



**ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE DOS SERIES DE REGISTROS
HISTOPATOLÓGICOS DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO.
AÑOS 2004 – 2010.**

**Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista**

Alumnos:

**Nicolas Gárnica Letelier
Sebastián Miranda Arellano
Andrea Sepúlveda Pérez**

Docente Guía:

**Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva
Cátedra de Patología Oral y Maxilofacial**

**Valparaíso - Chile
2011**

Índice.

I.	Introducción.	1
II.	Marco teórico.	2
	1. Análisis histopatológico.	2
	2. Biopsia.	2
	3. Preparación de tejidos biopsiados.	8
	4. Microscopía.	11
	5. Informe histopatológico.	14
	6. Bases de datos.	17
	7. Estudios similares.	19
III.	Objetivos.	21
IV.	Materiales y métodos.	22
V.	Resultados.	33
VI.	Discusión.	56
VII.	Conclusiones.	63
VIII.	Resumen.	66
IX.	Sugerencias.	66
X.	Referencias bibliográficas.	67
XI.	Anexos.	

*A mis papás,
por su inmenso amor y comprensión.
Y a mi familia,
por su apoyo incondicional durante todo este camino.*

Nicolás.

*A mi familia,
por su apoyo y confianza,
y porque este logro no habría sido posible sin su sacrificio.
Y a mi polola Camila,
por acompañarme y aconsejarme en todo momento,
por su paciencia y amor incondicional.*

Sebastián

*A Dios, a mis padres, hermanos y tías,
por su apoyo incondicional en los momentos buenos y malos
durante mis años de estudio, así como a lo largo de toda mi vida,
porque es debido a ellos que he llegado al final de esta etapa,
por sus ejemplos de perseverancia, superación y constancia
que me han impulsado a seguir a delante,
pero por sobre todo por su gran amor,
ya que sin ellos alcanzar esta meta no habría sido posible.
A Patricio, mi novio por su comprensión y paciencia,
ya que gracias a él pude superar muchas penalidades
a las que me vi enfrentada a lo largo de estos años.
Y a mis amigos y cercanos,
que contribuyeron para que esta meta fuera posible.*

Andrea.

Agradecimientos

- Profesor Dr. Ricardo Moreno, por guiarnos y apoyarnos en nuestro proyecto. Sin su generosa entrega, su confianza ciega en nuestro trabajo y su infinita paciencia, no habríamos logrado este objetivo.
- Profesor Alan Barraza, por su inestimable colaboración en la realización de este seminario de tesis, por su buena disposición en todo momento y su compromiso con nuestro seminario.
- Marcos Chávez, por ayudarnos en la recolección de la información. Su simpatía y buen humor hizo más fácil nuestra tarea.

I. Introducción.

Las manifestaciones clínicas de las enfermedades o lesiones que afectan a la cavidad bucal pueden ser suficientes para diagnosticar muchas de ellas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, para un diagnóstico correcto se necesita del concurso adicional de algunos exámenes complementarios. Los más importantes para la Odontoestomatología son la Radiología y la Histopatología.

En esta última, mediante el análisis de una muestra extraída de la lesión en estudio, se consigue un diagnóstico definitivo. El alto grado de certeza de este examen lo posiciona como una herramienta complementaria fundamental en todo servicio clínico odontoestomatológico.

Los análisis histopatológicos permiten desarrollar estudios sobre la materia. De hecho, en la literatura se pueden encontrar varias investigaciones donde se utilizan los registros de los análisis histopatológicos para identificar los diagnósticos más frecuentes en determinadas poblaciones. Estudios realizados en EE.UU. (Bhaskar, 1968; Rossi & Hirsh, 1977; Weir et al., 1987), Reino Unido (Jones & Franklin, 2006) y Latinoamérica (Aldape et al., 2007; Moret et al., 2007) son ejemplos de ello.

En todos estos casos, el estudio se desarrolla en regiones geográfica y culturalmente alejadas a la nuestra, y la información que proporcionan, por lo tanto, no siempre es extrapolable a nuestra población. Pese a esto, en Chile no existen suficientes estudios de este tipo. Lo poco que se conoce lo proporciona un trabajo desarrollado por Carrasco (2003) y otro realizado por Espinoza et al. (1999).

Al cabo de varios años, cualquier servicio de histopatología ha acumulado suficiente casuística como para al menos entrever algunas tendencias, respecto a su propia población de estudio, en relación a los diagnósticos más frecuentes, las localizaciones más usuales donde se presentan las lesiones en la cavidad bucal o la distribución por género o por rango etario.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, posee un Servicio de Diagnóstico Histopatológico que acumula registros continuos y confiables desde el año 2004. Dicho servicio, a cargo del Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva, recibe los estudios de biopsia generados en las propias clínicas de la Facultad de Odontología, donde concurren numerosos pacientes de la región de Valparaíso.

Por otra parte, el Dr. Ricardo Moreno Silva posee además un registro particular de estudios histopatológicos, procedente de las biopsias que le remiten odontólogos de la propia región de Valparaíso. Este registro, al igual que el anterior, se hizo continuo y confiable a partir del año 2004.

De todo lo anterior surge la pregunta de investigación que sustenta el presente estudio: “¿Qué datos relevantes en cuanto a diagnósticos, localización de lesiones, distribución por sexo y por edad se presentan en ambos registros de informes histopatológicos entre los años 2004 y 2010?”. Y derivada de la pregunta anterior: “¿Son comparables los hallazgos con otros estudios similares?”.

Se estudiarán ambos registros en conjunto, con el propósito de sumar su casuística. Esto, debido a que ambos registros presentan cierta homogeneidad, ya que el histopatólogo que diagnostica es el mismo y porque se trata de casos institucionales y privados provenientes de la misma región.

II. Marco Teórico.

1. Análisis histopatológico.

La anamnesis y el examen clínico conducen hacia un diagnóstico que en la mayoría de los casos sólo se trata de una hipótesis diagnóstica.

Esta hipótesis debe ser contrastada con otros diagnósticos posibles, que tengan signos y síntomas similares, estableciendo lo que se conoce como diagnósticos diferenciales.

Como en muchos casos el análisis clínico no basta, se recurre a exámenes complementarios, que tienen como propósito pesquisar signos que no pueden ser detectados por los sentidos del tratante.

Entre los exámenes clínicos más utilizados están la radiología y otras imagenologías, los análisis bioquímicos, los cultivos microbiológicos y el análisis histopatológico, entre otros.

El análisis histopatológico consiste en observar y analizar las características histológicas de una muestra de tejido. Es sumamente útil, ya que muchas veces las lesiones en la cavidad oral presentan aspectos clínicos y radiológicos muy similares, por lo que un estudio de este tipo facilita enormemente el establecimiento de un diagnóstico correcto.

Para tal propósito, se obtiene un fragmento de tejido desde el organismo vivo, mediante un procedimiento quirúrgico conocido como biopsia.

El fragmento obtenido es sometido a múltiples etapas de procesamiento, tendientes a conseguir cortes teñidos con un grosor mínimo, que permita el paso de la luz, para que las estructuras histológicas y celulares sean visibles bajo el microscopio de luz convencional. En la tinción de estos cortes, en general, se utilizan tintes de rutina que permiten la diferenciación clara de las estructuras ya mencionadas, entre ellos la hematoxilina y la eosina.

Entonces, el histopatólogo interpreta los hallazgos histológicos encontrados y elabora un diagnóstico histopatológico, que se entrega al solicitante mediante un informe.

Este diagnóstico histopatológico, por lo general, es concluyente. En caso contrario, se debe escalar hacia otros procedimientos más complejos como la inmunohistoquímica o la inmunofluorescencia, otros inmunoensayos o análisis moleculares, incluidos los análisis de proteínas, RNA o DNA.

Las etapas que forman parte del análisis histopatológico y que se despliegan entre la biopsia y la gestación de un diagnóstico histopatológico, se describen a continuación.

2. Biopsia.

Se define por biopsia al procedimiento mediante el cual se obtiene una muestra de tejido, a partir de un organismo vivo, con el propósito de estudiarlo bajo microscopio (Marco, 2005).

Consiste en un examen complementario, que permite concluir el diagnóstico definitivo de una lesión sospechosa, cuando no es posible hacerlo a partir de sus características clínicas.

La observación microscópica de la muestra de tejido, permite determinar sus características histológicas, establecer su grado de diferenciación y su extensión o diseminación a otros tejidos.

Además la biopsia facilita el establecimiento de un pronóstico, facilita la determinación de tratamientos específicos, contribuye en la evaluación de la eficacia del tratamiento y constituye un documento con un significativo valor médico-legal (Seoane et al., 2008).

2.1. Indicaciones de la biopsia oral.

2.1.1. Lesiones de tejido blando.

Se indica una biopsia en caso de cualquier lesión o condición de la mucosa oral, donde no sea posible deducir el diagnóstico a partir de sus características clínicas.

Sin embargo, pese a la variada naturaleza de lesiones que pueden comprometer a la mucosa oral, muchas veces es posible determinar el diagnóstico de la lesión, sin la necesidad de biopsia.

De hecho, en general, para la mayoría de las lesiones orales, puede presuponerse un factor irritante local. Por eso, ante la evidencia de una lesión de naturaleza traumática, o bien, signos y síntomas de una infección, el clínico, muchas veces, tiene la información suficiente como para concluir un diagnóstico y, conforme a ello, proporcionar el tratamiento que corresponda.

En tales casos se recomienda controlar por un período de una o dos semanas. Si después de esas dos semanas la lesión persiste, se recomienda realizar la biopsia (Rosebush et al., 2010).

En contraste, en caso de desconocer la naturaleza de la lesión, la realización de la biopsia se vuelve inexcusable, en especial, ante sospecha de malignidad. Es decir, ante la evidencia de una leucoplaquia, una eritroplaquia o una úlcera de gran tamaño, urge la necesidad de biopsia.

Asimismo, pueden ser considerados objetos de biopsia aumentos de volumen y cambios persistentes en el color de la mucosa oral, así como también, cualquier masa indurada submucosa, que sea palpable bajo una mucosa de aspecto normal.

Por último, independientemente de cuán seguro esté el clínico de su diagnóstico, cualquier tejido removido debe ser sometido a estudio histopatológico (Rosebush et al., 2010).

2.1.2. Lesiones de tejido duro.

Son pocas las patologías óseas que pueden ser diagnosticadas a partir de sus características radiográficas. Algunas lesiones o condiciones, tales como la osteítis condensante o la displasia cemento ósea, tienen características radiográficas únicas, que permiten que algunos clínicos puedan reconocerlas sin la necesidad de realizar una biopsia (Rosebush et al., 2010).

Sin embargo, la mayoría de las lesiones óseas no pueden ser diagnosticadas exclusivamente mediante radiografía. La confirmación del diagnóstico, por lo tanto, depende de la biopsia y del posterior estudio histopatológico.

Signos y síntomas clínicos y radiográficos de patología ósea pueden alertar al clínico de la necesidad de biopsia. Entre ellos, la pérdida rápida de hueso, el ensanchamiento irregular del ligamento periodontal, la reabsorción radicular y la movilidad dentaria, en ausencia de trauma o de una fuente de inflamación identificable.

También se indica biopsia en caso de lesiones óseas acompañadas de dolor, alteraciones en la sensibilidad u otros síntomas, y en lesiones que muestren expansión rápida, como evidencia de sucesivas evaluaciones radiológicas (Mota-Ramírez et al., 2007).

2.1.3. Otras indicaciones de biopsia oral.

La biopsia oral también se utiliza como herramienta para confirmar el diagnóstico de ciertas enfermedades sistémicas como el lupus, el pénfigo vulgar, el pénfigoide cicatrizal o el Síndrome de Sjögren, donde, por ejemplo, se requiere la obtención de una muestra de glándulas salivales menores, a partir de la mucosa labial.

Asimismo, la biopsia oral se usa para complementar el diagnóstico de ciertas enfermedades de origen infeccioso como la sífilis o la tuberculosis, en adición a las pruebas específicas para cada una de ellas (Mota-Ramírez et al., 2007).

2.2. Contraindicaciones de la biopsia.

En general no existen contraindicaciones para realizar una biopsia. Sin embargo, existen situaciones en las que esta maniobra se complica.

Una de ellas es el compromiso sistémico. Sobre lo anterior, se sugiere tomar ciertos resguardos, en caso de pacientes con alguna enfermedad que pueda agravarse o donde pueda desarrollarse alguna complicación secundaria a la biopsia.

Tal es el caso de patologías como discrasias sanguíneas, enfermedad hepática o pacientes con tratamiento anticoagulante, donde se recomienda realizar la interconsulta con el médico tratante, o bien, realizar la biopsia a nivel hospitalario (Hernández et al., 2000).

De igual forma, la biopsia debe ser evitada en caso de lesiones localizadas en regiones muy profundas o en áreas de difícil acceso, donde la técnica quirúrgica resulte complicada o peligrosa, por el riesgo de daño a estructuras vecinas.

Las mismas consideraciones se aplican en caso de sospecha de lesiones vasculares, por el riesgo de sangrado masivo y persistente; lesiones compatibles con melanoma, por riesgo de diseminación de células tumorales; neurofibromas múltiples, por riesgo de transformación sarcomatosa; y tumores de glándulas salivales mayores, por riesgo de lesión de nervios (Mota-Ramírez et al., 2007).

Para evitar complicaciones, se recomienda que en tales casos la biopsia sea realizada por un cirujano especialista.

2.3. Tipos de Biopsias.

Existen muchas formas de clasificar a las biopsias. Entre ellas, destaca la clasificación de acuerdo con las características del tejido diana. En ella se definen dos tipos de biopsia, una biopsia directa, cuando la lesión se ubica superficialmente y es de fácil acceso, y una biopsia indirecta, cuando la lesión compromete planos profundos y está cubierta de mucosa de aspecto normal.

En general, las biopsias se pueden clasificar además según el material empleado, el tiempo clínico, la localización de la lesión, el procesamiento de la muestra y el objetivo de la biopsia (Mota-Ramírez et al., 2007).

Sin embargo, la clasificación más utilizada es de acuerdo con la técnica empleada. Según este ordenamiento, las biopsias se dividen en incisionales y excisionales.

2.3.1. Biopsia Excisional.

Consiste en la extirpación completa de la lesión, incluyendo márgenes de seguridad de tejido normal, tanto alrededor de la lesión, como en profundidad.

Está indicada en lesiones compatibles con papilomas, fibromas o granulomas. Además, se recomienda en caso de hemangiomas, para prevenir la hemorragia, y en melanomas, para evitar el riesgo de diseminación de células neoplásicas.

Como esta biopsia garantiza la extirpación de la lesión completa, incluyendo márgenes de seguridad, suele constituir el tratamiento definitivo de la lesión y puede ser curativa, en caso de que el diagnóstico histopatológico sea de benignidad.

2.3.2. Biopsia Incisional.

Consiste en la remoción de un fragmento representativo de la lesión y de una parte de tejido sano.

Está indicada especialmente en lesiones difíciles de extirpar, por su gran tamaño o por presentarse en zonas de difícil acceso. Además, se recomienda en caso de sospecha de lesión premaligna o maligna.

Si la lesión es muy extensa se pueden tomar diferentes muestras en distintas localizaciones. En este caso, cada una de estas muestras debe ser enviada por separado, en contenedores adecuadamente rotulados.

A diferencia de la biopsia excisional, su objetivo es fundamentalmente diagnóstico, no terapéutico.

2.4. Técnica de Biopsia Oral.

Para facilitar el estudio histopatológico es primordial que la biopsia permita la obtención de una muestra de tejido adecuada. Vale decir, el clínico debe remover una muestra razonablemente grande. Esto se debe a que las muestras que son muy pequeñas o superficiales, pueden ser insuficientes para establecer una interpretación microscópica precisa. Además, son difíciles de orientar, lo que se traduce en una complicación al momento de seccionar el tejido y montar la muestra en un portaobjetos.

Es por esto que la técnica de biopsia oral debe ser la apropiada. Autores como Oliver et al. (2004) plantean lineamientos para la realización de una biopsia oral, que se describen en la siguiente tabla:

Diagnóstico Clínico	Tipo de Biopsia
Úlcera Crónica	Biopsia incisional de los márgenes de la úlcera.
Carcinoma Espinocelular	Biopsia incisional de los márgenes de la úlcera.
Leucoplaquia o Eritroplaquia	Biopsia incisional en la zona más afectada. Considerar múltiples biopsias si la lesión es de gran tamaño.
Liquen Plano Oral	Biopsia incisional de una zona representativa de la lesión.
Lesiones Bulosas como Pénfigo o Penfigoide	Biopsia incisional de mucosa no afectada cercana a la bula o erosión, además de una muestra de tejido sano.
Mucocele	Biopsia excisional cuidadosa.
Papiloma	Biopsia excisional.
Granuloma Piógeno	Biopsia excisional.
Tumor de Glándulas Salivales Menores	En paladar: biopsia incisional profunda. En labio inferior: biopsia excisional.

Tabla I. Guías para una biopsia oral apropiada.

2.4.1. Instrumental.

La instrumentación usada para la obtención de la muestra es de suma importancia. Al respecto, la biopsia con bisturí concede una muestra de tejido óptima, con distorsión mínima. El calor producido por láser y electrocauterizadores a menudo distorsiona la muestra, haciendo el diagnóstico más difícil (Mota-Ramírez et al., 2007).

Los demás instrumentos que se necesitan para la realización de una biopsia corresponden a la que se usan comúnmente en cirugía.

2.4.2. Anestesia.

Se sugiere el uso de anestesia con vasoconstrictor, para minimizar el riesgo de hemorragia, especialmente en tejidos altamente vascularizados como lengua o labios.

La anestesia no debe ser aplicada sobre la muestra que se va a extraer, ya que puede generar alteraciones en el tejido. Por lo tanto, debe ser suministrada con una separación de al menos tres o cuatro milímetros de la zona (Mota-Ramírez et al., 2007).

2.4.3. Exéresis.

Se deben seleccionar muy bien las zonas de la lesión donde se tomarán las muestras para que éstas sean representativas de la lesión.

Una lesión sospechosa, particularmente una de gran tamaño, a menudo varía en su severidad dependiendo del sitio. Por ejemplo, la misma lesión puede corresponder en un sitio a carcinoma espinocelular levemente diferenciado y en otro a displasia epitelial moderada (Poh et al., 2008).

Por lo tanto, una biopsia apropiada debe incluir la peor parte de la lesión. Esto se determina conforme a su aspecto clínico. Las áreas de leucoplaquia o eritroplaquia, generalmente se corresponden con la peor parte de la lesión. El uso de azul de toluidina ayuda a seleccionar el sitio de biopsia, debido a que esta tinción es capaz de identificar las zonas con alto riesgo de sufrir cambios displásicos (Seoane et al., 2008).

Una vez que se define el sitio de biopsia, la muestra debe ser obtenida mediante un corte limpio y profundo. Se incide sobre tejido sano, tanto en superficie como en profundidad, siempre que no exista riesgo de lesionar estructuras anatómicas vecinas.

En biopsias excisionales se debe palpar meticulosamente la lesión para precisar su profundidad y la incisión debe exceder levemente la profundidad total de la lesión.

En biopsias incisionales la profundidad debe ser suficiente como para obtener una muestra que incluya al epitelio y a una porción del tejido conjuntivo subyacente.

La incisión debe incorporar una parte significativa de tejido sospechoso y también una parte de tejido normal adyacente.

2.4.4. Sutura.

Luego del acto quirúrgico, se realiza hemostasia. Generalmente, los labios de la herida deben ser unidos por sutura. Cuando se obtuvo la muestra a partir de las encías o el paladar, donde el cierre de la incisión resulte difícil, se puede esperar que cicatrice por segunda intención (Mota-Ramírez et al., 2007).

2.5. Preparación de la muestra.

Cuando se ha obtenido la muestra, se deben eliminar los restos de sangre con suero fisiológico y sumergir el tejido en un frasco con una solución fijadora. El volumen del fijador debe ser 40 a 50 veces mayor que el volumen de la muestra (Hib, 2001).

El frasco debe estar rotulado con los datos del paciente y el tipo de solución fijadora. Si las muestras son varias, deben ser enviadas en frascos individuales etiquetados con la localización de donde proviene la muestra.

Se debe redactar un informe, donde se especifiquen la mayor cantidad de datos, para facilitar el estudio histopatológico. Este documento, como mínimo, debe incluir la identificación del paciente, la descripción clínica de la lesión y el diagnóstico presuntivo.

3. Preparación de los tejidos biopsiados.

La biopsia se debe procesar para que se pueda efectuar su estudio microscópico. Para ello se utiliza, con mayor frecuencia, la metodología clásica de la técnica histológica, en la que se preparan los fragmentos de tejidos para obtener cortes de espesor adecuado, para que una vez coloreados sean observables al microscopio (Pezza, 2007).

Casi todos los componentes de las células y de la matriz extracelular son transparentes. Para contrarrestar esta limitación se emplean colorantes, que tiñen a los componentes celulares y extracelulares con cierta especificidad.

Sin embargo, la mayoría de los colorantes son tóxicos, por lo que no pueden ser aplicados sobre células vivas. Por tal motivo, antes de ser teñidos, los tejidos son fijados, incluidos y cortados.

3.1. Fijación.

La fijación del tejido es esencial para preservar la morfología y la composición química de las células. Consiste en la muerte los tejidos conservando las estructuras celulares con un mínimo de artificios (Hib, 2001).

Las células se matan con el fin de detener los procesos celulares dinámicos con la mayor rapidez posible y mantener la estructura con mínimas modificaciones.

En el proceso de fijación se estabilizan las proteínas, porque los fijadores favorecen la formación de enlaces cruzados entre ellas. De esta manera se mantienen las relaciones entre las estructuras, tal como en la célula viva.

Las proteínas solubles se unen a las estructurales y se transforman así en insolubles. Al mismo tiempo se produce una inactivación de las enzimas celulares, las cuales de otro modo iniciarían la autólisis y conducirían a la degeneración post mortem. Además se eliminan las bacterias y muchos otros microorganismos, que podrían destruir el tejido.

La elección del fijador depende del estudio. La formalina al 10% es el fijador más utilizado y es la solución indicada para el envío de las muestras para análisis histopatológico (Pezza, 2007).

También puede utilizarse alcohol etílico al 70%, pero produce la deshidratación brusca del tejido, dificulta la tinción y no es bueno para fijar el tejido conectivo (Pezza, 2007).

Algunas técnicas, como la microscopía electrónica y las técnicas de inmunohistoquímica, se invalidan con este método de fijación. El fijador de elección en microscopía electrónica es el glutaraldehído al 3%, mientras que en las técnicas inmunohistoquímicas suele usarse formaldehído tamponado.

3.2. Inclusión.

Una vez que el tejido está estable, es necesaria su inclusión en bloques de estudio para conferirle cierta resistencia. Esto, con el propósito de obtener cortes finos de la muestra. Además la inclusión permite conservar el tejido que no se usa, lo cual es sumamente útil para el desarrollo de estudios posteriores.

Si el tejido va a ser teñido con métodos convencionales, se suele incluir en parafina, que es sólida a temperatura ambiente pero funde entre los 50 °C y 60 °C. Para microscopía electrónica lo usual es la inclusión en resinas de metacrilato.

Dado que la parafina es insoluble en agua, el tejido debe ser previamente deshidratado, para lo cual se sumerge en alcohol etílico en graduaciones crecientes (70°, 90°, 96° y 100°).

Como la parafina es además insoluble en alcohol, éste debe ser reemplazado por otro líquido intermediario, generalmente xileno, una sustancia que es miscible con la parafina fundida. El tejido al ser bañando en xileno se torna transparente, debido a esto, esta etapa se conoce como aclaramiento (Gartner & Hiatt, 2002).

Entonces, la pieza se sumerge en un recipiente con parafina en estado líquido, hasta que los espacios del tejido, que originalmente estaban llenos de agua, se infiltran por completo. Al enfriarse se convierte en un bloque sólido, llamado comúnmente taco, con el tejido solidificado en su interior.

Cabe señalar que mediante la inclusión se pierde toda el agua así como la mayoría de moléculas libres como péptidos pequeños o azúcares sin unión a proteínas estructurales. Además, como los alcoholes son desengrasantes, se pierden también las estructuras lipídicas como las membranas biológicas. Permanece sólo lo más estable, es decir, las proteínas estructurales.

En consecuencia, lo que se observa en la histopatología microscópica óptica convencional, son sólo proteínas teñidas, no el tejido como es realmente.

3.3. Sección.

El taco se corta mediante el micrótopo, un instrumento que está provisto de una cuchilla muy afilada y regulable en grosor (Pezza, 2007).

El micrótopo permite obtener láminas de 5 a 10 micrones de espesor, suficientemente delgadas como para que la luz pueda atravesarlas (Gartner & Hiatt, 2002).

Cada corte es montado sobre un portaobjetos y despojado de la parafina mediante baños de xileno. Luego, debido a que los colorantes que se emplean son hidrosolubles, el xileno debe ser eliminado sumergiendo la muestra en alcohol de graduaciones decrecientes y finalmente en agua pura.

