

MTN= 52405
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE PATOLOGIA GENERAL
VALPARAISO

R 518

TB417e

1986

ESTUDIO DE CORRELACION ANATOMOCLINICA DE LOS
DIAGNÓSTICOS DE PROCESOS PATOLÓGICOS ORALES

SEMINARIO DE TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO - DENTISTA

PROFESOR GUIA:
DR. CARLOS CIFUENTES
PROFESOR ADJUNTO
ANATOMIA PATOLOGICA

PROFESOR INFORMANTE
DRA. SILVIA NICOLINI
PROFESOR AUXILIAR DE PATOLOGIA

DOCENTE COLABORADOR
SR. DUNNY CASANOVA
PROFESOR ADJUNTO DE BIOESTADISTICA
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

ALUMNOS:
GIOVANNA BELLOCCHIO IBACACHE
XIMENA DIAZ GUERRERO
MAITE GARCIA ARELLANO
BARBARA MUÑOZ HAAG

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Carlos Cifuentes por su constante guía y consejo.

Agradecemos a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de este seminario.

A nuestros padres ...

INDICE

	<u>PAGINA</u>
CAPITULO I	
A) INTRODUCCION	1
B) HIPOTESIS	5
C) OBJETIVOS	6
1.- General	
2.- Específicos	
CAPITULO II	
A) MARCO TEORICO	7
CAPITULO III	
A) MATERIALES Y METODOS	10
1.- Organización del trabajo grupal	
2.- Método de recolección de datos	
CAPITULO IV	
A) VARIABLES	
1.- Descripción de variables	13
2.- Nomenclatura de variables	16
CAPITULO V	
A) PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS	
1) Presentación de Datos	17
2) Relación de Variables	18
3) Análisis de Tablas y Gráficos	23
4) Análisis de las Enfermedades	
4.1.- Introducción	55
4.2.- Clasificación de Enfermedades	56
4.3.- Análisis de Enfermedades Según Frecuencia	63
4.4.- Análisis de Enfermedades Sin Correlación Anatomoclínica	68

CAPITULO VI	
A) CONCLUSIONES	71
CAPITULO VII	
A) SUGERENCIAS	73
ANEXOS	74
BIBLIOGRAFIA	77

CAPITULO I

A) INTRODUCCION

Desde la antigüedad, las enfermedades que afectan al hombre han sido tema de preocupación y estudio. Hipócrates, por ejemplo, fue el primero en plantear lo que ocurre con el hombre enfermo y en sus escritos defiende el concepto, aún vigente, de considerar la enfermedad como una alteración cualitativa y/o cuantitativa de las funciones normales. Sin embargo, para él, era más importante establecer el pronóstico de la enfermedad que su diagnóstico.

Con los conocimientos y tecnología actuales, las enfermedades se han enfocado desde otro punto de vista, dándole primera importancia a la elaboración de un diagnóstico certero y, a través de éste, determinar su pronóstico y tratamiento.

Cada individuo reaccionará de diferente manera frente a un agente patógeno, determinando esto, que los síntomas y signos presentados por cada persona se muestren de manera diferente, a pesar de tener la misma etiología.

Es evidente, que en el estado actual de nuestros conocimientos, ya no bastan los diagnósticos sintomáticos que, en muchos casos, sólo conservan un interés histórico, por no ser otra cosa que la manifestación exterior de alteraciones patológicas, generalmente poco específicas.

Unicamente cuando se conoce la etiología, la patogenia y los efectos de la enfermedad, puede hacerse uso de

los recursos preventivos y terapéuticos adecuados.

El arte de diagnosticar se propone siempre apreciar a fondo los trastornos psíquicos y somáticos de los enfermos que se nos confían, para derivar de ellos, medios capaces de influir favorablemente en el curso del restablecimiento.

El diagnóstico de una enfermedad requiere de un médico general que recopile el mayor número de datos los que, una vez ordenados, permitirán efectuar las deducciones más lógicas conducentes al diagnóstico.

Como es sabido, muchas personas se recuperan de enfermedades a pesar de diagnósticos equivocados y medidas terapéuticas erróneas, pero las probabilidades de recuperación aumentan, considerablemente, con un buen diagnóstico, base de un tratamiento adecuado. Aquellos profesionales que comprueban sus diagnósticos clínicos con biopsias, autopsias y/o conferencias clínico-patológicas, tendrán tendencia a darle importancia a estos exámenes y podrán confiar, con buena base, en sus diagnósticos, pronósticos y tratamientos.

Los procesos patológicos orales no son una excepción en cuanto a la exactitud diagnóstica, ya que existen muchas enfermedades que clínicamente son muy similares entre sí, pero con una etiología y patogenia diferente, como podría ser el caso de los granulomas y los quistes periapicales; o bien, el ameloblastoma, que por su presentación

requiere de un diagnóstico diferencial con el tumor pardo del hiperparatiroidismo, entre otros. Por ello, es importante el uso de exámenes complementarios, como el radiográfico y el histopatológico, entre otros, para conocer la verdadera naturaleza del proceso.

En nuestra práctica profesional hay una variada gama de enfermedades en las cuales, determinar exactamente su naturaleza, no conlleva una diferencia en el tratamiento a efectuar, y es por eso, que muchas veces se omite la necesidad de un estudio complementario; pero también existe un alto porcentaje de enfermedades en que una inexactitud diagnóstica puede tener resultados negativos, incluso fatales, en la respuesta al tratamiento, como sería el caso de diagnosticar una lesión maligna como benigna y efectuar su tratamiento como tal.

Un buen profesional debe tomar las medidas adecuadas para elaborar un diagnóstico clínico correcto, como ser un examen exhaustivo, relacionando toda la información en forma lógica, considerando cada detalle como un factor importante para la elaboración del diagnóstico. Si en su análisis llega a obtener varias hipótesis diagnósticas, su deber como profesional será pedir exámenes complementarios, incluyendo la biopsia entre ellos, para llegar al diagnóstico definitivo.

El clínico no debe actuar en forma apresurada en las enfermedades orales que causan una sintomatología dolorosa, con el sólo fin de aliviar rápidamente las molestias,

ya que esto puede enmascarar síntomas y favorecer la gravedad de un cuadro que no se ha diagnosticado correctamente.

Es válido hacer notar que hay varias enfermedades que dan una imagen radiológica similar y ante las cuales el uso de la radiografía como único examen complementario, puede inducir a un diagnóstico equivocado.

Por medio de este estudio, queremos determinar si es necesario para el odontólogo en su práctica diaria recurrir a exámenes complementarios, particularmente el his-topatológico, para el diagnóstico de enfermedades orales.

B) HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

"En algunos procesos patológicos orales, el examen histopatológico es necesario para el diagnóstico definitivo".

C) OBJETIVOS

1.- GENERAL

Establecer una correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

2.- ESPECIFICOS

2a) Determinar qué porcentaje de los diagnósticos clínicos son confirmados por el diagnóstico histopatológico.

2b) Establecer cuales son las enfermedades que presentan bajo porcentaje de correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

2c) Definir qué factor o factores condicionan un mayor grado de dificultad en la elaboración del diagnóstico clínico.

CAPITULO II

A) MARCO TEORICO

El diagnóstico histopatológico y su importancia en el tratamiento y pronóstico de las enfermedades del Aparato Estomatognático, ha sido estudiado y analizado por muchos autores.

Algunos estudios de enfermedades orales, se basan en la identificación y descripción de ellas, por medio de diferentes métodos como el caso de punciones, tinciones, citología, biopsia, etc.

Con el tiempo se han implementado sofisticadas técnicas de elevados costos para identificar las enfermedades; sin embargo, una de las más antiguas, como es el análisis histopatológico, sigue siendo uno de los más usados.

En la mayor parte de la literatura revisada, destaca la importancia del diagnóstico histopatológico, ya que da una gran certeza diagnóstica de la enfermedad de que se trata, especialmente si este diagnóstico histopatológico se ha logrado en base a la información completa que pueda aportar la clínica y, eventualmente, otros exámenes.

Sin embargo, no hemos encontrado estudios que analicen exclusivamente la existencia de correlación entre la clínica y la histopatología de enfermedades orales. Esto nos motiva a emprender un estudio con el objeto de determinar si esta correlación existe o no y en qué medida se da.

Dentro de la bibliografía revisada, hemos encontrado estudios en los que este tema es analizado en relación a casos específicos de enfermedades orales.

Así, por ejemplo, en un estudio realizado por AHLFORS y colaboradores (1), respecto a queratoquistes odontogénicos, se menciona la importancia que adquiere el estudio histopatológico en casos de quistes primarios, especialmente mandibulares, cuando éstos son de larga data, no están en relación a dientes y son multiloculares.

En un estudio clínico-histopatológico acerca de la inducción electrolítica de lesiones blancas orales, realizado por BANOCZ, PINDBORG y colaboradores (2), se encontró que existía correlación clínica e histopatológica en un alto porcentaje, ya que, de un total de 16 casos diagnosticados histopatológicamente como no liquen plano, uno solamente había sido clínicamente diagnosticado como liquen plano.

Según BHASKAR (3), en un estudio de un total de 18,214 casos, encontró que las lesiones más comúnmente biopsiadas, en orden decreciente eran: granuloma dentario, quiste radicular, fibroma por irritación, hiperqueratosis benigna, quiste dentífero, gingivitis crónica, mucocele, fibroma periférico, épulis fisurado, papiloma, granuloma piógeno, hiperplasia papilar inflamatoria, úlcera (benigna), leucoplasia (malignizable), carcinoma de células escamosas, exceptuando caries y enfermedades periodontales.

Dentro del análisis de la correlación entre diag-

nósticos clínicos e histopatológicos, debería considerarse la participación que tiene el odontólogo como variable en el proceso de elaboración de un diagnóstico clínico.

En relación a lo anterior, VOYTOVICH y colaboradores (4), realizaron un estudio en un grupo de médicos, residentes y estudiantes de Medicina, en el cual se quería comprobar la relación entre una correcta elaboración de las hipótesis diagnósticas y el nivel de experiencia clínica de los tres grupos estudiados. A cada persona se le pidió que ideara tres casos clínicos hipotéticos, incluyendo en ellos, toda la información requerida para justificar las hipótesis diagnósticas de cada caso. Al analizar los datos, se concluyó que en la elaboración de las hipótesis diagnósticas, el error más frecuente consistió en emitir las hipótesis sin contar con todos los datos necesarios, esto fue independiente del nivel de experiencia clínica.

Estos hallazgos deben hacer meditar respecto de la importancia de realizar un análisis acabado de los datos obtenidos para lograr llegar a diagnósticos clínicos correctos y eliminar así una variable importante, que podría estar influyendo en la falta de correlación entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos.

CAPITULO III

A) MATERIALES Y METODOS

1.- Organización del trabajo grupal

1.1.- Reuniones de grupo con asesoría docente:

Se realizaron reuniones de discusión y análisis una vez a la semana, con una duración de cuatro horas como promedio.

1.2.- Reuniones de grupo sin asesoría docente:

Se realizaron sesiones de recopilación, análisis, revisión y ordenamiento de la información, las que se llevaron a efecto dos veces por semana con un promedio de tiempo total de cuatro horas.

1.3.- Revisiones bibliográficas y traducciones.

1.4.- Elaboración de una tarjeta de recopilación de da
tos.2.- Método de recolección de datos

Se revisaron fichas de biopsias e informes histopatológicos de ellas, del Laboratorio de Histopatología del Departamento de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, comprendiendo los años 1965 a 1986. De estas fichas se obtuvo la información que se requería para reali-

zar este estudio, la cual se transcribió a tarjetas de recopilación de datos. (Ver Anexo No 1).

