



Concordancia entre el diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico de los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso entre enero 2016 y julio 2017.

Alumnos:

- Constanza García Fuster
- Álvaro Jerez Daza
- Mariajosé Palomo Sandoval

Docente Guía:

Prof. Dra. Karina Cordero
Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral.

Valparaíso – Chile

2017

Quiero dedicar esta tesis a mis papás, quienes me apoyaron desde el momento en que decidí entrar a estudiar esta carrera. Siempre creyeron en mis capacidades, estuvieron incondicionalmente a mi lado, apoyándome en los momentos difíciles, celebrando cada una de mis alegrías y triunfos, y dándome la fuerza necesaria para continuar cada vez que me sentí débil. Son un pilar fundamental y sin ustedes no sería quién soy hoy.

A mis amigas Daniela Encalada, María de los Ángeles Ruiz, Paula Salas y Patricia Sepúlveda, que a pesar de tomar caminos paralelos en este proceso, hicieron que mi etapa universitaria fuera especial. Siempre estuvieron cerca de mí, me prestaron oídos y hombros y se las ingeniaron para hacerme reír, cada vez que sentí pena o frustración. Parte de este logro, se los debo, ya que todas se tomaron un ratito de su tiempo para ir a ayudarme a la clínica, conseguirme pacientes, etc. Las quiero mucho.

A la Cami, Glorita, Paty, Caro, Angie y Don Erasmo, que me ayudaron cada vez que lo necesité e hicieron más cálida mi estadía en la universidad.

Finalmente, a mi amiga y confidente Mariajosé, con quien compartí muy lindos momentos. Formamos un gran equipo, con fuerza y resiliencia que nos permitieron llegar invictas hasta el final. Te quiero mucho.

Constanza García Fuster

A mi familia en especial a mis padres Griselda y julio, tíos y abuelos; por el apoyo y motivación de siempre.

A mis amigos, en especial a Nicole Zárate, por la lealtad y la gran cantidad de momentos compartidos desde que comenzamos nuestra formación profesional.

Al equipo de trabajo de tesis, liderado por la Dra. Karina Cordero e integrado por mis compañeras Mariajosé Palomo y Constanza García, a quienes les deseo los mejores resultados tras esta etapa de pregrado.

Álvaro Jerez Daza

Agradezco a mis padres Patricia y José, que me han apoyado incondicionalmente toda mi vida y en especial estos 6 años en mi paso por la Universidad. Gracias por escucharme, aconsejarme y creer en mí día a día. Los amo infinitamente, sin ustedes no lo hubiera logrado jamás.

A Jaime por estar siempre presente, siendo uno de mis primeros pacientes y un apoyo en la elaboración de esta tesis. Tú sabes cuánto te amo, este logro es tanto mío como tuyo.

Finalmente quiero agradecer a los amigos, funcionarios y docentes de la Universidad que levantaron mi espíritu para seguir adelante, con una palabra de apoyo o una sonrisa en el rostro. Los quiero mucho.

Mariajosé Palomo Sandoval

Agradecimientos

Agradecemos a todos quienes colaboraron en la realización de esta investigación, principalmente a nuestra docente guía, Dra. Karina Cordero T., por apoyarnos durante este proceso. También agradecemos a los docentes que nos orientaron en la realización de esta tesis.

A Jaime Ahumada Z., quién nos asesoró en la realización de la estadística de esta investigación.

A nuestras familias y amigos, por darnos la contención requerida en una instancia tan especial como esta.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Patología bucomaxilofacial y medicina oral	2
2.2 Diagnóstico en patología bucomaxilofacial	2
2.2.1 Anamnesis	3
2.2.2 Examen físico	3
2.2.3 Hipótesis diagnóstica	5
2.2.4 Exámenes complementarios	5
2.2.5 Diagnóstico definitivo	6
2.3 Clasificación de las lesiones orales según CIE – 10	7
2.4 Lesiones diagnosticadas en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso	8
2.4.1 Según clasificación CIE – 10 en orden alfabético y numérico	8
2.4.2 Clasificación CIE – O (Oncológica)	15
2.5 Estudios de concordancia entre diagnóstico clínico e histopatológico en el mundo	17
2.6 Estudios de concordancia entre diagnóstico clínico e histopatológico en Chile	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo general.	19
3.2 Objetivos específicos.	19
4 MATERIALES Y MÉTODOS	20
4.1 Diseño de estudio	20
4.2 Hipótesis de investigación	20
4.3 Universo y tamaño muestral	20
4.4 Unidad de estudio	21
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	21
4.6 Variables a evaluar	21
4.7 Manejo de datos	24
4.8 Consideraciones éticas	24
4.9 Análisis estadístico	25
5. RESULTADOS	26

5.1 Descripción general de la base de datos	26
5.2 Frecuencia relativa de los diagnósticos clínicos e histopatológicos	28
5.3 Estadística descriptiva de la concordancia según género, grupo etario, tipo de biopsia y sitio anatómico	30
5.4 Concordancia según pronóstico clínico de diagnóstico histopatológico	35
5.4.1 Benignos	36
5.4.2 Potencialmente malignos	36
5.4.3 Malignos	36
5.5 Concordancia de los Diagnósticos clínicos e histopatológicos según Kappa de Cohen	38
6. DISCUSIÓN	39
7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	44
8. CONCLUSIONES	45
9. RESUMEN	46
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
11. ANEXOS	50

1. INTRODUCCIÓN

La patología oral es una especialidad de la Odontología que brinda diagnóstico y tratamiento a los trastornos que afectan el territorio oral y maxilofacial. Dentro de sus labores se encuentran la investigación y diagnóstico de patologías orales.

Para diagnosticar una lesión, se debe comenzar con una completa anamnesis, seguido de un examen clínico del paciente y, en ocasiones, se puede apoyar en métodos complementarios de diagnóstico. Al realizar la inspección clínica, el cirujano dentista formula una hipótesis diagnóstica de la lesión, estas en algunas oportunidades son confirmadas sólo con un estudio clínico, en cambio, en otras, es necesario realizar biopsias para ejecutar un examen histopatológico, el cual es considerado el “*Gold Standard*” para el diagnóstico de lesiones de mucosa oral. En este contexto, es el patólogo oral el encargado del análisis histopatológico y del diagnóstico definitivo, quien nos dará las directrices para realizar el tratamiento correspondiente y derivaciones si procede.

La formulación de una hipótesis diagnóstica por parte del clínico, determinará el manejo de las lesiones que pudiesen abarcar desde la exéresis de estas en conjunto con la realización de una biopsia, hasta la indicación de controles en el tiempo. Esta hipótesis tendrá que ser comunicada al paciente junto con el pronóstico, la cual dependerá fundamentalmente de la expertiz del examinador, quien deberá tener conocimiento de epidemiología, criterio clínico y capacidad de análisis.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, los estudios histopatológicos de lesiones orales son realizados por los especialistas que atienden en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial, creado el 8 de octubre del año 2015. A la fecha, en dicha Casa de Estudios, no existen investigaciones en que se analicen los registros obtenidos a partir de las fichas clínicas de los pacientes atendidos en este Centro, sin embargo, esta base de datos se encuentra disponible para análisis, pudiendo entregar información valiosa para estudiar si los diagnósticos clínicos realizados concuerdan con los diagnósticos histopatológicos, a fin de evaluar la concordancia entre ellos. Tener una buena concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico, permitiría implementar un servicio de Telepatología para colegas que vivan alejados de este Centro. Del mismo modo, esta base de datos del servicio nos podría entregar información sobre frecuencia, distribución y epidemiología de las lesiones orales, que podría ayudar a la promoción del diagnóstico prematuro.

De acuerdo con lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el porcentaje de concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos de las atenciones realizadas en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso entre enero 2016 y julio 2017?.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Patología bucomaxilofacial y medicina oral

La patología bucomaxilofacial es la especialidad de la odontología que estudia la naturaleza, identificación y manejo de enfermedades que afectan el territorio oral y maxilofacial. Es una ciencia que investiga las causas, procesos y efectos de estas enfermedades.

La práctica de la patología bucomaxilofacial, incluye la investigación y el diagnóstico de las enfermedades; utilizando métodos clínicos, radiográficos, microscópicos y bioquímicos, además del manejo de pacientes¹.

Por otra parte, se describe la medicina oral como una rama de la odontología preocupada del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades primarias, es decir, cuyo origen ocurre en la boca, y secundarias, que son las enfermedades sistémicas que repercuten en la cavidad oral.

En Chile, la medicina oral y la patología bucomaxilofacial se tratan como una misma especialidad de la odontología.

2.2 Diagnóstico en patología bucomaxilofacial

La cavidad bucal alberga una amplia variedad de lesiones que a veces puede ser muy difícil de diagnosticar clínicamente².

Las alteraciones de los tejidos de la cavidad oral pueden presentarse en una gran variedad de formas. Es por esto, que algunas manifestaciones clínicas de las etapas tempranas de lesiones malignas podrían ser tomadas equivocadamente por lesiones benignas, lo que generaría un incorrecto tratamiento y un posible desenlace fatal para el paciente. La anamnesis y el examen clínico son la base de un diagnóstico tentativo, sin embargo, en muchos casos, la realización de una biopsia para el estudio histopatológico es esencial para su diagnóstico definitivo³.

Los cirujanos dentistas están capacitados para examinar, diagnosticar y tratar las enfermedades bucales. Sin embargo, existe un debate sobre si el diagnóstico de las enfermedades orales debe ser realizado por odontólogos generales o por los especialistas⁴. Se sabe que la detección y tratamiento temprano tiene un papel significativo en el aumento de la tasa de supervivencia y calidad de vida de los pacientes⁵.

Los errores diagnósticos son problemas comunes, y seguidos por consecuencias dramáticas y económicas, tales como discapacidad, defecto funcional y mortalidad⁶.

Los informes publicados por la Asociación Médica Americana indican una tasa de mortalidad anual de 44.000 a 98.000 pacientes estadounidenses debido a errores médicos⁷.

Para establecer un diagnóstico y tratamiento, lo primero que se debe hacer es un estudio de los signos y síntomas que presenta el paciente, esto se denomina semiología. Para lograrlo, se debe recurrir a la semiotecnia, que corresponde a la recolección de signos y síntomas, en la cual se aplican los sentidos naturales del examinador, ya sea directa o indirectamente. El examen clínico se divide didácticamente entre anamnesis y examen físico⁸:

2.2.1 Anamnesis

Su finalidad es recolectar los síntomas del paciente. Es necesario establecer un vínculo entre el odontólogo y el paciente para lograr el intercambio de información. Se debe obtener la información personal del paciente (nombre, género, edad, estado civil, etc.), su queja principal y la duración de ella, la historia de su enfermedad actual, antecedentes de enfermedades familiares, antecedentes de enfermedades personales (tanto generales como regionales) y hábitos.

2.2.2 Examen físico

Es imperativo tener buenas condiciones de visualización con iluminación adecuada. Se debe proceder secando las áreas por analizar y separando estructuras. Se debe solicitar al paciente total cooperación.

Dentro de las maniobras semiotécnicas, encontramos la inspección visual, la palpación, percusión, auscultación, olfato, punción y diascopía.

Primeramente, se realiza un examen físico general, donde se observa el biotipo, el deambular, aspectos emocionales y culturales. Luego, se realiza un examen físico regional extrabucal, estudiando cabeza y cuello; esto incluye la cara, las cadenas ganglionares, la articulación temporomandibular, las glándulas salivales mayores, los huesos, la musculatura y la inervación.

El examen intrabucal debe ser realizado de manera ordenada y completa en el siguiente orden:

- Círculo vertical:
 - Labio superior considerando piel, mucosa y semimucosa
 - Fondo del vestíbulo superior
 - Mucosa alveolar superior
 - Encía adherida superior
 - Encía libre superior
 - Papila interdientaria superior
 - Reborde alveolar superior
 - Paladar duro
 - Paladar blando
 - Parte visible de la orofaringe
 - Lengua (dorso y vientre)
 - Piso de boca
 - Fondo de vestíbulo inferior
 - Mucosa alveolar inferior
 - Encía adherida inferior
 - Encía libre inferior
 - Papila interdientaria inferior
 - Reborde alveolar
 - Labio inferior

- Círculo Horizontal
 - Mucosa yugal derecha
 - Zona del triángulo retromolar derecha
 - Zona del triángulo retromolar izquierda
 - Mucosa yugal izquierda

2.2.3 Hipótesis diagnóstica

Una vez recolectado todos los datos del examen clínico, se debe realizar la propedéutica clínica que considera el estudio, análisis e interpretación de los datos recogidos por la semiotecnia. Esto nos permite llegar a una hipótesis diagnóstica, la cual se basa única y exclusivamente en los recursos clínicos, por lo cual necesita la confirmación segura y objetiva, a través de exámenes complementarios⁸.

2.2.4 Exámenes complementarios

Son exámenes auxiliares que complementan los hallazgos clínicos. Se pueden clasificar en⁹:

- Hematológicos:
 - Hemograma.
 - Perfil bioquímico.
 - Reacciones serológicas.
 - Cultivos y antibiograma.

- Citología exfoliativa:

Corresponde al estudio e interpretación de las células que se descaman, natural o artificialmente de la mucosa oral. Es fácil de realizar, es económico e inocuo, posee una fidelidad de diagnóstico de un 95%. También es utilizado en procesos oncológicos (Papanicolau).