3.4. Coloración.

Aunque existen varios tipos de colorantes, para observar los múltiples componentes de células y tejidos, éstos pueden agruparse en tres grupos:

1. Colorantes que diferencian los componentes ácidos y básicos de la célula.
2. Colorantes que distinguen los componentes fibrosos de la matriz extracelular.
3. Sales metálicas que se precipitan en el tejido y forman depósitos de metales.

Sin embargo, en general, los colorantes más utilizados en histología son los del primer grupo, y entre ellos, especialmente la tinción hematoxilina-eosina.

La hematoxilina es una base que tiñe de un color violeta intenso, los componentes ácidos de los tejidos, como el núcleo y las regiones del citoplasma ricas en ribosomas.

La eosina, en cambio, es un ácido que tiñe con distintas tonalidades de rojo, los componentes básicos, como el citoplasma, y la matriz extracelular.

En general, los componentes celulares y extracelulares que se tiñen con colorantes básicos, como la hematoxilina, se denominan basófilos y los que se tiñen con colorantes ácidos, como la eosina, se denominan acidófilos.

4. Microscopía.

La observación de las estructuras biológicas se ve dificultada debido a que las células son muy pequeñas y transparentes (De Robertis & Hib, 2004).

A simple vista el ojo humano puede discriminar sólo entre dos puntos separados por más de 0,1 milímetros. Sin embargo, la mayoría de las células son mucho más pequeñas (Hib, 2001).

Por tales motivos, el estudio celular depende del desarrollo de instrumentos y técnicas que permitan visualizar los detalles aumentados de la estructura celular.

En ese sentido, gran parte del conocimiento que disponemos sobre biología celular se lo debemos fundamentalmente al uso del microscopio.

Existen varios tipos de microscopios, no obstante, el más utilizado en histopatología es el microscopio óptico.

4.1. Microscopio óptico.

El microscopio óptico fue la primera herramienta de los citólogos y continúa teniendo un rol fundamental en el estudio de la estructura celular (Becker et al., 2006).

En la actualidad, la mejora de la óptica y la generación de lentes más sofisticadas han permitido la visualización de detalles, aumentando los objetos hasta unas mil veces.

Los adelantos de la microscopía han permitido el uso de instrumentos con amplio poder de resolución y de técnicas que aumentan el contraste de sus estructuras (De Robertis & Hib, 2004).

4.2. Partes del Microscopio Óptico.

El microscopio óptico posee una parte mecánica y una parte óptica. La parte mecánica es a la vez la montura del microscopio. La parte óptica está compuesta por un aparato de iluminación y dos sistemas de lentes convergentes, llamados objetivo y ocular.

4.2.1. Parte Mecánica:

- Base: sostiene al resto del instrumento, por lo que es pesada y amplia.
- Soporte: sustenta al tubo y a los mecanismos de movimiento.
- Tubo: es un cilindro hueco unido al soporte por una cremallera. En su extremo superior se hallan los oculares y en su extremo inferior se encuentra el revólver.
- Revolver: Aparato que contiene los objetivos.

- Mecanismos de traslación de la muestra: sirven para enfocar el objeto y son de dos tipos, uno rápido y otro lento. Ambos se accionan mediante dos tornillos, conocidos como macrométrico y micrométrico.
- Platina mecánica: tiene por finalidad sostener el objeto que se observa. En su centro posee un orificio que permite el paso de los rayos de luz procedentes del aparato de iluminación, situado debajo de la platina.
- Portamuestra: pieza de la platina, que fija un vidrio delgado sobre el que se apoya el preparado, conocido como portaobjetos.
- Subplatina: sostiene el aparato de iluminación. Uno de sus componentes, el condensador, puede desplazarse verticalmente mediante un tornillo acoplado a una cremallera, por lo tanto, puede ser tanto alejado como acercado del preparado.

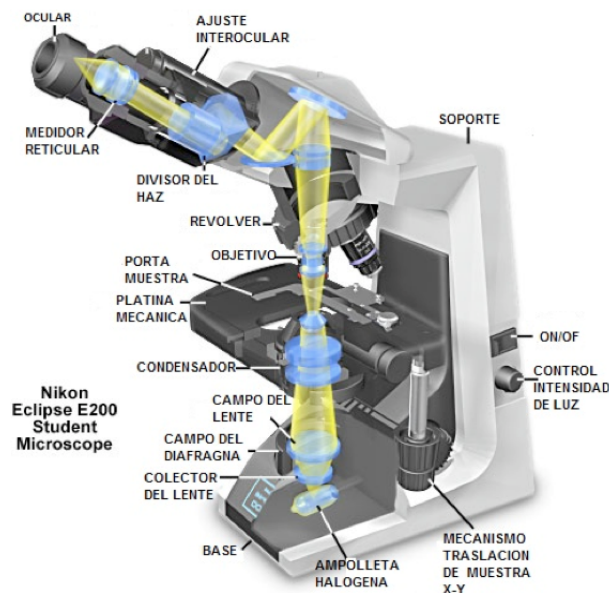


Figura 1. Partes de un microscopio óptico marca Nikon, modelo Eclipse E200.

4.2.2. Parte Óptica:

- **Objetivo:** son varias lentes atornilladas al revólver. Cada uno consta de un sistema de lentes convergentes que da una imagen real, aumentada e invertida del objeto, que se forma a la altura del diafragma del ocular.
- **Ocular:** está compuesto por un diafragma, una lente inferior y una superior. La inferior recibe la imagen que forma el objetivo, la refracta y genera una imagen más pequeña, a nivel del diafragma. La superior actúa como una lupa, que produce una imagen virtual, aumentada y coincidente con la orientación original.
- **Ajuste interocular:** permite ajustar la distancia entre oculares a la longitud entre los ojos, moviendo la base de los oculares hasta ver una imagen única.
- **Fuente de luz:** es provista por una ampolleta halógena empotrada en la base.
- **Condensador:** consta de un sistema de lentes convergentes que concentra los rayos de luz sobre el preparado.
- **Diafragma:** sirve para graduar la cantidad de rayos que llegan al preparado.
- **Control de intensidad de luz:** usado para controlar la intensidad de iluminación.

4.3. Funcionamiento del Microscopio Óptico.

Los rayos luminosos provenientes de la fuente de luz pasan a través del condensador, que tiene lentes que dirigen los rayos de luz a través de la muestra.

Los rayos de luz procedentes de la muestra son conducidos por la lente objetivo, que es la más próxima a la muestra, para formar una imagen real amplificada del objeto dentro de la columna del microscopio.

La imagen formada por la lente objetivo se emplea entonces como objeto por un segundo sistema de lentes, la lente ocular, que forma una imagen virtual amplificada.

Un tercer sistema de lentes, localizado enfrente del ojo, usa como objeto la imagen virtual producida por la lente ocular para generar una imagen real sobre la retina (Karp, 2005).

Cuando se gira el botón para enfocar el microscopio de luz, la distancia relativa entre la muestra y el lente objetivo cambia permitiendo que la imagen final se enfoque sobre el plano de la retina.

La amplificación total de la imagen es el producto del aumento de las lentes individuales. Si la lente objetivo aumenta 100 veces (100x) y la lente ocular aumenta 10 veces (10x), el aumento final registrado por el ojo humano será de 1000 veces (Berk, 2005).

5. Informe Histopatológico.

La interpretación de los hallazgos que se obtienen a partir de la observación de la muestra bajo microscopio, permite al patólogo concluir un diagnóstico histopatológico.

Este diagnóstico se formula por escrito en un documento, que se envía al solicitante, conocido como informe histopatológico.

El informe guía el tratamiento, determina los requerimientos para una cirugía posterior, hospitalización, quimioterapia y otros tratamientos.

Debido a este impacto, un informe histopatológico debe estar formulado de manera tal, que se facilite la interpretación de la información que provee. Para ello, se recomienda que el patólogo se guíe por protocolos estandarizados (Goldsmith, 2008).

Pese a esto, existen muchas variaciones entre los informes, dependiendo de los diferentes servicios.

Sin embargo, en general, dentro de un informe histopatológico se reconocen cinco partes:

1. Información estadística.
2. Historia clínica.
3. Descripción macroscópica.
4. Descripción microscópica.
5. Diagnóstico histopatológico.

Para chequear dos ejemplos de informes histopatológicos ver anexos I y II.

5.1. Información estadística.

Se presenta en la parte inicial del informe, de manera que sea fácil de identificar. Este apartado incluye las identificaciones de la institución, caso, paciente y solicitante.

5.1.1. Identificación de la institución:

Corresponde al nombre, dirección y teléfono de la consulta o servicio. Asimismo, incluye el nombre del patólogo responsable del informe.

5.1.2. Identificación del caso:

Comprende al número de placa, el número de ficha o de presupuesto, las fechas de recepción de la biopsia y la fecha de la toma de biopsia.

El número de placa es único para cada muestra y debe ser colocado en un lugar visible para facilitar la identificación.

5.1.3. Identificación del paciente:

Consiste en los datos personales del paciente. Es decir, información sobre el nombre, R.U.T., edad, género, dirección y teléfono.

5.1.4. Identificación del solicitante:

Corresponde al nombre del clínico que solicita el estudio histopatológico y de los demás responsables de la atención del paciente.

5.2. Antecedentes clínicos.

Son datos que conducen a facilitar el diagnóstico elaborado por el patólogo. En esta sección pueden incluirse antecedentes mórbidos del paciente e informarse sobre el envío de exámenes complementarios, como radiografías, si han sido adjuntadas a la biopsia.

Sin embargo, los antecedentes más importantes, que deben formar parte de esta sección, son la historia clínica de la lesión y el diagnóstico clínico.

5.2.1. Historia clínica de la lesión:

Se refiere a los antecedentes clínicos específicos de la lesión. Consiste en describir detalladamente las características que se pesquisan en el examen clínico.

Se debe caracterizar a la lesión, definiendo su forma, localización, límites, color, tamaño, consistencia, textura y número, entre otras características.

Asimismo, en esta sección se debe especificar claramente la localización de donde se obtuvo cada muestra, en caso de enviarse más de una.

Por último, se debe indicar el tipo de biopsia que se realizó y el procedimiento de fijación que se prefirió para la conservación de la muestra.

5.2.2. Diagnóstico clínico:

Es el diagnóstico presuntivo o hipótesis diagnóstica que formula el clínico tratante, en atención a las características clínicas de la lesión.

5.3. Examen macroscópico.

Es una descripción de los aspectos macroscópicos más relevantes de la muestra recibida. Esta descripción se realiza con la muestra fijada, previo a su procesamiento. Incluye las características que se pueden reconocer a simple vista. Entre ellas:

1. Número de muestras.
2. Tamaño.
3. Forma.
4. Color.
5. Consistencia.
6. Aspecto o textura superficial.

5.4. Examen microscópico.

Consiste en una descripción detallada de los hallazgos microscópicos encontrados como resultado de la observación de la placa histológica. Esta descripción se realiza a partir de una placa teñida que se obtuvo gracias al procesamiento de la muestra.

5.5. Diagnóstico histopatológico.

La última sección del informe consiste en el diagnóstico histopatológico. Éste corresponde al tipo o tipos de procesos patológicos presentes.

En caso de haber más de una muestra, se deben enumerar claramente los diferentes diagnósticos para cada una de ellas.

El diagnóstico debe ser cuidadosamente formulado, conforme a clasificaciones aprobadas y actualizadas.

El diagnóstico histopatológico no siempre se corresponde con el diagnóstico anatómico. Pese a que muchas veces signifiquen lo mismo, la nomenclatura suele ser diferente. Por lo tanto, para facilitar la interpretación, generalmente el patólogo incorpora un diagnóstico anatómico compatible con el diagnóstico histopatológico.

Al final del diagnóstico, se agregan observaciones e indicaciones al clínico, que sirven para guiar el tratamiento.

El diagnóstico debe ir acompañado de la fecha en que se realizó y de la firma del patólogo responsable.

6. Bases de datos.

Para efectos de control, estudio y mantención de un registro de los informes que elabora un servicio de histopatología, éstos pueden ser almacenados en una base de datos (ver anexo III).

Una base de datos es una recolección de información, en forma ordenada, que se almacena de manera sistemática (Silberschatz et al., 2002).

En la actualidad, debido al gran desarrollo tecnológico, la mayoría de las bases de datos están en formato electrónico. Es decir se almacenan los datos de manera digital, evitándose la problemática de su almacenamiento (Quintana, 2003).

Los datos se guardan en un programa de computación, que permite que la información pueda ser utilizada posteriormente, seleccionando rápidamente los datos que deseemos (Silberschatz et al., 2002).

Las bases de datos son ampliamente utilizadas en entornos científicos con el objeto de almacenar la información experimental.

Existen diferentes maneras de organizar la información, sin embargo, los modelos más utilizados se conocen como bases de datos relacionales.

6.1. Bases de datos relacionales.

Es el modelo que se utiliza en la actualidad para representar problemas reales y administrar datos de manera más dinámica. (Silberschatz et al., 2002).

En el modelo relacional la información puede ser recuperada o almacenada mediante consultas que ofrecen una amplia flexibilidad para administrar la información.

Estas bases de datos almacenan toda la información mediante tablas. Una tabla es un conjunto de datos que se distribuyen en columnas y filas. Cada columna se conoce como campo y cada fila se denomina registro.

Un campo corresponde a la unidad mínima de información en una base de datos. Se determinan premeditadamente, dependiendo de la información que se necesite obtener de la tabla. Por ejemplo, en este tipo de bases de datos, son comunes los campos: nombre, sexo, edad, entre otros.

Cada registro de la tabla contiene el mismo número de columnas, por lo que se puede almacenar información sobre cada campo.

6.2. Microsoft Access.

Es un componente de la suite Microsoft Office. Es un programa utilizado en los sistemas operativos Microsoft Windows, para la gestión de bases de datos.

Fue creado para ser utilizado en entornos pequeños. Nos permite elaborar bases de datos relacionales. Además, estas bases de datos pueden ser consultadas por otros programas.

Este programa permite crear consultas sobre datos específicos, informes para presentar la información y formularios para introducir datos (Quintana, 2003).

6.2.1. Consulta.

Constituyen un recurso práctico para obtener información específica contenida en la base de datos. Con ella podemos elegir campos específicos de la tabla, seleccionar información mediante criterios, mostrar la información en varios órdenes, calcular totales, crear formularios e informes, y crear otras consultas y gráficos (Alloza, 2003).

6.2.2. Informe.

Es un documento que nos sirve para obtener información con la cual podemos comparar, resumir y obtener grandes conjuntos de datos. Esto sirve para presentar la información en un atractivo diseño de impresión.

Se pueden crear informes que incorporen cálculos, los cuales serán en base a los datos que presente la tabla, pudiendo mostrar resultados totales o promedios (Quintana 2003).

6.2.3. Formulario.

Es una herramienta que sirve para añadir los datos en más de una tabla al mismo tiempo. También permite ver y modificar los datos existentes, e imprimir los datos de una tabla.

Los formularios pueden ser simples o más elaborados, pudiendo incluir gráficos, líneas y otros muchos elementos que faciliten la introducción de datos.

7. Estudios similares.

Diversos autores han documentado la frecuencia de lesiones orales, utilizando los registros histopatológicos elaborados por distintos servicios de patología oral alrededor del mundo.

Entre ellos destacan estudios históricos realizados en EE.UU (Bhaskar, 1968; Rossi & Hirsh, 1977; Weir et al., 1987) y otros contemporáneos, desarrollados en Reino Unido (Jones & Franklin, 2006) y Latinoamérica (Ovalle, 2000; Aldape et al., 2007; Moret et al., 2007; Romero & Sepúlveda, 2010).

En el estudio desarrollado por Weir et al. (1987) se analizaron los informes histopatológicos que se elaboraron a partir de 15783 biopsias, recibidas por el Servicio de Biopsia Oral de la Escuela de Odontología de la Universidad Estatal de Luisiana. Los diagnósticos más frecuentes fueron fibroma, granuloma periapical, mucocele, periodontitis y quiste radicular. Las lesiones se presentaron más en mujeres y en la sexta década de vida.

De los estudios más recientes sobre la materia, destaca uno desarrollado en Reino Unido por Jones & Franklin (2006), donde se analizaron los registros de 44000 biopsias, recibidas en los hospitales de Sheffield y de las regiones de Yorkshire y East Midlands. En dicho estudio, los diagnósticos histopatológicos más frecuentes fueron hiperplasia fibrosa, granuloma periapical, quiste periapical, liquen plano e hiperqueratosis. El sexo más afectado fue el femenino.

En México, Ovalle (2000) analizó 1047 registros histopatológicos, emanados por el Centro Universitario Regional de Patología Oral (CUREPO), a partir de biopsias enviadas por universidades de la región y consultas privadas. Se diagnosticaron 300 lesiones diferentes, de las cuales, las más frecuentes fueron granuloma periapical, quiste periapical y fibroma. Predominó el sexo femenino y los pacientes entre 20 y 29 años.

Otro estudio interesante, también realizado en México, desarrollaron Aldape et al. (2007). En éste se analizaron 3293 reportes histopatológicos realizados por un laboratorio de patología bucal, durante un período de 5 años. Se encontraron 357 lesiones diferentes, de las cuales, las más frecuentes fueron hiperplasia fibrosa, granuloma periapical y mucocele. Las mujeres y los pacientes entre 10 y 29 años fueron los más afectados.

Romero & Sepúlveda (2010) analizaron 2183 informes histopatológicos, almacenados durante 20 años, que se realizaron en el Departamento de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León en México. Las lesiones de tejido blando más frecuentes fueron fibroma, granuloma piógeno y mucocele, mientras que las de tejido óseo fueron granuloma periapical y quiste periapical. La mayoría correspondió a sexo femenino.

Un estudio realizado por Moret et al. (2006) analizó 2251 registros histopatológicos practicados por el Laboratorio de Histopatología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Los diagnósticos más frecuentes fueron leucoplasia, hiperplasia fibrosa y fibroma traumático. Las mujeres y los pacientes entre 20 y 29 años fueron los más afectados.

Por otra parte, Tay (1999) determinó la frecuencia de lesiones a partir de 1986 reportes histopatológicos realizados por un centro de cirugía oral en Singapur. Los

diagnósticos más comunes fueron épulis fibroso, granuloma periapical, mucocele, quiste radicular y liquen plano.

En otro estudio realizado por Nakade et al. (1989) se analizaron 503 informes histopatológicos desarrollados por el Departamento de Patología Oral de la Escuela de Odontología de la Universidad de Higashi-Nippon-Gakuen. Los diagnósticos más frecuentes fueron quiste radicular, granuloma periapical y fibroma.

Satorres et al. (2001) revisaron 205 informes de pacientes a los que se les efectuó una biopsia de una lesión en la cavidad bucal. Las lesiones más frecuentes fueron quiste radicular, granuloma periapical y fibroma.

En Chile no existen suficientes estudios de este tipo. La única evidencia la constituye, una investigación desarrollada por Carrasco (2003), donde se analizaron 858 informes histopatológicos procedentes por la Unidad de Anatomopatología del Hospital Regional de Talca y del Hospital Base de Curicó. En dicho estudio, los diagnósticos más frecuentes fueron pseudofibroma irritativo, mucocele, granuloma piógeno, carcinoma espinocelular y adenoma pleomorfo. Las lesiones afectaron más al sexo femenino y al grupo etario entre los 20 y 64 años.

Otro estudio desarrollado en Chile, fue el realizado por Espinoza et al. (1999), quienes analizaron 912 registros histopatológicos emanados del Instituto de Referencia de Patología Oral (IREPO). Sin embargo, en este estudio se analizaron sólo los registros que correspondían a lesiones de la mucosa oral en adultos mayores. El mayor número de lesiones se presentó en mujeres y afectó a los carrillos. Los diagnósticos más frecuentes fueron hiperplasia fibrosa, carcinoma espinocelular y granuloma piógeno.

III. Objetivos.

Objetivo General

Describir la distribución de diagnósticos histopatológicos, su localización intraoral, edad y sexo en dos series de registros de informes histopatológicos combinadas.

Objetivos Específicos

- Determinar la distribución de frecuencias de las lesiones diagnosticadas.
- Describir la distribución topográfica intrabucal de las lesiones diagnosticadas más frecuentes.
- Describir la distribución de las lesiones diagnosticadas más frecuentes, según sexo.
- Describir la distribución etaria de las lesiones diagnosticadas más frecuentes.

IV. Materiales y métodos.

1. Generalidades del estudio.

El presente es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, que analizó en conjunto dos series diferentes de registros histopatológicos almacenados en bases de datos computacionales, una procedente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, que a partir de ahora se denominará “Serie UV”, y otra proveniente de la Clínica Privada del Dr. Ricardo Moreno Silva, que en adelante se conocerá como “Serie RM”. La metodología utilizada para la realización de este estudio, respetó las normas establecidas por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

2. Universo y muestra.

2.1. Universo.

Corresponde a los registros completos de informes histopatológicos que emanan tanto del Servicio de Histopatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso como del Servicio de Histopatología de la consulta dependiente del Dr. Ricardo Moreno Silva, entre los años 2004 y 2010.

2.2. Muestra.

Nuestro estudio realizó un censo de los registros de informes histopatológicos de ambas series entre los años 2004 y 2010.

3. Sujeto o unidad de estudio.

Nuestras unidades de estudio fueron los informes histopatológicos de ambas series de registros.

3.1. Criterios de inclusión.

Informes histopatológicos de ambas series de registros, realizados entre los años 2004 y 2010.

3.2. Criterios de exclusión.

Informes histopatológicos de ambas series realizados entre los años 2004 y 2010, cuyos diagnósticos no pudiesen ser corroborados. Esto, debido a que no se presentaba la placa histológica, o bien, el taco correspondiente.

Informes histopatológicos de ambas series realizados entre los años 2004 y 2010, que se encontraban duplicados o que correspondían a la corroboración diagnóstica de la pieza operatoria final, cuando ya existía diagnóstico histopatológico a partir de una biopsia previa.

Informes histopatológicos de ambas series realizados entre los años 2004 y 2010, que no correspondieran a tejido humano (un caso).

Informes histopatológicos de ambas series realizados entre los años 2004 y 2010, desarrollados a partir de biopsias obtenidas fuera de la cavidad oral.

Informes histopatológicos de ambas series realizados entre los años 2004 y 2010, que correspondieran a tejidos sanos o normales.

4. Instrumentos de medición y/o análisis.

4.1. Software.

Los registros histopatológicos estaban almacenados en una base de datos de Microsoft Access 2007. Los datos fueron exportados a Microsoft Excel 2007, para su análisis estadístico y la elaboración de tablas y gráficos.

5. Metodología.

5.1. Selección de informes para estudio.

Se consideraron todos los informes histopatológicos de ambas series, realizados entre los años 2004 y 2010. Se aplicaron los criterios de exclusión expuestos anteriormente, con lo que se obtuvieron los informes histopatológicos que se utilizaron para este estudio.

5.2. Determinación y definición operacional de variables.

De los informes histopatológicos seleccionados de ambas series, se utilizaron los datos de los siguientes campos o variables para el desarrollo del estudio:

- Diagnóstico histopatológico.
- Localización de la lesión.
- Sexo.
- Edad.

Para evitar duplicados, sesgos o errores en la información se utilizaron los siguientes campos adicionales:

- Número de placa histológica.
- Nombres y apellidos del paciente.
- R.U.T.

5.2.1. Definición operacional de la variable diagnóstico histopatológico.

Es una variable cualitativa, medida en escala nominal. Debido a la diversidad y dispersión de los datos de esta variable, la definición operacional de cada uno de los diagnósticos se definió clasificándolos de acuerdo con el tipo de tejido afectado, desde un punto de vista anatómico-topográfico.

Todos los diagnósticos observados se ordenaron en los siguientes cuatro grupos:

- A. Patología de la mucosa.
- B. Patología de los huesos maxilares.
- C. Patología de las glándulas salivales.
- D. Patología dentoalveolar.

Además, estos grupos se subdividieron según características en común. De esta forma, todos los diagnósticos se agruparon en once categorías. Esta clasificación ocupa los mismos criterios que se emplean clásicamente en la literatura sobre patología oral. (Neville, 2009; Cawson, 2008; Regezi, 2008; Barnes, 2005; Saap, 2005).

La definición operacional de cada uno de los diagnósticos, ordenados por grupos, se detalla a continuación:

A. Patología de la mucosa.

La primera categoría comprende a las lesiones que comprometen a la mucosa oral. Éstas se dividen en tres subgrupos, que se diferencian por el tipo de tejido afectado, su ubicación histológica-topográfica y su patogenia. Éstos son:

A.1. Patología epitelial-melánica:

Dentro de este subgrupo se ubican las lesiones que afectan a células que son propias del epitelio (queratinocitos) o están asociadas a él (melanocitos). Forman parte de esta categoría los siguientes diagnósticos:

- Hiperplasia Epitelial o Hiperqueratosis Friccional: engrosamiento reactivo del epitelio, en base a su capa espinosa (acantosis) o córnea (hiperqueratosis).
- Displasia Epitelial: alteración premaligna de células y/o arquitectura epitelial.
- Papiloma o Verruga Vulgar: alteración de la arquitectura epitelial debido a infección del epitelio por el Virus Papiloma Humano.
- Nevus: agrupación malformativa de melanocitos.
- Hipermelanosis: hiperfunción de melanocitos con hiperproducción de melanina.