Una vez reunida toda la información, se agruparon los casos según las variables en estudio. Se elaboraron tablas simples para cada variable y complejas cuando se relacionaron dos o tres variables; se analizó cada tabla en forma individual. Se complementó este estudio con el test de análisis estadístico chi cuadrado (χ^2), el cual fue usado para establecer si era estadísticamente significativa la asociación observada entre la variable correlación del diagnóstico clínico e histopatológico y variables consideradas como supuestos factores interferentes, tales como:

- 1.- Grado de información
- 2.- Exámenes complementarios
- 3.- Número de hipótesis diagnósticas clínicas

Como es usual, se usó para hipótesis de trabajo del test de chi cuadrado, el supuesto de falta de asociación entre correlación y las otras variables.

Para aquellas tablas de 2×2 , un chi cuadrado es estadísticamente significativo con un valor mayor o igual a 3,84.

Para aquellas tablas de 2×3 o 2×4 , el chi cuadrado, estadísticamente significativo, se buscó en tablas especiales.

El hecho de ser estadísticamente significativo,

implica que la asociación existente entre las variables no se dio al azar. Esta asociación puede ser positiva o negativa, lo cual significa que en caso de ser positiva, una variable está influyendo sobre la otra, es decir, existe una variable dependiente y otra independiente y, en caso de ser una asociación negativa, indica que son totalmente independientes una de la otra, pero aún así, existe una asociación entre ellas, es decir, no intervino el azar.

CAPITULO IV

A) VARIABLES

1.- Descripción de variables

Las variables que describiremos a continuación, corresponden a aquellos factores que se consideraron importantes y que podrían influir, de algún modo, en la consecución de los objetivos planteados en este estudio. Estas son las siguientes:

- a) Correlación
- b) Grado de información
- c) Exámenes complementarios pertinentes
- d) Número de hipótesis diagnóstica clínica

De éstas, se consideró como variable independiente y, a su vez, la más importante para este estudio, a la variable correlación.

a) Correlación:

Esta variable, relaciona la o las hipótesis diagnóstica(s) clínica(s) presente(s) en la ficha de biopsia con el diagnóstico histopatológico.

Existe correlación cuando ambos diagnósticos coinciden entre sí y, no la hay, cuando entre el o los diagnósticos clínicos no hay coincidencia con el diagnóstico histopatológico. Cabe señalar, que este último, fue considerado el dato correcto para determinar esta variable.

En las fichas de biopsia en que había más de una hipótesis diagnóstica clínica, el criterio utilizado fue el de considerar que había correlación si alguna de esas hipótesis coincidía con el diagnóstico histopatológico. En caso de no existir hipótesis diagnóstica clínica, se consideró ausencia de correlación.

En general, se estima, que debería exigirse una óptima correlación, vale decir, un 100% de exactitud entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico, sin embargo, se fijó como aceptable un error del orden del 5% en la correlación en el resultado general, de manera que, un valor superior a éste, confirmaría la necesidad del análisis histopatológico como un examen de rutina. Este mismo criterio se aplicó, en forma particular, en el análisis de las enfermedades orales estudiadas.

b) Grado de información:

La variable grado de información de la ficha de biopsia, fue analizada de la siguiente manera: se observó en cada caso cual era el diagnóstico histopatológico y, según éste, qué datos eran necesarios para que la hipótesis diagnóstica clínica coincidiera con él.

En esta variable específicamente, la presencia o ausencia de exámenes complementarios, determinó que aquellas fichas de biopsias que no los presentaban, pero que no eran necesarios para llegar a un diagnóstico clínico certero, tenían un grado de información comple-

to, si faltaban exámenes necesarios u otro dato pertinente, se consideró como grado de información incompleto.

c) Exámenes complementarios pertinentes:

Para este estudio, el examen complementario de rutina más frecuentemente utilizado, fue la radiografía y, en aquellos casos, en que el clínico sospechó de algún compromiso sistémico, los exámenes de rutina fueron: hemograma, uremia, glicemia, orina, ya que estos son los exámenes comúnmente solicitados y de fácil ejecución, tanto por su costo, como por su técnica.

Se consideró, "sin exámenes complementarios", a la ficha de biopsia que no presentaba estos datos, estimados necesarios, para llegar a una hipótesis diagnóstica clínica coincidente con el histopatológico y, "con exámenes complementarios", a la ficha en que se encontraron estos datos.

d) Número de hipótesis diagnóstica clínica:

La variable hipótesis diagnóstica clínica presentó las siguientes posibilidades: 0 hipótesis, 1 hipótesis, 2 hipótesis, 3 hipótesis y 4 hipótesis.

En caso de existir una ficha sin hipótesis, se clasificó para los efectos de la variable correlación, dentro del grupo de "no Correlación", por cuanto, la ausencia de hipótesis diagnóstica clínica, indica desconocimiento o ignorancia respecto del proceso visto

desde la perspectiva clínica lo que, en cierta forma, es homologable a un diagnóstico errado.

Para analizar las tablas en que aparece esta variable, al aplicar chi cuadrado, las modalidades de las hipótesis se agruparon por el número de casos encontrados en: 0-1 hipótesis, 2 hipótesis, 3-4 hipótesis.

2.- Nomenclatura de variables

a) Correlación: C_o

Modalidades: Con correlación: CC_o

Sin correlación: SC_o

b) Grado de información: G_i

Modalidades: Grado de información completo: G_{ic}

Grado de información incompleto: G_{ii}

c) Exámenes complementarios pertinentes: E_c

Modalidades: Con exámenes complementarios: CE_c

Sin exámenes complementarios: SE_c

d) Número de hipótesis diagnóstica clínica: h

Modalidades: 0 hipótesis: h_0

1 hipótesis: h_1

2 hipótesis: h_2

3 hipótesis: h_3

4 hipótesis: h_4

CAPITULO V

A) PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

1) Presentación de Datos

1.1.- Total de casos : 277 casos.

1.2.- Totales parciales por modalidad:

a) Correlación:

- CCo : 176 casos

- SCo : 101 casos

b) Grado de información:

- Gic : 113 casos

- Gii : 164 casos

c) Exámenes complementarios pertinentes:

- CEc : 107 casos

- SEc : 170 casos

d) Número de hipótesis diagnóstica clínica:

- h_0 : 8 casos

- h_1 : 178 casos

- h_2 : 68 casos

- h_3 : 20 casos

- h_4 : 3 casos

2) Relación de Variables

2.1.- Correlación/Grado de información

CCoGic: 73 SCoGic: 40
 CCoGii: 103 SCoGii: 61

Gi	Gic	Gii	Total
Co			
CCo	73	103	176
SCo	40	61	101
Total	113	164	277

2.2.- Correlación/Exámenes complementarios pertinentes

CCoCEc: 75 SCoCEc: 32
 CCoSEc: 101 SCoSEc: 69

Ec	CEc	SEc	Total
Co			
CCo	75	101	176
SCo	32	69	101
Total	107	170	277

2.3.- Correlación/Número de hipótesis diagnóstica clínica

CCo h_0 :	0	SCo h_0 :	8
CCo h_1 :	118	SCo h_1 :	60
CCo h_2 :	43	SCo h_2 :	25
CCo h_3 :	12	SCo h_3 :	8
CCo h_4 :	3	SCo h_4 :	0

h	h_0	h_1	h_2	h_3	h_4	Total
Co						
CCo	0	118	43	12	3	176
SCo	8	60	25	8	0	101
Total	8	178	68	20	3	277

2.4.- Grado de información/Número de hipótesis diagnóstica clínica

Gic h_0 =	0	Gii h_0 =	8
Gic h_1 =	71	Gii h_1 =	107
Gic h_2 =	28	Gii h_2 =	40
Gic h_3 =	12	Gii h_3 =	8
Gic h_4 =	2	Gii h_4 =	1

h	h_0	h_1	h_2	h_3	h_4	Total
Gi						
Gic	0	71	28	12	2	113
Gii	8	107	40	8	1	164
Total	8	178	68	20	3	277

2.5.- Exámenes complementarios pertinentes/Número de hipótesis diagnóstica clínica

CEc h_0 =	1	SEc h_0 =	7
CEc h_1 =	63	SEc h_1 =	115
CEc h_2 =	33	SEc h_2 =	35
CEc h_3 =	9	SEc h_3 =	11
CEc h_4 =	1	SEc h_4 =	2

h	h_0	h_1	h_2	h_3	h_4	Total
Ec						
CEc	1	63	33	9	1	107
SEc	7	115	35	11	2	170
Total	8	178	68	20	3	277

2.6.- Exámenes complementarios pertinentes/Grado de información

CEc G_{ic} =	56	SEc G_{ic} =	57
CEc G_{ii} =	51	SEc G_{ii} =	103

Gi	G_{ic}	G_{ii}	Total
Ec			
CEc	56	51	107
SEc	57	103	170
Total	113	164	277

2.7.- Correlación/Grado de información/Exámenes complementarios pertinentes

CCo: CCo Gic CEc= 40 SCo: SCo Gic CEc= 16
 CCo Gic SEc= 33 SCo Gic SEc= 24
 CCo Gii CEc= 35 SCo Gii CEc= 16
 CCo Gii SEc= 68 SCo Gii SEc= 45

	CCo			SCo			
Ec	CEc	SEc	Sub	CEc	SEc	Sub	Total
Gi			total			total	
Gic	40	33	73	16	24	40	113
Gii	35	68	103	16	45	61	164
Total	75	101	176	32	69	101	277

RESUMEN DE DATOS:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES			NUMERO DE HIPOTESIS DIAGNOSTICA CLINICA					GRADO DE INFORMACION				
										CEC	SEC	h ₀
TOTAL												
CCo	176	75	101	0	118	43	12	3	73	103		
SCo	101	32	69	8	60	25	8	0	40	61		
SUB - TOTAL	107	170	8	178	68	20	3	113	164			
TOTAL	277	277	277	277	277	277	277	277	277	277		

3) Análisis de Tablas y GráficosTABLA No 1: CORRELACION

Co	No	%
CCo	176	63.5
SCo	101	36.5
TOTAL	277	100.0

ANALISIS:

De los 277 casos, se observa que 36.5 % no presentan correlación entre hipótesis diagnóstica clínica y diagnóstico histopatológico y 63.5 % presentan correlación entre ambos.

Por lo tanto, los diagnósticos clínicos no presentan una correlación adecuada, ya que el margen de error es considerablemente más alto que lo estimado como aceptable (5 %) en el presente estudio. Esto demuestra la importancia del análisis histopatológico como examen complementario, para que el diagnóstico final llegue a ser un diagnóstico definitivo lo más preciso posible y así poder determinar un pronóstico y un plan de tratamiento más adecuado.

