OSEA	12	OTROS		
11	OTROS			6	OTROS				



BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández RM, Recio PA, González LME, Solís HSE. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Revista ADM* 2014; 71(5): 221-225.
2. Organización Mundial de la Salud OMS [homepage en Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; c2012 [actualizada abril 2012; consultado octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
3. López BK, Fernández DR, Soto RA. Lesiones proliferativas más frecuentes del complejo bucomaxilofacial. *Revista Cubana de Estomatología* 2013; 49(2): 201-210.
4. Veiga N, Herdade A, Diniz L, Brites B, Pinto S, Santos A, et al. Oral Lesions Associated with Removable Prosthesis among Elderly Patient's. *Int J Dent Oral Health [Revista on-line]* 2016 [Citado octubre 2017]; 3(1): 1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16966/2378-7090.218>
5. Irani S. Pre-Cancerous Lesions in the Oral and Maxillofacial Region: A Literature Review with Special Focus on Etiopathogenesis. *Iran J Pathol* 2016; 11(4): 303-

322.

6. Lingen WM, Elliot A; Agrawal N, Chaturvedi KA, Cohen E, D'Souza G, *et al.* Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity. JADA [Revista on-line] 2017 [Citado octubre 2017]; 148(10): 712-727. Disponible en: <http://jada.ada.org>
7. Sreedhar G, Sumalatha NN, Shukla D. An overview of the risk factors associated with multiple oral premalignant lesions with a case report of extensive field cancerization in a female patient. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2015; 159(2): 178-183.
8. Peters MT, Phillips C, Murrah AV. Is Oral Biopsy Associated With Change in Tobacco or Alcohol Use?. J Oral Maxillofac Surg 2017; 75(10): 2117-2126.
9. Qannam A, Bello OI. The range of diagnoses for oral soft-tissue biopsies of geriatric patients in a Saudi Arabian teaching hospital. The Saudi Dental Journal 2016; 28(2): 96–101.
10. Babu A, Santosh R, Boyd D, Wamy K, Kikery, Rayana L. Proposed Clinico-Pathological Classification for Oral Exophytic Lesions. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2015; 9(9): 1-8.
11. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Rahmani S, Jafari S. Peripheral Exophytic Oral Lesions: A Clinical Decision Tree. International Journal of Dentistry 2017; 2017: 1-19.

12. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Rahmani S. Diagnostic Features of Common Oral Ulcerative Lesions: An Updated Decision Tree. *International Journal of Dentistry* 2016; 2016: 1-14.
13. Guerrero SE, Lara PE, Gallegos CMA, Gallardo VLS, Vázquez AM. Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial* 2017; 13(1): 29-35
14. Idris AM, Vani NV, Saleh S, Tubaigy F, Alharbi F, Sharwani A, Tadrus N, Warnakulasuriya S. Relative Frequency of Oral Malignancies and Oral Precancer in the Biopsy Service of Jazan Province, 2009-2014. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(2): 519-525.
15. Pereira PV. Clasificación de los tumores odontogénicos: evolución y cambios. *Salud Militar* 2017; 36(2):41-46.
16. Saleh MS, Idris MA, Vani VN, Tubaigy MF, Alharbi AF, Sharwani AA, *et al.* Retrospective analysis of biopsied oral and maxillofacial lesions in South-Western Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2017; 38(4): 405-412.
17. Monteiro SL, Albuquerque R, Paiva A, Moral PJ, Amaral BJ, Lopes AC. A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal. *International Dental Journal* 2017; 67(1): 38–45.
18. Lingen WM, Tampi MP, Urquhart O, Elliot A, Agrawal N, Chaturvedi KA, *et al.* Adjuncts for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity. *JADA [Revista on-line]* 2017 [Citado octubre 2017]; 148(11): 797-813. Disponible en: <http://jada.ada.org>

19. Guedes MM, Albuquerque R, Monteiro M, Lopes CA, Amaral JB, Pacheco JJ, *et al.* Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal: An eight year retrospective analysis. *J Clin Exp Dent* 2015; 7(5): e640- e648.

20. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2015 [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud; c2015 [actualizada 2015; consultado Julio 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>

21. Ovalle JW. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la Zona del Bajío. (Agosto del 90 a Diciembre del 96), *Revista ADM* 2000; 57(4): 132-136.

22. Barceló LK, Delgado FR, Rodríguez SA. Lesiones proliferativas más frecuentes del complejo bucomaxilofacial. *Revista Cubana de Estomatología* 2013; 49(2): 201-210.

23. Mendez M, Coelho CV, Nogueira HA, Da Silva LI, Diniz BJ, Varvaki RP, *et al.* A 10 -year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. *Braz Oral Res* 2012; 26(3): 235-41.

24. Effiom OA, Adeyemo WL, Soyele OO. Focal Reactive lesions of the Gingiva: an analysis of 314 cases at a tertiary Health Institution in Nigeria. *Niger Med J* 2011; 52(1): 35–40.

25. Ramôa PF, Barreto RA, Coutinho OB, Serra TA, Ribeiro LS, Ribeiro BC. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single Oral Pathology service during an 8-year period. *J Appl Oral Sci* 2013; 21(5): 460-7.
26. Sharma S, Satyanarayana L, Asthana S, Shivalingesh KK, Subramanya GB, Ramachandra S. Oral cancer statistics in India on the basis of first report of 29 population-based cancer registries. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology* 2018; 22(1): 18-26.
27. Rivera C, Jones HC, Vargas P, Venegas B, Droguett D. Oral diseases: a 14-year experience of a Chilean institution with a systematic review from eight countries. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2017; 22(3): e297-e306.
28. Allon I, Kaplan I, Gal G, Chaushu G, M. Allon D. The clinical characteristics of benign oral mucosal tumors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014; 19(5): e438-43.
29. Alves SMF, Nóbrega BKG, Vieira PJ, Meira BP, Pina GG, De Castro GDQ. Prevalence of oral mucosal lesions among patients with diabetes mellitus types 1 and 2. *An Bras Dermatol*. 2015; 90(1): 49-53.
30. Ruales GHJ, Quel CFE. Estudio histopatológico del saco pericoronario de terceros molares incluidos en pacientes de 18 a 30 años que acuden al

Quirófano del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Enrique Garcés. Universidad Central del Ecuador. 2016: 1-79.

31. Carda C, Carranza M, Arriaga A, Díaz A, Peydró A, Gomez de Ferraris ME. Diferencias estructurales entre las sialosis parotidea de etiología diabética y alcohólica. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2005;10 (4309-14).
32. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 2019; 85 (4): 399 – 407.
33. Salgado LAQ, Hernandez LJE, Vilchez JJR, et al. Frecuencia de quistes y tumores odontogénicos en población nicaragüense. Estudio retrospectivo a siete años. *Universitas Odontológica*, 2018; 37(78): 2027-3444.
34. Manookin KL, Stewart C, Hashimi IA, et al. Prevalence of oral lesions of autoimmune etiology in patients with primary Sjogren's syndrome. *Oral Diseases* (2013) 19, 598–603
35. Bansal M, Sharma HB, Kumar N, Gupta M. Spectrum of skin lesions including skin adnexal tumors in a North Indian tertiary care hospital. *Journal of Diagnostic Pathology and Oncology* 2019;4(1):67-71
36. Lawal AO, Adisa AO, Kolude B, Adeyemi BF, Olajide MA. A review of 413 salivary

- gland tumours in the head and neck region. *J Clin Exp Dent*. 2013;5(5): 218-22.
37. Tavares C, Guimarães J, Lopes O, Felino A, Coimbra F. Epidemiological profile of malignant oral cancers in a population of northern Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* . 2016;57 (4):229–235
38. Toum SE, Cassia A, Bouchi N, Kassav I. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry. *International Journal of Dentistry* 2018.
39. Tambuwala AA, Oswal RG, Desale RS, Oswal NP, Mall PE, Sayed AR, et al. An Evaluation of Pathologic Changes in the Follicle of Impacted Mandibular Third Molars. *Journal of International Oral Health* 2015; 7(4):58-62.
40. Villalba L, Stolbizer F, Blasco F, Mauriño NR, Piloni NJ, Keszler A. Pericoronal Follicles of Asymptomatic Impacted Teeth: A Radiographic, Histomorphologic, and Immunohistochemical Study. *International Journal of Dentistry* 2012.
41. Manor E, Kachko L, Puterman MB, Szabi G, Bodner L. Cystic Lesions of the Jaws – A Clinicopathological Study of 322 Cases and Review of the Literature. *International Journal of Medical Sciences* 2012; 9(1): 20-26.
42. Smitmans CM, Alarcon YI, Moreno J, Condal CD. Epidemiología y Tratamiento de la Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

