



NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PATOLOGÍA ORAL DE LOS  
ODONTÓLOGOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Trabajo de Investigación  
Requisito para Optar al  
Título de Cirujano- Dentista

Alumnas: Daniela Barriga Pucheu  
Natalia Bermedo Concha

Docente Guía: Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés  
Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral

Valparaíso- Chile 2013

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos los que me han apoyado en este trayecto de mi vida, que me ha otorgado gran experiencia y sobre todo aprendizaje a nivel intelectual y personal. No ha sido una carrera fácil, pero todo lo que cuesta se aprecia más, es por esto que dedicare esta investigación a mis padres que siempre me han apoyado en mis decisiones y han estado ahí para los momentos más difíciles, sin ellos nada de esto habría sido posible. Por supuesto a mi hermana y mi pololo que han sabido contenerme y motivarme para seguir adelante. A mi compañera y amiga de tesis que ha sido un soporte fundamental en mis años universitarios, y un buen complemento para este proceso de investigación. Y por último a nuestro docente guía que tuvo siempre la disposición de ir revisando nuestros avances y darnos las direcciones correspondientes, procurando así la perfección de la tesis

Daniela Barriga Pucheu.

En primer lugar quisiera agradecer a mi familia que durante todo el transcurso de la carrera me dio su apoyo incondicional, por sobre todo a mis padres que me ayudaron a superar todos los obstáculos y siempre estuvieron presentes para felicitarme por mis logros y contenerme en los momentos difíciles, es por eso que es a ellos a quienes quiero dedicar este trabajo. También quiero agradecer a mis amigos tanto los de la infancia como los que conocí en el transcurso de la carrera, ya que sin ellos mi vida universitaria no hubiera sido lo mismo, en especial a mi amiga y compañera de tesis con la que compartí muy buenos momentos y con la que fue un agrado la realización de esta investigación. Por último también agradecer a nuestro docente guía que fue un gran apoyo durante todo el proceso de investigación y siempre estuvo dispuesto a ayudarnos y guiarnos.

Natalia Bermedo Concha

## ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN .....	1
2.- MARCO TEÓRICO .....	2
2.1 Prevalencia de Lesiones en Patología Oral .....	2
2.1.1 Prevalencia de Lesiones en la Mucosa Oral .....	2
2.1.2 Prevalencia de Lesiones en los Huesos Maxilares .....	6
2.1.3 Prevalencia de Lesiones en las Glándulas Salivales .....	9
2.2 Perfil del Odontólogo en relación a la formación en Patología Oral .....	13
2.3 Medición de Conocimientos en Patología Oral .....	15
3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS .....	18
3.1 Pregunta de Investigación .....	18
3.2 Objetivo General .....	18
3.3 Objetivos Específicos .....	18
4.- MATERIALES Y MÉTODOS .....	19
4.1 Diseño del Estudio .....	19
4.2 Universo .....	19
4.3 Población de Estudio .....	19
4.4 Selección y Tamaño de la Muestra .....	19
4.5 Criterios de Inclusión .....	20
4.6 Criterios de Exclusión .....	20
4.7 Variables .....	21
4.8 Método de Obtención de Muestra e Instrumento de Medición para la Recolección de Datos .....	23
4.8.1 Análisis de Rendimiento .....	24
4.9 Validación del Instrumento de Medición .....	26
4.10 Análisis Estadístico .....	26
5.- RESULTADOS .....	27
5.1 Estadística Descriptiva .....	27
5.2 Resultados Obtenidos según Ítem .....	28

5.3 Resultados Obtenidos según Presentación Clínica .....	32
5.4 Resultados Obtenidos en Total .....	36
6.- DISCUSIONES .....	38
7.- CONCLUSIONES .....	42
8.- SUGERENCIAS .....	43
9.- RESUMEN .....	44
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	45
11.- ANEXOS	
Anexo N° 1 (Cuestionario)	
Anexo N° 2 (Consentimiento Informado)	
Anexo N° 3 (Carta a Dirección de Escuela)	
Anexo N° 4 (Tablas de Rendimiento según Caso Clínico)	

## 1.- INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal es el primer lugar donde pueden diagnosticarse lesiones primarias y secundarias de enfermedades como por ejemplo, deficiencia de vitamina B-12, cáncer oral, desórdenes alimenticios y los primeros signos clínicos del VIH (Estupiñán & Day, 1999). Considerando que las enfermedades orales, ya sea caries, periodonciopatías, lesiones de la mucosa oral y de los huesos maxilares, son un importante problema de salud pública mundial y que pueden representar hasta el 10% del gasto en salud pública en los países industrializados (Petersen et al, 2005), resulta de vital importancia el conocimiento integral del odontólogo general en todas las áreas básicas de la odontología para dar la mejor atención posible a los pacientes ofreciendo un tratamiento eficaz y oportuno.

Analizando la situación en nuestro país, se estima que la proyección de la población en Chile para el 2020 será de 18.549.095 de habitantes de los cuales el 13% serán mayores de 60 años (MINSAL, 2011) y si consideramos que el 53% de la población adulta mayor en Chile posee alguna lesión en la mucosa oral (Espinoza et al, 2003), resulta trascendental contar con profesionales con las aptitudes necesarias para realizar un diagnóstico precoz y el eventual tratamiento de éstas (Riera & Martínez, 2005). La detección, evaluación y manejo de las lesiones orales son responsabilidad fundamental de los profesionales de la salud oral y aunque la mayoría de estas patologías son de naturaleza benigna, pueden representar también desordenes crónicos de la mucosa, los cuales pueden requerir un manejo de mayor complejidad (Kondori et al, 2011). Es deber del odontólogo saber identificar y diagnosticar las patologías presentes en esta zona, en especial las que son de mayor prevalencia. En cuanto a la orientación del tratamiento, el dentista deberá ser capaz de realizar el tratamiento adecuado, ya sea él mismo, o bien, realizar la derivación al profesional pertinente dependiendo del tipo de trastorno que se trate.

En un estudio realizado en los EEUU se observó que en general el 43% de los diagnósticos clínicos realizados por dentistas generales y especialistas fueron incorrectos (Kondori et al, 2011). Dada la responsabilidad profesional que implica el contar con las competencias diagnósticas elementales de procesos patológicos distintos de caries y enfermedad periodontal, cabe preguntar ¿cuál es el nivel de conocimiento en patología oral de los odontólogos en nuestro país. Cuando el odontólogo participa del proceso de formación de las nuevas generaciones de profesionales, bajo el enfoque de lo que podemos aspirar en una formación académica integral para la atención del paciente, resulta de interés identificar el estado de conocimiento del mismo en su rol de odontólogos educadores. Dado a que la Universidad de Valparaíso agrupa a un número relevante de profesionales en su Facultad de Odontología, hemos desarrollado un trabajo descriptivo con el fin de describir el perfil de los académicos que imparten docencia clínica. Para ello hemos realizado una evaluación del nivel de conocimiento en patología oral de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, en donde se midieron los conocimientos básicos en diagnóstico, solicitud de exámenes, biopsias y orientaciones de tratamiento.

## **2.- MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Prevalencia de Lesiones en Patología Oral**

#### **2.1.1 Prevalencia de Lesiones en la Mucosa Oral**

Los estudios en patología de la mucosa oral nos señalan que un gran porcentaje de la población presenta algún tipo de lesión. En Chile, en el caso de los adultos mayores, el 53% de los individuos tiene una o más patologías (Espinoza, 2003), similar a lo observado en otro estudio en donde destaca que el 67,5% presenta alguna lesión (Cueto et al, 2012). En otra investigación se reportó una prevalencia aun mayor con un 81,3% (Campisi & Margiotta, 2001). Estudios en Centroamérica indican que las lesiones son más comunes entre los hombres (hombre: mujer, 1.4: 1) (Castellanos et al, 2008).

En los distintos estudios de prevalencia realizados en la mucosa oral, los trastornos que presentan las mayores frecuencias son las lesiones traumáticas dentro de las que encontramos las úlceras (21,4%) y el fibroma traumático (12,9%), también se señala a la estomatitis sub protésica como altamente prevalente en adultos mayores (37,1%) (Cueto et al, 2012) la cual puede encontrarse o no asociada a Candidiasis, la que por sí sola se da en un 6,5% de la población (García et al, 2002). El herpes recurrente intraoral también es bastante común en todas las edades con una frecuencia del 2,04% (Cebeci et al, 2008). Dentro de las lesiones que se presentan con una menor prevalencia a las anteriores, pero aun así resultan de gran relevancia son el Liquen Plano y el Papiloma, los que se observan con una frecuencia del 0.7% (Cueto et al, 2012). También debemos mencionar al Carcinoma Espinocelular cuya frecuencia es aún menor (0,06%) dentro de todos los trastornos (Cebeci et al, 2008), sin embargo, es el tipo más frecuente de neoplasia maligna oral conformando el 58,4% de los casos (Rojas et al, 2010).

En un estudio realizado en niños se menciona a las lesiones traumáticas como una de las lesiones más frecuentes, mientras que García y Pola, 2002 señalan de ella como la segunda lesión más frecuente del total de lesiones diagnosticadas (22,15%) (Rioboo et al, 2005), prevalencia muy similar al estudio de Cueto et al antes mencionado que fue realizado en adultos mayores.

Respecto a la Candidiasis, Ellepola y Samaranayake declaran que la candidiasis es la infección fúngica más común (Rioboo et al, 2005). Benevides dos Santos PJ de Brasil señala que la prevalencia de Candidiasis en niños es del 3,7% y que esta se presenta con frecuencia en lactantes, probablemente debido a su sistema inmunitario inmaduro y a su paso por el canal del parto, sin olvidar la posibilidad de infección exógena fúngica por el chupete, por ejemplo. Numerosos estudios han demostrado que la candidiasis es la lesión oral más común en niños con SIDA y muy frecuentemente la primera manifestación de la infección por VIH (Rioboo et al, 2005). En un estudio en Santiago de Chile se encontró estomatitis subprotésica asociada a Cándida en un porcentaje del 22.3% en personas de edad avanzada (Espinoza et al, 2003). En estudios más actuales encontramos

que la Candidiasis se da en un 3,6% (Cueto et al, 2012). En España la prevalencia en adultos (> de 30 años) es del 6,5% y del 2,9% en el caso de la queilitis angular (Vallejo et al, 2002). En Italia en el año 2007 la candidiasis se consideró con una frecuencia del 1,42%, lo que contrarresta con los demás estudios anteriormente mencionados.

En el caso del Liquen Plano la prevalencia descrita en Brasil es del 0,41% (Mendoza et al, 2012), frecuencia que es comparable con la de Chile donde la prevalencia en personas de edad avanzada es del 2.1% (Espinoza et al, 2003), y del 0,7% en estudios más actuales (Cueto et al, 2012). En México la prevalencia es aún menor con un 0,12% representando el tipo Reticular. Se puede observar que es una lesión muy rara de encontrar en niños, pues una revisión bibliográfica española realizada en este rango etario no la menciona en ninguno de los estudios analizados (Rioboo et al, 2005). En cuanto a la ubicación, la mucosa yugal es el sitio más afectado, seguido por la lengua, las encías, la mucosa alveolar y la mucosa labial; en cuanto al tipo, reticular es sin duda el más frecuente, con una prevalencia del 81,81% (Oliveira et al, 2010).

En cuanto a la prevalencia en Chile de Herpes recurrente intraoral los estudios existentes sobre lesiones en la mucosa oral no lo nombran dentro de las patologías orales comunes, esto es probable que se deba a que en estos estudios se realiza el diagnóstico del paciente con los signos y síntomas que se presentan en el momento, pero no se realiza una anamnesis para saber si ha sufrido de episodios de este tipo de lesiones en el pasado, motivo por el cual pueden variar las prevalencias según el estudio. Se hará alusión a una investigación que a pesar de su antigüedad, nos parece relevante debido a que analiza prevalencias en 21 países de los 5 continentes, considerando una "historia positiva" (dos o más apariciones de la lesión) obteniendo datos más fidedignos sobre la real prevalencia; donde se observa que los hombres poseen una frecuencia del 33,2% y las mujeres del 28%. Los canadienses y los estadounidenses poseen las tasas más altas en ambos sexos (42,1%), y en América del Sur vemos las tasas más bajas (17,8%) (Embil et al, 1975). En estudios más recientes se observa que del 15% al 45% de la población de los Estados Unidos tienen una historia de herpes labial (Neville, 2002). Lo que contrasta con el 0,79% de frecuencia de herpes labial en México (Castellanos et al, 2008). Autores afirman que la enfermedad ulcerosa producida por el VHS-1 se presenta aproximadamente en un 33% de los niños en edad escolar a diferencia del 0,2% en la investigación de Benevides dos Santos PJ (Brasil) 2004 que se encuentra dentro de esta misma revisión bibliográfica (Rioboo et al, 2005).

El Papilloma Escamoso Oral en Chile se presenta con una frecuencia del 0,7% según un estudio reciente (Cueto et al, 2012), lo que prácticamente no ha variado en el tiempo ya que en el 2003 presentaba una prevalencia del 0,6% (Espinoza et al, 2003). En el resto del mundo los valores son bastantes similares: 0,12% en Turquía (Cebeci et al ,2008), 0,63% en Italia (Brocoletti et al, 2007) y 0,29% en México (Castellanos et al, 2008). Brasil es el que presenta las más altas frecuencias presentándose en un 1,11% de la población (Mendoza et al, 2012). Dentro de la Revisión Bibliográfica existe solo una investigación realizada en Sudáfrica que señala la presencia de Papilloma oral en niños con una prevalencia del 0,2% (Arendorf, 1996).

Debido a su morbilidad y mortalidad, los tumores malignos orales constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. En cuanto frecuencia, se sitúan dentro de los diez tipos de cáncer con mayor incidencia en Europa (Boyle & Ferlay, 2004). En Chile, el cáncer oral corresponde al 1,6% del total de casos de cáncer y está presente principalmente en varones mayores de 45 años de edad (Riera & Martínez, 2005). En estudios más recientes se ve una relación Hombre: Mujer en un 1,6:1 (Rojas et al, 2010). Las muertes por cáncer bucal representan el 1% del total de muertes en nuestro país y a pesar de que la incidencia de cáncer oral está aumentando en las mujeres chilenas, los hombres se ven afectados con mayor frecuencia; la morbilidad además, va aumentando progresivamente con la edad (Riera & Martínez, 2005). La mayor frecuencia de todos los tumores corresponde al carcinoma espinocelular con un 58,4%. En el caso del CAEC la relación hombre-mujer es de 2,1:1. Siendo similar en Brasil donde las mujeres tienen un 61% menos de probabilidades de desarrollar carcinoma de células escamosas que los hombres (Mendoza et al, 2012). La edad promedio para el CAEC es de 62.1 años y el lugar de mayor prevalencia la lengua (21,7%), seguido por el borde alveolar/encía (19,2%) y en tercer lugar los labios (16,3%) (Rojas et al, 2010). No se menciona la existencia de casos en estudios de prevalencia donde se analice la población en general para el hallazgo de diversas lesiones en la cavidad oral en Chile, pero si existe este tipo de estudio en Brasil, donde la prevalencia es del 1,65%. Menores frecuencias se observan en Turquía, donde el 0,06% de la población presenta este tipo de tumor (Cebeci et al, 2008), mientras que en Italia es del 0,91% y en Zimbawe la prevalencia de CAEC respecto al total de tumores intraorales es del 73,1% (Chidzonga, 2005) (Tabla I).



Autor	Año	País	Tamaño Muestral	Grupo Etario	Lesiones	Prevalencia (%)
Espinoza et al	2003	Chile	889	≥ 65 años	Estomatitis Protésica	22,3
					Ulceraciones Traumáticas	3,5
					Liquen Plano	2,1
Rioboo et al.	2005	España	29 (Invest.)	Niños (N/E)	Candidiasis	0,91, 3,7
					Herpes Labial	0,82 , 0,2 2,91, 0,85,20, 0,78
					Lesiones traumáticas	2,23, 622,15, 2,5, 1,41, 0,09
Rojas et al	2010	Chile	728	0-99	CAEC	58.4
					Carcinoma Mucoepidermoide	7,7
Méndez et al	2012	Brasil	6831	—————	Liquen Plano	0.41
					Papilloma	1.11
					Carcinoma Espinocelular	1.65
Cueto et al.	2012	Chile	126	≥60 años	Estomatitis inducida por prótesis	37,1
					Úlcera Traumática	21,4
					Candidiasis oral	3,6
					Papilloma	0,7

**Tabla I.- Resumen de Estudios de Prevalencia de Lesiones en la Mucosa Oral más Relevantes.**

El estudio N° 2 es una revisión bibliográfica razón por la cual se observan diferentes prevalencias por lesión.

### 2.1.2 Prevalencia de Lesiones en los Huesos Maxilares

En los estudios de prevalencia de patología ósea realizados en Chile encontramos que dentro de los diagnósticos histopatológicos de las lesiones no endodónticas los diagnósticos más comunes fueron el tumor odontogénico queratoquístico (42,3%), seguido por el granuloma central de células gigantes (11,5%) y la sinusitis crónica (11,5%) (Ortega et al, 2007).

Dentro de los tumores odontogénicos, encontramos que constituyen el 1,29% de los tumores y lesiones de aspecto tumoral de la cavidad oral y los maxilares durante el período de 25 años en los que se recopilaron las muestras según (Ochsenius et al, 2007). De los 362 tumores odontogénicos encontrados, 360 fueron benignos y sólo dos malignos, dando como conclusión que los tumores malignos componen el 0,6% de todos los tumores y tumores benignos el 99,4%. El tipo histológico más frecuente fue el odontoma (44,7%), seguido del ameloblastoma (20,4%) y el mixoma (8,8%) (Ochsenius et al, 2007). En otro estudio donde fue usada la misma muestra, pero fueron analizados los quistes odontogénicos, encontramos que el total de los quistes odontogénicos del desarrollo e inflamatorios representan el 10% de todas las biopsias realizadas, la mayor prevalencia fue representada por el quiste radicular (54,7%), seguido por el quiste dentífero (18,5%) y el queratoquiste (14,3%) (Ochsenius et al, 2007). Cabe mencionar que la nueva clasificación de la OMS del 2005 identifica al antiguamente llamado queratoquiste como tumor Odontogénico\_queratoquístico por lo que en los estudios presentados anteriormente, aun es considerado como quiste. En este caso, al ser obtenidos los datos de la misma muestra y en un mismo periodo de tiempo, se puede realizar la conversión en el caso del tumor odontogénico queratoquístico que representaría el 53% de los tumores odontogénicos, quedando en el primer lugar de prevalencia, dato a su vez importante de considerar en estudios previos a esta fecha ya que no puede realizarse dicha conversión por no contar con la muestra completa.