GRAFICO N° 1

CORRELACION

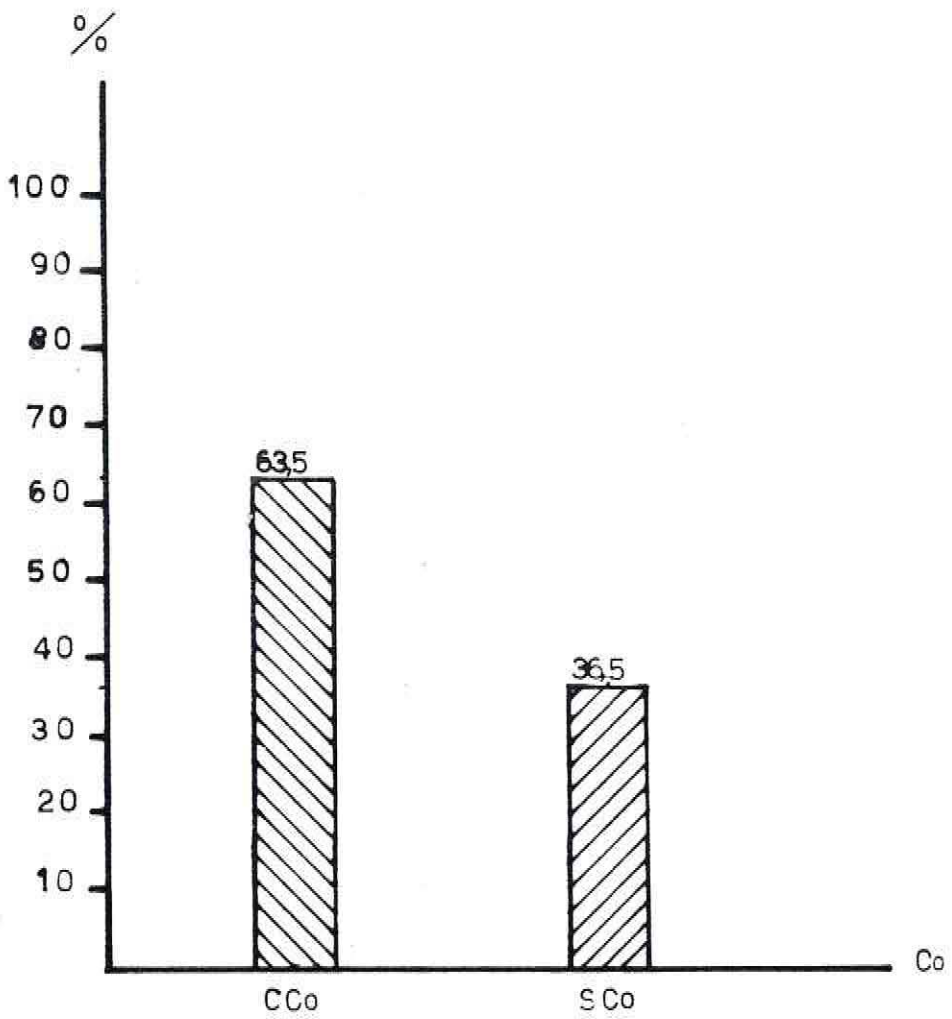


TABLA No 2: GRADO DE INFORMACION

Gi	No	%
Gic	113	40,8
Gii	164	59,2
TOTAL	277	100,0

ANALISIS:

De los 277 casos, 40,8 % presentan grado de información completo y 59,2 % presentan grado de información incompleto.

Se observa que el porcentaje de fichas de biopsia con grado de información incompleto, es superior al porcentaje de fichas con grado de información completo. Esto indica, que sería conveniente que el clínico proporcionara una información más detallada al histopatólogo, para poder así determinar con mayor exactitud el diagnóstico definitivo.

GRAFICO N° 2

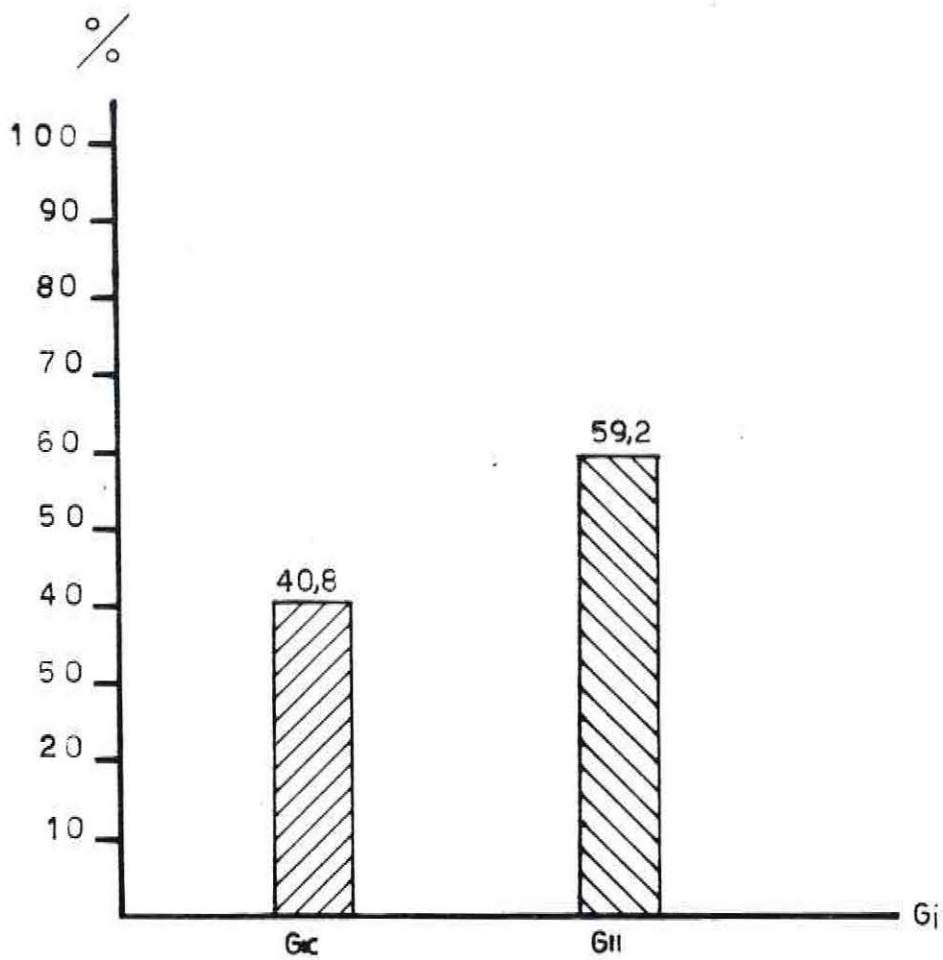
GRADO DE
INFORMACION

TABLA No 3: EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES

Ec	No	%
CEc	107	36,7
SEc	170	61,3
TOTAL	277	100

ANALISIS:

De 277 casos, el 36,7 % presenta los exámenes complementarios pertinentes y el 61,3 % no.

Se observa que el porcentaje de fichas de biopsia que no presentan exámenes complementarios pertinentes, exceden considerablemente al porcentaje de fichas que presentan dichos exámenes complementarios.

Esto demuestra, que sería conveniente que el clínico agotara todos los medios disponibles a su alcance, previos a la biopsia, para llegar a obtener una o más hipótesis diagnósticas que lo acerquen más al diagnóstico correcto.

GRAFICO N° 3
EXAMENES COMPLEMENTARIOS
PERTINENTES

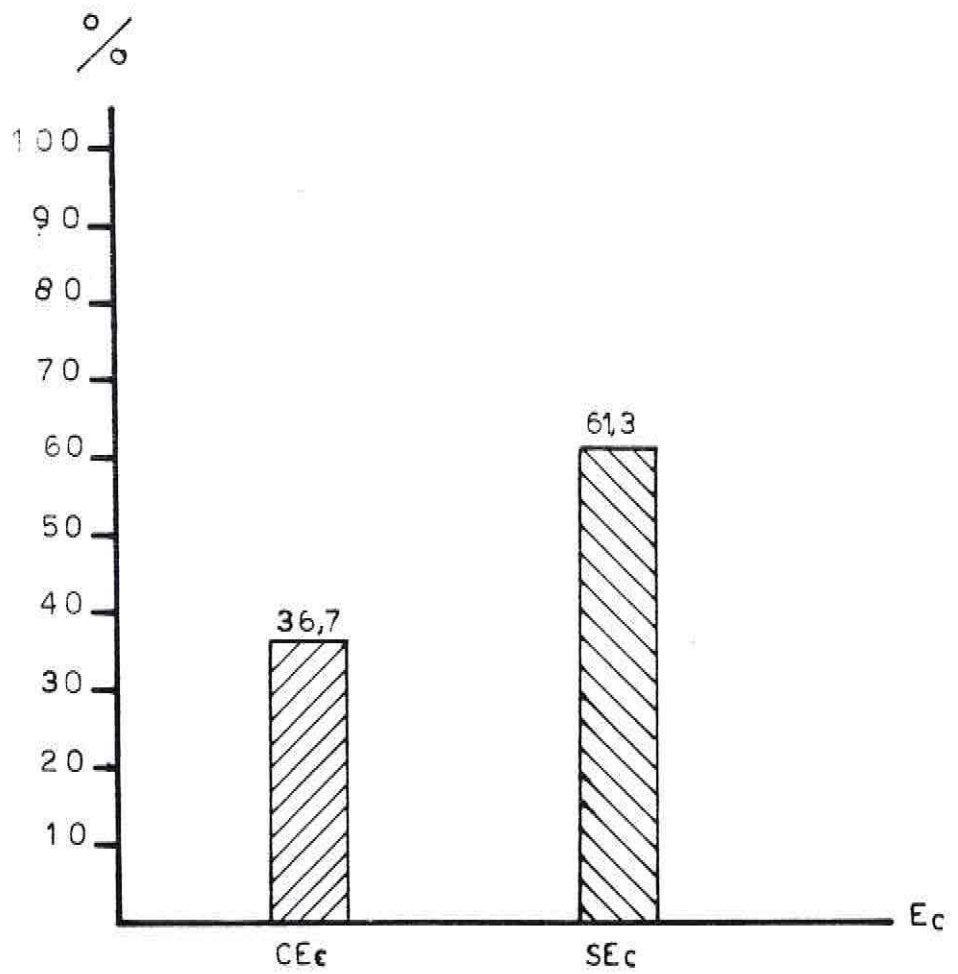


TABLA No 4: NUMERO DE HIPOTESIS DIAGNOSTICA CLINICA

h	No	%
0	8	2,9
1	178	64,3
2	68	24,5
3	20	7,2
4	3	1,1
TOTAL	277	100

ANALISIS:

De 277 casos, 2,9 % presentan cero hipótesis diagnóstica clínica, 64,3 % presentan una hipótesis, 24,3 % presentan dos, 7,2 % presentan tres y 1,1 % presentan cuatro hipótesis diagnósticas clínicas.

Se puede observar que el más alto porcentaje de casos, corresponde a la modalidad de una hipótesis diagnóstica clínica, lo cual podría indicar que muchos clínicos, al enviar la biopsia, tienen o creen tener un diagnóstico relativamente seguro de la entidad a la que se enfrentan.

Sin embargo hay un porcentaje importante de casos, en que el clínico elabora dos o más hipótesis diagnósticas clínicas, pudiendo indicar ésto, la natural existencia de dudas en la elaboración de su diagnóstico al enfrentarse a síntomas y signos que pueden corresponder, desde el punto de vista clínico, a varias lesiones diferentes.

