



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Odontología

TESIS

COINCIDENCIA DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE MUESTRAS RECIBIDAS EN CLÍNICA OROCENTRO DEL CONVENIO DE CONTRARREFERENCIA Y REFERENCIA ISEM

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

P. en C. D. José Rodolfo Quiroz Gómez

Director de tesis

Dr. en Est. Víctor Hugo Toral Rizo

Revisores de tesis

Dra. en C.S. Alejandra Morales Valenzuela

Dr en LyD.I.E.S. Felipe Gonzales Solano



Toluca, Estado de México, Junio de 2022.

Índice

Resumen	1
Introducción	3
Antecedentes	4
• Examen de la cavidad oral	4
• Diagnóstico clínico	5
• Diagnostico histopatológico	6
• Coincidencia clínico-histopatológica	7
• Descripción de lesiones	9
• Lesiones elementales	10
• Hiperplasia fibrosa	15
• Mucocele	16
• Granuloma piógeno	18
• Carcinoma oral de células escamosas	20
Planteamiento del problema	21
Justificación	22
Objetivos	23
Pregunta de investigación	24
Hipótesis	25
Metodología	26
Análisis estadístico	28
Resultados	29
Discusión	34
Conclusiones	36
Consideraciones éticas	37
Bibliografía	38

Resumen:

Introducción: El diagnóstico definitivo de una lesión que afecta la cavidad bucal se realiza principalmente por medio del diagnóstico histopatológico, pese a esto el diagnóstico clínico es importante para un tratamiento oportuno, pero la diferencia de coincidencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico es de amplio margen. Las Instituciones de salud deben tomar en cuenta estos datos para mejorar la capacidad del personal de salud bucal en la identificación de lesiones. Objetivo: Describir la coincidencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico de lesiones bucales en un grupo de odontólogos. Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo, realizado a través de registros de biopsia y resultados histopatológicos de 305 casos. Esta información fue recogida de 23 odontólogos del ISEM, que recibieron una capacitación en diagnóstico de lesiones bucales de 32 horas. Se realiza estadística descriptiva y se obtuvieron frecuencias y porcentajes, de las variables; edad, género, localización clínica, diagnóstico clínico e histopatológico y frecuencia de tipo de lesión. Resultados: El promedio de edad fue de 40.1 años, 68.9% de género femenino y 31.1% masculinos. El área de localización más común fue mucosa de labios 21.63%, la coincidencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico fue de 64.2%. Las lesiones en tejido blando/reactivas predominaron 39.5%, seguidas de las lesiones epiteliales 20%, en tercer lugar, lesiones glandulares 18.3%, como cuarto más común lesiones con potencial maligno 8.8%, estas lesiones tuvieron una correspondencia diagnóstica de 88.1%. Discusión: La diferencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico fue similar a lo reportado en la literatura, pero al ser dividido por grupos tanto en tejido de origen como de personal de salud encontramos discrepancias. Conclusión: En el porcentaje de coincidencia de diagnóstico en un grupo de odontólogos con previa capacitación en el tema, se obtuvo un valor positivo en casi 2 de cada 3 casos examinados.

Palabras clave: *coincidencia diagnóstica, patología oral, diagnóstico clínico*

Agreement of clinical and histopathological diagnosis of oral lesions a retrospective study.

Abstract:

Introduction: The definitive diagnosis of lesions that affects the oral cavity is made mainly through histopathological diagnosis, weight to this the clinical diagnosis is important for a good treatment. But the difference between clinical and histopathological diagnosis is wide-ranging. Personal health must take this information into account to improve the capacity of oral health personnel in identifying injuries. Objective: Describe the agreement between the clinical and histopathological diagnosis of oral lesions in a group of dentists. Material and methods: Observational and retrospective study, carried by biopsy records and histopathological results of 305 cases. This information was collected from 23 ISEM dentists, who received 32-hour training in the diagnosis of oral lesions. Descriptive statistics are performed, and frequencies and percentages of the variables were obtained, age, gender, clinical location, clinical and histopathological diagnosis and frequency of type of lesion. Results: The average age was 40.1 years, 68.9% female and 31.1% male. The most common location area was lip mucosa 21.63%, the agreement between the clinical and histopathological diagnosis was 64.2%. soft / reactive tissue lesions predominated 39.5%, followed by epithelial lesions 20%, in third place, glandular lesions 18.3%, as the fourth most common lesions with malignant potential 8.8%, these lesions had a diagnostic correspondence of 88.1%. Discussion: The difference between clinical and histopathological diagnosis was similar to that reported in the literature, but when divided by groups, both in tissue of origin and in health personal, we found discrepancies. Conclusion: In the percentage of agreement of diagnosis in a group of dentists with previous training in the subject, a positive value was obtained in almost 2 out of 3 cases examined.

Key words: Oral Pathology, Agreement, Diagnostic

Introducción

El diagnóstico de las enfermedades bucales muchas veces se ve limitado a los problemas de origen dentario, periodontal o de oclusión, sin embargo, existen otros tipos de lesiones que afectan la cavidad bucal. El odontólogo general es el primer personal de salud que, al observar una lesión en la mucosa oral, debe darle diagnóstico y tratamiento, en caso de que esté dentro de sus capacidades, de igual manera tiene la obligación de referirla a un especialista, ya sea patólogo bucal o cirujano especialista para su correcta resolución y gestión.¹

El diagnóstico clínico por medios de auscultación, percusión y sobre todo observación, es el primer y más importante filtro para la identificación de cualquier tipo de lesión, ya que esta evaluará el nivel de urgencia para su atención y, al mismo tiempo, dará paso a las maniobras necesarias para retomar a la salud lo más pronto posible. Existe un número extenso de alteraciones de la normalidad y de enfermedades que pueden ser diagnosticadas por el odontólogo, pero la capacidad de identificarlas muchas veces es limitada.²

Los odontólogos deben ser conscientes de las diferentes presentaciones de lesiones orales y mantener vigilancia cuando se confronta con enfermedades premalignas y lesiones malignas. La historia clínica del paciente junto con las características de la lesión y la coincidencia histopatológica son los pilares para el manejo de lesiones sospechosas. El correcto diagnóstico de enfermedades dará como resultado un correcto planteamiento del tratamiento a seguir y mejorará significativamente el pronóstico.³

Aunque existe diversos y numerosos estudios de la frecuencia de diferentes entidades patológicas, en el área de la odontología son muy pocos los estudios que describen la capacidad de los odontólogos para acertar un diagnóstico que futuramente será confirmado histopatológicamente. Por lo anterior es de importancia revisar la necesidad de una capacitación de identificación de lesiones patológicas del personal odontológico por medio de un estudio de coincidencia del diagnóstico clínico e histopatológico.⁴⁻⁵

Antecedentes

Las lesiones bucales son más frecuentes de lo que se llegaría a pensar, en un estudio sobre adultos y la condición de la mucosa bucal en México, se encontró que solamente el 1.6% de 1152 pacientes examinados no tenía alteraciones bucales. Demostrando la alta frecuencia en el que estas entidades son diagnosticadas de manera rutinaria.⁶

Aun no existen registros certeros de la prevalencia de lesiones orales en la población adulta, se estima que uno de cada siete personas mayores de 18 años saludables presenta alteración en la mucosa oral, encontrándose la pigmentación racial, el torus y los gránulos de Fordyce como las lesiones más frecuentes, todas estas consideradas como alteraciones de la normalidad.⁷

Existen diferentes factores y condiciones que tomar en cuenta como son las socioeconómicas, geográficas y características locales de cada comunidad en particular, con el fin de sugerir medidas preventivas en el campo de la salud pública.⁸

Examen de la cavidad oral

La cavidad oral está compuesta por diversos tipos de tejidos, más allá de los órganos dentarios, éstos de igual forma sufren alteraciones y requieren de diagnóstico y manejo adecuado. Para lograr esto se requiere la comprensión de los estratos anatómicos que componen la cavidad bucal, dando una mayor habilidad para la examinación oral correcta de los tejidos blandos y duros. Y en correlación con los antecedentes médicos y dentales, nos ayudará a conducirnos correctamente hacia el cuidado oportuno de la salud bucal del paciente.⁹

El examen de la cavidad bucal es fácil, sencillo y toma poco tiempo ser realizado adecuadamente, esto después de un adiestramiento idóneo. Las condiciones para un examen correcto incluyen una buena exposición a la luz y, en el mejor de los casos, espejo dental o bajalenguas, para exponer todos los pliegues bucales. El examen de la cavidad oral comienza con la boca cerrada y luego boca abierta, inspeccionando y palpando las estructuras anatómicas de adelante hacia atrás. La palpación puede ser bimanual con una mano intraoral y una mano extraoral,

especialmente para las mejillas y el piso de la boca. Todo debe ser sistematizado para no ignorar las lesiones, en orden desde las estructuras más anteriores (labios, comisuras labiales, vestíbulos y arcos dentarios) hasta las estructuras más posteriores (mejillas, lengua, piso de la boca, comisuras intermaxilares, paladar duro y blando y orofaringe). El examen oral también debe ser realizado en asociación con el examen de los tegumentos de toda la cara y áreas de ganglios linfáticos cervicales, en busca de asimetrías o aumentos de volumen.²