En un estudio realizado en USA sobre la frecuencia y distribución de las lesiones radiolúcidas en los maxilares concluyeron que los quistes apicales y granulomas apicales representan conjuntamente el 73% de las lesiones radiolúcidas, que la mayoría de estas lesiones que no sanan y son sometidas a biopsia eran o granulomas apicales (40,4%) o quistes apicales (33,1%) y que éstas se presentan a menudo de la parte anterior del maxilar superior. Se encontró además que más del 20% de las lesiones radiolúcidas que no sanan tuvieron una implicación patológica más severa, como el tumor odontogénico queratoquístico (8,8%), granuloma central de células gigantes (1,3%), ameloblastoma (1,2%), e incluso un número pequeño pero importante de lesiones metastásicas (0,26%), estando la mayoría de estas lesiones localizadas en la zona mandibular posterior (Koivisto et al, 2012). En otro estudio realizado en Nueva Zelanda donde se estudiaron las lesiones inflamatorias radiolúcidas en los maxilares, encontramos que las lesiones inflamatorias representaron el 72,8% de todas las muestras de lesiones radiolúcidas de los maxilares, en donde los granulomas periapicales constituyeron la mayor parte de estas con un 59,7%, seguido por los quistes radiculares con un 29,2%. Este estudio incluyó todas las presentaciones de lesiones periapicales radiolúcidas y demostró que la incidencia de los cambios quísticos en las lesiones periapicales de origen endodóntico es

alta, en aproximadamente el 30% de todas las lesiones inflamatorias (Beconsall-Ryan et al, 2010)

Para el análisis de la patología quística, Açıkgöz en Turquía observó que la prevalencia de quistes odontogénicos y no odontogénicos fue de un 3,51%. Se encontraron 452 quistes odontogénicos (98,5%) y siete quistes no odontogénicos (1,5%). El quiste odontogénico más frecuente fue el quiste radicular (54,7%), seguido por el quiste dentígero (26,6%), el quiste residual (13,7%), el queratoquiste (3,3%) y el quiste periodontal lateral (0,2%). El quiste del conducto nasopalatino (1,5%) fue el único tipo de quiste no odontogénico encontrado (Açıkgöz et al, 2012). Otro estudio en el cual se analizaron quistes odontogénicos en India encontramos que entre las 2.275 biopsias orales estudiadas había 194 casos (8,5%) de quistes en los maxilares, incluyendo 153 casos (6,7%) de quistes odontogénicos y 5 casos (0,25%) de quistes no odontogénicos. El análisis individual de los quistes odontogénicos mostró que éstos incluyeron 106 casos (69,3%) de quistes radiculares, 31 casos (20,3%) de quistes dentígeros, 8 casos (5,2%) de quiste odontogénico queratinizante, 5 casos (3,3%) de quistes residuales, y 3 casos (1,9%) de quistes tales como el periodontal lateral, botrioideo y gingivales (Selvamani et al, 2012). En otro estudio realizado en Irán encontramos que de una muestra de un total de 1227 unidades analizadas el quiste más frecuentemente encontrado fue el quiste radicular con un 37,8% seguido del quiste dentígero con un 24,7% y el queratoquiste odontogénico con un 19,4% (Sharifian & Khalili, 2011). En un estudio realizado en Brasil 2.812 casos (14,7%) fueron diagnosticados como quistes odontogénicos y 93 casos (0,5%) fueron diagnosticados como quistes no odontogénicos, los quistes odontogénicos diagnosticados con mayor frecuencia fueron el quiste radicular que constituyó el 61,0% de la muestra, el quiste dentígero con una prevalencia del 25,3%, y el queratoquiste odontogénico que representó un 7,2%. En el caso de los quistes no odontogénicos el más frecuente fue el quiste del conducto nasopalatino que se encontró en un 2,2% de todos los casos (Grossmann et al, 2007)

En el análisis de la patología tumoral ósea encontramos un estudio realizado en China en donde de los 1642 casos de tumores odontogénicos, 1592 (97,0%) fueron benignos y 50 (3,0%) malignos. El ameloblastoma resultó ser el tumor más frecuente (40,3%), seguido del tumor odontogénico queratoquístico (35,8%), el odontoma (4,7%), y el mixoma odontogénico (4,6%) (Jing et al, 2007). Otro estudio realizado en Nigeria apuntó que los tumores odontogénicos representaron el 9,6% de todas las lesiones de la cavidad oral y los maxilares con un total de tumores benignos que representa el 96,6% y de tumores malignos con un 3,4%. El tumor odontogénico más frecuente fue el ameloblastoma (63%), seguido del tumor odontogénico adenomatoide (7,5%), el mixoma (6,5%), el quiste odontogénico calcificante (5,3%), el fibroma odontogénico (5,3%), el odontoma (2,5 %) y el carcinoma ameloblástico (2,2%) (Akinola et al, 2005). (Tabla II).

Autor	Año	País	n	Grupo Etario	Lesiones	Prevalencia %
Ochsenius et al	2007	Chile	2944	N/E	quiste radicular	50,7
					quiste dentígero	18,5
					Queratoquiste	14,3
					quiste residual	11,2
Koivisto et al	2012	USA	9723	5 a 100	granuloma apical	40,4
					quiste apical	33
					Tumor odontog. Queratoquistico	8,8
					lesión central de c. gigantes	1,3
					Ameloblastoma	1,2
Grossmann et al	2007	Brasil	2905	N/E	quiste radicular	61
					quiste dentígero	25,3
					Queratoquiste odontogénico	7,2
Ortega et al	2007	Chile	26	9 a 76	tumor odontogénico Queratoquistico	42,3
					sinusitis crónica	11,5
					granuloma central de c. gigantes	11,5
Becconsall-Ryan et al	2010	Nueva Zelanda	4983	2 a 100	granuloma periapical	43,4
					quiste radicular	21,2
					quiste paradental	4,5
					absceso periapical	1,8
Ochsenius et al	2002	Chile	362	N/E	<b>tumores benignos</b>	99,4
					Ameloblastoma	20,4
					odontoma complejo	25,1
					odontoma compuesto	19,6
					Mixoma	8,8
					<b>tumores malignos</b>	0,6
					Carcinosarcoma odontogénico	0,3
					Fibroodontosarcoma ameloblástico	0,3

**Tabla II.- Resumen de Estudios más Relevantes y Lesiones más Prevalentes dentro del Estudio de las Lesiones de los Huesos Maxilares**

### 2.1.3 Prevalencia de Lesiones en las Glándulas Salivales

Para un análisis de prevalencia de patologías en las glándulas salivales comenzaremos con el análisis de las patologías tumorales donde encontramos un estudio realizado en Brasil que indica que el adenoma pleomorfo es el tumor más prevalente con un 67,8%, seguido por el carcinoma adenoide quístico con un 6,5%, el tumor de Warthin con un 6,3%, el adenocarcinoma NOS con un 6,2% y el carcinoma mucoepidermoide con un 5% (Oliveira et al, 2009). En otro estudio realizado en este mismo país fueron revisados los expedientes de los pacientes diagnosticados con tumores epiteliales de las glándulas salivales entre 1989 y 2005 y de los 303 tumores de glándulas salivales estudiados, 215 (71%) fueron benignos y 88 (29%) fueron malignos. El adenoma pleomorfo resultó ser el más común con un 56,4%, seguido por el carcinoma mucoepidermoide con un 13,9%, el adenoma de células basales con un 7,9% y el tumor de Warthin y el carcinoma adenomatoide quístico con un 5,3% (Morais et al, 2011). Un estudio realizado en Méjico encontró que el 64,2% de las neoplasias eran benignas y el 35,8% eran tumores malignos. Los tumores de glándulas salivales más recuentes fueron el adenoma pleomorfo (58,2%), el carcinoma mucoepidermoide (17,9%) y el carcinoma adenoide quístico (11,9%) (Ledesma & Garcés, 2002). Otro estudio realizado también en Méjico encontró que 227 (67%) casos fueron tumores benignos, mientras que 83 casos (23%) fueron tumores malignos. Los tumores benignos más frecuentes fueron el adenoma pleomorfo (86,1%) y el cistoadenoma papilar linfomatoso (7,3%) y los tumores malignos más frecuentes fueron el carcinoma adenoide quístico (25%) y el carcinoma mucoepidermoide (23,6%) (Mejía et al, 2012). En un estudio realizado en Turquía encontramos que de un total de 125 tumores primarios de glándulas salivales que consta de 95 (76%) benignos y 30 (24%) malignos, el adenoma pleomorfo fue el tumor benigno más frecuente (64%) seguido por el tumor de Warthin (4,8%) y entre el grupo maligno, el carcinoma adenoide quístico fue el más prevalente (8,8%) seguido por el adenocarcinoma NOS (4%) (Kara et al, 2010). Otro estudio realizado en España identifica al adenoma pleomorfo como el tumor de glándula salival más frecuente (41,2%), seguido por el carcinoma epidermoide (20,6%) y el tumor de Warthin (12,6%) (Lahoz et al, 2008). En un estudio realizado en Uganda hubo un total de 125 (46,6%) tumores malignos y 143 (53,4%) tumores benignos, el adenoma pleomorfo fue el tumor benigno más común (74,8%), seguido por el mioepitelioma (9,8%) y los tumores malignos fueron dominados por el carcinoma adenoide quístico (28,8%) seguido del carcinoma mucoepidermoide (21,6%) (Vuhahula, 2004). Un estudio realizado en Francia encontró que los tumores benignos fueron predominantes con un 88%, mientras que los tumores malignos representaron el 12% de los casos, el adenoma pleomorfo fue el tumor más frecuente (61,7%), seguido por el tumor de Wathin (15,5%) y el carcinoma mucoepidermoide (3,9%) (Brahim et al, 2010). En China se realizó un gran estudio retrospectivo (6982 tumores salivales primarios durante 23 años) de estos tumores 4.743 (68%) fueron benignos y 2239 (32%) malignos. El adenoma pleomorfo fue el tumor más común y el 69% de todos los tumores benignos, seguido por el tumor de Warthin (20%) y el adenoma de células basales y mioepitelioma que representaron el 5% y 4% de los tumores benignos respectivamente. De los 2239 tumores malignos el carcinoma adenoide quístico (30%) y el carcinoma mucoepidermoide (30%) fueron los tipos histológicos más comunes, seguidos por el adenocarcinoma pleomórfico (8 %) y el carcinoma de

células acinares (8%) (Tian et al, 2009). En un estudio realizado en Japón de los 713 tumores salivales epiteliales, 356 (49,9%) se clasificaron como benignos y 357 (50,1%) como malignos. El adenoma pleomorfo fue el tumor más frecuente, representando el 38% de todos los tumores, seguido del carcinoma mucoepidermoide 21,6% y el carcinoma adenoide quístico con un 13,5% (Mudiyanselage et al, 2009). En un estudio realizado en USA, de los 380 tumores analizados 224 (59%) fueron benignos y 156 (41%) malignos. De los tumores benignos el adenoma pleomorfo fue el más frecuente (39,2%), seguido del cistoadenoma (6,3%) y el adenoma canalicular (6,1%), de los tumores malignos el carcinoma mucoepidermoide fue el más frecuente (21,8%), seguido del adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (7,1%) y el carcinoma adenoide quístico (6,3%) (Buchner et al, 2007).

Dentro de la patología no neoplásica encontramos un estudio realizado en UK en donde de las 393 escisiones de glándulas salivales y biopsias recibidas, 216 casos fueron reportados como no neoplásicas (55%) y formaron parte del grupo de estudio. La inflamación fue el hallazgo patológico predominante (49,5%) y la sialoadenitis crónica constituyó la mayoría (86,9%), la sialolitiasis estuvo presente en 22 casos (20,6%) y los quistes fueron segundos en frecuencia (36,6%), de los cuales el mucocele fue el más frecuente (54,5%). Las enfermedades no neoplásicas de las glándulas salivales son más comunes que las enfermedades neoplásicas y tienen un espectro de enfermedad más amplio (Mohan et al 2010), en un estudio realizado en Alemania en el que se observaron las enfermedades benignas y malignas de las glándulas salivales en niños observamos que la mayor prevalencia se encuentra en las lesiones no inflamatorias con un 60% en donde la más común es el mucocele (72%), el segundo lugar lo ocupan las lesiones inflamatorias con un 28% siendo los más comunes la sialoadenitis crónica inespecífica (37%) y específica (15%), el tercer lugar es ocupado por los adenomas con un 12% (Muenscher et al, 2008), en otro estudio realizado también en Alemania sobre las enfermedades inflamatorias de las glándulas salivales en niños y adolescentes encontramos que la mayor prevalencia fue representada por la sialolitiasis y sialoadenitis de la glándula submandibular (40%) seguido de la sialoadenitis de la glándula submandibular (13%) y el absceso parotídeo (11%) (Laskawi et al, 2005) (Tabla III).

Autor	Año	País	Tamaño Muestral	Grupo Etario	Lesiones	Prevalencia (%)
Morais et al	2011	Brasil	330	9 a 94	adenoma pleomorfo	56,4
					adenoma de células basales	7,9
					tumor de Warthin	5,3
					carcinoma mucoepidermoide	13,9
Mejía et al	2012	Méjico	360	11 a 93	adenoma pleomorfo	65,5
					tumor de Warthin	5,5
					carcinoma mucoepidermoide	4,7
					carcinoma adenoide quístico	5
					Sialoadenitis	13
					sialolitiasis y sialoadenitis	40
					parotiditis crónica recurrente	25
Muenscher et al	2008	Alemania	549	0 a 14	<b>Adenomas totales</b>	<b>12</b>
					- adenoma pleomorfo	71
					<b>lesiones no inflamatorias totales</b>	<b>60</b>
					- mucocelos	72
					<b>lesiones inflamatorias totales</b>	<b>28</b>
					- sialoadenitis crónica inespec.	37
					<b>tumores malignos totales</b>	<b>29</b>
					- carcinoma mucoepidermoide	14
Tian et al	2009	China	6982	0 a 80	<b>tumores benignos totales</b>	<b>67,93</b>
					- adenoma pleomorfo	69,18
					- tumor de Warthin	20,26
					<b>tumores malignos totales</b>	<b>32,06</b>
					- carcinoma adenoide quístico	30,42
					- carcinoma mucoepidermoide	30,06
Mohan et al	2010	UK	216	N/E	<b>inflamaciones totales</b>	<b>49,5</b>
					- sialoadenitis crónica inesp.	43
					<b>Quistes totales</b>	<b>36,5</b>
					- mucocelos	19,4
					- quiste de retención mucosa	8,3
					<b>síndrome de sjögren</b>	<b>5,5</b>

**Tabla III.- Resumen de Estudios más Relevantes y las Patologías más Prevalentes Respecto a las Lesiones de las Glándulas Salivales**

## **2.2 Perfil del Odontólogo en relación a la formación en Patología Oral**

La comunidad en general es de la opinión que los dentistas sólo se dedican a rellenar cavidades y proporcionar prótesis dentales, y que los otros problemas orales son competencia del médico. Por lo tanto, es evidente la importancia de que tanto el personal médico como odontológico tengan un conocimiento clínico razonable sobre las enfermedades orales, incluyendo su prevención, y sean conscientes de los casos que deban ser remitidos para un nuevo dictamen al especialista adecuado (McCann et al, 2005).

El deber de un odontólogo es brindar atención humana y compasiva a todos los pacientes, realizando una selección y priorización de las opciones de tratamiento individuales para cada uno, evaluando las necesidades, objetivos y valores compatibles con los métodos actuales de tratamiento y congruente con una adecuada filosofía de atención dental reconociendo que el paciente es el centro de atención y que todas las interacciones incluyendo el diagnóstico, el tratamiento y la planificación deben centrarse en el mejor interés del paciente (Cowpe et al, 2009).

El plan de estudios debe equipar al profesional para cualquier escenario. Un dentista debe trabajar con los estándares adecuados a las necesidades del individuo y de la población dentro del marco legal y ético del país, debe tener conocimientos y competencias clínicas en medicina general incluyendo el conocimiento en promoción de salud y prevención y debe participar en el aprendizaje permanente, lo que debería traducirse en un profesional reflexivo cuyas habilidades clínicas reflejen los actuales avances científicos y las necesidades de sus pacientes (Sanz et al, 2008).

Para prepararse en un modelo de salud oral más basado en la medicina y para la atención de pacientes con complicaciones médicas, la educación dental debe ser integrada estrechamente con la educación médica con el fin de que los estudiantes de odontología puedan recibir la misma educación en ciencias básicas biomédicas que los estudiantes de medicina. Actualmente, es entendido que los dentistas educados en países con economías en desarrollo no tienen muy buenas bases en las ciencias biomédicas como es requerido, dado los avances en el conocimiento científico (Nash et al, 2008).

En los países con economías desarrolladas el objetivo de la educación dental es formar profesionales con los adecuados conocimientos, habilidades, aptitudes y competencias que estén dispuestos a servir a la población, tanto a nivel individual como comunitario. Esto incluye la salud oral de la sociedad en lo que se refiere a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales y dentales de una manera ética, eficiente y segura. El Odontólogo graduado debe comprender la necesidad del desarrollo profesional y la formación continua durante toda la vida y debe ser capaz de utilizar eficientemente los avances del conocimiento y la tecnología, y comprender el papel central del paciente en la toma de decisiones terapéuticas (Sanz et al, 2008).



En el 38avo encuentro de la “scandinavian fellowship for oral pathology and oral medicine (SFOPOM)” en Estocolmo el año 2009 se definieron ciertas competencias en patología y medicina oral que debe poseer el odontólogo, estas son:

1. Sintetizar diagnóstico, diagnóstico diferencial y pronóstico de las enfermedades y trastornos comunes de la mucosa bucal, los dientes, los maxilares, y las glándulas salivales.
2. Comprender los procesos celulares y moleculares, etiología, patogenie y las clasificaciones de las enfermedades y trastornos de la mucosa oral, los dientes, los maxilares y las glándulas salivales.
3. Evaluar (reaccionar, tratar, prevenir y/o referir) enfermedades y trastornos en el área maxilofacial, manifestaciones maxilofaciales de enfermedades sistémicas y trastornos médicos en la base de la presentación clínica (radiografía incluida) y/o diagnóstico histológico.
4. Llevar a cabo biopsias de tejido blando de lesiones presumiblemente benignas.
5. Ser capaz de comunicarse con otros profesionales de la salud en forma detallada (oral y escrita).

(Kragelund et al, 2010).

El Perfil y Competencias para el dentista Europeo han sido descritos por Plasschaert et al. en una serie de campos relacionados con la práctica dental general. Este documento ha sido aprobado por la Asociación para la Educación Dental en Europa. Lo que sugiere que este enfoque es un buen ejemplo de colaboración en la identificación de resultados comunes en los países con diversas estructuras y economías. Se pensó por tanto, el uso del trabajo ya realizado como base para una aplicación más amplia, reconociendo plenamente que no fue diseñado para aplicarse a la amplia gama de países desarrollados, en desarrollo y países pobres de ingresos tal como encontramos alrededor del mundo. Sin embargo, partiendo de esta base, se sugiere que hay mucho terreno común para la solicitud internacional a través de los continentes del mundo (Sanz et al, 2008).

La asociación para la educación dental en Europa (ADEE) y la red temática DentEd han generado directrices para definir el “perfil y competencias para el dentista europeo” (PCD) el que está estructurado en VII Dominios representando amplias categorías de la actividad profesional y lo que concierne a la práctica general de la odontología, dentro de estos dominios el número V hace referencia al diagnóstico y planificación del tratamiento, en el que se indica que “al graduarse un odontólogo debe ser competente en la toma de decisiones, razonamiento y juicio clínico con el fin de desarrollar un diagnóstico diferencial provisional o definitivo al interpretar y correlacionar los hallazgos de la historia clínica, examen clínico, radiográfico e histológico y otras pruebas de diagnóstico teniendo en cuenta el contexto social y cultural del paciente. Un odontólogo debe ser competente en la formación de un diagnóstico y plan de tratamiento para pacientes de todas las edades (necesidades y demandas), pero debe reconocer aquellos tratamientos que están más allá de sus habilidades y establecer la necesidad de ser referido a un especialista” (Kragelund et al, 2010).

El Dominio VI hace referencia al establecimiento y la mantención de la salud oral en donde una de las categorías abarca el manejo de la medicina oral en la cual se indica que “el odontólogo debe ser competente para diagnosticar y controlar las enfermedades comunes de la mucosa oral y trastornos en los pacientes de todas las edades, para esto debe:

1. Ser competente en asesorar a los pacientes sobre la naturaleza y la gravedad de las enfermedades y trastornos no-mortales de la mucosa oral proporcionando al paciente opciones y expectativas realistas para su manejo
2. Ser competente en la realización de procedimientos diagnósticos limitados a los tejidos blandos
3. Ser competente para participar en el diagnóstico y la adecuada derivación del paciente con enfermedades potencialmente fatales en la mucosa oral
4. Ser competente en el manejo de las infecciones agudas orales incluyendo derivación del paciente y la prescripción de medicamentos apropiados.
5. Estar familiarizado con el tratamiento de los trastornos orales médicos, tanto médicos como quirúrgicos.
6. Tener conocimiento sobre los efectos del tabaco sobre la mucosa oral y formas para ayudar a los pacientes que desean dejar de fumar

(Sanz et al, 2008).