GRAFICO N°4
NUMERO DE HIPOTESIS
DIAGNOSTICA CLINICA

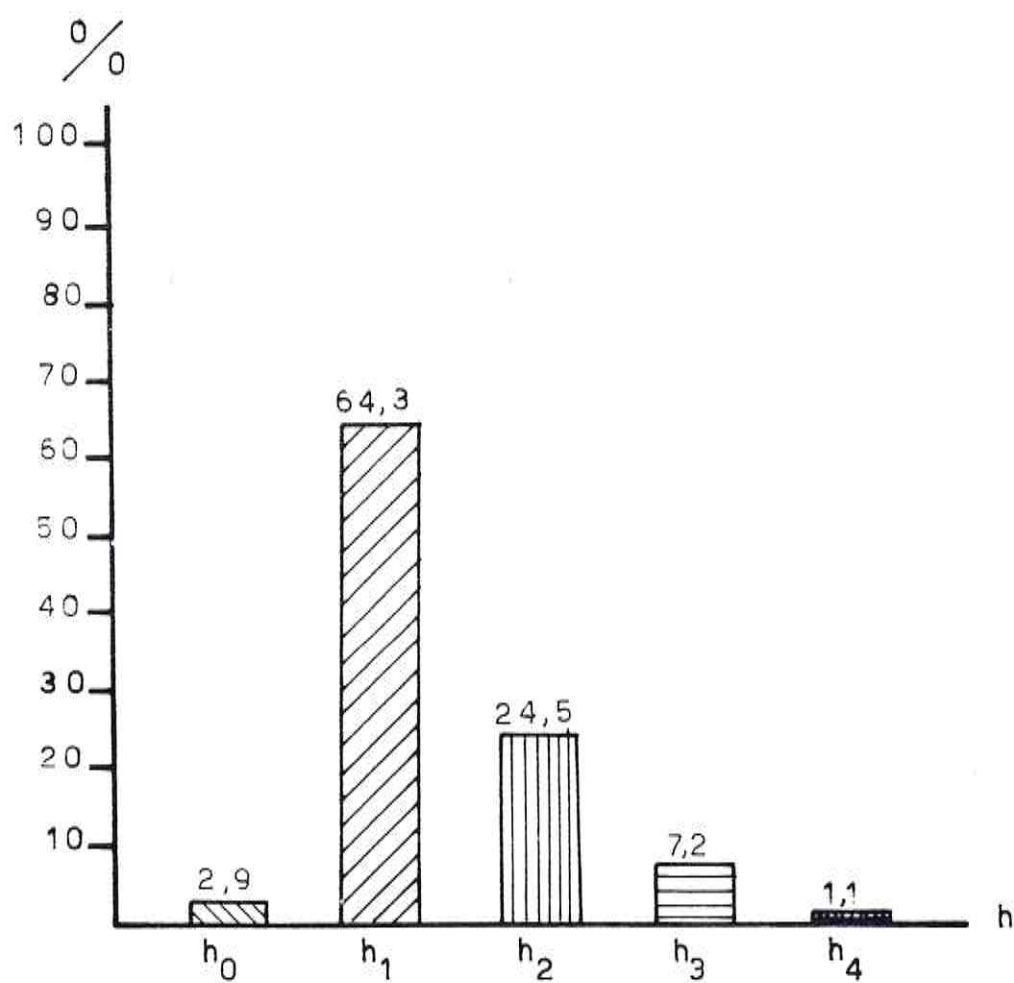


TABLA No 5: CORRELACION / GRADO DE INFORMACION

Gi	Gic		Gii		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Co						
CCo	73	41,5	103	58,5	176	100
SCo	40	39,6	61	60,4	101	100
TOTAL	113	40,8	164	59,2	277	100
$\chi^2 = 2 \text{ n.e.s.}$						

ANALISIS TABLA No 5

Esta tabla relaciona las variables correlación con grado de información de la ficha de biopsia.

Se observa que de 176 casos en que hay correlación, 41,5 % presentan grado de información completa y 58,5 % grado de información incompleta.

De los 101 casos en que no hay correlación, 39,6 % presentan grado de información completa y 60,4 % grado de información incompleta.

Al analizar esta tabla, el grado de información de la ficha de biopsia, no lo encontramos asociado a la variable correlación, contrariamente a lo que se suponía, que mientras menos completa esté la ficha de biopsia, habría una mayor tendencia a no existir correlación entre ambos diagnósticos. Al observar qué sucede en la tabla cuando existe un grado de información incompleto, sí se encuentra que hay un mayor porcentaje de casos sin correlación. Sin embargo, en los casos en que existe correlación, se observa también, que el mayor porcentaje de éstos, se presenta en los que tienen grado de información incompleto.

De esto se deduce que, para este estudio, el grado de información de la ficha de biopsia, no es determinante para la existencia o no de correlación entre la hipótesis diagnóstica clínica y el diagnóstico histopatológico.

GRAFICO N° 5
CORRELACION / GRADO DE
INFORMACION

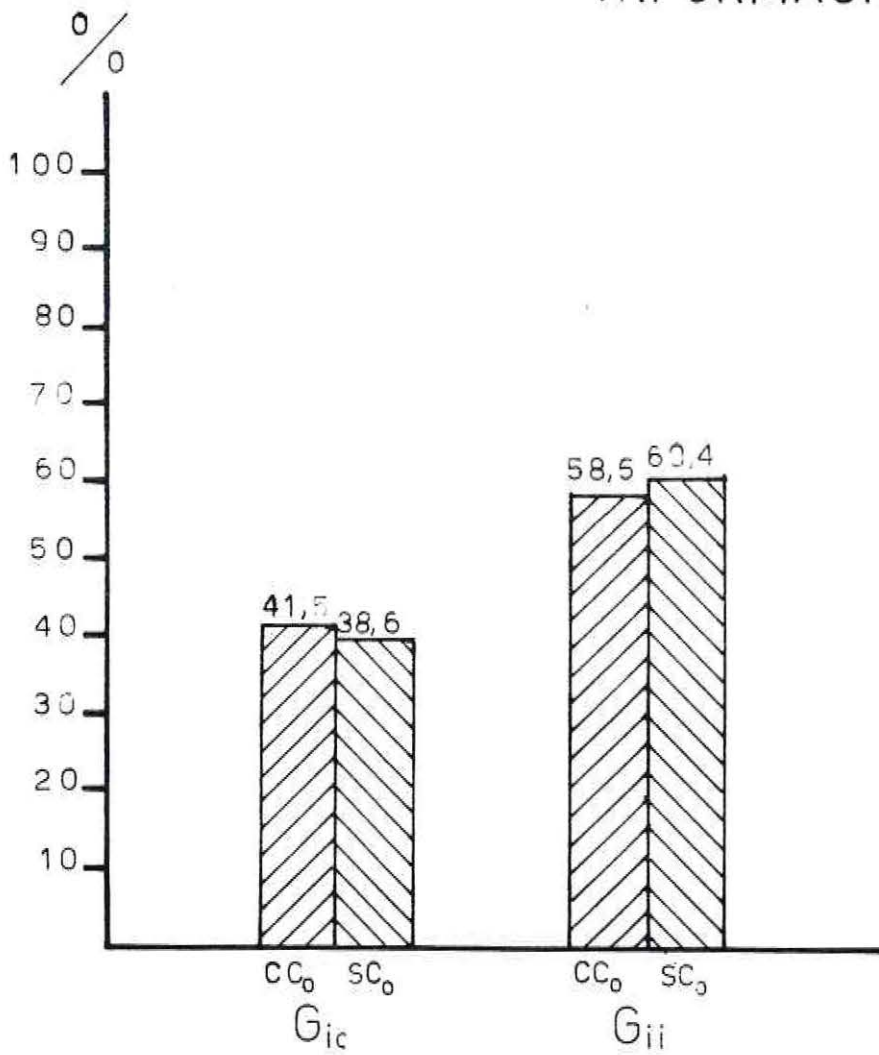


TABLA No 6: CORRELACION / EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES

Ec	CEc		SEc		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Co						
CCo	75	42,6	101	57,4	176	100
SCo	32	31,7	69	68,3	101	100
TOTAL	107	38,6	170	61,5	277	100
						$\chi^2 = 0 \text{ n.e.s.}$

ANALISIS TABLA No 6

Esta tabla relaciona las variables correlación entre hipótesis diagnóstica clínica y diagnóstico histopatológico, con el apoyo de exámenes complementarios pertinentes.

Se observa, que de 176 casos que presentan correlación entre la hipótesis diagnóstica clínica y el diagnóstico histopatológico, al 42,6 % se le realizó exámenes complementarios y al 57,4 % no.

De los 101 casos que no presentan correlación, al 31,7 % se le realizó exámenes complementarios y al 68,3 % no.

En esta tabla, en el grupo de casos sin correlación, predominan aquellos casos sin exámenes complementarios, tal como se esperaba. Sin embargo, en el grupo de casos con correlación, el mayor porcentaje se presenta, también, cuando no hay exámenes complementarios.

De lo anterior, se deduce que, para este estudio, la presencia de exámenes complementarios, no influye en la existencia o no de correlación entre la hipótesis diagnóstica clínica y el diagnóstico histopatológico.

GRAFICO N° 6
CORRELACION / EXAMENES
COMPLEMENTARIOS

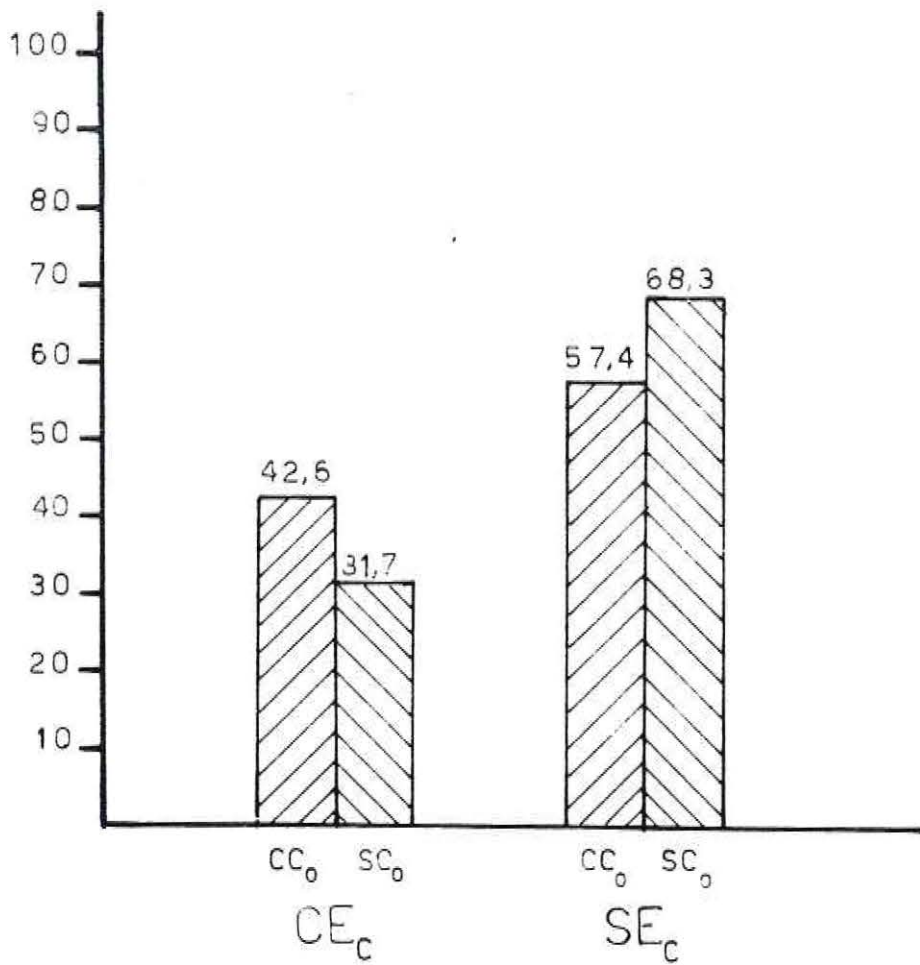


TABLA No 7: CORRELACION / NUMERO DE HIPOTESIS DIAGNOSTICA CLINICA

h	h0		h1		h2		h3		h4		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Co	0	0	118	67.1	43	24.4	12	6.8	3	1.7	176	100
CCo	0	0	118	67.1	43	24.4	12	6.8	3	1.7	176	100
SCo	8	7.9	60	59.4	25	24.8	8	7.9	0	0	101	100
Total	8	2.9	178	64.3	68	24.5	20	7.2	3	1.1	277	100

$\chi^2 : 0 \text{ n.e.s.}$

ANALISIS TABLA No 7

Esta tabla relaciona las variables correlación y número de hipótesis diagnóstica clínica.

Se puede observar, que de 176 casos que presentan correlación, no hay con cero hipótesis diagnóstica clínica, un 67,1 % presenta 1 hipótesis, un 24,4 % presenta 2 hipótesis, un 6,8 % presenta 3 hipótesis y un 1,7 % presenta 4 hipótesis.