Int. J. Odontostomat 2010;4(3):241-244, 2010.

43. Kaplan I, Allon I, Shlomi B, Raiser V, Allon DM. A comparative study of oral hamartoma and choristoma. *Journal of Interdisciplinary Histopathology* 2015; 3(4): 129-134.
44. Nonaka CFW, Henriques ACG, Maros FR, Souza LB, Pinto LP. Nonodontogenic cysts of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-year period. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268: :917–922.
45. Muwazi LM, Kamulegeya A. The 5-year prevalence of maxillofacial fibro-osseous lesions in Uganda. *Oral Diseases* 2015; (21): 79–85.
46. Pejčić A, Kojović D, Mirković D, Minić I. Stem cells for periodontal regeneration. *BJMG*. 2013; 16 (1): 7-12.
47. Peterson BR, Nelson BL. Juvenile Active Ossifying Fibroma. *Head Neck Pathol*. 2015 Sep;9(3):384-6.
48. Alves N. Displasia Fibrosa Monostótica Craneofacial: ¿Cómo Debe Ser el Diagnóstico? *Int. J. Odontostomat*. 2013;7 (2) 221-224
49. Aránzazu C, Fernández P, Carceller MA, Arnilla CGL, Vallés PA, Alegría JB. Fibroma condromixóide de seno maxilar y etmoides izquierdos. *Acta*

Otorrinolaringológica Española.2009;60(1), 70-72.

- 50.Saghravanian N, Mohtasham N, Ivani F, Kadeh H, Shahrakipour. The Epidemiological Pattern of Premalignant and Malignant Epithelial Lesions in Northeast of Iran: A 43-Year Evaluation. *Int J Cancer Manag* 2017; 10(8).
- 51.Oliveira BP, Câmara AC, Aguiar CM. Prevalence of endodontic diseases: an epidemiological evaluation in a Brazilian subpopulation. *Braz J Oral Sci* 2016; 15(2): 119-123.
- 52.Jagtap SV, Warhate P, Saini N, Jagtap SS, Chougule PG. Oral premalignant lesions: a clinicopathological study. *International Surgery Journal* 2017; 4(10):3477-3481.
- 53.Sirveaux, F, Levy S, Marie B. Fibroma condromixoide. *EMC - Aparato Locomotor* (2012). 45 (4).
- 54.Cárdenas D, Bello C, Cristina, Uribe P, Romero W, González S. Colagenosis perforante reactiva adquirida: Caso clínico. *Revista médica de Chile*, 2010; 138(10): 1281-1284.
- 55.Fernández PI. Dermatitis herpetiforme. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Med Cutan Iber Lat Am* 2010;38(1):5-15.

56. Queiroz S, Medeiros A, Gurgel B, Silva M, Oliveira P, Silveira E. Recurrent aphthous ulceration: an epidemiological study of etiological factors, treatment and differential diagnosis. *An Bras Dermatol* 2018; 93(3): 341-6.
57. Makesh L, Schwartz D, Kumar V, Shukla S, Juneja S. Sinus augmentation with simultaneous removal of antral polyp. *J Otolaryngol ENT Res.* 2019;11(5):229-233.
58. Redondo P.. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones): Características clínicas e historia natural. *Anales Sis San Navarra [Homepage en Internet]*. 2004 [citado 2020 Abr 10] ; 27(Suppl 1): 09-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272004000200002&lng=es.
59. Moreno A, Mendoza J, Molina M, Garroch L. Hiperplasia endotelial papilar intravascular en la cavidad oral: reporte de un caso. *Revista ADM* 2017; 74 (6): 315-31.
60. Gomes C, Gómez R, Vieira A, Wagner H, García A, Mesquita R. Varices en la mucosa yugal: Presentación de un caso clínico tratado con oleato de monoetanolamina. *Med. oral patol. oral cir.bucal [Homepage en Internet]*. 2006 Feb [citado 2020 Abr 10] ; 11(1): 44-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169869462006000100010&lng=es.

