

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



**PREVALENCIA DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III
DIVISIÓN DE EJERCITO, EN LOS AÑOS 2005 AL 2016**

Tesis presentada por el Bachiller

Baldárrago Ochoa Wilmer José Antonio

Para obtener el Título Profesional de

Cirujano Dentista

Asesor:

Mgr. Baldárrago Salas Willmer José

Arequipa – Perú

2017



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DRA EDITH CHAVEZ OBLITAS

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 101

Vista la solicitud que presenta don (ña **BALDARRGO OCHOA WILMER JOSE ANTONIO** sobre el dictamen de la Tesis titulada **PREVALENCIA DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISION DE EJERCITO EN LOS AÑOS 2005 AL 2016**" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA EDITH CHAVEZ OBLITAS
DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ
CD EDWIN DELGADO ALVAREZ

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

Arequipa, 29 de NOVIEMBRE del 2017

INFORME

Habiendo revisado el trabajo de Investigación presentado por el Sr. Bachiller Wilmer José Antonio Baldarrago Ochoa, y al tener sus observaciones ya siendo corregidas estas, se da por concluido que sigue su trámite correspondiente.

Arequipa, 2017, *Noviembre 5*

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

CD EDWIN DELGADO ALVAREZ

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 101

Vista la solicitud que presenta don (ña) **BALDARRGO OCHOA WILMER JOSE ANTONIO** sobre el dictamen de la Tesis titulada **PREVALENCIA DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISION DE EJERCITO EN LOS AÑOS 2005 AL 2016** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA EDITH CHAVEZ OBLITAS
DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ
CD EDWIN DELGADO ALVAREZ

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Dr. MARTIN VARRUCOSO VINALES
Decano de la Facultad de Odontología

Arequipa, 29 de NOVIEMBRE del 2017

INFORME

Hecha la revisión del Borrador se indica las siguientes observaciones:

- Mejorar redacción
- Aumentar año en las gráficas y títulos
- Aumentar anexos

Hecha las correcciones se autoriza para sustentación

04-12-17

Arequipa, 2017, Diciembre 02

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 101

Vista la solicitud que presenta don(ña) **BALDARRGO OCHOA WILMER JOSE ANTONIO** sobre el dictamen de la Tesis titulada **PREVALENCIA DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISION DE EJERCITO EN LOS AÑOS 2005 AL 2016** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA EDITH CHAVEZ OBLITAS
DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ
CD EDWIN DELGADO ALVAREZ

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

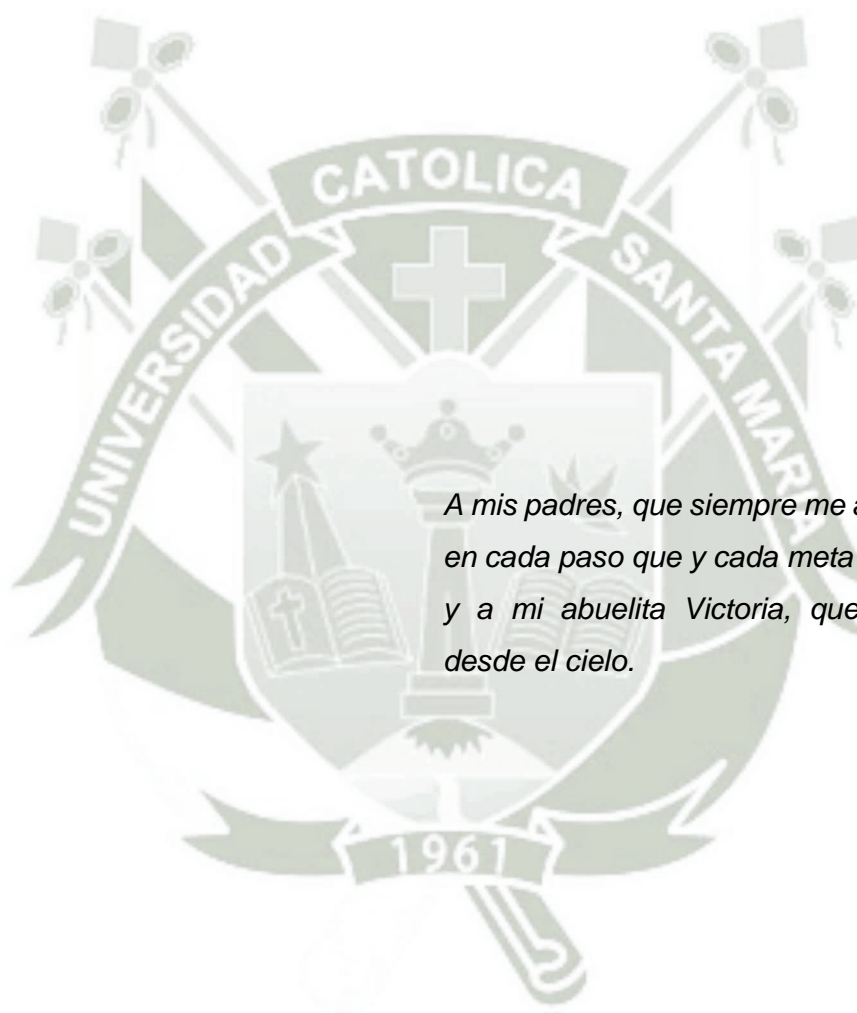
Arequipa, 29 de NOVIEMBRE del 2017

INFORME

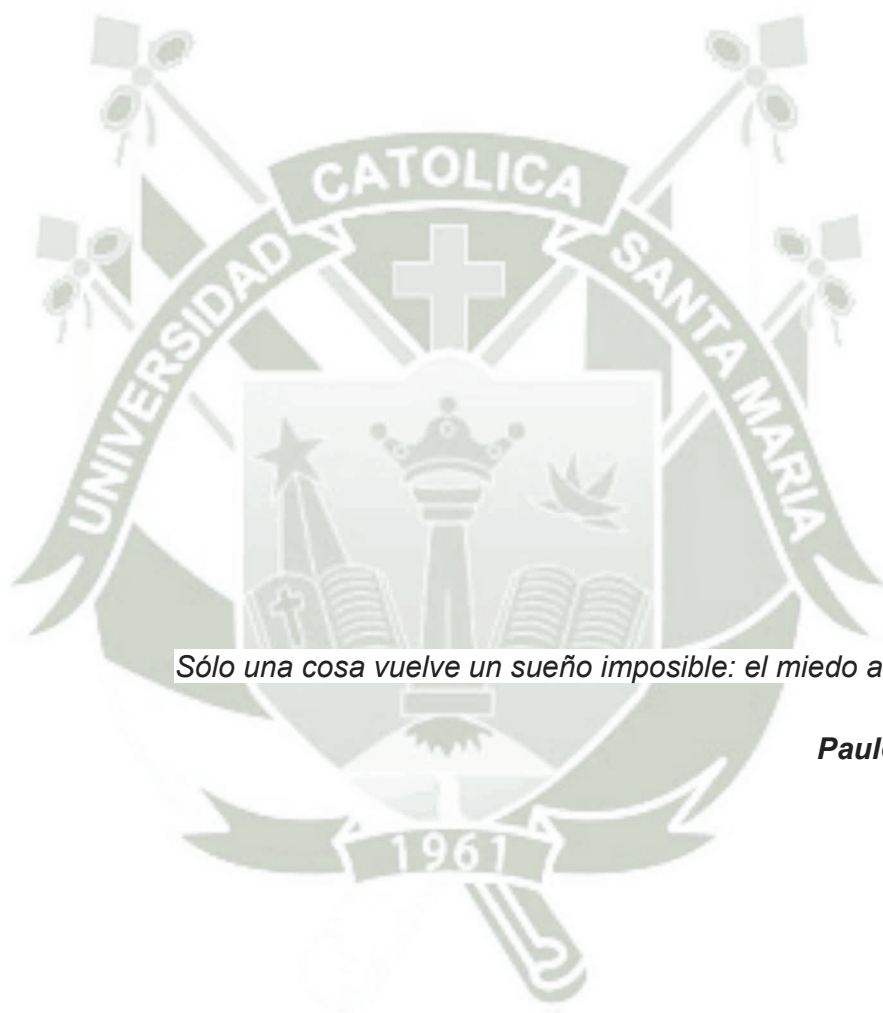
*Sr. Decano de la Facultad de Odontología
después de haber revisado el presente
borrador de Tesis y realizadas las correcciones
sugeridas es que procedo a aprobarlo para
que continúe con los trámites correspondientes*

Atentamente

Arequipa, 2017 4 de Diciembre



*A mis padres, que siempre me acompañan
en cada paso que y cada meta que realizo
y a mi abuelita Victoria, que me cuida
desde el cielo.*



Sólo una cosa vuelve un sueño imposible: el miedo a fracasar.

Paulo Coelho

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra profesión como odontólogos, nos encontramos con diferentes dificultades para lograr un correcto diagnóstico y manejo del tratamiento de patologías. Son muchas las veces que nos podemos encontrar con algún tipo de lesión en los tejidos duros y blandos de la región maxilofacial puesto que la mayoría de estas lesiones se presentan al inicio de una manera espontánea y son asintomáticas, dificultando nuestra labor. Los pacientes que acuden a nuestra consulta con algún tipo de estas lesiones, lo hacen cuando ven cierta alteración en la simetría facial, problemas para deglutir sus alimentos o incluso presentan dificultades para comunicarse correctamente, por lo tanto, nos vemos en la obligación de desarrollar un correcto diagnóstico de acuerdo a las características clínicas que desarrollaremos en la historia del paciente y también contar con el apoyo de exámenes auxiliares. Estas lesiones suelen presentarse a una determinada edad y suelen ser más frecuentes según el sexo del paciente, las suelen ser de etiología variada e incluso desconocida y suelen presentar dentro de las características clínicas una variada gama de anomalías óseas, dentales y de tejidos blandos.

Actualmente en el Perú es escasa la información que se encuentra con respecto a la prevalencia de este tipo de alteraciones maxilofaciales es por eso que con este tipo de estudio retrospectivo se pretende dejar un patrón que sirva de ayuda para un mejor diagnóstico.

Con tal objeto la tesis consta de 3 capítulos. En el Capítulo I, referido al Planteamiento Teórico, se incluye el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Capítulo II, se aborda el Planteamiento Operacional, consistente en la técnica, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados de la investigación consistentes en procesamiento y análisis estadístico de la información a través de tablas,

interpretaciones y gráficas, así como la Discusión, las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente, se incluye la Bibliografía y la Hemerografía consultadas y citadas, así como los Anexos correspondientes.



RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de las Lesiones Bucales y Maxilofaciales en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Militar de la III División de Ejército – Arequipa y que tenían diagnóstico anatomopatológico.

Se seleccionaron del Archivo de Historias Clínicas de un total de 107 pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial que contaban con diagnóstico anatomopatológico de lesiones bucales y maxilofaciales, correspondientes al periodo 2005 – 2016.

Del 100% de lesiones halladas, el 23.4% pertenecían a la osteomielitis aguda/crónica, el 12.1% al mucocelo y queratoquiste, el 9.3% a hiperplasia fibrosa, el 7.5% a granuloma periapical, el 3.7% a carcinoma de células escamosas, fibroma oscificante y quiste periapical; un 2.8% al quiste dentígero, el 1.9% al ameloblastoma, granuloma de células gigantes, granuloma piógeno, odontoma, osteoma, quiste odontogénico glandular, un 0.9% al adenoma, cementoblastoma, condroma, exostosis ósea, liquen simple, melanoma, mixoma, necrosis nódulo quística, papiloma de células escamosas, quiste óseo traumático y sialodentitis.

Palabras claves: Lesiones Orales – Maxilofaciales.

ABSTRACT

A retrospective study of oral and maxillofacial injuries was performed in patients treated at the Oral and Maxillofacial Surgery Service of the Military Hospital of the III Army Division - Arequipa and who had an anatomopathological diagnosis.

A total of 107 patients attended by the Oral and Maxillofacial Surgery Service were selected from the Archive of Clinical Histories who had a pathological diagnosis of oral and maxillofacial injuries, corresponding to the 2005-2016 period.

Of the 100% of the lesions found, 23.4% they belonged to acute / chronic osteomyelitis, 12.1% to mucocele and keratocyst, 9.3% to fibrous hyperplasia, 7.5% to periapical granuloma, 3.7% to squamous cell carcinoma, oscillating fibroma and periapical cyst; 2.8% to dentigerous cyst, 1.9% to ameloblastoma, giant cell granuloma, pyogenic granuloma, odontoma, osteoma, glandular odontogenic cyst, 0.9% adenoma, cementoblastoma, chondroma, bone exostosis, lichen simplex, melanoma, myxoma, necrosis cystic nodule, squamous cell papilloma, traumatic bone cyst and sialodentitis.

Key Words: Oral Lesions - Maxillofacial.

ÍNDICE

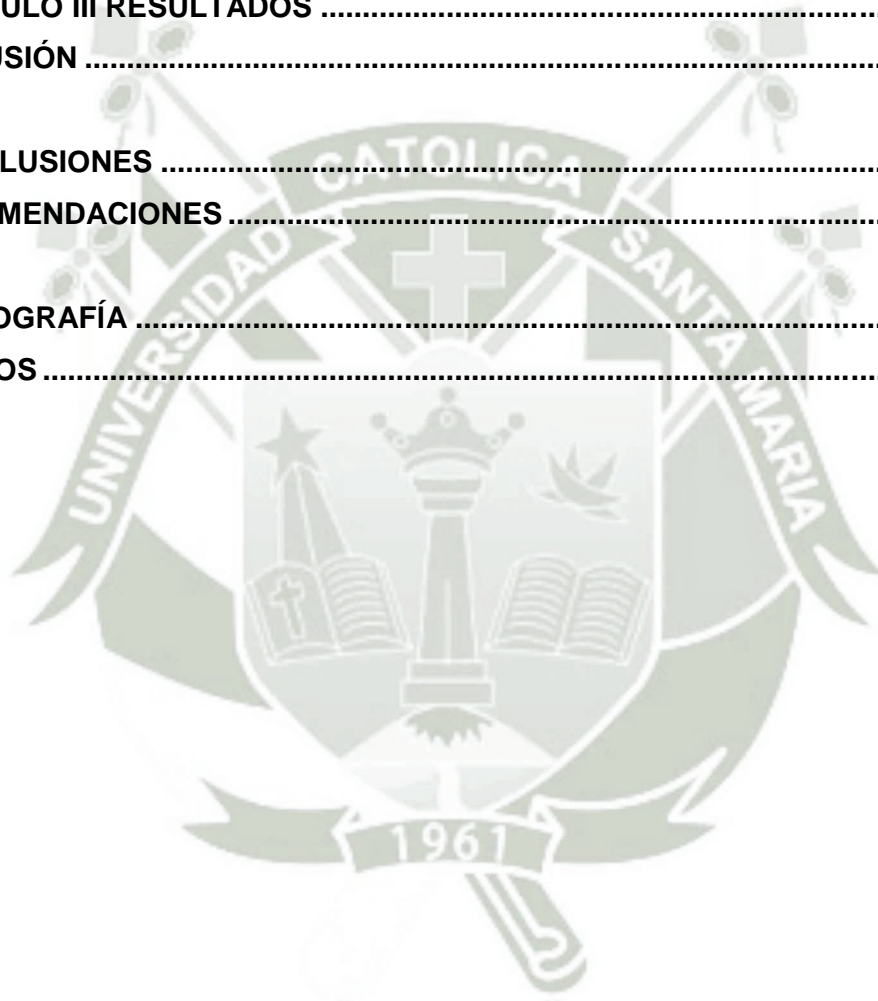
INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Determinación del problema	2
1.2 Enunciado del problema.....	2
1.3 Descripción del problema.....	3
1.4 Justificación del problema.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Conceptos Básicos.....	7
3.1.1. Cirugía Maxilofacial.....	7
3.1.2. Patología Bucal	7
3.1.3. Fundamentos de investigación clínica y diagnóstico.....	8
3.1.4. Lesiones orales y maxilofaciales.....	8
3.2. Antecedentes del arte.	42
4. HIPÓTESIS	43
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	44
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.	45
1.1. Técnicas.....	45
1.2. Instrumentos	45
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	46
2.1. Ámbito.....	46
2.2. Población	46
2.3. Muestra	46

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.1. Organización	46
3.2. Recursos	46
3.3. Manejo de datos.....	47
4. ESTRATEGIA PARA MANEJO DE RESULTADOS.....	47
4.1. Plan de procesamiento.....	47
4.2. Plan de análisis de los datos.....	48
CAPÍTULO III RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	79



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Lesiones Orales y Maxilofaciales Según Sexo	50
TABLA N° 2	Prevalencia de Lesiones Orales y Maxilofaciales Por Grupos de Edad	52
TABLA N° 3	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en varones ..	54
TABLA N° 4	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en mujeres ..	56
TABLA N° 5	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en ambos sexos	58
TABLA N° 6	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 0 - 15 años	60
TABLA N° 6	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 16 a 30 años	62
TABLA N° 8	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 31 a 45 años	64
TABLA N° 9	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 46 a 60 años	66
TABLA N° 10	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 61 a 75 años	68
TABLA N° 11	Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 76 a 90 años	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1	Lesiones Orales y Maxilofaciales Según Sexo	51
GRÁFICO Nº 2	Prevalencia de Lesiones Orales y Maxilofaciales Por Grupos de Edad	53
GRÁFICO Nº 3	Principales Lesiones Orales y Maxilofaciales en Varones	55
GRÁFICO Nº 4	Principales Lesiones Orales y Maxilofaciales en Mujeres	57
GRÁFICO Nº 5	Principales Lesiones Orales y Maxilofaciales en Ambos Sexos	59
GRÁFICO Nº 6	Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 0 - 15 años	61
GRÁFICO Nº 7	Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 16 a 30 años	63
GRÁFICO Nº 8	Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 31 a 45 años	65
GRÁFICO Nº 9	Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 46 a 60 años	67
GRÁFICO Nº 10	Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 61 a 75 años	69
GRÁFICO Nº 11	Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 76 a 90 años	71



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

Las patologías de la región maxilofacial pasan desapercibidas en nuestra consulta odontológica, mayormente estas son diagnosticadas en un estadio avanzado, lográndolas diferenciar gracias a exámenes histológicos.