- Biopsia:

La Academia Americana de Patología Oral y Maxilofacial, recomienda que todos los tejidos anormales sean sometidos rápidamente a evaluación y análisis microscópicos. Esto se materializa mediante la biopsia, donde se remueve el tejido vivo para estudio macro y microscópico. El conocimiento adquirido mediante el examen histopatológico no sólo es necesario para el diagnóstico, sino que también es útil para estimar el comportamiento clínico junto con el pronóstico de la enfermedad y evaluar la necesidad de seguimiento o terapia adicional ¹⁰.

La biopsia se subclasifica en incisional, que es la extirpación de una parte representativa de la lesión que incluye tejido sano y excisional, que es la extirpación completa de la lesión o tejido patológico, con un margen de tejido sano⁹.

También existe la biopsia por punción realizada con aguja fina o de mayor diámetro. Consiste en tomar una muestra de tejido obtenido de lesiones profundas, como masas en cuello originadas en glándula tiroides o en ganglios linfáticos, en riñón, mediastino, pleura, hígado, etc.

Del mismo modo, la biopsia por aspiración, es una técnica que se utiliza cuando se sospecha contenido líquido dentro de la lesión. Se realiza bajo anestesia local y con jeringa hipodérmica. Si al aspirar se obtiene sangre se puede pensar en una lesión vascular o en un quiste aneurismático. Si encontramos aire, estamos dentro del seno maxilar o en una lesión traumática que permite la salida de aire a los tejidos. Si lo que se aspira es un fluido seroso, lo más probable es que sea una lesión quística⁹.

- Exámenes a través de imagen:
 - Estudio Radiológico: Se debe solicitar un estudio y no una simple toma radiográfica, para que el radiólogo pueda tener la posibilidad de seleccionar las radiografías necesarias.
 - Cintigrafía: Es un estudio dinámico, generalmente de tejido óseo, que metaboliza un determinado elemento, como por ejemplo fosfato, marcado con sustancias radioactivas.
 - Ultrasonografía: Está indicada para detectar quistes, tumores o cálculos en las glándulas salivales, a través de la detección de ondas ultrasónicas.
 - Tomografía Computarizada: Permite el estudio radiológico a través de cortes, así como también permite la observación ósea tridimensional.
 - Resonancia Magnética: Es un estudio que a través de ondas de radiofrecuencia, permite observar los tejidos blandos. Es muy útil para la observación de vasos sanguíneos, nervios y músculos⁹.

2.2.5 Diagnóstico definitivo

Se puede obtener un diagnóstico preciso y definitivo de la enfermedad mediante la interacción del clínico y del patólogo oral, combinando el diagnóstico clínico inicial, radiológico, de laboratorio y finalmente la evaluación histopatológica¹¹. El examen histopatológico sigue siendo el patrón oro para el diagnóstico de las lesiones de la mucosa oral.¹²

2.3 Clasificación de las lesiones orales según CIE – 10

Se utiliza la clasificación CIE – 10., la cual significa *clasificación internacional de enfermedades, versión 10*. La organización mundial de la salud se encarga de dicha clasificación a partir del 1948. Es utilizada para la identificación de tendencias y estadísticas globales de enfermedades. Dicha clasificación es el estándar internacional para el reporte de enfermedades y para efectos clínicos e investigativos¹⁷.

La clasificación incluye el K00-K14 para la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares. Se describen a continuación¹⁸.

- K00: Trastornos de desarrollo y de la erupción dental
- K01: Dientes incluidos e impactados
- K02: Caries Dental
- K03: Otras enfermedades de tejidos duros de los dientes (excluye bruxismo, caries dental y rechinamiento de dientes)
- K04: Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales
- K05: Gingivitis y enfermedades periodontales
- K06: Otros trastornos de la encía y zona edéntula (excluye atrofia del reborde y gingivitis aguda y crónica)
- K07: Anomalías dentofaciales (incluye maloclusión)
- K08: Otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén
- K09: Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte
- K10: Otras enfermedades de los maxilares
- K11: Enfermedades de las glándulas salivales
- K12: Estomatitis y lesiones afines
- K13: Otras enfermedades de los labios y la mucosa oral
- K14: Enfermedades de la lengua

2.4 Lesiones diagnosticadas en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso

Algunas lesiones diagnosticadas en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, no están dentro de la clasificación de lesiones orales CIE-10, esto se debe a que son manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

2.4.1 Según clasificación CIE – 10 en orden alfabético y numérico

- A18.8 Tuberculosis

Infección granulomatosa crónica de los pulmones causada por el agente "*Mycobacterium tuberculosis*". Se propaga mediante aerosoles que suelen entrar en el organismo a través de los pulmones, alojándose en los alveolos. La tuberculosis pulmonar en ocasiones puede causar una úlcera asintomática en el tercio medio del dorso lingual, como resultado de las microbacterias que se expulsan al toser y con el esputo. Dicha úlcera presenta forma angular o estrellada, con bordes evertidos y fondo pálido, pero sucio e irregular.

Raramente el diagnóstico de TBC se ha establecido como resultado de una biopsia de dicha lesión. También se presentan ganglios linfáticos nasofaríngeos y cervicales inflamados. Se pueden encontrar lesiones intraóseas que pueden presentarse como osteomielitis crónica que finalmente fistuliza y produce secuestros óseos¹⁹.

- A63.0 Condiloma acuminado

Es el equivalente oral al condiloma anogenital. Es producido por el virus papiloma humano, especialmente el subtipo 6 y 11. Se adquieren por contacto sexual oroanal u orogenital. Esta lesión posee un peak de incidencia en la población masculina de adultos jóvenes.

Posee dos presentaciones clínicas, una como pápula o placas sésiles que pueden ser solitarias o múltiples de color rosado con superficie en empedrado o también se presentan como lesiones papilares pediculadas. Se presentan predominantemente sobre mucosa oral no queratinizada, como labio, piso de boca, superficie lateral y ventral de lengua, mucosa yugal y paladar blando²⁰.

- **B27.1 Mononucleosis por citomegalovirus**

Es producida por el virus Epstein Barr o virus herpes tipo 4, la transmisión ocurre por contacto, es por ello que ha sido denominada “la enfermedad del beso”. En los niños se produce linfadenopatía generalizada con inflamación llamativa de los ganglios cervicales. En el adulto joven está asociada a un riesgo más alto. Los síntomas son fiebre, linfadenopatía, astenia, faringitis, amigdalitis, fatiga y anorexia. En la cavidad oral se aprecia agrandamiento de las amígdalas y petequias en paladar duro o blando en el 25% de los pacientes desaparecen a las 24 o 48 hrs²⁰.

- **C90.0 Mieloma múltiple**

Es una neoplasia diseminada de linfocitos B diferenciados o también llamadas células plasmáticas. Dado que las células malignas ocupan los espacios medulares sin presentar signos ni síntomas específicos. La enfermedad suele estar ampliamente diseminada al momento de su detección. Esta neoplasia produce múltiples focos de destrucción ósea, dolor óseo espontáneo y a la palpación. El depósito mielomatoso en la mandíbula se manifiesta como un área radiolúcida en sacabocados o destrucción ósea generalizada que puede provocar una fractura patológica¹⁹.

- **C90.2 Plasmocitoma**

También llamado plasmocitoma solitario óseo. Corresponde a un tumor aislado de células plasmáticas en el hueso. Aparece cuando las células plasmáticas anormales que se originan en la médula ósea se acumulan en la superficie interna, para formar un tumor único en cualquier hueso del cuerpo.

Algunos pacientes sobreviven muchos años con un plasmocitoma solitario extramedular, mientras que otros pueden evolucionar a mieloma múltiple diseminado²⁰.

- **D00 Carcinoma in situ de la cavidad bucal**

Es un diagnóstico histopatológico en el cual clínicamente pueden presentarse áreas rojas no dolorosas, placas blancas o nodulares y sólo una minoría está ulcerada. La presencia de dolor no tiene valor diagnóstico en un carcinoma in situ. Algunos autores no hacen distinción entre displasia epitelial y carcinoma in situ.

Es un cambio premaligno en el epitelio caracterizado por cambios celulares y arquitectónicos. Se presentan las siguientes alteraciones celulares individuales: nucléolos prominentes, nucléolos hipercromáticos, pleomorfismo nuclear, coeficiente citoplasmático/nuclear alterado, aumento de la actividad mitótica, figuras mitóticas anormales y multinucleación de células. Entre los cambios arquitectónicos se encuentran: formación de crestas epiteliales bulbosas, hiperplasia basal, hiper celularidad y patrón alterado en la maduración de queratinocitos.¹⁹

- **D11.0 Adenoma Pleomorfo**

Es la neoplasia benigna de glándula salival más común. Se presenta entre 53 a 77% en la glándula parotídea, entre 44% y 68% en los tumores submandibulares y entre 38% y 43% en las glándulas salivales menores, siendo el paladar la zona más común. Es un tumor exofítico o polipoide con base sésil.

Es una mezcla de elementos ductales y mioepiteliales. Se caracteriza por ser una masa firme, indolora y de crecimiento lento. El tamaño varía de 0,5 a 7 mm. Es común en adultos entre 30 y 50 años de edad²⁰.

- **D16.5 Ameloblastoma**

Es una neoplasia benigna localmente agresiva derivada de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente. El ameloblastoma simple o uniuístico, es la forma más prevalente de esta lesión. Suele producir deformidades extensas del maxilar superior y mandíbula. Esta última es la más frecuente, en el área molar y rama ascendente.

El ameloblastoma tiende a expandir las corticales óseas y debido a que su crecimiento es lento, da tiempo al periostio para producir una fina capa de hueso por delante de la lesión en expansión, que al ser palpada se rompe fácilmente (crujido “cáscara de huevo”) ²⁰.

- **D18.0 Hemangioma**

Son malformaciones benignas de los canales vasculares. Histológicamente pueden ser cavernosos o capilares. Pueden estar presentes al nacer o desarrollarse durante la primera infancia. Evolucionan lentamente y son autolimitados, es decir, su tamaño se estabiliza a cierta edad y persisten durante toda la vida, mientras que otros desaparecen con el tiempo.

La mayoría se localiza en piel, pudiendo ser planos o elevados. El 90% de los hemangiomas planos (maculares, conocidos como “manchas de nacimiento”) involucionan antes de llegar a la pubertad. En los adultos, pueden desarrollarse lesiones vasculares en labios, mucosa oral y lengua, siendo estos elevados, multinodulares, de color rojizo, azul o amoratado²⁰.

- **K00.6 Quiste de retención mucosa**

Son dilataciones de contenido mucoso revestido de epitelio, causadas por una obstrucción del conducto excretor de una glándula salival. Clínicamente se observa como una tumefacción muy similar al mucocele. La localización más frecuente es piso de boca.

Los quistes de retención mucosa afectan generalmente a glándulas salivales menores, formando lesiones únicas, que pueden ser uni o multiloculares. Se da más frecuentemente en adultos¹⁹.

- **K06.1 Hiperplasia Gingival asociada a fármacos**

Aumento generalizado del componente fibroso de las encías en pacientes que han consumido durante largo tiempo agentes farmacológicos, tales como fenitoína, ciclosporina y nifedipino.

Las proliferaciones gingivales se observan en la zona interdental afectando las papilas, dándoles un aspecto bulboso que se sobreponen sobre los dientes. Las encías se observan duras, pálidas y con una textura punteada exagerada que produce una imagen en piel de naranja. La mala higiene oral suele agravar el cuadro inflamatorio¹⁹.

- **K06.2 Hiperplasia fibrosa inflamatoria**

La hiperplasia fibrosa inflamatoria es un término histopatológico utilizado para los diagnósticos clínicos épulis fisurado y pseudofibroma irritativo.

El épulis fisurado es una proliferación de tejido conjuntivo fibroso, inducida por prótesis removibles mal ajustadas, cuyos bordes se encuentran sobreextendidos. Suelen formar lobulillos o pliegues blandos flácidos y móviles, en la zona del vestíbulo maxilar o mandibular anterior²⁰.

El pseudofibroma irritativo es una hiperplasia de tejido conjuntivo en respuesta a una irritación crónica. Es más frecuente encontrarlas en encía, labios y mucosa bucal, a nivel del plano oclusal. Clínicamente se observa una lesión nodular, de coloración normal y superficie lisa, que rara vez se ulcera¹⁹.

- **K06.8 Granuloma Piógeno**

Es una proliferación de células endoteliales en respuesta a un traumatismo o introducción de cuerpo extraño al interior del surco gingival, que crea una lesión única nodular de base pediculada. Se observan con mayor frecuencia en la región de la papila interdental. Es altamente vascular por lo que suelen ser de color rojo intenso²⁰.

- **K09.8 Quiste Linfoepitelial**

Lesiones poco frecuentes que se presentan en varias regiones de cabeza y cuello, siendo más comunes en piso de boca y cara lateral de cuello. Los quistes linfoepiteliales orales aparecen con mayor frecuencia donde existe tejido linfoide extraamigdalino, es decir, en parte anterior de piso de boca y borde posterolateral de lengua. Se observa como una masa submucosa superficial asintomática, de tamaño pequeño (menos de 1 cm de diámetro) y color amarillento-marrón. Su tratamiento consiste en la escisión quirúrgica conservadora y rara vez dan recurrencia²⁰.

- **K10.1 Lesión central de células gigantes**

También llamado granuloma central o reparativo de células gigantes. Es una lesión osteolítica benigna, a veces localmente agresiva, que aparece generalmente en la parte anterior de mandíbula y maxilar superior. En casos de gran tamaño, expanden corticales óseas, provocan desplazamiento de dientes y reabsorción radicular. Está constituida por células gigantes multinucleadas en un fondo de células fibrohistiocíticas mononucleares y eritrocitos²⁰.

