



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 13, Núm. 1 • Enero-Abril 2017 • pp. 29-35

Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro

Emmanuel Guerrero Soto,* Elizabeth Lara Pérez,** Marco Alonso Gallegos Corona,***
Lilia Susana Gallardo Vidal,+ María de Jesús Vázquez Aspeitia++

RESUMEN

Antecedentes: Las lesiones maxilofaciales que más se presentan y a las cuales se les realiza una biopsia para su posterior estudio histopatológico son los quistes, proliferaciones reactivas, neoplasias benignas, lesiones premalignas, neoplasias malignas, procesos infecciosos y los trastornos mediados por procesos inmunitarios. Las proliferaciones reactivas son las lesiones más comunes y las neoplasias malignas las menos comunes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el HGR1 Querétaro de enero de 2007 a diciembre de 2015. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyó todo estudio histopatológico referido al Departamento de Anatomía Patológica realizado por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Regional Núm. 1 Delegación Querétaro, en el periodo comprendido de enero de 2007 a diciembre de 2015, eliminando sólo aquellos estudios con ficha incompleta o donde no se haya llegado a un diagnóstico. Se desarrolló de mayo a julio de 2016. **Recursos e infraestructura:** Computadora (programas Word y Excel), impresora y papelería que corrió a cargo de los investigadores. **Resultados:** Se registraron 341

SUMMARY

Background: The most frequent maxillofacial injuries and the ones that are biopsied for further histopathological study are: Cysts, reactive proliferations, benign tumors, premalignant lesions, malignant tumors, infections and immune mediated disorders. Reactive proliferations are the most common injuries and malignancies are the least common. **Objective:** Determine the prevalence of oral and maxillofacial pathologies in Regional General Hospital 1 Querétaro, from January 2007 to December 2015. **Material and methods:** Retrospective, cross-sectional, descriptive study. Every histopathological study referred to the pathology department by the Maxillofacial Surgery Service of the Regional General Hospital No. 1 Querétaro Delegation, between January 2007 and December 2015, was included. Eliminating only the histopathological studies with incomplete file or where there wasn't a diagnosis. It was developed from May to July 2016. **Resources and infrastructure:** Computer (Word and Excel programs), printer and paper work that was covered by the researchers. **Results:** 341 histopathological diagnostics were registered, were the most common were inflammatory fibrous hyperplasia (38),

* Egresado de la Lic. en Odontología de la UAQ.
** Médico de base del Departamento de Cirugía Maxilofacial turno matutino del HGR1, IMSS.
*** Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del HGR1, IMSS.

+ Coordinación de Educación, Unidad de Medicina Familiar Núm. 13, IMSS.
++ Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF Núm. 6, IMSS.

Correspondencia:
Emmanuel Guerrero Soto
Tel: 442 239 4372
E-mail: guerrerosoto11@gmail.com

diagnósticos histopatológicos, de los cuales los más comunes fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria (38), el fibroma por irritación (25) y el carcinoma epidermoide (24). El grupo patológico más común fue el de las proliferaciones reactivas (35.19%) y el menos común el de las lesiones premalignas (1.76%).

Palabras clave: Estudio histopatológico, patología oral y maxilofacial, biopsia, prevalencia.

irritation fibroma (25) and epidermoid carcinoma (24). The most common pathological group was the reactive proliferations (35.19%) and the least common was the premalignant lesions (1.76%).

Key words: Histopathological study, oral and maxillofacial pathology, biopsy, prevalence.

INTRODUCCIÓN

La variedad de lesiones que se pueden encontrar en el complejo bucomaxilofacial hacen que el diagnóstico meramente clínico y radiográfico sea bastante complicado. Tan sólo en la cavidad bucal se han documentado alrededor de 600 enfermedades de diferentes etiologías (genéticas, autoinmunes, infecciones, neoplasias, etc.), manifestándose de diferentes formas clínicas.¹ Esto abre un mar de posibilidades diagnósticas al observar una lesión, por lo que el estándar de oro es y será el estudio histopatológico.²

Las lesiones benignas representan la abrumadora mayoría de todas las investigaciones recientes que hayan descrito la frecuencia de estudios histopatológicos; sin embargo, su porcentaje de incidencia varía de acuerdo a la región de estudio. Mientras que en investigaciones de este tipo realizadas en México, las neoplasias malignas no superan el 7% del total de lesiones,^{3,4} en otros estudios realizados en diferentes partes del mundo como Brasil (10.6%),⁵ Nigeria (13.7%)⁶ y Taiwán (16.2%)⁷ los porcentajes crecen relativamente.