La compresión de los estratos anatómicos que componen la cavidad oral ofrece una mayor habilidad para la examinación oral correcta de los tejidos blandos y duros. Y en correlación con los antecedentes médicos y dentales, nos ayudara a conducirnos correctamente hacia el cuidado oportuno de la salud bucal de un paciente.¹⁰

El examen de la cavidad oral es un activo importante para la detección temprana de cáncer de la cavidad bucal. A pesar de las acciones preventivas y la facilidad del examen clínico, permanece infradiagnosticado en su etapa inicial.³

Diagnóstico clínico

El diagnóstico es definido por la Real Academia Española como “La determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas”, el diagnóstico clínico se lleva a cabo principalmente mediante el examen clínico, sin necesidad de exámenes adicionales.¹¹

El examen clínico de la cavidad bucal debe ser ordenado, revisando las estructuras anatómicas de anterior a posterior, de arriba a abajo, con boca cerrada y abierta. Una inspección y palpación de los tegumentos de la piel, membranas y áreas de ganglios linfáticos, esto es lo mínimo necesario que comprende el examen clínico, que debe ser llevado a cabo de rutina en la consulta dental.^{2,9}

Después de esto si es identificada alguna anormalidad o lesión, esta debe ser descrita de manera particular, para su correcto diagnóstico. Entre las entidades que pueden ser diagnosticados clínicamente, tenemos aquellas variaciones en estructura y apariencia de la mucosa, o variantes de la normalidad. La mayoría de

estas son benignas, pero pueden causar disfunción o estar asociadas a un desorden mayor. Es necesario que el odontólogo las reconozca y pueda dar correcto seguimiento de estas. Estas entidades pueden afectar diferentes zonas anatómicas de la cavidad oral, ejemplos de algunas de ellas son las eférides, anquiloglosia, varices, exostosis, leucoedema, gránulos de Fordyce, etc. El conocimiento de las variantes anatómicas es de importancia para evitar errores en el diagnóstico clínico final.¹²⁻¹³

La habilidad en el diagnóstico clínico toma importancia para ayuda a evaluar el rumbo del tratamiento desde cual será la planeación de la terapéutica, la agresividad o no de un tumor, que tipo de abordaje se empleará, cual es la necesidad de estudios complementarios, etc.

Desde la experiencia del servicio de patología oral de la clínica Orocentro, el conocimiento, la habilidad, y el buen juicio para el diagnóstico clínico, tendrá un impacto directo en el pronóstico y tratamiento del paciente del paciente.

Diagnostico histopatológico

Es aquel diagnóstico que se elabora en base a un estudio histopatológico de una muestra tomada mediante una biopsia del tejido con sospecha, este puede apoyarse de diversos auxiliares diagnósticos como estudios de imagen y sobre todo de herramientas avanzadas como son la histoquímica, lo cual los vuelve indispensables para la coincidencia de un diagnóstico, sin olvidar que la relación anatomopatológica siempre será el mayor determinante de coincidencia diagnóstica.¹⁴

En lesiones de mucosa oral, algunas entidades desde el punto de vista clínico son difíciles hasta casi imposibles de diferenciar, lesiones entre sus posibles diagnósticos diferenciales por ejemplo el fibroma osificante periférico y el granuloma piógeno, de ahí la importancia de la coincidencia diagnóstica mediante el estudio histopatológico, no solo para nombrar la entidad sino para conocer las repercusiones, posibles recurrencias, o complicaciones que pueda presentarse a nuestro paciente.¹⁵

El diagnóstico clínico acertado de lesiones bucales se vuelve clave para un tratamiento adecuado. Por lo tanto, la formación académica de los odontólogos en detección de lesiones bucales es crucial para establecer un diagnóstico de calidad y oportuno. El diagnóstico preciso determina las opciones de tratamiento, lo cual vuelve a la coincidencia del diagnóstico clínico con el histopatológico una pieza importante para el adecuado manejo integral de las patologías de la cavidad bucal.

Coincidencia entre diagnóstico clínico e histopatológico

La coincidencia diagnóstica se refiere al momento cuando la impresión diagnóstica clínica corresponde con los diagnósticos histopatológicos definitivos.¹⁶ En estudios retrospectivos, que tienen como propósito evaluar la coincidencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones en mucosa oral, vemos que existe un rango de coincidencia que va de un 54.8% a un 93.3%.^{17,18}

La mayoría de los estudios se evalúan el nivel de coincidencia dividiendo al personal de salud clínico en grupos; especialistas, odontólogos generales o practicantes en odontología. Patel et al. en su estudio dividió a los clínicos en practicantes de odontología general y especialistas en medicina oral y maxilofacial, en este se observó una diferencia de 5.4% de coincidencia diagnóstica entre ambos grupos.¹⁹

De igual manera la coincidencia diagnóstica fue descrita dividiendo a las entidades en grupos, estos fueron muy variados entre cada estudio. En algunos casos las investigaciones solo se concentraban en la coincidencia diagnóstica de una entidad, en su estudio Fernández da Costa Fontes describió una coincidencia de 83.3% entre citologías y biopsias de carcinoma oral de células escamosas.²⁰

La lesión más frecuente reportada en este tipo de trabajos fue el fibroma, esto puede ser observado también en otros estudios de carácter puramente epidemiológico.^{18,19,20}

En grupos de edad la prevalencia de lesiones en mucosa oral fue principalmente estudiada en niños y adolescentes. Vale et al. reportó que, en una población brasileña, la lesión más frecuente fue el mucocele y el 61.5% de coincidencia

diagnóstica.²¹ En la siguiente tabla se comparan los datos de estudios de coincidencia diagnóstica (Tabla 1).

Tabla 1: Revisión sistemática de coincidencia diagnóstica

Autor	Año	Muestra	Coincidencia	Lesión más común	Zona más común	Coincidencia de lesiones malignas
Espino <i>at el.</i> ¹⁸	2009	360	57.20%	Fibromas	Labios	12.9
Patel <i>at el.</i> ¹⁶	2011	3143	Especialistas 66.7% Generales 62.7%	Hiperplasia Fibrosa	Mucosa	56.6
Sepulveda <i>et al.</i> ¹⁵	2011	2183	54.10%	Hiperplasia Fibrosa	Carrillo	39
Acheampong <i>et al.</i> ¹²	2012	567	62.80%	Tumores no odontogénicos	NM	NM
Tatli <i>at el.</i> ¹⁴	2013	2718	93.30%	Quistes odontogénicos	Mandíbula	91
Souza <i>at el.</i> ⁵	2014	125	87.80%	Neoplasias no proliferativas	NM	NM
Peker <i>at el.</i> ²²	2015	1473	80.50%	Quiste radicular	Zona anterior de mandíbula	NM
Mendez <i>at el.</i> ⁴	2015	5368	72.04%	Lesiones inflamatorias	Lesiones periapicales	51.1
Olandele <i>at el.</i> ¹³	2019	592	54.80%	Quistes odontogénicos	Mandíbula	62.2

*NM: no menciona

Descripción: En esta tabla se hace un listado de los datos obtenidos de diferentes artículos que compraran el diagnóstico clínico con el histopatológico.

Descripción de lesiones orales

Ya una vez tenido la concepción de la existencia de una lesión en la cavidad oral, se debe hacer una descripción detallada de esta, una hecha de manera sistemática y lo suficientemente detallada que permita al examinador hacer una idea concreta de ella. Por el momento no existe un acuerdo general en la forma de hacer una descripción de una lesión oral.