De los 101 casos en que no hay correlación, un 7,9 % no presenta hipótesis diagnóstica clínica, el 59,4 % presenta 1 hipótesis, el 24,8 % presenta 2 hipótesis y el 7,9 % presenta 3 hipótesis. En este grupo no hay casos con 4 hipótesis diagnósticas clínicas.

De acuerdo con esto, la mayoría de los casos tiene sólo una hipótesis y es raro encontrar situaciones con más de dos hipótesis.

La misma tabla muestra que no existe relación entre el número de hipótesis propuestas y la correlación entre el diagnóstico clínico e histopatológico, pese al leve aumento que se observa en el porcentaje de diagnósticos correlacionados cuando hay sólo una hipótesis.

GRAFICO N° 7
 CORRELACION / NUMERO DE HIPOTESIS
 DIAGNOSTICA CLINICA

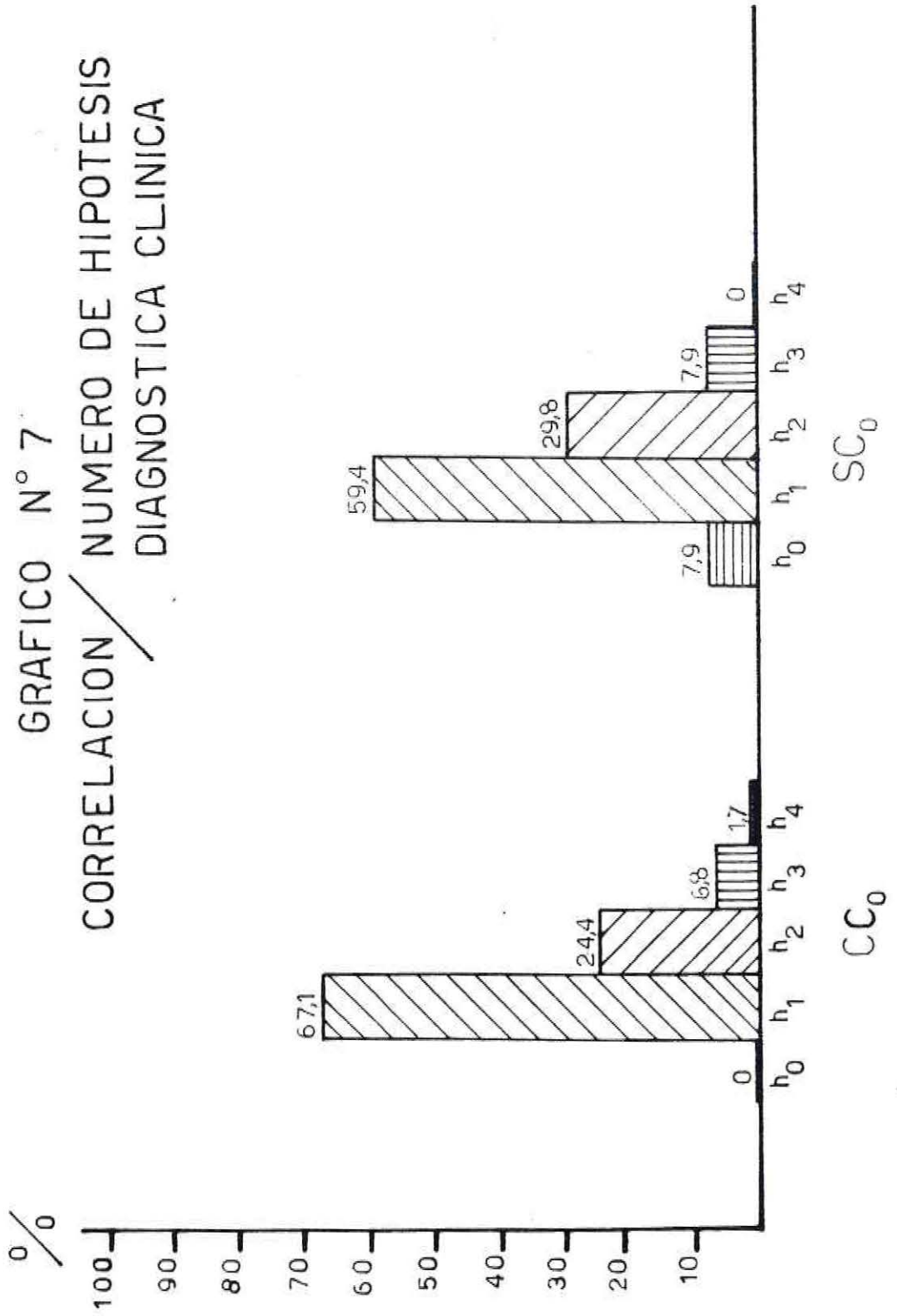


TABLA No 8: GRADO DE INFORMACION / NUMERO DE HIPOTESIS DIAGNOSTICA CLINICA

h	h0		h1		h2		h3		h4		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Gi	0	0	71	62.8	28	24.8	12	10.6	2	1.8	113	40.7
Gic	0	0	71	62.8	28	24.8	12	10.6	2	1.8	113	40.7
Gii	8	4.9	107	65.2	40	24.4	8	4.9	1	0.6	164	59.4
Total	8	2.8	178	64.6	68	14.5	20	7.1	3	1.1	277	100

$\chi^2 : 2 \text{ n.e.s.}$

ANALISIS TABLA No 8

En esta tabla se relaciona el grado de información de la ficha de biopsia con el número de hipótesis diagnósticas clínicas.

Se puede observar que de 113 casos con grado de información completo, ninguno presenta cero hipótesis, un 62,8 % presenta 1 hipótesis, un 24,8 % presenta 2 hipótesis, un 10,6 % presenta 3 hipótesis y un 1,8 % presenta 4 hipótesis.

De los 164 casos que presentan grado de información incompleto, un 4,9 % presenta cero hipótesis, un 65,2% presenta 1 hipótesis, un 24,4 % presenta 2 hipótesis, un 4,9 % presenta 3 hipótesis y un 0,6 % presenta 4 hipótesis diagnósticas clínicas.

Pese a que se aprecia un leve aumento en el número de hipótesis diagnósticas clínicas cuando la información es completa, en la ficha de biopsia, no se encontró una asociación significativa entre ambas variables. Esto podría explicarse debido a que el clínico, generalmente, no utiliza la ficha de biopsia con el propósito de llegar a elaborar una o más hipótesis diagnósticas, sino que para informar al histopatólogo de las características clínicas de la lesión.

GRAFICO N°8
 GRADO DE INFORMACION / NUMERO DE HIPOTESIS
 DIAGNOSTICA CLINICA

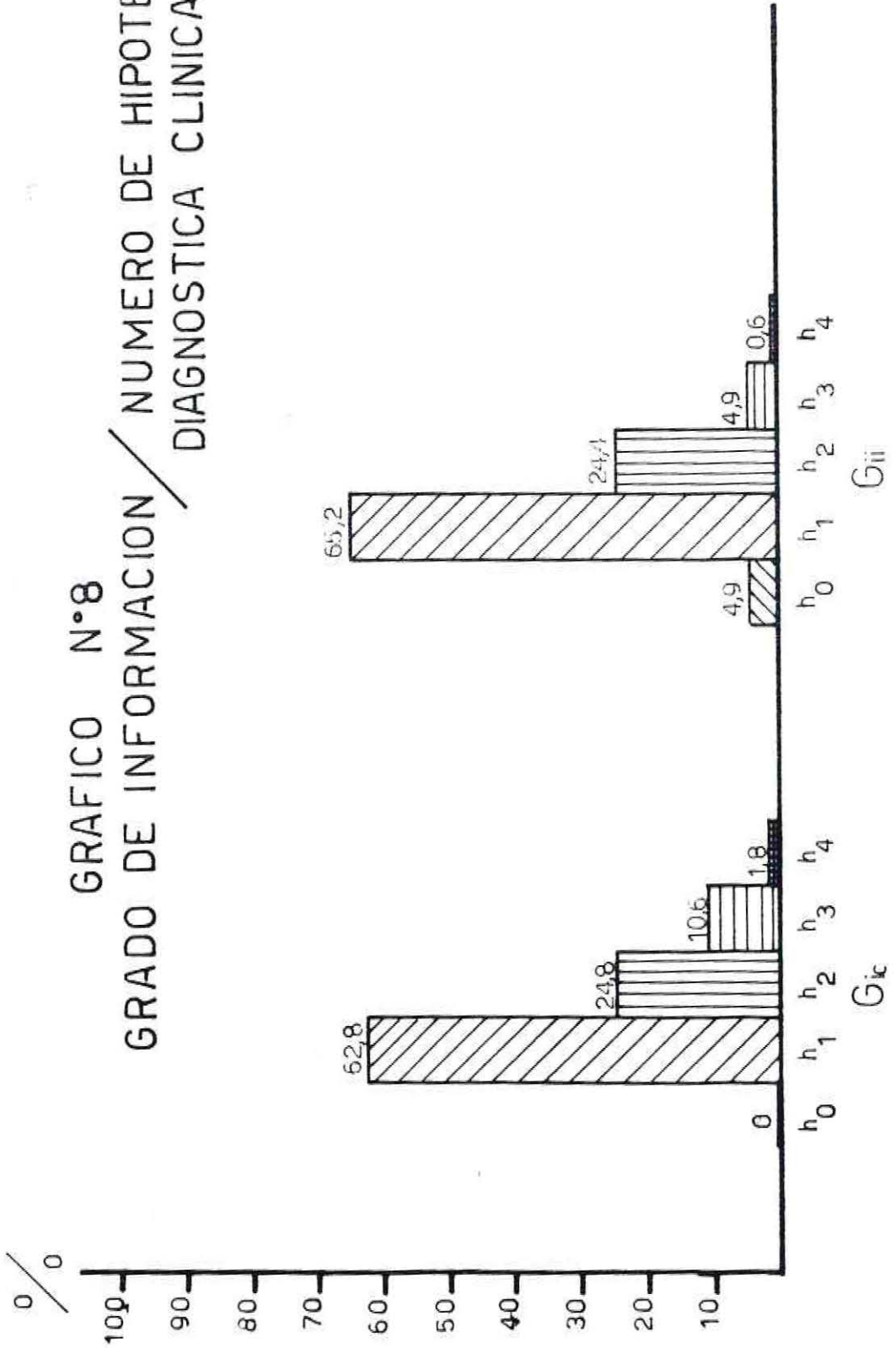


TABLA No 9: EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES / NUMERO DE HIPOTESIS DIAGNOSTICA CLINICA

h	h ₀		h ₁		h ₂		h ₃		h ₄		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ec												
CEc	1	0,9	63	58,9	33	30,9	9	8,4	1	0,9	107	100
SEc	7	4,1	115	67,6	35	20,6	11	6,5	2	1,2	170	100
Total	8	2,9	178	64,3	68	24,5	20	7,2	3	1,1	277	100

$\chi^2 : 2 \text{ n.e.s.}$

ANALISIS TABLA No 9

En esta tabla se relaciona la variable exámenes complementarios pertinentes con el No de hipótesis diagnóstica clínica.

De los 107 casos que presentan exámenes complementarios, el 0,9 % presenta cero hipótesis, el 58,9 % presenta una hipótesis, el 30,9 % presenta dos hipótesis, el 8,4% presenta tres hipótesis y el 0,9 % presenta cuatro hipótesis.

De los 170 casos que no presentan exámenes complementarios, el 4,1 % presenta cero hipótesis, el 67,6 % presenta una hipótesis, el 20,6 % presenta dos hipótesis, el 6,5 % presenta tres hipótesis y el 1,2 % presenta cuatro hipótesis.