Asimismo, forman parte de este grupo las neoplasias malignas de origen epitelial. Entre éstas se encuentran los siguientes diagnósticos:

- Carcinoma Verrucoso: neoplasia maligna epitelial, sin invasión a conjuntivo.
- Carcinoma Espinocelular: neoplasia maligna epitelial con invasión a conjuntivo.

A.2. Patología del tejido conjuntivo, nervioso, vascular y muscular:

En este subgrupo se consideran a las patologías que comprometen tanto a los tejidos blandos del corion subepitelial como los tejidos de la submucosa. Se incluye tejido conjuntivo, nervioso, vascular y muscular liso o estriado. Corresponden a esta categoría las siguientes patologías:

- Hiperplasia Fibrosa: aumento de volumen de mucosa reactivo a inflamación y traumatismo crónico en base a tejido fibroso, más fibrilar que celular.
- Fibroma de Células Gigantes: aumento de volumen de mucosa de origen desconocido en base a tejido fibroso, con abundantes fibroblastos grandes y de morfología estrellada o triangular.
- Granuloma Piógeno: aumento de volumen de mucosa reactivo a inflamación en base a tejido vascular y fibroso, ulcerado y muy inflamado.
- Granuloma Periférico de Células Gigantes: aumento de volumen de mucosa de origen no preciso, probablemente inflamatorio, con abundantes células gigantes multinucleadas de tipo osteoclastico, en estroma muy vascular y hemorrágico.
- Fibroma Osificante Periférico: aumento de volumen de mucosa de origen no preciso en base a tejido fibroso y presencia de tejido calcificado en su interior.
- Argirosis: acumulación traumática de trazas de metal en el tejido conjuntivo.
- Mucositis Inespecífica: inflamación indeterminada de la mucosa.
- Cicatriz Fibrosa: fibrosis del tejido conectivo posterior a inflamación crónica.
- Neurofibroma: fibrosis post traumática o de origen desconocido de tejido asociado al tejido nervioso.
- Neuroma: neoplasia benigna de tejido asociado al tejido nervioso.
- Lipoma: neoplasia benigna de tejido adiposo.
- Hemangioma: malformación de tejido vascular sanguíneo.
- Linfangioma: malformación de tejido vascular linfático.
- Úlcera Inespecífica: solución de continuidad epitelial de mucosa oral con exposición de tejido conjuntivo, de origen desconocido.
- Histoplasmosis: úlcera de mucosa oral, secundaria a infección por Histoplasma Capsulatum.
- Queilitis Granulomatosa: inflamación difusa labial con formación de granulomas crónicos.

A.3. Lesiones mucosas de patogenia inmunoinflamatoria:

Esta categoría comprende a las lesiones de la mucosa que afectan al epitelio y/o tejido conjuntivo, en cuya patogenia intervienen procesos inmunoinflamatorios. Las patologías que constituyen parte de este grupo son las siguientes:

- Pénfigo: acantólisis y formación de ampolla intraepitelial por presencia de autoanticuerpos anti-desmogleína de desmosomas.
- Penfigoide Benigno de las Mucosas: formación de ampolla subepitelial por presencia de autoanticuerpos contra la membrana basal.
- Lupus Eritematoso Discoide: vacuolización de la capa basal del epitelio, donde se aprecia una banda inflamatoria crónica subepitelial y perivascular.
- Liquen Plano: infiltrado linfocitario subepitelial en banda con vacuolización de la capa basal epitelial.
- Reacción Liquenoide: presenta la misma histología que el liquen plano. Sólo es posible su diferenciación en clínica.

B. Patología de los huesos maxilares.

Esta clasificación agrupa al conjunto de lesiones que afectan a los huesos maxilares. Comprende cuatro subgrupos, que se enuncian a continuación:

B.4. Quistes no odontogénicos:

Esta categoría está integrada por los quistes de origen ajeno al desarrollo embrionario del odontón. Constituyen este grupo, los siguientes diagnósticos:

- Quiste Óseo Simple: cavidad intraósea rodeada por tejido conectivo sin epitelio.
- Quiste Nasopalatino: cavidad intraósea rodeada de epitelio bucal y respiratorio.

B.5. Quistes odontogénicos:

Este grupo está constituido por lesiones quísticas derivadas de epitelio o restos epiteliales implicados en la génesis y/o desarrollo de los dientes. Conforman este subgrupo, las siguientes patologías:

- Quiste Radicular: cavidad intraósea rodeada por epitelio estratificado no cornificado de origen inflamatorio dental periapical.
- Quiste Dentígero: cavidad intraósea rodeada por epitelio derivado de epitelio reducido del órgano del esmalte, que rodea la corona dentaria.
- Quiste Paradental: quiste inflamatorio derivado de restos de epitelio reunido del órgano del esmalte.
- Quiste Periodontal Lateral: quiste epitelial derivado de restos de Serres.
- Quiste Odontogénico Glandular: quiste epitelial que combina epitelio plano estratificado con células mucosecretoras.

B.6. Tumores odontogénicos:

Este grupo corresponde a las lesiones de tipo tumoral, ya sea tanto malformativo hamartomatoso, como neoplásico benigno o maligno, que se originan a partir de los tejidos, asociado a la génesis y desarrollo del diente. Dentro de este grupo figuran:

- Ameloblastoma: neoplasia benigna derivada de epitelio odontogénico, que recuerda la etapa de copa o casquete.
- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante: neoplasia benigna de epitelio odontogénico que recuerda al estrato intermedio, con zonas de calcificación distrófica.
- Tumor Odontogénico Adenomatoides: hamartoma de epitelio odontogénico pericoronario que forma ductos, ovillos y espacios quísticos.
- Tumor Odontogénico Queratoquístico: cavidad quística tapizada por epitelio estratificado con capa basal cúbica en empalizada y capa de paraqueratina.
- Fibroma Ameloblástico: tumor benigno de tejido fibroso que recuerda la papila dental atravesada por epitelio odontogénico similar a los brotes dentales iniciales.
- Tumor Odontogénico Calcificante Quístico: quiste rodeado por epitelio que recuerda la etapa de copa o casquete, con presencia de células fantasmas.
- Odontoma Complejo: hamartoma de tejidos duros y blandos dentarios difusos.
- Odontoma Compuesto: hamartoma compuesto por dentículos.

B.7. Otras lesiones o tumores óseos:

Esta categoría engloba a otras lesiones, tumorales o no, que puedan afectar a los huesos maxilares. Los diagnósticos que corresponden a este grupo son los siguientes:

- Lesión Central de Células Gigantes: tumor de origen desconocido que se caracteriza por presentar células gigantes multinucleadas.
- Osteoma Osteoide: neoplasia benigna de tejido óseo benigno.
- Fibroma Osificante: neoplasia benigna de tejido fibroso asociado a osificación metaplásica.
- Displasia Cemento-Ósea Focal: tejido fibroso asociado a focos de calcificación osteoide y cementoide.
- Plasmocitoma: tumor de células plasmáticas y sustancia amiloide.

C. Patología de glándulas salivales.

Esta categoría congrega a la totalidad de lesiones que afectan a las glándulas salivales. Se divide en dos subgrupos.

C.8. Patologías de tipo quístico, obstructivo, inflamatorio o de origen inmune:

Este grupo engloba a las siguientes patologías de origen inflamatorio-obstructivo:

- Mucocele: quiste de retención salival por retención o extravasación de saliva.
- Sialolitiasis: fenómeno de obstrucción de un ducto salival.
- Sialoadenitis: inflamación de glándula salival.
- Síndrome de Sjögren: destrucción del parénquima acinar salival, con infiltrado linfoplasmocitario en el estroma.

C.9. Patología de tipo neoplásico:

Esta categoría corresponde a las lesiones tumorales de tipo neoplásico benigno o maligno. Ubicamos dentro de este subgrupo a las siguientes lesiones:

- Adenoma pleomorfo: neoplasia benigna glandular epitelial multiforme.
- Mioepitelioma: neoplasia benigna glandular de células mioepiteliales monomorfa.

D. Patología dentoalveolar.

Este grupo incorpora tanto a las lesiones que afectan a los tejidos periapicales como a los periodontales, consecutivas a patología pulpar, periodontal, a sus tratamientos o relacionadas con la erupción dentaria. Está constituida por dos tipos:

D.10. Patología periodontal-alveolar y periapical:

Corresponden a las patologías de naturaleza inflamatoria que se pueden producir en torno al ápice dentario, como consecuencia de algún proceso de origen endodóntico o post-exodoncia. Se excluye de este grupo al quiste radicular, que se clasifica dentro de los quistes odontogénicos. Conforman esta categoría los siguientes diagnósticos:

- Granuloma Periapical: infiltrado inflamatorio crónico hiperplásico periapical.
- Absceso Periapical: infiltrado inflamatorio crónico con foco de agudización y zona de necrosis de licuefacción.
- Tejido de Granulación Cicatrizal: tejido fibrovascular inflamatorio post exodoncia.
- Fibrosis periapical: tejido fibroso fibrilar cicatrizal.
- Hipercementosis: aumento reactivo del cemento celular.

D.11. Patología periodontal-gingival y pericoronaria:

Esta categoría abarca las lesiones que afectan a los tejidos blandos periodontales y pericoronarios. Forman parte de ésta, los siguientes diagnósticos:

- Periodontitis Crónica: inflamación crónica de tejido periodontal.
- Saco Pericoronario Inflamado: inflamación crónica de tejido pericoronario.

5.2.2. Definición operacional de la variable localización.

Esta es una variable de tipo cualitativa medida en escala nominal, que tiene diecisiete representaciones, según el área de la cavidad bucal de donde se obtuvieron las muestras de tejido.

1. Borde lateral de lengua: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir del borde lateral izquierdo o derecho de la lengua.
2. Punta de lengua: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir del ápice o punta de la lengua.
3. Dorso lingual: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la cara superior de la lengua o dorso lingual.
4. Vientre lingual: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la cara inferior de la lengua o vientre lingual.
5. Carrillo: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la cara interna de la mejilla, incluyendo a las áreas retrocomisurales, independiente si corresponde al lado derecho o izquierdo.
6. Labio superior: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir del labio superior, incluyendo su mucosa interna.
7. Labio inferior: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir del labio inferior, incluyendo su mucosa interna.
8. Encía maxilar: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la encía, tanto libre como adherida, que recubre al hueso maxilar.
9. Encía mandibular: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la encía, tanto libre como adherida, que recubre a la mandíbula.
10. Paladar: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de cualquier sector del paladar, independientemente si corresponde a paladar duro o blando.
11. Piso de boca: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la región ubicada por debajo de la lengua, comprendida entre las caras linguales de los arcos dentarios y sus encías.
12. Trígono retromolar: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la mucosa que ocupa la región distal a los terceros molares inferiores.
13. Mandíbula: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de cualquier región de la mandíbula, exceptuando a las muestras correspondientes a la zona periapical de este hueso.
14. Maxilar: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de cualquier región del hueso maxilar, exceptuando a las muestras correspondientes a la zona periapical de este hueso.

15. Periapical mandibular: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la zona intraósea apical o periapical a las piezas dentarias inferiores.
16. Periapical maxilar: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la zona intraósea apical o periapical a las piezas dentarias superiores.
17. Sin información: se definió esta variable cuando el solicitante no indica la localización de donde se obtuvo la muestra y no se pudo averiguar el dato.

Para identificar cómo se distribuyeron las frecuencias al momento de analizar el total de localizaciones obtenidas, algunas de las variables previamente enunciadas se agruparon en cuatro categorías:

18. Lengua: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de cualquier zona de la lengua, incluyendo las siguientes regiones: borde lateral de lengua, punta de lengua, dorso lingual y vientre lingual.
19. Labio: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir del labio, independientemente si corresponde a tejido del labio superior o inferior.
20. Encía: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la encía, independientemente si corresponde a encía maxilar o mandibular.
21. Periapical: se definió esta variable cuando el solicitante indica que la muestra fue obtenida a partir de la zona intraósea apical o periapical a la pieza dentaria, independientemente si ésta pertenece al hueso maxilar o mandibular.

5.2.3. Definición operacional de la variable sexo.

Esta es una variable cualitativa medida en escala nominal, donde se reconocen dos grupos:

- Femenino: se definió esta variable cuando el solicitante señala que la muestra fue obtenida a partir de tejido correspondiente a una paciente de sexo femenino.
- Masculino: se definió esta variable cuando el solicitante señala que la muestra fue obtenida a partir de tejido correspondiente a un paciente de sexo masculino.

5.2.4. Definición operacional de la variable edad.

Esta es una variable cuantitativa continua medida en escala de razón. Sin embargo, como cada uno de los valores se ordenó conforme a rangos etarios, la variable se convirtió en cualitativa ordinal. Los rangos etarios que se definieron en este estudio, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, fueron los siguientes:

- < 15 años
- 15 – 24 años

- 25 – 34 años
- 35 – 44 años
- 45 – 54 años
- 55 – 64 años
- 65 – 74 años
- 75 – 84 años
- 85 o más años
- Sin información (S/I)

Cada una de estas variables se definió cuando el solicitante señala que la muestra fue obtenida a partir de tejido correspondiente a un paciente cuya edad pertenezca a alguno de estos rangos.

Se establece como “sin información” cuando el solicitante no refirió antecedentes respecto de la edad y ha sido imposible conseguir ese dato.

5.3. Depuración de datos.

5.3.1. Recuperación de datos faltantes.

Los datos faltantes en los informes histopatológicos de ambas series fueron obtenidos de las fichas originales de los casos, o bien de las solicitudes de examen histopatológico. Aún así, hubo datos que no se pudieron recuperar, que se presentarán en adelante como “sin información”.

5.3.2. Confirmación de los diagnósticos histopatológicos.

Los diagnósticos histopatológicos especificados en cada informe fueron corroborados mediante el análisis microscópico de la placa histológica correspondiente, para confirmar que el diagnóstico establecido en cada informe era correcto y se correspondía con la respectiva muestra de tejido.

La revisión de todas las placas histológicas la realizó el mismo histopatólogo examinador, responsable de los diagnósticos registrados tanto en la serie UV como en la serie RM, el Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva.

Cuando no fue posible corroborar el diagnóstico debido al mal estado de la placa histológica o producto de su ausencia, se obtuvieron nuevas placas a partir de los tacos correspondientes.

5.3.3. Determinación de diagnósticos más frecuentes.

Para efectos de análisis de datos, se definió como diagnóstico más frecuente a aquél que se presentó con una frecuencia por sobre el 6% del total de las lesiones observadas en este estudio.

5.3.4. Actualización de la nomenclatura.

Se presentaron dos diagnósticos que requirieron actualizar su nomenclatura para adecuarse a la que actualmente se encuentra en uso. Estos fueron los diagnósticos de queratoquiste odontogénico y de fibroma cemento-osificante.

El queratoquiste odontogénico, según la nueva Clasificación de Tumores Odontogénicos, publicada por la OMS (Philipsen, 2005), se conoce actualmente como tumor odontogénico queratoquístico. Por lo que en lo sucesivo se clasifica dentro del grupo de tumores odontogénicos.

Por otro lado, el fibroma cemento-osificante, según la Clasificación de Tumores de Cabeza y Cuello publicada por la OMS (Slootweg & El Mofty, 2005), en adelante se conoce como fibroma osificante.

6. Análisis estadístico.

Para el análisis conjunto e individual de los registros histopatológicos, se utilizaron tablas y gráficos para determinar la distribución de las frecuencias de las diferentes variables expuestas en el punto 5.2.

7. Limitaciones del estudio.

- Los resultados del estudio no son representativos de la población de la región de Valparaíso.
- Algunas placas histológicas se extraviaron. En estos casos, la confirmación del diagnóstico fue posible sólo cuando se conservó el taco de parafina. Asimismo, se verificó la pérdida de algunos tacos de parafina, en cuyo caso sólo fue posible la comprobación del diagnóstico en tanto la placa histológica se mantuviera en buen estado.
- Se advirtieron placas histológicas en mal estado. Por ende, la confirmación del diagnóstico fue posible sólo cuando se conservó el taco de parafina.
- En ocasiones el solicitante del estudio histopatológico no remitió información sobre las variables en estudio. Ante esto se hizo lo posible por su recuperación, sin embargo, en muchos casos no fue posible recabar suficientes antecedentes para tal propósito.
- Como los solicitantes del estudio histopatológico la mayoría de las veces remiten escasa información respecto a la localización de la lesión y, asimismo, muchas veces no existe uniformidad de criterios entre ellos, resultó muy difícil determinar a partir de dónde provino la muestra. Por esto, para el análisis de los datos se requirió establecer arbitrariamente parámetros que incluyeran al amplio espectro de localizaciones observadas (como se explica en el punto 5.2.2).

V. Resultados.

La tabla II muestra la distribución de la frecuencia de los diagnósticos obtenidos a partir del estudio de los 398 informes histopatológicos. Cada uno de estos diagnósticos fue clasificado en categorías y subcategorías, conforme a los criterios señalados en el capítulo de materiales y métodos.

En color rojo se destacan los porcentajes que representan cada diagnóstico, categoría y subcategoría del total de informes.

En azul se distinguen los porcentajes que representan cada diagnóstico y subcategoría del total de cada categoría y en verde los porcentajes que representan cada diagnóstico del total de la subcategoría.

Categoría I: Patología de las mucosas												
	Serie UV				Serie RM				Total			
	n	%			n	%			n	%		
Subcategoría 1: Patología Epitelial-Melánica												
Carcinoma Espinocelular	4	1,7	2,9	11,8	3	1,8	4	30	7	1,8	3,3	15,9
Carcinoma Verrucoso	0	0	0	0	2	1,2	2,7	20	2	0,5	0,9	4,5
Condiloma Acuminado	1	0,4	0,7	2,9	0	0	0	0	1	0,3	0,5	2,3
Displasia Epitelial	0	0	0	0	1	0,6	1,3	10	1	0,3	0,5	2,3
Hipermelanosis	3	1,3	2,2	8,8	1	0,6	1,3	10	4	1	1,9	9,1
Hiperplasia Epitelial – Hiperqueratosis Friccional	8	3,4	5,8	23,5	1	0,6	1,3	10	9	2,3	3,3	20,5
Nevus	2	0,9	1,5	5,9	0	0	0	0	2	0,5	0,9	4,5
Papiloma	13	5,6	9,5	38,2	2	1,2	2,7	20	15	3,8	7,1	34,1
Verruga Vulgar	3	1,3	2,2	8,8	0	0	0	0	3	0,8	1,4	6,8
Total Subcategoría 1	34	14,6	24,8		10	6,1	13,3		44	11,1	19,8	
Subcategoría 2: Patología del Tejido Conjuntivo, Vascular, Nervioso y Muscular												
Argirosis	5	2,2	3,7	5,2	0	0	0	0	5	1,3	2,4	3,2
Cicatriz Fibrosa	0	0	0	0	2	1,2	2,7	3,3	2	0,5	0,9	1,3
Fibroma de Células Gigantes	8	3,4	5,8	8,3	5	3	6,7	8,3	13	3,3	6,1	8,3
Fibroma Osificante Periférico	5	2,2	3,7	5,2	4	2,4	5,3	6,7	9	2,3	4,3	5,8
Granuloma Periférico de Células Gigantes	5	2,2	3,7	5,2	2	1,2	2,7	3,3	7	1,8	3,3	4,5
Granuloma Piógeno	18	7,7	13,1	18,8	10	6,1	13,3	16,7	28	7	13,2	17,9
Hemangioendotelioma	1	0,4	0,7	1	0	0	0	0	1	0,3	0,5	0,6
Hemangioma	1	0,4	0,7	1	2	1,2	2,7	3,3	3	0,8	1,4	1,9
Hematoma	3	1,3	2,2	3,1	0	0	0	0	3	0,8	1,4	1,9
Hiperplasia Fibrosa	45	19,3	32,9	46,9	22	13,3	29,3	37,7	67	16,8	31,6	42,9
Histoplasmosis	0	0	0	0	3	1,8	4	5	3	0,8	1,4	1,9
Linfangioma	0	0	0	0	4	2,4	5,3	6,7	4	1	1,9	2,6
Lipoma	1	0,4	0,7	1	0	0	0	0	1	0,3	0,5	0,6
Mucositis Inespecífica	0	0	0	0	1	0,6	1,3	1,7	1	0,3	0,5	0,6
Neurofibroma	0	0	0	0	1	0,6	1,3	1,7	1	0,3	0,5	0,6
Neuroma	2	0,9	1,5	2,1	2	1,2	2,7	3,3	4	1	1,9	2,6
Queilitis Granulomatosa	1	0,4	0,7	1	0	0	0	0	1	0,3	0,5	0,6
Úlcera Inespecífica	1	0,4	0,7	1	2	1,2	2,7	3,3	3	0,8	1,4	1,9
Total Subcategoría 2	96	41,2	70,1		60	36,4	80		156	39,2	73,6	

Subcategoría 3: Lesiones Mucosas de Patogenia Inmunoinflamatoria													
Liquen Plano	4	1,7	2,9	57,1	3	1,8	4	60	7	1,8	3,3	58,3	
Lupus Eritematoso Discoide	1	0,4	0,7	14,3	0	0	0	0	1	0,3	0,5	8,3	
Pénfigo	0	0	0	0	1	0,6	1,3	20	1	0,3	0,5	8,3	
Penfigoide	1	0,4	0,7	14,3	1	0,6	1,3	20	2	0,5	0,9	16,7	
Reacción Liquenoide	1	0,4	0,7	14,3	0	0	0	0	1	0,3	0,5	8,3	
Total Subcategoría 3	7	3	5,1		5	3	6,6		12	3	5,7		
Total Categoría I	137	58,8			75	45,5			212	53,3			

Categoría II: Patología de los Huesos Maxilares													
	Serie UV				Serie RM				Total				
	n	%			n	%			n	%			
Subcategoría 4: Quistes No Odontogénicos													
Quiste Óseo Simple	0	0	0	0	1	0,6	2,1	50	1	0,3	1,2	50	
Quiste Nasopalatino	0	0	0	0	1	0,6	2,1	50	1	0,3	1,2	50	
Total Subcategoría 4	0	0	0		2	1,2	4,3		2	0,5	2,5		
Subcategoría 5: Quistes Odontogénicos													
Quiste Dentígero	5	2,2	14,7	25	12	7,3	22,5	42,9	17	4,3	20,9	35,4	
Quiste Odontogénico Glandular	0	0	0	0	1	0,6	2,1	3,6	1	0,3	1,2	2,1	
Quiste Paradental	1	0,4	2,9	5	2	1,2	4,3	7,1	3	0,8	3,7	6,3	
Quiste Periodontal Lateral	2	0,9	5,9	10	0	0	0	0	2	0,5	2,4	4,2	
Quiste Radicular	12	5,2	35,3	60	13	7,9	27,7	46,4	25	6,3	30,9	52,1	
Total Subcategoría 5	20	8,6	58,8		28	17	59,6		48	12,1	59,3		
Subcategoría 6: Tumores Odontogénicos													
Ameloblastoma	1	0,4	2,9	9,1	1	0,6	2,1	7,7	2	0,5	2,5	8,3	
Fibroma Ameloblástico	0	0	0	0	1	0,6	2,1	7,7	1	0,3	1,2	4,2	
Odontoma Complejo	0	0	0	0	2	1,2	4,3	15,4	2	0,5	2,5	8,3	
Odontoma Compuesto	4	1,7	11,8	36,4	0	0	0	0	4	1	4,5	16,7	
Tumor Odontogénico Adenomatoides	0	0	0	0	1	0,6	2,1	7,7	1	0,3	1,2	4,2	
Tumor Odontogénico Calcificante Quístico	1	0,4	2,9	9,1	0	0	0	0	1	0,3	1,2	4,2	
Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante	0	0	0	0	1	0,6	2,1	7,7	1	0,3	1,2	4,2	
Tumor Odontogénico Queratoquístico	5	2,2	14,7	45,5	7	4,2	14,9	53,9	12	3	14,8	50	
Total Subcategoría 6	11	4,7	32,4		13	7,9	27,7		24	6	29,6		
Subcategoría 7: Otras Lesiones o Tumores Óseos													
Displasia Cemento Ósea Focal	1	0,4	2,9	33,3	0	0	0	0	1	0,3	1,2	14,3	
Fibroma Osificante	0	0	0	0	2	1,2	4,3	50	2	0,5	2,5	28,6	
Lesión Central de Células Gigantes	1	0,4	2,9	33,3	1	0,6	2,1	25	2	0,5	2,5	28,6	
Osteoma Osteoide	1	0,4	2,9	33,3	0	0	0	0	1	0,3	1,2	14,3	
Plasmocitoma	0	0	0	0	1	0,6	2,1	25	1	0,3	1,2	14,3	
Total Subcategoría 7	3	1,3	8,8		4	2,4	8,5		7	1,8	8,6		
Total Categoría II	34	14,6			47	28,5			81	20,4			

Categoría III: Patología de Glándulas Salivales													
	Serie UV				Serie RM				Total				
	n	%			n	%			n	%			
Subcategoría 8: Patología de Tipo Quístico, Obstructivo, Inflamatorio o de Origen Inmune													
Mucocele	28	12	84,9	90,3	16	9,7	80	94,1	44	11,1	83	91,7	
Sialoadenitis	1	0,4	3	3,2	0	0	0	0	1	0,3	1,9	2,1	
Sialolitiasis	1	0,4	3	3,2	0	0	0	0	1	0,3	1,9	2,1	
Síndrome de Sjögren	1	0,4	3	3,2	1	0,6	5	5,9	2	0,5	3,8	4,2	
Total Subcategoría 8	31	13,3	94		17	10,3	85		48	12,1	90,6		
Subcategoría 9: Patología de tipo Neoplásico													
Adenoma Pleomorfo	2	0,9	6,1	100	2	1,2	10	66,7	4	1	7,5	80	
Mioepitelioma	0	0	0	0	1	0,6	5	33,3	1	0,3	1,9	20	
Total Subcategoría 9	2	0,9	6		3	1,8	15		5	1,3	9,4		
Total Categoría III	33	14,2			20	12,1			53	13,3			
Categoría IV: Patología Dentoalveolar													
Subcategoría 10: Patología Periodontal-Alveolar y Periapical													
Absceso Periapical	5	2,2	17,2	19,2	6	3,6	26,1	37,5	11	2,8	21,2	26,2	
Fibrosis Periapical	2	0,9	6,9	7,7	0	0	0	0	2	0,5	3,9	4,8	
Granuloma Periapical	16	6,9	55,2	61,5	8	4,9	34,8	50	24	6	46,2	57,1	
Hipercementosis	1	0,4	3,5	3,9	0	0	0	0	1	0,3	1,9	2,4	
Tejido de Granulación Cicatrizal	2	0,9	6,9	7,7	2	1,2	8,7	12,5	4	1	7,7	9,5	
Total Subcategoría 10	26	11,2	89,7		16	9,7	69,6		42	10,6	80,8		
Subcategoría 11: Patología Periodontal-Gingival y Pericoronaria													
Periodontitis Crónica	1	0,4	3,5	33,3	2	1,2	8,7	28,6	3	0,8	5,8	30	
Saco Pericoronario Inflamado	2	0,9	6,9	66,7	5	3	21,7	71,4	7	1,8	13,5	70	
Total Subcategoría 11	3	1,3	10,3		7	4,2	30,4		10	2,5	19,2		
Total Categoría IV	29	12,5			23	13,9			52	13,1			

Tabla II. Distribución de las frecuencias de diagnósticos observadas en la serie UV, en la serie RM y en ambas series combinadas (rojo: porcentaje del total, azul: porcentaje de la categoría, verde: porcentaje de la subcategoría).