Actualmente la terminología y el lenguaje especializado para la descripción de lesiones que afectan los epitelios de mucosa y piel no es homogéneo, existen demasiadas inconsistencias, utilización de criterios diferentes, etc. Un ejemplo es el tamaño, una vesícula puede ser reportado usando adjetivos no específicos como pequeña o grande, usando términos analógicos; el tamaño de un alfiler o un guisante, o por una cuantificación exacta; usando el sistema de medidas internacional, 0.5 cm de diámetro. He aquí la gran problemática del lenguaje para expresar de manera eficaz lesiones en la cavidad bucal, denotando que interés en la aplicación de usos lingüísticos correctos es la practicidad con la que puedan ser utilizados y de esta manera facilitar el entendimiento entre personal de salud que los use.²²⁻²³

Criterios de definición

En la literatura dermatológica se han descrito cuatro principales criterios o definiciones básicas para la descripción de lesiones. Criterios clínicos o morfológicos; son medibles y objetivos como el tamaño, la consistencia o superficie. Criterios evolutivos o temporales; referencian la duración de la lesión, su posible resolución a mediano o largo plazo, o su capacidad para causar daño, cicatriz. Evolución fugaz, de regresión, evolución lenta, etc. Criterios histológicos; capas del epitelio que se ven afectadas, cavidad cerrada con revestimiento y líquido en su interior. Criterios etiológicos; dado por la causa o naturaleza de la lesión, úlcera traumática, lesión reactiva. De estos criterios los más recomendables para describir una lesión son los clínicos, ya que se pueden medir y son poco objetables o apreciativos, en la siguiente tabla se mencionan los principales criterios clínicos necesarios para una buena descripción de lesiones.²⁴

Lesiones elementales

Es el signo más simple que manifiesta una enfermedad, es la forma más simple en la que se puede descomponer una lesión que altera las mucosas o piel. Son manifestaciones objetivas producto de procesos que alteran los tejidos, no todas representan una enfermedad o requieren de un tratamiento, pero no deben ser vistos como eventos aislados. Toda lesión que afecte la cavidad bucal consiste en la asociación de una o varias lesiones elementales.²⁵⁻²⁶

Se pueden dividir a las lesiones elementales en primarias y secundarias. Las primarias son las que afectan la mucosa sana, las secundarias son producto de una lesión primaria o de una agresión externa directa sobre los tejidos. Dentro de esta división existen subclasificaciones, pero no son empleadas de la misma forma por todos los autores por lo cual solo se mencionará la lesión y sus características principales.²³

Lesiones elementales primarias

Mácula: Lesión caracterizada por la modificación localizada del color, no palpable. No tiene alteraciones aparentes en su superficie, puede afectar la epidermis, dermis o ambas. Se considera que puede medir de 0.5 cm a 2 cm, la coloración de esta puede variar dependiendo su etiología.^{26,27}

Placa: Lesión pequeña menor de 1 cm de diámetro, de contenido sólido no líquido, palpable, de forma redonda, umbilical, poligonal u oval. Causada por el aumento del estroma celular de la epidermis o dermis.^{22,26}

Pápula: lesión elevada de contenido sólido, circunscrita, de altura superior a su extensión, mayor de 1 cm de diámetro.^{23,27}

Nódulo: lesión palpable de contenido sólido, redondeada y bien delimitada mayor de 1 cm de diámetro. Se puede presentar como una elevación o ser solamente palpable en planos más profundos, generada en la dermis o hipodermis.²²

Roncha: lesión palpable sólida, rosada o eritematosa, mal definida, de tamaño variable y cuya principal característica es su pronta remisión. Producida por edema en la dermis. ²⁴

Tumor: lesión semejante al nódulo, pero de tamaño indefinido que puede afectar estructuras adyacentes. ²⁴⁻²⁵

Vesícula: lesión de contenido líquido, elevada, circunscrita, mide menos de 0.5 cm y es producido por el cumulo de contenido hemático en la epidermis, unión epidérmica o dermis. ²⁵

Ámpula: Lesión parecida a la vesícula, pero de tamaño mayor de 0.5 cm. Se suele dividir en intraepitelial y subepitelial. ²³

Pústula: Lesión vesicular de contenido líquido purulento, evoluciona sin dejar cicatriz, se origina en la epidermis y mide alrededor de 0.5 cm. ²²

Quiste: Lesión con contenido líquido o semilíquido, elevada, bien delimitada, caracterizada por poseer una cavidad de epitelio de tamaño variable producida generalmente en la dermis. ²⁶

Lesiones elementales secundarias

Erosión: Lesión que afecta la continuidad del epitelio, exudativa y húmeda. cura sin dejar cicatriz ya que solo afecta epitelio, hasta su capa basal. En caso de ser provocada por rascamiento se le denomina escoriación. ²⁵

Úlcera: Lesión que afecta la continuidad del epitelio, dermis o hasta tejido subcutáneo, por lo tanto, evoluciona dejando cicatriz. Características como la profundidad, la definición de los bordes, tamaño, irrigación y localización deben ser observados cuidadosamente en este tipo de lesión. ²⁸

Escama: Caída de laminillas de queratinas producidas por el estrato corneo debido a la aceleración del proceso de queratinización y problemas en su desprendimiento. Se denomina descamación al proceso de desprendimiento de las escamas. ^{22,28}

Costra: Formación sólida producto de desecación de contenido hemático, puede variar su color dependiendo de su etiología. Son producto de la evolución de lesiones como úlceras, ampollas o vesículas, en cavidad oral solo se observan en labio, bermellón o piel adyacente a labios. ²⁵

Escara lesión membranosa de color negruzco, seca, de bordes definidos producida por tejido necrótico que intenta ser eliminado, cuya profundidad es variable. ²²

Atrofia: disminución o ausencia de una o varias capas de la piel, normalmente es un proceso secundario de reparación. ²⁸

Cicatriz: constituido por tejido conjuntivo que sustituye pérdidas de la continuidad que superaron tejido epitelial más allá de la capa basal. ²⁵

Localización

La localización es el espacio donde se encuentra algo, en este caso una lesión en la cavidad oral. Las estructuras que componen la región oral son el paladar, piso de boca, labios, lengua, orofaringe y cavidad oral propiamente dicha. La cavidad oral es un sitio anatómico que debe ser estudiado en sus límites de manera cuidadosa, esto debido a los pliegues que en ella presenta y la capacidad de observada abierta o cerrada. conformada por el vestíbulo y la cavidad bucal propiamente dicha. El vestíbulo es el espacio entre los dientes y la mucosa de los labios y las mejillas. Limitado medialmente por los órganos dentarios y sus límites anterior y lateral son las superficies mucosas intraorales de los labios y mejillas El vestíbulo se estrecha gradualmente hacia atrás a medida que los límites medial y lateral convergen en la región retromolar, que es la región de la cavidad oral posterior a la última mandibular y molares maxilares. La cavidad oral propiamente dicha es el espacio en el interior de la boca entre los arcos dentales superior e inferior ocupados por la lengua cuando la boca está cerrada o en reposo. ²⁹

La localización específica de una patología ayuda mucho como dato de importancia para un correcto diagnóstico, ya que numerosos reportes de entidades patológicas se han dedicado a correlacionar la localización con la entidad patológica, lo cual, si

no es totalmente determinante, el ser lo más específico en la localización ayuda a alcanzar un diagnóstico.²

Número de lesiones

El número de lesiones se enumeran los focos con un tipo de lesión en específico, lo que se debe tomar en cuenta es enumerar la cantidad de lesiones y su localización específica cuando se trate de más de una, ya que existen entidades patológicas bucales comunes, como el liquen plano que tiende a tener más de una lesión en diferentes áreas de la boca.²²

En casos en los que sea difícil la descripción del número de lesiones ya sea por su gran número u otras causas, se recomienda utilizar adjetivos que acerquen a la comprensión de la lesión ejemplo; La hiperplasia epitelial multifocal se caracteriza por múltiples lesiones papulares similares a la mucosa adyacente de 5 a 10 mm de tamaño.³⁰

Tamaño

Para hacer una descripción adecuada del tamaño de una lesión se recomienda hacer uso del sistema métrico convencional, y evitar las analogías o comparaciones con objetos o estructuras ejemplo; Elevación circunscrita del tamaño de la punta de un alfiler. Para un mejor entendimiento se recomienda el uso de términos cuantificables (centímetros o milímetros).²²

También se tiende a medir la lesión por su mayor diámetro, existen diferentes formas de lesiones, pero el mayor diámetro es incluso de utilidad diagnóstica, dependiendo el tipo de entidad que sea.³¹

Color

El color es definido por la Real Academia Española como la sensación producida por los rayos luminosos que impresionan los órganos visuales y que depende de la longitud de onda. Diversas lesiones orales producen en la mucosa bucal alteraciones de color que son un signo importante para establecer un diagnóstico clínico.³²

Las distintas regiones de la cavidad bucal poseen un color de mucosa característico dependiendo de su función, la mucosa yugal y el piso de boca tienen un color de mucosa diferente entre sí, esto se debe a la diferencia de irrigación que cada uno posee, sumado a esto existen diversas características no patológicas consideradas alteraciones de la normalidad que provocan cambios de color: El leucoedema es una alteración de la normalidad de color blanco-gris en la mucosa yugal, debido a la acumulación de líquido dentro de las células del epitelio. Las varices orales es un cúmulo de vasos sanguíneos dilatados de color azul violeta. La pigmentación racial es la alteración que consiste en la acumulación de áreas pigmentadas café pardo en la encía insertada o carrillos provocada por la cantidad de melanina acumulada.³¹

Para describir el color de una lesión se debe comparar con la mucosa adyacente, en caso de ser similar a esta se recomienda reportarlo de esta manera, de igual manera lesión pueden presentar más de un color, las úlceras recurrentes por ejemplo tiende a tener una pseudomembrana amarillo-gris, de forma redondeada y un halo rojo eritematoso.³³

Consistencia

La consistencia es la cualidad de la materia para deformarse o no, para poder determinar la consistencia de lesiones bucales se debe presionar la zona a examinar, se usa el sentido del tacto para comparar la consistencia con el área adyacente a la lesión, y se puede estirar la piel para identificar cambios.³⁴

Superficie

La superficie es el aspecto exterior de lesión, para determinarlo se observa y se palpa. Las alteraciones en la superficie de la mucosa oral son un signo clínico de amplia importancia. Cuando el micro relieve visible de la mucosa se aprecia rugoso, exudativo, escamoso o no se encuentra se define como un estado alterado de la superficie. En la mucosa oral se le puede dividir a las alteraciones de superficie en ulcerada, vesícula ampulosa y papilar, de igual forma se puede reportar como lisa, escamosa, etc.³⁵

Forma

La forma es la configuración externa de algo, es el conjunto de líneas y superficies que determinan el contorno de una cosa. Para describir las formas de una lesión se recomienda hacer uso de analogías o comparaciones principalmente con formas geométricas bidimensionales, ya que pese que una en carácter estricto es tridimensional, la falta de conocimiento de cuanto se extiende la lesión en los planos profundos nos deja solo con la superficie de la lesión. ²²

Bordes

Es el extremo de algo, limite observable de una forma. Para describir los bordes de una lesión se debe observar y palpar, un borde definido es aquel que se puede dibujar fácilmente con la punta de un lápiz y los bordes mal definidos no. ³⁶

Base

Se define la base como la parte inferior de un cuerpo este sirve de apoyo y sostén, en las lesiones orales es la parte inferior que lo une a las diferentes estructuras de la cavidad oral, existen dos tipos de bases pediculada y sésil.