- **K11.5 Mucocele por extravasación**

Corresponde a una extravasación de saliva al tejido conjuntivo por ruptura de un conducto salival. Más frecuente en la superficie mucosa de labio inferior. Clínicamente se observa como una masa fluctuante con contenido líquido, de aspecto azulado translúcido. Es más frecuente de observar en niños y adultos jóvenes¹⁹.

- **K12.1 Estomatitis nicotínica**

Nombre utilizado para describir un tipo específico de hiperplasia epitelial que afecta principalmente el paladar duro de pacientes fumadores de pipa crónicos.

Clínicamente, se observa un cambio de coloración del paladar y/o de la mucosa bucal, a blanco difuso, provocado por la combinación de hiperqueratosis y acantosis. Además se observan múltiples y pequeñas pápulas circulares en el paladar blando, con centros rojos umbilicados.¹⁹

- **K12.1 Estomatitis subprotésica**

Se presenta en pacientes con inmunidad competente y edad avanzada. Propia de los pacientes que utilizan prótesis dental mal ajustada, de uso nocturno o con mala higienización de la misma. Se presenta eritema claramente delimitado al área de la mucosa oculta por la prótesis. Puede ser asintomática o presentarse con una sensación de quemazón en la zona afectada²⁰.

- **K13.0 Queilitis Actínica**

La queilitis actínica se considera un trastorno potencialmente maligno que afecta el borde del bermellón del labio en toda su extensión. Su ubicación es principalmente a nivel del labio inferior.

La etiología de esta lesión es por exposición prolongada al sol y rayos UV, que provoca un aumento de volumen del labio, perdiéndose así el límite mucocutáneo²⁰.

- **K13.2 Leucoplasia**

Es definida por la organización mundial de la salud como una placa blanca que no puede ser caracterizada clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad. El término es netamente clínico y no considera una alteración histopatológica específica. El color resulta de la capa de queratina engrosada del epitelio, que aparece blanca y húmeda²⁰.

Una vez realizada la biopsia, el diagnóstico histopatológico podría ser una displasia (leve, moderada o severa), un carcinoma in situ o un carcinoma escamocelular ²⁰.

- **K13.6 Hiperqueratosis reaccional**

Corresponde al engrosamiento excesivo del estrato córneo, que según la localización intraoral específica y el componente de la capa superficial, se denominará hiperortoqueratosis o hiperparaqueratosis. Diversos estímulos, como irritación friccional crónica por prótesis mal ajustadas, tabaquismo o consumo de tabaco de mascar, inducirán una queratinización del epitelio no queratinizado y/o formación adicional de queratina en epitelios queratinizados.

Clínicamente, puede presentar una serie de estriaciones blancas finas, ligeramente elevadas¹⁹

- **L10.0 Pénfigo vulgar**

Es un trastorno de base inmunitaria de la piel y mucosa oral, en el cual diversos anticuerpos reaccionan contra componentes antigénicos de los desmosomas, afectando la adhesión intercelular. De esta manera se produce separación epitelial, que se manifiesta clínicamente con la aparición de ampollas intraepidérmicas de bordes irregulares y erosiones extensas sobre la piel y membranas aparentemente sanas.

Presenta signo de Nikolsky positivo, es decir, fácil desprendimiento del epitelio al raspado exponiendo el conjuntivo¹⁹.

- **L12.1 Pengoide mucoso benigno**

Corresponde a un trastorno de base inmunitaria de las mucosas, en el cual la reacción se produce a nivel de la membrana basal, afectando los hemidesmosomas. Es por esto que el epitelio se desprende fácilmente del conjuntivo produciendo una ampolla subepitelial. Clínicamente se observan lesiones de bordes definidos.

Afecta tanto a la encía libre como adherida. Se observan erosiones lineales a lo largo de los bordes gingivales provocadas por el cepillado en las zonas afectadas.

Las lesiones orales preceden a las lesiones cutáneas y pueden verse afectadas otras membranas mucosas tales como, las de nasofaringe, esófago, vagina y cuello uterino¹⁹.

- **L43.2 Reacción liquenoide asociada a drogas**

La reacción liquenoide es una respuesta inmune tardía causada por hipersensibilidad en la mucosa bucal. Puede producirse por factores locales o medicamentosos. Se puede generar en reacción a ciertos biomateriales odontológicos, como las amalgamas o composite. Además puede producirse una reacción ante ciertos medicamentos antihipertensivos, antipsicóticos y diuréticos.

La lesión presenta un área central eritematosa erosionada, rodeada de una zona de estrías radiales blanquecinas. En caso de producirse por biomateriales, la lesión se ubica en la mucosa en contacto con la restauración. La apariencia clínica es similar al liquen plano¹⁹.

- **L44.2 Liquen plano reticular**

Enfermedad mucocutánea, que se encuentra frecuentemente en la cavidad oral. Se presenta como líneas blanquecinas elevadas y finas, formando una red sobre un fondo eritematoso. Dichas líneas se denominan "Estrías de Wickham".

Es asintomático y se observan frecuentemente en mucosa yugal y de fondo de vestíbulo, seguido por lengua y encías. Suelen ser bilaterales y simétricas.

Histológicamente se pueden observar hiperqueratosis o paraqueratosis, papilas en dientes de sierra, infiltrado linfoplasmocitario en banda que invaden la unión epitelio-mesénquima y predominan los linfocitos CD8 en relación con el epitelio¹⁹.

- **L90.0 Liquen plano atrófico o erosivo**

Es otra manifestación de liquen plano, se presenta como una mezcla de zonas irregulares de eritema rodeado de estrías pobremente definidas. La zona de transición entre la mucosa normal y las áreas erosivas presenta una leve coloración blanquecina que simulan estrías radiales.

Los pacientes suelen relatar molestias al consumir alimentos fríos, calientes, picantes o bebidas alcohólicas. Durante el examen clínico, se produce dolor y sangramiento a la palpación

Dentro de sus características histológicas encontramos adelgazamiento del epitelio, destrucción de células basales e infiltrado inflamatorio subepitelial en banda que invade la unión epitelio-mesénquima¹⁹.

2.4.2 Clasificación CIE – O (Oncológica)

- **M9262/0 Fibroma Osificante**

También conocido como “Fibroma cemento-osificante”, es una lesión intraósea expansiva de los maxilares, bien delimitada y encapsulada. Histológicamente está constituida por tejido fibroso celular que contiene calcificaciones esféricas y estructuras óseas irregulares.

Su localización más frecuente es en la mandíbula, en la zona posterior a los caninos. Su crecimiento es lento y asintomático. Presenta una expansión ósea pronunciada vestibular y lingual²⁰.

- **M8070/3 Carcinoma espinocelular**

Más del 90% de las neoplasias malignas de la cavidad oral son carcinomas de células escamosas desarrolladas sobre el epitelio mucoso. Los factores causales actúan por un largo periodo y el cambio hacia la malignidad es tan lento que transcurre un prolongado periodo de tiempo antes que se haga evidente. Se origina a partir de un crecimiento descontrolado y anormal de células escamosas presentes en la capa más superficial de la piel o de la mucosa oral.

Se presenta como un nódulo exofítico y cuando ha avanzado la enfermedad, se presenta una úlcera de bordes indurados que no sana en el tiempo. El dolor no tiene valor diagnóstico para el C.E.C y el sangrado, ya sea espontáneo o ante un pequeño traumatismo, es un signo tardío.

Puede ser localmente invasivo y generar alteraciones funcionales y estéticas graves. Tiene la potencialidad de generar metástasis, sobre todo en aquellos casos en que el crecimiento local es importante. Es más frecuente en la cara y en el cuello, pero puede crecer en la piel de cualquier parte del cuerpo.²⁰

- **M8562/3 Carcinoma epitelial - mioepitelial**

Es a una neoplasia epitelial maligna de glándulas salivales. Corresponde a menos del 5% de los tumores malignos de glándulas salivales. Se localiza preferentemente en la glándula parótida. Posee una composición bifásica de células ductales lumbinales rodeado por células mioepiteliales.

Clínicamente, se observa una tumoración multinodular bien delimitada, que ocasionalmente presenta dolor orofacial. La duración de los síntomas antes del diagnóstico va desde meses a años²⁰.

- **M8052/0 Papiloma Escamoso**

Es una proliferación benigna del estrato escamoso del epitelio que resulta en una masa de aspecto papilar o verrucoso, tanto pedunculados como sésiles. Es presuntamente inducida por el virus papiloma humano (VPH). En el 50% de los papilomas escamosos orales está presente el subtipo 1 y 6 del virus. El modo de transmisión es incierto y afecta a 1 en 250 adultos. Puede afectar cualquier sitio de la boca, pero los más frecuentes son paladar blando, lengua, labios y encía.²⁰.

2.5 Estudios de concordancia entre diagnóstico clínico e histopatológico en el mundo

Debido a la diversa naturaleza que presentan las lesiones orales, es importante determinar si el diagnóstico clínico concuerda con el histopatológico. Según la RAE, (Real Academia Española) concordancia es la correspondencia o conformidad de una cosa con otra. Esta puede ser expresada porcentualmente o estadísticamente, mediante índices siendo uno de ellos el Kappa de Cohen. A lo largo de los años se han realizado diversos estudios en el tema y es común encontrarlos en centros de diagnóstico patológico de universidades o instituciones médicas.

En Europa encontramos un estudio retrospectivo de 10 años realizado en la Unidad de Diagnóstico del hospital San Paolo de la Universidad de Milano. Allí se analizaron los datos de 697 pacientes que requirieron estudio histopatológico para su diagnóstico. La edad de los pacientes fluctuó entre 14 y 99 años con una media de 60 años. El 43% de los pacientes presentaron lesiones en la mucosa bucal. La lesión oral más frecuente fue el liquen plano con un 34,7%, le sigue el fibroma irritativo con un 23,4%. El liquen plano se presentó más en mujeres (59,9%) y el fibroma irritativo fue de igual magnitud en hombres y mujeres. La concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico tuvo un Kappa de 81%, siendo catalogado como excelente¹⁶.

En un estudio similar llevado a cabo por el departamento de cirugía oral y maxilofacial de la Universidad de Cukurova en Turquía, se analizaron 2718 casos que requirieron estudio histopatológico. La edad promedio de los pacientes fue de 38 años y la lesión más frecuente en la mucosa oral fue el granuloma periférico de células gigantes (22,6%) seguido de la displasia fibrosa (22,2%). La mayor concordancia la tiene el granuloma periférico de células gigantes con un Kappa de Cohen de 93%, catalogado como excelente¹⁵.

En Oceanía encontramos un estudio realizado en Nueva Zelanda, específicamente en la Universidad de Otago. Allí se hizo un estudio similar en lesiones de mucosa oral, donde se analizaron datos de los años 2002 al 2006, donde se estudiaron 3143 biopsias, de ellas la más frecuente fue el pólipo fibroepitelial, con 566 casos, seguido del mucocele con 270 casos. Este último fue el que mayor concordancia presentó con un Kappa de 83%, siendo catalogado como excelente⁴.

En África encontramos un estudio realizado en Nigeria, donde se investigó la concordancia entre diagnóstico clínico e histopatológico en la Universidad de Lagos. Se estudiaron retrospectivamente 620 casos, donde la concordancia fue en 400 casos, presentando un Kappa de 45%, siendo catalogado como moderada¹¹.

En Estados Unidos, específicamente en la Universidad Estatal de Ohio, se estudió una cohorte entre los años 1993 y 1995, detectándose que los 3 problemas más comunes fueron: candidiasis (12%), síndrome de boca urente (10%) y liquen plano (8%)²¹.

En Sudamérica podemos encontrar un estudio realizado en Brasil, en la Universidad Federal de Minas Gerais. Allí se realizó un estudio retrospectivo de los años 2002 – 2012, donde se efectuaron 13.522 estudios histopatológicos. El 93,17% de las lesiones fueron benignas, 6,32% malignas y 0,51% diagnósticos indeterminados²².

2.6 Estudios de concordancia entre diagnóstico clínico e histopatológico en Chile

Una investigación llevada a cabo en la Universidad de Talca, estudió retrospectivamente entre los años 2001 y 2014 a 1.000 pacientes de los cuales 70,7% fueron mujeres, siendo la media de la muestra 46,5 años. Las lesiones orales más frecuentes fueron fibroma irritativo (10,2%), luego liquen plano (5,8%) y finalmente mucocele (5,4%)²³.

En un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Las Higueras de Talcahuano durante el período 2011 – 2014, se realizaron un total de 604 biopsias de las cuales la mayoría correspondía a mujeres, con un 69% del total de la muestra. La mayor cantidad de lesiones fueron reaccionales, con un 52% del total²⁴.

Pablo Vargas estudiante de Odontología de la Universidad de Talca, en su tesis para optar al grado de cirujano dentista, investigó 220 pacientes. El número de consultas del género femenino fue de 156 casos (70,91%) Los diagnósticos clínicos más frecuentes encontrados fueron pseudofibroma irritativo con 16 casos (6,7%), el mucocele con 13 casos (5,4%), el papiloma con 10 casos (4,2%), el liquen plano oral con 10 casos (4,2 %), las UROs con 10 casos (4,2%), el Síndrome de Boca Urente con 8 casos (3,3%), la estomatitis subprotésica con 7 casos (2,9%), el hemangioma con 6 casos (2,5 %) y la sialolitiasis también con 6 casos (2,5%)²⁵.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general.

Determinar la concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos realizados a los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico Bucomaxilofacial en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso entre enero del 2016 y julio de 2017.