1. Diagnóstico.

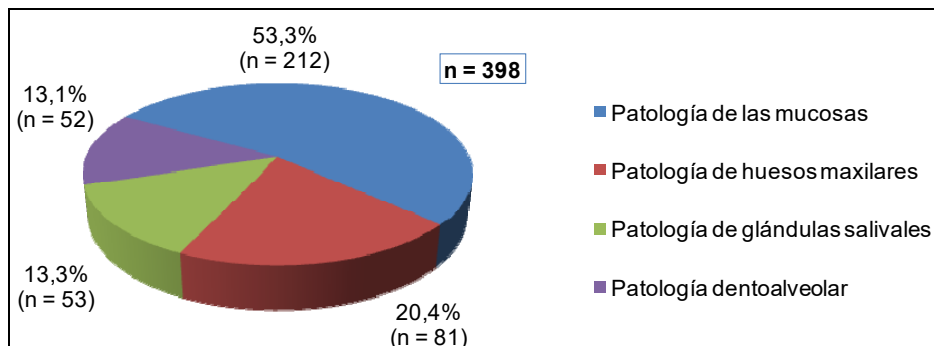


Gráfico 1. Distribución de las frecuencias de categorías de diagnóstico observadas en ambos servicios de patología oral.

Según el gráfico 1, el principal grupo de diagnósticos obtenidos en ambos servicios de patología oral, con un 53,3%, fue la patología de las mucosas. La patología ósea la secundó con un 20,4%. Tanto la patología de glándulas salivales como la patología dentoalveolar se presentaron en menor frecuencia con porcentajes similares del 13,3% y del 13,1%, respectivamente.

1.1. Diagnóstico por categoría.

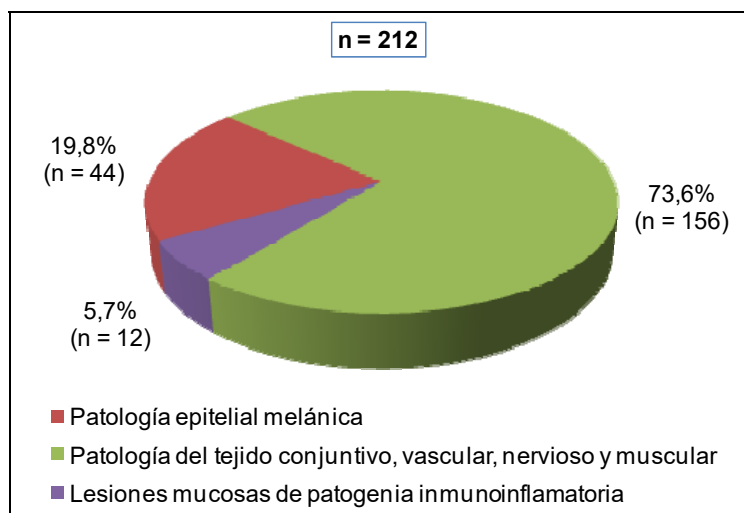


Gráfico 2. Distribución de las frecuencias de patologías de las mucosas observadas en ambos servicios de patología oral.

De acuerdo con el gráfico 2, dentro de las patologías de las mucosas el principal grupo, que se presentó en el 73,6% de los casos, fueron las lesiones de tejido conjuntivo, vascular, nervioso y muscular. En segundo lugar se ubicaron las patologías epitelial-melánicas y finalmente las de naturaleza inmunoinflamatoria, con un 19,8% y un 5,7%, respectivamente.

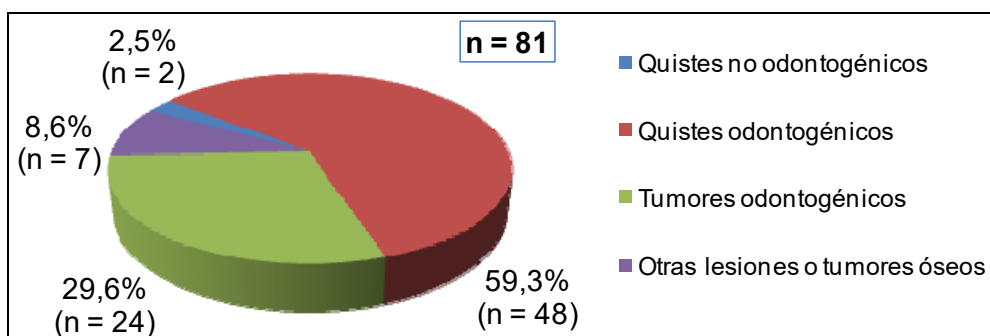


Gráfico 3. Distribución de las frecuencias de patologías de los huesos maxilares observadas en ambos servicios de patología oral.

Como se aprecia en el gráfico 3, dentro de las patologías de los huesos maxilares, los más frecuentes fueron los quistes odontogénicos, que se presentaron en el 59,3% de los casos, seguidos por los tumores odontogénicos, que representaron el 29,6% del total de lesiones óseas.

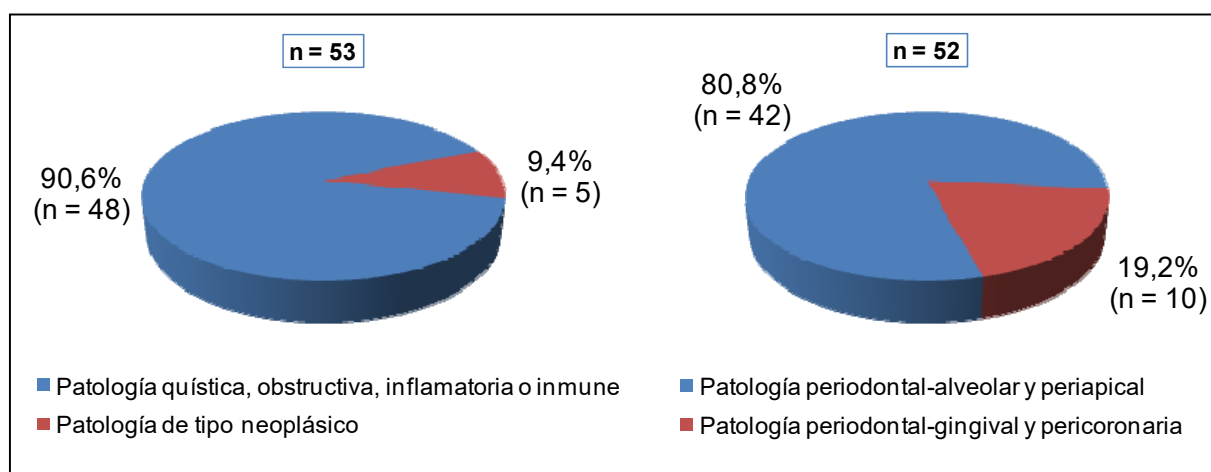


Gráfico 4. Distribución de las frecuencias de patologías de glándulas salivales (izquierda) y patologías dentoalveolares (derecha) observadas en ambos servicios de patología oral.

Según el gráfico 4, el 90,6% de las patologías de glándulas salivales fueron de origen quístico, obstructivo, inflamatorio o inmune. Además se observa que, dentro de las patologías dentoalveolares, las de tipo periodontal-alveolar y periapical fueron las más representativas, presentándose en el 80,8% de los casos.

1.2. Diagnóstico por subcategoría.

1.2.1. Patología epitelial-melánica.

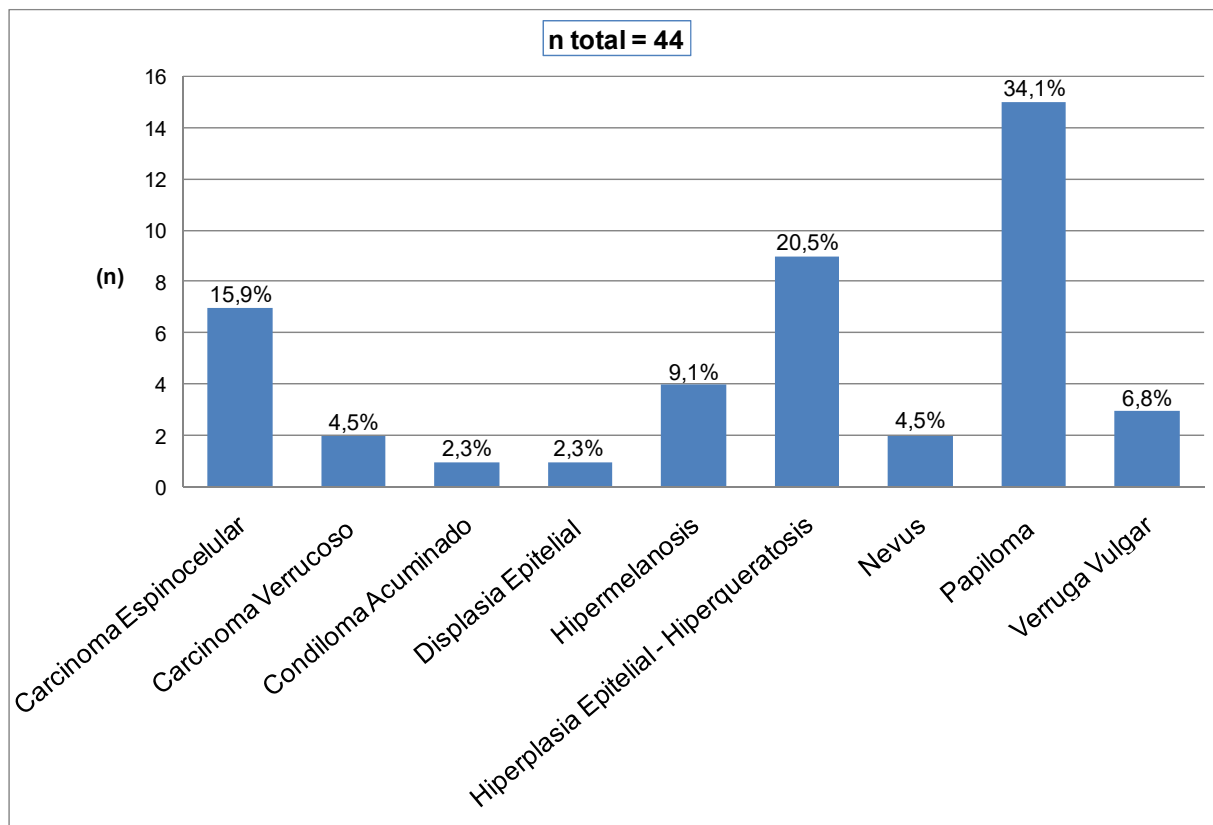


Gráfico 5. Distribución de las frecuencias de patologías epitelial-melánicas observadas en ambos servicios de patología oral.

Según el gráfico 5, del total de patologías epiteliales y melánicas, el 34,1% correspondió a papiloma. El 20,5% consistió en diagnósticos de hiperplasia epitelial o de hiperqueratosis. Un 15,9% de estas patologías correspondió a carcinoma espinocelular y el 9,1% a hipermelanosis.

1.2.2. Patología del tejido conjuntivo, nervioso, vascular y muscular.

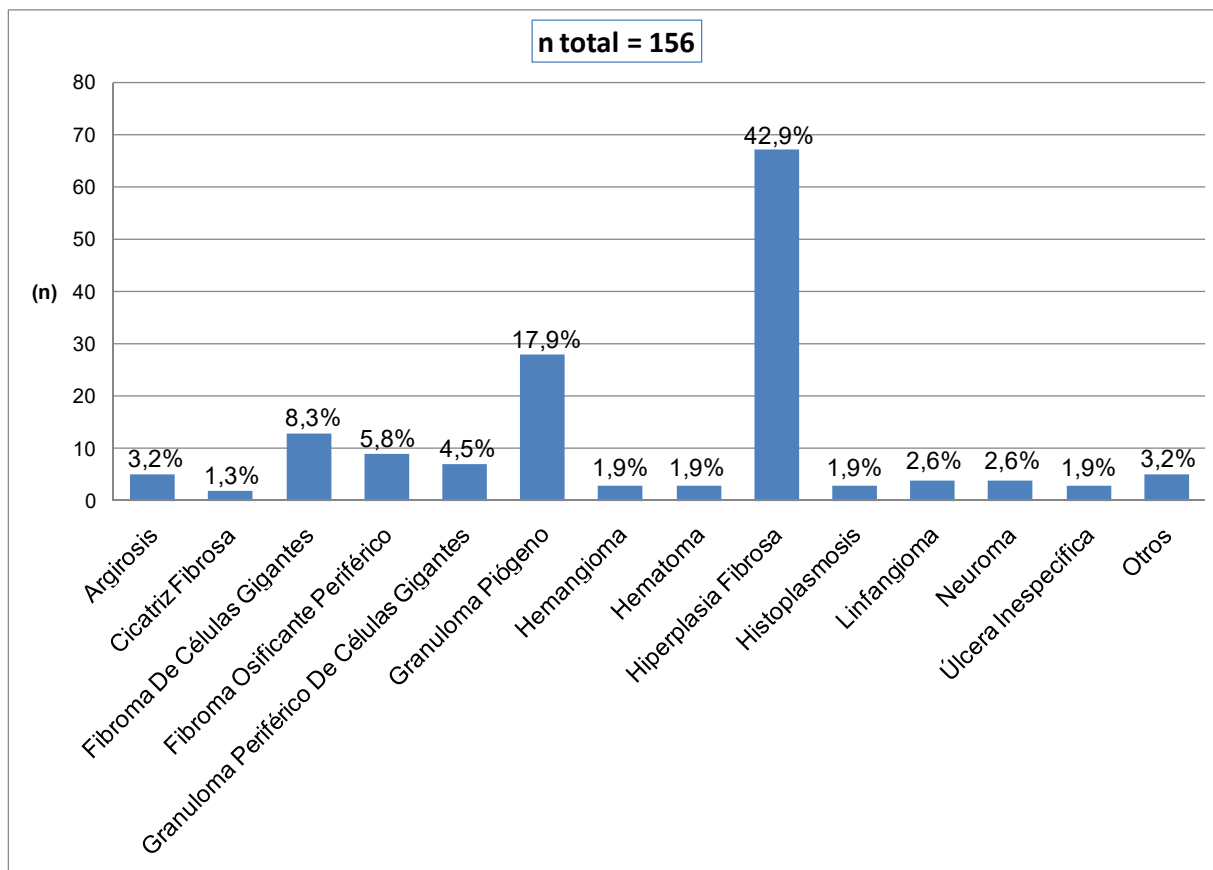


Gráfico 6. Distribución de las frecuencias de patologías del tejido conjuntivo, nervioso, vascular y muscular observadas en ambos servicios de patología oral.

Según el gráfico 6, del total de lesiones del tejido conjuntivo, nervioso, vascular y muscular, el 42,9% correspondió a hiperplasia fibrosa. El granuloma piógeno representó el 17,9%, seguido por el fibroma de células gigantes, con un 8,3%. Más atrás se situaron los diagnósticos de fibroma osificante periférico y granuloma periférico de células gigantes, con un 5,8% y un 4,5%, respectivamente.

El 3,2% correspondió a la suma de las frecuencias de los diagnósticos que se presentaron tan sólo en un caso, representando cada uno de ellos, un 0,64% del total de patologías del tejido conjuntivo, nervioso, vascular y muscular. Estos diagnósticos correspondieron a hemangioendotelioma, lipoma, neurofibroma, queilitis granulomatosa y mucositis inespecífica.

1.2.3. Lesiones mucosas de patogenia inmunoinflamatoria.

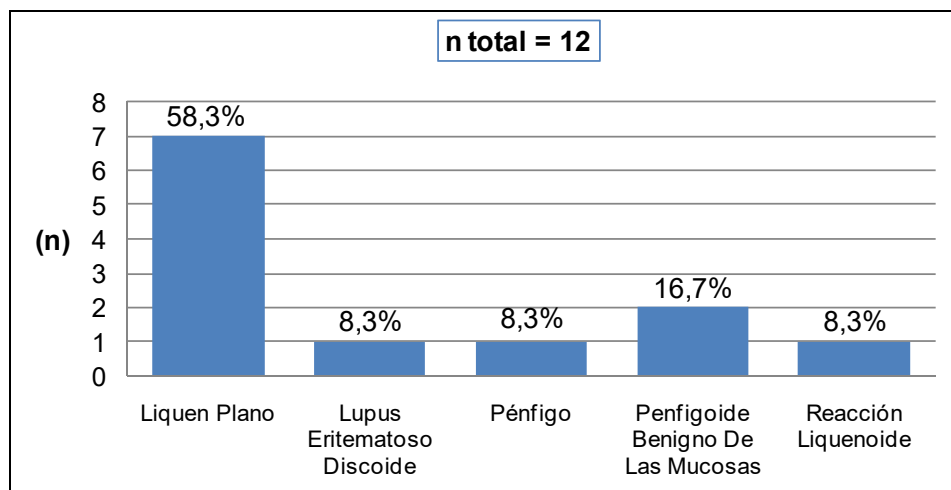


Gráfico 7. Distribución de las frecuencias de lesiones mucosas de patogenia inmunoinflamatoria observadas en ambos servicios de patología oral.

1.2.4. Quistes odontogénicos.

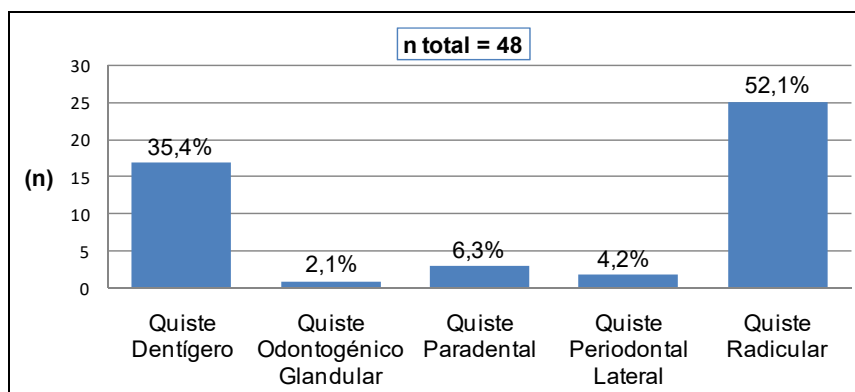


Gráfico 8. Distribución de las frecuencias de quistes odontogénicos observados en ambos servicios de patología oral.

Según el gráfico 7, el 58,3% de las lesiones autoinmunes coincidió con en el diagnóstico de liquen plano y el 16,7% correspondió a penfigoide.

Por otra parte, como se observa en el gráfico 8, dentro de los quistes odontogénicos, el 52,1% correspondió a quistes radiculares y el 35,4% a quistes dentíferos. Asimismo, el quiste paradental constituyó el 6,3% del grupo, así como el quiste periodontal lateral y el quiste odontogénico glandular representaron el 4,2% y el 2,1%, respectivamente.

1.2.5. Tumores odontogénicos.

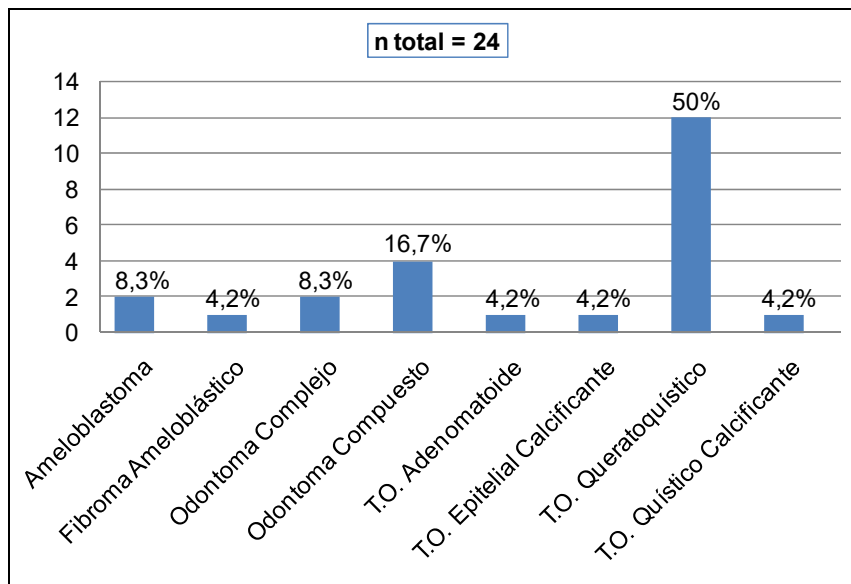


Gráfico 9. Distribución de las frecuencias de tumores odontogénicos observados en ambos servicios de patología oral.

1.2.6. Otras lesiones o tumores óseos.

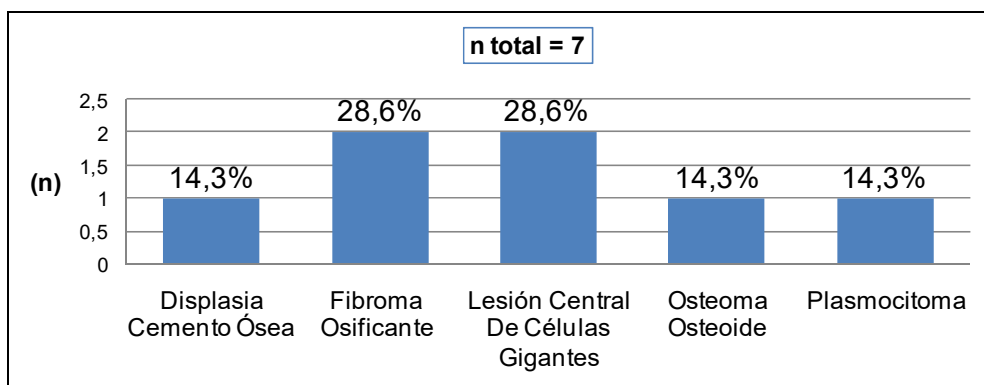


Gráfico 10. Distribución de las frecuencias de otras lesiones o tumores óseos observadas en ambos servicios de patología oral.

Según el gráfico 9, el tumor odontogénico queratoquistico representó el 50% de los tumores odontogénicos. Lo sucedieron el odontoma compuesto con un 16,7% y el odontoma complejo con un 8,3%. Esto significa que la frecuencia de odontomas representa el 25% del total de tumores odontogénicos. El ameloblastoma se presentó en el 8,3% de las oportunidades.

De acuerdo con el gráfico 10, la lesión central de células gigantes y el fibroma osificante fueron los diagnósticos más frecuentes dentro de su categoría, ambos con un 28,6%.