Dentro de los 4-5 años que dura el estudio de pregrado en Odontología no es posible que un estudiante pueda lograr competencias en todas las áreas de la odontología, por lo tanto debe tener la capacidad de conocer sus propias limitaciones y tener acceso a asesoramiento especializado apropiado para sus pacientes, teniendo responsabilidad en la salud oral que proporciona (Sanz et al, 2008).

Los países bajos están pasando actualmente de un plan académico de 5 años a uno de 6 con el fin de desarrollar dentistas que tengan una mejor educación para poder adaptarse al cambiante panorama de la ciencia y estén mejor entrenados en medicina clínica con el fin de proporcionar una atención segura y eficaz a sus pacientes (Nash et al, 2008).

Para establecer parámetros en cuanto a la formación del profesional Odontológico en Chile haremos referencia a las mallas curriculares de 3 Universidades estatales representativas a nivel nacional que son: La Universidad de Chile, Universidad de Concepción y Universidad de Valparaíso. En cuanto a la duración de la formación de pregrado en nuestro país corresponde a 6 años en los que se instruye en las diversas áreas y especialidades de la odontología.

La Universidad de Chile tiene un perfil de egreso que apunta a formar un profesional con sólida base científica y adecuada preparación humanística, especialmente capacitado en la mantención de la salud bucal mediante prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del sistema estomatognático en el contexto de la salud integral, tanto individual como colectiva. Además, debe ser capaz de integrar un equipo de salud general y de dirigir un equipo de salud estomatológica. Los cursos de patología al año 2013 están impartidos en el 3° semestre con Patología General, el 4° semestre Patología General II, el 5° semestre patología dentomaxilar I, el 6° semestre patología dentomaxilar II, 7°

semestre Patología Maxilofacial I, el 8° semestre Patología Maxilofacial II y el 9° semestre Medicina Oral.

La Universidad de Concepción tiene un perfil de egreso que apunta a formar Cirujanos-Dentistas profesionales capacitados para atender las necesidades odontológicas prevalentes de la comunidad, participando en la solución de los problemas de Salud Bucal por medio de medidas preventivas o tratando la Patología para rehabilitar la Salud Bucal de los pacientes, orientándose a formar un profesional de la Salud con sólida formación científica capacitado para prevenir, tratar y rehabilitar la Salud Bucal del paciente niño, adolescente, adulto y senescente. Los cursos de patología están impartidos el 4° semestre con patología general, el 5° y 6° semestre Patología oral I, el 7° semestre Patología Bucal II.

La Universidad de Valparaíso está orientada a formar profesionales capaces de detectar y resolver integralmente los problemas de salud oral del individuo y de la comunidad con egresados que logran un alto grado de sensibilidad por la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Los cursos de patología están impartidos el 4° semestre con Patología I, el 5° y 6° semestre Patología II, el 7° y 8° semestre Patología III y el 11° semestre Medicina Oral.

### **2.3 Medición de Conocimientos en Patología Oral**

La detección, evaluación y manejo de las lesiones orales son responsabilidad fundamental de los profesionales de la salud oral, aunque la mayoría de la lesiones orales son benignas pueden representar también desordenes crónicos de la mucosa o procesos malignos, las cuales pueden requerir un manejo de mayor complejidad (Kondori et al, 2011).

Los dentistas juegan un papel importante en el diagnóstico precoz y el tratamiento de lesiones orales; es de importancia hacer hincapié en que un tratamiento basado únicamente en una impresión clínica del diagnóstico, sin confirmación histológica, puede dar como resultado consecuencias graves, sobre todo cuando la lesión es cancerosa o precancerosa. Por lo que se realizó un estudio en el año 2011 por Kondori et al del Department of Oral and Maxillofacial Pathology of the Virginia Commonwealth University para determinar la precisión global de los diagnósticos clínicos realizados por los dentistas, así como para comparar la capacidad de diagnóstico de los médicos generales con miembros de diversas especialidades dentales. Para esto, se estudiaron 976 muestras enviadas para su biopsia y se registró el diagnóstico presuntivo hecho por el especialista, además de su especialidad y luego se obtuvo el informe histopatológico final para revisar los resultados y concordancia con el diagnóstico presuntivo. Los resultados arrojaron que en general el 43% de los diagnósticos clínicos realizados por los dentistas fueron incorrectos. Los dentistas generales mal diagnosticaron un 45,9%, los cirujanos maxilofaciales un 42,8%, los endodoncistas un 42,2%, y los periodoncistas el 41,2% de las veces. Los diagnósticos errados más comunes fueron hiperqueratosis (16%), hiperplasia

fibrosa inflamatoria focal (10%), fibroma (8%), granuloma periapical (7%), y quiste radicular (6%). También es importante mencionar que las lesiones cancerosas fueron mal diagnosticadas un 5,6% de las veces (Kondori et al, 2011). Estos resultados apoyan estudios previos con hallazgos de que los dentistas tienen dificultades en el diagnóstico de las lesiones orales, independiente de su tipo de práctica, los autores del estudio también abogan a que los dentistas presenten todas las muestras de los tejidos extirpados para su examen microscópico y diagnóstico histopatológico a la luz de la tasa global de errores diagnósticos clínicos especialmente para las lesiones malignas.

Un estudio realizado en Turquía el 2009 por Ergun et al de la Istanbul University, Faculty of Dentistry, Department of Oral Surgery and Medicine tenía como objetivo identificar, comparar y analizar los conocimientos y opiniones de los dentistas con respecto a las lesiones mucosas orales y evaluar las diferencias entre las actitudes de los dentistas de los distintos centros de salud. Para esto, 300 dentistas se inscribieron en el estudio y se formaron tres grupos: el primer grupo incluyó los odontólogos generales que trabajan en consultas dentales privadas, el segundo grupo eran los dentistas que ejercen en los policlínicos dentales, y en el tercer grupo estaban los dentistas que trabajan en universidades de Estambul (excepto los que trabajaban en el departamento de cirugía y medicina oral). Se les realizó un cuestionario de 17 ítems investigando atributos demográficos, características odontológicas, conocimientos en lesiones de la mucosa oral y se concluyó con opiniones de los encuestados. Los resultados arrojaron que el 85% de los dentistas admitió tener dificultades en el diagnóstico de lesiones de la mucosa oral, en donde la principal causa en los 3 grupos resultó ser la falta de educación en este tema impartida en la universidad. El 62% no actualiza su conocimiento en la literatura de las enfermedades de la mucosa oral y el 93% no realiza biopsias o consulta a otros especialistas, donde es importante mencionar que el porcentaje de dentistas que trabajan en las universidades y policlínicos dentales que tienen conocimiento en técnicas de biopsia fueron 50% y 43%, respectivamente, tasa que se redujo a un 27% en el grupo de dentistas que trabajan en consultas privadas. Además, la mayoría de los dentistas prefieren consultar con los especialistas en dermatología y medicina interna si tenían dificultad para establecer un diagnóstico o en el tratamiento de las lesiones de la mucosa oral (Ergun et al, 2009), lo que es respaldado por una reciente encuesta global efectuada a los profesionales de la medicina oral en donde la evaluación y el manejo de las lesiones bucales fueron informadas como las prácticas que ocupan el mayor componente de tiempo en sus prácticas clínicas profesionales, lo que corrobora el concepto de que los pacientes con lesiones mucosas orales son derivados a ellos por los odontólogos para su evaluación y manejo (Stoopler et al, 2011).

Debido a la relevancia del diagnóstico precoz de lesiones malignas presentamos un estudio realizado el año 2006 por Seoane et al del Stomatology Department, School of Medicine and Dentistry, University of Santiago de Compostela en España sobre la experiencia y habilidades diagnósticas de los dentistas generales para detectar correctamente el cáncer oral y las lesiones precancerosas. Para esto fueron seleccionados 32 odontólogos al azar que completaron cuestionarios que constaban de 12 ítems en relación con la obtención de experiencia, conocimiento y opinión sobre el cáncer oral y luego clasificaron 50 imágenes proyectadas de lesiones clínicas en: cáncer, lesiones

precancerosas o lesiones benignas donde se incluyeron siete cánceres orales típicos, 12 pre-cánceres orales y 31 lesiones benignas seleccionados de acuerdo a su prevalencia en la población general española. En los resultados encontramos que el 87,5% informó que había realizado exámenes orales de rutina, el 84,4% dio un asesoramiento de rutina para las modificaciones de factores de riesgo y el 84,4% afirmó biopsiar lesiones sospechosas de la mucosa oral, detectadas en la práctica clínica. En un cuasi contexto de investigación utilizando diapositivas clínicas, la sensibilidad del diagnóstico visual de una lesión cancerosa fue de un 61,4% y de un 59,5% para las precancerosas lo que nos sugiere la necesidad de mejorar la capacidad diagnóstica de los odontólogos en la detección visual de cáncer/pre-cáncer oral mediante el fortalecimiento de la educación profesional continua (Seoane et al, 2006). En otro estudio similar, también realizado en España, en donde se buscaba evaluar la habilidad en el diagnóstico de cáncer y lesiones precancerosas entre los dentistas generales y ver si había alguna relación con los años de experiencia profesional; se obtuvo una muestra de 150 dentistas generales divididos en dos grupos: grupo I (60 odontólogos recién graduados sin experiencia profesional) y grupo II (90 dentistas con la actividad profesional establecido), a cada grupo se le efectuó una presentación de 20 imágenes clínicas distribuidas aleatoriamente, de las cuales el 45% correspondían a lesiones benignas, el 35% a lesiones precancerosas y el 20% a cáncer oral, cada caso además fue acompañado de una historia clínica resumida. En el grupo I, la sensibilidad de diagnóstico de cáncer oral fue de 61,3% frente a un 85,5% en el grupo II, mientras que la sensibilidad de diagnóstico de lesión precancerosa fue del 71,7% en el grupo I y 80,7% en el grupo II. Lo que demostró que tanto dentistas jóvenes como dentistas generales con experiencia que ejerzan en el servicio público privado necesitan más formación y más experiencia en el diagnóstico de cáncer y lesiones orales precancerosas (López et al, 2008).

En un estudio realizado en UK el 2005 por McCann et al del Department of Oral and Maxillofacial Surgery, York District Hospital se administró un cuestionario dirigido al personal médico con fotografías clínicas que buscaban el diagnóstico, las investigaciones necesarias y los detalles del manejo del caso. El grupo control estaba formado por 22 funcionarios del hospital dental a los cuales fueron enviadas las mismas fotografías, historias y cuestionarios. El personal dental obtuvo buenos resultados en el diagnóstico de ambas enfermedades comunes y raras, aunque eran reacios a hacer un diagnóstico de carcinoma de células escamosas (SCC), sin evidencia histológica. Sin embargo, los patrones de la investigación, la gestión y la remisión de los pacientes con carcinoma eran apropiadas, lo que se resume en un total de 194 (88,7%) casos diagnosticados correctamente (McCann et al, 2005).

Es importante mencionar que investigaciones como las presentadas anteriormente no han sido realizadas en Chile por lo que consideramos de gran importancia realizar un estudio para conocer la realidad actual que se vive en nuestro país con respecto a este tema.

### **3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

#### **3.1 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en patología oral de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso?

#### **3.2 Objetivo General**

Identificar el nivel de conocimiento en patología oral de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

#### **3.3 Objetivos Específicos**

1. Medir la capacidad diagnóstica en clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso
2. Medir el conocimiento en relación a la indicación de toma de biopsias y solicitud de exámenes complementarios de los clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso según los criterios impartidos en el pregrado por la Cátedra de Patología.
3. Medir la asertividad de las actitudes clínicas de los clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso según los criterios impartidos en el pregrado por la Cátedra de Patología.
4. Correlacionar los resultados según parámetros de edad, sexo, Universidad de egreso, año de egreso y especialidad odontológica

## 4.- MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1 Diseño del Estudio: Estudio Descriptivo de corte Transversal

### 4.2 Universo: Odontólogos en Chile

### 4.3 Población de Estudio

Odontólogos que ejerzan docencia y actividades clínicas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso al año 2013.

### 4.4 Selección y Tamaño de la Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se realizó una fórmula con proporciones ya que el valor máximo de  $n$  se obtiene para  $P = Q = 1/2$ , primero que todo se utilizó un 95% de confianza, por lo tanto, se utilizó un 5% de significancia, además se tomó en cuenta utilizar un 10% de precisión. La fórmula utilizada fue la de población finita, es decir, se tuvo conocimiento del total de la población y se deseó saber cuántos individuos había que estudiar:

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

$N$  = es el total de la población (86)

$\alpha$  = nivel de Significancia 5%

$z_{\alpha/2}$  = Valor de Tabla de la distribución Normal con un  $(1-\alpha)\% = (1-0,05)\% = 95\%$  de Confianza

$p$  = es la proporción esperada del 0,5  $\rightarrow$  50%

$q = 1-p = 0,5 \rightarrow$  50%

$d$  = es la precisión esperada en este caso del 0,10  $\rightarrow$  10%

$$n = \frac{86 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2 \times (86 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 45,62 \approx 46$$

El tamaño total de la muestra fue de 46 personas. Por otro lado, se tiene la siguiente distribución por especialidad: (Tabla IV)

Especialidad	Tamaño Poblacional	Tamaño Muestral
Cirugía	10	5
Endodoncia	7	4
Prótesis Fija	10	5
Salud Pública	2	1
Odontología Preventiva	4	2
Operatoria	12	6
Periodoncia	10	5
Odontopediatría	8	5
Materiales Dentales	4	2
Prótesis Removible	7	4
Ortodoncia	7	4
Oclusión	5	3
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>46</b>

**Tabla IV.- Distribución de la Población según Especialidad y Obtención del Tamaño Muestral**

La base que se utilizó para el cálculo de  $n$  para cada grupo fue el de muestreo aleatorio estratificado, ya que dentro de cada especialidad las personas tienen los mismos conocimientos entre sí (Homogéneo), no así, si se compara con otro grupo especialidades ya que los conocimientos son distintos (Heterogéneos).

#### 4.5 Criterios de Inclusión

Odontólogos que ejerzan docencia y actividades clínicas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso en el año 2013 que hayan sido seleccionados mediante el proceso de selección aleatoria y estén dispuestos a realizar la encuesta

#### 4.6 Criterios de Exclusión

- Docentes que no accedan a responder la encuesta
- Docentes se vean imposibilitados a responderla en forma justificada.
- Docentes pertenecientes a la Cátedra de Patología Oral



## 4.7 Variables

### a) Sexo

**Tipo:** Cualitativa Nominal Dicotómica

**Definición Conceptual:** Constitución orgánica que distingue hombre o mujer

**Definición Operacional:** Género al que corresponde el encuestado en forma biológica y que será determinado como femenino o masculino

### b) Edad

**Tipo:** Cuantitativa Continua

**Definición Conceptual:** Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació

**Definición Operacional:** Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento a la fecha en que se realiza la encuesta Organizado para el análisis de datos en 5 grupos: menor a 40 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y 60 años o más.

### c) Universidad de Egreso

**Tipo:** Cualitativa Nominal Policotómica

**Definición Conceptual:** Institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades, y que confiere los grados académicos correspondientes de la cual obtuvo su título

**Definición Operacional:** Institución de enseñanza superior en la cual el encuestado recibió el título de cirujano dentista.

### d) Año de Egreso

**Tipo:** Cuantitativa Discreta

**Definición Conceptual:** Año en el cual el profesional recibió su título

**Definición Operacional:** Año en el cual el encuestado se recibió como cirujano dentista. Organizado para el análisis de datos en 5 grupos: anterior a 1980, entre 1980 a 1989, entre 1990 q 1999, entre 2000 a 2009 y Sin información.

### e) Realización de Cursos de Capacitación en Patología Oral

**Tipo:** Cualitativa Nominal Dicotómica

**Definición Conceptual:** Realización de adiestramiento para un conocimiento específico enfocado en las enfermedades manifestadas en la región maxilofacial

**Definición Operacional:** Especificación en si o no de la realización de algún curso de capacitación en patología oral

#### f) Especialidad Odontológica

**Tipo:** Cualitativa Nominal Policotómica

**Definición Conceptual:** Estudios cursados por un graduado en odontología en su periodo de postgrado que lo dotan de un conjunto de conocimientos especializados relativos a un área específica

**Definición Operacional:** Especificación de Estudios de Postgrado en alguna de las áreas de la Odontología realizados. Organizados para el análisis de datos en 7 grupos: Especialidad 1 (Odontología Preventiva, Odontopediatría y Ortodoncia), Especialidad 2 (No tiene y Odontología Restauradora) Especialidad 3 (Implantología y Rehabilitación Oral), Especialidad 4 (Cirugía), Especialidad 5 (Endodoncia), Especialidad 6 (Periodoncia) y Especialidad 7 (Trastorno temporomandibulares y Dolor orofacial)

#### g) Desempeño Profesional

**Tipo:** Cualitativa Nominal Tetracotómica

**Definición Conceptual:** Llevar a cabo una actividad especializada de trabajo

**Definición Operacional:** Desempeño en su actividad clínica como: odontólogo general, general y especialista, solo especialista o no ejerce clínicamente.

#### h) Diagnóstico

**Tipo:** Cualitativa Nominal Policotómica

**Definición Conceptual:** Reconocimiento correcto de una lesión Oral en posesión de los elementos diagnósticos necesarios.

**Definición operacional:** Reconocer correctamente la Patología Oral a través de una anamnesis y descripción de la lesión con apoyo de imagenología.

#### i) Biopsia

**Tipo:** Cualitativa Nominal Dicotómica

**Definición Conceptual:** Procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada histopatológicamente

**Definición Operacional:** Conducta del Odontólogo definiendo en "si" o "no" considera necesario realizar una biopsia y si esta es realizada por el mismo o si es derivado

#### j) Exámenes Complementarios

**Tipo:** Cualitativa Nominal Policotómica

**Definición Conceptual:** Conjunto de estudios que aportan valiosa información al análisis clínico, ya sea para confirmar o dar mayor certeza al diagnóstico de una patología en cuestión

**Definición Operacional:** Conducta del Odontólogo definiendo si considera necesario o no solicitar algún tipo de examen complementario y especificando cual en el caso de que lo considere pertinente

#### **k) Actitud Clínica**

**Tipo:** Cualitativa Nominal Tricotómica

**Definición Conceptual:** Conducta a seguir del odontólogo ante una Patología Oral determinada.

**Definición Operacional:** Conducta a seguir del odontólogo ante una Patología oral específica y que será clasificada como: Controlar, Derivar y efectuar personalmente el tratamiento.

#### **l) Conocimiento en Patología Oral**

**Tipo:** 1. Cualitativa Ordinal Tricotómica y 2. Cuantitativa Continua.

**Definición Conceptual:** Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de las enfermedades manifestados en la región Maxilofacial.

**Definición Operacional:** Nivel de conocimiento que será medido a través de una encuesta que una vez evaluada nos da resultados en función de:

1. Niveles de logro clasificándose en Logrado, Medianamente Logrado y No Logrado
2. Nota final que irá de 1 a 7

### **4.8 Método de Obtención de Muestra e Instrumento de Medición para la Recolección de Datos**

Para la obtención de la muestra se utilizó una lista solicitada en la oficina de personal, donde se encontraban los nombres de todos los Docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso separados por sus respectivas cátedras. Una vez obtenida la lista se excluyó a aquellos que no poseían el título de Odontólogos, a todos aquellos que no desempeñan actividades clínicas y (según lo estipulado en los criterios de exclusión) a aquellos pertenecientes a la Cátedra de Patología Oral.

Como instrumento de medición se aplicó un cuestionario que contenía algunos datos personales del encuestado y 12 casos clínicos que constaban con apoyo gráfico (Fotografías Clínicas y exámenes imagenológicos) y 5 preguntas por cada caso clínico, enfocadas en el diagnóstico, la solicitud de biopsias, exámenes y la actitud clínica frente al caso. Las patologías empleadas para la realización de los casos clínicos fueron seleccionadas mediante la revisión de estudios de prevalencia de donde fueron seleccionadas las de mayor relevancia dentro de la patología mucosa, ósea y glandular (glándulas salivales) tomando en cuenta las más frecuentes y aquellas que a pesar de no representar la mayor prevalencia fueron acotadas por el docente guía como relevantes para el estudio (Anexo N° 1 Cuestionario).