En el campo de la odontología general buscamos la prevención y control de las enfermedades de mayor incidencia en el mundo, como la caries dental, llevando un control periódico de varias sesiones. Por lo tanto, el odontólogo tiene la posibilidad de realizar un examen estomatológico minucioso logrando diagnosticar precozmente alteraciones antes de cualquier sintomatología.

Es necesario que los profesionales de la salud estén atentos al diagnóstico precoz de las alteraciones en los maxilares para poder diferenciar el carácter benigno o maligno de las lesiones.

Es por todo lo expuesto que se busca con este trabajo buscar cuál es el género y a qué edad se presentó con mayor frecuencia este tipo de lesiones, realizando estudios en el Hospital Militar de la III Región- Arequipa

1.2 Enunciado del problema

PREVALENCIA DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO, EN LOS AÑOS 2005 AL 2016

1.3 Descripción del problema

a) Área del conocimiento

Campo : Ciencias de la salud

Área : Odontología

Especialidad : Cirugía bucal

Línea : Cirugía bucal

b) Análisis de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUBINDICADORES
PREVALENCIA DE LESIONES MAXILOFACIALES	Las lesiones de los maxilares son crecimientos que se forman dentro del maxilar y/o mandíbula y son identificados por su etiopatogenia	FRECUENCIA	EDAD GÉNERO

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál será la Prevalencia de lesiones orales maxilofaciales en pacientes del área de cirugía oral y maxilofacial del Hospital Militar Regional de la III Región Arequipa en los años 2005-2016
- ¿Cuál será la prevalencia de lesiones orales maxilofaciales en pacientes varones del área de cirugía oral y maxilofacial ?
- ¿Cuál será la prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en pacientes de sexo femenino del área de cirugía oral y

maxilofacial del Hospital Militar de la III División del Ejército
Arequipa ‘

d) Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o población	5. Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Retrospectiva	Transversal	Descriptivo	Campo	No experimental	Descriptivo

1.4 Justificación del problema

- **Actualidad**

Pese a que existen estudios e investigaciones, en Arequipa es muy escaso, y es importante saber PREVALENCIA DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO, EN LOS AÑOS 2005 AL 2016 por lo que este trabajo aporta conocimientos nuevos de esta población, por lo que considero que es de importancia en nuestro medio.

- **Originalidad**

Esta investigación posee una originalidad específica ya que reconoce pocos antecedentes investigativos previos, tiene un enfoque primordial.

- **Relevancia científica**

Es un aporte científico a la Patología y Cirugía oral, dado que este estudio aporta conocimiento sobre las lesiones más predisponentes según la edad y el género de los pacientes que acuden a la consulta.

- **Relevancia social**

Posee relevancia social porque identifica variables que están presentes en nuestra población, la misma que es considerada como un problema del diagnóstico de lesiones maxilofaciales. Todo lo planteado anteriormente nos motiva a pensar que podríamos aportar elementos que pudieran contribuir a la atención y tratamientos exitosos de esta parte de la población en la cantidad y calidad requerida, con el conocimiento de necesidades estomatológicas y sobre todo con gran sensibilidad e interés hacia sus problemas ayudando de una forma a su integración a los planes de tratamiento.

- **Viabilidad**

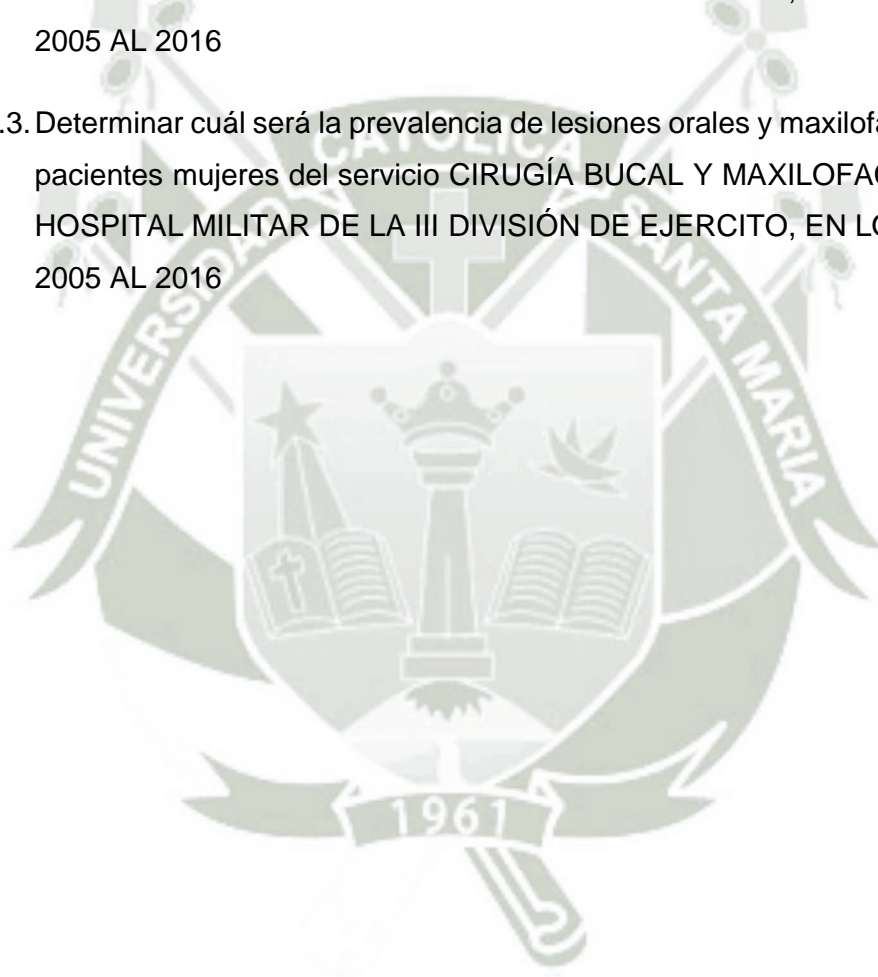
Se trata de una investigación viable, puesto que las condiciones de dicho estudio son realizables y a la vez nos dará resultados, conclusiones y recomendaciones.

- **Interés personal**

Es de mi interés, el realizar esta investigación en pacientes del HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO, en la prevalencia de lesiones maxilofaciales, Arequipa 2009 - 2016. Para conocer la realidad de la población, tener un estudio más claro y poder incrementar los datos de este campo y a la vez obtener el título profesional de cirujano dentista.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar cuál es la Prevalencia de DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO, EN LOS AÑOS 2005 AL 2016
- 2.2. Determinar cuál será la prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en pacientes varones del servicio CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO, EN LOS AÑOS 2005 AL 2016
- 2.3. Determinar cuál será la prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en pacientes mujeres del servicio CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO, EN LOS AÑOS 2005 AL 2016



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. Cirugía Maxilofacial

La cirugía es una disciplina basada en principios que son resultado de la investigación básica y de muchos siglos de procedimientos empíricos¹

La cirugía Oral y Maxilofacial es la especialidad médico quirúrgica que se ocupa de la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la cavidad bucal y de la cara, así como de las estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas.²

El campo de acción de la Cirugía oral y Maxilofacial incluye la cirugía oral, la traumatología facial, la oncología de cabeza y cuello, las grandes reconstrucciones microquirúrgicas, las malformaciones craneofaciales y fisuras labiopalatinas, la cirugía ortognática, cirugía estética facial, patología de las glándulas salivares, patología de la articulación temporomandibular y los abordajes a la base del cráneo³

3.1.2. Patología Bucal

Patología bucal representa la confluencia de las ciencias básicas y la odontología clínica. Como carece de métodos propios, el conocimiento en este campo se adquiere adaptando métodos propios, el conocimiento en este campo se adquiere adaptando métodos y disciplinas de las ciencias básicas de la odontología, como anatomía macroscópica y microscópica, química, microbiología y fisiología, y por medio de la información provenientes de historias clínicas y la observación de pacientes.⁴

¹ Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea – James R.Hupp Edward Ellis III Myron R. Tucker

² CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL – SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL – 3º EDICIÓN A. López Davis. R. Martín - Granizo

³ TRATADO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL Y MAXILOFACIAL – TOMO I – PAG VI

⁴ TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA BUCAL – W.G SHAFER – B.M. LEVY – PAG XI

3.1.3. Fundamentos de investigación clínica y diagnóstico

- Una historia detallada.
- Examen clínico
 - Extraoral
 - Intraoral
- Pruebas específicas (cuando sea necesario)
 - Examinar la vitalidad dentaria.
 - Radiología y otras técnicas de imagen
 - Biopsia para anatomía patológica (incluyendo inmunofluorescencia, inmunocitoquímica, microscopia electrónica, exámenes de biología molecular)
 - Muestras para cultivo microbiológico
 - Exámenes hematológicos o bioquímicos⁵

3.1.4. Lesiones orales y maxilofaciales.

a. Quistes

Es una cavidad anormal con contenido líquido, rodeada por una pared con epitelio. Este último derivado del aparato odontogénico o incluido durante el periodo embrionario de desarrollo.⁶

En aquellos casos que no tienen epitelio hablamos de pseudoquistes. Ejemplos de estos tenemos son el quiste ósea traumático o hemorrágico, y el quiste óseo aneurismático⁷

⁵ MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA 1

⁶ CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL TOMO I – CARLOS NAVARRO VILLA PAGINA 33

⁷ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR LUIS ALFARO LIRA, DR BENJAMIN MARTINEZ RONDANELLI

La mayoría de los quistes evolucionan de la misma forma y suelen crecer de manera lenta y expansiva. Sus diferencias principales se refieren a las relaciones con los dientes y sus características radiográficas suelen indicar su naturaleza. Es muy importante distinguir los queratoquistes odontógenos y los ameloblastomas unicuésticos de los tipos habituales, cuya imagen radiológica es a veces idéntica y cuyo diagnóstico depende en un último término depende del estudio histológico.

a.1. Características esenciales de los quistes de los maxilares.

- Forman áreas radiotransparentes muy bien definidas de bordes lisos.
- El líquido puede aspirarse y los quistes de la pared fina pueden transluminarse.
- Crecen lentamente y desplazan más que reabsorber los dientes.
- Son asintomáticas a menos que se infecten y menudo son descubrimientos radiográficos fortuitos.
- Raras veces su tamaño es suficiente para provocar una fractura patológica.
- Si se extienden a los tejidos blandos forman tumoraciones comprensibles y fluctuantes.
- Si están cerca de la superficie mucosa tienen un color azulado.

a.2. Clasificación de los quistes maxilares y mandibulares (OMS – Modificada)

a.2.1. Quistes congénitos

- **Odontógenos**
 - Quistes gingivales de los lactantes (perlas de Epstein)
 - Queratoquiste odontógeno (quiste primordial)
 - Quiste odontógeno ortoqueratinizado
 - Quiste dentífero (folicular)

- Quiste de erupción
 - Quiste periodontal lateral
 - Quiste gingival del adulto
 - Quiste odontógeno glandular; quiste sialo odontógeno
- **Quistes no Odontógenos**
 - Quiste del conducto nasopalatino
 - Quiste nasolabial

a.2.2. Quistes odontógenos inflamatorios

. Radicular

Residual

Lateral

. Paradental ⁸

a.2.3 Queratoquiste

En 1956, usó por primera vez el término de queratoquiste odontógeno, mientras que en 1963 Pindborg y Hansen describieron los aspectos especiales del quiste.⁹

Las características macroscópicas, microscópicas y la capacidad de recidiva. Hacen que se considere al queratoquiste como las variedades más agresivas. Se origina, probablemente, en restos de la lámina dental o del epitelio del esmalte. Afecta con más frecuencia en los hombres. Generalmente son asintomáticos. A veces, se sospechan por las complicaciones que originan: deformidad ósea, parestesia del nervio dentario inferior o infección. Puede aparejar desplazamiento y movilidad dental, siendo ocasional la reabsorción de las raíces. Los queratoquistes constituyen un hallazgo constante en una anomalía del desarrollo descrita en 1960 por Gorlin y Goltz, denominada síndrome del nevo basocelular. Los

⁸ MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA 115

⁹ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY pag 275

parámetros más importantes de este último son: carcinomas basocelulares, costillas bífidas y queratoquistes múltiples.¹⁰

Clínica.

- Frecuente a cualquier edad, desde niños de 10 años hasta adultos de 70 años, mayoría entre los 20 y los 40.
- Más común en mandíbula, zona de tercer molar inferior, ángulo y rama mandibular.¹¹
- Una característica muy útil para el diagnóstico es el patrón insidioso de crecimiento. Estos quistes no tienen una gran presión interna como la de los quistes radicales y se expanden sobre todo a lo largo de la cavidad medular que es la vía de menor resistencia.¹²

Radiología

- La lesión aparece como una radiolucencia unilocular o multilocular, a menudo con un borde esclerótico delgado que representa hueso activo. Este borde se puede alisar o festonear, pero por lo general está agudamente marcado. Algunas veces, la proximidad de las raíces a los dientes adyacentes causa resorción de estas, aunque es más común el desplazamiento.¹³

Histopatología

- Prácticamente patognomónica debido a que si no está infectada y si se examina membrana quística intacta se observa epitelio con estrato basal en empalizada, cúbico o cilíndrico, sin papilas, paraqueratinizado, con cinco a siete células de grosor.

¹⁰ Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I PAG 33

¹¹ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES- Dr Luis Alfaro Lira – Dr Benjamín Martínez Rondanelli – Pag 35.

¹² MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA pag 124.

¹³ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY pag 226

Diagnóstico diferencial

- Ameloblastoma.
- Granuloma central de células gigantes.
- Quiste dentígero.
- Mixoma¹⁴

Tratamiento

- Se impone un criterio conservador y deben ser tratados en primera instancia mediante enucleación con rapado óseo periférico, escisión de la mucosa que lo recubre si existe una inserción, a fin de eliminar microqueratoquistes y/o restos epiteliales que lleven a la recidiva.¹⁵

a.2.4 Quiste folicular (dentígero)

El quiste dentígero se asocia con la corona de un diente erupcionado o retenido. Surge de los restos del epitelio reducido del esmalte (epitelio sulcular). Es la radiolucidez pericoronar más común y el segundo quiste mandibular más frecuente después del quiste periapical.¹⁶

Se origina después de que la corona del esmalte se ha formado por completo mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. Si se originara el quiste antes de que se forme la corona, el resultado sería un quiste primordial o un quiste que afectará un diente que muestre hipoplasia del esmalte, y este no es el caso. El quiste dentígero afecta casi siempre o está asociado con la corona de un diente permanente normal.¹⁷

¹⁴ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamin Martinez Rondanelli.- Pag 35

¹⁵ Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I PAG 34

¹⁶ ATLAS COLOR DE ENFERMEDADES BUCALES – Robert P.Langlais, Craig S. Miller, Jill S. Nield – Gehrig-PAG 72

¹⁷ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 264-265

Clínica

- Se presenta en personas jóvenes, detectándose como hallazgo radiográfico. El paciente acude por falta de erupción de alguna pieza dentaria, generalmente tercer molar, canino superior o premolar inferior.¹⁸
- El quiste dentígero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la subsecuente asimetría facial, desalajo de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y el dolor son secuelas posibles provocadas por el continuo agrandamiento del quiste.¹⁹
- Según el grado de evolución de la lesión puede haber crepitación cuando la tabla vestibular está muy adelgazada o bien fluctuación cuando hay exteriorización.²⁰

Radiología

- Los quistes son lesiones dentígeras radiolúcidas uniloculares, con un borde esclerótico bien definido, en el que la corona de un diente no erupcionado sobresale.²¹
- La cavidad está bien delimitada, es redondeada y única, y contiene la corona de un diente desplazado de su posición normal.
- A veces, puede haber una pseudolocalización debido a trabeculación o formación de crestas en la pared ósea.
- En casos raros, si el quiste permanece inadvertido durante mucho tiempo, el diente puede reabsorberse.²²

¹⁸ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamin Martinez Rondanelli.- Pag 50

¹⁹ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 265

²⁰ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – Ob. Cit. Pag 50

²¹ PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO- SEGUNDA EDICIÓN – Lester D.R Thompson –PAG 337.

²² MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA- PAG 121

Histopatología

- Se observa una pared conformada por tejido conectivo fibroso y epitelio; generalmente escamoso estratificado. El espesor es de 2 a 4 capas celulares. Pueden agregarse células mucosas.
- Cuando aparece inflamación crónica o infección secundaria, se evidencia hiperplasia epitelial.²³

Diagnóstico diferencial.

- Ameloblastoma unicístico.
- Queratoquiste.
- Tumor odontogénico adenomatoide (sin calcificaciones)²⁴

Tratamiento

- El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica, siendo raras las recidivas. En el caso de estar asociadas terceros molares o dientes incluidos, deben extraerse los mismos incluyendo cápsula y diente.
- Si el quiste está en posición central o lateral, en pacientes jóvenes, y asociado a un diente en posición correcta y un desarrollo casi completado, se puede considerar la posibilidad de realizar una quistectomía conservando la pieza dental, para un posterior seguimiento ambulatorio.
- En caso de retrasar la erupción de dicho diente, puede combinarse el tratamiento con tracción ortodóncica.²⁵

²³ Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I PAG 34.

²⁴ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamin Martinez Rondanelli.- Pag 50

²⁵ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. Lopez Davis, R Martín- Granizo – 3° Edición – PAG 184

a.2.5 Quistes inflamatorios (Quiste radicular/residual/Lateral)

Los quistes radiculares son quistes odontogénicos inflamatorios que se encuentran en los ápices radiculares de los dientes no vitales, sobre todo debido a la caries dental.²⁶

Los quistes radiculares son las causas más frecuentes de tumefacciones crónicas importantes y el tipo más frecuente de quiste de las mandíbulas.²⁷

Se originan en los restos epiteliales de Malassez localizados a nivel del ligamento periodontal. Son consecuencia de una inflamación, desarrollándose a partir de un granuloma periapical preexistente. Se ven más en el maxilar superior. La mayoría son asintomáticos y se descubren casualmente. Si adoptan tamaños importantes pueden provocar complicaciones.²⁸

El quiste lateral puede originarse en íntima asociación con la superficie radicular lateral de un diente erupcionado tienen predilección por el área de los premolares mandibulares. Las posibilidades que se han ofrecido para explicar su procedencia y su desarrollo incluyen:

- Origen inicial como un quiste dentígero que se desarrolla a lo largo de la superficie lateral de la corona y conforme el diente erupciona el quiste se va aproximando a la superficie lateral de la raíz.
- Origen a partir de los restos de Malassez en el ligamento periodontal aunque se desconoce el estímulo de esta proliferación .
- Origen como un quiste primordial de un germen dental supernumerario ya que la predilección de presentarse en el área de premolares mandibulares coincide con la alta incidencia de los dientes supernumerarios en esta misma región.

²⁶ PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO – SEGUNDA EDICIÓN – Lester D.R. Thompson – PAG 339.

²⁷ MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA- PAG 116

²⁸ Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I PAG36

- Origen a partir de la proliferación y transformación quística de los restos de lámina dental, los cuales están en una etapa postfuncional y por tanto, sólo tienen un potencial limitado de crecimiento que está de acuerdo con el tamaño pequeño que presentan estos quistes.²⁹

Clínica.

- En relación a diente desvitalizado, más frecuente en zona anterior de la maxila (zona apical de incisivos), también puede observarse en relación a cualquier diente desvitalizado que previamente presentó granuloma apical.
- Frecuente en hombres y mujeres y se descubre por lo general antes de los 35 años.
- Quiste residual/lateral: ausencia de pieza dentaria, puede expandir también la tabla vestibular. Se presenta más tardíamente que el quiste radicular, alrededor de los 40 – 50 años.
- Generalmente es una lesión menor a 2 cm .
- Puede reinfectarse y presentar fístula vestibular.³⁰

Radiología

- La imagen radiográfica es radiolúcida, redondeada u ovoidal, con borde opaco delgado. Se asocia a una o más piezas dentarias a nivel apical o lateral.

Histopatología

- Al examen histológico, se reconoce un epitelio escamoso estratificado de grosor variable. También edema intercelular. Además, una reacción inflamatoria intensa en la que predominan los granulocitos polimorfonucleares y un soporte de tejido conectivo bien vascularizado.

²⁹ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 270

³⁰ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamin Martinez Rondanelli.- Pag71

- A veces, pueden observarse células mucosas, células ciliadas, corpúsculos hialinos, depósitos de colesterol, hemorragia, hemosiderina, y calcificaciones de diferente tipo.³¹

Diagnóstico diferencial

- Estructuras anatómicas (antro y agujeros maxilares)
- Quistes óseos solitarios y aneurismáticos.
- Neoplasias, sobre todo ameloblastoma.
- Granuloma de células gigantes de las mandíbulas.
- Hiperparatiroidismo
- Querubismo.

Tratamiento

- **Enucleación y cierre primario:** el tratamiento habitual es la enucleación que suele ser totalmente efectiva. El diente afectado (muerto) puede extraerse o rellenar la raíz y conservarlo. Se crea un colgajo mucoperióstico sobre el quiste y se abre una ventana en el hueso de magnitud suficiente para disponer de un acceso adecuado. El quiste se separa cuidadosamente de su pared ósea, se extrae intacto y se envía en un fijador adecuado para su estudio histológico. Los bordes de la cavidad ósea se alisan, se controla la hemorragia y se irriga la cavidad para eliminar los detritos. Se vuelve a colocar el colgajo mucoperióstico y se sutura en su sitio. Las suturas deben dejarse durante al menos 10 días.
- **Marsupialización:** En los quistes radicales, la marsupialización es un tratamiento en gran medida obsoleto. El quiste se abre de la misma forma que para la enucleación, pero el revestimiento se sutura a la mucosa en los márgenes de la abertura. El objetivo es producir una cavidad

³¹ Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I PAG 36

autolimpiable que se convierte en efecto en una invaginación de los tejidos orales. Sin embargo, inicialmente se rellena con trozos de gasa y, cuando los bordes han cicatrizado se fabrica un tapón o una extensión de una prótesis dental para cerrar la abertura.³²

a.2.6 Quiste Odontogénico glandular.

Fue citado por primera vez en 1987 por Paydache que describió una lesión que combinaba características de quiste botroide con tumor mucoepidermoide. Gardner et al (1988) indicaron que sus características histológicas y comportamiento biológico eran suficientemente singulares como para considerarlo una entidad patológica diferente.³³

Su rasgo distintivo son las pequeñas glándulas que se encuentran en engrosamiento del revestimiento epitelial y que están revestidas por células escamosas que secretan mucina. A menudo es multilocular y tiene una fuerte tendencia a recidiva.³⁴

Clínica

- Se ha observado un pico de incidencia en la distribución por edades coincidiendo con los 60 años (Koppang et al). No muestra una diferencia significativa por sexo.
- Puede presentar inflamación, dolor o parestesia. La localización más frecuente es el sector anterior mandibular. El tamaño es variable, aunque en general son de gran tamaño, involucrando a más de 5 piezas.

Radiología

- Imagen radiolúcida uni o multilocular. Se puede encontrar calcificación de la pared y puede provocar desplazamiento o rizólisis de los dientes próximos.

³² MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA- PAG 120

³³ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. Lopez Davis, R Martín- Granizo – 3° Edición – PAG 187

³⁴ – R.A. CAWSON – E.W ODELL OP_CIT.PAGINA- 130

Histopatología

- Histológicamente posee una pared fina, revestida por epitelio plano, puede presentar un espesor uniforme o placas epiteliales focales, y un número variable de pequeños microquistes dentro.³⁵

Diagnóstico diferencial

- Quiste periapical
- Quiste residual
- Queratoquiste
- Mixomas
- Ameloblastoma

Tratamiento

- Esta lesión se considera de forma local agresiva y a pesar que el tratamiento es conservador se debe tener en cuenta la extensión clínica y radiográfica del quiste.
- Se realiza curetaje periférico o escisión marginal donde hay hueso sano que permanece más allá del margen quístico ³⁶

a.2.7 Quiste odontogénico queratinizante y calcificante.

Descubierto por Gorlin en 1962, quien investigó su semejanza con epiteloma calcificado de Malherbe. La OMS lo clasifica como tumor odontógeno benigno, ya que se encuentra entre quiste y neoplasia.³⁷

Los quistes mandibulares queratinizantes son poco frecuentes pero importantes debido a la fuerte tendencia de algunos de ellos a recidivar tras la extirpación (a diferencia de la mayoría de los demás quistes). Los quistes

³⁵ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. Lopez Davis, R Martín- Granizo – 3° Edición – PAG 187

³⁶ Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I PAG 35.

³⁷ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. Lopez Davis, R Martín- Granizo – 3° Edición – PAG 187

queratinizantes se dividen en dos tipos según el revestimiento epitelial sea ortoqueratósico o paraqueratósico. Los quistes con paraqueratosis se denominan queratoquistes Odontógenos (Tumor odontógeno queratoquístico), tienden a recidivar y pueden ser esporádicos o pueden asociarse a múltiples anomalías en el síndrome de Gorlin. Los quistes ortoqueratósicos se consideraban una variedad de queratoquiste odontógeno pero su riesgo de recidiva es escaso y ahora se clasifican en un grupo separado.³⁸

Clínica.

- Sin preferencias en cuanto edad y sexo. Se localizan mayormente en la zona del tercer molar mandibular. En la mayoría de casos el quiste es intraóseo; en el resto de formas periféricas puede erosionar superficialmente el hueso.
- Asintomático.³⁹

Radiología

- Las lesiones intraóseas centrales aparecen como radioluscencias por lo regular bien circunscritas, aunque no es invariablemente el caso. Por lo regular se encuentran varias cantidades diseminadas de material radiopaco calcificado a través de la radioluscencia; varían desde manchas muy pequeñas hasta grandes masas, según el tipo particular de quiste odontógeno calcificante.⁴⁰

Histopatología

- Se caracteriza por una capa basal de células cuboides o cilíndricas en forma de empalizada que se tiñen más de lo común. Sobre la capa basal aparecen unos agregados celulares, entre los cuales están dispersas

³⁸ MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA-123.124

³⁹ A. Lopez Davis, R Martín- Granizo OP_CIT.PAGINA- 187

⁴⁰ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 280

grandes células epiteliales “fantasmas” con queratinización aberrante y que puedan estar calcificadas.⁴¹

Diagnóstico diferencial.

- Tumor odontógeno adenomatoide.
- Tumor odontogénico epitelial calcificante.
- Quiste dentígero.⁴²

Tratamiento.

- Debido a que la lesión tiende a un crecimiento continuo, se debe excisar mediante cirugía cuando se encuentra. La falta de recurrencia depende de que se complete la excisión. Se ha registrado una transformación carcinomatosa.⁴³

a.2.8 Quiste óseo traumático

Es una lesión pseudoquistica intraósea descrita por primera vez en el área maxilar por Luca en el año 1929.⁴⁴

Sinónimos: Quiste óseo solitario, quiste óseo hemorrágico, quiste óseo simple, quiste unicameral.

Clínica

- Generalmente hallazgo radiográfico, aunque en algunos casos se ha descrito aumento de volumen.
- Más común en cuerpo mandibular y niños, menores de 20 años,

⁴¹ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. López Davis, R Martín- Granizo – 3º Edición – PAG 188

⁴² ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamín Martínez Rondanelli.- Pag 155

⁴³ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 280

⁴⁴ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. Lopez Davis, R Martín- Granizo – 3º Edición – PAG 193

Radiología

- Área radiolúcida que se insinúa entre raíces y septum interdentarios de dientes y puede comprometer el borde basilar y a veces expandir tablas.

Histopatología

- No es significativa: solamente tejido óseo normal, hemorragia, hemosiderina.

Diagnóstico Diferencial

- Queratoquiste.
- Ameloblastoma.
- Granuloma central de células gigantes.⁴⁵

Tratamiento

- El tratamiento correcto es realizar una exploración quirúrgica para confirmar el diagnóstico clínico radiográfico.
- Esta exploración constituye el tratamiento, ya que, al abordar la cavidad quística, evacuando su contenido y haciendo sangrar, se produce el relleno con tejido óseo neoformado.
- Además de restaurar la arquitectura normal de los maxilares evita el riesgo potencial de una fractura patológica.⁴⁶

a.2.9 Quiste mucoso retención (mucocele)

La lesión no neoplásica más frecuente de los tejidos de las glándulas salivales es el mucocele. El mucocele se define como la mancomunación de la mucina en una cavidad quística. Se describen dos tipos de mucocele: (1) del tipo de retención, caracterizado por mancomunado de mucina confinado

⁴⁵ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamín Martínez Rondanelli.- Pag 117

⁴⁶ Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I PAG 37

dentro de un conducto excretor dilatado y (2) el tipo extravasación, que muestra el escape de mucina salival – secretada dentro del sistema de conductos en el tejido conectivo. El tipo extravasado es el mucocèle más frecuente, y su incidencia máxima se encuentra en 3° década. El labio inferior es el sitio más común, seguido por la lengua, el suelo de la boca, el paladar y la mucosa bucal. Estos a menudo aparecen como hinchazones, en forma de cúpulas azuladas.

Clínica

- Inflamación indolora, blanda, fluctuante semitranslúcida, que puede observarse se produce después de un evento traumático.
- La lesión puede fluctuar con las comidas o si hay una ruptura secundaria al trauma.
- Lesión puede ser recurrente en el mismo sitio.⁴⁷

Histopatología

- Casi todos los mucocèles, que son de tipo extravasación, consisten de una cavidad circunscrita en el tejido conectivo y la submucosa, que producen una elevación obvia de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviese retirado. La cavidad en sí no está revestida con epitelio y por tanto no es quiste verdadero. En lugar de esto, su pared está formada por un revestimiento de tejido fibroso conectivo comprimido y de fibroblastos.

Tratamiento

- El tratamiento de la retención mucosa es la escisión. Si la lesión se incide, su contenido se evacúa, pero se llena de nuevo rápidamente tan pronto como cicatriza la incisión. A veces hay recurrencia después de la incisión,

⁴⁷ PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO-SEGUNDA EDICIÓN- LESTER DR THOMPSON – PAG 231. 232

pero esta posibilidad es menos probable si también se eliminan los acinos de las glándulas salivales asociadas.⁴⁸

a.3 Lesiones de tipo tumoral de los maxilares y mandíbula.

Los tumores y las lesiones de tipo tumoral de las mandíbulas pueden ser odontógenos, es decir derivados de los tejidos Odontógenos, o no Odontógenos. Los tumores Odontógenos son las neoplasias más frecuentes de las mandíbulas. Existen muchos tipos y la mayoría son poco frecuentes.

a.3.1 Tumores Odontógenos

a.3.1.1 Clasificación

- **Neoplasias Epiteliales Benignas**

Ameloblastoma y sus variantes

Tumor odontógeno escamoso

Tumor odontógeno epitelial calcificante

Tumor odontógeno adenomatoide

Tumor odontógeno quístico calcificante (quiste odontógeno calcificante)

- **Neoplasias Epiteliales y Conjuntivas Mixtas Benignas**

Fibroma ameloblástico.

- **Neoplasias Benignas del Tejido Conjuntivo**

Fibroma odontógeno

Mixoma odontógeno

Cementoblastoma

⁴⁸ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 575 - 576

- **Neoplasias Epiteliales Malignas**

Carcinomas odontógenos

Carcinoma odontógenos de células claras.

- **Neoplasias Malignas del Tejido Conjuntivo**

Sarcomas Odontógenos

- **Hamartomas**

Odontomas

- **Displasias**

Displasia cemento – ósea⁴⁹

a.3.1.2 Ameloblastoma

En 1934, Ivy y Churchill acuñaron el término ameloblastoma denominado así al, hasta entonces llamado, “adamantinoma” descrito por Malassez en la segunda mitad del siglo XIX y reservando este nombre para los tumores con formación de tejidos mineralizados en otras partes del cuerpo humano, situación que no ocurre en estos tumores cuando se asientan en los maxilares.

Clínica

- Lesión de crecimiento lento que provoca la expansión de la cortical ósea, siendo indoloro y tardando en diagnosticarse varios años
- La cortical ósea adelgazada se rompe fácilmente a la palpación durante la exploración apreciándose el llamado “signo de la cáscara de huevo”.
- Debe tenerse en cuenta la posibilidad de un ameloblastoma ante la aparición espontánea de maloclusión, alteración en la cicatrización de

⁴⁹ MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA- 136

lechos e extracciones dentarias, obstrucción nasal o expansión bucal con asimetría facial.

Radiología

- Lesión radiolúcida de los maxilares, que a medida que avanza su crecimiento, aparecerán tabiques óseos dentro de la tumoración dando un aspecto multilocular característico con una imagen radiológica de “pompas de jabón” o “panal de abejas”.⁵⁰

Histopatología

- Folicular
- Plexiforme
- Acantomatoso.
- De células basales.