Al analizar esta tabla no encontramos relación entre el número de hipótesis diagnósticas clínicas y la presencia de exámenes complementarios pertinentes contrariamente a lo que se debería esperar, esto es, que la realización de éstos, ayudarían al clínico a orientar su análisis, de modo que redujera el número de hipótesis clínicas equivocadas. Al observar, en la tabla, lo que sucede cuando se realizan exámenes complementarios, se comprueba que efectivamente se concentra el mayor porcentaje de los casos en la modalidad h_1 . Pero, al comparar lo anterior, con aquellos casos en los cuales no se realizaron exámenes complementarios, se observa que el mayor porcentaje de los casos tam-

bién se concentran en la modalidad h_1 , lo que nos estaría indicando, para este estudio, que no hay una mayor diferencia entre realizar o no exámenes complementarios para llegar a la elaboración de una o más hipótesis, o bien, que los exámenes no son aprovechados en forma adecuada.

GRAFICO N° 9
 EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES / NUMERO DE HIPOTESIS DIAGNOSTICA CLINICA

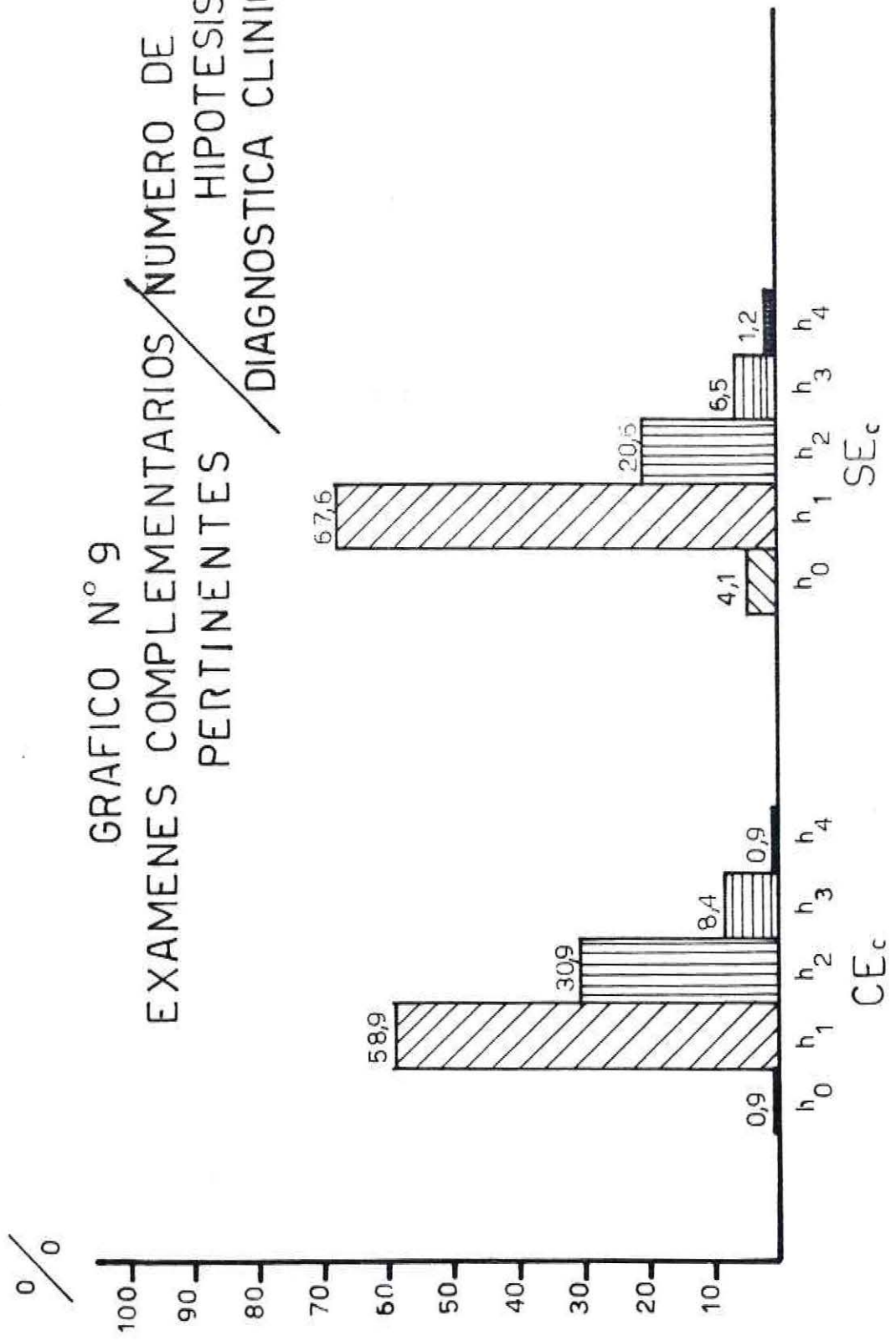


TABLA No 10: EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES / GRADO DE INFORMACION

G _i	G _{ic}		G _{ii}		Total	
	No	%	No	%	No	%
Ec						
Cec	56	52,3	51	47,7	107	100
Sec	57	33,5	113	66,5	170	100
Total	113	40,8	164	59,2	277	100
						$\chi^2 : 8.85 \text{ e.s.}$

ANALISIS TABLA No 10

Esta tabla relaciona la variable exámenes complementarios pertinentes, con el grado de información de la ficha de biopsia.

De los 107 casos en que se realizaron exámenes complementarios pertinentes, un 52,3 % presenta grado de información completo y un 47,7 % presenta grado de información incompleto.

De los 170 casos en que no se realizaron exámenes complementarios, un 33,5 % presenta grado de información completo y un 66,5 % presenta grado de información incompleto.

Al analizar esta tabla, encontramos que el grado de información de la ficha de biopsia, se encuentra asociada a la variable exámenes complementarios, ya que se observa, que al no realizarlos, existe una mayor tendencia a un grado de información incompleto de la ficha de biopsia.

De esto, se deduce, que la variable exámenes complementarios, sería uno de los factores importantes que estaría determinando el grado de información de la ficha de biopsia.

GRAFICO N° 10
EXAMENES COMPLEMENTARIOS
PERTINENTES / GRADO DE
INFORMACION

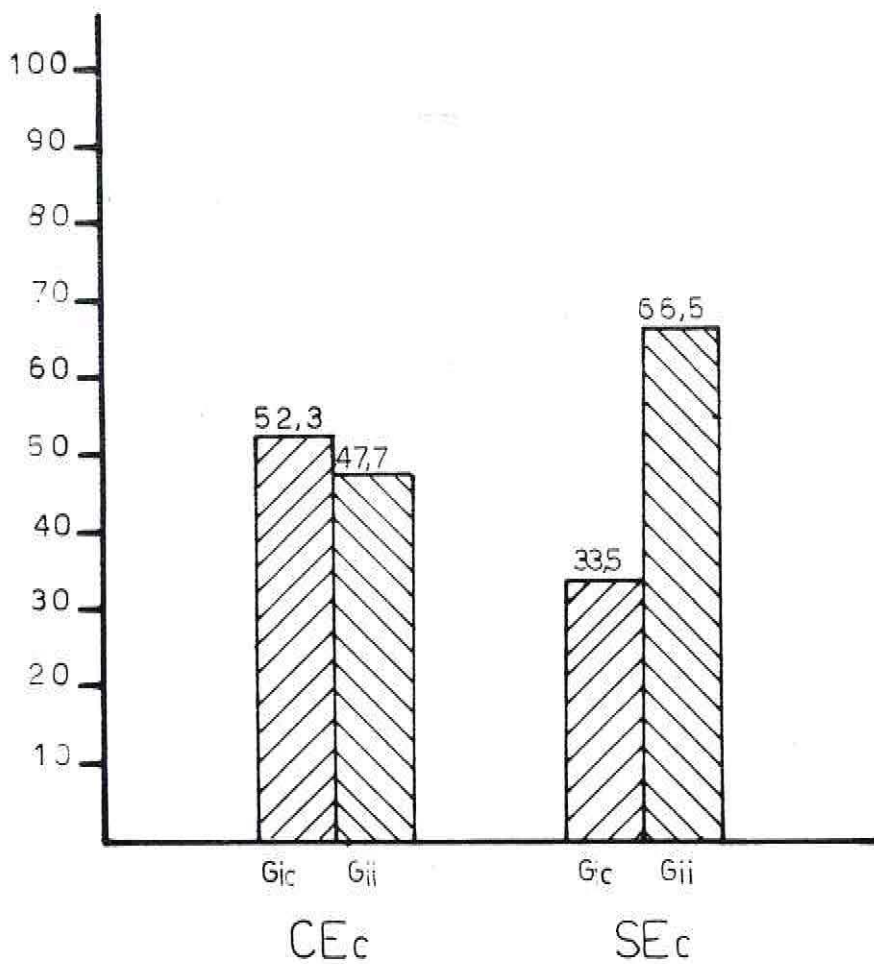


TABLA No 11: EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES / GRADO DE INFORMACION / CORRELACION

	CCo						SCo					
	Gic		Gii		SUBTOTAL		Gic		Gii		SUBTOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
CEc	40	53,3	35	46,7	75	100	16	50	16	50	32	100
SEc	33	32,3	68	67,7	101	100	24	34,8	45	62,5	69	100
TOTAL	73		103		176		40		61		101	

ANALISIS TABLA No 11

Esta tabla relaciona las variables exámenes complementarios pertinentes y grado de información, con la presencia o ausencia de correlación. Para ello, dividimos el total de casos en dos grandes grupos: con correlación y sin correlación.

Al analizar el grupo de casos con correlación, se observa que de los 75 casos que presentan exámenes complementarios pertinentes, el 53,3 % presenta grado de información completo y el 46,7 % presenta grado de información incompleto. De los 101 casos a los que se les realizó exámenes complementarios pertinentes, el 32,3 % presenta un grado de información completo y un 67,7 % presenta grado de información incompleto.

En el grupo de casos sin correlación, de los 32 casos a los que se les realizó exámenes complementarios pertinentes, un 50 % presenta grado de información completo y un 50 % grado de información incompleto; de los 65 casos sin exámenes complementarios pertinentes, el 34,8 % presenta grado de información completo y un 62,5 % presenta grado de información incompleto.

Al analizar esta tabla, se aprecia que las variables grado de información y exámenes complementarios pertinentes, no intervienen, para este estudio, en la determinación de existencia o no de correlación, pues al estudiar los grupos con correlación y sin correlación, se obtienen

datos contrarios a los que podrían esperarse, esto es, que en el grupo con correlación, predominaran los casos con exámenes complementarios pertinentes con grado de información completa y los casos sin exámenes complementarios pertinentes (por no ser necesarios) con grado de información completa.

Se debe recordar, que este último grupo de casos, eran aquellos en los que, no faltando ningún otro dato, eran considerados con grado de información completo, aún no teniendo exámenes complementarios pertinentes, pues éstos no fueron necesarios para llegar a la hipótesis diagnóstica clínica correcta.

A su vez, en el grupo sin correlación, las modalidades en las que esperaríamos la mayor concentración de datos, son aquellas con exámenes complementarios pertinentes con grado de información incompleto y sin exámenes complementarios pertinentes (por no ser necesarios) con grado de información incompleto. Pero, al observar la tabla, no se ve en la distribución de los datos una tendencia clara ni similar a lo esperado.

Parece oportuno reiterar que, todo lo anterior, debe considerarse tomando en cuenta que los datos evaluados como información son los que el clínico coloca en la hoja de solicitud de biopsia y no en la ficha clínica que, se supone, está completa y sirve para el enunciado de la o las hipótesis diagnósticas clínicas.

datos contrarios a los que podrían esperarse, esto es, que en el grupo con correlación, predominaran los casos con exámenes complementarios pertinentes con grado de información completa y los casos sin exámenes complementarios pertinentes (por no ser necesarios) con grado de información completa.