61. Lagarde X, Sturque J, Fénelon M, Marteau J, Castros S. (2019). Calcifying odontogenic cyst: a report of two clinical cases. *Journal of Oral Medicine and Oral Surgery* 2019; 25 (4).
62. Alhousami T, Sabharwal A, Gupta S, Aguirre A, Park E, Kramer J. Fibromyxoma of the Jaw: Case Report and Review of the Literature. *Head and Neck Pathol* 2018; 12: 44–51.
63. Navas R, Reyes R, Taylor A, Escalera C. Cementoma gigantiforme, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana* 2010; 14(2): 130-134.
64. Lee J, Lee H, Kwon N, Yu D, Kim G, Park C, et al. Clinicopathologic Manifestations of Patients with Fordyce's Spots. *Ann Dermatol* 2012; 24(1).
65. Pallares M, Tovar L, Marincola M. Focal Osteoporotic Bone Marrow Defects on Dental Implant Treated Patients: A 5-Year Period Prevalence Study. *Int. J. Odontostomat.* 2016;.10(1): 23-28.
66. Luz J, Zweifel D, Hüllner M, Bühler M, Rücker M, Stadlinger B. Oral manifestation of Langerhans cell histiocytosis: a case report. *BMC Oral Health* (2018) 18.
67. Zamzami A. Classification of Salivary Gland Diseases among Yemenis: (A Prospective Hospital-Based study). *Biomed Sci & Res.* 2019 - 4(3).

68. Kauser Z, Pathuri N, Jeshtadi A, Durga K. Pigmented lesions of the skin- a one-year study at tertiary care centre. *J. Evolution Med. Dent. Sci.* 2018; 7(41): 4411-4414.
69. Sánchez H, Valdezate A, Fernández M, Vielba J. Sclerosing polycystic adenosis of the parotid gland. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial* 2015;37(4):239–242.
70. Beckor K, Bangstrup M, Rolling S, Kjaer I. Unilateral primary or secondary retention of permanent teeth, and dental malformations. *European journal of orthodontics* 2002; 24: 205-214.
71. Ural A, Arslan A, Ersöz S, Deger B. Verruca vulgaris of the tongue: a case report with literature review. *Bosn J Basic Med Sci.* 2014;14(3):136-138.
72. Forget N, Challoner K. Scrofula: emergency department presentation and characteristics. *Int J Emerg Med* 2009; 2: 205–209.
73. Wong S, WOO P, Yuen K. Unusual Laboratory Findings in a Case of Norwegian Scabies Provided a Clue to Diagnosis. *Journal of Clinical Microbiology* 2005; 43(5): 2542–2544.
74. Chrcanovic B, López A, Horta M, Freire M, Souza L. Fibroma osificante central en el maxilar superior: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología* 2011; 27(1): 33-39.