Diagnóstico diferencial

- Queratoquiste odontogénico.
- Mixoma odontogénico
- Quiste dentígero y residual
- Granuloma central de células gigantes.

Tratamiento

- **Sólido/Poliquístico:** requiere margen de seguridad, especialmente hacia mesial y distal, de un centímetro. No presenta cápsula.
- **Uniquístico:** intraluminal y luminal según límites de la lesión, presenta cápsula similar a quiste.

⁵⁰ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. López Davis, R Martín- Granizo – 3º Edición – PAG 199

- **Mural:** similar a sólido/poliquístico.⁵¹

a.3.1.3 Odontoma

Son un grupo de malformaciones de etiología desconocida y compuestas por estructuras semejantes al diente, como el esmalte, la dentina y el cemento, en proporciones y grado de desarrollo variable.

El odontoma complejo se define como una malformación en la que se encuentran esmalte, dentina y algo de cemento de una forma más o menos desordenada. Por el contrario, el odontoma compuesto muestra un mayor grado de diferenciación, y se define como una malformación en la que todos los tejidos dentarios están presentes, siguiendo un patrón más ordenado que reproduce muchas estructuras semejantes al diente.

Clínica

- Suelen ser asintomáticos y su descubrimiento se basa en la persistencia de un diente temporal o la falta de erupción de un diente permanente.
- En casos de aumento de tamaño tumoral, se pueden producir desplazamientos dentarios y expansión de corticales, por lo que la tumoración resulta palpable.
- Pueden aparecer como parte de síndromes complejos, como síndrome de Gardner, adenomatosis familiar del colon o enfermedad de Tangier.

Radiología

- Se trata de lesiones bien delimitadas con un halo radiotransparente y en cuyo interior existen zonas de radiodensidad. Mientras que en el odontoma complejo las radiodensidades aparecen como masas irregulares, desordenadas y que no guardan similitud con las estructuras dentarias, el odontoma compuesto si muestra el parecido con los dientes, diferenciándose claramente estos dentículos.

⁵¹ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamín Martínez Rondanelli.- Pag131

Histopatología

- Se observa una capa de tejido conectivo con islas de epitelio odontogénico y formación de dentina y esmalte, no guardando similitud con la morfología dentaria.
- En el odontoma compuesto, al ser el grado de histodiferenciación y morfodiferenciación mayor, se reconocen todos los componentes dentarios de forma ordenada y guardando entre sí las mismas relaciones que los dientes sanos.⁵²

Diagnóstico diferencial

- Tumor odontógeno adenomatoide.
- Tumor odontógeno epitelial calcificante.

Tratamiento

- Debido a su cápsula de tejido conjuntivo fibroso periférico que en realidad corresponde al folículo o ligamento periodontal de la estructura dental anormal, el odontoma es fácil de enuclear.
- Se requiere una exploración periódica y adecuada para verificar que la lesión ha curado del todo.⁵³

a.3.1.4 Fibroma odontogénico

Es una neoplasia muy infrecuente que se caracteriza por cantidades variables de epitelio odontogénico en un tejido conectivo fibroso maduro que, en algunos casos, puede contener material calcificado similar a dentina displásica o cemento.

⁵² CIRUGÍA BUCAL, Patología y Técnica – M. Donado, J.M. Martínez Pag 519 -520

⁵³ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES – Norman K. Wood, Paul W, Goaz - PAG 426

Clínica

- La edad media de presentación es a los 40 años con un rango de edad que va desde 9 a 80 años, y con una predilección por el sexo femenino.
- Existe una carencia en la uniformidad del concepto y definición del fibroma odontogénico que repercute en los datos epidemiológicos, en el sentido que algunos autores dan una preferencia de asiento en la región posterior de la mandíbula y otros dan predominancia a la región anterior y premolar del maxilar superior.
- Lesión asintomática salvo por la tumoración de crecimiento lento pero progresivo que ocasiona expansión cortical llegando a la perforación de la misma.

Radiología

- En la mayoría de casos se presenta como una zona radioluciente unilocular con borde esclerótico bien definido.
- En ocasiones la presencia de material calcificado puede originar un patrón radiológico mixto,
- Menos frecuentemente se presenta con un patrón radiolúcido multilocular similar al que se ve en el ameloblastoma, observándose esto en la variedad conocida como fibroma desmoplásico.

Histopatología

- Presenta un amplio espectro de variaciones histopatológicas, estando formado por tejido conjuntivo fibroso maduro variando desde celular hasta relativamente acelular, desde patrón mixoide hasta hialinizado, con o sin presencia de calcificaciones y rico en epitelio odontogénico o pobre en él.

Diagnóstico diferencial

- Ameloblastoma

- Quiste (residual, queratoquiste y periodontal lateral)

Tratamiento

- Se trata de lesiones benignas en las que la enucleación y curetaje local parecen ser curativos. Aunque existen casos en las que las recidivas son raras.⁵⁴

a.3.2. Tumores no odontógenos

En la mandíbula pueden encontrarse casi todos los tipos de tumores, pero la mayoría son bastante más frecuentes en otras partes del esqueleto. Aquí sólo se considerarán los más importantes,

a.3.2.1 Clasificación

- **Primarios – Benignos**

Osteoma

Osteocondroma

Fibroma cemento – oscificante

Granuloma de células gigantes

Hemangioma

Tumor neuroectodérmico melanótico

- **Primarios – Malignos**

Osteosarcoma

Condrosarcoma

Sarcoma de Ewing

Multifocales o potencialmente multifocales:

⁵⁴ ⁵⁴ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. Lopez Davis, R Martín- Granizo – 3° Edición – PAG 203 - 204

Mieloma

Histiocitosis de células de Langerhans

- **Metastásicos**

Carcinoma

a.3.2.2 Osteomas

Los osteomas son neoformaciones aisladas de hueso compacto o esponjoso que aumentan de tamaño como consecuencia de una capacidad osteogénica propia.

Clínica

- Se manifiesta como una tumoración circunscrita que produce deformidad.
- A la palpación, se pone de manifiesto la existencia de una base de implantación ancha o incluso pediculada con consistencia dura.

Radiología

- Lesiones radiodensas, perfectamente limitadas, con contornos más o menos regulares y con las localizaciones ya mencionadas.

Histopatología

- Estructura compacta con hueso denso y escasos espacios medulares, o bien como una estructura esponjosa o trabecular caracterizada por una médula con cierta capacidad hematopoyética y numerosos fibroblastos y adipocitos.

Diagnóstico diferencial

- Osteoclerosis.
- Exostosis

- Torus mandibular, palatino.

Tratamiento

- El tratamiento de los osteomas endósteos debe ser expectante cuando no existan manifestaciones clínicas. Sin embargo, en casos de deformidad, es aconsejable una cirugía remodeladora en lugar de la exéresis, aun sabiendo que hay riesgo de recidiva.
- Los osteomas periféricos se tratan mediante extirpación quirúrgica con escoplo o instrumentos rotatorios.⁵⁵

a.3.2.3 Papiloma

Es una neoplasia benigna común que se origina del epitelio superficial

Clínica

- Crecimiento exofítico formado por numerosas proyecciones pequeñas semejantes a los dedos, que causa una lesión con superficie rugosa, verrucosa o parecida a la coliflor. Casi siempre es un tumor pedunculado bien circunscrito, que a veces es sésil.
- Frecuente en lengua, labios, mucosa, encía y paladar en particular en área adyacente a la úvula.
- Aparecen a cualquier edad.

Histopatología

- El aspecto microscópico del papiloma es característico y consiste en muchas proyecciones largas, delgadas, semejantes a dedos que se extienden por encima de la superficie de la mucosa, cada una formada por una capa continua de epitelio escamoso estratificado, con un núcleo delgado de tejido conectivo central.

⁵⁵ CIRUGÍA BUCAL, Patología y Técnica – M. Donado, J.M. Martínez Pag 519 -520

Diagnóstico diferencial

- Fibroma

Tratamiento

- Consiste en la extirpación incluyendo la base de la mucosa dentro de la cual se inserta el pedículo o tronco.
- Casi es imposible que en el papiloma bucal se presente degeneración maligna .⁵⁶

a.3.2.4 Fibroma oscificante

Se conoce también con los nombres de fibroma osteógeno, osteofibroma, fibroosteoma y fibrocementoma. El fibroma osificante se considera de localización exclusiva de maxilar, mandíbula y huesos craneofaciales, considerándose que las localizaciones a otro nivel se corresponden con displasias fibrosas.

Clínica

- Su mayor pico de afectación es entre la segunda y cuarta décadas de vida.
- Localización preferente en la región molar y premolar de la mandíbula.
- Tumor de consistencia dura, indolora y de crecimiento lento, que produce deformidad progresiva, siendo este último aspecto el motivo habitual de la consulta.

Radiología

- Imágenes radiotransparentes uniloculares y, con menor frecuencia, multiloculares que representan contenido fibroso o trabecular osteoide sin clasificar.

⁵⁶ Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 86-88

- Cuando este último se calcifica, la visualización radiológica se transforma en una lesión radiodensa-radiomixta con límites aparentemente definidos, por lo que se rechazaría el diagnóstico de displasia fibrosa.

Histopatología

- Tejido fibroso con hueso metaplásico y abundantes masas mineralizadas.
- Los elementos celulares presentes son fundamentalmente osteoblastos, escasas células gigantes multinucleadas y osteoclastos.

Diagnóstico diferencial

- Displasia fibrosa

Tratamiento

- El tratamiento quirúrgico se hará mediante resección en bloque, y no la enucleación y curetaje por riesgo de recidiva.⁵⁷

a.3.2.5 Melanoma maligno

Los melanomas intraorales son infrecuentes, pero tienen un pésimo pronóstico. Su largo periodo asintomático y el hecho de que se vean menos fácilmente que los cutáneos ocasionan que el diagnóstico se realice indeseablemente tarde

Clínica

- El pico de edad se sitúa entre los 40 y 60 años.
- Los hombres presentan una frecuencia ligeramente mayor.

⁵⁷ CIRUGÍA BUCAL, Patología y Técnica – M. Donado, J.M. Martínez Pag 529

- La localización habitual son el paladar y el reborde alveolar superior, la lengua se afecta raramente, y pocos melanomas se desarrollan en lugares aislados por toda la cavidad oral.
- Suelen ser de color marrón oscuro o negro, pero el 15% de los melanomas orales pueden no ser pigmentados y clásicamente rojos o pardos.

Histopatología

- Melanocitos neoplásicos, con frecuencia rodeados de halos claros, tanto dentro del epitelio como invadiendo los tejidos profundos. Estas células son redondeadas o fusiformes, con una pigmentación intensa o moteada de melanina.
- Los melanocitos malignos invaden tanto el epitelio como el tejido conjuntivo.

Tratamiento

- Se recomienda la escisión amplia con un margen de 2 a 5 cm si es posible(con frecuencia con una disección de cuello) seguida de radioterapia radical o quimioterapia o ambas.⁵⁸

a.3.2.6 Liquen plano

Se trata de una enfermedad frecuente que afecta al epitelio escamoso estratificado (boca, piel, pelo, uñas o genitales), pero es de etiología desconocida. No se piensa que sea infeccioso, pero en ocasiones se relaciona con la diabetes, fármacos, obturaciones dentales u otras afecciones. Se puede relacionar a enfermedades autoinmunitarias.⁵⁹

⁵⁸ MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL – R.A. CAWSON – E.W ODELL 8° EDICIÓN PAGINA- 329 - 331

⁵⁹ ATLAS COLOR DE ENFERMEDADES BUCALES – Robert P.Langlais, Craig S. Miller, Jill S. Nield – Gehrig-PAG 250

Clínica

- Mayormente se presenta en mujeres mayores de los 40 años.
- Suelen ser bilaterales.
- Localización más frecuente es la mucosa bucal (incluyendo vestíbulos), seguida de lengua y encías, aunque las lesiones pueden localizarse en cualquier punto.
- Existen dos tipos de lesiones:
 - a) Lesiones totalmente blancas (queratósicas)
 - b) Lesiones blancas y rojas (erosivas, atróficas, ampollosas)

Histopatología

- La imagen microscópica característica muestra hiperqueratosis o hiperortoqueratosis con acantosis.
- Las crestas papilares pueden aparecer cerradas y existe una banda eosinófila amorfa a lo largo de la membrana basal.
- Infiltrado linfocitario en banda discurre bajo la membrana basal, limitado por lo general por la lámina propia.

Diagnóstico diferencial

- Mordeduras y succión de carrillos.
- Se producen lesiones blancas electrogalvánicas, así como lesiones blancas y rojas, en los casos que se utilizan metales similares.⁶⁰

Tratamiento

- Administración de vitamina A (200-4.000 U/día) en ocasiones obtiene buenos resultados.

⁶⁰ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES – Norman K. Wood, Paul W, Goaz - PAG 106 –110

- En las formas erosivas y ampollosas se utilizarán corticoides locales como el acetónido de triamcinolona al 0,5 % en Orabase, Hidrocortisona, Clobetasol o Betametasona.
- En situaciones de brotes agudos, se pautarán corticoides por vía sistémica en dosis de 20 – 30 mg/día durante 3 semanas reduciendo progresivamente la dosis⁶¹

a.3.2.7 Carcinoma adenoide

La mayor parte de los tumores de las glándulas salivales surgen del epitelio del aparato conductual, pero se observan lesiones ocasionales que muestran una diferenciación en las células acinares.

Clínica

- Aunque se ha dicho que este tumor se presenta principalmente en la parótida, en ocasiones puede aparecer en otras glándulas mayores y en las accesorias intrabucales.
- Los sitios intrabucales más comunes, donde se localiza este tumor son los labios y la mucosa bucal.
- El carcinoma de células acínicas predomina en personas de edad media o un poco mayores, pero se han encontrados de los 20 años.

Histopatología

- Está rodeada por una cápsula delgada, puede estar compuesto de células de diversos grados de diferenciación.
- Las células bien diferenciadas tienen una notable semejanza con las acinares normales, mientras que las menos diferenciadas se asemejan a conductos embrionarios y a células acinares inmaduras.

⁶¹ CIRUGÍA BUCAL, Patología y Técnica – M. Donado, J.M. Martínez Pag 557

Diagnóstico diferencial

- Adenoma pleomórfico .

Tratamiento.

- En la mayor parte de los casos los tratamientos han sido quirúrgicos.
- No se ha demostrado que la radioterapia tenga valor terapéutico.
- Es importante reconocer que se pueden presentar recurrencias años después de la cirugía.⁶²

a.3.2.8 Condrosarcoma

Es una neoplasia maligna cartilaginosa. Puede de tejido condroide o restos embriológicos cartilaginosos (primarios) o de lesiones benignas previas como los condromas (secundarias). Se han descrito casos a nivel de ATM.⁶³

Clínica

- Más frecuente en maxila entre los 30 y 50 años.
- Crecimiento lento, mucosa sana, indolora, puede confundirse con tumor benigno.

Radiología

- Radiolúcido, uniloculado.
- Puede desplazar piezas dentarias y ocasionar rizólisis.

Histopatología

- Condrocitos atípicos sin formación de osteoide, a veces con calcificaciones residuales.

⁶² Tratado de patología bucal – W.G. SHAFFER B.M. LEVY – PAG 250- 251

⁶³ Cirugía Oral y Maxilofacial – A. Lopez Davis, R Martín- Granizo – 3º Edición – PAG 321

- Existen diferentes grados de diferenciación, bien, regular y mal diferenciado, con distinto pronóstico.

Tratamiento

- Extirpación con margen de seguridad⁶⁴

a.3.2.9 Carcinoma de células escamosas

El carcinoma de células escamosas surge del epitelio de revestimiento de la cavidad oral y criptas amigdalina orofaríngeas. Es el cáncer más común de la cavidad oral y la orofaringe, representa el 90% de los casos.

Clínica

- Se da mayormente en hombres a la edad de 50 años.
- Tabaco es el factor de riesgo más importante.
- Surgen de los labios, lengua, suelo de boca, encías, paladar y mucosa bucal.
- Cambios premalignos presentes como parches mucosos blancos (leucoplasia) o rojos (eritoplasia).
- Muchos pacientes tienen metástasis en ganglios linfáticos cervicales en la presentación.

Radiología

- La evaluación radiológica se utiliza principalmente para fines de ensayo.
- Tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones en ocasiones se utiliza para determinar la extensión de la invasión local y la presencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales o distantes.

⁶⁴ ATLAS DE PATOLOGÍA DE LOS MAXILARES – DR Luis Alfaro Lima – Dr Benjamín Martínez Rondanelli.- Pág. 299

Histopatología

- Nidos y cordones de células infiltrantes muestran diferentes grados de diferenciación escamosa (citoplasma rosa, puentes intercelulares y perlas de queratina).
- Reacción del estroma desmoplásico incluyendo la fibrosis del estroma y la inflamación crónica.