3.2 Objetivos específicos.

- Describir la muestra del estudio desde el punto de vista de las variables epidemiológicas universales (género y grupo etario), sitio anatómico y tipo de biopsia.
- Determinar la frecuencia relativa de los diagnósticos clínicos presentes en la base de datos del Centro de Diagnóstico Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- Analizar la concordancia de los diagnósticos clínicos e histopatológicos realizados por patólogos orales en el Centro de Diagnóstico Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso según género, grupo etario, tipo de biopsia y sitio anatómico
- Determinar la concordancia del diagnóstico clínico e histopatológico de acuerdo a su pronóstico clínico (benigno, potencialmente maligno y maligno).

4 MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal de una base de datos anónima de los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso entre enero del 2016 y julio del 2017. La información de la base de datos incluye: edad, género, fecha de nacimiento, enfermedades sistémicas, medicamentos, motivo de consulta, fecha de ingreso, fecha de biopsia, biopsia realizada, sitio anatómico, hipótesis diagnóstica y diagnóstico histopatológico.

4.2 Hipótesis de investigación

Los diagnósticos clínicos concuerdan con los diagnósticos histopatológicos de los pacientes atendidos entre enero del 2016 y julio del 2017 en el Centro de Diagnóstico Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

El planteamiento estadístico de la hipótesis de investigación descrita anteriormente, se realiza según el Índice Kappa de Cohen (κ), donde se busca que la concordancia sea distinta a 0 (no hay concordancia), con un nivel de confianza de 95%.

$$H_0: \kappa = 0$$

$$H_1: \kappa \neq 0$$

4.3 Universo y tamaño muestral

El universo de la investigación son 105 sujetos que corresponden a la totalidad de los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso entre enero del 2016 y julio del 2017.

El tamaño muestral lo brinda un censo de los pacientes atendidos entre enero del año 2016 a julio del año 2017 en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial que requirieron estudio histopatológico para su diagnóstico. De un total de 105 pacientes, sólo 68 de ellos cumplían con los criterios de inclusión y exclusión mencionados en el punto 4.5.

4.4 Unidad de estudio

La unidad de estudio corresponde a los sujetos incluidos en la base de datos anónima en Excel, proporcionada por la Coordinadora del Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. La base de datos se obtuvo mediante el traspaso de los datos de las fichas clínicas de los pacientes atendidos por los especialistas del Centro, pero al momento de ser entregada a los alumnos tesistas, no se incluyeron los datos personales como nombre, RUT u otros.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso que cuenten con la totalidad de la información requerida en la base de datos anónima.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no requirieron estudio histopatológico para formular su diagnóstico definitivo en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

4.6 Variables a evaluar

Se describen las variables presentes en la base de datos anónima obtenida a partir de las fichas clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso los años 2016 y 2017 (Tabla I), además del pronóstico clínico de las lesiones presentes en la base de datos (Tabla II).

Tabla I Variables a evaluar

Variabes	Definición Operacional	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Edad	Se consideran los años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento al día del examen clínico expresado en números enteros	Cuantitativa continua	Números Naturales
Género	Género que figura en el carnet de identidad	Cualitativa nominal	Mujer/hombre
Enfermedades Sistémicas	Cualquier proceso fisiológico o patológico diagnosticado que esté cursando el paciente (incluye pubertad, menopausia, embarazo, etc.)	Cualitativa nominal	Se describe explícitamente en la base de datos cuál es la condición que presenta el paciente
Medicamentos	Se describe el medicamento que el paciente toma al momento de la atención.	Cualitativa nominal	Se describe el medicamento consumido. En caso de no consumir, se escribe "no".
Biopsia	Se entiende por biopsia el proceso de obtención de la muestra para el estudio histopatológico.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Incisional - Excisional - No aplica - PAAF
Sitio anatómico	Se describe el sitio específico donde está presente la lesión en el territorio bucomaxilofacial.	Cualitativa nominal	Se describe sitio anatómico específico.
Hipótesis diagnóstica	Se entiende por hipótesis diagnóstica a la idea o presunción a la que llega el especialista luego de realizado el examen clínico en conjunto con métodos complementarios como las radiografías. En caso de existir más de una hipótesis diagnóstica, se considerará sólo la primera.	Cualitativa nominal	Se describe el nombre de la lesión.
Diagnóstico Histopatológico	Es considerado el Gold Standard para alcanzar un diagnóstico final.	Cualitativa Nominal	Se describe el nombre de la lesión según su estudio histopatológico.

Se clasifican tanto las variables de diagnóstico clínico e histopatológico según su pronóstico clínico en benigno, potencialmente maligno y maligno según Tatli et al¹⁵ (Tabla II).

Tabla II. Clasificación de diagnósticos según su pronóstico clínico

BENIGNOS	POTENCIALMENTE MALIGNOS	MALIGNOS
Adenoma Pleomorfo	Leucoplaquia	Carcinoma Espinocelular
Fibroma Irritativo	Displasia Epitelial Leve A Moderada	Carcinoma Mucoepidermoide
Condiloma Acuminado	Estomatitis Nicotínica	Carcinoma Epitelial-Mioepitelial
Hamartoma	Leucoplasia Verrucosa Proliferativa	Plasmocitoma
Hemangioma Mucoso	Displasia (leve, moderada y severa)	
Mucocele	Hiperparaqueratosis Con Displasia Leve	
Liquen Plano	Hiperplasia Epitelial Con Displasia Moderada	
Lipoma		
Quiste Periapical Inflamatorio		
Granuloma Piógeno		
Osteomielitis Crónica Esclerosante Difusa		
Fibroma Osificante		
Inflamación Reaccional		
Papiloma Escamoso		
Hiperplasia Fibrosa		
Síndrome De Sjögren		
Hiperplasia Gingival		
Fibroma De Células Gigantes		
Quiste De Retención Mucosa		
Penfigoide Mucoso Benigno		
Placa Neurogénica Sublingual		
Sin Alteración		

4.7 Manejo de datos

Los datos son ingresados al programa Microsoft Excel 2007® por los especialistas del Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso y son proporcionados a los alumnos tesisistas por la coordinadora de dicho Centro, sin la información personal de los pacientes.

4.8 Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Revisión Proyectos de Investigación de la Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso (Anexo 2) y por el Comité de ética de investigación en seres humanos de la Universidad de Valparaíso (Anexo 3).

4.9 Análisis estadístico

Se evaluó la distribución de las características epidemiológicas de los pacientes (edad y género), además el sitio anatómico y tipo de biopsia. También se calculó la frecuencia relativa de diagnósticos clínicos e histopatológicos, incluyendo sitio anatómico.

Se determinó la concordancia porcentual entre el diagnóstico clínico e histopatológico según género, grupo etario, tipo de biopsia y sitio anatómico. Además se calculó la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico según pronóstico clínico.

Finalmente, se calculó la concordancia según el índice de Kappa de Cohen en los grupos benignos, potencialmente malignos y malignos. Seguido de la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico general de la base de datos.

Para el análisis descriptivo de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2007. Para el análisis de concordancia se utilizó el programa SPSS para comparación de grupos.

Se calcularon las concordancias por conformidad entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos (*Gold Standard*) a través de Kappa de Cohen con un intervalo de confianza de 95%. El análisis de concordancia Kappa de Cohen se clasifica según fuerza de concordancia como sigue:

Tabla III. Valoración Índice de Kappa de Cohen

Valoración del Índice de Kappa	
Valor de Kappa	Fuerza de concordancia
<0,20	Pobre
0,21 – 0,40	Débil
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Buena
0,81 - 100	Muy Buena

5. RESULTADOS

5.1 Descripción general de la base de datos

La base de datos anónima proporcionada por la coordinadora del Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, completada desde enero del 2016 a julio del 2017, consta de 105 pacientes atendidos. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, quedaron 68 sujetos a estudiar, ya que el resto no presentaba la totalidad de las variables completas en la base de datos.

De los 68 sujetos, la proporción de género es de 50%, es decir, 34 son hombres y 34 mujeres. Con un promedio de edad de 49,4 años \pm 21,5 años.

Con el fin de efectuar y presentar el estudio en forma organizada, la muestra de 68 sujetos, se dividió en cuatro grupos etarios: entre 0 y 20 años, entre 21 y 40 años, entre 41 y 60 años y finalmente, mayores de 60 años (Gráfico I). La mayor cantidad de sujetos se encuentra en el grupo etario entre 41 y 60 años (24 sujetos), seguido de los mayores de 60 (23 sujetos), luego 11 sujetos entre 21 y 40 años y 10 sujetos entre 0 y 20 años. (Anexo 4)

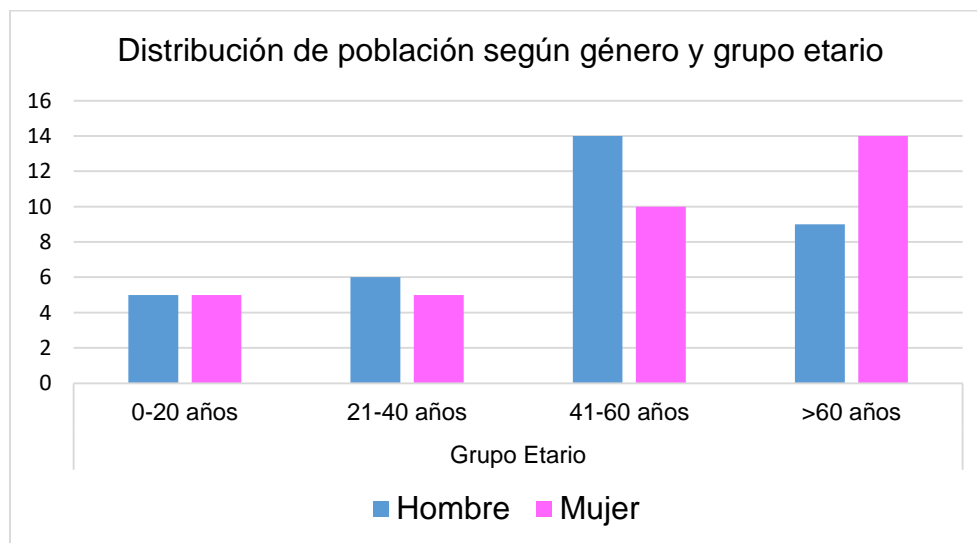


Gráfico I. Distribución de la población según género y grupo etario

El sitio anatómico con mayor porcentaje de lesiones fue la lengua con un 25%. En éste sitio se agruparon dorso, borde lateral y vientre lingual. Lo sigue la encía, donde se agrupó encía adherida, marginal, papila interincisiva y reborde alveolar.

En esta base de datos solo se tomaron biopsias de labio inferior. En huesos maxilares se incorporó biopsias tomadas de ambos maxilares. Orofaringe presentó la menor cantidad de lesiones (2,9%). En ella se incorporó el sitio anatómico faringe y amígdala faríngea. (Gráfico II).

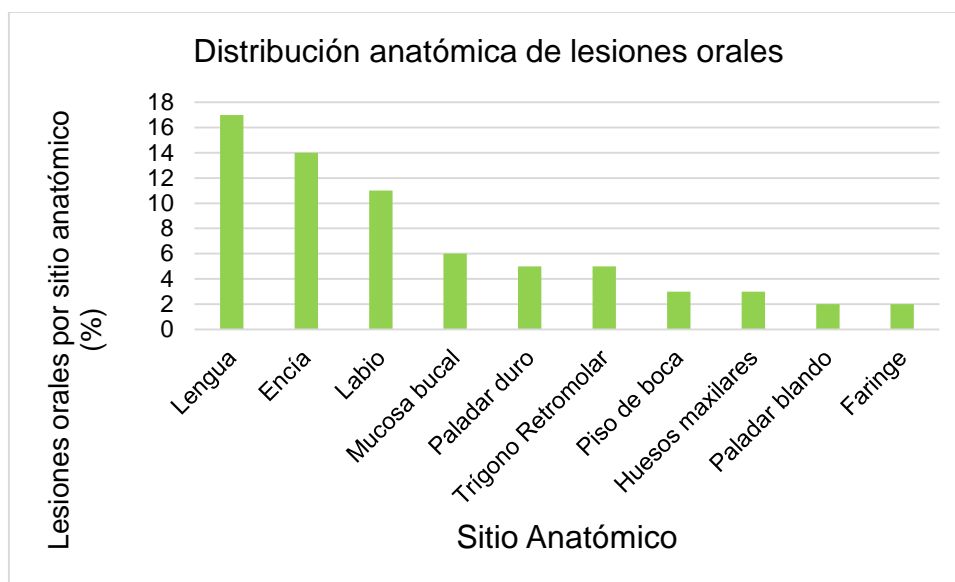


Gráfico II. Distribución anatómica de lesiones orales

5.2 Frecuencia relativa de los diagnósticos clínicos e histopatológicos

De los diagnósticos clínicos, el más frecuente fue el Carcinoma Espinocelular, con 11 diagnósticos. Lo sigue el fibroma irritativo, con 9 diagnósticos, luego mucocele, leucoplaquia y finalmente liquen plano erosivo (Gráfico III). El resto de diagnósticos fueron catalogados en “otros”. La tabla con la totalidad de diagnósticos se encuentra en Anexo 5.