En cuanto al tipo de lesión, los mismos estudios reportan que las lesiones proliferativas tales como la hiperplasia fibrosa, el mucocele, el granuloma periapical y el granuloma piógeno son las más comunes en boca. El quiste periapical, seguido del quiste dentígero resultaron las cavidades patológicas más comunes. Y mientras que la leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente en boca, el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna con mayor registro global.³⁻⁹

Las neoplasias benignas más comunes encontradas en diferentes estudios son: ameloblastoma, odontoma, lipoma, hemangioma y queratoquiste odontogénico.¹⁰⁻¹²

Los tumores de glándulas salivales menores con mayor presencia han resultado ser el adenoma pleomorfo, seguido del adenoma monomorfo en la clasificación benigna y el carcinoma mucoepidermoide; en la variante maligna, el adenocarcinoma cístico es el más común.¹³

Actualmente, en nuestra región carecemos de estudios de este tipo para conocer la incidencia de las diferentes patologías que se pueden presentar en boca. La necesidad de realizar un estudio de este tipo recae en el notable crecimiento de lesiones malignas en la cavidad bucal, llegando hasta 300,000 casos los reportados al año a nivel mundial y siendo el octavo cáncer más común; incidencia y mortalidad que resultan mayores en países en vías de desarrollo como el nuestro.¹⁴

El objetivo de la presente investigación es determinar la Prevalencia de Patologías Orales y Maxilofaciales en el HGR 1 Querétaro de enero de 2007 a diciembre de 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyó todo estudio histopatológico referido al Departamento de Anatomía Pato-lógica por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Regional Núm. 1 Delegación Querétaro, en el periodo comprendido de enero de 2007 a diciembre de 2015, eliminando sólo los estudios con ficha incompleta o donde no se haya llegado a un diagnóstico.

La recolección de datos se dio entre los meses de mayo y julio de 2016 con base en los registros electrónicos del Departamento de Anatomía Patológica del HGR 1. Posterior a esto se realizó una hoja de recolección de datos individual para cada estudio, donde se sintetizó el diagnóstico histopatológico y se agrupó en uno de los diferentes grupos patológicos (lesión premaligna, lesión quística, neoplasia benigna, neoplasia maligna, proceso infeccioso, proliferación reactiva, trastorno mediado por proceso inmunitario u otro); se registró el sexo del paciente y su edad. Por último, se importaron los datos al programa Excel donde se registraron en una tabla única, determinando la frecuencia de nuestras variables y donde se realizaron las tablas y gráficas representativas.

RESULTADOS

Se registraron 357 diagnósticos (dx) histopatológicos, de los cuales 16 se eliminaron por tener una ficha incompleta, quedando un total de 341. Las fichas refirieron que 59.82% de los dx's histopatológicos correspondían a pacientes femeninos y el 40.18% a pacientes masculinos. Las edades fueron de los ocho meses a los 85 años, siendo el grupo de edad más frecuente de los 30 a los 50 años, con una moda de 40 años.

Las proliferaciones reactivas representaron el 35.19% de los dx's histopatológicos, las neoplasias benignas el 22.29%, las neoplasias malignas el 12.61%, las lesiones quísticas el 9.09%, los procesos infecciosos el 6.74%, los trastornos mediados por procesos inmunitarios el 3.52%, las lesiones premalignas el 1.76% y por último el 8.80% se incluyó en el grupo de otros, por no poderse englobar en uno de los grupos anteriores (*Cuadro I*).

Se registró un total de 96 dx's histopatológicos diferentes, siendo los más frecuentes la hiperplasia fibrosa inflamatoria (proliferación reactiva), el fibroma por irritación (proliferación reactiva), el carcinoma epidermoide (neoplasia maligna), el granuloma piógeno (proliferación reactiva), el quiste dentígero (lesión quística), el queratoquiste odontogénico (neoplasia benigna), el adenoma pleomorfo (neoplasia benigna) y el hemangioma (neoplasia benigna) (*Cuadro II*).

Dentro del grupo patológico de lesiones premalignas las más comunes fueron la displasia epitelial (2) y la leucoplasia (2), siendo el sexo femenino el más prevalente, con edades de los 29 a los 77 años (*Figura 1*).

Las lesiones quísticas más comunes fueron el quiste dentígero (19), el quiste epidérmico (5) y el quiste nasopalatino (2). Cabe mencionar que el queratoquiste odontogénico se incluyó dentro del grupo de neoplasias benignas de acuerdo a la clasificación más reciente de la OMS, siendo el sexo

masculino el más prevalente y una moda de edad de 35 años (*Figura 2*).