El cuestionario fue aplicado por las 2 tesistas y fue respondido en forma inmediata y presencial por los Docentes seleccionados en un tiempo aproximado de 20 minutos. Se coordinó la realización de la encuesta para constatarla disponibilidad de tiempo de los Docentes y se determinó el horario de toma de la misma cuando éstos no dispusieron de tiempo para responderla en forma inmediata. Una vez entregada la encuesta se hizo entrega al Docente encuestado de un sobre con los Diagnósticos de cada caso clínico de manera de despejar dudas y generar una retroalimentación positiva.

Con el fin de resguardar las respuestas de los encuestados se hizo entrega de un consentimiento informado, asegurando que los datos obtenidos serían anónimos y utilizados sólo con fines científicos (Anexo N° 2 Consentimiento Informado).

Las tesistas fueron calibradas por el docente guía Dr. Rodrigo Fuentes Cortés, MS-CD, Profesor adjunto Cátedra de Patología y diagnóstico oral, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso

#### **4.8.1 Análisis de Rendimiento**

Entendiendo como Rendimiento a la evidencia recogida que ha resultado de un proceso de evaluación, enfocamos el análisis del rendimiento de los académicos siguiendo los siguientes lineamientos:

1. Análisis del Puntaje Global: Cada caso clínico abordado tiene un máximo de 4 puntos a lograr. Los 12 casos permiten un máximo de 48 puntos. A este puntaje se le aplicó un PREMA de 60% para el cálculo de la NF-PG (Nota Final por Puntaje Global).
2. Análisis por Ítem: Cada caso clínico aborda 4 aspectos de evaluación: diagnóstico, decisión de biopsia, solicitud de exámenes complementarios y actitud clínica. Cada ítem en su globalidad y luego de revisar los 12 casos, aporta un total de 12 puntos. A cada ítem se le aplicó un PREMA DE 60%, lo que permite el cálculo la NF-D (Nota Final por Diagnóstico), NF-B (Nota Final por Indicación de Biopsia), NF-EC (Nota Final por Exámenes Complementarios) y NF-AC (Nota Final por Actitud Clínica). Las NFs se promediarán.
3. Análisis por Presentación Clínica: Los 12 casos fueron agrupados en: Trastornos Agudos: Candidiasis Pseudomembranosa, Herpes Recidivante, Sialolitiasis Aguda y Úlcera Traumática; Trastornos Óseos: Quiste Dentígero, Quiste Periapical Inflamatorio y Tumor Odontogénico Queratoquístico; y, Tumores de tejido blando: Mucocele, Papiloma Oral, Carcinoma de Labio y Adenoma Pleomorfo. En forma individual, se analizará el Liquen Plano Reticular como Trastorno de base inmunitaria. Cada categoría definida permite reconocer un puntaje total máximo. A cada categoría se le aplicó un PREMA de 60%, lo que permite reconocer el rendimiento según el grupo de trastornos presentados. Además, por cada tipo de presentación clínica se realizó un análisis de acuerdo a cada ítem

de observación según diagnóstico, indicación de biopsia, solicitud de exámenes complementarios y actitud clínica.

Estos 3 análisis permiten cuantificar la calificación en una Nota Final que se describe en cada uno de los aspectos observados, siguiendo el planteamiento como se desarrolla en la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso para los cursos de pregrado.

Además, se realizó de cada aspecto definido una calificación siguiendo los conceptos de Niveles de Logro, lo que permite reconocer puntajes que se califican como Logrado, Medianamente Logrado y No Logrado (Tablas V, VI y VII).

Análisis de Puntaje Global		
Puntaje Máximo	100%	48
Nivel de Logro	< 80%	38-48
Nivel de Mediano Logro	60 < 80%	28-37
No Logrado	<60%	27 o <

**Tabla V.- Niveles de Logro según Análisis de Puntaje Global**

Análisis por Ítem					
		Diagnóstico	Biopsia	Exámenes Complem.	Actitud Clínica
Puntaje Máximo	100%	12	12	12	12
Nivel de Logro	< 80%	9 - 12	9 - 12	9 - 12	9 - 12
Nivel de Mediano Logro	60 < 80%	7 - 8	7 - 8	7 - 8	7 - 8
No Logrado	<60%	7 o <	7 o <	7 o <	7 o <

**Tabla VI.- Niveles de Logro según Análisis por Ítem**

Análisis por Presentación Clínica					
		Trastornos Agudos	Trastornos Óseos	Tumor de Tej. Blando	Trastorno de B. Inm.
Puntaje Máximo	100%	16	2	16	4
Nivel de Logro	< 80%	12- 16	9 - 12	12- 16	3- 4
Nivel de Mediano Logro	60 < 80%	9- 11	7 - 8	9- 11	2
No Logrado	<60%	8 o <	7 o <	8 o <	1 o <

**Tabla VII.- Niveles de Logro según Análisis por Presentación Clínica**

Esta forma de analizar los resultados se intercalaron en cada lineamiento descrito, con el fin de aportar la visión de los Niveles de Logro y compararlo con los sistemas de calificación convencionalmente aplicados en nuestra facultad.

Los criterios de calificación aplicados fueron los correspondientes a los entregados regularmente en el curso de PATOLOGIA III, curso donde se abordan estos conceptos de formación en el pregrado.

#### **4.9 Validación del Instrumento de Medición**

Para la validación del instrumento se realizaron 15 cuestionarios a 3 grupos heterogéneos conformados por estudiantes con conocimientos básicos en patología (2° año), estudiantes con formación completa en patología (6° año) y a los docentes de la cátedra de Patología y Diagnóstico oral de nuestra facultad.

Se aplicó el concepto de Validez de Constructo que mide al grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen, para lo que se consultó la opinión de expertos en la materia para determinar si consideraban relevantes los ítems incluidos en el cuestionario. Para esta finalidad se encuestó a los Docentes de la Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral de nuestra casa de estudios en donde pudieron exponer las sugerencias y correcciones que estimaron pertinentes.

A partir de las respuestas de los docentes y sus dudas manifestadas con respecto a la anamnesis se realizaron modificaciones a estas con el fin de clarificar de mejor manera el diagnóstico.

Basándose en este criterio del cuestionario inicial que tenía 3 preguntas por caso clínico fue aumentada a 5 preguntas en donde el ítem de exámenes complementarios fue separado en 2 (solicitud de biopsia y solicitud de exámenes complementarios excluyendo maniobras clínicas). Además se agregó una pregunta enfocada a la realización de algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encontrara descrita anteriormente.

#### **4.10 Análisis Estadístico**

El análisis estadístico consistió en realizar inicialmente un análisis exploratorio de datos, entregando algunas estadísticas descriptivas de interés que resumen la información de los puntajes obtenidos por los docentes.

Posteriormente se procedió a analizar los puntajes promedios de cada ítem, presentación clínica y el total, buscando obtener información que permitiera describir el nivel de conocimiento de los docentes incluidos en este estudio.

Los análisis estadísticos y los gráficos fueron desarrollados en el software estadístico Stata 11.2.

## 5.-RESULTADOS

### 5.1 Antecedentes generales del grupo en estudio

Con el fin de conocer cómo se comporta la muestra obtenida, se realizó en una primera instancia un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables de interés analizadas en este estudio separándolas por sexo para conocer su distribución (Tabla VIII)

Edad	Femenino (20)		Masculino (22)		Total
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
Menor a 40 Años	7	35,00%	7	31,82%	14
40-49 Años	7	35,00%	5	22,73%	12
50-59 Años	4	20,00%	6	27,27%	10
60 Años o mas	2	10,00%	4	18,18%	6
<b>Universidad</b>					
Andrés Bello	1	5,00%	0	0,00%	1
De Concepción	1	5,00%	1	4,55%	2
De Chile	2	10,00%	4	18,18%	6
De Valparaíso	13	65,00%	10	45,45%	23
Sin Información	3	15,00%	7	31,82%	10
<b>Año de Egreso</b>					
Anterior a 1980	3	15,00%	6	27,27%	9
Entre 1980-1989	7	35,00%	4	18,18%	11
Entre 1990-1990	2	10,00%	5	22,73%	7
Entre 2000-2009	7	35,00%	5	22,73%	12
Sin Información	1	5,00%	2	9,09%	3
<b>Especialidad</b>					
Prev/Ped/Ortod	9	45,00%	2	9,09%	11
No Tiene y Rest	2	10,00%	4	18,19%	6
Rehab/Implant	3	15,00%	8	36,36%	11
Cirugía	2	10,00%	2	9,09%	4
Endodoncia	2	10,00%	2	9,09%	4
Periodoncia	2	10,00%	2	9,09%	4
TTM y Dof.	-	-	2	9,09%	2
<b>Cursos de Capacitación en Patología Oral</b>					
Si	9	45%	7	31.81%	16
No	11	55%	15	68.18%	26

**Tabla VIII.- Distribución de los Docentes para cada variable de interés, según sexo.**

Los Datos obtenidos se detallan a continuación:

- a) Se registraron menos mujeres que hombres con porcentajes de 47,62% y 52,38% respectivamente.
- b) Con relación a la edad en los docentes del sexo femenino, más del 70% tienen a lo más una edad de 49 años, mientras que en los hombres la distribución en los grupos etarios es similar con una pequeña variación.
- c) La mayoría de los docentes, tanto hombres como mujeres, estudiaron en la universidad de Valparaíso y un gran porcentaje no se conoce la casa de estudio de la que egreso de la Carrera de Odontología.
- d) En cuanto a las especialidades la mayoría de las mujeres estudiaron Odontología Preventiva, Odontopediatría u Ortodoncia y los hombres Implantología o Rehabilitación oral.
- e) Del total de docentes, el 38.09% ha realizado cursos de capacitación en Patología oral.

## **5.2 Resultados según categoría Diagnóstico, Indicación de Biopsia, Indicación de Exámenes Complementarios y Actitud Clínica.**

A continuación se presentan los análisis de las notas según los ítems de la prueba para determinar cuál es el que tuvo mayor dificultad entre los docentes. Cada ítem que fue evaluado por caso clínico equivale a 1 punto, como son 12 casos clínicos el puntaje máximo por ítem fue de 12, a lo cual se le aplicó un PREMA de 60% con lo que se obtuvo la nota final. Para la nota total o global se consideraron 4 puntos por caso clínico (de cada ítem), lo que multiplicado por 12 dio un total de 48 puntos, con el cual se utilizó el mismo PREMA. El análisis de los resultados obtenidos se realizó a través de un gráfico de cajas y bigotes (boxplots) donde vemos cada ítem, incluyendo la nota total de la prueba. En éste se pueden observar las notas máximas y mínimas, la simetría de la distribución de éstas, la mediana y las notas que son atípicas.

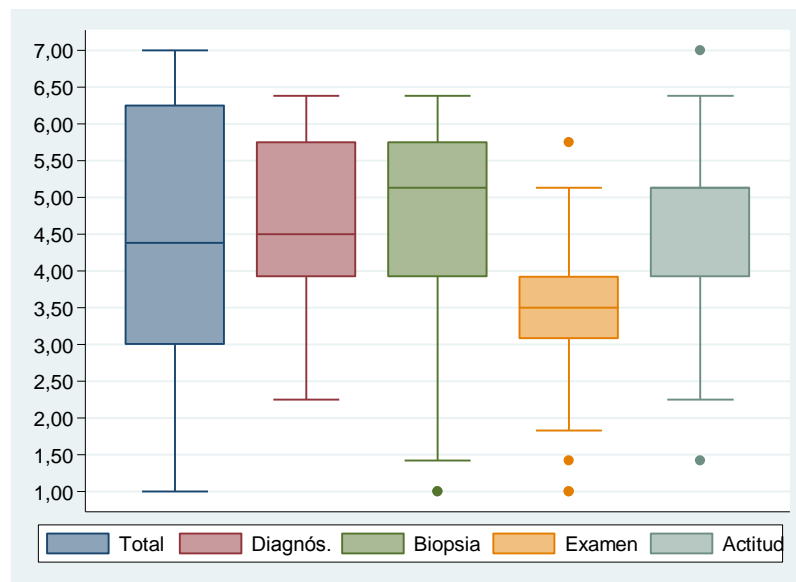
Se decidió realizar el análisis por ítem separándolos en relación a las preguntas realizadas en la encuesta en:

- Diagnóstico: Que tiene relación con la identificación de la lesión o patología presentada mediante la anamnesis y fotografía clínica.
- Biopsia: Que hace relación a si el profesional consideró necesario efectuar una biopsia de tejido a la lesión presentada, si ésta es pertinente o no y además si fue realizada por el mismo o decidió derivarla para que otro profesional la efectuara.



- Examen: Que tiene relación con si el profesional consideró necesario solicitar algún tipo de examen complementario y si estos son pertinentes al caso.
- Actitud: Que tiene relación a la actitud clínica tomada por el profesional en cuanto a su decisión de controlar, derivar (identificando especialista) o realizar personalmente el tratamiento y estimar si esta era la más pertinente de acuerdo al caso presentado.

Como se muestra en el gráfico a continuación (Figura I) que el ítem con menor rendimiento fue la solicitud de examen(es), el que obtuvo una mayor puntuación en función a la mediana fue el ítem de las preguntas relacionadas con la biopsia, sin embargo, tanto en las preguntas de biopsia como examen hubo una nota 1,0 es decir, no contesto ninguna pregunta correctamente. Se puede ver además que en la nota del ítem de Actitud clínica hubo una persona que contesto todo en forma correcta obteniendo una nota 7,0.



**Figura I.- Distribución de los resultados por ítem.**

Se puede observar en la tabla a continuación (Tabla IX) que en los promedios totales por ítem el que tuvo mejores resultados fue el ítem de Biopsia seguido del diagnóstico, en tercer lugar encontramos la Actitud clínica y por último se encuentra la solicitud de Examen Complementario. Cabe señalar que este último fue el único que promedió una nota bajo el 4.

Por otro lado, si se separan los ítems por las variables que se quieren analizar, se puede obtener la siguiente información:

En el ítem diagnóstico, se observa que los que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen menos de 40 años, además la diferencia entre el sexo no es muy alta ya que entre hombres y mujeres las diferencia fue mayor en las

mujeres por tan sólo 0,03. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U. de Chile fueron los que mayor promedio tuvieron, seguido de la U. de Valparaíso, es importante destacar que hubo solo una persona que salió de la U. Andrés Bello, por lo que no es comparable con el resto de las universidades, lo mismo sucede con la de Concepción con sólo 2 encuestados. Los egresados entre 1990 y 2009 tuvieron en promedio sobre un 5 como nota en este ítem. Por último, la especialidad con mejor calificación fue Cirugía y la peor evaluada fue Endodoncia, que obtuvo bajo un 4.

En el ítem biopsia, se observa que los que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen entre 40 y 49 años, además se puede decir que la diferencia de nota entre los dos sexos es levemente mayor en las mujeres que en los hombres. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron (mayor a 5). Por último, los egresados entre 1990 y 1999 tuvieron en promedio sobre un 5 como nota en este ítem, al igual que aquellos docentes que no entregaron información de su año de egreso. La especialidad con mejor calificación fue Periodoncia y la peor evaluada fue la de Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial, que obtuvo bajo un 4.

En el ítem Examen Complementario, se observa que las notas no superan el 4 en ninguna categoría de las variables analizadas, se puede decir entonces que, los docentes que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen menos de 50 años; es importante decir que los docentes mayor a 60 años promediaron menos de 3. Por otro lado, se puede decir que la diferencia de nota entre los dos sexos es levemente mayor en los hombres que en las mujeres. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U. de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron. Por último, los egresados entre 1990 y 1999 tuvieron en promedio sobre un 4 como nota en este ítem. Todas las especialidades en este ítem tuvieron muy malas calificaciones.

En el ítem Actitud Clínica, se observa que los docentes que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen menos de 50 años, es importante decir que los docentes mayores a 60 años promediaron menos de 4, además la diferencia entre el sexo no es muy alta ya que sólo entre hombres y mujeres la diferencia fue mayor en las mujeres por 0,03. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron, los de la U. de Chile tuvieron en promedio bajo una nota 3. Por último, los egresados entre 1990 y 2009 tuvieron en promedio sobre un 5 como nota en este ítem. La especialidad con mejor calificación fue no tienen especialidad y odontología Restauradora y el grupo de Rehabilitación oral e Implantología; la peor evaluada fue Periodoncia, que obtuvo bajo un 4.

En la prueba completa, se observa que los docentes que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen menos de 50 años, es importante decir que los docentes mayores a 60 años promediaron menos de 4, además la diferencia

entre el sexo no es muy alta ya que sólo entre hombres y mujeres las diferencia fue mayor en las mujeres por 0,04. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron, los de la U. de Chile tuvieron en promedio bajo una nota 4 al igual de los que no entregaron esa información. Por último, los egresados entre 1990 y 1999 tuvieron el mejor promedio llegando a obtener casi un 5. La especialidad con mejor calificación fue Cirugía y la peor evaluada fue la de TTM y DOF con un 4.

	Diagnostico (4,70)		Biopsia (4,78)		Examen Comp. (3,54)		Actitud Cl. (4,64)		Total (4,36)	
	Prom	D.E.	Prom.	D.E.	Prom.	D.E.	Prom.	D.E.	Prom.	D.E.
<b>Edad</b>	.									
< 40 Años	5,05	1,05	4,88	1,39	3,89	1,05	5,09	0,45	4,70	0,79
40-49 Años	4,08	1,17	5,19	1,12	3,87	0,85	5,10	1,00	4,69	0,72
50-59 Años	4,38	1,37	4,66	1,62	3,06	1,07	4,16	1,40	4,00	1,03
60 Años o más	4,11	1,27	3,90	2,13	2,87	1,38	3,50	1,20	3,51	0,98
<b>Sexo</b>	.									
Femenino	4,71	1,36	4,90	1,38	3,42	0,97	4,66	0,92	4,38	0,98
Masculino	4,69	1,08	4,67	1,63	3,65	1,23	4,63	1,34	4,34	0,94
<b>Universidad</b>	.									
Andrés Bello	3,92	-	4,50	-	3,08	-	3,92	-	3,81	-
De Concepción	4,32	2,92	4,94	2,04	2,46	1,47	4,53	2,62	4,03	2,21
De Chile	4,93	1,28	4,38	1,45	3,18	1,32	3,77	0,81	3,97	0,79
De Valparaíso	4,88	1,09	5,17	1,28	3,77	0,87	5,12	0,82	4,68	0,74
Sin Información	4,29	1,22	4,11	1,90	3,49	1,42	4,18	1,35	3,96	1,10
<b>Año de Egreso</b>	.									
Anterior a 1980	4,52	1,27	4,10	1,87	3,05	1,32	3,77	0,91	3,78	0,99
Entre 1980-1989	4,22	1,17	4,74	1,56	3,36	1,41	4,65	1,24	4,18	0,91
Entre 1990-1999	5,16	0,95	5,17	1,13	4,11	0,82	5,49	0,61	4,95	0,62
Entre 2000-2009	5,08	1,13	4,89	1,46	3,69	0,99	5,08	0,49	4,66	0,85
Sin Información	4,32	1,89	5,54	0,96	3,77	1,25	3,56	2,17	4,21	1,34
<b>Especialidad</b>	.									
Prev/Ped/Ortod	4,67	1,18	4,85	1,63	3,42	1,03	4,87	0,70	4,36	1,99
No Tiene y Rest	4,52	1,17	4,55	0,81	3,63	0,85	4,97	1,09	4,15	1,74
Rehab/Implant	5,04	1,31	5,04	1,56	3,72	1,06	4,91	1,41	4,98	1,57
Cirugía	5,75	0,51	4,62	2,01	3,85	1,16	4,37	0,58	4,72	1,15
Endodoncia	3,79	1,63	4,58	1,77	3,39	1,52	4,11	1,98	3,35	2,75
Periodoncia	4,26	0,71	5,14	0,86	2,98	1,10	3,95	1,09	3,78	1,00
TTM y Dof.	4,00	0,71	3,59	3,06	3,79	2,77	4,00	0,71	3,07	1,86

**Tabla IX.- Estadísticas de las notas obtenidas por los docentes según Ítem y Variable de Interés.**

Se observa que en la tabla a continuación (Tabla X), que al igual como se pudo observar anteriormente, el ítem peor evaluado fue el Examen, se muestra que más de un 50% de los docentes evaluados obtuvo una categoría de no logrado, mientras que en los ítems de biopsia y actitud más del 50% obtuvo una categoría de logrado.