75. Días EL. Linfoma de cabeza y cuello: correlación entre sitio anatómico de manifestación y subtipo histológico. *An Orl Mex* 2016;61(3):176-182.
76. Devi P, Thimmarasa VB, Mehrotra V, Agarwal M. Aneurysmal bone cyst of the mandible: A case report and review of literatura. *J Oral Maxillofac Pathol* 2011; 15(1): 105–108.
77. Kumar LK, Jurien N , Thaha KA. Traumatic Bone Cyst of Mandible. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015; 14(2): 466–469.
78. Meloni ME, Heitor T, SILVEIRA A, Fernandes D, Leon J , Bufalino A. Fibrohistiocitoma benigno em palato mole. Relato de caso e análise imunoistoquímica. *Rev. odontol. UNESP* 2018.
79. Bárzagal HO, Cabrerall A, Atencio JC, Vegal D. Carcinoma epidermoide infiltrante: reporte de un caso. [Homepage en internet] 2007 agos. [Citado 2020 Mayo 2]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v11n5/amc11507.pdf>.
80. Ali MJ , Honavar SG, Naik MN, Vemuganti G. Malherbe's Calcifying Epithelioma (Pilomatrixoma): An Uncommon Periocular Tumor. *Int J Trichology.* 2011; 3(1): 31–33.
81. Santamaría CA, Franco EF, Olivares JM, Cerro AP, Reyes KL, Reyes UG, et al. Fibrohistiocitoma epitelióide en un paciente preescolar: reporte de caso y revisión de literatura. *Revista salud Quintana Roo* 2017; 10(37): 30-32.

82. Duque I, Williams G, Acosta Y, Niño C. Neurotecoma celular, localización lingual. presentación de caso clínico en el postgrado de cirugía plástica y reconstructiva del I.A.H.U.L.A. Rev. Digit. Postgrado, [Publicación en línea] 2014 Abr [Citado 2020 Mayo 2]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/9619.
83. Lafuente F, Grasa MP, Carapeto FJ. Acantoma de células grandes. Actas Dermosifiliogr. 2004; 95(4): 238-240.
84. Eyigor H, Suren D, Osma U, Sezer C, Yilmaz MD. A Case of Angiomyolipoma Rarely Located in the Larynx. Hindawi Publishing Corporation, [Publicación en línea] 2011 Oct [Citado 2020 Mayo 2]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/criot/2011/427074/>
85. Reis F, Iyeyasu JN, Altemani AM, Carvalho KM de. Granular cell tumor with orbital involvement in a child. Radiol Bras. 2011; 44(5):331–332.
86. Lee HR, Jung GY, Shin HK, Lee DL, Lee JI, Kim JH. Eccrine Poroma of the Postauricular Area. Arch Craniofac Surg. 2017;18(1):44-45.
87. Arndt A, LeBlanc R, Spafford P. A large giant cell tumor of the larynx: case report and review of the literature. J of Otolaryngol - Head & Neck Surg 2017; 46(26).

88. Maganty N, Adams A, Muenster M, et al. (2018) Revisiting Sebaceous Adenoma: Case Report and Discussion. *Dermatol Arch* 3(1):77-79.
89. García R, Paredes O, Figueroa Y, Acurio D, Mosqueira J, Fernández P, et al. Las caras del poroma. *Folia dermatol.* 2008; 19 (2) 55-62.
90. Ottoman BAE. Granular Cell Tumor of the Tongue: A Case Report with Emphasis on the Diagnostic and Therapeutic Proceedings. *Oncol Cancer Case Rep* 2015; 1:106.
91. Souza AA, Araújo VC de, Santos FP, Martínez EF, Ferreira de Menezes FJ, Araujo NS de, et al. Intraoral Adult Rhabdomyoma: A Case Report. Hindawi Publishing Corporation [Publicación en línea] 2013 Oct [Citado 2020 Mayo 2]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crid/2013/741548/>
92. Ho J. y Bhawan J. Folliculosebaceous neoplasms: A review of clinical and histological features. *J Dermatol* 2017; 44: 259-278.
93. Nithya S, Sundaravel S, Uppala D, Rao K. Desmoplastic Fibroma-A Rare Case Report. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2015;19(2):270.
94. Lee WJ, Jung JM, Won CH, Chang SE, Choi JH, Moon KC, et al. Clinical and histological patterns of dermatofibroma without gross skin surface change: A comparative study with conventional dermatofibroma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2015;81:263-269.