Las neoplasias benignas mostraron una gran variedad de lesiones, siendo las más comunes el queratoquiste odontogénico (14), el adenoma pleomorfo (12), el hemangioma (11), el granuloma central de células gigantes (5), el cementoblastoma (4), el mixoma odontógeno (4) y el ameloblastoma (3), siendo el sexo femenino el más prevalente y con un promedio de edad de 39 años (*Figura 3*).

El carcinoma epidermoide (24) fue uno de los dx's histopatológicos más comunes en general y el más común dentro del grupo de las neoplasias malignas. También se encontraron con relativa frecuencia el linfoma no Hodgkiniano (6), el carcinoma mucoepidermoide (4) y el carcinoma adenoideo quístico (4), siendo el sexo masculino el más prevalente y con una moda de edad de 67 y 79 años (*Figura 4*).

Los procesos infecciosos arrojaron dx's histopatológicos como el papiloma plano (7), la tuberculosis ganglionar (3), los abscesos (3) y la osteomielitis (2), siendo el sexo masculino el más prevalente y una moda de edad de 50 y 57 años (*Figura 5*).

El grupo patológico de trastornos mediados por procesos inmunitarios presentó dx's histopatológicos frecuentes como el síndrome de Sjögren (5), el líquen plano (3) y el pénfigo vulgar (2), siendo el sexo femenino el más prevalente y una moda de edad de 53 y 57 años (*Figura 6*).

Las proliferaciones reactivas presentaron dx's patológicos comunes como la hiperplasia inflamatoria (38), fibroma por irritación (25), granuloma piógeno (22) y mucocele (8), siendo el sexo femenino el más prevalente y una moda de edad de 28, 43 y 46 años (*Figura 7*).

DISCUSIÓN

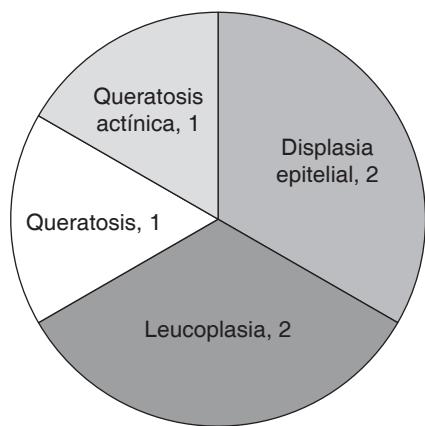
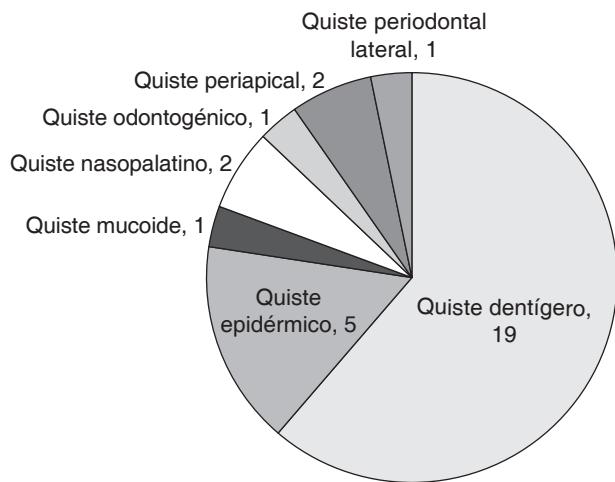
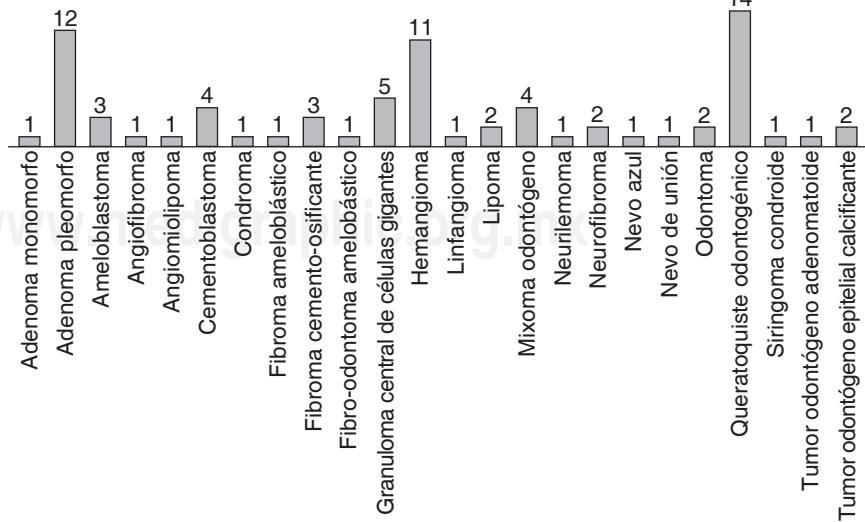
Nuestro estudio es de los pocos que se han realizado en México y el único realizado en la Delegación

Cuadro I.