Sésil: unido directamente por la base no tiene un tallo intermedio.

Pediculada: tiene un pedúnculo (un tallo) está unida a otra estructura por medio de este. ³⁷

Hiperplasia fibrosa

Es un tipo de lesión fibroproliferativa, categorizada como tumor benigno, aunque es discutido este término. Existen dos tipos de lesiones fibroproliferativas, la hiperplasia fibrosa reactiva inducida por la repuesta del tejido conectivo a una irritación o trauma constante. De ahí la causa que sea también nombrada esta entidad como fibroma traumático, hiperplasia fibrosa focal, nódulo fibroso, fibroma irritativo. Y los fibromas verdaderos que son un crecimiento que no se relaciona con un trauma entre ellos tenemos al elastofibroma, esclerofibroma, colagenofibroma y tumor fibroso solitario. Aun así, el termino hiperplasia fibrosa es el más comúnmente usado para referirse a una lesión con las siguientes características. ³⁸

Es la lesión más común de la cavidad oral, y en numerosos estudios la reportan como la entidad la más diagnosticada, casi siempre asociada a trauma. Clínicamente se caracteriza por ser una lesión nodular, forma oval, única, superficie lisa, consistencia blanda, base sésil o pediculada, bordes delimitados, color rosado o similar a la mucosa adyacente, de un tamaño que normalmente no excede el centímetro y medio de diámetro. El carrillo, la mucosa labial, la lengua y la encía es la localización más común, aunque pueden aparecer en cualquier área de la boca.

39

Histológicamente se caracteriza por ser una masa nodular formada por la hiperplasia en el tejido conectivo fibroso que contiene abundantes fibras de colágeno, fibroblastos alargados y numerosos, poca o ninguna infiltración de células inflamatorias. Rodeado un epitelio normalmente atrófico para u ortoqueratinizado no se encuentra encapsulado.⁴⁰

El tratamiento idóneo para este tipo de lesión es mediante biopsia excisional utilizando la técnica de enucleación quirúrgica, que tiene como principal ventaja la extirpación de toda la lesión que proporcionar material biológico necesario para el examen histopatológico y para la confirmación del diagnóstico. Se han descrito varios procedimientos terapéuticos además de la extirpación quirúrgica, como remoción con láser, marsupialización y criocirugía todos con un espectro de éxito similar.⁴¹

Mucocele

El mucocele es una lesión de la mucosa oral provocada por la acumulación de mucosidad que resulta de una alteración de las glándulas salivales menores. El término mucocele se refiere a dos conceptos: los quistes de extravasación resultantes de ruptura del conducto glandular salival con pérdida de mucina dentro del tejido blando peri-glandular circundante, y el quiste de retención que es causado por la obstrucción del conducto glandular. Determinado así que la etiología más común para este tipo de lesiones es la obstrucción y el traumatismo de los conductos de las glándulas salivales menores.⁴²

Los mucocelos se diagnostican principalmente por medio del examen clínico tienen un historial previo de trauma. Localizado principalmente en labio inferior, ya que es el sitio más probable de trauma, especialmente a nivel de premolares, aunque pueden aparecer mucocelos en cualquier sitio de la cavidad bucal donde se encuentran las glándulas salivales. Alrededor del 60 al 80% de las lesiones se encuentran en el labio inferior, pero se pueden encontrar en mucosa yugal. Son lesiones nodulares, labio superior, dorso y vientre de lengua o zona retromolar, es importante señalar que se debe asociar siempre a un factor de trauma sea cual sea su localización, consistencia blanda móvil, superficie lisa, únicas, color característico azul, base sésil, bordes definidos y forma oval o circular y de tamaño alrededor de 1 cm de diámetro.^{43,44}

Histológicamente, los mucocelos presentan una capa granulomatosa de tejido que rodea un contenido líquido mucoso, generalmente mucina. presenta inflamación concomitante, de neutrófilos y los macrófagos se pueden, como ya se comentó se puede dividir en dos tipos, el tipo de extravasación siendo el más frecuente y el tipo de retención. El tipo de extravasación es causado por acumulación de líquido mucoso en los tejidos sin revestimiento epitelial. El tipo de retención se encuentra ocasionalmente como un quiste revestido por epitelio.^{39,43}

La recurrencia del mucocelo tiene una tasa de recurrencia general de 2,8 % al 18 % a las reportadas Choi et al., en su estudio reportó una tasa de recurrencia significativamente mayor en la mucosa ventral de la lengua (50%) que en la mucosa labial/bucal (8,8%). Pensamos que esto podría ser principalmente debido a la probable participación de las glándulas de Blandin-Nuhn por su posición anatómica profunda podría hacer la escisión completa de las glándulas causales más difícil sumado a la dificultad de sitio anatómico. También se informó que los mucocelos en la superficie anteroventral de la lengua eran generalmente revestidos por paredes más delgadas, lo que indica la posibilidad de una ruptura más fácil durante la extracción.⁴⁵

Las opciones de tratamiento para los mucocelos incluyen la escisión quirúrgica, marsupialización, criocirugía e inyección de esteroides. Aunque la extirpación

quirúrgica completa con bisturí convencional o láser sigue siendo el mejor enfoque de tratamiento, Debido al alta recaída tasa asociada con inyecciones de esteroides, criocirugía y otros procedimientos, el tratamiento convencional por medio de un acto quirúrgico. se considera una alternativa de tratamiento ideal ya que es rápido, sencillo y con buenos resultados, pero esta técnica supone un 14% aparición de recaídas. ⁴⁴

Granuloma Piógeno

El granuloma piógeno es una es una lesión oral bien conocida, una hiperplasia inflamatoria que se observan en la cavidad oral. El termino granuloma piógeno es inapropiado porque la lesión no está relacionada con una infección. La etiología de la lesión no se conoce y se teoriza que surge en respuesta a diversos estímulos, como irritación local de bajo grado, lesión traumática que abre camino para una invasión de microorganismos inespecíficos o factores hormonales predominantemente. Ocurre comúnmente en la segunda década de la vida en mujeres jóvenes, posiblemente debido a los efectos vasculares de las hormonas femeninas. En cavidad oral se localiza principalmente en la encía, extragingivalmente, puede ocurrir en los labios, lengua, mucosa bucal, paladar y similares. Una historia de trauma es común en tales sitios. ⁴⁶

Clínicamente se caracteriza por una lesión exofítica lobular única, de color rojo o púrpura, base pediculada y a veces sésil, superficie ulcerada o friable, consistencia blanda, bien delimitada, de forma oval o irregular, el tamaño puede variar de un par de milímetros hasta varios centímetros. Cualquier trauma puede causar un sangrado considerado esto debido a la naturaleza vascular de la lesión. ⁴⁷

Histológicamente esta lesión esta parcial o completamente cubierto por un epitelio escamoso estratificado de células paraqueratósicas o no queratinizadas. La mayor parte de la lesión está formada por un lobulado de tejido angiomatoso, compuesto de una proliferación endotelial sólida de vasos sanguíneos del tamaño de capilares, tejido conectivo con fibras colágeno. Usualmente la superficie se encuentra ulcerada, el edema es una característica prominente con infiltrado inflamatorio compuesto por células plasmáticas, linfocitos y neutrófilos. ⁴⁸

La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección se recomienda dejar márgenes de 2 mm en su punto clínico periférico y una profundidad al periostio. Después de la escisión de lesiones en zona gingival, el curetaje del tejido subyacente, cuerpo extraño, cálculo o restauración defectuosa debe ser removido como parte de la escisión es indicado para disminuir riesgo de incidencias. Se han informado una tasa de recurrencia del 15,8% después de la escisión conservadora Las lesiones en zona gingival muestran una tasa de recurrencia mucho más alta que las lesiones en otros sitios de la mucosa oral. Si la paciente está embarazada, la recurrencia es más común.⁴⁹