Diagnóstico diferencial

- Hiperplasia pseudoepiteliomatosa.
- Atipia inducida por radiación.
- Sialometaplasia.
- Melanoma
- Sarcoma o linfoma.

Tratamiento

- Cirugía primaria es el tratamiento estándar.
- Radioterapia y quimioterapia adyuvantes se usan a menudo para la enfermedad en etapa más avanzada.⁶⁵

a.4. Infecciones mayores de la boca, los maxilares y tejidos periorales

3.1.3.2.1 Osteomielitis

En ocasiones, un absceso periapical origina una osteomielitis aguda o crónica, sobre todo en pacientes con resistencias sistémicas disminuidas o hueso muy denso.

La osteomielitis se define como una infección ósea que afecta a los tres componentes: periostio, cortical y médula.

⁶⁵ PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO – SEGUNDA EDICIÓN – Lester D.R. Thompson – PAG 218 -225

La osteomielitis aguda es similar a los abscesos alveolares primarios agudos, dado que su inicio y curso pueden ser tan rápidos que aún no se haya producido reabsorción ósea. Por tanto, es posible que no exista radiotransparencia.

La osteomielitis crónica puede mostrar cuatro imágenes radiográficas diferentes: imágenes totalmente radiotransparentes, imágenes mixtas radiotransparentes y radiopacas, imágenes completamente radiopacas y periostitis proliferativa. Esta última puede reconocerse por la disposición en capas algo radiopacas del periostio, con proliferación periférica del hueso.

Clínica

- Es infrecuente observar osteomielitis en maxilar superior, debido a su vascularización, comparativamente más rica, sin embargo, cuando se produce, puede constituir una infección más fulminante que las observadas en el maxilar inferior.⁶⁶
- Dolor intenso e hipersensibilidad dolorosa, tumefacción, hipoestesia labial y pérdida ocasional de dientes, exudado purulento y hueso necrótico (secuestro)
- Mayormente se da en varones.
- Adultos jóvenes.⁶⁷

Histopatología

- Hueso necrótico que puede estar invadido con microorganismos.
- Hueso esclerótico.
- Infiltrado de los granulocitos polimorfonucleares.
- Tejido de granulación.

⁶⁶ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES – Norman K. Wood, Paul W, Goaz - PAG 263

⁶⁷ ATLAS COLOR DE ENFERMEDADES BUCALES – Robert P.Langlais, Craig S. Miller, Jill S. Nield – Gehrig-PAG 311- 312.

- Senos revestidos por epitelio escamoso.

Diagnóstico diferencial

- Displasia ósea
- Displasia fibrosa
- Enfermedad de Paget

Tratamiento

- El tratamiento de la osteomielitis aguda consiste en antibióticos y la eliminación de hueso muerto.
- La osteomielitis crónica es más difícil de manejar, a menos que se extraiga toda la necrosis ósea y los microorganismos.

3.2. Antecedentes

3.2.1. Antecedentes internacionales

Emmanuel Guerrero Soto, Elizabeth Lara Pérez Marco Alonso Gallego Corona, Lilia Susana Gallardo Vidal, María de Jesús Vázquez Aspeitia en Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro dice: En nueve años se registraron 341 diagnósticos histopatológicos referidos por el Servicio de Cirugía Maxilofacial 204 correspondieron al sexo femenino y 137 al masculino. Las edades fueron de los ocho meses a los 85 años, siendo el grupo de edad más frecuente el de los 30 a los 50 años, con una moda de 40 años. Se encontró una alta prevalencia de carcinoma epidermoide y una baja prevalencia de granuloma y quiste periapical, en comparación con otros estudios afines.⁶⁸

⁶⁸ Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro (disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2017/cb171g.pdf>)

3.2.2. Antecedentes nacionales

Hosting Barría Rodríguez en Prevalencia de las patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2010 al 2015 dice: Las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia fueron: enfermedad de Sjögren con 35.04%, quiste de retención mucoso con 7.01%, fibroma traumático con 6.88%, granuloma periapical con 5.51%, hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) con 4.38%, granuloma piógeno con 4.13%, quiste periapical con 3.88%, tumor odontogénico queratoquístico con 2.88%, y carcinoma epidermoide, amiloidosis y lesiones por virus del papiloma humano con 2.75% cada uno.⁶⁹

4. HIPÓTESIS

Es probable que la prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales sea alta en el servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Militar de la III División del Ejército en los años del 2005 al 2006.

⁶⁹ PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS BUCOMAXILOFACIALES DIAGNOSTICADAS HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE BIOPSIA EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DEL 2010 AL 2015(disponible en http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2735/1/barria_rh.pdf)



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1. Técnicas

a) Precisión de la técnica

Se utilizará la técnica de observación indirecta.

b) Descripción de la técnica

Se seleccionará un grupo de informes patológicos anexados a las historias clínicas de pacientes del HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO

Los días de la revisión radiográfica se observaron las radiografías de pacientes del año 2005 al 2016, separando por grupos cada patología.

c) Diseño investigativo

c.1 El tipo de investigación es observacional ya que se verificará la relación entre las variables de investigación.

1.2. Instrumentos

a) Instrumental Documental

Ficha de observación clínica.

b) Modelo de Instrumento

Anexo 1.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

La investigación se realizará en el ámbito del Hospital Militar de la III División del Ejército.

2.2. Población

Está constituida por los pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Militar de la III División del Ejército.

2.3. Muestra

La muestra está constituida por 107 unidades de estudio.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

3.1.1 Coordinación

Se coordinó con el director del Hospital Militar de la III División del Ejército, se gestionó la autorización para acceder a los archivos físicos y virtuales de la organización.

3.2. Recursos

a) Recursos Humanos

- **Investigador:** Wilmer José Antonio Baldárrago Ochoa
- **Asesor:** Willmer José Baldárrago Salas

b) Recursos Físicos

Ambiente particular de trabajo personal

c) Recursos Institucionales

Local del Hospital Militar de la III División del Ejército

d) Recursos Institucionales

Autofinanciado.

3.3. Manejo de datos

El ordenamiento de datos será manual, consignando en la matriz de datos todos los pacientes en relación a cada tipo.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJO DE RESULTADOS.

4.1. Plan de procesamiento

a. Tipo de procedimiento

Los datos serán procesados de manera electrónica.

b. Operaciones del procesamiento

b.1 Clasificación.

La información fue obtenida mediante las fichas de recolección de datos y sistematizada en una matriz de datos.

b.2 Codificación:

Se realizó codificación por dígitos.

b.3 Recuento:

Matrices de conteo.

b.4 Tabulación

Tablas de frecuencia para el cruce de variables categóricas.

b.5 Graficación

Gráficos de barras

4.2. Plan de análisis de los datos

a. Tipo de análisis

Cuantitativo.





CAPÍTULO III RESULTADOS

TABLA N° 1
Lesiones Orales y Maxilofaciales Según Sexo

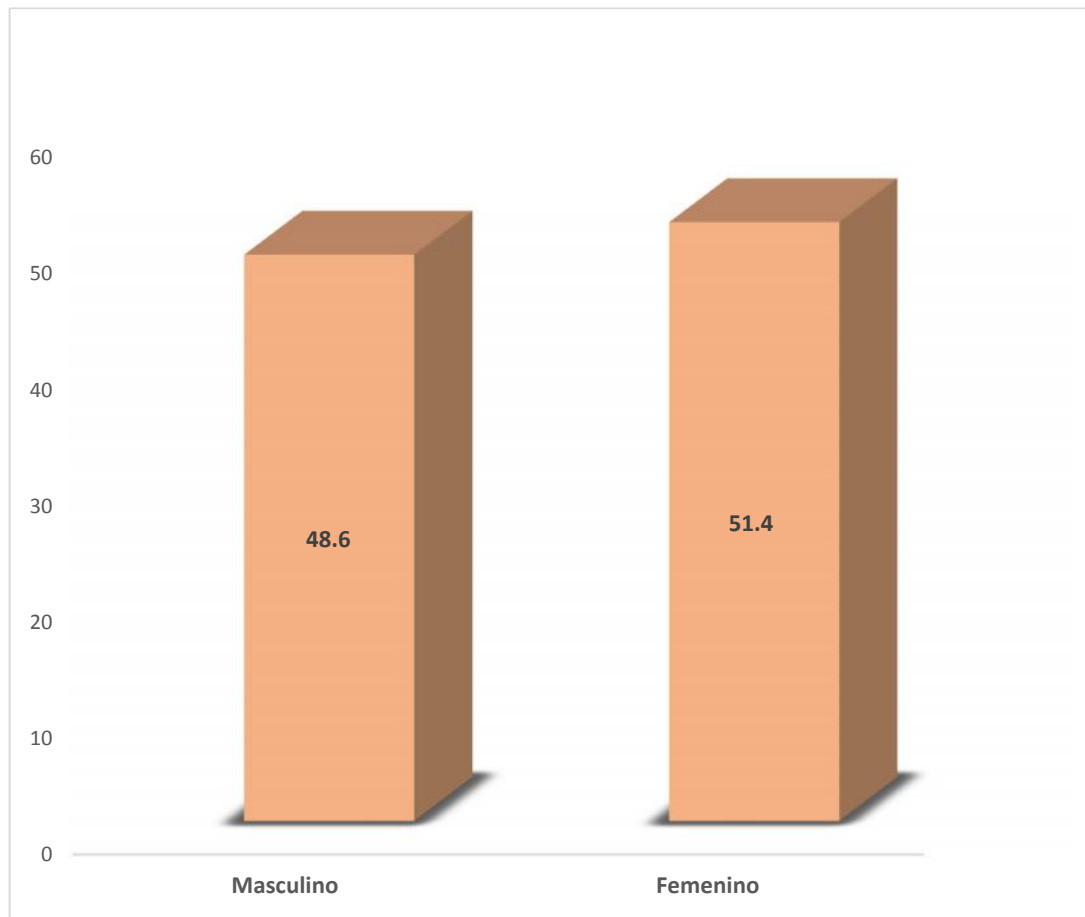
Sexo	Total	
	Nº	%
Total:	107	100.0
Masculino	52	48.6
Femenino	55	51.4

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

INTERPRETACIÓN:

Observamos que la prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales durante el periodo de estudio, fue ligeramente mayor en pacientes mujeres 51.4% que los pacientes varones 48.6%

GRÁFICO N° 1
Lesiones Orales y Maxilofaciales Según Sexo



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

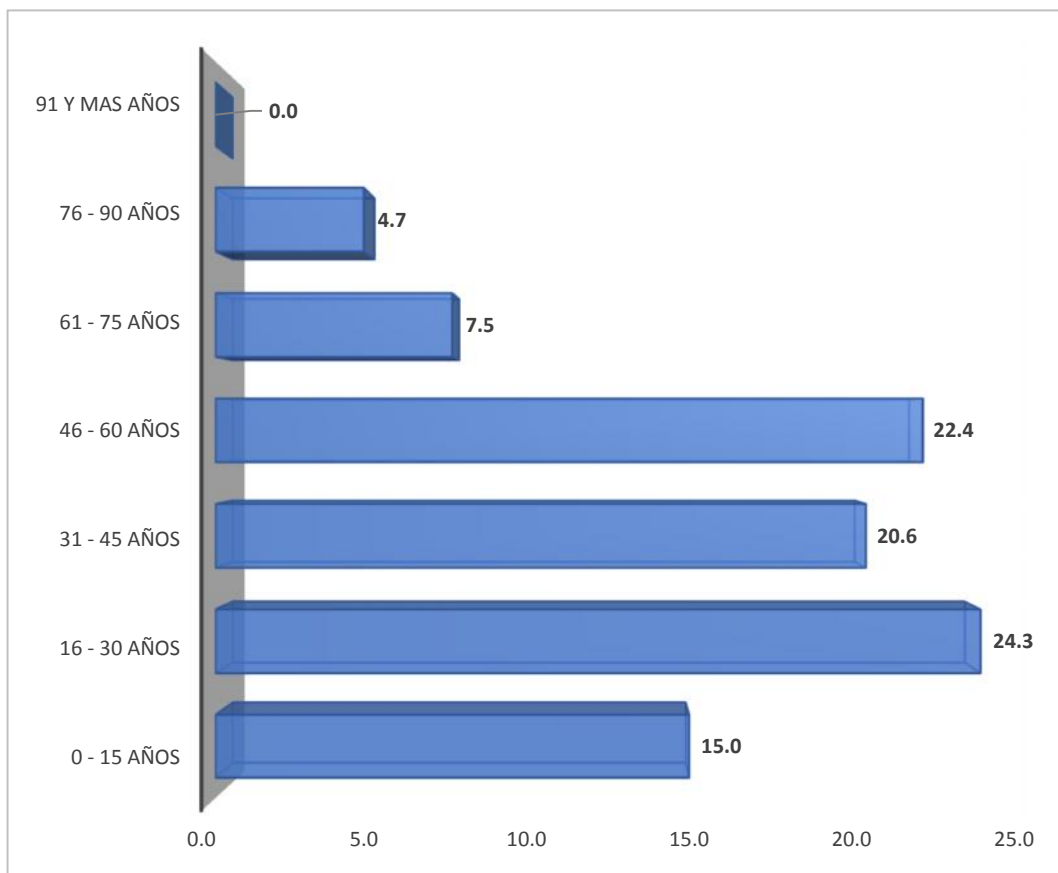
TABLA N° 2
Prevalencia de Lesiones Orales y Maxilofaciales Por Grupos de Edad

Grupos de Edad	Total	
	Nº	%
Total:	107	100.0
0 - 15 años	16	15.0
16 - 30 años	26	24.3
31 - 45 años	22	20.6
46 - 60 años	24	22.4
61 - 75 años	8	7.5
76 - 90 años	5	4.7
91 y más años	0	0.0

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

Se puede ver en el presente cuadro, que la mayor prevalencia, se dio en el grupo de edad entre 16 a 30 años de edad de 24.3% entre 46 a 60 años 22.4%, entre 31 a 45 años 20.6% entre los grupos de mayor prevalencia.

GRÁFICO N° 2
Prevalencia de Lesiones Orales y Maxilofaciales Por Grupos de Edad



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

TABLA N° 3
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en varones

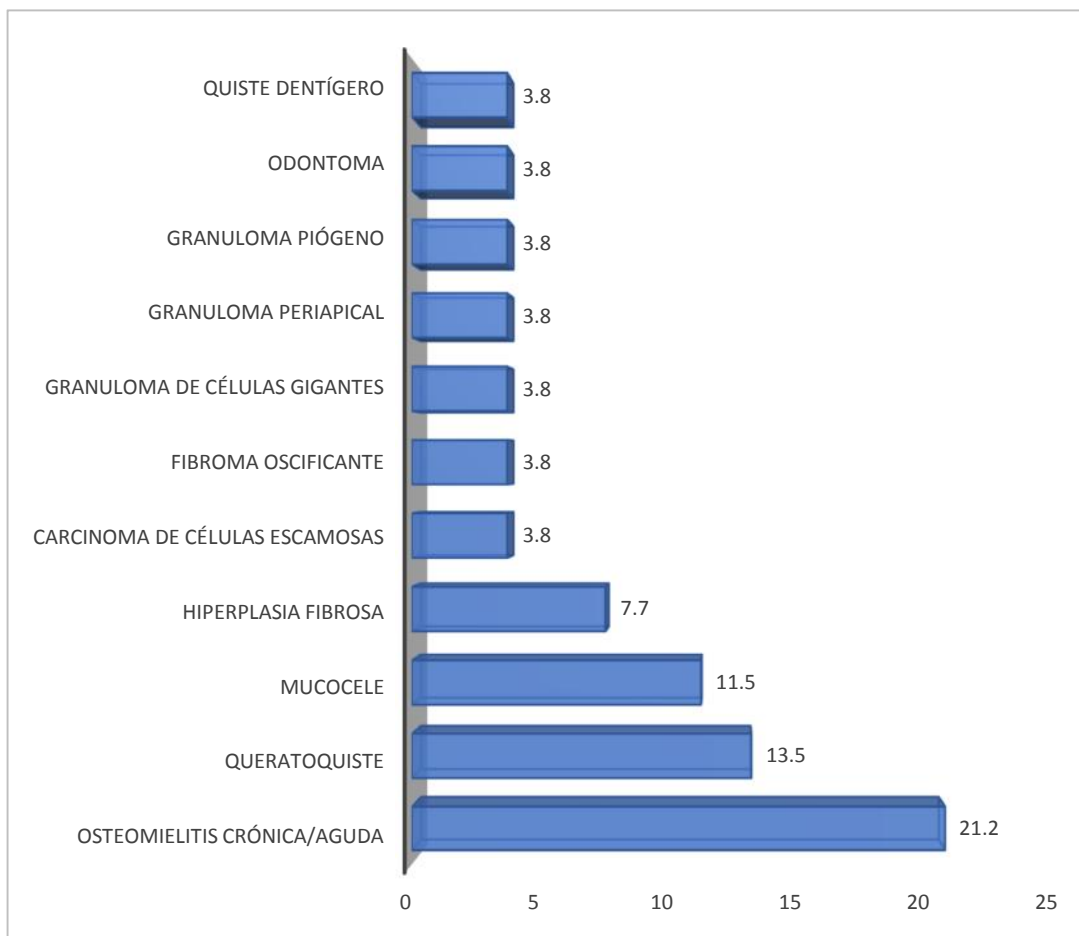
Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total	52	100.0
Osteomielitis Crónica/aguda	11	21.2
Queratoquiste	7	13.5
Mucocele	6	11.5
Hiperplasia fibrosa	4	7.7
Carcinoma de células escamosas	2	3.8
Fibroma oscificante	2	3.8
Granuloma de células gigantes	2	3.8
Granuloma Periapical	2	3.8
Granuloma piógeno	2	3.8
Odontoma	2	3.8
Quiste dentígero	2	3.8
Ameloblastoma	1	1.9
Cementoblastoma	1	1.9
Condroma	1	1.9
Exostosis ósea	1	1.9
Melanoma	1	1.9
Osteoma	1	1.9
Papiloma de células escamosas	1	1.9
Quiste odontogénico glandular	1	1.9
Quiste óseo traumático	1	1.9
Sialodentitis	1	1.9

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

Observamos que, en varones, que las lesiones orales y maxilofaciales de mayor prevalencia es osteomielitis crónica/aguda 21.2%, queratoquiste 13.5%, mucocele 11.5% entre las más importantes.