Ítem	No Logrado		Medianamente Logrado		Logrado	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Diagnostico	10	23,81%	12	28,57%	20	47,62%
Biopsia	9	21,43%	8	19,05%	25	59,52%
Examen	22	52,38%	14	33,33%	6	14,29%
Actitud	8	19,05%	11	26,19%	23	54,76%

**Tabla X.- Porcentajes de las categorías de evaluaciones según Ítem**

### 5.3 Resultados Obtenidos según Presentación Clínica

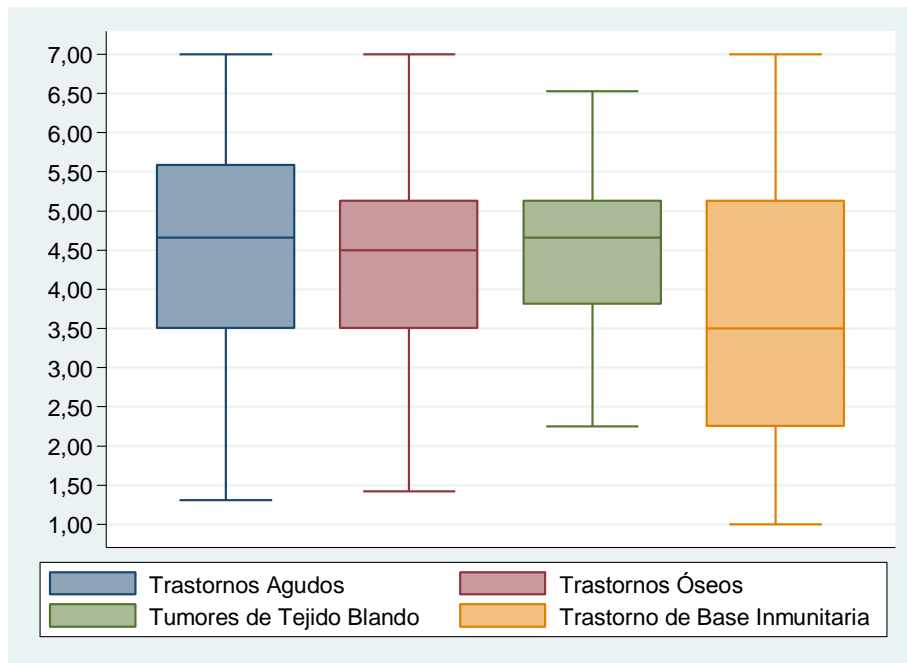
A continuación se realizaron los análisis de las notas según las presentaciones clínicas de la prueba para determinar cuál es la que presenta un mayor grado de dificultad entre los docentes y así poder pesquisar en qué áreas se encuentran las mayores fortalezas y correspondientes debilidades. Los 12 casos fueron agrupados en:

- Trastornos Agudos: Donde encontramos la Candidiasis Pseudomembranosa, el Herpes Recidivante, la Sialolitiasis Aguda y la Úlcera Traumática.
- Trastornos Óseos: Donde encontramos al Quiste Dentígero, Quiste Periapical Inflamatorio y Tumor Odontogénico Queratoquístico.
- Tumorações de tejido blando: Donde encontramos al Mucocele, Papiloma Oral, Carcinoma de Labio y Adenoma Pleomorfo.
- Trastornos de Base inmunitaria: En donde se analizó en forma individual el Liquen Plano Reticular.

Cada categoría definida permitió reconocer un puntaje total máximo. A cada una de estas se le aplicó un PREMA de 60%. Se utilizó el mismo tipo de gráfico que en la figura 1 para observar claramente la distribución de los datos, donde se observó los trastornos en que la mayoría de las notas se distribuyen más hacia el 7.0 o hacia el 1.0, o si más bien fueron equilibradas. También se pudo determinar las notas mínimas y máximas, junto a la comparación de las medianas.

Se muestra en el figura a continuación (Figura II) que la presentación con menor rendimiento fue los trastornos de base inmunitaria, el resto de las presentaciones clínicas son muy similares en función a la mediana, sin embargo,

tanto en las preguntas relacionadas con los trastornos agudos y los óseos tuvieron una mayor variabilidad con relación a los tumores de tejido blando. Se puede ver además que en la nota de Trastornos agudos, óseos y de base inmunitaria hubo personas que obtuvieron una nota 7,0.



**Figura II.- Distribución de los resultados según presentación clínica.**

Se puede observar en la tabla continuación (Tabla XII) las presentaciones clínicas por las variables que se quieren analizar, de donde se puede obtener la siguiente información:

En las preguntas de trastorno agudo, se observa que los que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen entre 40 y 49 años, además la diferencia entre el sexo fue mayor en las mujeres por 0,12. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U. de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron. Los egresados entre 1990 y 1999 tuvieron en promedio sobre un 5 como nota en esta presentación. Por último, en relación a la especialidad no se observa mayor diferencia entre las notas de las especialidades, a excepción de la TTM y DOF que obtuvo un promedio bajo con respecto a las otras.

En las preguntas de trastorno Óseo, se observa que los que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen menos de 40 años, además se puede decir que la diferencia de nota entre los dos sexos es levemente mayor en los hombres que en las mujeres. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U. de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron. Los egresados entre 1990 y 2009 tuvieron en promedio sobre un 4 como nota en esta presentación clínica, al igual que aquellos docentes que no entregaron información de su año de egreso. Por último, en relación a la

especialidad no se observa mayor diferencia entre las notas de las especialidades, a excepción de la Periodoncia que obtuvo un promedio bajo con respecto a las otras.

En las preguntas de Tumores de Tejido Blando, se puede decir que, los docentes que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen menos de 50 años es importante decir que los docentes mayor a 60 años promediaron menos de 4. Por otro lado, se puede decir además que la diferencia de nota entre los dos sexos prácticamente no existe, ya que se distancian por 0,01. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U. de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron. Otro punto importante es que no hay mucha diferencia entre los resultados obtenidos entre los docentes egresados en distintos años. Por último en relación a la especialidad no se observa mayor diferencia entre las notas de las especialidades, a excepción de la Endodoncia que obtuvo un promedio bajo con respecto a las otras.

En las preguntas de Trastorno de Base inmunitario, se observa que los docentes que tuvieron mayor nota fueron los docentes que tienen menos de 40 años, es importante decir que los docentes mayores a 50 años promediaron menos de 3, además la diferencia entre el sexo no es muy alta ya que sólo entre hombres y mujeres la diferencia fue mayor en las mujeres por 0,05. Con relación a la universidad de la que egresaron los docentes, los que salieron de la U. de Valparaíso fueron los que mayor promedio tuvieron, los otros establecimientos tuvieron en promedio bajo una nota 4. Por último, los egresados entre 2000 y 2009 tuvieron en promedio sobre un 4 como nota en este ítem. La especialidad con mejor calificación fue la que corresponde a Implantología y Rehabilitación Oral y la peor evaluada fue Cirugía que obtuvo bajo un 3.

	Trastornos Agudos		Trastornos Óseos		Tumores de Tejido Blando		Trastorno de Base Inmunitaria	
<b>Edad</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>
< 40 Años	4,70	1,35	4,94	1,08	4,68	0,89	4,60	1,87
40-49 Años	5,06	1,03	4,62	0,98	4,74	1,06	3,99	2,08
50-59 Años	4,42	1,53	3,84	1,16	4,13	1,19	2,95	1,47
60 Años o mas	3,58	1,02	3,38	1,40	3,76	1,08	2,94	1,42
<b>Sexo</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>
Femenino	4,64	1,17	4,32	1,23	4,44	1,08	3,82	2,01
Masculino	4,52	1,46	4,39	1,24	4,43	1,09	3,77	1,78
<b>Universidad</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>
Andrés Bello	3,50	-	5,13	-	4,19	-	1,00	-
De Concepción	4,47	2,25	4,00	2,47	3,85	1,82	3,07	2,92
De Chile	3,97	0,76	3,76	1,11	4,42	0,94	3,15	1,39
De Valparaíso	4,96	1,30	4,64	1,10	4,76	1,03	4,16	1,86
Sin Información	4,18	1,39	4,06	1,35	3,83	1,00	3,75	1,96
<b>Año de Egreso</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>
Anterior a 1980	3,77	1,17	3,83	1,30	4,10	1,23	3,03	1,41
Entre 1980-1989	4,78	1,45	3,94	1,11	4,14	0,94	3,49	2,11
Entre 1990-1999	5,39	0,71	4,95	0,85	4,86	1,11	3,94	1,49
Entre 2000-2009	4,55	1,41	4,93	1,16	4,71	0,92	4,50	2,02
Sin Información	4,48	1,21	3,77	1,45	4,38	1,60	4,25	2,46
<b>Especialidad</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>	<b>Prom.</b>	<b>D.E.</b>
Prev/Ped/Ortod	4,59	1,25	4,37	1,22	4,61	1,37	3,75	2,04
No Tiene y Rest	4,92	1,34	4,10	1,18	4,35	0,24	3,63	1,51
Rehab/Implant	4,72	1,60	4,90	1,21	4,44	1,10	4,67	1,81
Cirugía	4,84	1,06	4,66	0,32	4,84	0,99	2,66	1,75
Endodoncia	4,35	1,71	4,16	1,74	3,65	1,46	2,97	1,77
Periodoncia	4,27	0,92	3,29	0,24	4,47	0,76	3,60	1,18
TTM y Dof.	3,19	0,44	4,00	2,47	4,32	1,15	4,00	4,24

**Tabla XI.- Estadísticas de las notas obtenidas por los docentes según presentación clínica y variable de interés.**

Se observa en la tabla a continuación (Tabla XII) que en los trastornos agudos una considerable cantidad de docentes obtuvo una calificación de “Logrado”, mientras que en las otras tres presentaciones clínicas se observa un comportamiento similar con relación a los resultados obtenidos.

Presentación Clínica	No Logrado		Medianamente Logrado		Logrado	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Trastornos Agudos	13	30,95	9	21,43	20	47,62
Trastornos Óseos	12	28,57	16	38,10	14	33,33
Tumores de Tejido Blando	10	23,81	17	40,48	15	35,71
Trastorno de Base Inmunitaria	15	35,71	11	26,19	16	38,10

**Tabla XII.- Porcentajes de las categorías de evaluaciones según Presentación Clínica.**

#### **5.4 Resultados Obtenidos en Total**

A continuación (Tabla XIII) se muestra las estadísticas en función al nivel alcanzado de los docentes en la prueba que se les aplicó, se observa que los que alcanzaron una calificación de logrado, tuvieron entre 40 y 49 años. Con relación al sexo de los docentes, se observa que en ambos la mayoría calificó como medianamente logrado. Por otro lado se observa también que los docentes que egresaron de la Universidad de Valparaíso un bajo porcentaje de ellos presentaron una calificación de no logrado a diferencia de las otras universidades. Con relación al año de egreso, se observa que uno de los que obtuvo una calificación de logrado egreso entre los años 1990 y 1999, cabe destacar que de los titulados entre el año 1990 y 2009 la mayoría obtuvo como mínimo una calificación de medianamente logrado. En cuanto a las especialidades vemos que sólo 2 personas tuvieron totalmente logrado, una del grupo de especialidades de odontopediatría, ortodoncia y odontología preventiva y otra del grupo de rehabilitación oral e implantología. Es importante destacar que proporcionalmente cirugía, fue la que menos cantidad tuvo de no logrado.



Edad	No Logrado (14)		Medianamente Logrado (26)		Logrado (2)	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Menor a 40 Años	2	14,29%	12	85,71%	0	0,00%
40-49 Años	3	25,00%	7	58,33%	2	16,68%
50-59 Años	4	40,00%	6	60,00%	0	0,00%
60 Años o más	5	83,33%	1	16,67%	0	0,00%
Sexo	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Femenino	7	35,00%	12	60,00%	1	5,00%
Masculino	7	31,82%	14	63,64%	1	4,54%
Universidad	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Andrés Bello	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
De Concepción	1	50,00%	0	50,00%	1	50,00%
De Chile	4	66,67%	2	33,33%	0	0,00%
De Valparaíso	4	17,39%	18	78,26%	1	4,35%
Sin Información	4	40,00%	6	60,00%	0	0,00%
Año de Egreso	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Anterior a 1980	5	55,56%	4	44,44%	0	0,00%
Entre 1980-1989	4	36,36%	7	63,64%	0	0,00%
Entre 1990-1999	1	14,29%	5	71,43%	1	14,29%
Entre 2000-2009	2	16,67%	10	83,33%	0	0,00%
Sin Información	2	66,67%	0	0,00%	1	33,33%
Especialidad	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Prev/Ped/Ortod	3	27,27%	7	63,64%	1	9,09%
No Tiene y Rest	2	33,33%	4	66,67%	0	0,00%
Rehab/Implant	3	27,27%	7	63,64%	1	9,09%
Cirugía	1	25,00%	3	75,00%	0	0,00%
Endodoncia	2	50,00%	2	50,00%	0	0,00%
Periodoncia	2	50,00%	2	50,00%	0	0,00%
TTM y Dof	1	50,00%	1	50,00%	0	0,00%

**Tabla XIII.- Porcentajes de las categorías de evaluaciones obtenidas en la encuesta en total según variable de interés.**

## 6.- DISCUSIONES

Este estudio es el primero en Chile que intenta analizar el grado de conocimiento de nuestros profesionales en el área de patología oral. Un descubrimiento importante es el hecho de que tan sólo el 16,6% de los encuestados calificaron con un nivel de Logrado (más del 80% aprobado) y un 61.9% con un Medianamente Logrado, resultados muy similares a un estudio realizado en EEUU el 2011 en donde el 43% de los odontólogos no diagnosticó correctamente (Kondori et al, 2011). Sin embargo, si tomamos en cuenta sólo el ítem diagnóstico, el 23,8% de los dentistas obtuvo un nivel de No Logrado, lo que nos indica un mejor resultado que el encontrado en el estudio anteriormente mencionado. En cuanto a las diferencias por especialidad tenemos que los dentistas generales obtuvieron un 33,3% de No Logrado, los cirujanos un 25%, los endodoncistas un 50% y los periodoncistas un 50% lo que contrasta con los resultados obtenidos en el estudio de Kondori en el año 2011, en donde se observan resultados más parejos entre las diferentes especialidades con resultados de mal diagnóstico de los dentistas generales de un 45,9%, cirujanos maxilofaciales un 42,8%, endodoncistas un 42,2%, y periodoncistas el 41,2% de las veces (Kondori et al, 2011). Se debe mencionar sí, que este estudio se realizó a través de la confirmación diagnóstica presuntiva de los dentistas haciendo uso del diagnóstico histológico definitivo dictado por el patólogo. Los resultados fueron analizados en los siguientes ítems: porcentaje global de errores de diagnóstico, porcentaje de diagnósticos erróneos por odontólogos generales y especialistas, y diagnósticos clínicos más comúnmente errados; por lo que la forma de analizar los datos es levemente diferente a la realizada en nuestra investigación, ya que en nuestro caso los resultados fueron agrupados en niveles de logro, el nivel No Logrado corresponde a un porcentaje de respuestas correctas menor al 60%, por lo que podríamos decir que obtuvimos mejores resultados tanto en los odontólogos generales como en las diferentes especialidades; pues dentro de este nivel de rendimiento hay diagnósticos que si estuvieron correctamente realizados. De esta manera vemos que los cirujanos son los que presentaron un menor grado de error, lo cual es bastante coherente pues es a ellos a quienes se deriva la mayoría de estas lesiones. Cabe mencionar que hubo sólo 2 personas que obtuvieron totalmente Logrado, y que pertenecen a la especialidad de rehabilitación oral/implantología y la de odontopediatria/ortodoncia/odontología preventiva.

Este rendimiento puede ser explicado a través de múltiples factores, el que más preocupa es el hecho de que no se estén formando profesionales integrales a lo largo del país, donde se observa una gran falencia de conocimientos y experiencia para poder diagnosticar correctamente, especialmente cuando se ven enfrentados a la solicitud de exámenes, donde el 52.4% no los logra indicar correctamente o simplemente no los solicita. Ahora también, esto se debe a que hay una gran cantidad de dentistas que prefieren derivar a un especialista y que este sea el que tome la decisión más adecuada para el caso, tal como se observó en un estudio realizado en Turquía el año 2009, y que consistió en una encuesta realizada a 300 Odontólogos divididos en: Odontólogos generales que trabajaban en consultas privadas, Odontólogos que trabajan en policlínicos dentales y Odontólogos empleados en universidades de Estambul, lo que es relevante considerando que nuestra investigación también se realizó en profesionales que

ejercen docencia y mediante la encuesta se observó que la mayoría de los dentistas prefieren consultar con los especialistas en dermatología y medicina interna si tenían dificultad para establecer un diagnóstico o bien en el tratamiento de las lesiones de la mucosa oral (Ergun et al, 2009). Datos respaldados por una reciente encuesta global efectuada a 200 profesionales de la medicina oral que representan a 40 países de los 6 continentes, en donde la evaluación y el manejo de las lesiones bucales fueron informadas como las prácticas que ocupan el mayor componente de tiempo en sus prácticas profesionales, lo que corrobora el concepto de que los pacientes con lesiones mucosas orales son derivados a ellos por los odontólogos para su evaluación y manejo (Stoopler et al, 2011). Esto, sin embargo, no significa necesariamente una ausencia de conocimientos, ya que en nuestro estudio se observó que sólo en el caso de las lesiones más prevalentes (afta y herpes recurrente labial) se opta por la opción de realizar el tratamiento personalmente. Llama la atención que sólo un 45,2% de los encuestados decidieron realizar personalmente el tratamiento en el caso de la candidiasis, que es la lesión fúngica más prevalente de la cavidad oral, aun cuando un porcentaje mayor identificó correctamente la lesión (Anexo N° 4).

Además, en nuestra investigación vemos que el 61.9% de los docentes no han realizado cursos de capacitación en patología oral luego de haberse titulado, lo que resulta interesante al compararlo con otro estudio mencionado anteriormente en el que encontramos un resultado prácticamente idéntico, ya que el 62% de los encuestados afirmó que no ha actualizado su conocimiento en la literatura de las enfermedades de la mucosa oral (Ergun et al, 2009). Si bien los docentes egresados de la Universidad de Valparaíso fueron los mejor calificados, esto se debe probablemente a que un gran porcentaje de los encuestados se titularon de esta universidad, e incluso hay algunos que egresaron de la Universidad de Chile, sede Valparaíso. Curiosamente, un porcentaje importante no indicó la casa de estudio de la cual egresó (23,8%).

Si sumamos los niveles Medianamente Logrado y No Logrado en el ítem de Diagnóstico podríamos inferir que un 52,4% tuvo algún nivel de dificultad, resultados que puede compararse con otra investigación, en donde el 85% de los dentistas admitió tener dificultades en el diagnóstico de lesiones de la mucosa oral y en donde se manifestó que la principal causa resultó ser la falta de educación en este tema impartida en la universidad (Ergun et al, 2009), sin embargo, estos resultados no serían totalmente comparables ya que la investigación realizada por Ergun et al consiste en una encuesta en donde el odontólogo manifiesta su apreciación subjetiva en cuanto a las dificultades que él cree tener en esta área, mientras que en el caso de nuestra investigación las dificultades son medidas de manera objetiva utilizando un método de evaluación. En el mismo estudio, encontramos además que el 93% de los encuestados afirma que no realiza biopsias o consulta a otros especialistas (Ergun et al, 2009). Mientras, en el caso de nuestra investigación el ítem Biopsia resultó ser el mejor evaluado con un 59,5% de calificación Logrado y sólo un 21,4% de No Logrado.