1.2.7. Patología de glándulas salivales.

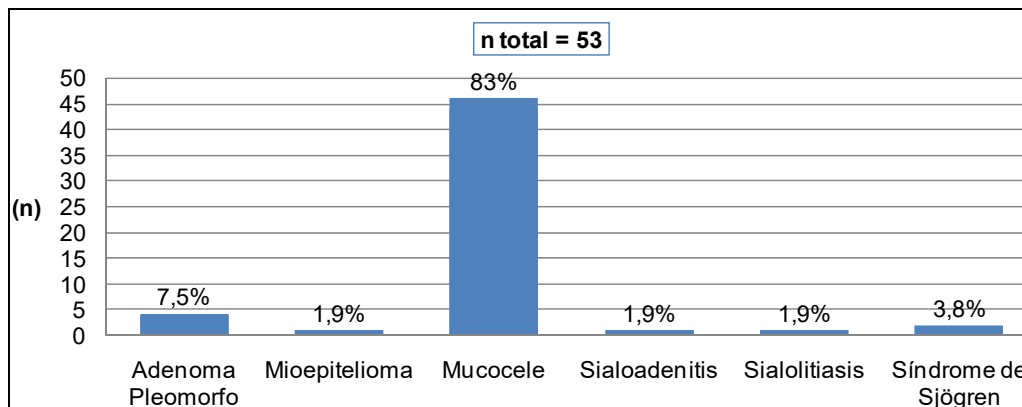


Gráfico 11. Distribución de las frecuencias de patologías de glándulas salivales observadas en ambos servicios de patología oral.

1.2.8. Patología dentoalveolar.

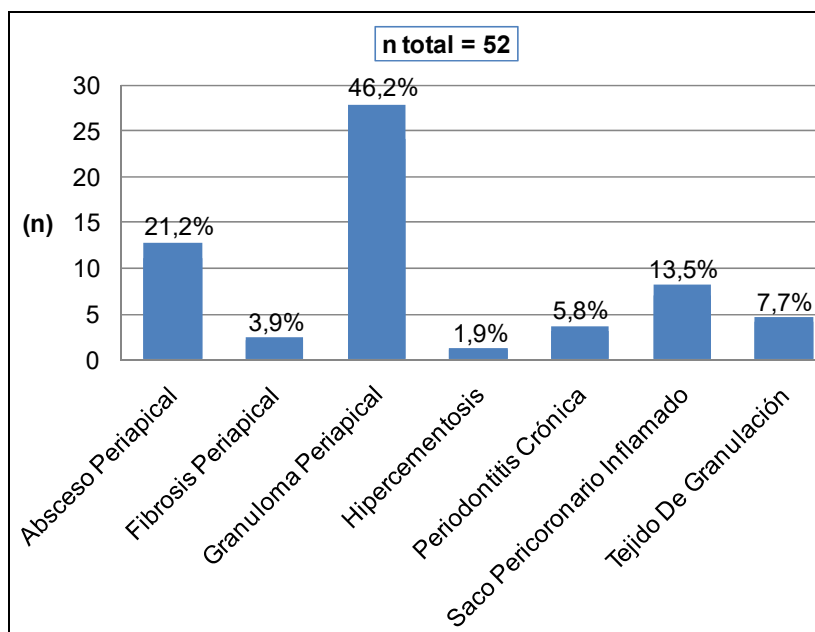


Gráfico 12. Distribución de las frecuencias de patologías dentoalveolares observadas en ambos servicios de patología oral.

Del gráfico 11 se desprende que el mucocele constituye el 83% del total de patologías de glándulas salivales. El 7,5% de los diagnósticos consiste en adenoma pleomorfo y un 3,8% corresponde al diagnóstico de Síndrome de Sjögren.

Según el gráfico 12, el 46,2% de las patologías dentoalveolares corresponde a granuloma periapical y el 21,2% a absceso periapical.

1.3. Diagnósticos más frecuentes.

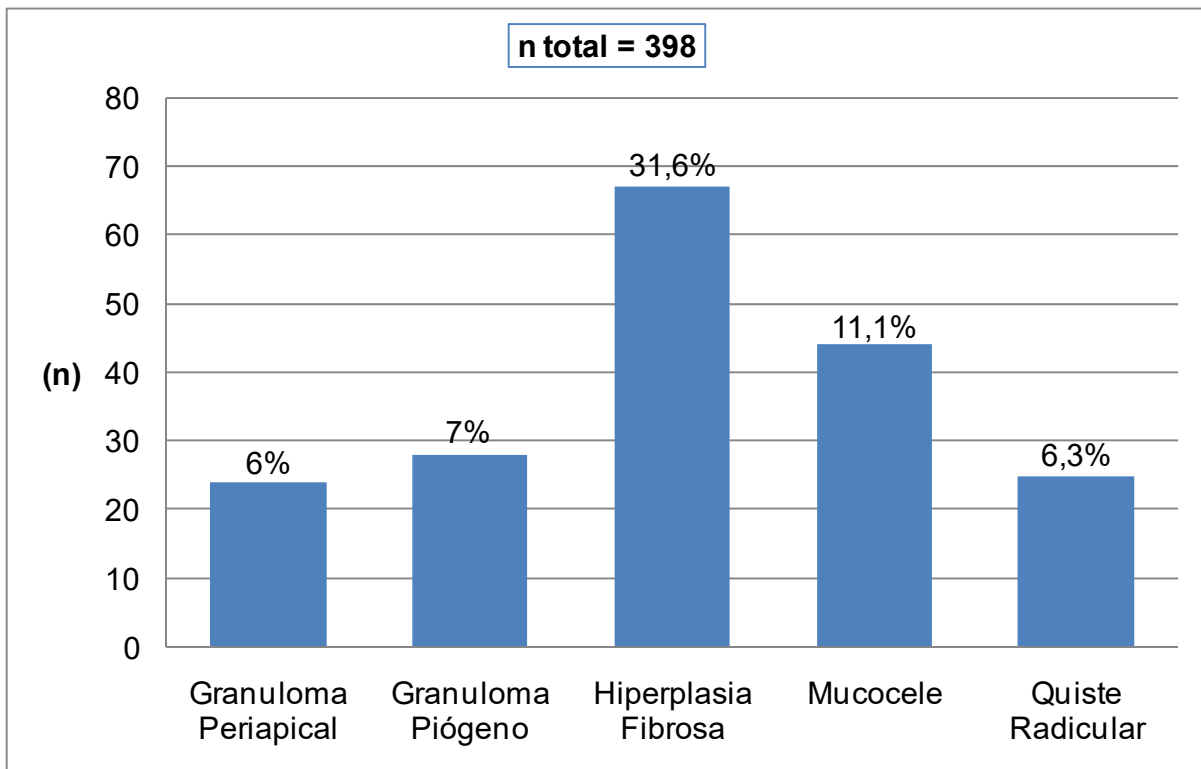


Gráfico 13. Diagnósticos más frecuentes observados en ambos servicios de patología oral.

En el gráfico 13 se observa que, del total de informes histopatológicos estudiados, la hiperplasia fibrosa constituyó el grupo de diagnósticos más frecuente, representando el 31,6%. En el segundo lugar se instala el mucocele con un 11,1% y en tercero el granuloma piógeno con un 7%. El quiste radicular y el granuloma periapical se presentan en el 6,3% y el 6% de los casos, respectivamente.

2. Localización.

Localización	n	%
Carrillo	56	14,1%
Encía	81	20,4%
Labio	55	13,8%
Lengua	46	11,6%
Mandíbula	39	9,8%
Maxilar	13	3,3%
Sin información	17	4,3%
Paladar	14	3,5%
Periapical	60	15,1%
Piso de boca	10	2,5%
Trígono retromolar	7	1,8%
Total	398	100%

Tabla III. Distribución de las frecuencias de las localizaciones globales de ambos servicios de patología oral.

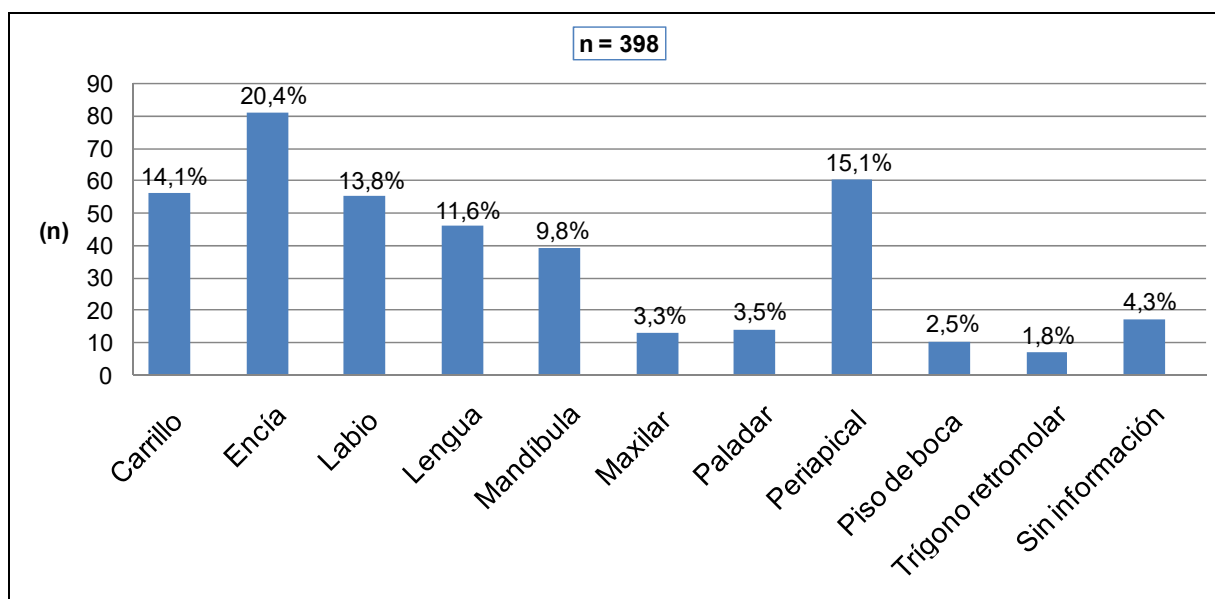


Gráfico 14. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de ambos servicios de patología oral.

Según el gráfico 14, la encía fue la localización más frecuente, con un 20,4% del total de informes analizados en ambos servicios de patología oral. La zona periapical fue la segunda localización más frecuente, representando el 15,1%, seguida por el carrillo, con un 14,1% y el labio, con un 13,8%.

2.1. Hiperplasia fibrosa.

Localización	n	%
Borde lateral de lengua	6	9%
Carrillo	31	46,3%
Dorso lingual	3	4,5%
Encía mandibular	2	3%
Encía maxilar	2	3%
Labio inferior	7	10,4%
Labio superior	5	7,5%
Paladar duro	2	3%
Piso de boca	2	3%
Punta de lengua	2	3%
Sin información	4	6%
Trígono retromolar	1	1,5%
Total	67	100%

Tabla IV. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de hiperplasia fibrosa.

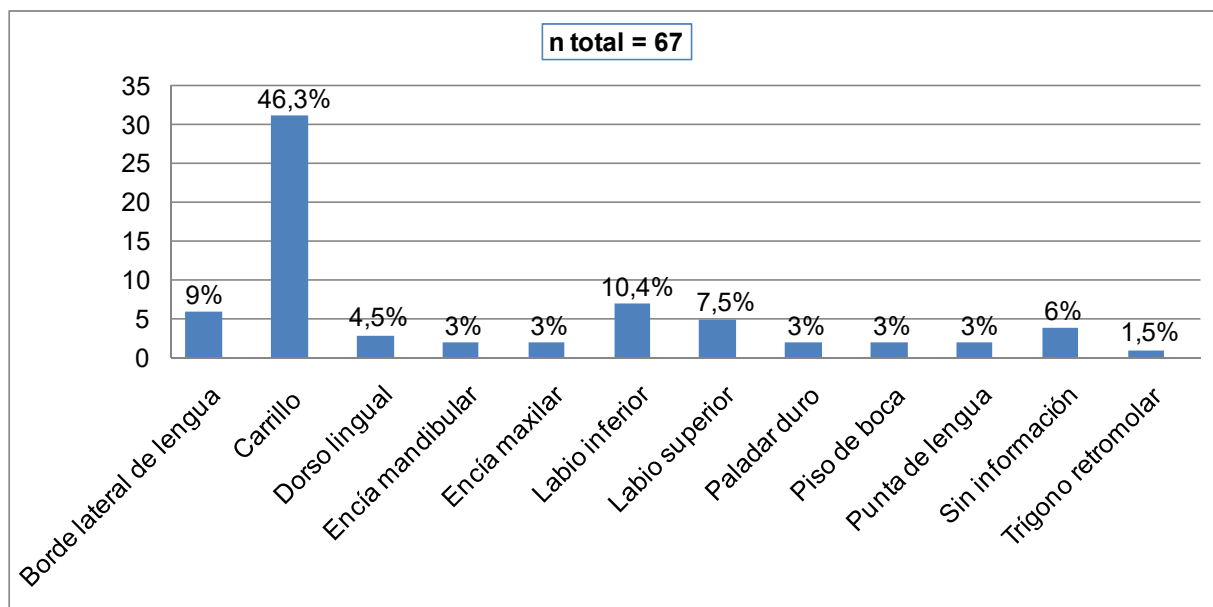


Gráfico 15. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de hiperplasia fibrosa.

Se extrae del gráfico XII que la localización más frecuente para la hiperplasia fibrosa fue el carrillo con un 46,3%. Lejos de este porcentaje se presentan el labio inferior y el borde lateral de lengua, con un 10,4% y un 9%, respectivamente. No obstante, la suma de todos los sitios de la lengua (borde lateral, dorso y punta de lengua) constituyen un 16,5% del total de localizaciones para la hiperplasia fibrosa.

2.2. Mucocele.

Localización	n	%
Borde lateral de lengua	1	2,3%
Carrillo	2	4,5%
Encía maxilar	1	2,3%
Labio inferior	29	65,9%
Paladar duro	1	2,3%
Piso de boca	3	6,8%
Sin información	3	6,8%
Ventre lingual	4	9,1%
Total	44	100%

Tabla V. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de mucocele.

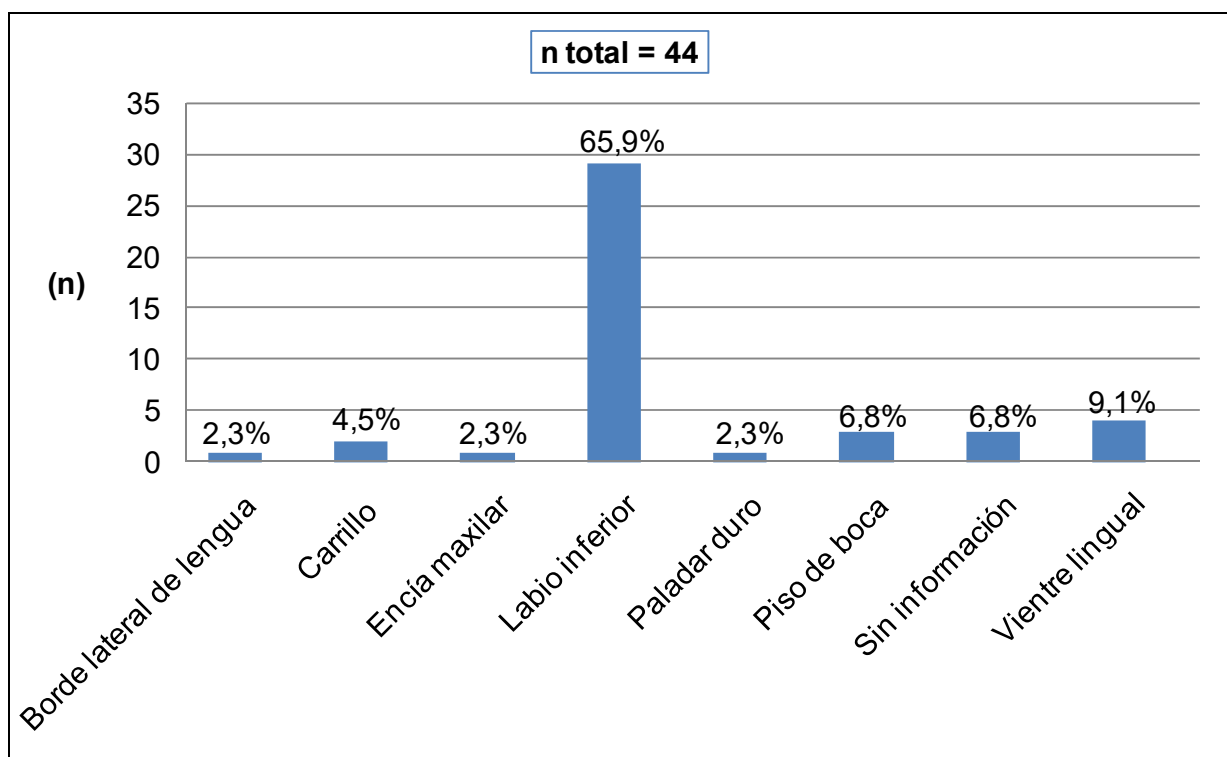


Gráfico 16. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de mucocele.

A partir del gráfico 16 se concluye que, de las localizaciones encontradas para el diagnóstico de mucocele, la que presentó mayor frecuencia fue, por lejos, el labio inferior con un 65,9%.

2.3. Granuloma piógeno.

Localización	n	%
Borde lateral de lengua	1	3,6%
Carrillo	3	10,7%
Encía mandibular	10	35,7%
Encía maxilar	9	32,1%
Labio inferior	1	3,6%
Paladar duro	1	3,6%
Piso de boca	1	3,6%
Sin información	2	7,1%
Total	28	100%

Tabla VI. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de granuloma piógeno.

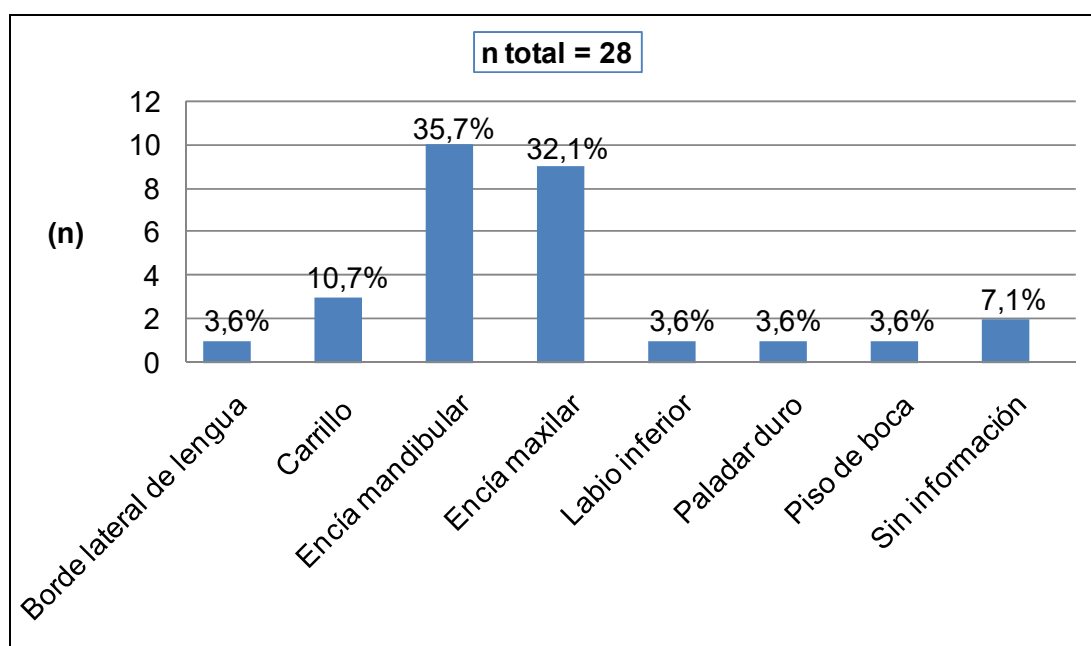


Gráfico 17. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de granuloma piógeno.

El gráfico 17 muestra que el granuloma piógeno se presentó con mayor frecuencia en la encía mandibular, con un 35,7% y en la encía maxilar con un 32,1%. Esto totaliza un porcentaje del 67,8% de casos en que el granuloma piógeno afecta a las encías.

2.4. Quiste radicular.

Localización	n	%
Periapical mandibular	3	12%
Periapical maxilar	18	72%
Sin información	4	16%
Total	25	100%

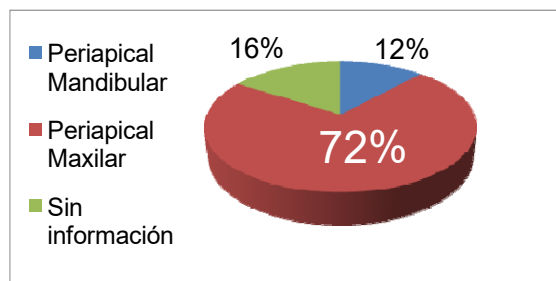


Tabla VII y Gráfico 18. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de quiste radicular.

El gráfico 18 revela que la localización en la que se presenta con mayor frecuencia el quiste radicular fue la zona periapical del hueso maxilar, donde se manifestó en el 72% de las oportunidades.

2.5. Granuloma Periapical.

Localización	n	%
Periapical mandibular	10	41,7%
Periapical maxilar	14	58,3%
Total	24	100%

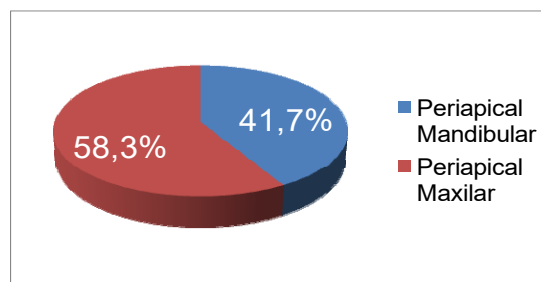


Tabla VIII y Gráfico 19. Distribución de las frecuencias de las localizaciones de granuloma periapical.

Del gráfico 19 se extrae que el sitio de preferencia para el granuloma periapical fue la zona periapical del hueso maxilar, que representó el 58,3% de los casos.

3. Sexo.

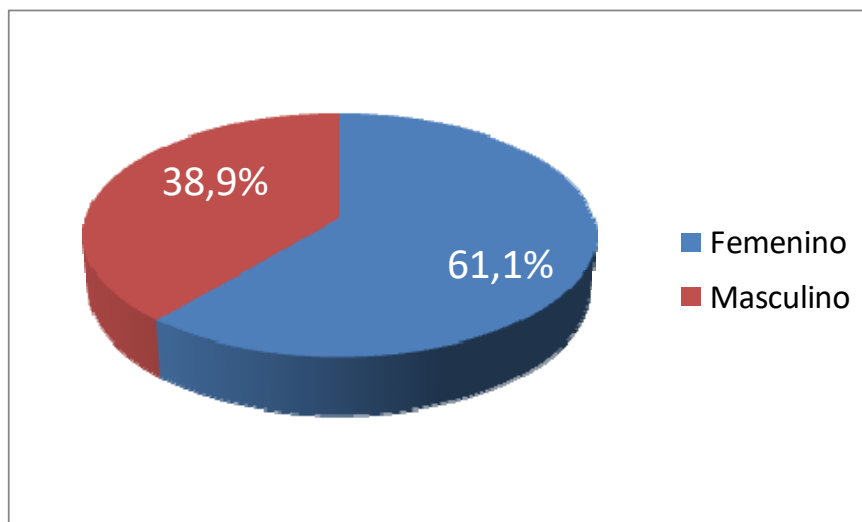


Gráfico 20. Distribución de las frecuencias de sexos de ambos servicios de patología oral.

Del gráfico anterior podemos concluir que el sexo femenino fue el más frecuente, presentándose en 243 ocasiones, lo que representó el 61,1% del total de informes histopatológicos. El sexo masculino lo hizo en 155 oportunidades, lo que representó el 38,9% de los informes histopatológicos.

3.1. Diagnósticos más frecuentes según sexo.

Diagnóstico	Masculino		Femenino		Relación Hombre-Mujer	Total (n)
	n	%	n	%		
Granuloma Periapical	9	37,5%	15	62,5%	0,60	24
Granuloma Piógeno	11	39,3%	17	60,7%	0,65	28
Hiperplasia Fibrosa	17	25,4%	50	74,6%	0,34	67
Mucocele	22	50%	22	50%	1	44
Quiste Radicular	13	52%	12	48%	1,08	25
Total	72	38,3%	116	61,7%	0,62	188

Tabla IX. Distribución de las frecuencias de sexos de los diagnósticos más frecuentes.