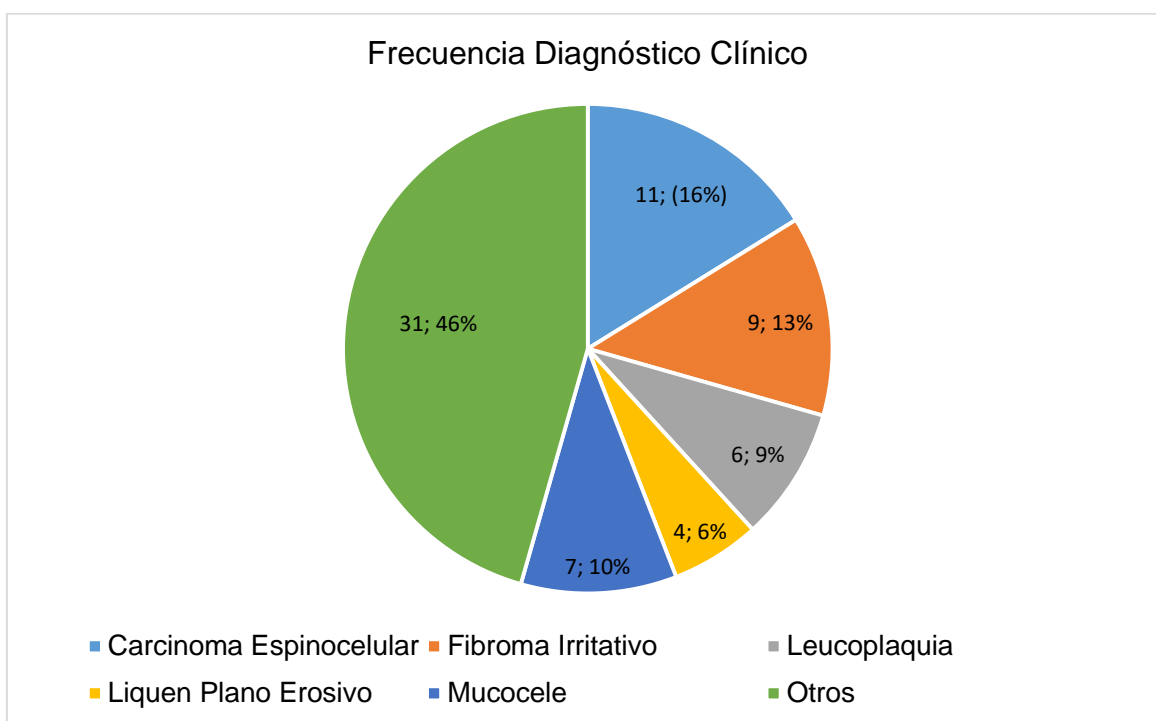


Gráfico III. Frecuencia de diagnósticos clínicos

De los diagnósticos histopatológicos, el más frecuente es fibroma irritativo, con 11 casos, acá se incorpora “hiperplasia fibrosa”. Es seguido por displasia epitelial con 8 diagnósticos, luego mucocele con 7, seguido de C.E.C con 6 casos y finalmente reacción liquenoide con 4 diagnósticos (Gráfico IV). El resto fueron agrupados en “otros”. La tabla con la totalidad de diagnósticos se encuentra en Anexo 5.

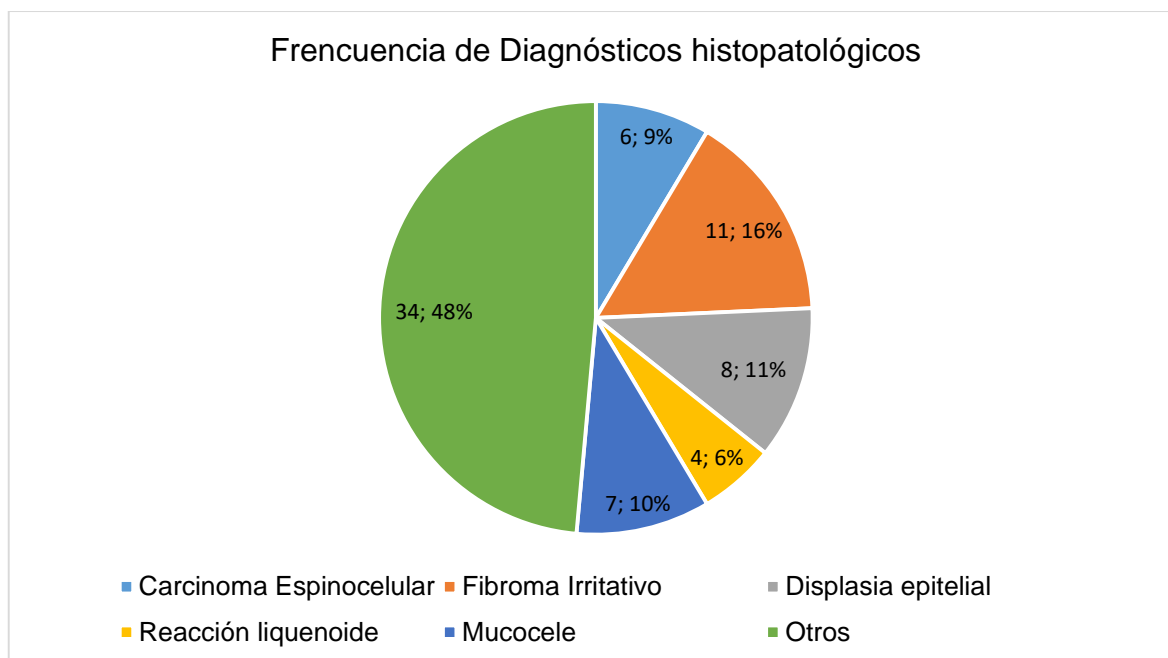


Gráfico IV. Frecuencia de diagnósticos histopatológicos

5.3 Estadística descriptiva de la concordancia según género, grupo etario, tipo de biopsia y sitio anatómico

El mayor porcentaje de acierto se encuentra en pacientes del género femenino con un 58,82%. El mayor fallo en la concordancia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico histopatológico lo tienen los hombres con un 44,12% (Tabla IV).

Tabla IV. Frecuencia relativa y porcentual de la concordancia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico histopatológico según género.

Género	Falla N (%)	Acierta N (%)	Total N (%)
Hombre	15 (44,12)	19 (55,88)	34 (100)
Mujer	14 (41,18)	20 (58,82)	34 (100)
Total	29 (42,65)	39 (57,35)	68 (100)

El mayor porcentaje de acierto entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico histopatológico lo tiene el grupo etario de 0 a 20 años, con un 70% de concordancia, mientras que el mayor fallo está en el grupo de 21 a 40 años, con un 63,64%, seguido por el grupo de >60 años con un 43,47% de error. (Tabla IV)

Tabla V. Frecuencia relativa y porcentual de la concordancia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico histopatológico según grupo etario.

Grupo etario	Falla N (%)	Acierta N (%)	Total N (%)
0 a 20 años	3 (30)	7 (70)	10 (100)
21 a 40 años	7 (63,64)	4 (36,36)	11 (100)
41 a 60 años	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100)
>60 años	10 (43,47)	13 (56,52)	23 (100)
Total	29 (42,65)	39 (57,35)	68 (100)

Se realiza una tabla de contingencia entre el diagnóstico histopatológico y los grupos etarios, identificando las lesiones potencialmente malignas (en amarillo) y malignas (en rojo) (Tabla V). La tabla de contingencia con la totalidad de diagnósticos histopatológicos se encuentra en Anexo 7.

La lesión potencialmente maligna más frecuente es la displasia epitelial. En este grupo están incluidas las leves, moderadas y severas. Se presentan mayoritariamente en los grupos etarios de 41 a 60 años y >60 años.

Del grupo de los malignos, el diagnóstico más frecuente es el carcinoma espinocelular, con 4 diagnósticos en el grupo de los >60 años y 2 en el grupo de 41 a 60 años.

Tabla VI. Tabla de contingencia entre diagnóstico histopatológico y grupo etario de lesiones potencialmente malignas y malignas)

Tabla de contingencia Dg. Histopatológico*Grupo etario							
		Grupo etario				Total	
		Entre 0 y 20 años	Entre 21 y 40 años	Entre 41 y 60 años	>60 años		
Diagnóstico Histopatológico	Carcinoma Epitelial-Mioepitelial	Recuento	0	0	0	1	1
		% Del Total	0,00%	0,00%	0,00%	4,54%	4,54%
	Carcinoma Espinocelular	Recuento	0	0	2	4	6
		% Del Total	0,00%	0,00%	9,09%	18,18%	27,27%
	Carcinoma Mucoepidermoide	Recuento	0	0	0	1	1
		% Del Total	0,00%	0,00%	0,00%	4,54%	4,54%
	Linfoma No Hodgkin	Recuento	0	0	1	0	1
		% Del Total	0,00%	0,00%	4,54%	0,00%	4,54%
	Plasmocitoma	Recuento	0	0	0	1	1
		% Del Total	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,54%
	Hiperplasia Epitelial Con Displasia Moderada	Recuento	0	0	1	0	1
		% Del Total	0,00%	0,00%	4,54%	0,00%	4,54%
	Displasias (leve, moderada, severa)	Recuento	0	1	5	4	10
		% Del Total	0,00%	4,54%	22,72%	18,18%	45,45%
Hiperparaqueratosis con Displasia Leve	Recuento	0	0	1	0	1	
	% Del Total	0,00%	0,00%	4,54%	0,00%	4,54%	
Total	Recuento	0	1	10	11	22	
	% del total	0%	4,54%	45,45%	50%	100,00%	

En cuanto al sitio anatómico, la lengua se dividió en borde lateral, dorso y vientre. De 10 muestras del borde lateral, el diagnóstico clínico falló 7 veces, lo que representa un 10,3% del total. De 4 muestras de dorso de lengua se falló en todos los casos y de 3 biopsias de vientre lingual, falló en 2 casos. (Tabla VII)

Del sitio anatómico labio inferior se extrajeron 10 muestras y se falló en 6 casos (8,8% del total).

En mucosa yugal, de un total de 6 biopsias realizadas, se acierta en 4 casos, lo que significa un 5,9% de los casos.

Del sitio trígono retromolar se extrajeron 5 muestras y se acierta en 3 de ellas, lo que significa un 4,4% del total de los casos.

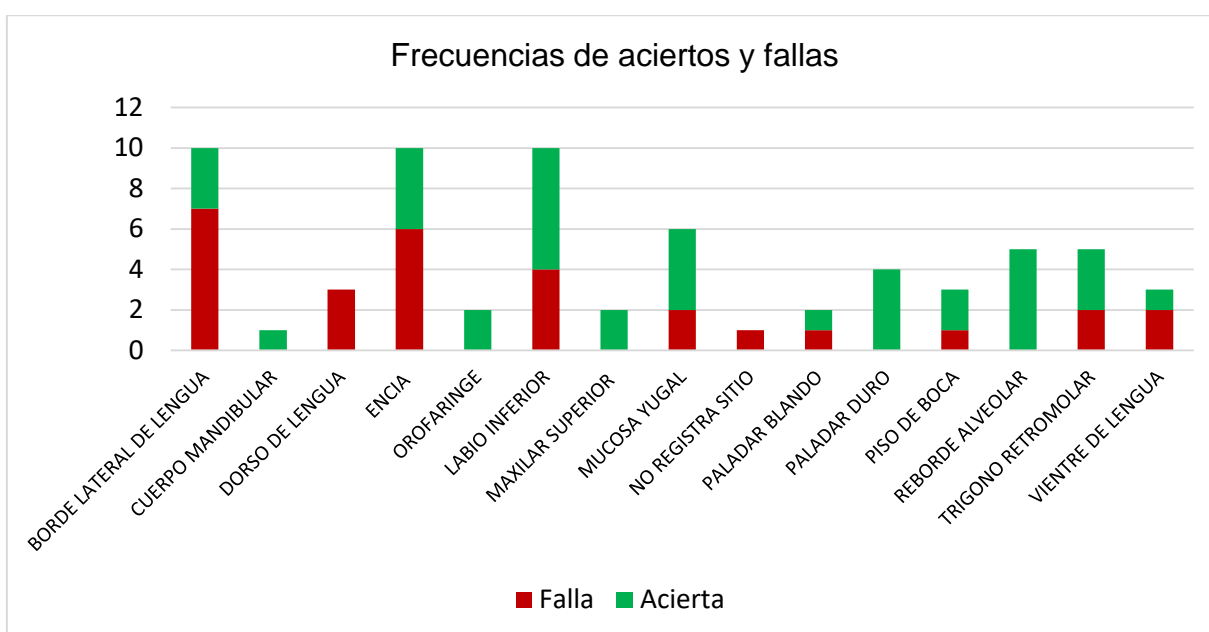


Gráfico V. Frecuencia porcentual de los diagnósticos clínicos que requieren biopsia para su diagnóstico histopatológico según concordancia del diagnóstico

Tabla VII. Frecuencia relativa y porcentual de la concordancia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico histopatológico según sitio anatómico

Sitio anatómico		Concordancia		Total
		Acierta	Falla	
Labio inferior	Recuento	6	4	10
	% del total	8,80%	5,90%	14,70%
Reborde alveolar	Recuento	5	0	5
	% del total	7,40%	0,00%	7,40%
Encía	Recuento	4	6	10
	% del total	4,40%	5,90%	10,30%
Mucosa yugal	Recuento	4	2	6
	% del total	5,90%	2,90%	8,80%
Paladar duro	Recuento	4	0	4
	% del total	5,90%	0,00%	5,90%
Trígono retromolar	Recuento	3	2	5
	% del total	4,40%	2,90%	7,40%
Borde lateral de lengua	Recuento	3	7	10
	% del total	4,40%	10,30%	14,70%
Maxilar superior	Recuento	2	0	2
	% del total	1,50%	0,00%	1,50%
Orofaringe	Recuento	2	0	2
	% del total	2,9%	0,00%	%
Cuerpo mandibular	Recuento	1	0	1
	% del total	1,50%	0,00%	1,50%
Dorso de lengua	Recuento	1	3	4
	% del total	1,50%	4,40%	5,88%
Paladar blando	Recuento	1	1	2
	% del total	1,50%	1,50%	2,90%
Ventre de lengua	Recuento	1	2	3
	% del total	1,50%	2,90%	4,40%
No registra	Recuento	0	1	1
	% del total	0,00%	1,50%	1,50%
Total	Recuento	39	29	68
	% del total	57,40%	42,60%	100,00%

5.4 Concordancia según pronóstico clínico de diagnóstico histopatológico

A continuación se exponen los datos de concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones orales divididas según su pronóstico en benignas, potencialmente malignas y malignas. Es importante destacar que si los diagnósticos difieren dentro de los grupos, pero son catalogados ambos con un mismo pronóstico, se considera concordante.