En otro estudio realizado en UK el 2005 en el que se usó como grupo control a 22 funcionarios del hospital dental, se obtuvo un 88,7% de casos diagnosticados correctamente (McCann et al, 2005) lo que contrasta con los resultados obtenidos en esta investigación en donde el total de diagnósticos

clasificados en el nivel de Logrado corresponden sólo al 47,6%, aunque si le sumamos el nivel de Medianamente Logrado alcanzamos un total de 76% que podría aproximarse un poco más. Ahora, si analizamos en mayor profundidad este estudio, vemos que McCann utilizó en su investigación un modelo similar al nuestro con fotografías clínicas junto con un cuestionario, en el que se debía indicar el diagnóstico de la lesión, las investigaciones necesarias, los detalles del manejo, si era necesario hacer una derivación y a quién. Para evaluar los resultados se consideró en cada ítem por separado si la respuesta estaba correcta o no. En el caso de los diagnósticos se sumó el total de los diagnósticos considerados correctos lo que dio un porcentaje de 88.7%, a diferencia de nosotros que ocupamos niveles de logro en que en este mismo ítem se considera Logrado si respondía correcto más del 80% de los casos, por lo que el resultado final es por número de personas que obtuvieron Logrado, Medianamente Logrado o No Logrado. De esta manera, si se considerara el número total de diagnósticos correctos los resultados variarían, y sólo así podría ser totalmente comparable con el estudio de McCann.

A la luz de los resultados y dado a que los profesionales encuestados cumplen rol directa en la formación clínica profesional de los próximos futuros odontólogos, toma gran relevancia efectuar cursos de capacitación para los docentes de nuestra universidad, pues nuestra institución apunta a formar profesionales integrales, que logren otorgar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Con esto se podrán evitar derivaciones innecesarias al patólogo con lesiones que pueden ser fácilmente identificadas y tratadas por un odontólogo general evitando así pérdida de tiempo y dinero en los pacientes. Como podemos apuntar en el caso de nuestra Facultad de Odontología, en donde la tendencia general aplicada en la práctica clínica en las diferentes cátedras clínicas es que ante el hallazgo de cualquier lesión o anomalía observada, el paciente es remitido al patólogo, sin efectuar una mayor discusión del caso y muchas veces desligándose del rol de hacer un planteamiento en el diagnóstico, indicar una solicitud de examen(es) y enfrentar el desafío de plantear el tratamiento en el caso, muchas de las veces en lesiones que podrían ser diagnosticadas y tratadas fácilmente por cualquier odontólogo general, según las competencias entregadas regularmente en los programas de Patología de nuestra facultad. Como se ha manifestado en consensos internacionales y definido en el 38 avo Encuentro de "the scandinavian fellowship for oral pathology and oral medicine (SFOPOM)" en Estocolmo el año 2009, existen ciertas competencias en patología y medicina oral que debe poseer el odontólogo y que comprenden: ser capaces de sintetizar diagnósticos definitivos, diagnósticos diferenciales y pronósticos de las enfermedades y trastornos comunes de la mucosa bucal, los maxilares y las glándulas salivales; comprender la etiología, patogenie y clasificaciones de las enfermedades y trastornos de la mucosa oral, los maxilares y las glándulas salivales; evaluar (reaccionar, tratar, prevenir y/o referir) enfermedades y trastornos en el área maxilofacial, manifestaciones maxilofaciales de enfermedades sistémicas y trastornos médicos en la base de la presentación clínica (radiografía incluida), llevar a cabo biopsias de tejido blando de lesiones presumiblemente benignas y ser capaces de comunicarse con otros profesionales de la salud en forma detallada (oral y escrita) como por ejemplo en el caso de la elaboración de derivaciones e interconsultas (Kragelund et al, 2010). Observamos con gran preocupación que a la luz de los resultados obtenidos en nuestra investigación,

muchas de estas bases del perfil del odontólogo no se cumplen en la mayoría de los docentes clínicos de nuestra institución lo que hace urgente la necesidad de capacitación de los docentes, sobre todo considerando la importante labor formativa que estos cumplen al traspasar tanto sus conocimientos como actitudes clínicas frente al paciente a los Odontólogos en formación. También se hacen necesarias evaluaciones en otras áreas de la Odontología en que también podríamos estar fallando, por lo que la realización de futuras investigaciones con respecto al tema de la formación profesional es imperativa.

Es así que se hace evidente la importancia de nuevos estudios en diferentes universidades y con un grupo mayor de encuestados para analizar el estado de conocimientos a nivel país y de esta manera tomar medidas para revertir esta situación, pues incluso podríamos estar obviando lesiones que pueden tener un curso mortal.

Dentro de las limitaciones de esta investigación está el tiempo requerido para realizar la encuesta y el disponible por parte de los docentes, en donde la gran mayoría debió realizar la encuesta entre medio de sus labores en la universidad lo que pudo restar concentración y dedicación en el desarrollo de esta. Si bien, el instrumento fue aplicado a los especialistas en Patología Oral de nuestra facultad y validado en su constructo por todos los académicos de la Cátedra de Patología Oral, pudo haberse realizado una validación del instrumento de medición más completa, la que debido a lo minucioso y al tiempo que conlleva no pudo llevarse a cabo.

## 7.- CONCLUSIONES

1.- La mayoría de los docentes clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso no están en condiciones para enfrentar la evaluación y elaboración del diagnóstico de las lesiones orales más relevantes.

2.- Se debe reforzar en nuestros docentes y en la educación universitaria de pregrado, la relevancia que cobra la adecuada solicitud de exámenes, ya que es el área más débil de los encuestados, a diferencia de la solicitud de toma de biopsia en donde se observaron los mejores resultados.

3.- Hay una considerable cantidad de odontólogos que ejercen la docencia en nuestra Universidad que no poseen las competencias para indicar y realizar el tratamiento más adecuado según la lesión, lo que genera pacientes disconformes y derivaciones mal efectuadas o innecesarias.

4.- Mientras más jóvenes son los docentes mejor nivel de conocimiento tienen de las patologías orales. Esto se corresponde con el año de egreso de la universidad, pues mientras menos años han pasado desde la titulación, mejores resultados se observan. En general no se observan diferencias en el nivel de conocimiento en cuanto a sexo, universidad de egreso o especialidad odontológica.

En Chile estamos ad portas de la aplicación de una prueba nacional de odontología, como la que se está aplicando ya en el ámbito de la medicina, y esta investigación debido a su formato nos da algunas luces de los resultados esperables en el área de la patología oral.

## **8.- SUGERENCIAS**

- Se sugiere la realización de nuevas investigaciones tanto en el ámbito de Patología Oral como en otras áreas de la Odontología con el fin de elaborar un perfil del Odontólogo, sobre todo en el ámbito de la Docencia, considerando la importancia de su labor formativa.
- Se sugiere en el caso de la realización de posteriores investigaciones una Validación más acuciosa del instrumento de medición que considere los aspectos de: Fiabilidad, Validez, Sensibilidad y Factibilidad.
- Se sugiere la incorporación de un sistema de Nivelación para todos los Docentes pertenecientes a una misma Facultad con el fin de asegurarse que todos posean el mismo nivel de conocimientos y haya una unificación de criterios al momento de enfrentarse al paciente y transmitir una adecuada enseñanza a los alumnos.
- Se sugiere la realización de cursos de capacitación en Patología Oral para que mediante la actualización de conocimientos de los Odontólogos, sean capaces de brindar una atención oportuna, integral y eficaz a sus pacientes.

## 9. RESUMEN

Considerando que las enfermedades orales, ya sea caries, periodonciopatías, lesiones de la mucosa oral y de los huesos maxilares, son un importante problema de salud pública mundial y que la detección, evaluación y manejo de estas es responsabilidad fundamental de los profesionales de la salud oral cabe preguntar ¿cuál es el nivel de conocimiento en patología oral de los odontólogos en nuestro país?. Es así como el objetivo de esta investigación fue identificar el nivel de conocimiento en patología oral de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Para su evaluación se realizó una encuesta con apoyo visual de casos clínicos con preguntas dirigidas a medir la capacidad diagnóstica, el conocimiento en relación a la indicación de toma de biopsias, solicitud de exámenes complementarios y la asertividad de las actitudes clínicas de los docentes, la cual fue evaluada según niveles de logro y notas. Los resultados muestran que la mayoría de los docentes clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso no están en condiciones para enfrentar la evaluación, elaboración del diagnóstico y tratamiento de las lesiones orales más relevantes, pues sólo el 16,68% obtuvo un “Logrado”. Analizando los resultados según ítem, concluimos que el que presentó mayor dificultad fue el de “Examen Clínico” y el que tuvo un mayor puntaje promedio fue el de “Biopsia”. Por lo que se sugieren cursos de capacitación y nivelación para los docentes y nuevas investigaciones en esta y otras áreas de la Odontología.



## 10. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Açikgöz A; Uzun-Bulut E; Özden B; Gündüz K. (2012): Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish Population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 17: 108–115.
2. Barnes L; Eveson J.W; Reichart P; Sidransky D. (2005): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck tumours. IARC Press. 6: 15-19.
3. Beconsall-Ryan K; Tong D; Love RM. (2010): Radiolucent inflammatory jaw lesions: a twenty-year analysis. *Int Endod J.* 43:859–865.
4. Ben Brahim E; Ferchiou M; Khayat O; Zribi ; M'barek C; Labbène N; El Khedim A; Ben Ayed M; Chadli-Debbiche A. (2010): Tumors of salivary glands: anatomical study and clinical epidemiology of a series of 180 cases. *Tunis Med.*88:240-244.
5. Boyle P; Ferlay J. (2005): Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol.*6: 481-488.
6. Buchner A; Merrell PW; Carpenter WM. (2007): Relative frequency of intra-oral minor salivary gland tumors: a study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world. *J Oral Pathol Med.* 36:207-214.
7. Campisi G; Margiotta V. (2001): Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med.* 30:22-28.
8. Castellanos JL; Díaz L. (2008): Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*105: 79-85.
9. Cebeci AR; Gülşahi A; Kamburoglu K; Orhan BK; Oztaş B. (2009): Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 14: 272-277.
10. Chidzonga M.M. (2006): Oral malignant neoplasia: A survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. *Oral Oncology.*42:177–183.
11. Cowpe J; Plasschaert A; Harzer W; Vinkka-Puhakka H; Walmsley AD.(2010): Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. *Eur J Dent Educ.* 14:193-202.
12. Cueto A; Martínez R; Niklander S; Deichler J; Barraza A; Esguep A.(2012) : Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaiso, Chile. *Gerodontology.* 30: 201-206.

13. Ellies M; Laskawi R. (2010): Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Head Face Med.*6:1.
14. Embil J.A.; Stephens R.G. ; Manuel F.R. (1975): Prevalence of recurrent herpes labialis and aphthous ulcers among young adults on six continents. *Can Med Assoc J.* 113:627-630.
15. Ergun.S; Ozel.S; Koray M; Kürklü.E; Ak G; Tanyeri H. (2009): Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. *Int. J. Oral Maxillofac.*38: 1283 - 1288.
16. Espinoza I; Rojas R; Aranda W; Gamonal J. (2003): Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med.* 32:571-575.
17. Estupiñán D. (1999): Improving Oral Health in Latin America. *Oral Care Report.* 9: 2-6.
18. García P; Vallejo MJ; Martínez D; Canel AI; García M; González M.(2002): Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Dent Oral Epidemiol.* 30: 277–85.
19. Grasmuck E.A; Nelson B.L. (2010): Keratocystic Odontogenic Tumor, *Head Neck Pathol.* 4(1): 94-96.
20. Grossmann SM; Machado VC; Xavier GM; Moura MD, Gomez RS, Aguiar MC, Mesquita RA.(2007): Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*104:35-41.
21. 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.*36:20-5.
22. Kara Mİ; Göze F; Ezirganli S; Polat S; Muderris S; Elagoz S.(2010): Neoplasms of the salivary glands in a Turkish adult population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 15:880-885.
23. Kondori I; Mottin RW; Laskin DM. (2011): Accuracy of dentists in the clinical diagnosis of oral lesions. *Quintessence Int.* 42:575-577.
24. Koivisto T; Bowles WR; Rohrer M. (2012): Frequency and distribution of radiolucent jaw lesions: a retrospective analysis of 9,723 cases. *J Endod.* 38:729-732
25. Kragelund C; Reibel J; Hadler-Olsen ES; Hietanen J; Johannessen AC; Kenrad B; Nylander K; Puranen M; Rozell B; Salo T; Syrjänen S; Sølund TM; Van der Waal I; Van der Wal JE; Warfvinge G.(2010): Scandinavian Fellowship for Oral

Pathology and Oral Medicine: statement on oral pathology and oral medicine in the European Dental Curriculum. *J Oral Pathol Med.*39:800-e1.

26. Ladeinde AL; Ajayi OF; Ogunlewe MO; Adeyemo WL; Arotiba GT; Bamgbose BO; Akinwande JA.(2005): Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 99:191-195.
27. Lahoz MT; Galve R; Galve RF. (2009): Tumoral pathology of salivary glands. Our experience. *Acta Otorrinolaringol Esp.*60:120-125.
28. Laskawi R; Schaffranietz F; Arglebe C; Ellies M. (2006): Inflammatory diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.*70:129-136.
29. Ledesma C; Garcés M. (2002): Tumores de glándulas salivales en México. Estudio retrospectivo. *Medicina Oral.* 7: 324-330.
30. López P; Camacho F; Martínez Y; Seoane J. (2008): Influence of years of professional experience in relation to the diagnostic skill of general dental practitioners (GDPs) in identifying oral cancer and precancerous lesions. *Int Dent J.*58:127-133.
31. McCann PJ; Sweeney MP; Gibson J; Bagg J. (2005): Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 43:61-64.
32. Mejía CP; Durán MA; Gómez E; Quezada D; Gaitán LA. (2012): Tumors of the salivary gland in Mexicans. A retrospective study of 360 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*17:183-189.
33. Mendez M; Carrard VC; Haas AN; Lauxen IS; Barbachan JJ; Rados PV; Sant'Ana M.(2012): A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features. *Braz Oral Res* 26:235-241.
34. Mohan H; Tahlan A; Mundi I; Punia RP; Dass A. (2011): Non-neoplastic salivary gland lesions: a 15-year study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.*268:1187-1190.
35. Morais ML; Azevedo PR; Carvalho CH; Medeiros L; Lajus T; Costa AL. (2011) : Clinicopathological study of salivary gland tumors: an assessment of 303 patients. *Cad Saude Publica.* 27:1035-1040.
36. Muenscher A; Diegel T; Jaehne M; Ussmüller J; Koops S; Sanchez-Hanke M. (2009): Benign and malignant salivary gland diseases in children A retrospective study of 549 cases from the Salivary Gland Registry, Hamburg. *Auris Nasus Larynx.*36:326-331.

37. Nash D; Ruotoistenmäki J; Argentieri A; Barna S; Behbehani J; Berthold P; Catalanotto F; Chidzonga M; Goldblatt L; Jaafar N; Kikwilu E; Konoo T; Kouzmina E; Lindh; Mathu-Muju K; Mumghamba E; Nik Hussein N; Phantumvanit P; Runnel R, Shaw H; Forna N; Orliaguet T; Honkala E. (2008): Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. *Eur J Dent Educ.* 1:111-9.
38. Ochsenius G; Escobar E; Godoy L; Peñafiel C. (2007): Odontogenic cysts: analysis of 2, 944 cases in 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.* 31:415-420.
40. Oliveira MG; Almeida JD; Balducci I; Guimarães LA. (2010): Oral liquen planus: A retrospective study of 110 Brazilian patients. *BMC Res Notes.*3:157.
41. Oliveira FA; Duarte EC; Taveira CT; Máximo AA; De Aquino EC; Alencar RC; Vencio EF.(2009): Salivary gland tumor: a review of 599 cases in a Brazilian population. *Head Neck Pathol.* 3:271-275.
42. Ortega A; Farina V; Gallardo A; Espinoza I; Acosta S. (2007): Nonendodontic periapical lesions: a retrospective study in Chile. *Int End J.* 40: 386-390.
43. Pentenero M; Broccoletti R; Carbone M; Conrotto D; Gandolfo S. (2008) : The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis.*14 :356-366.
44. Riera P; Martínez B. (2005): Morbidity and mortality for oral and pharyngeal cancer in Chile. *Rev Méd Chile.*133: 555-563.
45. Rioboo MR; Planells P; Rioboo R. (2005): Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*10:376-87.
46. Rojas G; Brignardello R; Espinoza I; Franco ME; Lobos N; Ortega AV.(2010): Oral malignant tumours: a report on 728 cases in Chile. *Acta Odontol Latinoam.* 23:136-142.
47. Sanz M; Treasure ; Van Dijk W; Feldman C; Groeneveld H; Kellett M; Pazdera J; Rouse L; Sae-Lim V; Seth-Smith A; Yen E; Zarkowski P. (2008): Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. *Eur J Dent Educ.* 1:101-10.
48. Selvamani M; Donoghue M; Basandi PS. (2012): Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade. *Braz Oral Res* 26: 330-334.

49. Seoane J; Warnakulasuriya S; Varela-Centelles P; Esparza G; Dios PD. (2006): Oral cancer: experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral Dis.*12:487- 492.
50. Sharifian MJ; Khalili M. (2011): Odontogenic cysts: a retrospective study of 1227 cases in an Iranian population from 1987 to 2007. *J Oral Sci.* 53:361-367.
51. Stoopler ET; Shirlaw P; Arvind M; Lo Russo L; Bez C; De Rossi S; Garfunkel AA; Gibson J; Liu H; Liu Q; Thongprasom K; Wang Q; Greenberg MS; Brennan MT. (2011): An international survey of oral medicine practice: proceedings from the 5th World Workshop in Oral Medicine. *Oral Dis.* 1:99-104.
52. 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.*39:235-242.
53. Tilakaratne WM; Jayasooriya PR; Tennakoon TM; Saku T. (2009): Epithelial salivary tumors in Sri Lanka: a retrospective study of 713 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*108:90-98.
54. Tyler K; Walter R; Bowles R; Michael R. (2012): Frequency and Distribution of Radiolucent Jaw Lesions: A Retrospective Analysis of 9,723 Cases. *J Endod.* 38:729–732.
55. Vuhahula EA. (2004): Salivary gland tumors in Uganda: clinical pathological study. *Afr Health Sci.* 4:15-23.

## 11.- ANEXOS

### Anexo N° 1 (Cuestionario)

**Docente Guía:** Dr. Rodrigo Fuentes C.

**Alumnas:** Daniela Barriga P.  
Natalia Bermedo C.



### Cuestionario de Patología Oral

El siguiente cuestionario busca recopilar datos sobre los conocimientos en patología oral que poseen los odontólogos que ejercen la docencia en la Universidad de Valparaíso como herramienta para el proyecto de tesis “Nivel de conocimientos en patología oral de los odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso” que tiene como objetivo medir la capacidad diagnóstica en clínicos de la facultad de odontología de aquellas patologías orales más relevantes, reconocer las tendencias de los clínicos en la orientación para el tratamiento y/o manejo clínico de los trastornos orales más prevalentes y correlacionar las tendencias de los resultados según parámetros de formación disciplinar.