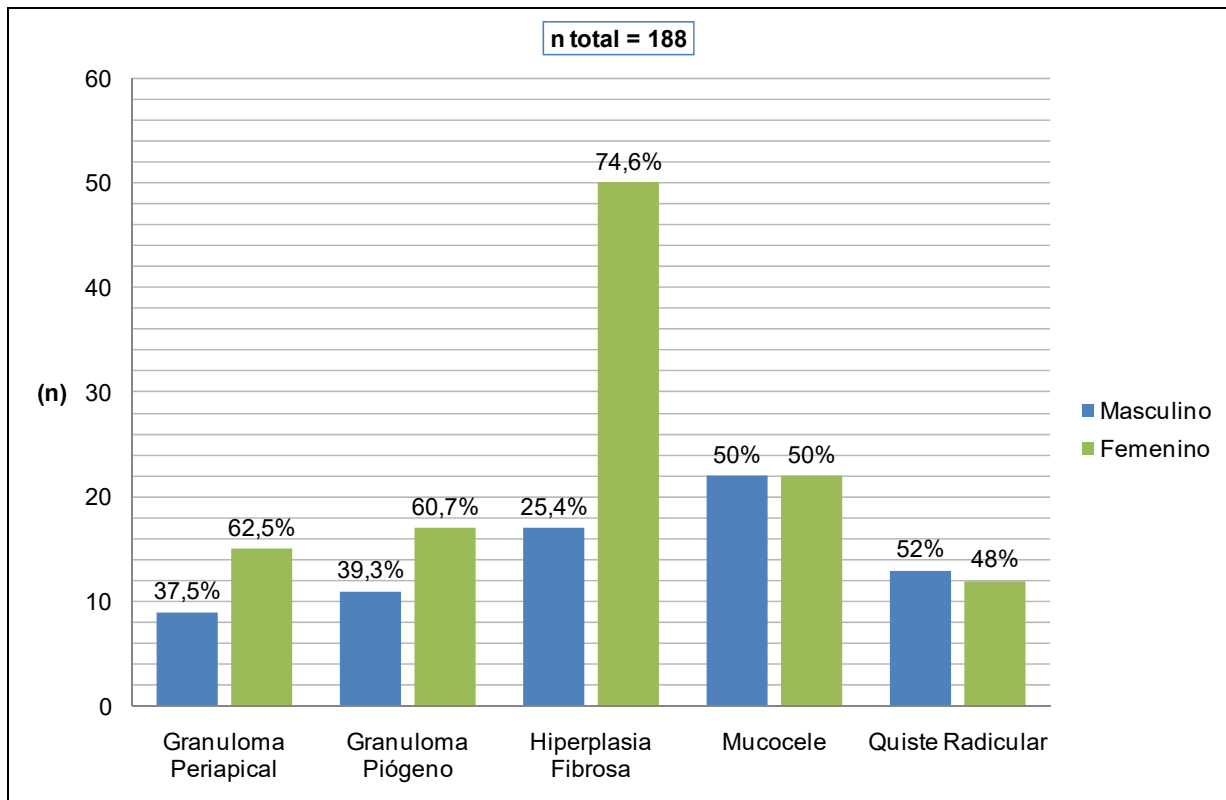


Gráfico 21. Distribución de las frecuencias de sexos de los diagnósticos más frecuentes.

Se puede observar que en la hiperplasia fibrosa el sexo preponderante es el femenino, que alcanza el 74,6% del total de estos diagnósticos. En el mucocelo existe igualdad en las frecuencias entre sexos. El granuloma piógeno muestra preferencia por las mujeres con un 60,7%, al igual que el granuloma periapical, que presenta un 62,5% de diagnósticos de sexo femenino. Sin embargo, el quiste radicular manifestó preferencia por el sexo masculino, que alcanzó una frecuencia del 52% del total de diagnósticos de este tipo.

4. Edad.

Edad	n	%
< 15	33	8,3%
15 - 24	58	14,6%
25 - 34	21	5,3%
35 - 44	37	9,3%
45 - 54	41	10,3%
55 - 64	65	16,3%
65 - 74	54	13,6%
75 - 84	7	1,8%
85 o más	4	1%
Sin información	78	19,6%
Total	398	100%

Tabla X. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de ambos servicios de patología oral.

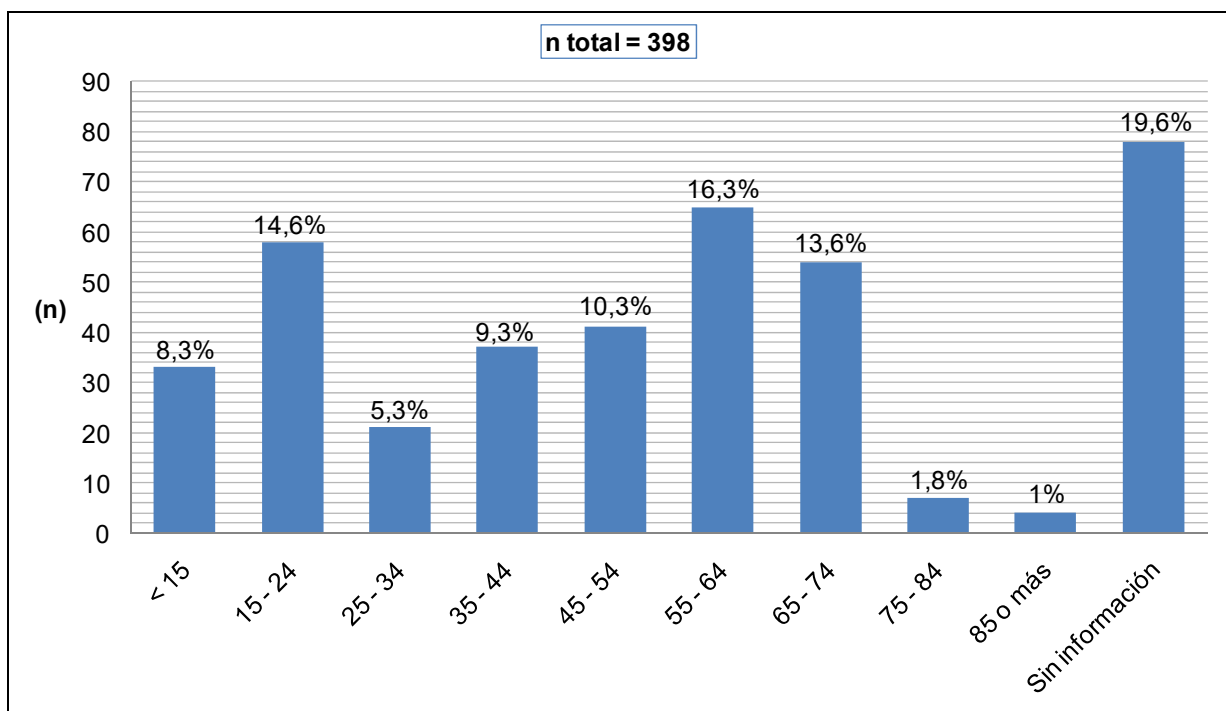


Gráfico 22. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de ambos servicios de patología oral.

Del gráfico 22 se desprende que los más afectados son los adultos entre 55 y 64 años, seguido por el grupo entre los 15 y 24 años y el grupo entre los 65 y 74 años.

4.1. Diagnósticos más frecuentes según edad.

Edad	Granuloma Periapical		Granuloma Piógeno		Hiperplasia Fibrosa		Mucocele		Quiste Radicular		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 15	1	4,2%	2	7,1%	0	0%	16	36,4%	1	4%	20	10,6%
15 - 24	5	20,8%	3	10,7%	5	7,5%	11	25%	1	4%	25	13,3%
25 - 34	3	12,5%	2	7,1%	2	3%	2	4,5%	2	8%	11	5,9%
35 - 44	4	16,7%	2	7,1%	10	14,9%	0	0%	2	8%	18	9,6%
45 - 54	2	8,3%	4	14,3%	13	19,4%	2	4,5%	5	20%	26	13,8%
55 - 64	3	12,5%	6	21,4%	12	17,9%	0	0%	2	8%	23	12,2%
65 - 74	0	0%	1	3,6%	9	13,4%	5	11,4%	3	12%	18	9,6%
75 - 84	0	0%	1	3,6%	2	3%	0	0%	0	0%	3	1,6%
S/I	6	25%	5	17,9%	13	19,4%	8	18,2%	9	36%	41	21,8%
85 o más	0	0%	2	7,1%	1	1,5%	0	0%	0	0%	3	1,6%
Total	24	100%	28	100%	67	100%	44	100%	25	100%	188	100%

Tabla XI. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de las patologías más frecuentes.

Diagnóstico	Promedio Edad
Granuloma Periapical	35,7
Granuloma Piógeno	46,9
Hiperplasia Fibrosa	51,3
Mucocele	23,6
Quiste Radicular	46,1

Tabla XII. Promedios de edad de los diagnósticos más frecuentes.

4.1.1. Hiperplasia Fibrosa.

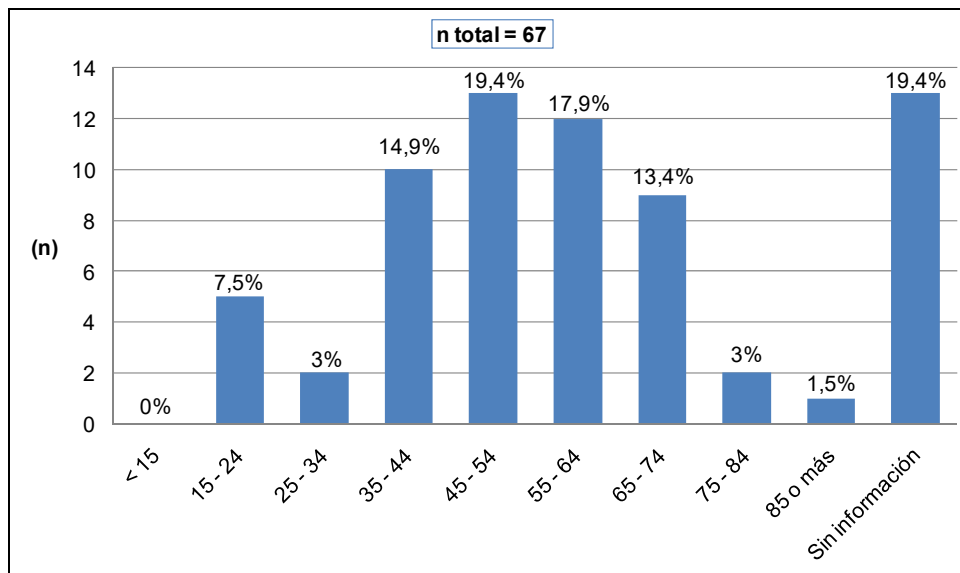


Gráfico 23. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de hiperplasia fibrosa.

4.1.2. Mucocele.

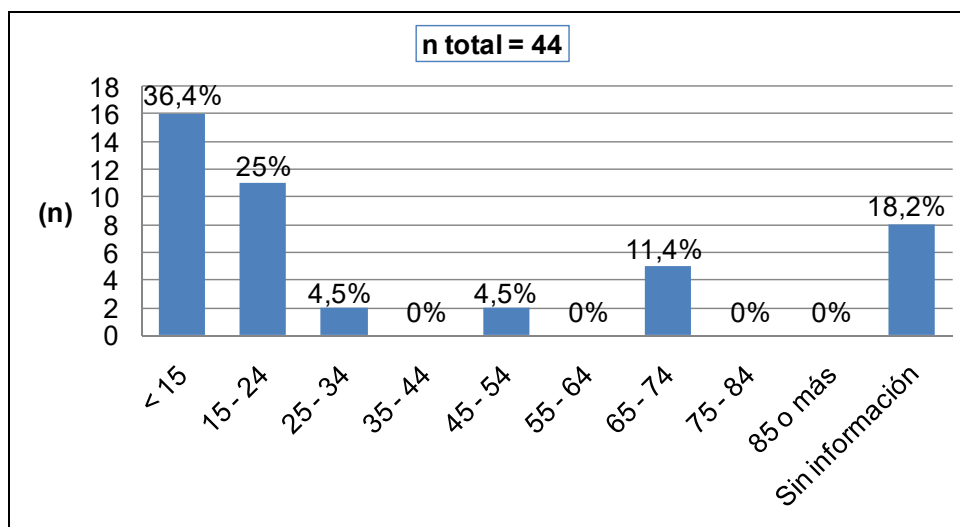


Gráfico 24. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de mucocele.

En el gráfico 23 se observa que el rango etario más frecuente para hiperplasia fibrosa fue el entre 45-54 años, significando el 19,4%. No obstante, los datos sin información alcanzaron el mismo porcentaje.

En cambio, en el gráfico 24 se aprecia que para el diagnóstico de mucocele el rango etario que se vio afectado con mayor frecuencia fue el de menor a 15 años, con un 36,4% del total de mucoceles.

4.1.3. Granuloma Piógeno.

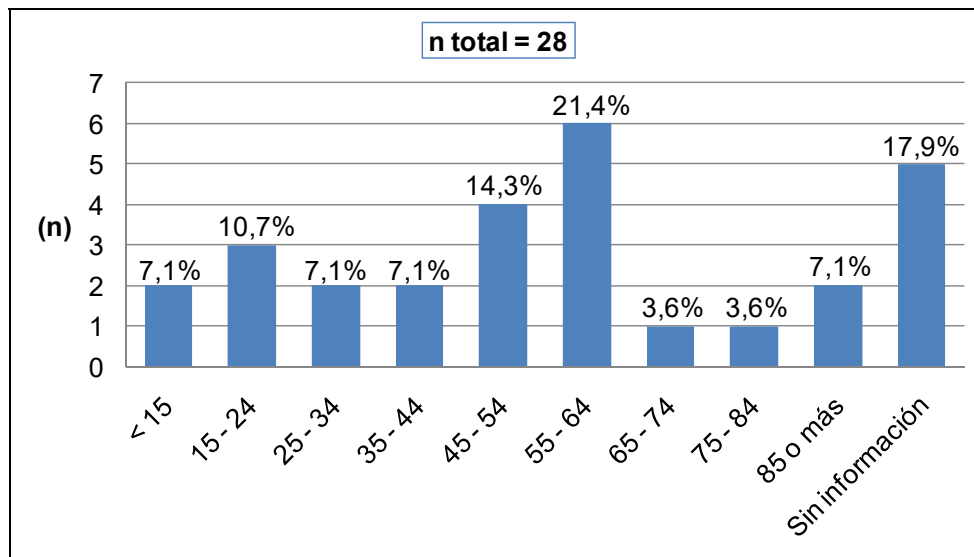


Gráfico 25. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de granuloma piógeno.

4.1.4. Quiste Radicular.

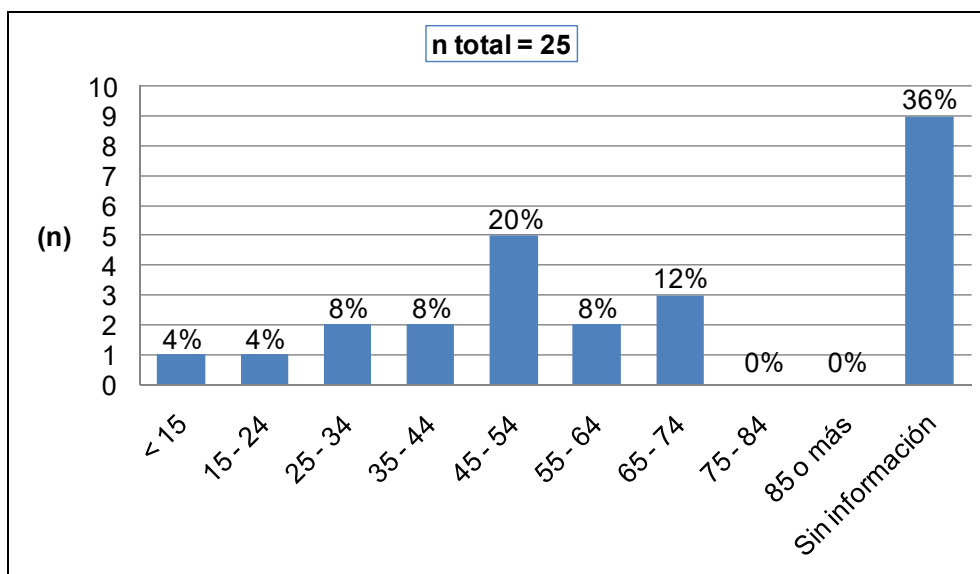


Gráfico 26. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de quiste radicular.

A partir del gráfico 25, se desprende que, en granuloma piógeno, el grupo de edad que presentó mayor frecuencia fue el de 55-64 años.

Según el gráfico 26, el rango etario que se repitió con más frecuencia para el diagnóstico de quiste radicular fue el de 45-54 años con un 20%. Esto, sin considerar los datos sin información, que significaron el 36% del total.

4.1.5. Granuloma Periapical.

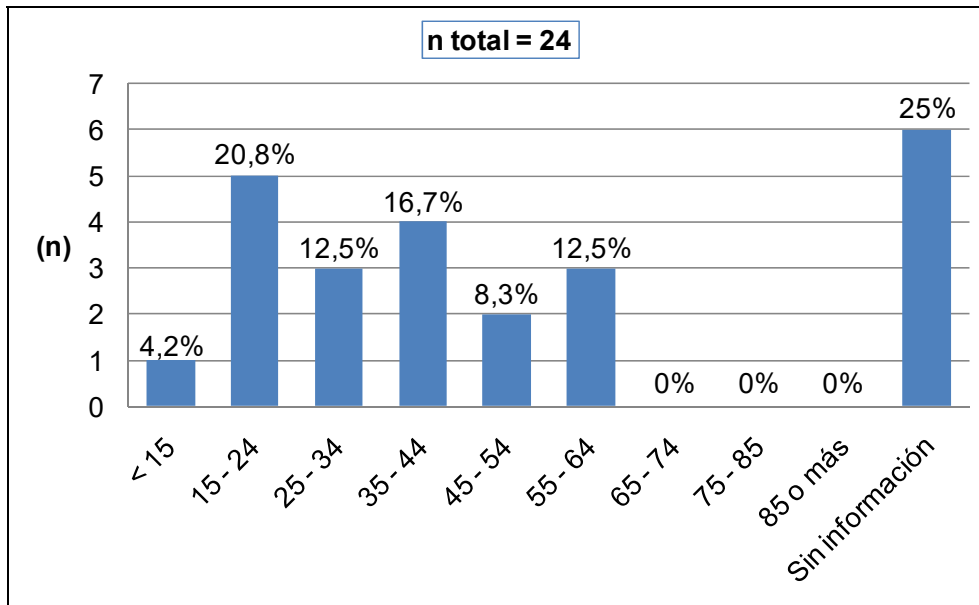


Gráfico 27. Distribución de las frecuencias de rangos etarios de granuloma periapical.

Del gráfico 27 se extrae que para el granuloma periapical las edades más afectadas estuvieron entre los 15 y 24 años, lo que equivale al 20,8%. Esto, sin considerar los datos, respecto a los que no se tenía información sobre la edad.

VI. Discusión.

Nuestro estudio incluye todas las edades posibles. Sin embargo, la mayoría de los estudios disponibles en la literatura abarcan grupos etarios específicos, como la población pediátrica (Majorana et al., 2010; Shah et al., 2009, Lima et al., 2008) o la geriátrica (Correa et al., 2006; Espinoza et al., 1999).

Asimismo, nuestro estudio aborda todos los diagnósticos posibles. Sin embargo, en la evidencia son más frecuentes los estudios referidos a diagnósticos específicos, como los tumores odontogénicos (Okada et al., 2007; Jing et al., 2007; Avelar et al., 2009; Tawfik & Zyada, 2010; Osterne et al., 2011) y los tumores de glándulas salivales (Ito et al., 2005; Dhanuthai et al., 2009; Tian et al., 2010).

Dada la escasez de estudios similares al nuestro, por ende, es difícil hacer comparaciones directas con estudios previos.

1. Diagnósticos histopatológicos.

1.1. Diagnósticos por categoría.

Las patologías de las mucosas constituyeron el grupo más grande de diagnósticos histopatológicos. Las patologías dentoalveolares, en cambio, fueron las que se presentaron en menor número.

1.1.1. Patología de las mucosas.

La patología de las mucosas representó el grupo más frecuente de diagnósticos con un total de 212 casos, lo que representa el 53,3% del total de todos los informes.

El diagnóstico más frecuente fue el de hiperplasia fibrosa, con un 31,6% del total de patologías de las mucosas. Este porcentaje se aleja del presentado por Carrasco (2003), quien concluyó que el pseudofibroma irritativo corresponde al 18,1% del total de patologías de las mucosas. Esto es suponiendo que el diagnóstico de hiperplasia fibrosa equivale al de pseudofibroma irritativo.

El segundo diagnóstico más frecuente en este grupo fue el de granuloma piógeno, que constituyó el 13,2% del grupo. Este resultado se acerca a lo expuesto por Carrasco (2003), que concluyó que el granuloma piógeno corresponde al 16,4% de patologías de las mucosas.

El tercer diagnóstico más frecuente fue el de papiloma, que corresponde al 7,1% de patologías de las mucosas. Este resultado se condice con el presentado por Carrasco (2003), quien estableció que el 7,9% de las patologías de la mucosa oral correspondía a papiloma.

1.1.2. Patología de huesos maxilares.

La patología de huesos maxilares se presentó en 82 ocasiones, lo que constituye el 20,4% del total de informes e instala como el segundo grupo de patologías más frecuente.

En la literatura abundan estudios sobre patología de huesos maxilares, sin embargo, generalmente éstos corresponden a estudios específicos sobre quistes y tumores odontogénicos.

Para poder comparar nuestra investigación con estudios previos, se analizarán individualmente los quistes y tumores odontogénicos.

Quistes Odontogénicos.

La categoría correspondiente a quistes odontogénicos fue la más frecuente de las patologías óseas, representando el 12,1% del total de informes. Este resultado es similar al observado en diferentes estudios, como los publicados por Souza et al. (2010), Jones & Franklin (2006) y Avelar et al. (2009), quienes observaron un 10,3%, un 12,4% y un 9,9% de quistes odontogénicos del total de informes estudiados, respectivamente.

Sin embargo, el porcentaje es significativamente menor a lo postulado en otros estudios, como el publicado por Núñez-Urrutia et al. (2010), quienes observaron un 33,8% de quistes odontogénicos del total de informes estudiados.

Del total de quistes odontogénicos, el quiste radicular representó el 52,1%. Este resultado se condice con varios estudios, como los publicados por Avelar et al. (2009), Mosqueda-Taylor et al. (2002), Núñez-Urrutia et al. (2010) y Ledesma-Montes et al. (2000), quienes reportan porcentajes del 52,2%, 50,9%, 50,2% y 47,8%, respectivamente.

Autores como Ochsenius et al. (2007), Souza et al. (2010) y Prockt et al. (2008) obtuvieron resultados bastante mayores con porcentajes de un 59,2%, un 65,6% y un 72,5% de quistes radiculares, respectivamente.

El quiste dentífero representó el 35,4% del total de quistes odontogénicos. Este valor es bastante menor a lo observado por autores como Mosqueda-Taylor et al. (2002) y Ledesma-Montes et al. (2000), quienes concluyeron que del total de quistes odontogénicos, el 42,1% y el 43,7%, correspondían a quistes dentíferos, respectivamente.

Otros autores, como Avelar et al. (2009), Prockt et al. (2008), Núñez-Urrutia et al. (2010), Souza et al. (2010) y Jones y Franklin (2006) exhiben resultados significativamente menores, donde la frecuencia de quistes dentíferos representa el 30,7%, el 22,2%, el 21,8%, el 21,4% y el 19,7% del total de quistes odontogénicos, respectivamente.

Los datos obtenidos de los estudios previos se analizaron excluyendo al queratoquiste odontogénico, en caso de haber sido incluido dentro de la clasificación de quistes odontogénicos. Como se señaló anteriormente, a partir del año 2005 el queratoquiste odontogénico pasó a denominarse tumor odontogénico queratoquístico y forma parte de la clasificación de tumores odontogénicos.

Tumores Odontogénicos.

Los tumores odontogénicos representaron el 6% de todos los informes, lo que está muy por sobre los resultados de otros estudios. Jones y Franklin (2006) reportan que estos tumores representan el 0,8% del total. Sin embargo, la diferencia podría

radicar en que estos estudios no consideran al tumor odontogénico queratoquístico como parte de este grupo.

Cuando se incluye al tumor odontogénico queratoquístico dentro de este grupo, los resultados se acercan al encontrado en nuestro estudio. Avelar et al. (2009) y Osterne et al. (2011) plantean que el 4,7% y el 2,9% del total de biopsias estudiadas correspondieron a tumores odontogénicos, respectivamente.

En nuestro estudio, los tumores odontogénicos más frecuentes fueron el tumor odontogénico queratoquístico con un 50% de los casos y el odontoma con un 25%.

El porcentaje de tumor odontogénico queratoquístico es muy superior al observado por autores como Luo & Li (2009), Jing et al. (2007), Avelar et al. (2009), Tawfik & Zyada (2010), donde su frecuencia representa el 38,7%, el 35,8%, el 30% y el 19,5%, respectivamente.

El porcentaje de odontoma sólo se asemeja al encontrado en el estudio de Avelar et al. (2009), donde éste corresponde al 22,1%. Esto también puede explicarse porque muchos de los estudios no incluyen al tumor odontogénico queratoquístico. De hecho, autores de occidente como Ochsenius et al. (2002), Daley et al. (1994) y Mosqueda-Taylor et al. (1997) concluyen que el tumor odontogénico más frecuente es el odontoma.

Distinto es el caso de los estudios de oriente, como Tawfik & Zyada (2010) y Jing et al. (2007), donde el tumor odontogénico más frecuente es el ameloblastoma y el porcentaje de odontomas es mucho menor.