Se debe recordar, que este último grupo de casos, eran aquellos en los que, no faltando ningún otro dato, eran considerados con grado de información completo, aún no teniendo exámenes complementarios pertinentes, pues éstos no fueron necesarios para llegar a la hipótesis diagnóstica clínica correcta.

A su vez, en el grupo sin correlación, las modalidades en las que esperaríamos la mayor concentración de datos, son aquellas con exámenes complementarios pertinentes con grado de información incompleto y sin exámenes complementarios pertinentes (por no ser necesarios) con grado de información incompleto. Pero, al observar la tabla, no se ve en la distribución de los datos una tendencia clara ni similar a lo esperado.

Parece oportuno reiterar que, todo lo anterior, debe considerarse tomando en cuenta que los datos evaluados como información son los que el clínico coloca en la hoja de solicitud de biopsia y no en la ficha clínica que, se supone, está completa y sirve para el enunciado de la o las hipótesis diagnósticas clínicas.

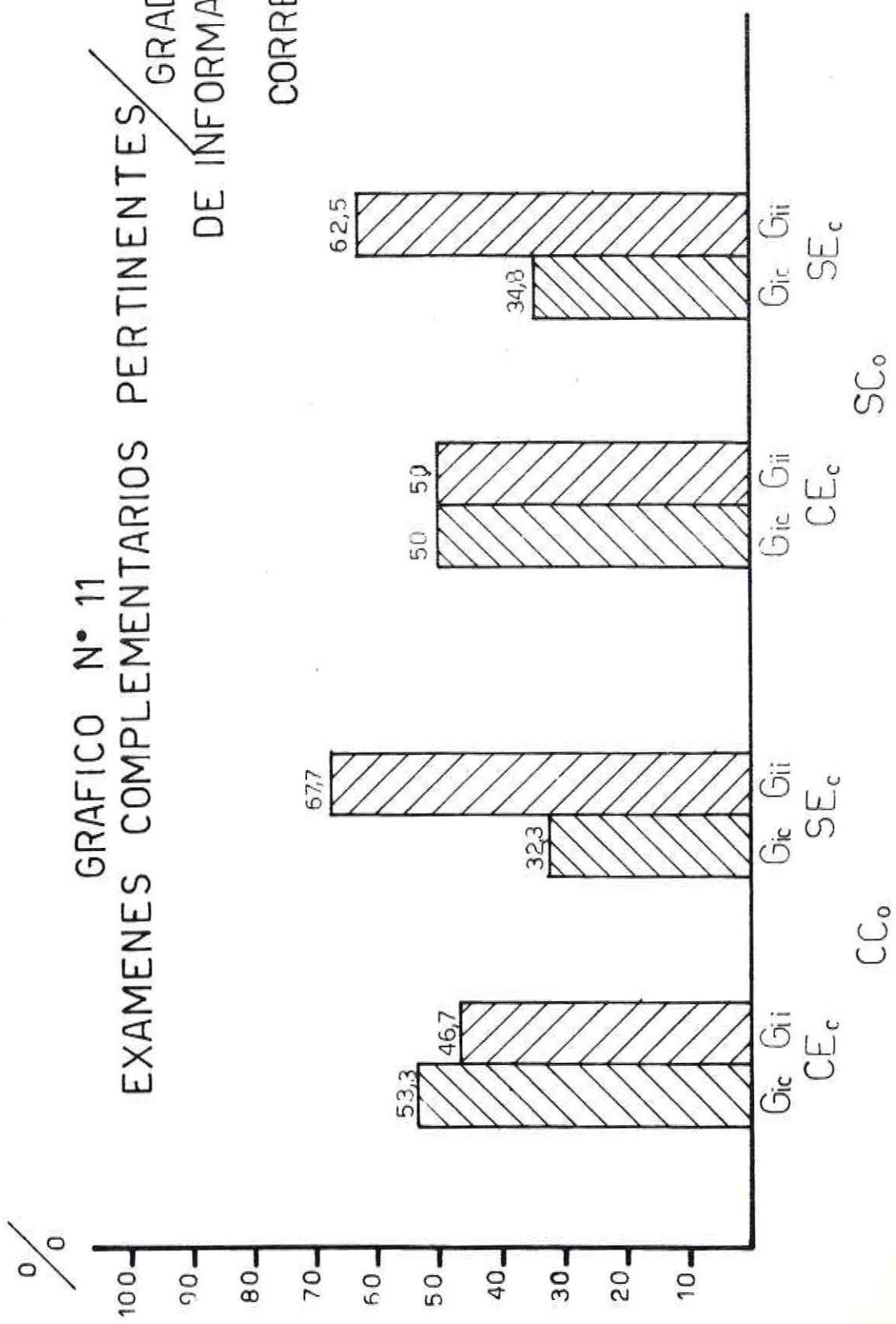
GRAFICO N° 11

EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERTINENTES

GRADO

DE INFORMACION

CORRELACION



4) Análisis de las Enfermedades

4.1.- Introducción

Las enfermedades orales, presentes en las fichas de biopsia, fueron agrupadas según el diagnóstico histopatológico presentes en ellas, para lo cual nos basamos en la clasificación de Bahskar, a la que se le realizaron algunas modificaciones.

Las enfermedades que se incluyen en esta clasificación, corresponden sólo a las que se encontraron en las fichas de biopsia.

A continuación se exponen las enfermedades según la clasificación mencionada.

4.2.- Clasificación de Enfermedades

A: PATOLOGIA DE DIENTES Y MAXILARES.

I : TRASTORNOS DE LA DENTICION DEL DESARROLLO DE LOS MAXILARES Y DE LOS DIENTES No CCo SCo

1.- Trastornos durante la morfodiferenciación de los gérmenes dentarios:

a) Fusión

1 1 -

II : LESIONES PERIAPICALES Y PERIODONTALES

1.- Granuloma dentario

8 4 4

2.- Quiste apical

48 39 9

3.- Quiste residual

4 3 1

4.- Osteitis

1 - 1

5.- Osteoesclerosis

1 1 -

6.- Granuloma periodontal

2 2 -

7.- Endo - exorizálisis

1 1 -

No CCo SCo

III: QUISTES MAXILARES

- 1.- Quistes odontogénicos
 - a) Quiste dentífero
 - b) Quiste primordial
 - c) Quiste odontogénico Calcificante
- 2.- Quistes no odontogénicos
 - a) Quiste fisural
- 3.- Quistes no epiteliales (pseudokuistes)
 - a) Quiste traumático
 - b) Quiste aneurismático

57

IV : TUMORES ODONTOGENICOS DE LOS MAXILARES

- 1.- Tumores epiteliales
 - a) Ameloblastoma
- 2.- Tumores mesenquimáticos
 - a) Cementoma
 - b) Fibroma odontogénico

No	CCo	SCo
1	1	-

3.- Tumores mixtos

a) Odontoma

V : TUMORES NO ODONTOGENICOS Y PSEUDOTUMORES DE LOS MAXILARES

1.- Benignos

a) Granuloma reparativo gigantocelular

b) Fibromixoma

c) Torus (Exostosis)

6	4	2
1	-	1
1	1	-

1	-	1
1	-	1
2	2	-

VI : ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES

1.- Granuloma eosinófilo

2.- Osteomielitis

3.- Displasia fibrosa

B: PATOLOGIA DE MUCOSA BUCAL

I : LESIONES SUPERFICIALES DE MUCOSA

	No	CCo	SCo
1.- Lesiones blancas			
a) Hiperortoqueratosis	3	2	1
b) Leucoplasias	4	4	-
2.- Lesiones ulcerativas			
a) Ulcera	4	3	1
3.- Lesiones pigmentadas			
a) Tatuaje por amalgama	6	1	5
b) Nevos	1	-	1
c) Melanosis difusa	5	5	-

59

II : NEOPLASIAS BENIGNAS Y PSEUDONEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS

1.- Epiteliales			
a) Verruga vulgar	1	1	-
b) Papiloma	9	8	1
c) Hiperplasia papilar inflamatoria	1	1	-

No	CCo	SCo
62	36	26
3	2	1
2	2	-
7	4	3
12	8	4
13	4	9
4	1	3
3	2	1
13	4	9
6	3	3

8

- 2.- Conjuntivales
 - a) Hiperplasia reaccional
 - b) Granuloma gigantocelular periférico
 - c) Granuloma de células plasmáticas
 - d) Hemangioma
 - e) Granuloma piógeno

- 3.- Miscelaneas
 - a) Procesos inflamatorios:
 - Agudo
 - Sub - agudo
 - Crónico inespecífico
 - En fase reparativa

III: NEOPLASIAS MALIGNAS DE TEJIDOS BLANDOS

- 1.- Tumores epiteliales
 - a) Carcinoma de células escamosas (epidermoide)
 - b) Carcinoma basocelular
 - c) Melanoma

3	2	1
1	-	1
3	1	2

C: LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

	No	CCo	SCo
I : PROCESOS INFLAMATORIOS			
1.- Sialoadenitis	2	1	1
II : NEOPLASIAS			
1.- Neoplasia epitelial benigna	1	-	1
a) Adenoma pleomórfo			
2.- Neoplasia mesenquimatosa benigna	1	-	1
a) Linfangioma			
III: TRASTORNOS REGRESIVOS			
1.- Glándula salival con sialoectasia	1	-	1
2.- Glándula salival con atrofia por sustitución grasa focal	1	-	1
IV : PROCESOS TRAUMATICOS			
1.- Mucoccele	11	8	3
			61

D: ADENOPATIAS CERVICOFACIALES

I : METASTASIS

1.- Metastasis de melanocarcinoma en ganglio linfático

No	CCo	SCo
1	1	-

E: MISCELANIAS

I : RESTO RADICULAR

II : TEJIDO NORMAL

III: MUCOSA RESPIRATORIA

IV : TEJIDO EN PROCESO DE NECROBIOSIS

2	2	-
2	-	2
1	-	1
1	1	-

4.3.- Análisis de Enfermedades Según Frecuencia

Las enfermedades, presentes en las fichas de biopsia, se agruparon según la frecuencia con que se presentaron en éstas. Para este estudio, se consideró como enfermedades más frecuentes a aquellas que presentaron más de diez casos biopsiados y, poco frecuentes, a aquellas con diez casos o menos.

Según el listado, las enfermedades más frecuentes, en orden decreciente, son: hiperplasia reaccional, quiste apical, procesos inflamatorios, granuloma piógeno y mucocel le, las cuales, a su vez, presentaron un alto porcentaje de no correlación.

Cabe hacer notar, que la mayor parte de las enfermedades que se encontraron en este estudio, corresponden a aquellas con baja frecuencia de casos biopsiados. Manteniéndose en ellas, al igual que en los casos de mayor frecuencia, una tendencia a presentar un mayor porcentaje de no correlación, que aquel considerado como aceptable.