La mayor concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos lo presentan el grupo de las lesiones benignas, con 41 diagnósticos concordantes. Lo siguen el grupo de los malignos con 9 aciertos y potencialmente malignos con 8 aciertos.

La suma de las concordancias de estos tres grupos es de 58 diagnósticos correctos, lo que representa un 85% del total (Tabla VIII).

Tabla VIII. Concordancias entre diagnósticos clínicos e histopatológicos según pronóstico clínico

Tabla de contingencia Dg. Clínico/Dg. Histopatológico						
			Diagnóstico histopatológico			Total
			Benigno	Potencialmente maligno	Maligno	
Diagnóstico clínico	Benigno	Recuento	41			
	Potencialmente maligno	Recuento		8		
	Maligno	Recuento			9	
Total		Recuento				58
		% del total				85%

La concordancia de los pronósticos clínicos (benigno, potencialmente maligno y maligno) según Kappa de Cohen es buena con un 71% (Tabla IX).

Tabla IX. Concordancia según pronóstico clínico de los tres grupos

	Kappa de Cohen (κ)
Concordancia según pronóstico clínico	71%

A continuación se describe la concordancia según Kappa de Cohen dividido por pronóstico clínico:

5.4.1 Benignos

La concordancia de las lesiones benignas según Kappa de Cohen es moderada con un 48,8% (Tabla X).

Tabla X. Concordancia de lesiones benignas

	Kappa de Cohen (κ)
Concordancia de benignos	48,8%

5.4.2 Potencialmente malignos

La concordancia de las lesiones benignas según Kappa de Cohen es moderada con un 52,6% (Tabla XI).

Tabla XI. Concordancia de lesiones potencialmente malignas

	Kappa de Cohen (κ)
Concordancia de potencialmente malignos	52,6%

5.4.3 Malignos

La concordancia de las lesiones benignas según Kappa de Cohen es buena con un 64,3% (Tabla XII).

Tabla XII. Concordancia de lesiones malignas

	Kappa de Cohen (κ)
Concordancia de malignos	64,3%

El mayor número de lesiones benignas, lo presentan las mujeres con 25 de 43 diagnósticos. En cambio, en lesiones potencialmente malignas, el mayor número lo presentan los hombres con 11 de 16 casos. Finalmente en las lesiones malignas, el mayor número de lesiones la presentan los hombres con 5 de 9 casos (Tabla XIII).

Tabla XIII. Distribución de género según pronóstico clínico

Tabla de contingencia Género / Dg. Histopatológico según pronóstico						
			Dg. Histopatológico según pronóstico			Total
			BENIGNO	POT. MALIGNO	MALIGNO	
GÉNERO	HOMBRE	Recuento	18	11	5	34
		% del total	26,5%	16,2%	7,4%	50,0%
	MUJER	Recuento	25	5	4	34
		% del total	36,8%	7,4%	5,9%	50,0%
Total		Recuento	43	16	9	68
		% del total	63,2%	23,5%	13,2%	100,0%

5.5 Concordancia de los Diagnósticos clínicos e histopatológicos según Kappa de Cohen

Los diagnósticos clínicos concordaron con los diagnósticos histopatológicos en un 57,4% de los casos de un total de 68 sujetos (Tabla XIV).

Tabla XIV. Frecuencia relativa y porcentual de la concordancia entre diagnósticos clínicos e histopatológicos

	CONCORDANCIA	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Negativa	29	42,6
Positiva	39	57,4
Total	68	100

Según el índice de concordancia de Kappa de Cohen con un 95% de confianza, los diagnósticos clínicos e histopatológicos presentaron una concordancia moderada del 53% (Tabla XV).

Tabla XV. Concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico

	Kappa de Cohen (κ)
Concordancia Dg. Clínico - Histopatológico	53%

6. DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo general de esta investigación y para comprobar la validación o refutación de la hipótesis planteada, se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo a partir de una base de datos anónima, para determinar la concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos realizados a los pacientes que fueron atendidos por un equipo de expertos en medicina oral en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucocomaxilofacial de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Valparaíso.

De los 68 pacientes que conforman el tamaño muestral de este estudio, y que requirieron biopsia entre los meses de enero del año 2016 y julio del año 2017, el 50% fueron hombres y el 50% mujeres. En un estudio similar realizado por Vargas et al²⁵ en el centro de diagnóstico de la Universidad de Talca, se encontró una proporción diferente, ya que hubo un 71% de mujeres y 29% de hombres. Esto puede deberse a que la cantidad de población estudiada fue mayor, ya que trabajaron con la información de 220 sujetos.

La muestra se dividió en cuatro grupos: de 0 a 20 años, de 21 a 40 años, de 41 a 60 años y mayores de 60 años, lo anterior con el fin de mantener rangos etarios acotados. Se encontró que la mayor cantidad de sujetos pertenecía al grupo etario entre 41 y 60 años (24 sujetos).

En el estudio de Vargas et al²⁵, mencionado anteriormente se categorizaron los grupos etarios según década, dada la mayor cantidad de sujetos en estudio.

El sitio anatómico más afectado en los pacientes que asistieron al Centro fue la lengua con un 25%, fue dividida en tres regiones; dorso, borde lateral y vientre. Esto coincide con estudios previos sobre la prevalencia de enfermedades orales en pacientes atendidos en consultorios de medicina oral por Farah et al³⁰ en Australia. El estudio realizado en la Universidad de Talca por Vargas et al²³, también mostró que la lengua era la ubicación más prevalente con un 16.4% de los casos, seguido por labio, mucosa yugal y paladar. Otros estudios como los realizados por Campisi et al²⁷ y Majorana et al²⁸, afirman que la lengua era el sitio más predominante.

Lo anteriormente expuesto podría deberse a que la lengua se encuentra expuesta de manera directa a la mayoría de los factores nocivos que afectan la cavidad bucal, tales como el consumo de tabaco y alcohol, también al desajuste de prótesis y restauraciones en mal estado, presencia de maloclusiones, entre otros. Esto la vuelve un sitio anatómico susceptible a ser dañado, como quedó demostrado en el estudio de Guzmán et al³¹ sobre hallazgos alteraciones linguales en Colombia.

La lesión más comúnmente encontrada en nuestra clínica fue el Carcinoma Espinocelular (16,2%), seguido del Pseudofibroma Irritativo (13,2%), Mucocele (10,30%) y Leucoplaquia (8,80%). Esto no es coincidente con varios estudios de similar metodología, cuya patología más frecuente fue el Pseudofibroma Irritativo. Un estudio italiano realizado por Sardella et al³⁵, encontró que esta patología estaba presente en el 13,8% de los pacientes que recibieron una consulta, seguido por Leucoplaquia (11,8%). Otra investigación de Lopez-Verdin et al²⁶, realizada en México el año 2013, con una muestra similar a la nuestra en cuanto a número y rango etario, mostró que el Pseudofibroma Irritativo era el más predominante, con un 15.4% de los casos, y en donde sólo el 2,3% de los pacientes presentó neoplasias malignas. El estudio realizado por Guerra et al³⁴, mostró resultados diferentes, en que la Leucoplaquia se encontraba en el 50% de los casos, y solo 1.9% de ellos, presentó Carcinoma Espinocelular, contrario a lo que se obtuvo en nuestra investigación.

En Chile, un estudio realizado en la Universidad de Talca por Rivera et al²³, mostró que las lesiones que más se presentaron fueron el Mucocele, Granuloma Piogénico y el Pseudofibroma Irritativo. Es importante mencionar que esta diferencia pudo deberse a que la población atendida en esta última investigación fueron preferentemente adolescentes y adultos jóvenes.

En nuestro estudio, la alta frecuencia de Carcinoma Espinocelular, pudo deberse a varios factores, entre los cuales, destacan la consulta tardía por parte de los pacientes, el difícil acceso a la atención dental, exámenes clínicos poco exhaustivos en centros de atención primaria y, en cuanto a etiología, alto consumo de tabaco y alcohol por la población adulta²⁷.

Ante la presencia de un diagnóstico de Pseudofibroma Irritativo en pacientes cuyos factores se mencionaron en el párrafo anterior, se debe tomar biopsia, a fin de descartar la presencia de un Carcinoma Espinocelular (C.E.C).

En esta investigación se obtuvo un porcentaje idéntico entre hombres y mujeres, por lo que la comparación entre sexos es equitativa. El porcentaje de concordancia se presentó más en mujeres con un 58,82% de los casos, versus hombres con un 55,88%. Estos resultados concuerdan, en menor nivel, con el estudio realizado por Emeka et al¹¹, en los que se estudió muestras similares entre hombres (48,7%) y mujeres (51,3%), analizando los resultados de 620 biopsias realizadas en el Hospital de la Universidad Lagos en Nigeria entre el 2009 y 2013. En dicho estudio la concordancia en mujeres fue superior con un valor del 53%, mientras que en varones este valor resultó en 37%.

Por otro lado, estos resultados difieren con la investigación de Tatli et al¹⁵, en la que se estudió muestras similares entre hombres (50,5%) y mujeres (49,5%), analizando los resultados de 2718 biopsias recolectadas durante los años 2007 y 2011 en el Departamento de Cirugía oral y maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cukurova, Turquía. En dicho estudio, el mayor porcentaje de concordancia fue obtenido por hombres con un 94,3%, mientras que en mujeres obtuvieron un 92,3% de concordancia. En Chile no se cuenta con investigaciones que comparen la concordancia obtenida según el género.

En cuanto al pronóstico de la lesión, existieron diferencias en la prevalencia. Las lesiones pesquisadas en mujeres fueron benignas en 73,6% de los casos, mientras que en hombres fueron benignas en un 53% de los casos. Por otro lado, existió diferencia en la frecuencia de lesiones potencialmente malignas, donde los hombres presentaron un 32,4% de las veces este tipo de lesiones, mientras que en mujeres se presentaron en un 14,8 % de los casos. No hubo diferencia significativa en cuanto a la prevalencia de lesiones malignas, de todas formas los hombres presentaron un caso más de lesiones malignas (5 casos) al compararlo con mujeres (4 casos). Esta prevalencia aumentada de lesiones malignas y potencialmente malignas en hombres podría deberse a que estos poseen más factores de riesgo como alcoholismo y tabaquismo, cabe señalar, sin embargo, que la base de datos proporcionada no contaba con la información de hábitos. Estos resultados concuerdan con el estudio de Santelices et al³³, en el que se hizo una revisión de la literatura chilena, que dio cuenta de que la incidencia de lesiones malignas en cavidad bucal se presentan 2,3 veces más en hombres que en mujeres. Por otra parte, al comparar dichos resultados con los de la investigación realizada por Tatli et al¹⁵, mencionada en el párrafo anterior, los resultados fueron totalmente distintos, siendo las mujeres quienes presentaron mayor cantidad de lesiones malignas y potencialmente malignas. Las lesiones malignas fueron encontradas un 67,4% de las veces en mujeres y las lesiones potencialmente malignas un 62,5% de las veces. Sin embargo, dado que la investigación corresponde a otro continente, podemos decir que nuestro estudio sí tiene concordancia con los registros obtenidos en Chile.

En cuanto al grupo etario, la mayor concordancia la presentan los de 0 a 20 años con un 70%. Un estudio similar realizado por Espino et al³¹ en Ecuador, dividió su muestra de 360 pacientes según décadas. Al medir concordancia según grupo etario, presentó una similar a la nuestra, ya que el grupo de 0 a 19 años coincidió en un 72,4%. La concordancia del 70% en el grupo de 0 a 20 años podría deberse a la menor cantidad de lesiones que con frecuencia se presentan en niños y adolescentes en comparación con los dos grupos etarios mayores. El mayor porcentaje de fallo lo presenta el grupo de 21 a 40 años (63,64%), diferente a lo encontrado por Espino et al³¹, ya que en su estudio la menor concordancia la presenta el grupo de 40 a 59 años con un 50,9%³¹. Esto puede deberse a la mayor cantidad de sujetos en relación a nuestro estudio.

Con respecto al pronóstico clínico, la lesión maligna más frecuente fue el Carcinoma Espinocelular en el grupo etario de los mayores de 60 años. Esto concuerda con la literatura, ya que un estudio de Momares et al³⁴ en Santiago de Chile el año 2014, demuestra que el grupo de mayores de 60 años presenta el mayor porcentaje de C.E.C con un 67,3%. En cuanto a las lesiones potencialmente malignas, el grupo de las displasias (leve, moderada y severa) presentan la mayor cantidad. El grupo etario más afectado es el de 41 a 60 años. Esto concuerda con un estudio realizado por Villa et al¹⁶, donde las displasias severas se encontraron en mayor cantidad en el grupo etario de 45 a 69 años.

La mayor concordancia según sitio anatómico, fue en primer lugar labio inferior, con 6 aciertos de un total 10 casos. De forma similar, un estudio descriptivo retrospectivo realizado por Espino et al³¹, mostró que la mayor concordancia clínico-histopatológica se observó en labios, no haciendo distinción entre superior ni inferior.