La encuesta consta de 12 casos clínicos de los que se realizarán 5 preguntas orientadas en diagnóstico y actitud clínica frente al caso. El tiempo requerido para realizar esta encuesta será de un máximo de 20 minutos y será de carácter anónimo, por lo que no se individualizarán los datos obtenidos y sólo serán empleados con fines de investigación científica

#### Datos Personales

1. **Edad:** .....
2. **Sexo:** M - F
3. **Universidad y año de egreso:** .....
4. **Especialidad:** .....
5. **En su labor profesional se desempeña como** (Marcar 1 opción):
  - a. Odontólogo general
  - b. Odontólogo general y ejerciendo especialidad
  - c. Solo ejerce su especialidad
  - d. No ejerce
6. **¿Ha realizado algún curso de capacitación en patología oral?** (Marcar 1 opción):
  - a. Si
  - b. No

#### Casos Clínicos

Para responder a las siguientes preguntas se dará una leve anamnesis y descripción de la lesión la que será acompañada por imágenes adjuntas para cada caso

### Caso N°1

Paciente sexo femenino 72 años de edad, presenta lesión blanca en mucosa oral sin sintomatología, asociada su aparición posterior a tratamiento con corticoides tópicos (tratamiento de úlcera recurrente oral). La lesión cede al raspado dejando zona eritematosa

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

### Caso N°2

Paciente sexo masculino 37 años de edad, con historia de pericoronaritis, acude a evaluación, donde se observa una lesión radiolúcida en relación a diente 3.8

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 3**

Paciente sexo femenino 52 años de edad, presenta lesión blanca en dorso de lengua y en la mucosa bucal en forma bilateral, no cede al raspado y se presenta asintomática. Paciente no recuerda desde cuando tiene las lesiones.

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 4**

Paciente sexo masculino 23 años de edad, presenta lesión en labio inferior indolora y fluctuante a la palpación con un periodo de evolución de 3 semanas, además, paciente relata antecedente de mordedura de labio

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....



**Caso N° 5**

Paciente sexo masculino 54 años de edad, presenta múltiples vesículas en la piel perioral del labio inferior. En la anamnesis indica que comenzó con picor y ardor en la zona hace 2 días, señalando que no es la primera vez que presenta este tipo de lesión.

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 6**

Paciente sexo masculino 40 años de edad, presenta múltiples prótesis fijas en maxilar superior. Rx periapical muestra lesión radiolúcida de aproximadamente 7 mm de diámetro en relación a diente 2.2 que al examen clínico se presenta des vital. Tiempo de evolución indeterminado

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 7**

Paciente sexo masculino 65 años de edad, presenta lesión única, exofítica e indolora en piso de boca. Tiempo de evolución indeterminado

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 8**

Paciente sexo masculino 38 años de edad, presenta aumento de volumen al lado derecho del piso de boca, sensible a la palpación, donde al examen clínico se percibe una masa firme bajo la mucosa inflamada. Relata sintomatología dolorosa hace 2 días, especialmente a la hora de las comidas.

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 9**

Paciente sexo femenino 68 años de edad, presenta lesión única en la mucosa labial inferior, aparición hace 3 días y sintomatología dolorosa.

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 10**

Paciente sexo femenino 29 años de edad, sin sintomatología ni signos clínicos de anomalía, en examen de rutina se hace hallazgo radiográfico de lesión unilocular a nivel del ángulo y rama mandibular ovoidea de contornos definidos, diente 4.7 vital

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 11**

Paciente sexo masculino 62 años de edad, fumador de 2 cajetillas de cigarro diarias. Presenta una lesión en costrosa en el bermellón del labio inferior que se presenta indurada. Tiempo de evolución de 2 meses y sintomatología dolorosa leve (no existe hábito de mordedura de labio).

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional: ..... -  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

**Caso N° 12**

Paciente sexo masculino 75 años de edad, presenta aumento de volumen a nivel de la glándula parótida, indolora, de consistencia firme y difícilmente desplazable, 2 años de evolución y recubierto de piel normal. La piel se desliza sobre la lesión con dificultad.

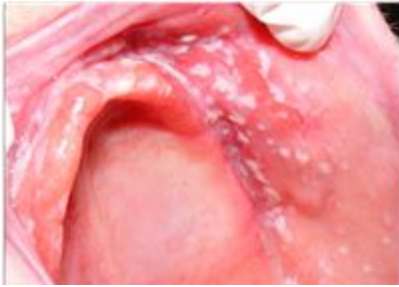
- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:  
.....
- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia de tejido? Si es así especifique si será realizada por usted mismo o lo derivará a otro profesional:  
.....
- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico (no considerar maniobras clínicas)? Si es así especifique cual:  
.....
- 4) Frente a este caso cuál es su actitud clínica:
  - a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo. Actitud expectante)
  - b. Derivar (especificar especialista).....
  - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)  
.....  
.....
- 5) Realizaría usted algún otro tipo de acción para con el paciente que no se encuentre descrita anteriormente:  
.....

GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN

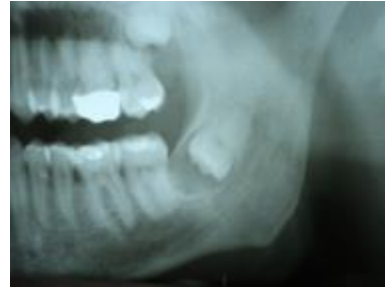
## Resumen Apoyo Imagenológico Casos Clínicos



Caso N° 1



Caso N° 2



Caso N° 3



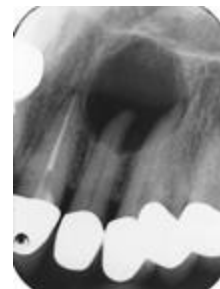
Caso N° 4



Caso N° 5



Caso N° 6



Caso N° 7



Caso N° 8



Caso N° 9



Caso N° 10



Caso N° 11



Caso N° 12



## Anexo N° 2 (Consentimiento Informado)

### Consentimiento Informado

El presente trabajo de investigación, Requisito para optar al título de Cirujano Dentista, “Estado del conocimiento en patología oral de los odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso” es conducido por las Alumnas de la Universidad de Valparaíso Daniela Barriga Pucheu y Natalia Bernedo Concha y tiene como Docente Guía al Dr. Rodrigo Fuentes Cortés, Jefe de la Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral de la Universidad de Valparaíso.

El Objetivo del estudio es recopilar datos sobre los conocimientos en patología oral que poseen los odontólogos que ejercen la docencia en la Universidad de Valparaíso como herramienta para el proyecto de tesis que tiene como objetivo medir la capacidad diagnóstica en clínicos de la facultad de odontología de aquellas patologías orales más relevantes, reconocer las tendencias de los clínicos en la orientación para el tratamiento y/o manejo clínico de los trastornos orales más prevalentes y correlacionar las tendencias de los resultados según parámetros de formación disciplinar.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario que consta de 12 casos clínicos de los que se realizarán 5 preguntas orientadas en diagnóstico y actitud clínica frente al caso. El tiempo requerido para realizar esta encuesta será de un máximo de 20 minutos

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y será de carácter anónimo, por lo que no se individualizaran los datos obtenidos y sólo serán empleados con fines de investigación científica

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo.....

C.I..... manifiesto que he recibido información suficiente sobre la investigación: “Estado del conocimiento en patología oral de los odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso”; para lo cual sus autoras han solicitado mi participación y consiento responder el cuestionario

-----  
Firma Participante

### **Anexo N° 3 (Carta a Dirección de Escuela)**

**Valparaíso, Jueves 28 de Marzo del 2013**

Dr. Antonio Radich  
Director de Escuela  
Facultad de Odontología  
Universidad de Valparaíso  
**PRESENTE**

Estimado Dr. Antonio Radich:

Me dirijo a usted con motivo de solicitar un permiso para la realización de una encuesta a los docentes de la Facultad de Odontología para la realización del seminario de tesis “Nivel de Conocimiento en Patología Oral de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso” cuyos objetivos son: medir la capacidad diagnóstica en clínicos de la facultad de odontología de aquellas patologías orales más relevantes, reconocer las tendencias de los clínicos en la orientación para el tratamiento y/o manejo clínico de los trastornos orales más prevalentes y correlacionarlas tendencias de los resultados según parámetros de formación disciplinar.

Dicha encuesta sería realizada durante el periodo del primer semestre del año 2013, previa firma de consentimiento informado por parte de los encuestados.

Sin otro particular

Se despide cordialmente.

Dr. Rodrigo Fuentes Cortés  
Docente guía seminario de tesis “Nivel de Conocimiento en Patología Oral de los Odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso”



## Anexo N° 4 (Tablas de Rendimiento según Caso Clínico)

### Caso Clínico N°1: CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	14 (33,33)	13 (30,95)	27 (64,28)	Candidiasis, Candidiasis Seudomembranosa
2. Bien orientada	3 (7,14)	4 (9,52)	7 (16,66)	Micosis, hongos, hifa, lesión por hongos
3. Incorrecta	2 (4,76)	2 (4,76)	4 (9,52)	Ú. traumática, CA Oral, L. Plano, Leucoplasia
4. No responde	1 (2,38)	3 (7,14)	4 (9,52)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	1 (2,38)	5 (11,9)	6 (14,28)	
2. Sí, E/D	2 (4,76)	1 (2,38)	3 (7,14)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	Sin Diagnóstico
4. No	16 (38,09)	13(30,95)	29 (69,04)	
5. No responde	0 (0)	2 (4,76)	2 (4,76)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	13 (30,95)	18 (42,85)	21 (50)	
2. Sí solicita P	0 (0)	4 (9,52)	4 (9,52)	Cultivo, frotis.
3. Si solicita N/P	5 (11,9)	4 (9,52)	9 (21,42)	Hemograma, VHS, Glicemia, VIH
4. No responde	2 (4,76)	6 (14,28)	8 (19,04)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	3 (7,14)	1 (2,38)	4 (9,52)	
2. Derivar	6 (14,28)	9 (21,42)	15 (35,71)	Patólogo/Medicina Oral, Dermatólogo, Cirujano
3. Deriva N/E	0 (0)	2 (4,76)	2 (4,76)	No especifica
4. Trata	8 (19,04)	11 (26,19)	19 (45,23)	Nistatina, antimicótico, clorhexidina, ketoconazol
5. No responde	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	6 (14,28)	7 (16,66)	13 (30,95)	22 (52,38%)
3 puntos	7 (16,66)	2 (4,76)	9 (21,42)	
2 puntos	4 (9,52)	4 (9,52)	8 (19,04)	20 (47,61%)
1 punto	0 (0)	4 (9,52)	4 (9,52)	
0 punto	3 (7,14)	5 (11,9)	8 (19,04)	

En el caso de esta lesión de origen fúngico observamos que la mayoría de los docentes contestó correctamente con un porcentaje del 64,28%, seguido de una buena orientación diagnóstica con un 16,66%. En cuanto a la solicitud de biopsia, un 69,04% no lo consideró necesario así como también un 50% no consideró la necesidad de efectuar algún tipo de examen complementario. Llama la atención que solo un 45,23% de los encuestados decidieron realizar el tratamiento ellos mismos aun cuando un porcentaje mayor identificó correctamente la lesión, teniendo un 35,71% que optó por derivar al paciente a otro especialista.

El rendimiento final para este caso obtuvo un porcentaje de aprobación de un 52,38%

## Caso Clínico N°2: QUISTE DENTÍGERO

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	13 (30,95)	9 (21,42)	22 (52,38)	Quiste Dentígero
2. Bien orientada	3 (7,14)	6 (14,28)	9 (21,42)	q. pericoronario, q. de erupción, lesión quística
3. Incorrecta	4 (9,52)	7 (16,66)	11 (26,19)	Mal posición dentaria, Infección, Absceso
4. No responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	6 (14,28)	9 (21,42)	15 (35,71)	
2. Sí, E/D	2 (4,76)	1 (2,38)	3 (7,14)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Sin Diagnóstico
4. No	11 (26,19)	10 (23,8)	21 (50)	
5. No responde	1 (2,38)	2 (4,76)	3 (7,14)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	10 (23,8)	11 (26,19)	21 (50)	
2. Sí solicita P	4 (9,52)	5 (11,9)	9 (21,42)	Cone-Beam, TAC, estudio radiológico
3. Si solicita N/P	2 (4,76)	3 (7,14)	5 (11,9)	Radiografía periapical, sólo hematológicos
4. No responde	4 (9,52)	3 (7,14)	7 (16,66)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	1 (2,38)	0 (0)	1 (2,38)	
2. Derivar CMF	17 (40,47)	14 (33,33)	31 (73,8)	Cirujano Máxilofacial
3. Derivar P	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	Patólogo Oral
4. Deriva N/E	0 (0)	4 (9,52)	4 (9,52)	No específica
5. Trata	2 (4,76)	3 (7,14)	5 (11,9)	
6. No responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	2 (4,76)	2 (4,76)	4 (9,52)	17 (40,47%)
3 puntos	5 (11,9)	8 (19,04)	13 (30,95)	
2 puntos	11 (26,19)	6 (14,28)	17 (40,47)	25 (59,52%)
1 punto	2 (4,76)	2 (4,76)	4 (9,52)	
0 punto	0 (0)	4 (9,52)	4 (9,52)	

Para esta Lesión quística odontogénica se obtuvo un porcentaje de orientación diagnóstica correcta de un 52,38%, en donde destaca que el 50% de los encuestados no consideró pertinente la indicación de biopsia ni la solicitud de exámenes complementarios y que sólo un 21,42% de los docentes que si indicó exámenes pertinentes para la evaluación de la lesión como el Cone Beam, TAC o estudios radiológicos. En cuanto a la Actitud Terapéutica se obtuvo que un 73,8% de los encuestados optó por no tratar la lesión el mismo y decidió derivarla al Cirujano Maxilofacial

En este caso el 40,47% de los encuestados obtuvo un Rendimiento aprobatorio.

### Caso Clínico N° 3: LIQUEN PLANO RETICULAR

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	6 (14,28)	7 (16,66)	13 (30,95)	Liquen Plano, Liquen Plano Reticular.
2. Bien orientada	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
3. Incorrecta	12 (28,57)	12 (28,57)	24 (57,14)	CA, candidiasis, hiperqueratosis, leucoplaquia.
4. No responde	2 (4,76)	3 (7,14)	5 (11,9)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	6 (14,28)	7 (16,66)	13 (30,95)	
2. Sí, E/D	7 (16,66)	7 (16,66)	14 (33,33)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	Sin Diagnóstico
4. No	4 (9,52)	3 (7,14)	7 (16,66)	
5. No responde	2 (4,76)	4 (9,52)	6 (14,28)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	8 (19,04)	9 (21,42)	17 (40,47)	
2. Sí solicita P	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
3. Si solicita N/P	5 (11,9)	4 (9,52)	9 (21,42)	Hemograma, VIH, glicemia
4. No responde	7 (16,66)	9 (21,42)	16 (38,09)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	0 (0)	2 (4,76)	2 (4,76)	Si no remite tomar decisiones
2. Controla MAL	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	Instrucción de higiene, control de mordida
3. Derivar	15 (35,71)	12 (28,57)	27 (64,28)	Patólogo Oral
4. Deriva MAL	2 (4,76)	3 (7,14)	5 (11,9)	No sabe, Oncólogo, TTM, Cirujano MF
5. Trata MAL	1 (2,38)	2 (4,76)	3 (7,14)	Bruxismo, nistatina, tratamiento con corticoides
6. No responde	1 (2,38)	2 (4,76)	3 (7,14)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	4 (9,52)	2 (4,76)	6 (14,28)	17 (40,47%)
3 puntos	4 (9,52)	7 (16,66)	11 (26,19)	
2 puntos	5 (11,9)	7 (16,66)	12 (28,57)	25 (59,52%)
1 punto	5 (11,9)	3 (7,14)	8 (19,04)	
0 punto	2 (4,76)	3 (7,14)	5 (11,9)	

En esta lesión crónica mucocutánea llama bastante la atención que tanto hombres como mujeres no supieron identificar correctamente el diagnóstico (57.14%), entregando respuestas como candidiasis o leucoplaquia y sólo un 30.95% fue capaz de identificarla correctamente. Aun así, la mayoría indicó biopsia (69.04%), pero el 40.47% no consideró solicitar exámenes complementarios. A pesar de que más de la mitad de las personas no diagnosticó correctamente, el 64.28% optó por realizar la derivación al Patólogo oral.

El rendimiento del caso clínico fue de un 40.47% de aprobación.

## Caso Clínico N°4: MUCOCELE

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	13 (30,95)	17 (40,47)	30 (71,42)	Mucocele
2. Bien orientada	4 (9,52)	0 (0)	4 (9,52)	Lesión traumática de tejido blando
3. Incorrecta	2 (4,76)	4 (9,52)	6 (14,28)	Ránula, hiperplasia traumática, hemangioma
4. No responde	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	2 (4,76)	5 (11,9)	7 (16,66)	
2. Sí, E/D	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Sin Diagnóstico
4. No	16 (38,09)	15 (35,71)	31 (73,8)	
5. No responde	2 (4,76)	1 (2,38)	3 (7,14)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	18 (42,85)	19 (45,23)	37 (88,09)	
2. Sí solicita	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	Pruebas de coagulación
No responde	2 (4,76)	2 (4,76)	4 (9,52)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	6 (14,28)	4 (9,52)	10 (23,8)	Observar
2. Derivar	8 (19,04)	9 (21,42)	17 (40,47)	CMF, Patólogo-Cirujano, Patólogo*
3. Deriva N/E	1 (2,38)	2 (4,76)	3 (7,14)	No especifica
4. Trata	3 (7,14)	5 (11,9)	8 (19,04)	Exéresis
5. Trata MAL	1 (2,38)	2 (4,76)	3 (7,14)	Drenaje, antiséptico
6. No responde	1 (2,38)	0 (0)	1 (2,38)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	2 (4,76)	3 (7,14)	5 (11,9)	22 (52,38%)
3 puntos	7 (16,66)	10 (23,8)	17 (40,47)	
2 puntos	7 (16,66)	5 (11,9)	12 (28,57)	20 (47,61%)
1 punto	3 (7,14)	4 (9,52)	7 (16,66)	
0 punto	1 (2,38)	0 (0)	1 (2,38)	

En esta lesión de glándula salival se observó que la gran mayoría de los docentes dio una interpretación diagnóstica correcta con un 71.42%. Se obtuvo un porcentaje similar en la solicitud de biopsias, donde el 73.8% decidió no indicarla para esta lesión. Así mismo un gran porcentaje no consideró pertinente la indicación de exámenes complementarios (88.09%). A pesar del amplio reconocimiento de la lesión, el 40,47% prefirió derivar a otro especialista como al CMF ó Patólogo, un 23,8% prefirió solamente controlar y sólo el 19,4% se decidió a tratarla ellos mismos y lo hicieron bien.

El rendimiento obtenido en este caso fue en su mayoría aprobatorio con un 52.38%

## Caso Clínico N°5: HERPES RECIDIVANTE ORAL

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	11 (26,19)	14 (33,33)	25 (59,52)	Herpes labial, H. Recurrente, H. Recidivante
2. Bien orientada	8 (19,04)	7 (16,66)	15 (35,71)	Herpes, Herpes Simple, Vesículas herpéticas
3. Incorrecta	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
4. No responde	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,71)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	
2. Sí, E/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Sin Diagnóstico
4. No	18 (42,85)	19 (45,23)	37 (88,09)	
5. No responde	2 (4,71)	2 (4,71)	4 (9,52)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	18 (42,85)	17 (40,47)	35 (83,33)	
2. Sí solicita	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	Hemograma, VHS
3. No responde	2 (4,71)	4 (9,52)	6 (14,28)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	3 (7,14)	4 (9,52)	7 (16,66)	Observar
1. Derivar	1 (2,38)	2 (4,71)	3 (7,14)	Patólogo, Patólogo Oral
2. Deriva N/E	0 (0)	0 (0)	0 (0)	No especifica
3. Trata	15 (35,71)	13 (30,95)	28 (66,66)	Aciclovir comprimidos, crema, hidratación
4. Trata MAL	0 (0)	3 (7,14)	3 (7,14)	Sintomático, anestésico tópico
5. No responde	1 (2,38)	0 (0)	1 (2,38)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	10 (23,8)	9 (21,42)	19 (45,23)	31 (73.8%)
3 puntos	7 (16,66)	5 (11,9)	12 (28,57)	
2 puntos	1 (2,38)	5 (11,9)	6 (14,28)	11 (26.19%)
1 punto	1 (2,38)	2 (4,71)	3 (7,14)	
0 punto	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,71)	

En el caso de este trastorno de origen viral se observó que la interpretación diagnóstica fue en su mayoría correcta con un 59,52% seguida de una buena orientación con un 35,71%. Una amplia mayoría de los encuestados (88,09%) decidió no tomar biopsia, lo que también fue observado en el caso de la solicitud de exámenes donde el 83,33% decidió no solicitarlos. En cuanto a la Actitud Terapéutica un 66,66% prefirieron tratar ellos mismos la lesión, seguido de un 16,66% que decidió Controlar y esperar la resolución del cuadro por sí mismo.