1.1.3. Patología de glándulas salivales.

La patología de glándulas salivales correspondió al tercer grupo más frecuente, presentándose en 53 oportunidades, lo que se tradujo en un 13,3% del total de informes histopatológicos.

Del total de patologías de glándulas salivales, el mucocela constituyó el 83% de los casos. Este resultado se aleja considerablemente del observado por autores como Carrasco (2003), quien concluyó que el mucocela representa el 42,4% de patologías de glándulas salivales.

El segundo diagnóstico más frecuente de las patologías de glándulas salivales fue el adenoma pleomorfo, que representó el 7,5%. Este porcentaje es menor al presentado por Carrasco (2003), quien reportó un 24,2% de casos. El adenoma pleomorfo fue el tumor de glándulas salivales más frecuente, así como lo demuestran varios autores, como Ito et al. (2005), Dhanuthai et al. (2009) y Tian et al. (2010).

1.1.4. Patología dentoalveolar.

La patología dentoalveolar constituyó el grupo de diagnósticos más pequeño, con 51 casos, que corresponde al 13,1% del total de todos los informes.

El granuloma periapical fue la lesión más frecuente, representando el 46,2% del total de patologías dentoalveolares.

1.2. Diagnósticos más frecuentes.

Los diagnósticos más frecuentes del total de informes histopatológicos fueron la hiperplasia fibrosa, el mucocele, el granuloma piógeno, el quiste radicular y el granuloma periapical.

1.2.1. Hiperplasia fibrosa.

La hiperplasia fibrosa fue el diagnóstico más común, presentándose en 67 ocasiones, lo que representa el 16,8% del total de los informes. Jones y Franklin (2006), y Aldape et al. (2007) obtuvieron resultados ligeramente inferiores al encontrado en nuestro estudio, con porcentajes de diagnósticos de hiperplasia fibrosa, correspondientes al 14,7% y al 14,3%, respectivamente.

Sin embargo, en muchos estudios no figura el diagnóstico de hiperplasia fibrosa. Esto se debería a que, en su reemplazo, utilizan diagnósticos de carácter clínico, como pseudofibroma irritativo, fibroma traumático o simplemente fibroma.

Si consideráramos a tales diagnósticos clínicos equivalentes al diagnóstico de hiperplasia fibrosa, los porcentajes que obtienen muchos de estos estudios son muy parecidos al encontrado en el nuestro.

Distintos autores como Satorres et al. (2001), Romero & Sepúlveda (2010), y Weir et al. (1987) concluyeron que la lesión más frecuente, del total de biopsias estudiadas, es el fibroma, con porcentajes de un 15,7%, 14,7% y 13,2%, respectivamente. Estos valores son similares al porcentaje de hiperplasia fibrosa encontrado en nuestra investigación.

1.2.2. Mucocele.

El mucocele fue el segundo diagnóstico más frecuente. Se presentó en 44 ocasiones, lo que representa el 11,1% del total. Romero & Sepúlveda (2010), Carrasco (2003) y Tay (1999) obtuvieron resultados similares al observado en nuestro estudio, con porcentajes de un 10,6%, un 9,7% y un 8,6% respectivamente.

Autores como Aldape et al. (2007), Re Cecconi et al. (2010) y Jones & Franklin (2006) reportan resultados bastante menores, con porcentajes de un 5,3%, 4,6% y 3,4%, respectivamente.

1.2.3. Granuloma Piógeno.

El granuloma piógeno constituyó el 7% del total de informes estudiados. Este resultado es relativamente cercano al encontrado en los estudios de Carrasco (2003), Moret et al. (2006) y Aldape et al. (2007), quienes concluyeron valores del 9,3%, 9,7% y 4,2%, respectivamente.

Sin embargo, este porcentaje es substancialmente mayor al encontrado por autores como Jones & Franklin (2006) y Ovalle (2000), quienes obtuvieron valores del 1,8% y 1,1%, respectivamente.

Otros autores plantean porcentajes ostensiblemente mayores. Romero & Sepúlveda (2010) considera que el 14,5% de los casos correspondía a granuloma piógeno.

1.2.4. Quiste Radicular.

El quiste radicular se presentó en 25 ocasiones, lo que corresponde a un 6,3% del total. Estos valores son muy cercanos a los observados en los estudios publicados por Weir et al. (1987), Ovalle (2000), Jones & Franklin (2006) y Tay (1999), quienes estimaron que el diagnóstico de quiste radicular se presentaba en el 5,8%, 5,6%, 7,3% y 7,6% del total de biopsias estudiadas, respectivamente.

Otras investigaciones arrojan resultados que superan por mucho a los encontrados en este estudio. Nakade et al. (1989) postulan que el quiste radicular se presenta en el 11,1% de los casos, mientras que Satorres et al. (2001) plantean que se presenta en el 19,5% de las ocasiones.

1.2.5. Granuloma Periapical.

Se observaron 24 casos de granuloma periapical, lo que corresponde a un 6% del total de informes. Éste es un porcentaje ligeramente menor al encontrado por algunos autores como Jones & Franklin (2006), Tay (1999) y Nakade et al. (1989), quienes estimaron que el diagnóstico de granuloma periapical se presentaba el 8,1%, 8,8% y 9,5%, respectivamente. Otros autores, como Satorres et al. (2001), plantean un porcentaje significativamente mayor, que alcanza el 18,1% del total de biopsias.

2. Localización.

La localización más frecuente fue la encía, con 81 casos, que corresponden al 20,4% del total de informes. Autores como Romero & Sepúlveda (2010) concuerdan en que la encía es el sitio más afectado. El tejido óseo periapical, el carrillo y el labio, le siguieron con un 15,1%, un 14,1% y un 13,8%, respectivamente. Las localizaciones menos frecuentes fueron el piso de boca y el triángulo retromolar, con un 2,5% y un 1,8%, respectivamente.

2.1. Diagnósticos más frecuentes según localización.

La hiperplasia fibrosa se presentó en el 46,3% de los casos en el carrillo. El carrillo es el sitio de predilección para la hiperplasia fibrosa según Torres-Domingo et al. (2008) en el 31,3% de los casos. En el 16,5% de los casos se presentó en la lengua, lo que es similar al resultado obtenido por Torres-Domingo et al. (2008), quienes concluyeron que el 15,6% de las hiperplasias fibrosas comprometía a la lengua. El 10,4% correspondió al labio inferior. Tanto en el paladar como en la encía, la hiperplasia fibrosa se presentó en el 6% de los casos.

El mucocele se presentó el 65,9% de los casos en el labio inferior. Este resultado supera al mostrado por Re Cecconi et al. (2010), quienes concluyeron que el 53% de

los mucocelos se presentó en el labio inferior. El resto de los mucocelos afectó al vientre de la lengua y al piso de boca, con un 9,1% y un 6,8%, respectivamente.

El granuloma piógeno mostró predilección por la encía, localización que representa el 67,8% de todos los casos. Esto se condice con lo descrito por autores como Jafarzadeh et al. (2006), quienes plantean que en el 70% de los casos el granuloma piógeno se presenta en encía. Lawoyin et al. (1997) y Torres-Domingo (2008) determinaron que el 74% y el 77,3% de los granulomas piógenos son de encía, respectivamente. Por otro lado, el 10,7% de los casos se observó que el granuloma piógeno se presentaba en el carrillo. El resto de localizaciones se reparten entre labios, lengua, piso de boca y paladar.

El quiste radicular mostró predilección por el maxilar. El 72% de los quistes radiculares se presentó en este hueso, mientras que el 12% lo hizo en la mandíbula. La preferencia por el hueso maxilar se replica en diferentes estudios, pero la diferencia entre ambas localizaciones es menor. Autores como Prockt et al. (2008), Souza et al. (2010) y Núñez-Urrutia et al. (2010) determinaron que el porcentaje de quistes radiculares en el maxilar es de un 66%, 63% y 56,2%, respectivamente.

El granuloma periapical se presentó en el maxilar en el 58,3% de los casos y en la mandíbula en el 41,7%. Esto concuerda con los resultados descritos por Beconsall-Ryan et al. (2010), quienes observaron mayor frecuencia de granulomas periapicales en el maxilar.

3. Sexo.

La distribución de diagnósticos según el sexo contabilizó un total de 155 informes histopatológicos correspondientes al sexo masculino, lo que representa un 38,9% de los casos, y 243 correspondientes al sexo femenino, lo que se traduce en un 61,1% del total. Varios autores presentan datos similares. Según Aldape et al. (2007) el porcentaje de informes de sexo masculino fue de un 36,2% y el de sexo femenino de un 61,2%. Ovalle (2000) observó que el 38% de los informes correspondía al sexo masculino y el 62% al sexo femenino. Carrasco (2003) concluyó que el 40,7% de los informes representaba al sexo masculino y 59,3% al sexo femenino.

3.1. Diagnósticos más frecuentes según sexo.

La hiperplasia fibrosa fue más frecuente en mujeres, en una relación hombre-mujer de 0,34. De todos los informes de hiperplasia fibrosa, el 74,6% correspondió a sexo femenino, mientras que el 25,4% correspondió a sexo masculino. Autores como Jones y Franklin (2006) y Torres-Domingo et al. (2008) concuerdan con estos resultados, pero con una diferencia menor entre ambos sexos, reflejada en una relación hombre-mujer de 0,55 y 0,52, respectivamente.

El mucocelo presentó la misma frecuencia para ambos sexos. Estos resultados se condicen con los observados por autores como Baurmash (2003) y Re Cecconi (2010) quienes no encontraron diferencias de sexo en la frecuencia de mucocelos.

El granuloma piógeno se presentó más en mujeres que en hombres, en una relación hombre-mujer de 0,65. De los informes de granuloma piógeno, el 60,71% correspondió a sexo femenino y el 39,29% a sexo masculino. Esto concuerda con lo

planteado por autores como Al-Khateeb & Ababneh (2003) y Jones & Franklin (2006), quienes reportan una relación hombre-mujer de 0,58 y 0,74, respectivamente. Otros autores como Jafarzadeh et al. (2006) y Zain et al. (1995) confirman la tendencia.

El quiste radicular se presentó ligeramente más en hombres que en mujeres, en una relación hombre-mujer de 1,08. Del total de informes de quiste radicular, el 48% correspondió a sexo femenino, mientras que el 52% correspondió a masculino. Esto se ajusta a lo demostrado por autores como Tortorici et al. (2008) y Avelar et al. (2009), quienes concluyeron una relación hombre-mujer de 1,15 y 1,28, respectivamente.

El granuloma periapical se presentó más en mujeres que en hombres, en una relación hombre-mujer de 0,6. De los informes de granuloma periapical, el 62,5% correspondió a sexo femenino, mientras que el 37,5% correspondió a sexo masculino. Autores como Jones & Franklin (2006), confirman esa tendencia, pero con una menor diferencia entre ambos sexos, con una relación hombre-mujer de 0,9.

4. Edad.

Del total de informes estudiados, la edad promedio fue de 43,8 años, con un máximo de edad de 91 años y un mínimo de 6 años. Los grupos etarios más afectados son los adultos entre los 55 y 64 años, que representan el 16,3% de los casos, seguidos por el grupo entre los 15 y 24 años y el grupo entre los 65 y 74 años, que corresponden al 14,6% y 13,6% de los casos, respectivamente.

.4.1. Diagnósticos más frecuentes según edad.

Al comparar los promedios de edad entre los diagnósticos más frecuentes existen diferencias significativas. El promedio de edad más alto correspondió a la hiperplasia fibrosa y el más bajo correspondió al mucocele.

La hiperplasia fibrosa fue más frecuente en el grupo etario entre los 45 y 54 años. La edad promedio fue de 51,3 años, lo que es muy similar a lo observado por Jones & Franklin (2006), quienes presentan una edad promedio de 51,6 años.

El mucocele fue más frecuente entre los 15 y 24 años. La edad promedio fue de 23,6 años. Este valor distó bastante de los resultados que exhiben autores como Re Cecconi et al. (2010) quienes describen un promedio de edad de 31,9 años.

El granuloma piógeno fue más frecuente entre los 45 y 54 años. La edad promedio fue de 46,9 años, lo que asemeja bastante a lo que establecieron Jones & Franklin (2006), quienes confirmaron una edad promedio de 46,5 años.

El quiste radicular fue más frecuente entre los 45 y 54 años. La edad promedio fue de 46,1 años, lo que se aleja mucho de los valores que entrega la literatura. Jones & Franklin (2006), Tortorici et al. (2008) y Souza et al. (2010) muestran como resultado una edad promedio de 38,7 años, 35,6 años y 31,5 años, respectivamente.

El granuloma periapical fue más frecuente entre los 15 y 24 años. La edad promedio fue de 35,7 años, lo que se acerca a lo demostrado por Jones & Franklin (2006), quienes determinaron que la edad promedio fue de 38,4 años.

VII. Conclusiones.

Nuestro trabajo consistió en analizar informes histopatológicos de dos series de registros de la región de Valparaíso, que estaban almacenadas en bases de datos de Microsoft Access 2007.

Se determinó que existe una gran variedad de diagnósticos histopatológicos, que se presentan con distintas frecuencias. Los más frecuentes fueron la hiperplasia fibrosa, el mucocele, el granuloma piógeno, el quiste radicular y el granuloma periapical.

En relación a lo extraído de ambos registros se puede concluir que la localización más frecuente para las patologías estudiadas fue la encía, con un 20,4% (n=81).

Con respecto al análisis de todos los registros se encontró que el sexo femenino es el que se presenta en la mayoría de los casos observados, con un 61,1% (n=243).

En cuanto a la edad, el rango que presentó la mayor cantidad de casos estuvo entre los 55 y 64 años, que representó un 16,3% (n=65) del total.

1. Diagnóstico histopatológico.

Al analizar la totalidad de los casos registrados en ambas series, se encontró que las lesiones más frecuentes fueron la hiperplasia fibrosa con un 16,8% (n=67), seguida por el mucocele con un 11,1% (n=44), el granuloma piógeno con un 7% (n=28), el quiste radicular con un 6,3% (n=25), y el granuloma periapical con un 6% (n=24).

1.1. Patología de las mucosas.

La categoría I, correspondiente a las patologías de las mucosas, representó el 53,3% del total de informes. Dentro de este grupo el diagnóstico más frecuente fue la hiperplasia fibrosa que constituyó el 31,6% (n=67) del total de esta categoría, seguida por el granuloma piógeno y el papiloma, con un 13,2% (n=28) y un 7,1% (n=15), respectivamente.

La subcategoría 1, representada por las patologías epitelial-melánicas, tuvo una frecuencia del 19,8% (n=44) dentro de esta categoría. La patología epitelial-melánica más frecuente fue el papiloma con un 34,1% (n=15).

La subcategoría 2, constituida por las lesiones del tejido conjuntivo, nervioso, vascular y muscular representó el 73,6% (n=156) del total de patologías de las mucosas. Se observó que, dentro de este subgrupo, la lesión más frecuente fue la hiperplasia fibrosa con un 42,9% (n=67).

Por último, la subcategoría 3, correspondiente a las lesiones mucosas de patogenia inmunoinflamatoria conformó el 5,7% (n=12) de la categoría. La patología más frecuente fue el liquen plano con un 58,3% (n=7).

1.2. Patología de los huesos maxilares.

La categoría II, correspondiente a las patologías de los huesos maxilares constituyó el 20,4% (n=81) del total de informes. Dentro de este grupo, los diagnósticos más frecuentes fueron el quiste radicular y el quiste dentífero con 30,9% (n=25) y un 20,9% (n=17), respectivamente.

La subcategoría 4, conformada por los quistes no odontogénicos representó sólo el 2,5% (n=2) de las patologías óseas.

La subcategoría 5, correspondiente a los quistes odontogénicos constituye el 59,3% (n=48) de las lesiones a los huesos maxilares. Dentro de los quistes odontogénicos, los más frecuentes fueron el quiste radicular y el quiste dentífero con un 52,1% (n=25) y un 35,4% (n=17), respectivamente.

La subcategoría 6, compuesta por los tumores odontogénicos, representó el 29,6% (n=24) de las lesiones a los huesos maxilares. El tumor odontogénico queratoquístico destaca como la lesión más frecuente, con un 50% (n=12) del total de tumores odontogénicos, seguido por el odontoma compuesto con un 16,7% (n=4).

La subcategoría 7, integrada por otras lesiones o tumores óseos, compuso el 8,6% (n=7) de la categoría. Las patologías más frecuentes fueron el fibroma osificante y a la lesión central de células gigantes, ambas con un 28,6% (n=2).

1.3. Patología de las glándulas salivales.

La categoría III, conformada por las patologías de glándulas salivales, constituyó el 13,3% (n=53) del total de informes. El mucocele destaca como el diagnóstico más frecuente, correspondiendo al 83% (n=44) de las patologías de glándulas salivales.

La subcategoría 8, compuesta por las patologías de tipo quístico, obstructivo, inflamatorio o de origen inmune, correspondió al 90,6% (n=48) de la categoría. Dentro de este subgrupo, el mucocele representó el 91,7% (n=44).

La subcategoría 9, que agrupa a las patologías de tipo neoplásico, equivale al 9,4% (n=5) del total de patologías de glándulas salivales. El 80% (n=4) de las neoplasias consistió en el diagnóstico de adenoma pleomorfo.

1.4. Patología dentoalveolar.

La categoría IV, que reúne a las patologías dentoalveolares, corresponde al 13,1% (n=52) del total de informes. Los diagnósticos más frecuentes fueron el granuloma periapical, con un 46,2% (n=24), y el absceso periapical, con un 21,2% (n=11), del total de patologías dentoalveolares.

La subcategoría 10, formada por las patologías periodontal-alveolares y periapicales representó el 80,8% (n=42) de las lesiones dentoalveolares. El diagnóstico más frecuente, dentro del subgrupo, fue el granuloma periapical, con un 57,1% (n=24), seguido por el absceso periapical con un 26,2% (n=11).

Por último, la subcategoría 11, que incluye a las patologías periodontal-gingivales y pericoronarias correspondió al 19,2% (n=10) del total de la categoría. Dentro de esta subdivisión, el diagnóstico más frecuente fue el de saco pericoronario inflamado, que se presentó en el 70% (n=7) de los casos.

2. Localización.

Al analizar la distribución topográfica de las lesiones diagnosticadas más frecuentes en este estudio, se encontró que para la hiperplasia fibrosa las localizaciones más frecuentes fueron el carrillo, con un 46,3 % (n=46), seguida por el labio inferior, con un 10,4% (n=7). Para el mucocelo la localización más frecuente fue el labio inferior con un 65,9% (n=29). Para el granuloma piógeno la localización más frecuente fue la encía mandibular con un 35,7% (n=10), seguida por la encía maxilar con un 32,14% (n=9). El quiste radicular presentó como sitio más afectado a la zona periapical del hueso maxilar con un 72% (n=18) de los casos. La localización más frecuente para el granuloma periapical fue la zona periapical del hueso maxilar con un 58,3% (n=14).

3. Sexo.

Al analizar el sexo en relación a las patologías más frecuentes consideradas para este estudio se encontró que para la hiperplasia fibrosa el sexo femenino predominó sobre el masculino, con un 74,6% (n=50).

El mucocelo no mostró preferencia por sexo, ya que se observó en un 50% (n=22) en mujeres y en otro 50% (n=22) en hombres.

El granuloma piógeno presenta mayor frecuencia en el sexo femenino con un 60,7% (n=17).

Para el quiste radicular se observó lo contrario, ya que existió una ligera predilección por el sexo masculino, donde se presentó en el 52% (n=13) de los casos.

El granuloma periapical presenta inclinación por el sexo femenino, donde se reconoció en el 62,5% (n=15) de los casos.

4. Edad.

Al ubicar los rangos etarios por patologías más frecuentes encontramos que para la hiperplasia fibrosa el rango más frecuente fue el de entre 45 y 54 años con un 19,4% (n=13), seguido por el rango entre los 55 y 64 años con un 17,9% (n=12).

El rango etario más afectado para el mucocelo fue el de menores de 15 años con un 36,4% (n=16), seguido por el rango entre los 15 y 24 años, con un 25% (n=11).

Para el granuloma piógeno el rango etario más frecuente fue el de 55-64 años, con un 21,4% (n=6).

El quiste radicular presenta mayor frecuencia en el rango etario entre los 45 y los 54 años, con un 20% (n=5) de los casos.

El rango etario más afectado para el granuloma periapical estuvo entre los 15 y los 24 años, con un 20,8% (n=5) de los casos.

VIII. Resumen.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar dos bases de datos, que almacenan los informes desarrollados por dos servicios de diagnóstico histopatológico de la región de Valparaíso, entre los años 2004 y 2010, con el propósito de determinar la distribución de frecuencias según diagnóstico histopatológico, localización de la lesión, sexo y edad.

Cada uno de los diagnósticos fue corroborado con su respectiva placa histológica, que se sometió al escrutinio del mismo examinador. En caso que la placa se encontrara en mal estado se procedió a la obtención de una nueva, a partir del taco correspondiente.

Se obtuvieron 398 registros de los cuales el 61,1% correspondió a mujeres. El 53,3% de los diagnósticos correspondió a patologías de las mucosas, el 20,4% a patologías de huesos maxilares, el 13,3% a patologías de glándulas salivales y el 13,1% a patologías dentoalveolares. Los diagnósticos más frecuentes fueron la hiperplasia fibrosa (16,8%), el mucocele (11,1%), el granuloma piógeno (7%), el quiste radicular (6,3%) y el granuloma periapical (6%). Las localizaciones más frecuentes fueron la encía (20,4%), la zona periapical (15,1%), el carrillo (14,1%) y el labio (13,8%). El rango etario más afectado fue el entre los 55 y 64 años (16,3%), seguido por el grupo entre los 15 y 24 años (14,6%) y el entre los 65 y 74 años (13,6%).

IX. Sugerencias.

Se recomienda realizar estudios de este tipo con una muestra de mayor tamaño, de manera tal que sea representativa de la población de la región.

Se aconseja unificar los criterios para describir las localizaciones a partir de donde se obtuvo la muestra, estableciendo alternativas más concluyentes para completar las órdenes de estudio de biopsia provenientes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Así resultará más fácil determinar la procedencia de la muestra de tejido para estudios posteriores.

Se sugiere la realización de más estudios de este tipo que incorporen nuevas variables como el diagnóstico clínico, la descripción clínica de la lesión o la identificación del solicitante. Con los antecedentes del diagnóstico clínico se podrán establecer comparaciones con el diagnóstico histopatológico y determinar qué tan correcta fue la hipótesis elaborada por el solicitante.

IX. Referencias bibliográficas.

1. Aldape B.; Padilla G.; Cruz B. (2007): Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. *Rev ADM.* 64(2):61-7.
2. Al-Khateeb T.; Ababneh K. (2003): Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 61(11):1285-8.
3. Alloza J.M. (2005): Interrogación de una base de datos. En: *Access 2003*, Primera Edición, INNOVA, Málaga - España, pp:125-41.
4. Avelar R.L.; Antunes A.A.; Carvalho R.W.; Bezerra P.G.; Oliveira Neto P.J.; Andrade E.S. (2009): Odontogenic cysts: a clinicopathological study of 507 cases. *J Oral Sci.* 51(4):581-6.
5. Barnes L.; Eveson J.W.; Reichart P.; Sidransky D. (2005): Odontogenic Tumours, En: *WHO classification of tumours, pathology and genetics of head and neck tumours*, IARC Press, Lyon – Francia, pp:283-327.
6. Baumash H.D. (2003): Mucocelas and ranulas. *J Oral Maxillofac Surg.* 61(3):369-78.
7. Becconsall-Ryan K.; Tong D.; Love R.M. (2010): Radiolucent inflammatory jaw lesions: a twenty-year analysis. *Int Endod J.* 43(10):859-65.
8. Becker W.M.; Kleinsmith L.J.; Hardin J. (2006): Una visión de la célula. En: *El mundo de la célula*, Sexta Edición, Pearson Addison Wesley, Madrid - España, pp:1-9.
9. Bhaskar S.N. (1968): Oral pathology in the dental office: survey of 20575 biopsy specimens. *J Am Dent Assoc.* 76:761-6.
10. Carrasco C.L. (2003): Estudio de frecuencia de lesiones de la cavidad oral, maxilares y glándulas salivales diagnosticadas mediante biopsia en los Hospitales Regional de Talca y Base de Curicó desde enero de 1993 a mayo de 2003. Memoria para optar al título de cirujano dentista. Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca.
11. Cawson R.A.; Odell E.W. (2008): *Soft Tissue Disease*. En: *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*, Octava Edición, Elsevier, Reino Unido, pp:178-293.
12. Corrêa L.; Frigerio M.L.; Sousa S.C.; Novelli M.D. (2006): Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopathological records. *Gerodontology.* 23: 48-54.
13. Daley T.D.; Wysocki G.P.; Pringle G.A. (1994): Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a canadian population. *Oral Surg Oral Med Pathol.* 77(3):276-80.
14. De Robertis E.; Hib J. (2004): Los métodos de estudio en biología celular. En: *Fundamentos de biología celular y molecular de De Robertis*, Cuarta Edición, El Ateneo, Buenos Aires - Argentina, pp:401-410.
15. Dhanuthai K.; Boonadulyarat M.; Jaengjongdee T.; Jiruedee K. (2009): A clinicopathologic study of 311 intra-oral salivary gland tumors in Thais. *J Oral Pathol Med.* 38(6):495-500.
16. Espinoza I.; Orellana A.; Hernández R.; Rojas R. (1999): Patología de la mucosa oral en adultos mayores, Instituto de Referencia de Patología Oral (IREPO), Santiago, Chile. *Rev Fac Odont Univ de Chile.* 17(1):23-31.