El reborde alveolar fue el segundo sitio anatómico con mayor concordancia, el cual tuvo 100% de aciertos en un total de 5 casos. Al igual que los resultados del estudio Guerra et al³⁴ realizado en La Habana, quien en este caso obtuvo el segundo lugar con un 20.9%, de un total de 67 casos.

A modo general, se puede observar que en la región intraoral existe una correspondencia clínico-histopatológica moderada debido a que el examen clínico se ve influenciado por diferentes factores como el acceso visual; la similitud de las lesiones en color, textura; la localización en ocasiones submucosa; sintomatología referida por el paciente, entre otros.

La mayor concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos según pronóstico clínico, la presentan el grupo de las lesiones benignas, con 41 diagnósticos concordantes, lo que corresponde a un 70,6%. Esto se asemeja a los resultados de Patel et al⁴, en que los diagnósticos clínicos benignos fueron los más concordantes con el estudio histopatológico, con un 96,4%. Es importante recalcar que este alto porcentaje se debe a la gran cantidad de pacientes que revisaron, siendo un total de 2558 sujetos.

La suma de las concordancias en benignos, potencialmente malignos y malignos fue de 58 diagnósticos correctos, correspondiendo al 85% del total, superior a los resultados de Patel et al⁴, en que la suma de las concordancias fue de 71,2%⁴. Según el índice Kappa de Cohen es de 71%, catalogándose como buena. No existen estudios de concordancia utilizando Kappa de Cohen divididos según pronóstico clínico.

Finalmente, la concordancia según el índice de Kappa de Cohen entre el diagnóstico clínico e histopatológico es moderada con un 53%. En estudios de similar metodología hay resultados diversos, por ejemplo, los italianos Villa et al¹⁶ obtuvieron un Kappa de 81%, esto pudo deberse a que ellos midieron la concordancia de sólo 2 patólogos y estudiaron a 697 sujetos. Otro estudio realizado en Nueva Zelanda por Patel et al⁴ obtuvo una concordancia clínico-histopatológica moderada de 50,2%, similar a la nuestra. En Nigeria, Emeka et al¹¹ obtuvieron un Kappa menor al nuestro, con un 45%, esto podría deberse a la mayor cantidad de neoplasias malignas que se presentan en las regiones africanas que no se condicen con las patologías más prevalentes y más fáciles de diagnosticar.

7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Nuestra principal limitación fue la variada nomenclatura utilizada en la base de datos anónima, ya que tanto los sitios anatómicos como los diagnósticos, poseían diversos nombres según el patólogo oral que realizó la atención y llenado de ficha clínica.

La base de datos contenía dos diagnósticos clínicos que no necesariamente estaban en orden de prioridad por lo que en este estudio para calcular la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico sólo se consideró el diagnóstico clínico número uno.

Otra limitación que presentó la investigación, fue que los patólogos orales no realizaron un proceso de calibración antes de diagnosticar a los pacientes. Sólo concuerdan en los criterios según su formación académica de especialidad. Se sugiere que se realice un proceso de calibración formal entre patólogos orales, y así llegar a un consenso en los criterios de diagnósticos, nombres de patologías y sitios anatómicos.

Es importante destacar que este estudio es el primero que se efectúa en la Facultad de Odontología de nuestra Universidad, ya que desde la formación del Centro de diagnóstico no se habían realizado estudios similares. Es por esto que al realizar los filtros según criterios de inclusión y exclusión, de 105 pacientes atendidos quedaron sólo 68 sujetos de estudio. Es por esto que se calculó el poder estadístico de esta investigación, también llamado potencia de una prueba estadística, consiste en la probabilidad de rechazar la hipótesis nula correctamente, se suele trabajar con un poder estadístico del 80% o 90%, de esta forma se puede interpretar que la hipótesis nula es rechazada correctamente el 80% o 90% de las veces. Nuestro poder estadístico con 68 sujetos es de 61%. Para lograr una potencia del 80% se necesitan al menos 125 biopsias realizadas.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere continuar con esta línea de investigación para poder alcanzar una concordancia mayor al 80%, y poder posicionar el Centro de Diagnóstico en la Telepatología, para apoyar a cirujanos dentistas que se encuentren en zonas alejadas.

En base a los hallazgos de nuestro estudio y con el fin de optimizar el proceso de recolección y registro de datos, se sugiere modificar la ficha clínica utilizada en el Centro de Diagnóstico de Patología Oral y Bucomaxilofacial. Proponemos al respecto una ficha donde se estandarice el sitio anatómico, presentando una lista de ellos, de esta manera el clínico solo deberá seleccionar el sitio donde fue encontrada la lesión. Por otra parte, se considera una sección donde se soliciten dos diagnósticos clínicos, en la cual el especialista deberá escribirlos por orden de prioridad. También se sugiere dar énfasis a los hábitos, agregando dicha columna en la base de datos, ya que puede entregar información valiosa especialmente en lesiones malignas (Ver Anexo 7).

8. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en esta investigación, la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico de los pacientes atendidos por el Centro de Diagnóstico de Patología Oral y Bucomaxilofacial, según el índice de Kappa de Cohen es moderada con un 53%, dicha concordancia se condice con estudios de similar metodología.

Ni la proporción hombre/mujer ni la división por grupo etario se condicen con estudios similares, probablemente porque nuestra investigación consideró sólo 68 sujetos. El sitio anatómico más afectado fue lengua, coincidiendo con estudios nacionales e internacionales.

La lesión más frecuentemente encontrada en nuestra investigación fue el Carcinoma Espinocelular, no coincidente con estudios similares cuyos resultados indican que la lesión más frecuente es el Pseudofibroma Irritativo.

La concordancia según género fue mayor en mujeres, similar a estudios internacionales que abordan el tema. En cuanto al pronóstico de la lesión, las mujeres presentaron mayores lesiones benignas y los hombres potencialmente malignas.

La mayor concordancia según grupo etario la presenta el grupo de 0 a 20 años, coincidiendo con estudios de similar metodología, probablemente ya que este grupo presenta una menor cantidad de lesiones prevalentes y de índole reaccional.

La concordancia según sitio anatómico fue mayor en el labio inferior, coincidiendo con estudios donde la mayor concordancia la tuvo el sitio anatómico labio, sin hacer referencia a superior o inferior.

La suma de concordancias según pronóstico clínico fue alta (71%), coincidiendo con estudios similares.

9. RESUMEN

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo a partir de una base de datos anónima, para determinar la concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos, realizados a 68 pacientes que fueron atendidos por un equipo de expertos en medicina oral, en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Valparaíso entre enero del año 2016 y julio del año 2017. Se calculó la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico según el índice de Kappa de Cohen. Este dio una concordancia moderada del 53%.

El sitio anatómico más frecuente fue la lengua (25%), correspondiéndose con la bibliografía. La lesión más frecuentemente encontrada en clínica fue el Carcinoma Espinocelular, no coincidiendo con estudios similares, donde la más frecuente fue Pseudofibroma irritativo.

La concordancia según género fue mayor en mujeres. En cuanto al pronóstico de la lesión, las mujeres presentaron mayores lesiones benignas y los hombres potencialmente malignas. Según grupo etario la mayor concordancia la presenta el grupo de 0 a 20 años, coincidiendo con estudios similares.

La concordancia según sitio anatómico fue mayor en el labio inferior, coincidiendo con estudios donde la mayor concordancia la tuvo el sitio anatómico labio, sin hacer referencia a superior o inferior. La suma de concordancias según pronóstico clínico fue alta (71%), coincidiendo con la literatura.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aaomporg. 1. The American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. [Online]. Available from: <http://www.aaomp.org/about/> [Accessed 12 April 2017].
2. Regezi A. "Odontogenic cysts, odontogenic tumors, fibroosseous, and giant cell lesions of the jaws," *Modern Pathology*. 2002;15(3) 331–341,
3. Rodríguez F. & Llodra J. 2010. *La Biopsia Oral*. Madrid, España. Organización colegial de dentistas de España. 13-25
4. Patel K, De silva H, Tong D. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses for oral mucosa lesions. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(12): 125 – 133.
5. Sciubba J. "Oral cancer: the importance of early diagnosis and treatment," *Am J Clin Dermatol*. 2001;2(4) 239–251.
6. Kronz J, Westra W. The role of second opinion pathology in the management of lesions of the head and neck. *Curr Opin in Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;13(2):81–84.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 2000. To err is human: building a safer health system: National Academies Pre 6–34
8. Boraks. S. Nociones y principios de semiología bucal. In: Artes, M.E.D.I.C.A.S (ed.) *Diagnóstico Bucal*. Michigan: Artes Médicas; 1999. p. 5-7.
9. Boraks, S. Por qué y cómo solicitar exámenes complementarios. In: Artes, M.E.D.I.C.A.S (ed.) *Diagnóstico Bucal*. Michigan: Artes Médicas; 1999. p. 56-83.
10. Melrose, R. J., Handlers, J. P., Kerpel, S., Summerlin, D. J., & Tomich, C. J. (2007). The use of biopsy in dental practice. The position of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Gen Dent*, 55(5), 457-461; quiz 462-453, 488.
11. Emeka C, Effiom O, Botolorun O. Diagnostic concordance characteristics of orofacial lesions seen in Lagos University hospital. *Afr J Oral and Maxillofac Path Med*. 2016;1(1): 9-15.
12. Patton L, Epstein J, Kerr A. Adjunctive techniques for oral cancer examination and lesion diagnosis: a systematic review of the literature. *J Am Dent Assoc*. 2008: 39(7), 896-905.
13. Oliver R, Sloan P, Pemberton M. Oral biopsies: methods and applications. *Br Dent J*. 2004;196(6), 329-333.

14. Hosainpour Jajarm H, Mohtasham N. A comparative study on the clinical diagnosis and histopathologic report of patients' undergone biopsy at Department of oral Medicine of Mashhad Dental School from 2002 until 2004. *J Dent Mashhad Uni.* 2006; 30:47-54.
15. Tatli U, Erdoğan Ö, Uğuz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar İ. Diagnostic concordance characteristics of oral cavity lesions. *The Scientific World Journal.* 2013. Article ID 785929, 7 páginas.
16. Villa A, Nordio, F, Strohmer L. Clinical-pathologic Agreement for Oral Lesions in an Oral Medicine Setting. *American Journal of Oral Medicine.* 2016;2(1): 1-10
17. Whoint. 1. World Health Organization. [Online]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [Accessed 17 April 2017].
18. Whoint. 1. Whoint. [Online]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> [Accessed 17 April 2017].
19. Cawson R, Odell E. *Fundamentos de medicina y patología oral.* (8va ed.). España: Elsevier; 2009.
20. El-Naggar A, Chan, J. *WHO Classification of Head and Neck Tumors.* (4ta ed.). Lyon: IARC; 2017.
21. Haberland C, Allen C. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a clinical oral pathology practice. *Oral and maxillofacial pathology.* 1999;87(5): 583 - 588
22. Oliveira e Silva, K. Profile of usage of a reference diagnostic service in oral pathology: a 10-year evaluation. *BMC Health Services Research.* 2014;14(12): 653
23. Rivera, C, Jones - Herrera, C, Vargas, P. Oral diseases: a 14-year experience of a Chilean institution with a systematic review from eight countries. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017; Ahead of print (ahead of print): ahead of print.
24. Yañez, M. Prevalencia de patologías en el área bucomaxilar diagnosticadas en hospital las higueras talcahuano entre los años 2011-2014. *WorldCat Identities. Weblog.* [Online] Available from: <http://www.worldcat.org/title/prevalencia-de-patologias-en-al-area-bucomaxilar-diagnosticadas-en-hospital-las-higueras-talcahuano-entre-los-anos-2011-2014/oclc/945195672> [Accessed 1 May 2017].
25. Vargas, P. Frecuencia y distribución de las patologías orales evaluadas en la clínica de diagnóstico de patología oral del centro de clínicas odontológicas de la universidad de Talca desde agosto del año 2008 a julio del 2014. *Universidad de Talca - sistema de biblioteca. Weblog.* [Online] Available from: http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/10623/2/vargas_arcos.pdf [Accessed 1 May 2017].

26. López-verdín, S, Bologna-molina, R, Sánchez-becerra, A, Horta-sandoval , A. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. *Revista Tamé*. 2013;2(4): 100-105.
27. Campisi, G, Margiotta, V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*. 2013;30(1): 22-28.
28. Majorana, A, Amadori, F, Bardellini, E, Conti, G. Oral mucosal lesions in teenagers: a cross-sectional study. *Ital J Pediatr*. 2017;43(50): 13-18.
29. Farah C, Simanovic B, Savage N. Scope of practice, referral patterns and lesion occurrence of an oral medicine service in Australia. *Oral Dis*. 2008;14(4): 367-375.
30. Guzmán B, Calero J. Principales hallazgos clínicos en la lengua en una población de Cali. *Revista Estomatología*. 2005; 13(1): 5-12.
31. Espino, S, Romero, J, Boza, Y, Acevedo, O. Concordancia clínico-histopatológica en lesiones de cabeza y cuello. *MediSur*. 2009;7(1): 22-28.
32. Santelices M, Cárcamo M, Brenner C, Montes R. Cáncer oral en Chile. Revisión de la literatura. *Rev Med Chile*. 2016;144: 766-770.
33. Momares D, Bárbara, Contreras C, Gabriela, Martínez R, Benjamín, Ávalos J, Nicolás, & Carmona R, Leonardo. Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. *Revista chilena de cirugía*. 2014;66(6), 568-576.
34. Guerra O, Sarracent H, Urbizo J. Lesiones blancas de la cavidad bucal. Concordancia Diagnóstica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2014;13(5).
35. Sardella A, Demarosi F, Lodi G, Canegallo L. Accuracy of referrals to a specialist oral medicine unit by general medical and dental practitioners and the educational implications. *J Dent Educ*. 2007;71(4), 487-491.