GRÁFICO N° 3

Principales Lesiones Orales y Maxilofaciales en Varones



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

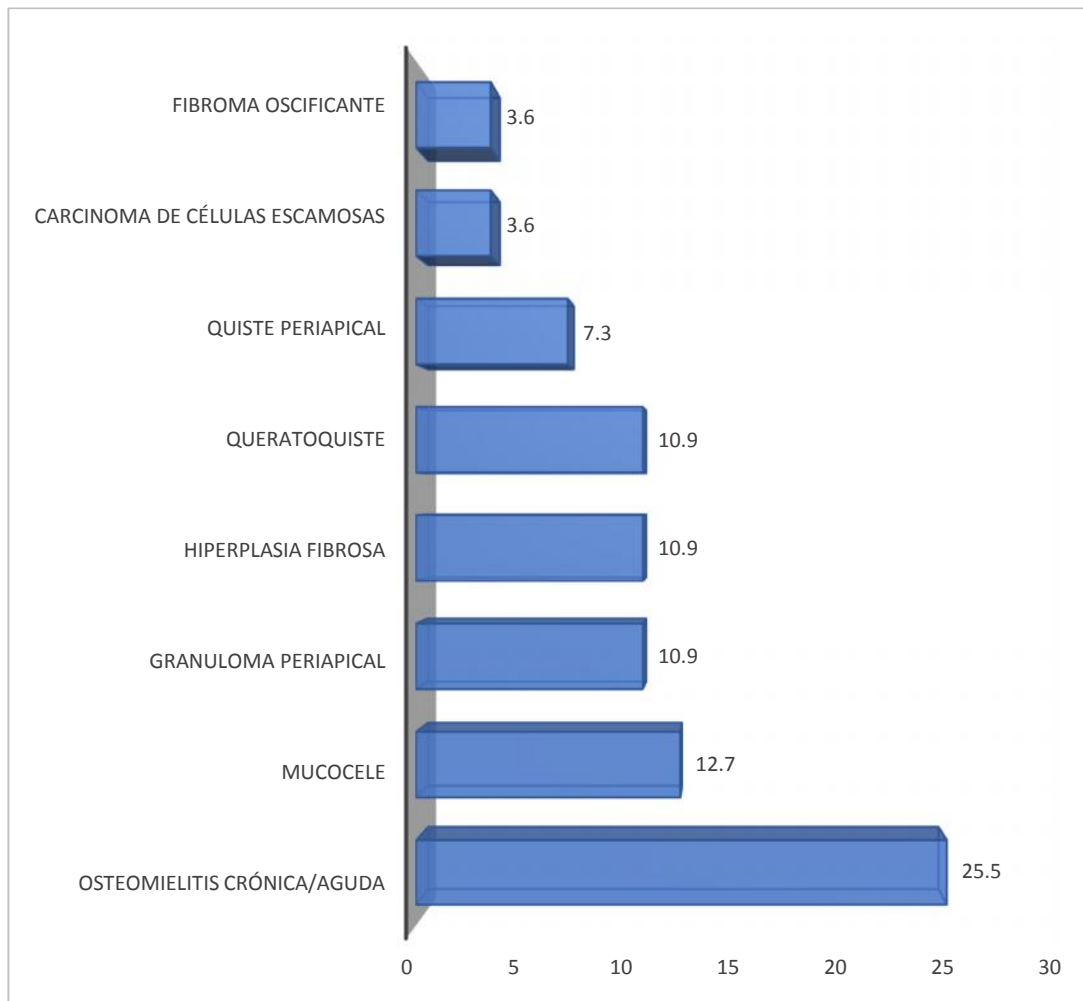
TABLA N° 4
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en mujeres

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total:	55	100.0
Osteomielitis Crónica/aguda	14	25.5
Mucocele	7	12.7
Granuloma Periapical	6	10.9
Hiperplasia fibrosa	6	10.9
Queratoquiste	6	10.9
Quiste periapical	4	7.3
Carcinoma de células escamosas	2	3.6
Fibroma oscificante	2	3.6
Adenoma	1	1.8
Ameloblastoma	1	1.8
Liquen simple	1	1.8
Mixoma	1	1.8
Necrosis grasa nódulo quística	1	1.8
Osteoma	1	1.8
Quiste dentígero	1	1.8
Quiste odontogénico glandular	1	1.8

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

En pacientes mujeres, observamos que las lesiones orales y maxilofaciales de mayor prevalencia, fue la osteomielitis crónica/aguda 25.5%, mucocele 12.7%, granuloma periapical 10.9%, hiperplasia fibrosa 10.9%, queratoquiste 10.9%. Entre los más importantes.

GRÁFICO N° 4
Principales Lesiones Orales y Maxilofaciales en Mujeres



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

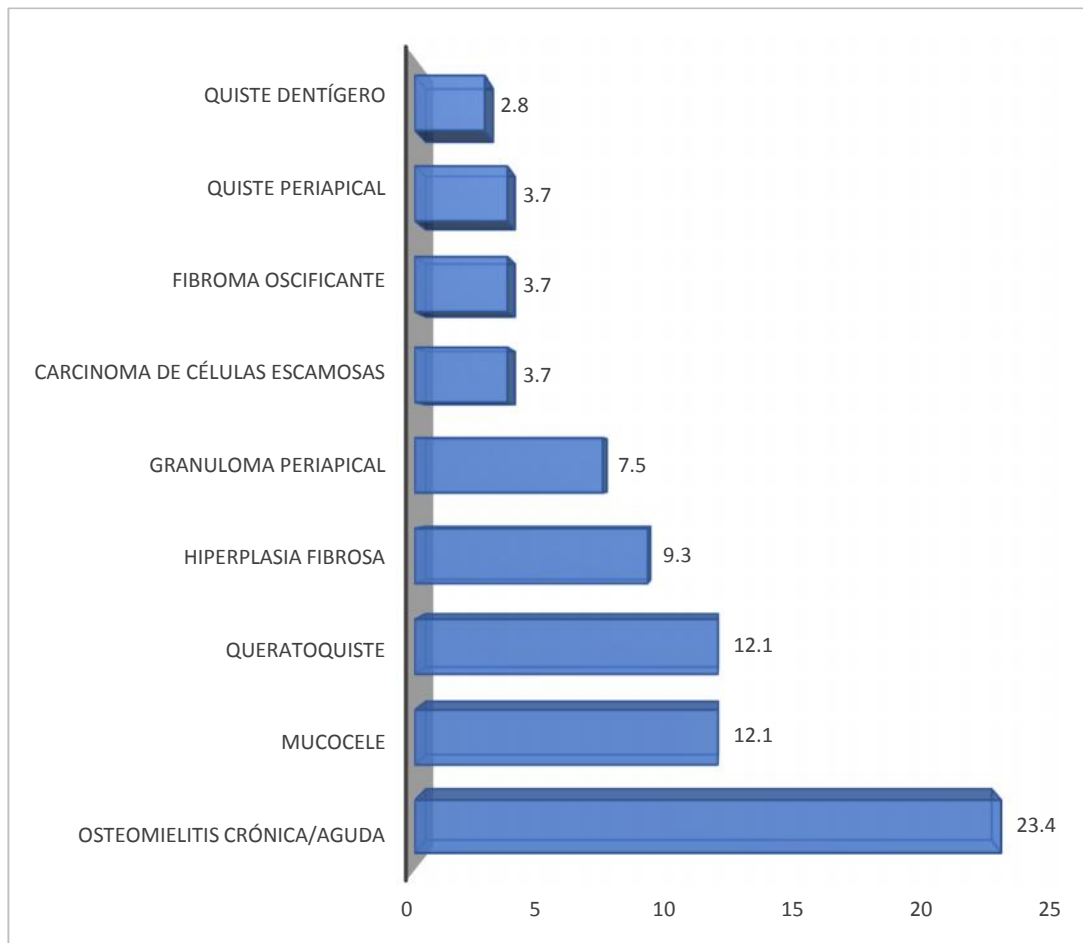
TABLA N° 5
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en ambos sexos

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total	107	100.0
Osteomielitis Crónica/aguda	25	23.4
Mucocele	13	12.1
Queratoquiste	13	12.1
Hiperplasia fibrosa	10	9.3
Granuloma Periapical	8	7.5
Carcinoma de células escamosas	4	3.7
Fibroma oscificante	4	3.7
Quiste periapical	4	3.7
Quiste dentígero	3	2.8
Ameloblastoma	2	1.9
Granuloma de células gigantes	2	1.9
Granuloma piógeno	2	1.9
Odontoma	2	1.9
Osteoma	2	1.9
Quiste odontogénico glandular	2	1.9
Adenoma	1	0.9
Cementoblastoma	1	0.9
Condroma	1	0.9
Exostosis ósea	1	0.9
Liquen simple	1	0.9
Melanoma	1	0.9
Mixoma	1	0.9
Necrosis grasa nódulo quística	1	0.9
Papiloma de células escamosas	1	0.9
Quiste óseo traumático	1	0.9
Sialodentitis	1	0.9

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

Vemos que en pacientes de ambos sexos las lesiones orales y maxilofaciales, de mayor prevalencia fue la osteomielitis crónica/aguda; mucocele 12.1%, queratoquiste 12.1%, hiperplasia fibrosa 9.3%

GRÁFICO N° 5
Principales Lesiones Orales y Maxilofaciales en Ambos Sexos



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

TABLA Nº 6

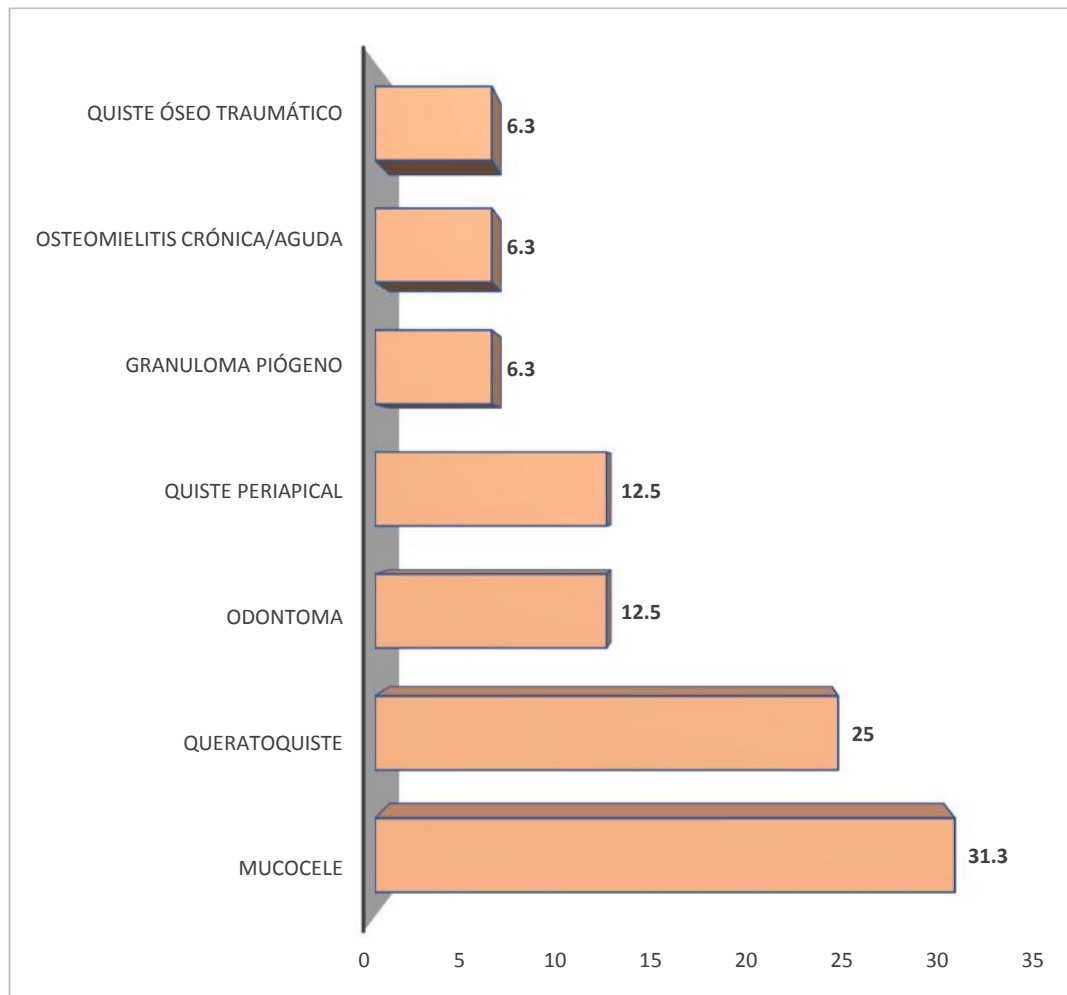
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 0 - 15 años

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total	16	100.0
Mucocele	5	31.3
Queratoquiste	4	25.0
Odontoma	2	12.5
Quiste periapical	2	12.5
Granuloma piógeno	1	6.3
Osteomielitis Crónica/aguda	1	6.3
Quiste óseo traumático	1	6.3

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

Vemos que en pacientes de 0 - 15 años, la mayor prevalencia de lesiones orales maxilofaciales, fue Mucocele 31.3%, Queratoquiste 25.0%, Odontoma 12.5%, Quiste Periapica, entre los más importantes.

GRÁFICO N° 6
Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 0 - 15 años



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

TABLA N° 7

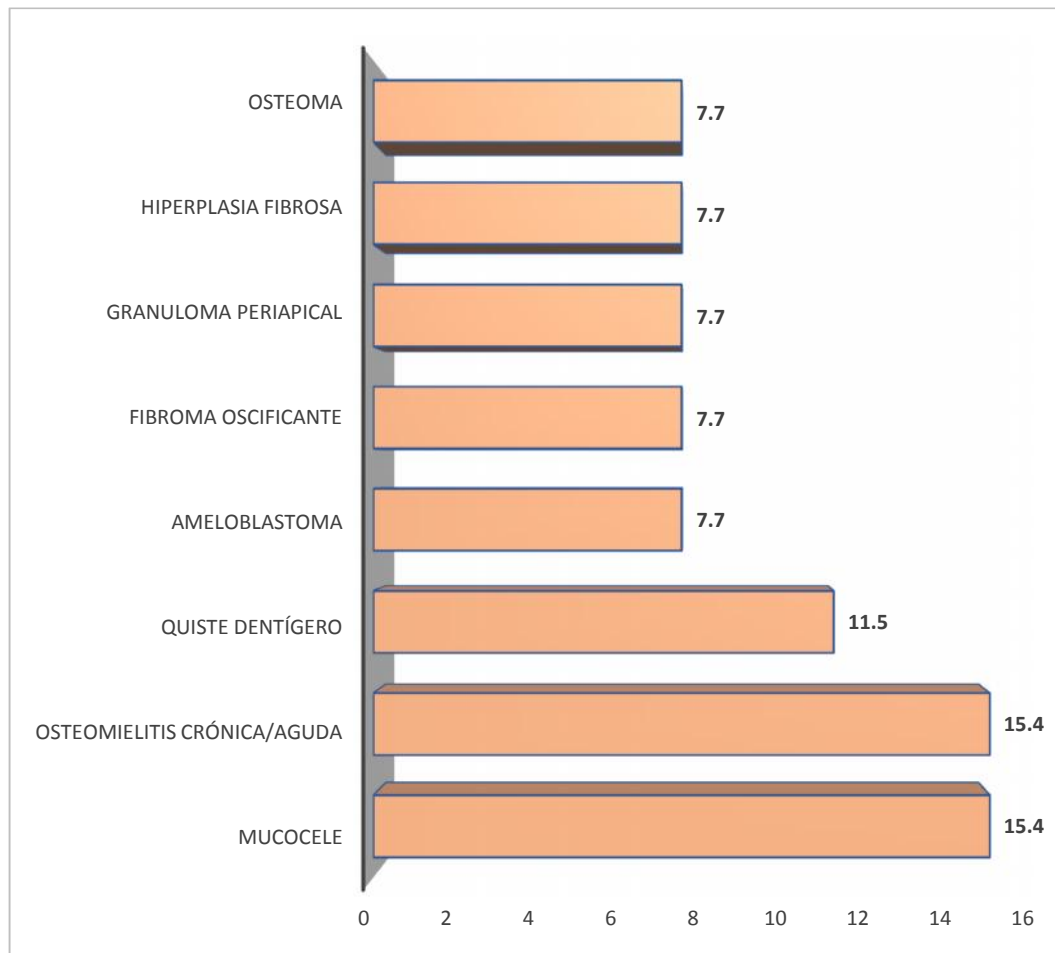
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 16 a 30 años

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total	26	100.0
Mucocele	4	15.4
Osteomielitis Crónica/aguda	4	15.4
Quiste dentígero	3	11.5
Ameloblastoma	2	7.7
Fibroma oscificante	2	7.7
Granuloma Periapical	2	7.7
Hiperplasia fibrosa	2	7.7
Osteoma	2	7.7
Cementoblastoma	1	3.8
Mixoma	1	3.8
Papiloma de células escamosas	1	3.8
Queratoquiste	1	3.8
Quiste periapical	1	3.8

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

En pacientes de 16 a 30 años .la mayor prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales fue Mucocele 15.4%, Osteomielitis Cronica/aguda 15.4%; Quiste Dentigeno 11.5%.