Carcinoma oral de células escamosas

El carcinoma oral de células escamosas es la neoplasia maligna más común en la cavidad bucal, un carcinoma que surge del epitelio mucoso con diferenciación escamosa. Su etiología es multifactorial, siendo los factores de riesgo más importantes el consumo de tabaco y alcohol. Otros factores como la infección por virus de papiloma humano, en particular tipo 16, es un factor etiológico reconocido en el cáncer de orofaringe. La exposición solar en cáncer de labio, el mal estado de salud bucal y la pobre nutrición también han sido asociados con el carcinoma oral de células escamosas.⁵⁰

Clínicamente es variable la presentación de la lesión, dependiendo mucho del estadio donde se encuentre, en un inicio es asintomática y se pueden notar cambios de color en la mucosa, la eritroplasia, leucoplasia son lesiones normalmente observadas en estadios tempranos, también se puede presentar como una erosión, o úlcera pequeña que no sana en quince días, una masa exofítica de textura granular o verrugosa. En estadios avanzados puede presentarse como un tumor grande con o sin ulceraciones, úlcera profunda con una superficie irregular o crateriforme, bordes elevados e indurados; propenso a la rápida diseminación hacia los ganglios linfáticos y metástasis.⁵¹

El carcinoma de células escamosas convencional es agresivo, con una propensión a la invasión local y temprana, con metástasis en los ganglios linfáticos. El tratamiento del carcinoma oral generalmente requiere los servicios de un equipo multidisciplinario de especialistas en la salud, el objetivo principal del tratamiento es erradicar el cáncer, prevenir, recurrencia, y en la medida de lo posible restaurar la forma y función de las partes afectadas. La cirugía es el tratamiento preferido de primera línea para las pequeñas lesiones orales. Sin embargo, en etapas avanzadas generalmente se trata con un programa de tratamiento combinado de cirugía, quimioterapia y radioterapia. A pesar de los avances en cirugía y radioterapia, la tasa de mortalidad ha permaneció prácticamente sin cambios durante décadas, con una tasa de supervivencia a 5 años de alrededor del 50%.⁵²

Planteamiento del problema

En la actualidad existen pocos estudios sobre alteraciones de la mucosa bucal, y los que existen en su mayoría se encuentran enfocados a una sola entidad patológica. Sumado a esto en el área de investigación en odontología los estudios que exploran las anomalías de tejidos blandos en cavidad oral son menores en comparación con otras entidades bucales como caries, periodontopatías o maloclusiones.¹ A pesar de esta tendencia en años recientes se ha comenzado a realizar investigaciones sobre lesiones que afectan la mucosa bucal con carácter epidemiológico.²⁰ En el más reciente estudio de concordancia diagnóstica las lesiones malignas de origen epitelial tuvieron una coincidencia del 77.2 %, mientras que las lesiones malignas de origen mesenquimal solo un 25%.⁴ Es un dato de suma importancia conocer la habilidad para hacer un acertado diagnóstico clínico. Los porcentajes de coincidencia diagnóstica se observaron similares a otros estudios de este mismo tipo, donde el porcentaje en regiones del mundo como la nuestra oscila los 55 hasta 93 %.^{17,18}

Justificación

Los estudios de concordancia entre diagnóstico clínico e histopatológico funcionan como un indicador confiable de la destreza de un clínico para identificar diferentes tipos de lesiones.

La discrepancia de coincidencia entre distintos grupos de clínicos ha sido explorada encontrando una diferencia del 5.4% poniendo en comparación un grupo de residentes de medicina oral y especialistas en medicina oral y maxilofacial.¹⁹

Existen relativamente pocos estudios de este tipo en México y Latinoamérica, por lo cual hace falta muchos datos para poder determinar de manera confiable las habilidades clínicas diagnósticas de los profesionales de la salud oral.

De igual manera la división entre grupos de lesiones hará más fácil detectar los puntos débiles de los evaluados y poder enfocar la capacitación a determinados aspectos o temas.

Por lo tanto, es importante elaborar un estudio de coincidencia diagnóstica clínica e histopatológica de lesiones bucales, para no solo obtener datos demográficos y epidemiológicos de lesiones en mucosa oral, sino tener una apreciación correcta del estado de habilidad diagnóstica de los odontólogos en el Estado de México y su diferencia entre especialistas y odontólogos generales.

Objetivos

General: Evaluar la coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones bucales entre los grupos de especialistas y odontólogos generales.

Específicos

- Promedio de edad de la muestra
- Grupo de lesión por su tejido de origen más recurrente
- Porcentaje de coincidencia por grupo de lesión por su tejido de origen
- Recurrencia de lesiones por sexo
- Porcentaje de coincidencia por sexo

Pregunta de investigación

¿Cuál será el porcentaje coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico de muestras recibidas en Clínica Orocentro del convenio de contrarreferencia y referencia ISEM?

Hipótesis

- H_1 El porcentaje coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico de muestras recibidas en Clínica Orocentro del convenio de contrarreferencia y referencia ISEM será más elevada en el grupo evaluado por personal de salud bucal especialista.
- H_0 El porcentaje coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico de muestras recibidas en Clínica Orocentro del convenio de contrarreferencia y referencia ISEM será más elevada en el grupo evaluado por personal de salud bucal general.

Metodología

Se realizó estudio retrospectivo retrolectivo a través de registros, referencias, contrarreferencias y resultados histopatológicos del archivo de la Clínica Orocentro de la Facultad de Odontología UAEMex. Para determinar la capacidad diagnóstica de los evaluados, 23 odontólogos generales del ISEM que recibieron una capacitación de 120 horas en diagnóstico de lesiones bucales y dos especialistas en patología bucal. Que en conjunto dieron diagnóstico a 444 lesiones bucales de las cuales solo 305 cumplen con los criterios de selección. Los datos fueron recopilados de enero del 2018 a marzo del 2020. Se clasifican las entidades patológicas en siete grupos por su tejido de origen (Tabla 2)

Criterios de selección

Criterio de inclusión: Haber tenido diagnóstico clínico y tratamiento de biopsia por un odontólogo de la red ISEM o bien diagnóstico clínico y tratamiento de biopsia bajo la supervisión de un especialista bucal en la Clínica Orocentro. Tener un diagnóstico histopatológico expedido por el laboratorio de histopatología de la UAEMex. Que la hoja de referencia, historia clínica y resultado del estudio tenga todos los datos necesarios para el estudio

Criterio de exclusión: Pacientes con diagnóstico histopatológico descriptivo. Incumplir con los requisitos de inclusión. No existir datos necesarios para poder participar.

Tabla 2: Lesiones separadas en grupos de acuerdo con su tejido de origen

Grupo	Tipo de lesiones	Descripción
1	Epiteliales	Verruga vulgar, papiloma oral, condiloma acuminado, hiperplasia epitelial multifocal, macula melanótica, melanoacantosis
2	Infecciosas y químicas	Candidiasis, actinomicosis, sífilis, parulide, tatuaje por amalgama
3	Glandulares	Mucocele, ránula, adenoma pleomorfo, sialoadenitis
4	Tejido blando	Granuloma piógeno, fibroma osificante Periférico, hiperplasia fibrosa, épulis fisurado, fibroma de células gigantes, lipoma, neuroma traumático,
5	Quistes	Dentígero, queratoquiste, epidermoide, nasopalatino
6	Con potencial maligno	Carcinoma oral de células escamosas, sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin, liposarcoma, eritroplasia, displasia
7	Otras	Malformación vascular, odontoma, argirosis focal,

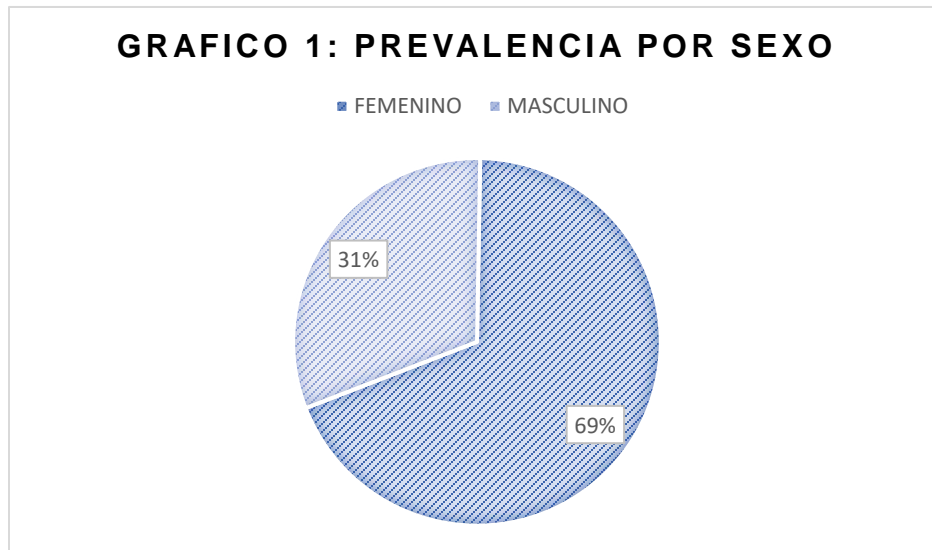
Descripción: Las entidades patológicas fueron divididas de acuerdo al tejido del cual proviene, para su fácil agrupación.