17. Gartner L.; Hiatt J. (2002): Introducción a la histología y técnicas histológicas básicas. En: Texto atlas de histología, Segunda Edición, McGraw Hill Interamericana, México, pp:1-10.
18. Goldsmith J.D.; Siegal G.P.; Suster S.; Wheeler T.M.; Beown R.W. (2008): Reporting guidelines for clinical laboratory reports in surgical pathology. *Arch Pathol Lab Med.* 132:1608-16.
19. Hib J. (2001): Métodos de estudio. En: Histología de Di Fiore: texto y atlas, Primera Edición, El Ateneo, Buenos Aires - Argentina, pp:1-15.
20. Ito F.A.; Ito K.; Vargas P.A.; de Almeida O.P.; Lopes M.A. (2005): Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 34(5):533-6.
21. Jafarzadeh H.; Sanatkhan M.; Mohtasham N. (2006): Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci.* 48(4):167-75.
22. Jing W.; Xuan M.; Lin Y.; Wu L.; Liu L.; Zheng X.; Tang W.; Qiao J.; Tian W. (2007): Odontogenic tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 36(1):20-5.
23. Jones A.V.; Franklin C.D. (2006): An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med.* 35: 392-401.
24. Karp G. (2006): Técnicas en biología celular y molecular. En: Biología celular y molecular, Cuarta Edición, McGraw Hill Interamericana, México, pp:701-716.
25. Lawoyin J.O.; Arotiba J.T.; Dosumu O.O. (1997): Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 35(3):185-9.
26. Ledesma-Montes C.; Hernández-Guerrero J.C.; Garcés-Ortiz M. (2000): Clinico-pathologic study of odontogenic cysts in a Mexican sample population. *Arch Med Res.* 31(4):373-6.
27. Lima G.daS.; Fontes S.T.; de Araújo L.M.; Etges A.; Tarquinio S.B.; Gomes A.P. (2008): A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci.* 16(6):397-402.
28. Luo H.Y.; Li T.J. (2009): Odontogenic tumors: a study of 1309 cases in a Chinese population. *Oral Oncol.* 45(8):706-11.
29. Majorana A.; Bardellini E.; Flocchini P.; Amadori F.; Conti G.; Campus G. (2010): Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 110(1):13-8.
30. Marco J.R. (2005). Exploraciones complementarias en cirugía bucal. En: Cirugía bucal: patología y técnica, Editor: Donado M. Tercera Edición, Masson, Barcelona - España, pp:94-107.
31. Moret Y.; Rivera H.; Cartaya M. (2007): Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el período 1968-1987. Resultados preliminares. *Acta Odontol Venez.* 45(2): 240-43.
32. Mosqueda-Taylor A.; Irigoyen-Camacho M.E.; Díaz-Franco M.A.; Torres-Tejero M.A. (2002): Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Med Oral.* 7(2):89-96.

33. Mosqueda-Taylor A.; Ledesma-Montes C.; Caballero-Sandoval S.; Portilla-Robertson J.; Ruíz-Godoy Rivera L.M.; Meneses-García A. (1997): Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 84(6):672-5.
34. Mota-Ramírez A.; Silvestre F.J.; Simó J.M. (2007): Oral biopsy in dental practice. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 12(7):504-10.
35. Nakade O.; Ohuchi T.; Seki C.; Kanno H.; Abe H.; Kaku T.; Okuyama T. (1989): Survey of histopathological diagnostic services in the Department of Oral Pathology, School of Dentistry, 1979-1989. *Higashi Nippon Shigaku Zasshi.* 8(1):39-46.
36. Neville B.W.; Damm D.D.; Allen C.M.; Bouquot J. (2009): Bone pathology. En: *Oral and maxillofacial pathology*, Tercera Edición. Saunders/Elsevier, Estados Unidos, pp:533-88.
37. Núñez-Urrutia S.; Figueiredo R.; Gay-Escoda C. (2010): Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 15(5):767-73.
38. Ochsenius G.; Escobar E.; Godoy L.; Peñafiel C. (2007): Quistes odontogénicos: análisis de 2944 casos en Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 12:85-91.
39. Ochsenius G.; Ortega A.; Godoy L.; Peñafiel C.; Escobar E. (2002): Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J Oral Pathol Med.* 31(7):415-20.
40. Okada H.; Yamamoto H.; Tilakaratne W.M. (2007): Odontogenic tumors in Sri Lanka: analysis of 226 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 65(5):875-82.
41. Oliver R.J.; Sloan P.; Pemberton M.N. (2004): Oral biopsies: methods and applications. *Br Dent J.* 196(6):329-33.
42. Osterne R.L.; Brito R.G.; Alves A.P.; Cavalcante R.B.; Sousa F.B. (2011): Odontogenic tumors: a 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 111(4):474-81.
43. Ovalle J.W. (2000): Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío. *Rev ADM.* 4:132-36.
44. Pezza V. (2007): Biopsia. En: *El diagnóstico en la clínica estomatológica*, Editores: Ceccotti E.; Sforza R.; Carzoglio J.; Luberti R.; Flichman J. Primera Edición, Médica Panamericana, Buenos Aires - Argentina, pp:11-17.
45. Philipsen H.P., (2005), Keratocystic odontogenic tumour. En: *WHO classification of tumours, pathology and genetics of head and neck tumours*, Editores: Barnes L.; Eveson J.W.; Reichart P.; Sidransky D. IARC Press, Lyon – Francia, pp:306-7.
46. Poh C.F.; Ng S.; Berean K.W.; Williams P.M.; Rosin M.P.; Zhang L. (2008): Biopsy and histopathologic diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *J Can Dent Assoc.* 74(3):283-8.
47. Prockt A.P.; Schebela C.R.; Maito F.D.; Sant'Ana-Filho M.; Rados P.V. (2008): Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. *Head Neck Pathol.* 2(3):150-6.
48. Quintana G. (2003): Introducción a las bases de datos. En: *Aprende Microsoft Access*, Segunda Edición, Universitat Jaume I, España, pp:9-18.
49. Re Cecconi D.; Achilli A.; Tarozzi M.; Lodi G.; Demarosi F.; Sardella A.; Carrassi A. (2010): Mucoceles of the oral cavity: a large case series (1994-2008) and a literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 15(4):551-6.

50. Regezi J.A.; Sciubba J.J.; Jordan C.K. (2008): Connective tissue lesions. En: Oral pathology, Quinta Edición, Saunders/Elsevier, Estados Unidos, pp:179-220.
51. Romero E.; Sepúlveda R. (2008): Frecuencia de diagnósticos histopatológicos en un periodo de 20 años (1989-2008). *Rev Cubana Estomatol.* 47(1): 96-104.
52. Rosebush M.S.; Anderson K.M.; Rawal S.Y.; Mincer H.H.; Rawal Y.B. (2010): The oral biopsy: indications, techniques and special considerations. *J Tenn Dent Assoc.* 90(2):17-20.
53. Ross M.H.; Pawlina W. (2008): Técnica histológica y microscopía. En: Histología, texto y atlas color con biología celular y molecular, Quinta Edición, Médica Panamericana, Buenos Aires - Argentina, pp:1-25.
54. Rossi E.P.; Hirsch S.A. (1977): A survey of 4793 oral lesions with emphasis on neoplasia and premalignancy. *J Am Dent Assoc.* 94(5): 883-6.
55. Sapp J.P.; Eversole L.R.; Wysocki G.P. (2005): Quistes de las regiones orales. En: Patología oral y maxilofacial, Segunda Edición, Elsevier, España, pp:38-58.
56. Satorres M.; Faura M.; Brescó M.; Berini L.; Gay C. (2001): Prevalence of biopsied oral lesions in a service of oral surgery. *Med Oral.* 6(4):296-305.
57. Seoane J.M.; González-Mosquera A.; Velo-Noya J. (2008): La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. *Av Odontoestomatol.* 24(1):89-96
58. Shah S.K.; Le M.C.; Carpenter W.M. (2009): Retrospective review of pediatric oral lesions from a dental school biopsy service. *Pediatr Dent.* 31(1):14-9.
59. Silberschatz A.; Korth H.; Sudarshan S. (2002): Bases de datos. En: Fundamentos de bases de datos. Cuarta Edición. McGraw Hill, España, pp:150-82.
60. Slootweg P. J.; El Mofty S.K., (2005), Ossifying fibroma. En: WHO classification of tumours, pathology and genetics of head and neck tumours, Editores: Barnes L.; Eveson J.W.; Reichart P.; Sidransky D. IARC Press, Lyon – Francia, pp:319-20.
61. Souza L.B.; Gordón-Núñez M.A.; Nonaka C.F.; de Medeiros M.C.; Torres T.F.; Emiliano G.B. (2010): Odontogenic cysts: demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 15(4):583-90.
62. Tay A.B. (1999): A 5-year survey of oral biopsies in an oral surgical unit in Singapore: 1993-1997. *Ann Acad Med Singapore.* 28(5):665-71.
63. Tawfik M.A.; Zyada M.M. (2010): Odontogenic tumors in Dakahlia, Egypt: analysis of 82 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 109(2):67-73.
64. Tian Z.; Li L.; Wang L.; Hu Y.; Li J. (2010): Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 39(3):235-42.
65. Torres-Domingo S.; Bagan J.V.; Jiménez Y.; Poveda R.; Murillo J.; Díaz J.M.; Sanchis J.M.; Gavaldá C.; Carbonell E. (2008): Benign tumors of the oral mucosa: a study of 300 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 13(3):161-6.
66. Tortorici S.; Amodio E.; Massenti M.F.; Buzzanca M.L.; Burrano F.; Vitale F. (2008): Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci.* 50(1):15-8.
67. Weir J.C.; Davenport W.D.; Skinner R.L. (1987): A diagnostic and epidemiologic survey of 15783 oral lesions. *J Am Dent Assoc.* 115(3):439-42.
68. Zain R.B.; Khoo S.P.; Yeo J.F. (1995): Oral pyogenic granuloma (excluding pregnancy tumour). A clinical analysis of 304 cases. *Singapore Dent J.* 20(1):8-10.

Anexo I.

		Dr. Ricardo Moreno Silva	
Patología y Diagnóstico Bucal		Buscar Informe	
R.U.T.: 10.070.959.7		Arlegui 263 of. 813. Edificio Gala. Fono:970208. Viña del Mar	
INFORME HISTOPATOLÓGICO			
Id	N° de Placa:	Fecha Recepción	
104			
Nombres		Apellido Paterno	Apellido Materno
RUT		Edad	Sexo
Dirección			Fono
Localización			
Historia Clínica			
Diagnóstico Clínico			
Envía			
EXAMEN MACROSCÓPICO			
N° Muestra	Tamaño	Forma	Consistencia
Superficie		Color	
Observaciones Especiales			
EXAMEN MICROSCÓPICO			
Examen Histopatológico			
Diagnóstico			
Observaciones			
Fecha de Informe	Imprimir Informe		Ricardo Moreno Silva
			Histopatólogo - Patología Bucal

Figura 2. Vista del formulario utilizado para la elaboración de informes histopatológicos empleado en la clínica de patología y diagnóstico bucal dependiente del Dr. Ricardo Moreno Silva.

Anexo II.

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO		Buscar Registro		N° de Placa: UV-05-01
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA				N° de Presupuesto:
CÁTEDRA DE PATOLOGÍA Y				N° de Boleta:
DIAGNÓSTICO ORAL				N° de Ficha:
INFORME HISTOPATOLÓGICO				Fecha Recepción
<hr/>				
Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno
<hr/>				
RUT	Edad	Sexo		
<hr/>				
Dirección		Ciudad:	Fono	
<hr/>				
Localización				
<hr/>				
Historia Clínica				
<hr/>				
Diagnóstico Clínico				
<hr/>				
Envía		Cátedra / Servicio		
<hr/>				
EXAMEN MACROSCÓPICO				
<hr/>				
N° Muestras	Tamaño	Forma	Consistencia	
<hr/>				
Superficie		Color		
<hr/>				
Observaciones Especiales				
<hr/>				
EXAMEN MICROSCÓPICO				
<hr/>				
Examen Histopatológico				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
Diagnóstico				
<hr/>				
Observaciones				
<hr/>				
<hr/>				
Fecha de Informe		Imprimir registro		Patólogo
<hr/>				

Figura 3. Vista del formulario utilizado para la elaboración de informes histopatológicos empleado en el Servicio de Diagnóstico Histopatológico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Anexo III.

Id	N° de I.	F.	N° de F.	Diagnóstico	Fecha de Inl.	Observador	
104	RM-04-02	Mé Mor	0				
105	RM-04-03	Mé Mor	0				
106	RM-04-04	Glá Arel Ro	06.16	59 Fem Freire 33-3 Apl		ABSCESO	
107	RM-04-05	Car Acer Sai	22 Masi	Per To Sa Dr. E 2	11x Ovc Firm Inl Par	Mue Pre QUISTE PARADENTARIC 20-05-2004	
109	RM-04-06	Ma Karl Riv	16 Fem	Per Sa Qd Dr. F 3	Cor Sac Blani Inl Par	Mue Lar 1) QUISTE DENTIGERO 20-05-2004 No es posible	
110	RM-04-07	Kar Alar P.	29 Fem	Cue Al Tu Dr. J 8	11x Irre 3 dur LI: Bel Se	Mue En Exi: FIBROMA CEMENTO-OS 20-05-2004	
111	RM-04-08	Fri Mor Dic	03.15	73 Fem 6 Nort 481!			
112	RM-04-08	Fri Mor Dic	03.15	73 Fem 6 Nort (32)	Len Ar Ps Dr. F 2	10x Cuf Blani Inl Par	Mue M: 1) LINFANGIOMA; 2) HI 25-05-2004
113	RM-04-05	Ma Oyai Sa	11.82	33 Masi Pje. L (095)	Per Fir 1) Dr. F 1	Mue QUISTE RADICULAR 31-05-2004	
114	RM-04-10	Lui Mat A.	7 Masi	Lab Nc Mi Dr. E 6	Cor Ovc Firm Inl Par Les	Mue La Glá MUCOCELE POR EXTRA 02-06-2004	
115	RM-04-11	Ma Cam J.	0 Masi	Mai Mi Qd Dr. J 5	12x Irre Firm Inl Par	Mue No ABSCESO 02-06-2004 Cuando un qui	
116	RM-04-12	Ge Vale Ar.	09.08	41 Masi indep 53-: Enc Se 1) Dr. F 1	11x Triá Firm Gi Bla	Mue Lla REACCIÓN LIQUENOIDE 15-06-2004 La reacción liq	
117	RM-04-13	Vic Mar Ló	0 Masi 2 Nort 977: ReE Ar Re Dr. E 1	25x Ovc Firm LI: Bla	Mue Las Se 1) TUMOR ODONTOGÉNIC 23-06-2004 La recidiva tier		
118	RM-04-14	Wi Man Ca	14.66	21 Masi Cam. I 874; Apl Le Qd Dr. F 2	15x Ovc Blani Inl Par	Mue QUISTE RADICULAR 09-07-2004	
119	RM-04-15	Dle Corr Mc	55 Masi	Can Ex Le Dr. E 4	14x Ovc Firm Cc Ola Se	Cort En El c CARCINOMA VERRUCCO 09-07-2004 Si bien se trate	
120	RM-04-16	Dle Corr Mc	55 Masi	Can Ex Le Dr. E 4	Cor Cuf Firm Cc Bla	Mue El g CARCINOMA VERRUCCO 09-07-2004 La presentación	
121	RM-04-17	Xin Urer Mc	60 Masi	Per Qd J. Dr. E 2	26x Cuf Firm Inl Par	Mue Co QUISTE DENTIGERO 13-07-2004 Hay congruenc	
122	RM-04-18	Ital Veg; Ca	14 Masi San Fc (34)	Per Le Tu Dr. N 5	Cor Ovc Blani Al Par	Mue Se No GRANULOMA PERIAPIC 29-07-2004 La necrosis por	
123	RM-04-19	Hu Tapji M.	14 Masi	Cor Cc Hl Dr. E 3	Cor Ovc Dura LI: Gri	Mue El Las TEJIDO CONDILAR DE A 06-08-2004 La mayor activi	
124	RM-04-20	Ge Vale Ar.	09.08	41 Masi	Apl Ar Qd Dr. F 2	Mue QUISTE RADICULAR AB 24-08-2004	
125	RM-04-21	Edi Esca	0 Masi	Enc Mi J) Dr. F 1	3x6 Cuf Firm LI: Bla	Mue El c FIBROMA DE CELULAS C 24-08-2004 La connotación	
126	RM-04-22	Tar Avil B.	13 Fem	Lab Ar Mi Dr. E 14	7x7 Rec Blani Al Par	Mue El Glá MUCOCELE POR EXTRA 24-08-2004	
127	RM-04-23	Bolí Coll. Be	7 Fem	Ran Du Tu Dr. J 5	29x Ovc Blani LI: Bla	Mue Dis Mu FIBROMA AMELOBLÁST 13-09-2004 Los hallazgos h	
128	RM-04-24	Sar Rom To	0 Masi	Apl Le J) Dr. N 2	14x Ovc Blani Inl Bla	Mue GRANULOMA PERIAPIC 23-09-2004	
129	RM-04-25	Dle Mor Jar	16 Masi	Intr De Oc Dr. N 3	12x Ovc Dura LI: Bei Mu	Mue Se Hay ODONTOMA COMPLEJ 23-09-2004	
130	RM-04-26	Jav Vásc Ar	14 Fem Casab	Per En Qu Dra. 4	25x Gra Blani LI: Par	Mue QUISTE DENTIGERO 23-09-2004 Diagnóstico co	
131	RM-04-27	Alé Gall; Lar	9 Masi San G 493	Dor Le J) Dr. F 1	8x6 Bot Firm Le Par	Mue Ao LINFANGIOMA 24-09-2004 Lesión malforr	
132	RM-04-28	Fel Torr	55 Masi	Enc Nc J) Dr. E 1	8x8 Bot Firm LI: Bla	Mue Co GRANULOMA PIOGÉNIC 24-09-2004	
133	RM-04-25	Fel Torr	55 Masi	Lab Nc J) Dr. E 1	6,5x Ovc Firm LI: Bla	Mue El c HIPERPLASIA FIBROSA I 24-09-2004 No hay eviden	

N° de Plac	N° de I.	N° de F.	Fecha	Nombre	Apellido	RUT	Sexo	Localización	Diagnóstico	Cátedra / Se	N° Muestr
UV-04-01	455	98175	15-2004	Rosa	Villegas	04.380.211	Femen	Pje Valj	2183x Enclá marginal	Lesic Granuloma Pióger	Dr. Patología y Dia 3
UV-04-02	455	98175	16-2004	Eduardo	Caballero	05.808.601	Mascul	Va Valj	2166x Dorsol lingual,	Lesic 1) Fibroma de Cél; Dr. Patología / Res 1	
UV-04-03	456	98176	16-2004	Ana Mar	Muñoz	02.955.101	Femen	Dia Villi.	5324x Enclá adherida	Lesic 1) Penfigoide muc	Dr. Patología / Cir 1
UV-04-04	RUTIN		16-2004	Francisco	Arancibia		Mascul		Tejido en relac	Lesic No refiere	Dr. Cirugía Bucal y 1
UV-04-05	RUTIN		18-2004	Mirtha	Pizarro		Femen		Dorsol lingual I	Lesic Fibroma de célula Sr. V	Ayudante Cát. 1
UV-04-06	RUTIN		18-2004	Iris	Cádiz	Toledo 06.601.251	Femen	Sai Viñ.	6110x Distal dte. 3,8	Paciz Fibroma amelobla;	Dr. Cirugía Oral y 7
UV-04-07	RUTIN		18-2004	Maria	López	Cisternas	Femen	Ca Viñ.	6206x Enclá marginal	Lesic No se adjunta	Dr. Cirugía Oral y 1
UV-04-08	Trámi		18-2004	Carlos	Arancibia	Maturan 17.354.181	Mascul	Sai Viñ.	8372x Vientre lingua	Reci: Mucocele	Dr. Patología y Dia 1
UV-04-09	2376	106101	18-2004	Alicia	Sepúlveda	Cuevas 05.413.251	Femen	Pje Valj	Reborde y pal.	Lesic Carcinoma Espino	Dr. Patología y Dia 2
UV-04-10	871		18-2004	Graciela	Vera	Saldaña 03.449.311	Femen	Vil Viñ.	7750x Piso de boca l	Lesic fibroma traumát	Dr. Cirugía Oral y 1
UV-04-11	2504/f		19-2004	Grimané	Caroca	02.765.111	Femen	C° Valj	No se precisa	No s No se indica	Dr. Patología y Dia 1
UV-04-12	Pendi		19-2004	Linnette	Silva		Femen		Enclá libre ves	No s Granuloma Pióger	Dr. Patología y Dia 1
UV-04-13	RUTIN		19-2004	Cristián	Díaz	Maldona 13.194.291	Mascul	Jot Viñ.	0961x Diastal a dte. 3	Dien Quiste de Craig	Dr. Patología y Dia 1
UV-04-14	RUTIN		19-2004	Nury	Díaz	Amaya 06.307.651	Femen	Ric Con	4155x Cara distal dte	Deri: 1) Quiste paraden	Dr. Cirugía Oral y 1
UV-04-15	569		19-2004	Luis	Suarez	López 13.331.501	Mascul		Lesión apical a	Lesic Quiste Apical	Dr. Cirugía Oral y 6
UV-04-16	785		19-2004	Luis	Cacober	Farias 05.771.161	Mascul	Pu	2873x Reborde man	Paciz Granuloma pióger	Dr. Cirugía Oral y 1
UV-04-17	RUTIN		19-2004	José	Meneses		Mascul		Apical a dte. 1.	Asin Quiste apical	Dr. Cirugía Oral y 1
UV-04-18	RUTIN		19-2004	Yhon	Solar	Vera	Mascul		En R. Odontoma		Dr. Cirugía Oral y 13
UV-04-19			10-2004	Miguel	Carrasco	Cárcamo 07.462.061	Mascul	Zai Viñ.	2531x Reborde zona	3 añ Papiloma	Dr. Patología y Dia 1
UV-04-20	1144		10-2004	Celestín	Alvarez	Torres 08.255.071	Mascul	Av Qui	09-18 Cuerpo mandib	Haci 1) Quiste de Gorli;	Dr. Cirugía Oral y 3
UV-04-21	1248		10-2004	Luis	Bahamonde	Ibarra 05.696.651	Mascul		Intraóseo, max Evoli	1) Quiste Dentiger	Dr. Cirugía Oral y 3
UV-04-22	1776	101772	10-2004	Maria	Cornuz	Martínez 04.147.511	Femen	Pir Villi.	9452x Paladar duro l;	Tum Adenoma Pleomo	Dr. Patología y Dia 1
UV-04-23 A	1375		11-2004	Roberto	Jara	Hidalgo	Mascul	Po Valj	Mandibular inl Síndi	Queratoquiste Od	Dr. Cirugía Oral y 3
UV-04-23 B	1375		11-2004	Roberto	Jara	Hidalgo	Mascul	Po Valj	Intraóseo man Síndi	Queratoquiste Od	Dr. Cirugía Oral y 1
UV-04-24 A y B	1349		11-2004	Carmen	Ahumada	Godoy 04.506.101	Femen	Fre Qui	9454x Borda lingual I	Sicol Derecha; Úlcera in	Dr. Patología y Dia 2
UV-04-25	1226		11-2004	Rosa	Villa	Sepúlveda 06.166.141	Femen	Ca	2915x Piso de boca, l	Lesic Hiperplasia reacci	Dr. Cirugía Oral y 1
UV-04-26 AyB			11-2004	Maria In	Paz	Gallardo 07.283.701	Femen	La C	3563x A) Enclá por di;	Lesic A) 1) Hiperquerati	Dr. Patología y Dia A) 1;B)1
UV-04-27			12-2004	Romelia	Cárcamo	A. 05.015.931	Femen	Vil	0949x Apical a dtes. 1	Asin Lesión inflamatori	Dr. Cirugía Oral y 7 B + 2 dtes
UV-05-01			11-2005	José	Iglesias	Tribaldo	Mascul		0		Cirugía Oral y 6 bl + 1 dte
UV-05-01			11-2005	José	Iglesias	Tribaldo 03.856.811	Mascul	Ca	6466x Cuerpo mandib	Mau Lesión inflamatori	Dr. Cirugía Oral y 6 Bl + 1 dte

Figura 4. Capturas de pantalla de dos bases de datos almacenadas en formato Microsoft Access 2007. Se observa una parte del total de los registros histopatológicos emanados de la clínica privada dependiente del Dr. Ricardo Moreno Silva (imagen superior) y del Servicio de Histopatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (imagen inferior).