95. Klonaris DA, Karatzanis AD, Velegrakis SG, Lagoudakis ED, Prokopakis EP, Velegrakis GA. Recurrent Desmoid Tumor of the Neck: A Case Report of a Benign Disease with Aggressive Behavior. Hindawi Publishing Corporation [Publicación en línea] 2018 Nov [Citado 2020 mayo 2]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/criot/2018/6573587/>
96. Small AO. Lentigo benigno facial: manejo quirúrgico a propósito de un caso. Dermatol Perú 2014; 24 (3): 187-192.
97. Weitzel M, Cohn JE, Spector H. Myoepithelioma of the Parotid Gland: A Case Report with Review of the Literature and Classic Histopathology. Case Rep Otolaryngol. [Publicación en línea] 2017 Ago [Citado 2020 mayo 7]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5576410/>
98. Sáez KE , Medel BS, Fernández AF , Cox VP. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Estudio de 6 casos en el Hospital Carlos van Buren de Chile. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2016; 76: 43-50.
99. Lakshminarayanan V, Ranganathan K. Oral melanoacanthoma: a case report and review of the literatura. Journal of Medical Case Reports [Publicación en línea] 2009 Ene [Citado 2020 Mayo 7] 3(11). Disponible en: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/3/1/11>
100. Jung YI, Chung YK, Chung S. Multiple myopericytoma of the face and parotid gland. Arch Plast Surg. 2012;39(2):158-161.

101. Tirado L, Granados M. Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello. *Cancerología 2* [Publicación en línea] 2007 [Citado 2020 mayo 10] 9-17. Disponible en: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1181662434.pdf>
102. Díaz Lazcano EL. Linfoma de cabeza y cuello: correlación entre sitio anatómico de manifestación y subtipo histológico *An Orl Mex* 2016;61(3):176-182.
103. Labardini Méndez JR, Cervera Ceballos E, Corrales Alfaro C, Balbuena Martínez M, Barbosa Ibarra AA, Espinoza Zamora JR, et al. Linfoma No Hodgking. *Cancerología*. 2011; 6: 139 – 152.
104. Fernández Blanco G, Calb IL, Lewandowski M , Wainstei VJ. Lipomas de la cavidad oral: estudio de 23 casos nuevos y revisión de la literatura. *Dermatología CMQ* 2012; 10(2):98-104.
105. Espinoza Fernández j, Rodríguez Luna R, Ortiz Cruz AB, Amezquita Solórzano JA. Osteoma mandibular periférico. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial* 2017;13 (2): 60-64.
106. Colmenares-Roldán LM, Gaviria C, Ruiz AC. Tricofoliculoma de presentación temprana. *Rev CES Med* 2012; 26(2): 243-247.

107. Sánchez AK, Toussaint CS, Gutiérrez MD, et al. Tricoepitelioma: estudio retrospectivo (1993-2012, Hospital General «Dr. Manuel Gea González»). Gac Med Mex. 2014;150(1):96-100.
108. Benítez N, Naranjo M, Romero R, García TL, Vivar D. Tumor miofibroblástico de boca. Rev. Oncol. 2010; 20(3).
109. Lim D, Ngeow WC. Surgical ciliated cyst of the maxilla: A rare pathology of the maxillary sinus. Arch Orolfac Sci 2017; 12(2): 105-109.
110. Eguchi T, Ishida R, Ara H, Hamada Y, Kanai I. A diffuse traumatic neuroma in the palate: a case report. Journal of Medical Case Reports 2016; 10(116).
111. Vázquez Muñoz MI, Halawa WE, Rodríguez Contreras D, Sanmartín Anaya A. Schwannomas cervicales. An Orl Mex 2015; 60: 51-56.
112. Urquia García M de. La boca en imágenes. Escuela Andaluza de Salud Pública. [Publicación en línea] 2014 [Citado 2020 Mayo 15]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/la-boca-en-imagenes-para-profesionales-de-atencion-primaria/>
113. Borghelli RF. Temas de patología bucal clínica: con nociones de epidemiología bucal. Vol. 1. Buenos Aires, Argentina: Mundi; 1979.