Análisis estadístico

Se elaboró base de datos en Excel y se describen: datos demográficos, porcentaje de coincidencia del diagnóstico clínico-patológico general y por grupo, se compara el porcentaje de coincidencia entre cirujanos dentistas y especialistas en patología bucal.

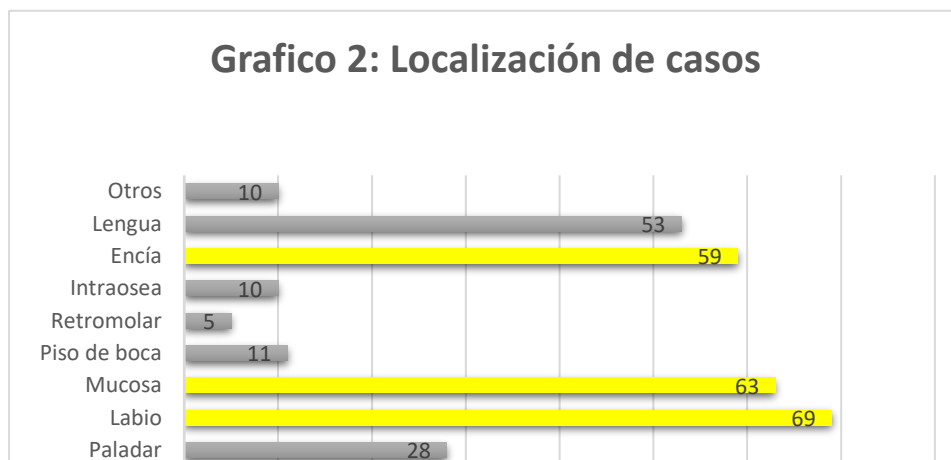
Resultados

De los individuos que presentaron lesiones bucales, el promedio de edad fue de 40.1 años, se obtuvo 68.9% de sexo femenino y 31.1% del sexo masculino. (Grafica 1).



Descripción: Grafica donde se muestra el porcentaje por género de los individuos que presentaron alguna lesión bucal

La localización de las lesiones en la cavidad bucal se clasifico por áreas anatómicas, siendo el labio el sitio más común para presentar una lesión 22.6%, seguido de la mucosa yugal 20.6% y encía 19.2%. el sitio menos frecuente fue la zona retromolar 1.6% (Grafico 2).



Descripción: Número de casos por su localización, señalización de los tres sitios mas comunes.

La lesión elemental más frecuente fue el nódulo, las entidades más diagnosticadas clínicamente fue la hiperplasia fibrosa 25.2%, granuloma piógeno 15.4% y el mucocele 13.1%. Las lesiones más diagnosticadas histopatológicamente fueron hiperplasia fibrosa 15%, mucocele 12.4% y granuloma piógeno 8.8% (Tabla 5).

De igual manera se describieron los grupos de lesiones por tejidos de origen más recurrentes, siendo las lesiones de tejido blando las más prevalentes con el 24%. Y las menos predominantes fueron las lesiones quísticas 3.2%¹⁰, las lesiones potencialmente malignas, fueron diagnosticadas en un 8.8% de veces. (Tabla 4)

Tabla 4: Numero y porcentaje de casos por grupo

Grupo de lesiones	Número de casos por grupo	Porcentaje de muestra
Grupo 1: Epiteliales	61	20.1%
Grupo 2: Infecciosas	13	4.3%
Grupo 3: Glandulares	56	18.3%
Grupo 4: Reactivas	121	39.7%
Grupo 5: Quistes	10	3.2%
Grupo 6: Potencialmente Malignas y malignas	27	8.9%
Grupo 7: Otro	17	5.5%
Total	305	100%

Descripción: De la clasificación de entidades por su tejido de origen, se muestran el número y porcentaje de frecuencia con el que fueron diagnosticados

Tabla 5: Lesiones más diagnosticadas

Patología	Número de diagnósticos histopatológicos	Número de diagnósticos clínicos	Número de casos con coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico	Porcentaje de coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico	Diagnósticos no coincidentes
Mucocele	46	40	38	95%	8
Hiperplasia fibrosa	46	74	45	61%	1
Granuloma piógeno	28	47	21	44.6%	7
Fibroma osificante periférico	17	3	2	66%	15
Hiperplasia epitelial multifocal	26	13	12	92.3%	14
Carcinoma oral de células escamosas	16	14	14	100%	2
Papiloma oral de células escamosas	12	12	8	66.6%	4
Granuloma periférico de células gigantes	5	4	4	100%	1
Otras	109	98	58	59.1%	51
Total	305	305	196	64.2%	109

Descripción: Se muestran los resultados del número de diagnósticos clínicos de las lesiones más frecuentes, de igual manera el porcentaje de coincidencia por lesión, número de diagnósticos histopatológicos y los diagnósticos no coincidentes.

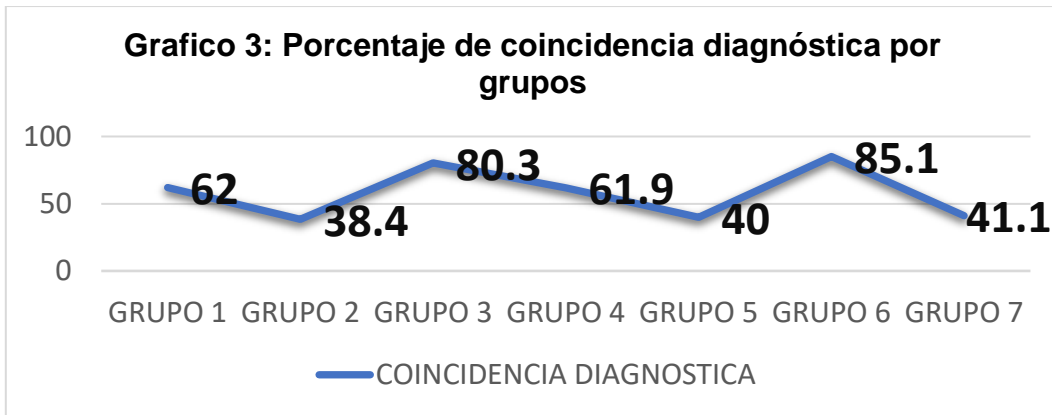
La coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico de toda la muestra fue de 64.2%. Al dividirlo por personal de salud, la coincidencia diagnóstica de especialistas fue de 65.8%, en comparación a la de odontólogos generales que obtuvieron una coincidencia del 61.9% (Tabla 6).

Tabla 6: Niveles de coincidencia diagnóstica por personal de salud

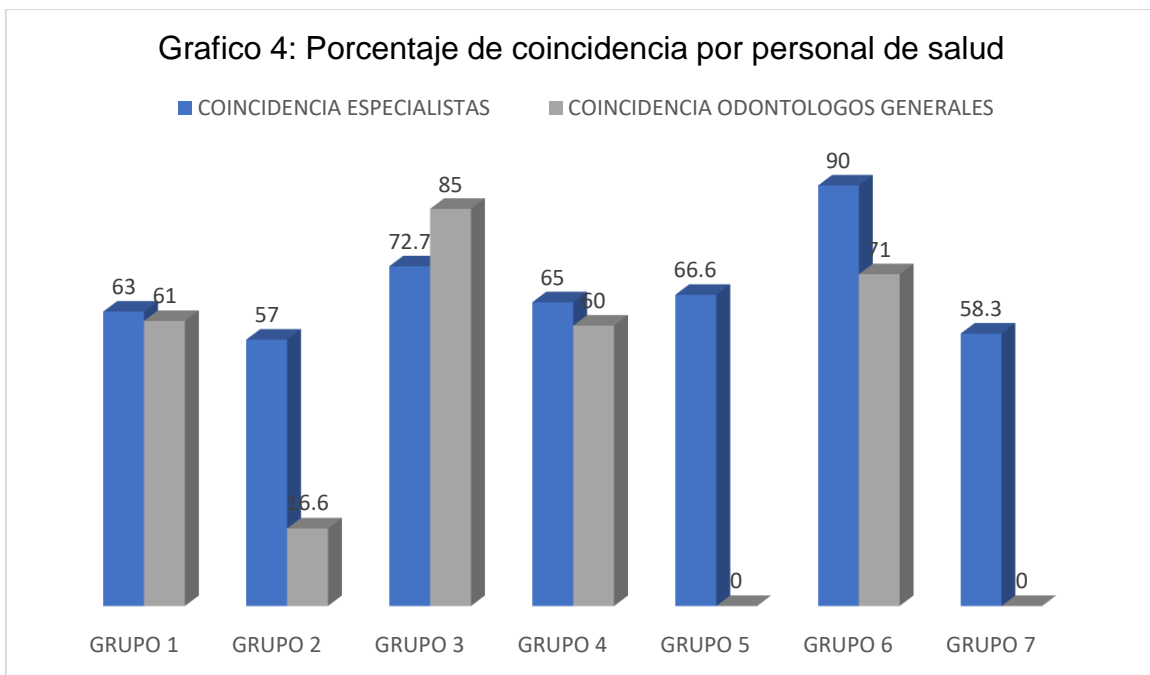
Grupo	N° Coincidencia Positiva	N° Coincidencia Negativa	% Coincidencia Positiva	% Coincidencia Negativa
Especialistas	105	53	66.4	33.6
Odontólogos Generales	91	56	61.9	38.1
Muestra	196	109	64.4	35.6