2. Carta de aprobación de Comité de Revisión proyectos de Investigación Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación

Valparaíso, 06 de Junio de 2017

Sra.
Prof. Dra. Karina Cordero Torres
Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado "Concordancia entre el diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico de los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso entre enero 2016 y julio 2017", no encontrándose reparos desde el punto de vista metodológico. Presenta, además, los antecedentes necesarios para su evaluación ética. Por tanto, esta Comisión considera que puede presentarlo al Comité Ético-Científico de la Universidad.

Atentamente



Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva
Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología

3. Carta de aprobación de comité de ética de investigación en seres humanos de la Universidad de Valparaíso



Comité Ético-científico
Universidad de Valparaíso
CEC-UV

Valparaíso, 11 de agosto de 2017.

Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos dirigimos a usted para comunicarle la resolución del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Valparaíso CEC-UV, en relación a su proyecto CEC155-17 "Concordancia entre el diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico de los pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico de Patología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso entre enero 2016 y julio 2017" presentado para revisión.

Después de haber sido analizado en sesión ordinaria del día 01 de Agosto de 2017, el Comité de Ética Científica de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Valparaíso, ha aprobado su protocolo y consentimiento informado. En esta comunicación usted está recibiendo los siguientes documentos:

ACTA DE APROBACIÓN: Debe conservarla ya que le será requerida durante el seguimiento del estudio, y deberá mencionarla en las publicaciones originadas por su proyecto. Esta acta sólo da cuenta de la aprobación del estudio presentado, pero en caso de cualquier enmienda o variación de su protocolo, este Comité debe ser informado en forma inmediata.

RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR: Debe firmar su recepción. Le rogamos leerlas cuidadosamente, ya que debe cumplirlas en todo momento durante la ejecución de su protocolo aprobado. Según la legislación vigente los Comités Ético-Científicos están facultados para detener la ejecución de cualquier proyecto de investigación en caso de incumplimiento.

Sin otro particular lo felicitamos y deseamos el mayor éxito durante la ejecución de su proyecto.

Eva Madriaga
Presidenta Comité de Ética Científica Universidad de Valparaíso.

4. Tabla XVI. Distribución de la población según género y grupo etario

Género	Grupo Etario				Total
	0-20 años	21-40 años	41-60 años	>60 años	
Hombre	5	6	14	9	34
Mujer	5	5	10	14	34
Total	10	11	24	23	68

5. Tabla II. Frecuencia relativa de los diagnósticos clínicos e histopatológicos

ALTERACIÓN ORAL	DIAGNÓSTICO CLÍNICO		DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adenoma Pleomorfo	1	1,5%	1	1,5%
Agrandamiento Gingival asociado a fármacos	1	1,5%	0	0%
Carcinoma Epitelial-Mioepitelial	0	0%	1	1,50%
Carcinoma Espinocelular	11	16,2%	6	8,8%
Carcinoma Mucoepidermoide	1	1,50%	1	1,50%
Condiloma Acuminado	2	2,90%	0	0%
Displasia	0	0%	1	1,50%
Displasia Epitelial leve a moderada	1	1,50%	8	11,80%
Displasia Epitelial moderada a severa	0	0%	1	1,50%
Estomatitis Nicotínica	2	2,90%	0	0%
Fibroma Irritativo	9	13,20%	6	8,80%
Fibroma de células gigantes	0	0%	1	1,50%
Fibroma Osificante	1	1,50%	2	2,90%
Granuloma Piógeno	1	1,50%	0	0,00%
Hamartoma	1	1,50%	1	1,50%
Hemangioma Mucoso	1	1,50%	2	2,90%
Hiperplasia Fibrosa	1	1,50%	5	7,40%
Hiperplasia Queratosis con displasia leve	0	0,00%	1	1,50%
Inflamación Reaccional	1	1,50%	0	0,00%

Hiperplasia Epitelial con Displasia Moderada	0	0,00%	1	1,50%
Lesión Central de celular Gigantes	1	1,50%	1	1,50%
Hiperplasia Gingival	0	0,00%	1	1,50%
Leucoplaquia	6	8,80%	0	0,00%
Leucoplasia verrucosa proliferativa	1	1,50%		
Lipoma	1	1,50%	0	0,00%
Linfoma No Hodgkin	0	0,00%	1	1,50%
Liquen Plano	1	1,50%	1	1,50%
Liquen Plano Erosivo	4	5,90%	0	0,00%
Mucocele	7	10,30%	5	7,40%
Mieloma Múltiple	1	1,50%	0	0,00%
Osteomielitis Crónica Esclerosante Difusa	1	1,50%	1	1,50%
Papiloma Escamoso	2	2,90%	1	1,50%
Pénfigo Vulgar	3	4,40%	1	1,50%
Penfigoide Mucoso Benigno	1	1,50%	2	2,90%
Placa Neurogénica Sublingual	0	0%	1	1,50%
Quiste Periapical Inflamatorio	2	2,90%	2	2,90%
Plasmocitoma	0	0%	1	1,50%
Quiste de retención Mucosa	0	0%	2	2,90%
Reacción Liquenoide	1	1,50%	4	5,9%
Síndrome de Sjögren	1	1,50%	0	0
Schwannoma	0	0%	1	1,50%
Tumor Tejido Perineural	1	1,50%	0	0%
Sin Alteración	0	0%	3	4,40%
Úlcera Crónica Inespecífica	0	0%	2	2,90%

6. Tabla de contingencia entre diagnóstico histopatológico y grupo etario

Tabla de contingencia Dg. Histopatológico*grupo etario							
		Grupo etario				Total	
		Entre 0 y 20 años	Entre 21 y 40 años	Entre 41 y 60 años	>60 años		
DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO	ADENOMA PLEOMORFO	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
	CARCINOMA EPITELIAL-MIOEPITELIAL	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
	CARCINOMA ESPINOCELULAR	Recuento	0	0	2	4	6
		% del total	0,0%	0,0%	2,9%	5,9%	8,8%
	CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
	DISPLASIA	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
	DISPLASIA EPITELIAL LEVE A MODERADA	Recuento	0	1	5	2	8
		% del total	0,0%	1,5%	7,4%	2,9%	11,8%
	DISPLASIA EPITELIAL MODERADA A SEVERA	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
	FIBROMA DE CELULAS GIGANTES	Recuento	1	0	0	0	1
		% del total	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
FIBROMA IRRITATIVO	Recuento	1	1	1	3	6	
	% del total	1,5%	1,5%	1,5%	4,4%	8,8%	
FIBROMA OSIFICANTE	Recuento	1	1	0	0	2	
	% del total	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%	2,9%	

HAMARTOMA	Recuento	1	0	0	0	1
	% del total	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
HEMANGIOMA MUCOSO	Recuento	0	0	1	1	2
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%	2,9%
HIPERPARAQUERATOSIS CON DISPLASIA LEVE; HIPERORTOQUERATOSIS	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
HIPERPLASIA EPITELIAL CON DISPLASIA MODERADA	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
HIPERPLASIA FIBROSA	Recuento	0	0	3	2	5
	% del total	0,0%	0,0%	4,4%	2,9%	7,4%
HIPERPLASIA GINGIVAL	Recuento	0	1	0	0	1
	% del total	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
LESION CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	Recuento	0	0	0	1	1
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
LINFOMA NO HODGKIN	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
LIQUEN PLANO	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
MUCOCELE	Recuento	4	1	0	0	5
	% del total	5,9%	1,5%	0,0%	0,0%	7,4%
OSTEIMIELITIS CRONICA ESCLEROSANTE DIFUSA	Recuento	1	0	0	0	1
	% del total	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
PAPILOMA ESCAMOSO	Recuento	1	0	0	0	1
	% del total	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
PENFIGO VULGAR	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%

PENFIGOIDE MUCOSO BENIGNO	Recuento	0	1	1	0	2
	% del total	0,0%	1,5%	1,5%	0,0%	2,9%
PLACA NEUROGENICA SUBLINGUAL	Recuento	0	1	0	0	1
	% del total	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
PLASMOCITOMA	Recuento	0	0	0	1	1
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
QUISTE DE RETENCIÓN MUCOSA	Recuento	0	0	1	1	2
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%	2,9%
QUISTE PERIAPICAL INFLAMATORIO	Recuento	0	1	1	0	2
	% del total	0,0%	1,5%	1,5%	0,0%	2,9%
REACCION LIQUENOIDE	Recuento	0	2	0	2	4
	% del total	0,0%	2,9%	0,0%	2,9%	5,9%
SCHWANNOMA	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%
SIN ALTERACION	Recuento	0	0	2	1	3
	% del total	0,0%	0,0%	2,9%	1,5%	4,4%
ULCERA CRONICA INESPECIFICA	Recuento	0	1	1	0	2
	% del total	0,0%	1,5%	1,5%	0,0%	2,9%
Total	Recuento	10	11	24	23	68
	% del total	14,7%	16,2%	35,3%	33,8%	100,0%

7. Propuesta de ficha clínica Centro de Diagnóstico de Patología Oral y Bucomaxilofacial UV

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CÁTEDRA DE PATOLOGÍA Y
DIAGNÓSTICO ORAL

FICHA CLÍNICA PATOLOGÍA ORAL

Fecha ingreso: _____

Alumno(a) tratante:

Docente : _____

1. Identificación del paciente

Nombre Completo: _____ RUT: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____

Correo electrónico: _____

2. Anamnesis Próxima

Motivo de consulta: _____

Patogenia: _____

3. Anamnesis Remota

Antecedentes médicos actuales: _____

Medicamentos:

Nombre genérico	Posología

Alergias: _____

Hábitos: _____

Antecedentes de enfermedades en familiares:

Hospitalizaciones/Operaciones: _____

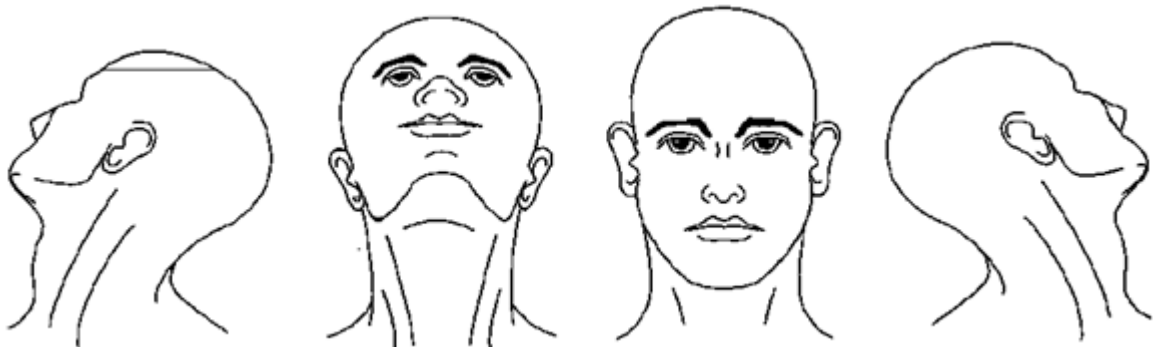
Antecedentes de hemorragias: _____

4. Examen físico general

Presión: _____ Pulso: _____

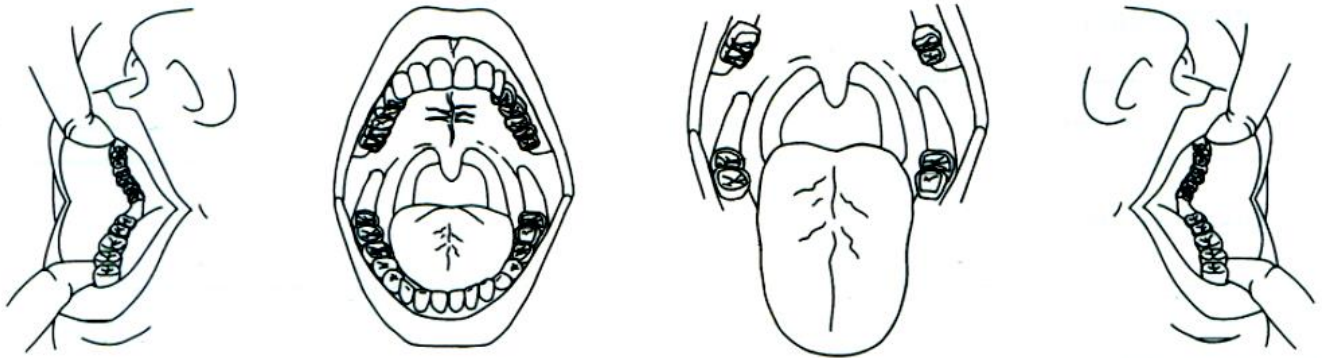
Temperatura: _____

5. Examen extraoral



Observaciones:

6. Examen intraoral: Dibuje un círculo en zona de referencia



Marque con una "X" el sitio anatómico que corresponde, sólo marque una segunda "X" en topografía si aplica. Si desea agregar más información hágalo en observaciones.

Sitio Anatómico	Topografía			
	Superior	Inferior	Derecha	Izquierda
Labio				
Reborde alveolar				
Encía adherida				
Encía marginal				
Paladar duro				
Paladar blando				
Amígdala				
Dorso de lengua				
Borde lateral de lengua				
Ventre lingual				
Piso de boca				
Mucosa yugal				
Trígono retromolar				
Hueso maxilar				