GRÁFICO N° 7
Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 16 a 30 años



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

TABLA N° 8

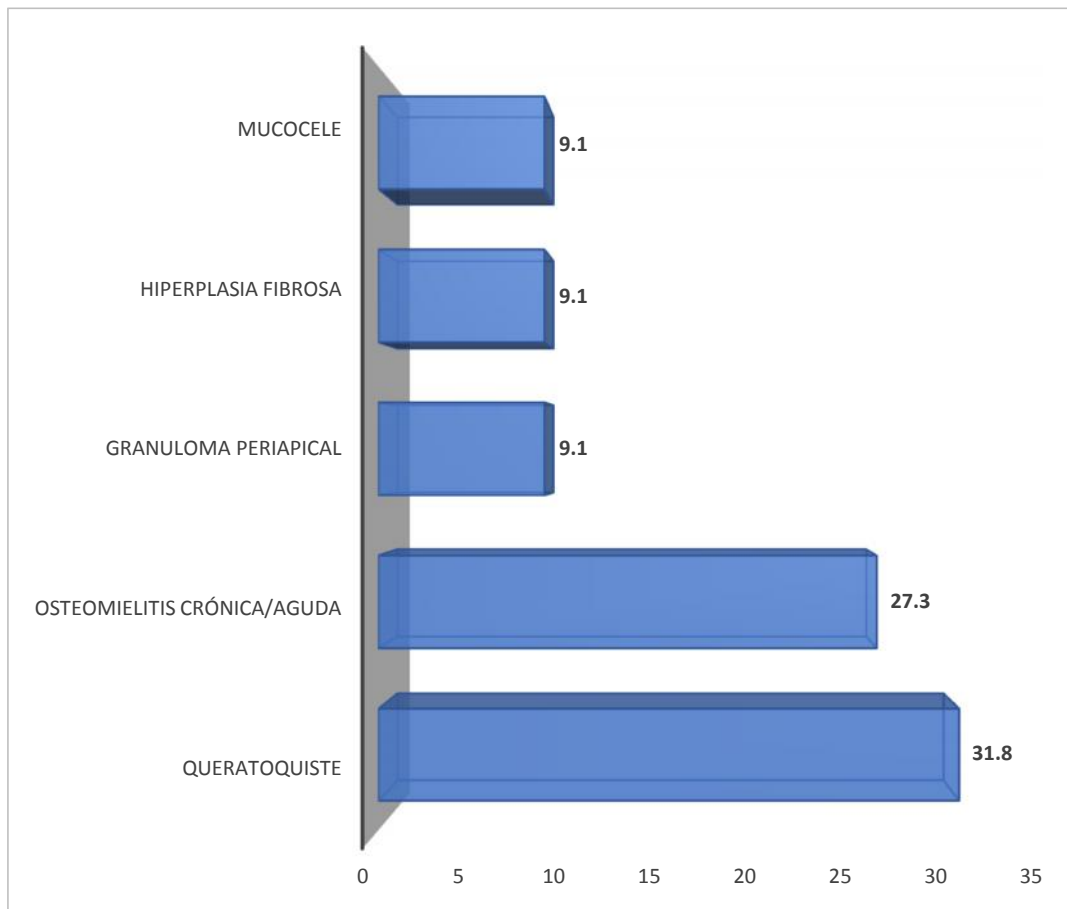
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 31 a 45 años

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total	22	100.0
Queratoquiste	7	31.8
Osteomielitis Crónica/aguda	6	27.3
Granuloma Periapical	2	9.1
Hiperplasia fibrosa	2	9.1
Mucocele	2	9.1
Carcinoma de células escamosas	1	4.5
Fibroma oscificante	1	4.5
Quiste periapical	1	4.5

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

Vemos que en pacientes con edades entre 31 a 45 años, la mayor prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales fue queratoquiste 31.8%, osteomielitis crónica/aguda 27.3%. Entre los más importantes.

GRÁFICO N° 8
Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 31 a 45 años



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

TABLA N° 9

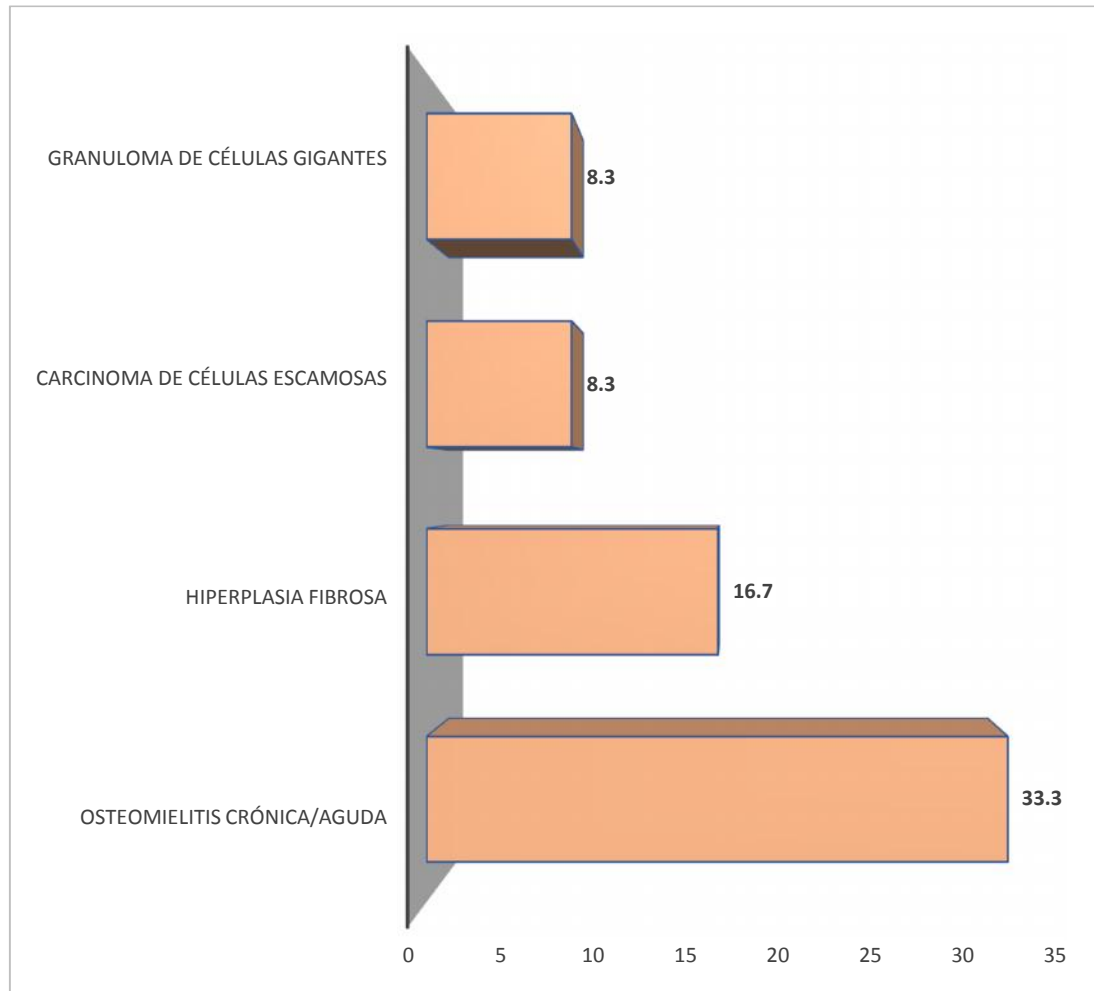
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 46 a 60 años

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	N°	%
Total	24	100.0
Osteomielitis Crónica/aguda	8	33.3
Hiperplasia fibrosa	4	16.7
Carcinoma de células escamosas	2	8.3
Granuloma de células gigantes	2	8.3
Adenoma	1	4.2
Condroma	1	4.2
Granuloma Periapical	1	4.2
Granuloma piógeno	1	4.2
Necrosis grasa nódulo quística	1	4.2
Queratoquiste	1	4.2
Quiste odontogénico glandular	1	4.2
Sialodentitis	1	4.2

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

En pacientes con edades entre 46 a 60 años, la mayor prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales fue la osteomielitis crónica/aguda en el 33.3%, hiperplasia fibrosa 16.7 %, entre los más importantes.

GRÁFICO N° 9
Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 46 a 60 años



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

TABLA N° 10

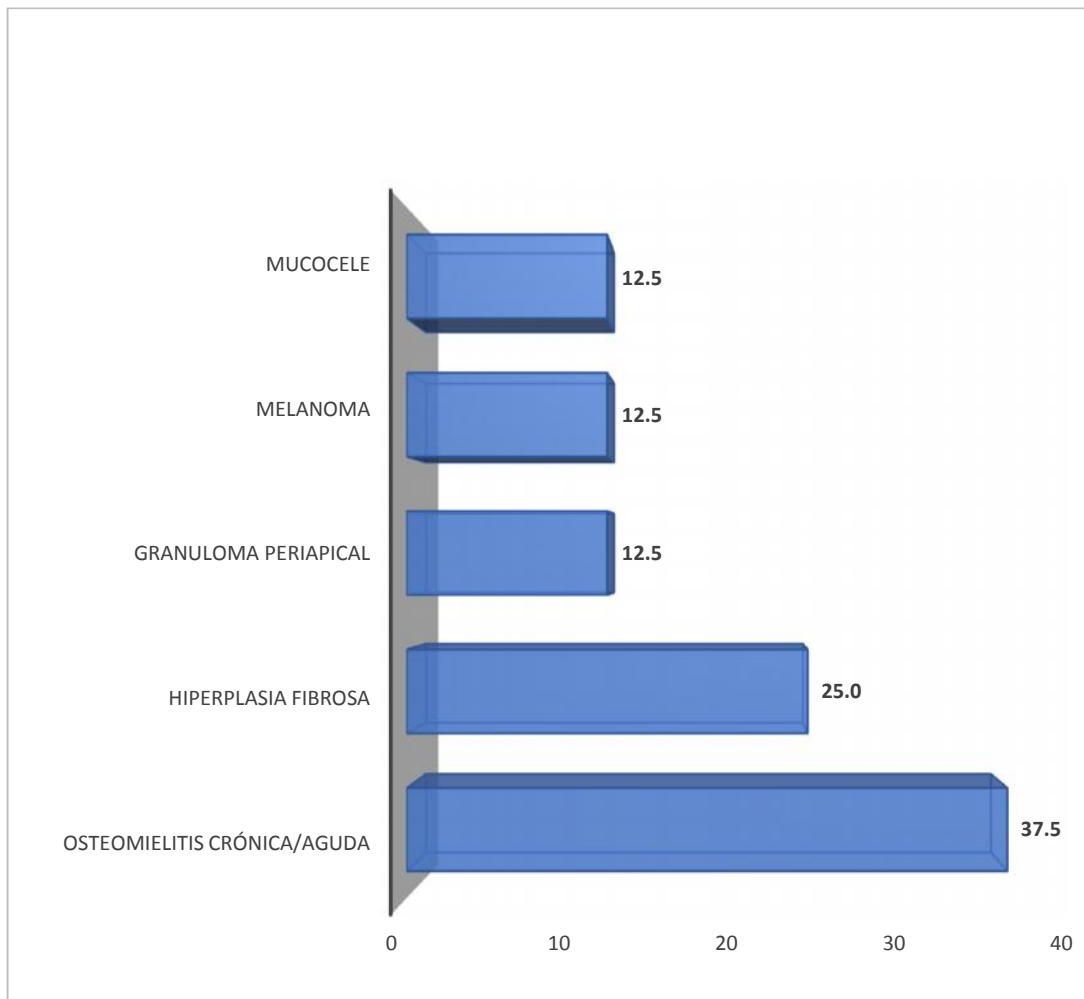
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 61 a 75 años

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total	8	100.0
Osteomielitis Crónica/aguda	3	37.5
Hiperplasia fibrosa	2	25.0
Granuloma Periapical	1	12.5
Melanoma	1	12.5
Mucocele	1	12.5

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

Como se observa en pacientes de 61 a 75 años, la mayor prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales, fue la osteomielitis crónica/aguda, en el 37.5%, hiperplasia fibrosa 25.0%, entre los más importantes.

GRÁFICO Nº 10
Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 61 a 75 años



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

TABLA N° 11

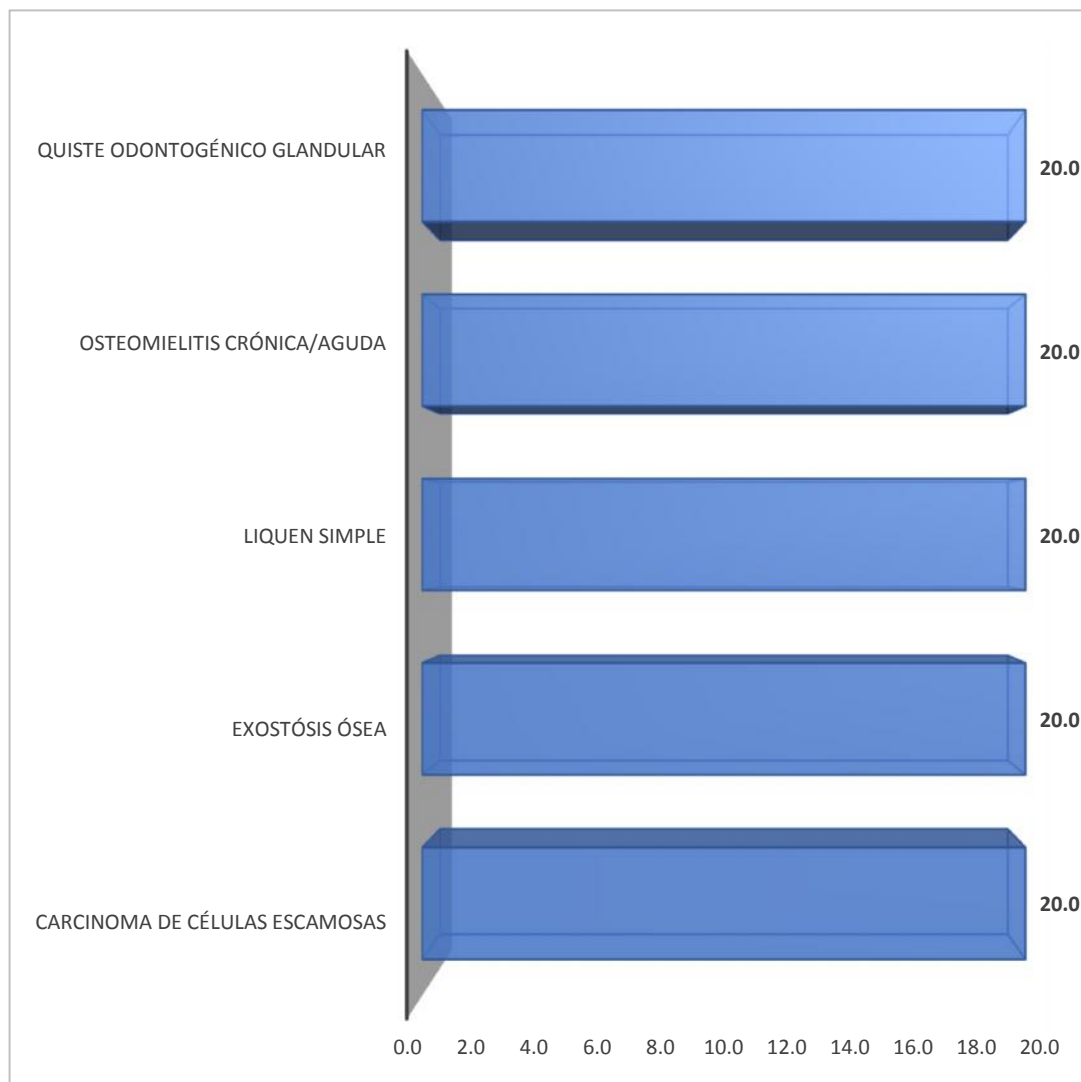
Prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en edades de 76 a 90 años

Lesiones Orales y Maxilofaciales	Total	
	Nº	%
Total	5	100.0
Carcinoma de células escamosas	1	20.0
Exostosis ósea	1	20.0
Liquen simple	1	20.0
Osteomielitis Crónica/aguda	1	20.0
Quiste odontogénico glandular	1	20.0

FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

Vemos que en pacientes de 76 a 90 años, se presentaron lesiones orales y maxilofaciales como el carcinoma de células escamosas, exostosis ósea, liquen simple, osteomielitis crónica/aguda y quiste odontogénico glandular.