Descripción: Se muestra el porcentaje y número de casos con coincidencia diagnóstica dividido por personal de salud

Se describió el porcentaje de coincidencia diagnóstica por grupo de lesión donde el mayor porcentaje de coincidencia correspondió al grupo de lesiones potencialmente malignas y malignas 85.5% (Grafico 3). Se comparó la coincidencia diagnóstica por grupos de lesión entre el personal de salud, las lesiones epiteliales 62% de coincidencia con una diferencia de 1.2% entre generales y especialistas. En el grupo de lesiones infecciosas y químicas (13 casos) 38.4% de coincidencia con una diferencia de 40.4% entre especialistas y generales, las lesiones glandulares (56 casos) 80.3 % de coincidencia y con una diferencia de 12.3% entre generales y especialistas. Las lesiones en tejido blando las más predominantes (142 casos) con 61.9% de coincidencia, en este grupo hubo una diferencia en la coincidencia de 5% entre especialistas y odontólogos generales, las lesiones quísticas (10 casos) 40 % de coincidencia, con una diferencia de 66.6% entre especialistas y generales. como cuarto más común las lesiones con potencial maligno (27 casos) y 85.1% de coincidencia mostraron una diferencia de coincidencia entre el grupo de especialistas y odontólogos generales del 19%. En el grupo de lesiones de otro origen (17 casos) 41.15 de coincidencia con una diferencia de 58% entre especialistas y generales (Grafico 4).



Descripción: Se muestra el porcentaje de coincidencia de lesión por su tejido de origen.



Descripción: Se muestra el nivel de coincidencia diagnóstica de los diferentes grupos de lesiones, comparando al personal de salud especialistas y odontólogos generales.

Discusión

El promedio de edad de la muestra fue similar a estudios retrospectivos de este tipo, donde los resultados arrojaron un rango de 34.6 años a 42.7, similar al 40.1 años descrito en este estudio.^{1,4,9} De igual manera las mujeres fueron las que acudieron en mayor número en busca de atención por lesiones en cavidad bucal, lo cual es una tendencia reportada en la literatura.²⁰

No existe una estandarización en la descripción de la localización de las lesiones en cavidad oral, diversos estudios ocupan diferentes clasificaciones para este fin, lo que dificulta la comparación entre estudios similares, sin embargo, la mayoría reporta una mayor incidencia de lesiones bucales en la región mandíbula^{13,14,20}. Espino *et al.*¹⁸ reporta al labio como el sitio de mayor ocurrencia de patologías, este dato concuerda con lo obtenido en nuestros resultados, siendo el fenómeno de extravasación mucosa el más común en labio. En nuestro estudio la hiperplasia fibrosa y el mucocele fueron los diagnósticos más frecuentes, con 46 casos cada uno, según la literatura estas entidades son las más frecuentemente reportadas.^{15,18,20}

En este estudio se demuestra el perfil general de las lesiones bucales en esta muestra de la población mexiquense, en el cual el porcentaje de coincidencia de diagnóstico clínico e histopatológico fue de 64.4%, el cual muestra niveles parecidos e inclusive mayores a la mayoría de estudios en este tema^{12,13,15,16,18}, cabe resaltar que todos estos estudios han sido realizados en diferentes y muy diversas zonas del mundo.^{15,16,18} Aunque existen estudios con niveles de coincidencia significativamente mayores,^{4, 5,14, 53} llegando hasta un 93% de coincidencia, lo cual ensancha la brecha y deja ver las posibilidades de mejora en la capacidad diagnóstica del personal de salud bucal en la región mexiquense.

El estudio realizado por Patel *et al.*¹⁶ compara los niveles de coincidencia entre grupos de personal de salud, existiendo un grado de coincidencia mayor en personal de salud especialista respecto al personal de salud bucal general o estudiantil, aun así, la diferencia no es amplia siendo del 4%, muy cercano a lo reportado aquí al

hacer la misma comparación 4.5%. De igual forma los niveles de coincidencia fueron muy similares a nuestros resultados.

En cuanto a las lesiones con potencial de transformación maligno, los evaluados obtuvieron un nivel de coincidencia muy alto, mayor al reportado por estudios anteriores^{4,13,15,16,18} y muy cercano al 90%, lo cual demuestra la capacidad del personal especialista y del personal de salud odontológico general para la identificación adecuada de este grupo de lesiones, el resultado de estos niveles de coincidencia pudo ser afectado por la capacitación que recibió el personal de salud general que participó en este estudio. Se deben hacer más estudios al respecto para demostrar el impacto y funcionalidad de este tipo de capacitaciones y así conseguir niveles más altos de coincidencia diagnóstica en todos los tipos de lesiones.

Existieron grupos de lesiones donde el personal de salud general obtuvo mejores resultados respecto al grupo de especialistas, por ejemplo, lesiones de origen glandular, se debe tomar en cuenta la complejidad del diagnóstico de las diferentes entidades que fueron evaluadas por este grupo. Aún falta más investigación al respecto del tema.

Conclusiones

La coincidencia diagnóstica general mostró niveles similares a la mayoría de los estudios de este tipo. Ambos grupos de personal de salud demostraron una capacidad similar para la coincidencia de diagnóstico en términos generales, siendo los especialistas en patología los que tuvieron mejores resultados, como era esperado. En cinco de los siete grupos de lesiones los especialistas obtuvieron mejores resultados, aunque hubo amplias diferencias en el grupo de lesiones infecciosas, quísticas y otras. También es de destacar que un grupo de lesiones donde los odontólogos generales tuvieron mejor desempeño grupo de lesiones glandulares, que también fue el segundo grupo con más casos. Teniendo en cuenta la capacitación que recibieron los odontólogos generales, su porcentaje de coincidencia diagnóstica tuvo buen desempeño. Aun así, hace falta capacitación al gremio médico-odontológico en relación con el diagnóstico clínico de patologías orales y su correcta correlación anatomopatológica.

Consideraciones éticas

La presente investigación no se tendrá contacto directo con paciente, ya que se trata de un estudio retrospectivo, en el cual, se obtendrán datos del sistema de referencia y contrarreferencia del convenio entre la facultad de odontología UAEMex con ISEM, por lo que este proyecto se registrará bajo los principios de las siguientes normas:

En la declaración de Helsinki, en su artículo 25, menciona que para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su capítulo primero, artículo 17 menciona que: se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Por lo que esta investigación, de acuerdo al reglamento, se considera como una investigación de riesgo mínimo, como lo explica en su número 2 de dicho artículo.

Así mismo, en la Declaración Universal sobre Datos Genéticos Humanos se menciona que se debe velar por el respeto de la dignidad humana y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la recolección, el tratamiento, la utilización y la conservación de los datos genéticos humanos, los datos proteómicos humanos y las muestras biológicas de las que esos datos provengan.

Bibliografía

1. Lee KH, Polonowita AD. Oral white lesions: pitfalls of diagnosis. *Med J Aust* [Internet]. 2009;190(5):274–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02395.x>
2. Joly A, Huttenberger B, Pare A. Examen clinique de la cavité buccale et variantes physiologiques. *Presse Med* [Internet]. 2017;46(3):286–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2017.01.005>
3. Maymone MBC, Greer RO, Kesecker J, Sahitya PC, Burdine LK, Cheng A-D, et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2019;81(1):59–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.060>
4. Mendez M, Haas AN, Rados PV, Sant’ana M Filho, Carrard VC. Agreement between clinical and histopathologic diagnoses and completeness of oral biopsy forms. *Braz Oral Res*. 2016;30(1):e94.
5. Souza JGS, Soares LA, Moreira G. Concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico de lesões bucais diagnosticadas em Clínica Universitária. *Rev Odontol UNESP* [Internet]. 2014;43(1):30–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1807-25772014000100005>
6. Donohué Cornejo Alejandro, Leyva Huerta Elba Rosa, Ponce Bravo Santa, Aldape Barrios Beatriz, Quezada Rivera Daniel, Borges Yáñez Aída et al . Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2007 Mar [citado 2021 Dic 08]; 44(1).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347507200700010001&lng=es.
7. Collins J, Brache M, Ogando G, Veras K, Rivera H. Prevalence of oral mucosal lesions in an adult population from eight communities in Santo Domingo, Dominican Republic. *Acta Odontol Latinoam* [Internet]. 2021;34(3):249–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.54589/aol.34/3/249>