En Cuanto al rendimiento, en este caso se obtuvo un 73,8% de aprobación

## Caso Clínico N°6: QUISTE PERIAPICAL INFLAMATORIO

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación diagnóstica</b>				
1. Correcta	8 (19.04)	5 (11.9)	13 (30.95)	Q. P.A. Inflamatorio, Q. 2rio. Necrosis
2. Bien orientada	7 (16.66)	12 (28.57)	19 (45.23)	Q. Apical, Q. Periapical, Q. Radicular
3. Incorrecta	4 (9.52)	5 (11.9)	9 (21.42)	Queratoquiste, Q. Dentígero, Quiste, Granuloma
4. No responde	1 (2.38)	0 (0)	1 (2.38)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	4 (9.52)	4 (9.52)	8 (19.04)	
2. Sí, E/D	1 (2.38)	0 (0)	1 (2.38)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Sin Diagnóstico
4. No	13 (30.95)	15 (35.71)	28 (66.6)	*condicionado al tamaño de la muestra
5. No responde	2 (4.76)	3 (7.14)	5 (11.9)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	15 (35.71)	15 (35.71)	30 (71.42)	
2. Sí solicita	2 (4.76)	2 (4.76)	4 (9.52)	Rx. Panorámica, Cone-Beam TC, Scanner
3. No responde	3 (7.14)	5 (11.9)	8 (19.04)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
2. Deriva ENDO	9 (21.42)	14 (33.33)	23 (54.76)	Endodoncia
3. Deriva CIRUGIA	1 (2.38)	0 (0)	1 (2.38)	Cirugía
4. Deriva ENDO+CIR	6 (14.28)	1 (2.38)	7 (16.66)	Endodoncia + Cirugía
5. Deriva ERROR	1 (2.38)	0 (0)	1 (2.38)	Patólogo
6. Deriva N/E	0 (0)	1 (2.38)	1 (2.38)	No Especifica
7. Trata	2 (4.76)	4 (9.52)	6 (14.28)	
8. Trata MAL	0 (0)	1 (2.38)	1 (2.38)	
9. No responde	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	11 (26.19)	10 (23.8)	21 (50)	34 (80.95%)
3 puntos	6 (14.28)	7 (16.66)	13 (30.95)	
2 puntos	1 (2.38)	5 (11.9)	6 (14.28)	8 (19.04%)
1 punto	1 (2.38)	0 (0)	1 (2.38)	
0 punto	1 (2.38)	0 (0)	1(2.38)	

Esta lesión inflamatoria de la región periapical fue diagnosticada en su mayoría por una buena orientación por el 45,23%, seguida por un diagnóstico correcto en el 30,95% de nuestros docentes, de todas maneras, llama la atención que el 21.42% no supo identificar la lesión. La mayoría no indicó una biopsia (66.6%) ni solicitó exámenes complementarios (71.42%). En cuanto a la actitud frente a esta lesión un gran porcentaje sólo derivó a endodoncia 54.76%, a diferencia de otros 7 docentes que además indicaron la derivación a cirugía.

El rendimiento en este caso en su mayoría fue aprobatorio con un 80.95%.

## Caso Clínico N°7: PAPILOMA (ORAL)

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación diagnóstica</b>				
1. Correcta	7 (16.66)	8 (19.04)	15 (35.71)	Papiloma Oral, Papilomatosis Verrucosa
2. Bien orientada	5 (11.9)	6 (14.28)	11 (26.19)	Condiloma, Verruga, Hiperplasia Viral
3. Incorrecta	4 (9.52)	4 (9.52)	8 (19.04)	Fibroma Irritativo, Cáncer, Úlcera
4. No responde	4 (9.52)	4 (9.52)	8 (19.04)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	11 (26.19)	10 (23.8)	21 (50)	
2. Sí, E/D	3 (7.14)	1 (2.38)	4 (9.52)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	1 (2.38)	3 (7.14)	4 (9.52)	Sin Diagnóstico
4. No	2 (4.76)	6 (14.28)	8 (19.04)	
5. No responde	2 (4.76)	3 (7.14)	5 (11.9)	
<b>Examen Complementarios</b>				
1. No solicita	10 (23.8)	9 (21.42)	19 (45.23)	
2. Sí solicita	3 (7.14)	7 (16.66)	10 (23.8)	Hemograma, Coagulograma
3. No responde	6 (14.28)	7 (16.66)	13 (30.95)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)	
2. Derivar	15 (35.71)	16 (38.09)	31 (73.8)	Cirujano, Patólogo*
3. Deriva N/E	0 (0)	2 (4.76)	2 (4.76)	No Específica
4. Trata	2 (4.76)	2 (4.76)	4 (9.52)	Exéresis
5. Trata MAL	0 (0)	1 (2.38)	1 (2.38)	
6. No responde	2 (4.76)	0 (0)	2 (4.76)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	5 (11.9)	5 (11.9)	10 (23.8)	26 (61.9 %)
3 puntos	8 (19.04)	8 (19.04)	16 (38.09)	
2 puntos	4 (9.52)	2 (4.76)	6 (14.28)	16 (38.09 %)
1 punto	2 (4.76)	7 (16.66)	9 (21.42)	
0 punto	1 (2.38)	0 (0)	1 (2.38)	

En el caso de esta lesión de origen viral se advirtió que el diagnóstico de esta proliferación benigna fue incorrecto o simplemente el docente no respondió en un 38.08% otorgando respuestas como fibroma irritativo o incluso cáncer, estando totalmente correcta en sólo el 35.71% de los encuestados. La mitad de los docentes que diagnosticaron adecuadamente si indicaron biopsia y el 45.23% no consideró necesario solicitar exámenes complementarios. De esta manera vemos que el 78.56% decidió derivar y tan sólo 4 personas optaron por realizar ellos mismos la exéresis de la lesión.

El rendimiento en este caso es aprobatorio en el 61.9% de las personas

## Caso Clínico N°8: SIALOLITIASIS OBSTRUCTIVA GLÁNDULA SUBMAXILAR

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación diagnóstica</b>				
1. Correcta	7 (16.66)	7 (16.66)	14 (33.33)	Sialolitiasis, Litiasis
2. Bien orientada	2 (2.38)	2 (2.38)	4 (4.76)	Submailitis, Bloqueo glándula salival, Sialolito
3. Incorrecta	10 (23.8)	12 (28.57)	22 (52.3)	Ránula, Fibroma, Tumor, Mucocele, Flegmón
4. No responde	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (9.52)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
5. Sí	1 (2.38)	4 (9.52)	5 (11.9)	
6. Sí, E/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Error Diagnóstico
7. Sí, S/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Sin Diagnóstico
8. No	16 (38.09)	15 (35.71)	31 (73.8)	
9. No responde	3 (7.14)	3 (7.14)	6 (14.28)	
<b>Examen Complementarios</b>				
10. No solicita	9 (21.42)	4 (9.52)	13 (30.95)	
11. Sí solicita P	7 (16.66)	13 (30.95)	20 (47.61)	Pertinente: Radiografías, TAC, Sialografía.
12. Sí solicita N/P	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)	No Pertinente: Hemograma
13. No responde	3 (7.14)	4 (9.52)	7 (16.66)	
<b>Actitud</b>				
14. Controlar	2 (4.76)	0 (0)	2 (4.76)	Observar
15. Derivar	14 (33.33)	15 (35.71)	29 (69.04)	Patólogo, Cirujano MF
16. Deriva N/E	1 (2.38)	2 (4.76)	3 (7.14)	No Especifica
17. Trata	2 (4.76)	4 (9.52)	6 (14.28)	Analgésico, Antibioterapia, Sialogogos
18. Trata MAL	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)	Cirugía de ránula
19. No responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)	11 (26.19%)
3 puntos	3 (7.14)	6 (14.28)	9 (21.42)	
2 puntos	7 (16.66)	7 (16.66)	14 (33.33)	31 (73.8 %)
1 punto	7 (16.66)	5 (11.9)	12 (28.57)	
0 punto	2 (2.38)	3 (7.14)	5 (11.9)	

Aquí podemos observar que esta patología glandular obstructiva fue de muy difícil diagnóstico para un gran porcentaje de los docentes (52.3%), siendo la ránula uno de los diagnósticos presuntivos que más se señalaron y no la sialolitiasis que sólo el 33,33% supo reconocer. La mayoría concordó en no indicar biopsia (73.8%), un 47,61% si solicitó exámenes complementarios pertinentes a la lesión, pero llama poderosamente la atención que el 30.95% no solicitará ningún examen complementario. Es así como frente a este trastorno el 69.04% de los docentes optó por derivar a otro profesional para el tratamiento de la lesión, ya sea a un Patólogo o a un Cirujano Maxilofacial.

Frente a los resultados recién expuestos el rendimiento es aprobatorio solo en un 26.19% de los encuestados.



## Caso Clínico N°9: ÚLCERA TRAUMÁTICA (AFTA)

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación diagnóstica</b>				
1. Correcta	6 (14.28)	11 (26.19)	17 (40.47)	Afta, Úlcera traumática
2. Bien orientada	13 (30.95)	10 (23.8)	23 (54.76)	Úlcera, URO menor
3. Incorrecta	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (2.38)	Úlcera origen viral, lesión blanca.
4. No responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
2. Sí, E/D	0 (0)	1 (2.38)	1 (2.38)	Error Diagnóstico: "si no cicatriza en 15 días"
3. Sí, S/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Sin Diagnóstico
4. No	19 (45.23)	18 (42.85)	37 (88.09)	
5. No responde	1 (2.38)	3 (7.14)	4 (9.52)	
<b>Examen Complementarios</b>				
1. No solicita	15 (35.71)	17 (40.47)	32 (76.19)	
2. Sí solicita	1 (2.38)	0 (0)	1 (2.38)	No Especifica
3. No responde	4 (4.76)	6 (14.28)	10 (23.8)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	9 (21.42)	2 (4.76)	11 (26.19)	
2. Derivar	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)	Patólogo
3. Deriva N/E	0 (0)	0 (0)	0 (0)	No Especifica
4. Trata	10 (23.8)	19 (45.23)	29 (69.04)	Anestésico tópico, AINE, alivio, indicaciones
5. Trata MAL	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
6. No responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	8 (19.04)	16 (38.09)	24 (57.14)	34 (80.95%)
3 puntos	8 (19.04)	2 (4.76)	10 (23.8)	
2 puntos	3 (7.14)	2 (4.76)	5 (11.9)	8 (19.04 %)
1 punto	1 (2.38)	2 (4.76)	3 (7.14)	
0 punto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

En esta lesión traumática de la superficie epitelial vimos que los resultados estuvieron mayormente divididos entre una interpretación diagnóstica correcta (40.47%) y una bien orientada (54.76%). En esta última la mayoría señala como diagnóstico principal URO. Una gran mayoría de los encuestados no consideró pertinente realizar una biopsia (88.09%) ni solicitar exámenes complementarios (76.19%). Resulta peculiar que la mayoría de los que decidieron tratar por ellos mismos esta patología son hombres (45.23%) versus un 23.8% de las mujeres. La otra mitad de las docentes prefiere controlar (9) o simplemente derivar (1).

Para el afta el rendimiento fue aprobatorio para un 80.95% de los encuestados.

## Caso Clínico N°10: TUMOR ODONTOGÉNICO QUERATOQUÍSTICO

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	2 (4,76)	6 (14,28)	8 (19,04)	T.O. Queratoquístico, Queratoquiste
2. Bien orientada	6 (14,28)	7 (16,66)	13 (30,95)	Q. Dentigero, Ameloblastoma
3. Incorrecta	9 (21,42)	9 (21,42)	18 (42,85)	Odontoma, Lesión CG, Tumor, Odontoblasto
4. No responde	3 (7,14)	0 (0)	3 (7,14)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	7 (16,66)	10 (23,8)	17 (40,47)	
2. Sí, E/D	5 (11,9)	5 (11,9)	10 (23,8)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	1 (2,38)	0 (0)	1 (2,38)	Sin Diagnóstico
4. No	3 (7,14)	4 (9,52)	7 (16,66)	
5. No responde	4 (9,52)	3 (7,14)	7 (16,66)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	5 (11,9)	4 (9,52)	9 (21,42)	
2. Sí solicita	7 (16,66)	8 (19,04)	15 (35,71)	Cone-beam, TAC
3. No responde	8 (19,04)	10 (23,8)	18 (42,85)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
2. Derivar C+P	15 (35,71)	16 (38,09)	31 (73,8)	Cirujano MF + Patólogo
3. Derivar P	3 (7,14)	2 (4,76)	5 (11,9)	Patólogo
4. Deriva N/E	0 (0)	2 (4,76)	2 (4,76)	No específica
5. Trata	2 (4,76)	2 (4,76)	4 (9,52)	Extirpar, Biopsia, Quistectomía
6. Trata MAL	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
7. No responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	2 (4,76)	2 (4,76)	4 (9,52)	21 (50%)
3 puntos	7 (16,66)	10 (23,8)	17 (40,47)	
2 puntos	5 (11,9)	5 (11,9)	10 (23,8)	21 (50%)
1 punto	4 (9,52)	4 (9,52)	8 (19,04)	
0 punto	2 (4,76)	1 (2,38)	3 (7,14)	

Para esta lesión Neoplásica Benigna llama la atención que la mayoría de los encuestados dio una Interpretación Diagnóstica incorrecta (42,85%) seguido por una orientación correcta (19,04%). En cuanto a la solicitud de biopsia un 40,47% decidió tomarla lo que sería lo correcto, sin embargo, un 23,8% decidió tomarla teniendo el diagnóstico inicial errado, resaltó también el porcentaje de abstención de respuesta en el ítem de solicitud de exámenes (42,85%). La actitud diagnóstica predominante fue la derivación al Patólogo y Cirujano Máxilofacial con un 73,8%, lo que resultó esperable dado el grado de desconocimiento diagnóstico de la lesión

El porcentaje de Rendimiento aprobatorio para este caso resulto ser de un 50%

## Caso Clínico N°11: CARCINOMA ESPINOCELULAR

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	13 (30,95)	15 (35,71)	18 (42,85)	CAEC, CA de labio
2. Bien orientada	2 (4,76)	4 (9,52)	6 (14,28)	CA "basocelular", Pre-CA, cáncer
3. Incorrecta	4 (9,52)	2 (4,76)	6 (14,28)	Queilitis Actínica, Queratosis, Quemadura
4. No responde	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	13 (30,95)	17 (40,47)	30 (71,42)	
2. Sí, E/D	3 (7,14)	0 (0)	3 (7,14)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	Sin Diagnóstico
4. No	2 (4,76)	1 (2,38)	3 (7,14)	
5. No responde	1 (2,38)	3 (7,14)	4 (9,52)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	5 (11,9)	7 (16,66)	12 (28,57)	
2. Sí solicita	7 (16,66)	6 (14,28)	13 (30,95)	Hemograma, VHS, coagulograma
3. No responde	8 (19,04)	9 (21,42)	17 (40,47)	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	
2. Derivar P/CMF	18 (42,85)	15 (35,71)	33 (78,57)	Patólogo Oral, Cirujano MF
3. Derivar O	2 (4,76)	2 (4,76)	4 (9,52)	Oncólogo, Equipo oncológico
4. Deriva N/E	0 (0)	2 (4,76)	2 (4,76)	No específica
5. Trata	0 (0)	2 (4,76)	2 (4,76)	Cirugía, remoción quirúrgica
6. Trata MAL	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
7. No responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	0 (0)	0 (0)	0 (0)	28 (66,66%)
3 puntos	13 (30,95)	15 (35,71)	18 (42,85)	
2 puntos	6 (14,28)	5 (11,9)	11 (26,19)	14 (33,33%)
1 punto	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	
0 punto	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	

En esta Patología Neoplásica Maligna la mayoría dio una Interpretación diagnóstica correcta con un 42,85% y un 71,42% estimó necesaria la solicitud de biopsia, sin embargo en lo que concierne a la solicitud de exámenes complementarios hubo un importante y mayoritario porcentaje de abstención (40,47%). La actitud clínica frente al caso fue en una gran mayoría la derivación al Patólogo y Cirujano Maxilofacial con un 78,57%

El rendimiento para esta Patología correspondió a un 66,66% de aprobación

## Caso Clínico N°12: ADENOMA PLEOMORFO

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)	Descripción
<b>Interpretación Diagnóstica</b>				
1. Correcta	13 (30,95)	13 (30,95)	26 (61,9)	Tu benigno de Parótida, Adenoma
2. Bien orientada	2 (4,76)	3 (7,14)	5 (11,9)	Neoplasia, Posible tumor
3. Incorrecta	2 (4,76)	4 (9,52)	6 (14,28)	Parotiditis, Obstrucción, Ameloblastoma
4. No responde	3 (7,14)	2 (4,76)	5 (11,9)	
<b>Indicación de biopsia</b>				
1. Sí	14 (33,33)	11 (26,19)	26 (61,9)	
2. Sí, E/D	0 (0)	2 (4,76)	2 (4,76)	Error Diagnóstico
3. Sí, S/D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Sin Diagnóstico
4. No	2 (4,76)	6 (14,28)	8 (19,04)	
5. No responde	3 (7,14)	3 (7,14)	6 (14,28)	
<b>Exámenes Complementarios</b>				
1. No solicita	3 (7,14)	5 (11,9)	8 (19,04)	
2. Sí solicita P	5 (11,9)	11 (26,19)	16 (38,09)	RNM, TAC, punción/aspiración, sialografía
3. Si Solicita N/P	2 (4,76)	6 (14,28)	8 (19,04)	Hemograma, VIH, HUGO
4. No responde	6 (14,28)	4 (9,52)	10	
<b>Actitud</b>				
1. Controlar	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
2. Derivar P/CMF	17 (40,47)	16 (38,09)	33 (78,57)	Patólogo, CMF
3. Derivar O	1 (2,38)	1 (2,38)	2 (4,76)	Oncólogo, Cirujano de Cabeza y Cuello
4. Deriva N/E	0 (0)	4 (9,52)	4 (9,52)	No específica
5. Trata	0 (0)	1 (2,38)	1 (2,38)	CMF
6. Trata MAL	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
7. No responde	2 (4,76)	0 (0)	2 (4,76)	
<b>Rendimiento</b>				
4 puntos	5 (11,9)	6 (14,28)	11 (26,19)	28 (66,66%)
3 puntos	10 (23,8)	7 (16,66)	17 (40,47)	
2 puntos	0 (0)	4 (9,52)	4 (9,52)	14 (33,33%)
1 punto	3 (7,14)	5 (11,9)	8 (19,04)	
0 punto	2 (4,76)	0 (0)	2 (4,76)	

En esta Patología Neoplásica Benigna se obtuvo una Interpretación Diagnóstica Correcta en su mayoría, representando al 61,9% de los encuestados, igual porcentaje se obtuvo en el ítem de solicitud de biopsia donde el 61,9% lo consideró necesario. En cuanto a la solicitud de exámenes complementarios un 38,09% indicó una solicitud de exámenes pertinentes al caso seguidos de un 19,04% que los solicitó pero estos no resultaron pertinentes para el diagnóstico, mismo porcentaje que considero innecesario la solicitud de exámenes. En lo que respecta a la actitud terapéutica, la mayoría optó por la derivación al Patólogo y Cirujano Maxilofacial con un 78,57%

El Porcentaje de rendimiento para este caso correspondió a un 66,66% de aprobación