114. Grinspan D. Enfermedades de la Boca, semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Mundi; 1975.
115. Mortazavi H, Baharvand M , Dalaie K, Faraji M, Khalighi H, Behnaz M. Oral Lesion Description: A Mini Review. Int J Med Rev 2019;6(3):81-87.
116. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Jafari S, Anbari F, Rahmani S. Oral White Lesions: An Updated Clinical Diagnostic Decision Tree. Dent J (Basel). 2019;7(1):15.
117. Fernández Blanco G, Fawcett AG, Vera I. Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. Dermatología CMQ 2015;13(2):139-148
118. DeLong L, Burkhart NW. Patología oral y general en odontología. 2 ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health;2015.
119. Reyes Cadena A. Linfadenopatía cervical. Acta Pediatr Mex. 2017;38(3): 208-214.
120. Vélez Uribe JD, Vélez LC, Pérez Mejía M , Barragán KA. Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular y el papel de la educación en su tratamiento. CES Movimiento y Salud. 2015; 3(1): 44-52.

121. Puello Correa C, Barrios García L, Puello del Río E, Díaz Caballero A. Correlation of clinical, radiographic and histological diagnoses of apical dental lesions. *Revista Odontológica Mexicana* 2017;21 (1):21-28.
122. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 2005; 28 (3):139-143.
123. Pérez FC , González RR , Cruz SV , Cruz MR , Serrano JCD. Adenoflemón cervical en la tercera edad, presentación de un caso. *Rev. Ciencias Médicas*. enero-marzo, 2011; 15(1): 182-197.
124. Mac Dermott MM, Gauna A, Yampey JEW de. Impacto del compromiso ganglionar en el pronóstico y la evolución del carcinoma papilar de tiroides. *Rev Argent Endocrinol Metab*. 2017;54 (2): 51–6.
125. Reyes Velázquez. Inflamación ganglionar. *Odontólogo Moderno*. [Publicación en línea] 2017 [Citado 2020 mayo 25]. Disponible en: <https://percano.mx/blog-percano/inflamacion-ganglionar/>.
126. Jiménez Ortiz JL, Herrera Silva JC, Jiménez Ortiz JD, Pérez Lizárraga E, Murillo Ruiz JA. Hallazgos incidentales en ortopantomografías maxilomandibulares de pacientes adultos jóvenes. *Revista ADM* 2017; 74 (1): 25-31.
127. Herrera AM. Interpretación radiográfica en odontología. *Revista Colombia*

Médica 2001; 32: 110-114.

128. Carmona Fernández E, Villarreal Torres C, Martínez Monterrey Y. Reconstrucción mandibular como tratamiento del granuloma central de células gigantes. Rev Ciencias Médicas [Publicación en línea]. 2016 Ago [citado 2020 Mayo 27] ; 20(4): 170-177. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000400020&lng=es.
129. Chrcanovic BR, López Alvarenga R, Horta MCR, Freire-Maia B, Souza LN. Fibroma osificante central en el maxilar superior: reporte de un caso y revisión de la literatura. Avances en Odontoestomatología 2011: 27(1).
130. Martínez Tello FJ, Manjón Luengo P, Montes Moreno S. Condrosarcoma. Variantes de condrosarcoma. Revista Española de Patología 2006; 39 (2): 69-79
131. Demiriz L, Misir AF, Gorur DI. Dentigerous cyst in a young child. *Eur J Dent*. 2015;9(4):599-602.
132. Barba LT, Campos DM, Nevárez Rascón MM, Ríos Barrera VA, Rascón AN. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. Revista odontológica Mexicana 2016; 20(4): 272-276.
133. Díaz Díaz D , Sarracent Valdés Y, Guerra Cobián O, Martínez Gómez N.

Ameloblastoma. Revisión de la literatura. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2014;13(6):862-872.

134. Kornecki Radzinski F. Mixoma Mandibular. Revisión Bibliográfica. A propósito de 2 casos clínicos. Odontoestomatología 2015; 17(26).
135. Tosios KI, Gouveris I, Sklavounou A, Koutlas IG. Spindle cell hemangioma (hemangioendothelioma) of the head and neck: case report of an unusual (or underdiagnosed) tumor. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;105(2):216-221.
136. Escobar Alvarez Y. Tumores poco frecuentes de cabeza y cuello. Papel del oncólogo médico. Equalmás 5, S. L. [Publicación en línea] 2010 [Citado en 2020 Mayo 27]. Disponible en: <http://www.luzan5.es>