8. De Paula DS, Nóbrega Malta CE, de Brito WH, Mota Lemos JV, Cetira Filho EL, Gurgel Costa FW, et al. Prevalence of malignant neoplastic oral lesions among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021;31(4):504–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12765>
9. Kelloway E, Ha WN, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Aust Dent J* [Internet]. 2014;59(2):215–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/adj.12175>
10. Madani M, Berardi T, Stoopler ET. Anatomic and examination considerations of the oral cavity. *Med Clin North Am* [Internet]. 2014 [citado el 2 de marzo de 2022];98(6):1225–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443674>
11. Rae.es. [citado el 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/diagn%C3%B3stico>
12. Canaan TJ, Meehan SC. Variations of structure and appearance of the oral mucosa. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2005 [citado el 2 de marzo de 2022];49(1):1–14, vii. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15567357/>
13. Chi AC, Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology - E-Book*. 3a ed. Saunders; 2008.
14. Perez A, Ordúñez G, Cruz L. Tumores de glándulas salivales: Nuestra experiencia. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2000 Ago [citado 2022 Mar 15]; 37(2): 89-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000200003&lng=es.
15. Arcos C, Rojo N, Quezada D. Estudio retrospectivo del año 2002 al 2006 prevalencia de granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes y fibroma cemento-osificante periférico. *Rev. Odont. Mex* [revista en la Internet]. 2008 [citado 2022 Mar 16]; 12(3): 137-141. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-

- 199X2008000300137&lng=es. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2008.12.3.15664>.
16. Soyele OO, Aborisade A, Adesina OM, Olatunji A, Adedigba M, Ladeji AM, et al. Concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico y una auditoría del servicio de histopatología oral en un hospital terciario de Nigeria. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019;34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2019.34.100.19388>
 17. Tatli U, Erdoğan Ö, Uğuz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar İ. Características de concordancia diagnóstica de las lesiones de la cavidad oral. *ScientificWorldJournal*. 2013;2013:1–7. doi: 10.1155/2013/785929. PMID: 24453906; PMCID: PMC3886281.
 18. Sepúlveda I, Romero L. Proporción de concordancia entre los diagnósticos clínico e histopatológico bucofaciales durante 20 años. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 Jun [citado 2022 Ene 31]; 48(2):129-135. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347507201100020005&lng=es.
 19. Patel KJ, De Silva HL, Tong DC, Love RM. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(1):125–33. doi: 10.1016/j.joms.2010.07.075. Epub 2010 Oct 25. PMID: 20971541.
 20. Fontes KBF da C, Cunha KSG, Rodrigues FR, Silva LE da, Dias EP. Concordance between cytopathology and incisional biopsy in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Braz Oral Res* [Internet]. 2013;27(2):122–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-83242013000100018>
 21. Espino OS, Romero RJ, Boza MY, Acevedo Sierra Odalys, Quintana Hijano Iván, Selme Phede. Concordancia clínico-histopatológica en lesiones de cabeza y cuello. *MediSur* [Internet]. 2009 Feb [citado 2021 Dic 08];7(1):25-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X200900010005&lng=es.

22. Sánchez UI, Quesada GA, Cedeño QML. Lesiones elementales en dermatología. Rev Med Cos Cen. 2010;67(594):345-348.
23. Osorio N. Lecciones Sobre Enfermedades de la Piel (Classic Reprint). Forgotten Books; 2019
24. Vázquez LF, Marcos GL, Narciso PO. “Las Lesiones Elementales En La Dermatología Española Actual (II): Paradigmas Semánticos.” Actas Dermo-Sifiliográficas 92, no. 1-2 (2001): 47–52. doi:10.1016/S0001-7310(01)79142-9.
25. Lanza M, Pérez C, Myriam Q. Actas odontológicas; Elementary lesions of the oral mucosa: a guide for clinical diagnosis or oral mucosal pathologies 12(1): 14-20, jul.2015.
26. Lipsker D. Lésions élémentaires de la peau : sémiologie cutanée. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Dermatologie, 98-045-A-10, 2007.
27. Cardili RN, Roselino AM. Elementary lesions in dermatological semiology: literature review. An Bras Dermatol [Internet]. 2016;91(5):629–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164931>
28. Florian MC, Tomimori J, de Mendonça SBM, Rodrigues DA. Elementary skin lesions in dermatological medical examinations. En: Dermatological Atlas of Indigenous People. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 27–31.
29. Akintoye SO, Mupparapu M. Clinical evaluation and anatomic variation of the oral cavity. Dermatol Clin [Internet]. 2020;38(4):399–411. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2020.05.001>
30. International Agency for Research on Cancer. WHO classification of head and neck tumours. 4a ed. IARC; 2017.
31. Abbasi NR, Yancovitz M, Gutkowitz-Krusin D, Panageas KS, Mihm MC, Googe P, et al. Utility of lesion diameter in the clinical diagnosis of cutaneous melanoma. Arch Dermatol [Internet]. 2008;144(4):469–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.144.4.469>
32. Rae.es. [citado el 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/color>

33. Siu A, Landon K, Ramos DM. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Semin Cutan Med Surg* [Internet]. 2015;34(4):171–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12788/j.sder.2015.0170>
34. Lipsker D. Physical examination in dermatology: Primary lesions. En: *Clinical Examination and Differential Diagnosis of Skin Lesions*. Paris: Springer Paris; 2013. p. 7–10.
35. Nikitakis N. Oral soft tissue lesions: A guide to differential diagnosis Part II: Surface alterations. *Brazilian Journal of Oral Sciences (ISSN: 1677-3217)* 2013;4(3)4. 10.20396/bjos.v4i13.8641818.
36. Duvivier J. *Atlas de dermatologia clinica*. McGraw-Hill Interamericana; 1996.
37. *Diccionario de cáncer del NCI* [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/pediculada>
38. Nagasaki M, Sakaguchi W, Fuchida S, Kubota N, Saruta J, Suzuki K, et al. Comparison of CD34 expression in fibrous reactive hyperplasia and healthy oral mucosa. *J Oral Biosci* [Internet]. 2020;62(1):88–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.job.2020.01.005>
39. Chi AC, Neville BW, Damm DD, Allen CM. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4a ed. Saunders; 2017.
40. Rathva VJ. Traumatic fibroma of tongue. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2013;2013(jan24 1):bcr2012008220–bcr2012008220. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-008220>
41. Valério RA, De Queiroz AM, Romualdo PC, Brentegani LG, de Paula-Silva FWG. Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. *Braz Dent J* [Internet]. 2013;24(5):537–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201301838>
42. Bahadure RF, Punit T, Nilima B, Gautam B, Sudhindra G. Conventional surgical treatment of oral mucocele: A series of 23 cases. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*. 2012;13. 143-6.

43. Yamasoba T, Tayama N, Syoji M, Fukuta M. Clinicostatistical study of lower lip mucoceles. *Head Neck* [Internet]. 1990;12(4):316–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/hed.2880120407>
44. Lajolo C, Favia GF, Fantasia J, Crespo M, Giuliani M. Blandin-nuhn gland mucocele: presentation of a new case and review of the literature. *Ann Stomatol (Roma)*. 2013 Oct 24;4(Suppl 2):24. PMID: 24353789; PMCID: PMC3860250.
45. Choi Y-J, Byun J-S, Choi J-K, Jung J-K. Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocele. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2019;24(2):e231–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.22690>
46. Kamal R, Dahiya P, Puri A. Oral pyogenic granuloma: Various concepts of etiopathogenesis. *J Oral Maxillofac Pathol* 2012;16:79-82.
47. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci* [Internet]. 2006;48(4):167–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.48.167>
48. Patrice SJ, Wiss K, Mulliken JB. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): a clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 1991;8(4):267–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.1991.tb00931.x>
49. Giblin AV, Clover AJP, Athanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic granuloma - the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* [Internet]. 2007;60(9):1030–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2006.10.018>
50. Feller L, Lemmer J. Oral squamous cell carcinoma: Epidemiology, clinical presentation and treatment. *J Cancer Ther* [Internet]. 2012;03(04):263–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4236/jct.2012.34037>
51. Markopoulos AK. Current aspects on oral squamous cell carcinoma. *Open Dent J* [Internet]. 2012;6(1):126–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2174/1874210601206010126>
52. Massano J, Regateiro FS, Januário G, Ferreira A. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. *Oral Surg Oral Med*

Oral Pathol Oral Radiol Endod [Internet]. 2006;102(1):67–76. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.07.038>

53. Acheampong O, Donkor P, Obiri-Yeboah S, Yelibora M.

Concordancia entre diagnósticos clínicos e histopatológicos en la Unidad Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Komfo Anokye, Surgical Science 2013. 210-212. doi: [10.4236 / ss.2013.43039](https://doi.org/10.4236/ss.2013.43039)