GRÁFICO Nº 11
Lesiones Orales y Maxilofaciales en Pacientes de 76 a 90 años



FUENTE: Matriz de Datos. Año 2017

DISCUSIÓN

En el estudio realizado sobre la PREVALENCIA DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DIVISIÓN DE EJERCITO, EN LOS AÑOS 2005 AL 2016, logramos identificar muchas de las patologías que se presentan en nuestra región puesto que no hemos obtenido precedentes de estudios similares a este en nuestra región.

Es por tanto de vital importancia tomar las medidas preventivas necesarias para saber actuar y diagnosticar como odontólogos todo tipo de patologías y saber guiar a nuestros pacientes para un adecuado trabajo en conjunto con el fin de llevar la cura y bienestar total de la salud bucal de nuestro paciente.

En relación al objetivo general de estudio se halló que la lesión maxilofacial de mayor prevalencia fue la osteomielitis con un 23.4% y la de menor prevalencia fue la sialodentitis, quiste óseo traumático, papiloma de células escamosas, necrosis grasa nódulo quística, mixoma, melanoma, liquen simple, exostosis ósea, condroma, cementoblastoma y adenoma con un 1.9%. No coincidiendo con ningún estudio donde se encuentre que la osteomielitis crónica/aguda sea la de mayor prevalencia haciendo de este reporte singular ya que no se encontraron estudios donde se halle la osteomielitis dentro de las lesiones de mayor prevalencia.

Sin embargo, Hosting Barría Rodríguez en su estudio menciona al mucocele o quiste de retención mucoso como el segundo más prevalente reportándolo con un 7.01% en nuestro caso se reportó como el segundo con más prevalencia con un 12.1 %.

Mientras Emmanuel Guerrero Soto, Elizabeth Lara Pérez Marco Alonso Gallego Corona, Lilia Susana Gallardo Vidal, María de Jesús Vázquez Aspeitia reportaron al mucocele como la 9° enfermedad con más prevalencia en México con un 2.3 %.

El granuloma y el quiste periapical se encuentran dentro de las 10 lesiones prevalentes en el estudio de Hosting Barría Rodríguez con 5.51% y 3.88% ocupando el 4° y el 8° respectivamente difiriendo en el orden de nuestro estudio pero encontrándose estas patologías también dentro de las 10 primeras el granuloma periapical con un 7.5 % en quinto lugar y el quiste periapical con un 3.7% ocupando el octavo lugar de lesiones prevalentes.}

En nuestro estudio se ubicó el queratoquiste como la tercera lesión de mayor prevalencia con un 12.1 % encontrándose en el reporte de Emmanuel Guerrero Soto, Elizabeth Lara Pérez Marco Alonso Gallego Corona, Lilia Susana Gallardo Vidal, María de Jesús Vázquez Aspeitia en un 4.1%.



CONCLUSIONES

1. La patología más prevalente en nuestra región es la osteomielitis crónica/aguda con un 23.4 %
2. La segunda lesión más prevalente es el mucocele y el queratoquiste encontrándose ambos con un 12.1 % .
3. Las lesiones se presentaron más en mujeres en un 51.4 % y en un 48.6% en varones.
4. En el sexo masculino se encontró que la lesión de mayor prevalencia fue la osteomielitis con un 21.2% seguido del queratoquiste con un 13.5% y en tercer lugar el mucocele con un 11.5%; las lesiones de menor prevalencia fueron el ameloblastoma, cementoblastoma, condroma, exostosis ósea, melanoma, osteoma, papiloma de células escamosas, quiste odontogénico glandular, quiste óseo traumático y la sialodinitis con un 1.9%.
5. En el sexo femenino se encontró que la lesión de mayor prevalencia fue la osteomielitis con un 25.5%, en segundo lugar se encontró el mucocele con un 12.7 % seguido por el granuloma periapical, el queratoquiste y la hiperplasia fibrosa con en con un 10.9 % y entre las de menor prevalencia encontramos el quiste odontogénico glandular, el quiste dentífero, el osteoma, necrosis grasa nódulo quística, el mixoma, ameloblastoma, adenoma y liquen simple con un 1.8 %.
6. La edad en la que se presento mayor prevalencia de estas lesiones fue de 16 a 30 años seguido de las personas de 46 a 60 años y el grupo de menor prevalencia fue de las personas de 76 a 90 años con un 4.7%.
7. En el grupo de personas estudiadas de 0 – 15 años se encontró al mucocele con un 31.3 % como la lesión de mayor prevalencia.
8. En el grupo de 16 – 30 años se encontró la osteomielitis y el mucocele como las lesiones de mayor prevalencia con un 15.4 %.

9. En el grupo de personas de 31 a 45 años la lesión de mayor prevalencia fue el queratoquiste con un 31.8%.
10. En las personas de 46 a 60 años se encontró a la osteomielitis con un 33.3 %
11. En el grupo de 61 a 75 años se halló a la osteomielitis con un 37.5% .
12. En las personas de 76 a 90 años se encontró el mismo porcentaje de 20% del carcinoma de células escamosas, exostosis ósea, liquen simple, osteomielitis y quiste odontogénico glandular.



RECOMENDACIONES

Se sugiere darle más importancia al manejo de este tipo de lesiones porque muchas veces no llegamos al diagnóstico final, unos por desconocimiento y otra porque en la localidad no contamos con patólogos especialistas, estos mismos se limitan a decir solo si es benigno o maligno por lo tanto dentro de mis recomendaciones está:

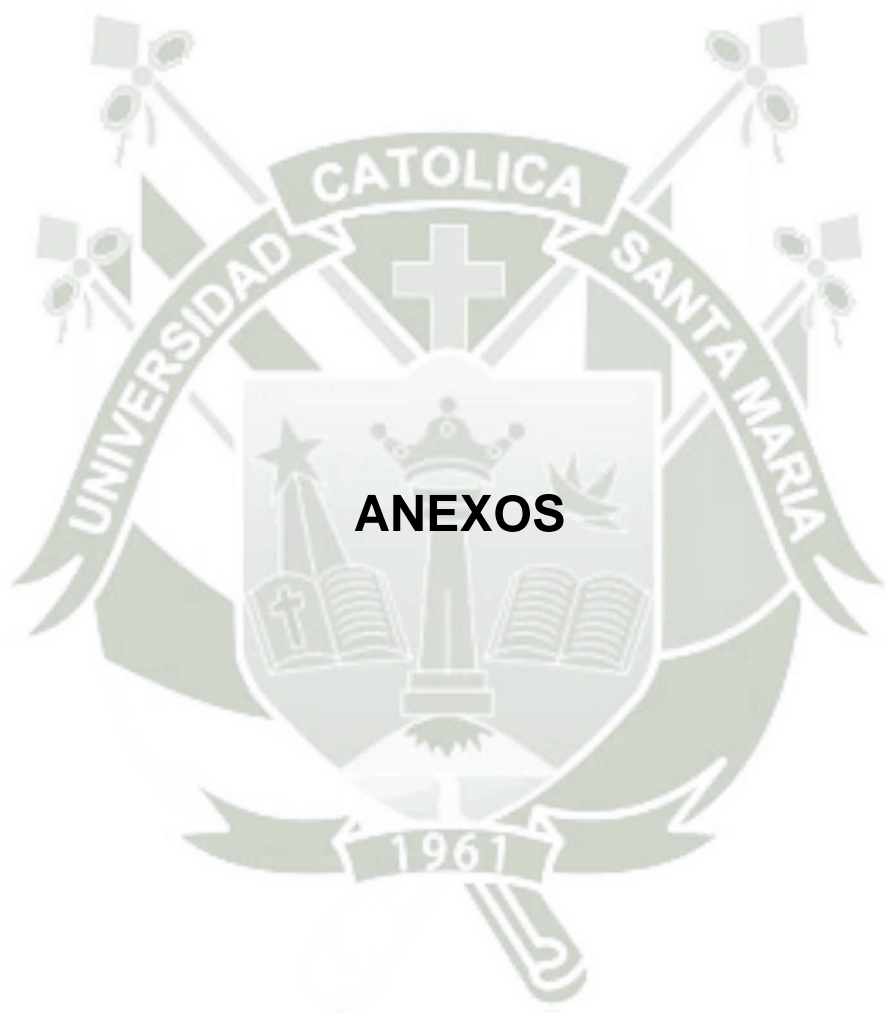
1. Implementar un profesional que nos pueda realizar los estudios anatomopatológicos .
2. Realizar estudios más profundos de este tipo para poder tener antecedentes de todo tipo de patologías.
3. Incentivar más a los alumnos y egresados a realizar estudios anatomopatológicos en pacientes que encuentren alteraciones de tejidos blandos.
4. Llevar un correcto protocolo de tratamiento para cada patología o derivarlo al cirujano maxilofacial para su correcto diagnóstico y plan de tratamiento.
5. Tener un empadronamiento y seguimiento de estos pacientes que acuden a la consulta para tener un pronóstico favorable,

BIBLIOGRAFÍA

1. ANTONIO LÓPEZ DAVIS, RAFAEL MARTÍN- GRANIZO LÓPEZ “ Cirugía Oral y Maxilofacial “ 3° Edición. Editorial Médica Panamericana, S.A,2012.
2. SHAFER W, LEVY B. “Tratado de Patología bucal”. 4ª ed. Editorial Interamericana, México, 1990.
3. R.A. CAWSON, E.W, ODELL “Medicina y Patología Oral” 8° ed. Editorial Elsevier, España, 2009
4. ROBERT P. LANGLAIS, CRAIG S. MILLER, JILL S. NIELD – GEHRIG. “Atlas Color de enfermedades bucales” . 1° ed. En español .Editorial Manual Moderno, Mexico 2009.
5. CARLOS NAVARRO VILA, FERNANDO GARCÍA MARÍN, SANTIAGO OCHANDIANO CAICOYA. “Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial” Tomo I Editorial ARÁN . Madrid 2004.
6. M. DONADO, J.M. MARTÍNEZ “ Cirugía Bucal Patología y Técnica” 4°ed. Editorial Elsevier Masson 2015.
7. NORMAN K. WOOD, PAUL W. GOAZ “Lesiones Orales y Maxilofaciales” 5° ed. Editorial Harcourt Brace España 1998
8. LUIS ALFARO LIMA, BENJAMÍN MARTINEZ RONDANELLI “Atlas de Patología de los Maxilares” 1° ed. Editorial RIPANO S.A Madrid 2011.
9. LESTER D.R THOMPSON “Patología de Cabeza y Cuello “ 2° ed. Editorial AMOLCA Venezuela 2014.
10. Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro (disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2017/cb171g.pdf>)

11. PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS BUCOMAXILOFACIALES DIAGNOSTICADAS HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE BIOPSIA EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DEL 2010 AL 2015(disponible en http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2735/1/barria_rh.pdf)





EJERCITO DEL PERU

CG : III DE

UU : HM- III DE



AUTORIZACION

EL CORONEL DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III
DIVISION DE EJERCITO, QUE SUSCRIBE:

HACE CONSTAR QUE:

SE OTORGA LA AUTORIZACION RESPECTIVA AL SEÑOR
BALDARRAGO OCHOA WILMER JOSE ANTONIO ALUMNO DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, QUIEN VA A DESARROLLAR
SU PROYECTO DE INVESTIGACION **PREVALENCIA DE LESIONES ORALES
Y MAXILOFACIAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
EN ESTE HOSPITAL MILITAR CORRESPONDIENTE A LOS AÑOS 2005 AL
2016**, PARA LO CUAL SE LE OTORGA EL PERMISO RESPECTIVO A FIN QUE
PUEDA DESARROLLAR DICHO PROYECTO DE INVESTIGACION

AREQUIPA, 11 DE DICIEMBRE DEL 2017




0-300182667- O+
JULIO ARTURO RIVERA RODRIGUEZ
CRI ART
DIRECTOR HM - III DIVISION DEL EJÉRCITO

MATRIZ DE DATOS

Orden	PATOLOGÍA	0 - 15	16 - 30	31 - 45	46 - 60	61 - 75	76 - 90	91 a +	M	F	TOTAL
22	Adenoma				1					1	1
21	Ameloblastoma		2						1	1	2
2	Carcinoma de células escamosas			1	2		1		2	2	4
25	Cementoblastoma		1						1		1
26	Condroma				1				1		1
19	Exostosis ósea						1		1		1
11	Fibroma oscificante		2	1					2	2	4
23	Granuloma de células gigantes				2				2		2
6	Granuloma Periapical		2	2	1	1			2	6	8
13	Granuloma piógeno	1			1				2		2
14	Hiperplasia fibrosa		2	2	4	2			4	6	10
18	Liquen simple						1			1	1
1	Melanoma					1			1		1
24	Mixoma		1							1	1
3	Mucocele	5	4	2		1			6	7	13
10	Necrosis grasa nódulo quística				1					1	1
12	Odontoma	2							2		2
16	Osteoma		2						1	1	2
5	Osteomielitis Crónica/aguda	1	4	6	8	3	1		11	14	25
7	Papiloma de células escamosas		1						1		1
4	Queratoquiste	4	1	7	1				7	6	13
15	Quiste dentígero		3						2	1	3
17	Quiste odontogénico glandular				1		1		1	1	2
8	Quiste óseo traumático	1							1		1
9	Quiste periapical	2	1	1						4	4
20	Sialodentitis				1				1		1
	TOTAL	16	26	22	24	8	5	0	52	55	107

Dr. Roque M. Ortiz Loayza
MÉDICO PATÓLOGO
C.M.P. 35022 R.N.E. 18052

Dr. Mauricio Postigo Mac Dowall
MÉDICO PATÓLOGO
C.M.P. 42506 R.N.E. 20186



ANATOMIA PATOLOGICA TR - 751

NOMBRE: Chirinos Zegarra Betzi EDAD: 31 años.
SERVICIO: Cirugía maxilo facial
MUESTRA: Curetaje óseo de hueso mandibular
DIAGNÓSTICO CLÍNICO y/o IMPRESIÓN DG:
D/C osteomielitis crónica no supurativa D/C Granuloma periapical
MÉDICO: Dr. Wilmer José Baldarrago Salas.
FECHA DE RECEPCIÓN: 18 - 08 - 2015.
FECHA DE INFORME: 24- 08 - 2015.

INFORME ANATOMO PATOLOGICO

DIAGNÓSTICO:

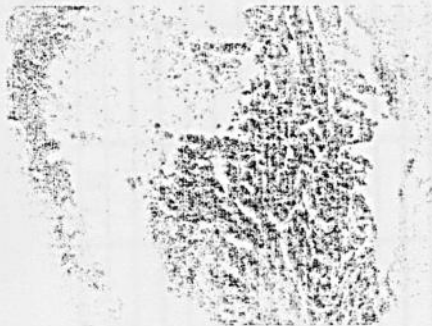
CONSISTENTE CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA SUPURATIVA.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

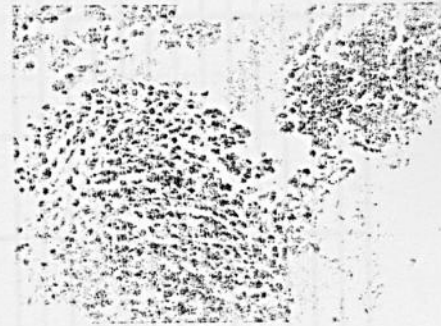
Tejido conectivo y óseo con zonas de necrosis, fibrosis y denso infiltrado de linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y neutrófilos, con tejido de granulación exuberante.

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se reciben varios fragmentos de tejido óseo que en conjunto miden 1x0,5x0,3cm
SIT (se incluye todo).



Fragmentos óseos e inflamación aguda



Neutrófilos

Dr. Roque M. Ortiz Loayza
MÉDICO PATÓLOGO
MÉDICO ANATOMO PATÓLOGO
C.M.P. 35022 R.N.E. 18052

Mauricio L. Postigo Mac Dowall
Médico Cirujano
Médico Anatómo-Patólogo
C.M.P. 42506 R.N.E. 20186