ENFERMEDADES QUE PRESENTAN MAS DE DIEZ CASOS

<u>ENFERMEDAD:</u>	No	% del total	CCo	%	SCo	%
1.- Hiperplasia reaccional	62	22,4	36	58,1	26	41,9
2.- Quiste apical	48	17,3	39	81,2	9	18,8
3.- Procesos inflamatorios	26	9,4	10	38,5	16	61,5
4.- Granuloma piógeno	12	4,3	8	66,7	4	33,3
5.- Mucoccele	11	4,0	8	72,7	3	27,3

ENFERMEDADES QUE PRESENTAN DIEZ CASOS O MENOS

1.- Papiloma	9	3,2	8	88,9	1	11,1
2.- Granuloma dentario	8	2,9	4	50	4	50
3.- Hemangioma	7	2,5	4	57,1	3	42,9
4.- Granuloma reparativo gigante celular	6	2,2	4	66,7	2	33,3
5.- Tatuaje por amalgama	6	2,2	1	16,7	5	83,3
6.- Proceso inflamatorio en fase reparativa	6	2,2	3	50	3	50

	No	% del total	CCo	%	SCo	%
7.- Quieste dentífero	5	1,8	5	100	-	0
8.- Melanosis difusa	5	1,8	5	100	-	0
9.- Quieste primordial	4	1,4	4	100	-	0
10.- Quieste residual	4	1,4	3	75	1	25
11.- Quieste fisural	4	1,4	3	75	1	25
12.- Leucoplasias	4	1,4	4	100	-	0
13.- Ulceras	4	1,4	3	75	1	25
14.- Hiperortoqueratosis	3	1,1	2	66,7	1	33,3
15.- Granuloma gigante celular periférico	3	1,1	2	66,7	1	33,3
16.- Carcinoma de células escamosas (epidermoide)	3	1,1	2	66,7	1	33,3
17.- Melanoma	3	1,1	1	33,3	2	66,7
18.- Granuloma periodontal	2	0,7	2	100	-	0
19.- Quieste traumático	2	0,7	1	50	1	50
20.- Fibroma odontogénico	2	0,7	-	0	2	100

	No	% del total	CCo	%	S Co	%
21.- Granuloma a células plamáticas	2	0,7	2	100	-	0
22.- Displasia fibrosa	2	0,7	2	100	-	0
23.- Sialoadenitis	2	0,7	1	50	1	50
24.- Resto radicular	2	0,7	2	100	-	-
25.- Tejido normal	2	0,7	-	0	2	100
26.- Fusión	1	0,4	1	100	-	0
27.- Osteitis	1	0,4	-	0	1	100
28.- Osteoesclerosis	1	0,4	1	100	-	0
29.- Exo-endo rizálisis	1	0,4	1	100	-	0
30.- Quiste odontogénico calcificante	1	0,4	-	0	1	100
31.- Quiste aneurismático	1	0,4	1	100	-	0
32.- Ameloblastoma	1	0,4	1	100	-	0
33.- Cementoma	1	0,4	1	100	-	0
34.- Odontoma	1	0,4	1	100	-	0
35.- Fibromixoma	1	0,4	-	0	1	100

	No	% del total	CCo	%	SCo	%
36.- Torus	1	0,4	1	100	-	0
37.- Verruga vulgar	1	0,4	1	100	-	-
38.- Hiperplasia papilar inflamatoria	1	0,4	1	100	-	0
39.- Carcinoma basocelular	1	0,4	-	0	1	100
40.- Granuloma eosinófilo	1	0,4	-	0	1	100
41.- Osteomielitis	1	0,4	-	0	1	100
42.- Nevos	1	0,4	-	0	1	100
43.- Adenoma pleomorfo	1	0,4	-	0	1	100
44.- Linfangioma	1	0,4	-	0	1	100
45.- Glándula salival con sialoectasia	1	0,4	-	0	1	100
46.- Glándula salival con atrofia por sustitución grasa focal	1	0,4	-	0	1	100
47.- Metástasis de melanocarcinoma en ganglio linfático	1	0,4	1	100	-	0
48.- Mucosa respiratoria	1	0,4	-	0	1	100
49.- Tejido en proceso de necrobiosis	1	0,4	1	100	-	0

4.4.- Análisis de Enfermedades Sin Correlación Anatomoclínica.

Para clarificar que enfermedades fueron las que presentaron casos sin correlación y, de éstas, cuales fueron las que tuvieron mayor porcentaje de no correlación, es que se ordenaron según el número de casos encontrados en cada una, señalando en cada oportunidad el porcentaje de no correlación.

Se debe tomar en consideración que, para el análisis de correlación, es importante tomar en cuenta el número de casos que se encontraron en cada enfermedad, ya que no es lo mismo hallar no correlación de 50 % en una enfermedad en que hubo cien casos, que un 50 % cuando hubo dos casos.

Debido a esto, es que el análisis de la tabla debe centrarse en aquellas enfermedades más frecuentes (once o más casos), de las cuales los procesos inflamatorios resaltan por su alto porcentaje de no correlación y, le suceden, la hiperplasia reaccional, granuloma piógeno, mucocele y quiste apical.

ENFERMEDADES SIN CORRELACION ANATOMOCLINICA

	No	CCo	SCo	% ($\frac{SCo \times 100}{No}$)
1) Hiperplasia reaccional	62	36	26	41,9
2) Quiste apical	48	39	9	18,8
3) Procesos inflamatorios	26	10	16	61,5
4) Granuloma piógeno	12	8	4	33,3
5) Mucoccele	11	8	3	27,3
6) Papiloma	9	8	1	11,1
7) Granuloma dentario	8	4	4	50
8) Hemangioma	7	4	3	42,9
9) Tatuaje por amalgama	6	1	5	83,3
10) Granuloma reparativo gigantocelular	6	4	2	66,7
11) Quiste residual	4	3	1	25
12) Quiste fisural	4	3	1	25
13) Ulceras	4	3	1	25
14) Hiperortoqueratosis	3	2	1	33,3
15) Granuloma gigantocelular periférico	3	2	1	33,3
16) Carcinoma de células escamosas (epidermoide)	3	2	1	33,3
17) Melanoma	3	1	2	66,7
18) Quiste traumático	2	1	1	50
19) Fibroma odontogénico	2	-	2	100
20) Sialoadenitis	2	1	1	50
21) Tejido normal	2	-	2	100
22) Osteitis	1	-	1	100
23) Quiste odontogénico calcificante	1	-	1	100

	No	CCo	SCo	%
24) Fibromixoma	1	-	1	100
25) Carcinoma basocelular	1	-	1	100
26) Granuloma eosinófilo	1	-	1	100
27) Osteomielitis	1	-	1	100
28) Nevos	1	-	1	100
29) Adenoma pleomorfo	1	-	1	100
30) Linfangioma	1	-	1	100
31) Glándula salival con sialoestasia	1	-	1	100
32) Glándula salival con atrofia por sustitución grasa focal	1	-	1	100
33) Mucosa respiratoria	1	-	1	100

CAPITULO VI

11
12
13
14

15
16
17
18

A) CONCLUSIONES

PARA ESTE ESTUDIO SE CONCLUYE QUE:

- 1.- El examen histopatológico, es un examen complementario que debe ser usado por el clínico en forma más frecuente para llegar a un diagnóstico definitivo, debido a que se ha encontrado que existe una alta frecuencia de no correlación entre el diagnóstico clínico con el histopatológico.
- 2.- De todas las enfermedades estudiadas, las que presentan menos correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, en orden decreciente, son: procesos inflamatorios, hiperplasia reaccional, granuloma piógeno, mucocèle, quiste apical.

Este hecho es importante tomarlo en cuenta porque son enfermedades que se presentan en la clínica con frecuencia pero que no son biopsiadas en la misma medida.
- 3.- El grado de información, los exámenes complementarios pertinentes y el número de hipótesis diagnósticas clínicas, todos datos enviados en la solicitud de biopsia, son factores que aparentemente no intervienen en la obtención de una mayor o menor correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.
- 4.- En la mayoría de los casos, el clínico no completa la ficha de biopsia, lo que dificulta el análisis histopatológico y los estudios posteriores que se deseen efectuar.

5.- El análisis histopatológico, con frecuencia es necesario para definir el diagnóstico de enfermedades que presentan síntomas y signos que pueden corresponder a varias lesiones y que hacen que el clínico elabore dos o más hipótesis.

CAPITULO VII

A) SUGERENCIAS

- 1.- Este estudio se basó en el análisis de las fichas de biopsia de cada enfermedad. Por los resultados obtenidos consideramos que sería conveniente, en un próximo estudio, incluir dentro del análisis, la ficha clínica de cada caso.

- 2.- Podría considerarse, en un próximo estudio, la comparación de la magnitud del error diagnóstico que existe entre las diferentes enfermedades. Por ejemplo, no es lo mismo hacer el diagnóstico de hiperplasia en vez de hipertrofia, que diagnosticar una enfermedad como lesión benigna siendo maligna o a la inversa.

- 3.- Sería interesante hacer un estudio prospectivo con una casuística en que se envíen todos los procesos extirpados, en uno o más centros quirúrgicos, con todos los exámenes complementarios pertinentes, con "estudios radiográficos" en los casos que proceda y todos los antecedentes clínicos, comparando posteriormente los resultados.

ANEXOS

ANEXO No 1

TARJETA DE RECOPIACION DE DATOS

NOMBRE EDAD FICHA No
 SEXO BIOPSIA CORRELACION SI NO
 RAZA PROFESION No HIPOTESIS
 TAMAÑO EXAMENES COMP. SI NO
 FORMA GRADO DE INFORMACION
 LOCALIZACION LESION COMPLETO
 INCCOMPLETO
 CONSISTENCIA
 COLOR
 BASE IMPLANTACION
 SUPERFICIE
 TEMPERATURA
 AUMENTO VOLUMEN
 DOLOR ADENOPATIA
 HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

 OTROS EXAMENES
 HISTORIA LESION

 HIPOTESIS DIAGNOSTICA NUMERO

 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

ANEXO No 2

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

VALPARAISO /

DEPTO. ANATOMIA PATOLOGICA

BIOPSIA:

FECHA :

NOMBRE DENTISTA:

DIRECCION: TELEFONO:

NOMBRE PACIENTE:

DIRECCION: TELEFONO:

EDAD: SEXO: NACIONALIDAD:

PROFESION U OFICIO:

=====

DESCRIPCION DE LA LESION

LOCALIZACION EXACTA:

TAMAÑO: FORMA: (ovalada, esférica, irregular, solevantada, papilar)

CONSISTENCIA: (blanda, dura, firme) COLOR:

PEDICULADO: SUPERFICIE: (intacta, ulcerada).

.....

=====

OTROS SINTOMAS OBJETIVOS

TEMPERATURA: DOLOR: (tipo)

AUMENTO VOLUMEN (extensión, localización)

ADENOPATIA: (localización, dolorosa, ganglios fijos o desplazables)

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS: (área radiolúcida o radiopaca, localización)

=====

HISTORIA DE LA LESION (modo de iniciarse, duración, historia o antecedentes)

.....
=====

INTERVENCION QUIRURGICA (modo de obtención de la muestra; enucleación completa o escisión parcial, hallazgos operatorios de importancia)

.....
.....
.....
=====

DIAGNOSTICO CLINICO (hipótesis diagnósticas)

- 1)
- 2)
- 3)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ahlfors Eva, Larsson Ake, "The Odontogenic Keratocyst.
Sven Sjögren A Benign Cystic Tumor?".

Journal of Oral and Maxillo-
facial Surgery
January 1984; vol 42, No 1,
page 10.
- 2) Banocz, Pindborg "Clinical and Histologic
Studies on Electrogalvanically
Induced Oral White Lesions".

O.S.O.M.O.P; Oral Surgery
October 1979; vol 48, No 4
pages 319-323.
- 3) Bahskar S.N. "Patología Bucal"
Sexta Edición.
- 4) Voytovich Antony, Rippey "Premature Conclusion in
Robert, Suffredini Anthony Diagnostic Reasoning"

J. Med. Educ.
April 1985; 60 (4); 302-7

REVISION BIBLIOGRAFICA

- 1) Zubige, Frederickt,
Louis, Mosby "Biopsia: Diagnostic histo-
chemistry" 1970; 366 pages,
illustrated

- 2) Davidson Israel "Clinical Diagnosis by
Laboratory Methods"
Tood-Samford, 15th Edition
Philadelphia
Saunders Company 1974.

- 3) O.S.O.M.O.P. Períodos de ediciones revisa-
das desde 1975 a 1985.

- 4) Oral Pathology Períodos de ediciones revisa-
das desde 1980 a 1985.

- 5) Canadian Medical "Correlation Between Clinical
Association J. and Autopsy diagnoses in a
community hospital".
1985, September 1; 133 (5);
420-2