Grupo patológico	Femenino	Masculino	Total
Lesión premaligna	4	2	6
Lesión quística	13	18	31
Neoplasia benigna	49	27	76
Neoplasia maligna	14	29	43
Otro	22	8	30
Proceso infeccioso	9	14	23
Proliferación reactiva	84	36	120
Trastorno mediado por proceso inmunitario	9	3	12
Total general	204	137	341

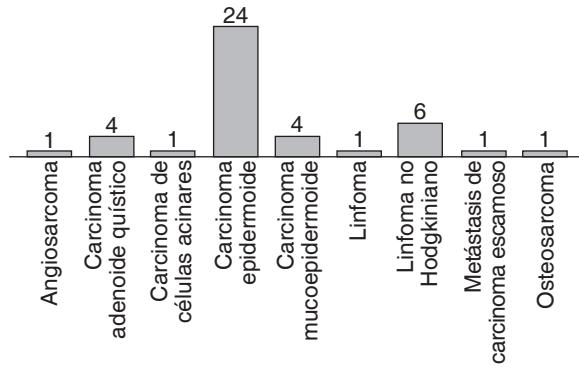
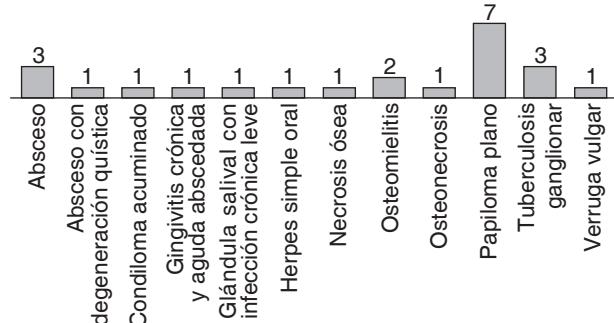
Cuadro II.

Diagnóstico patológico	Cantidad	Diagnóstico patológico	Cantidad
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	38	Linfangioma	1
Fibroma por irritación	25	Sialoectasia	1
Carcinoma epidermoide	24	Verruga vulgar	1
Granuloma piógeno	22	Osteosarcoma	1
Quiste dentígero	19	Angiosarcoma	1
Queratoquiste odontogénico	14	Penfigoide	1
Adenoma pleomorfo	12	Angiomiolipoma	1
Hemangioma	11	Fibro-odontoma ameloblástico	1
Mucocele	8	Fibroma ameloblástico	1
Papiloma plano	7	Quiste odontogénico	1
Fibroma osificante periférico	7	Mancha melánica	1
Linfoma no Hodgkiniano	6	Rinitis crónica con hiperplasia de glándulas mucosas	1
Granuloma central de células gigantes	5	Condiloma acuminado	1
Quiste epidérmico	5	Glándula salival hiperplásica	1
Sialoadenitis	5	Material proteínáceo con elementos inflamatorios de tipo agudo	1
Síndrome de Sjögren	5	Tumor odontógeno adenomatoide	1
Carcinoma mucoepidermoide	4	Metástasis de carcinoma escamoso	1
Cementoblastoma	4	Carcinoma de células acinares	1
Mixoma odontógeno	4	Absceso con degeneración quística	1
Granuloma periférico de células gigantes	4	Glándula sublingual hiperplásica	1
Linfadenitis crónica	4	Fibroma odontógeno	1
Carcinoma adenoideo quístico	4	Adenoma monomorfo	1
Hiperplasia de glándula salival	4	Necrosis	1
Líquen plano	3	Queratosis actínica	1
Granuloma	3	Necrosis ósea	1
Ameloblastoma	3	Fibrosis ganglionar	1
Exostosis	3	Neurilemoma	1
Fibroma cemento-osificante	3	Glositis crónica liquenoide	1
Tuberculosis ganglionar	3	Condroma	1
Absceso	3	Displasia fibrosa	1
Tumor odontógeno epitelial calcificante	2	Granuloma ulcerativo traumático	1
Quiste nasopalatino	2	Ránula	1
Osteomielitis	2	Glándula salival menor con atrofia leve	1
Hiperplasia de amígdala lingual	2	Gingivitis crónica y aguda abscedada	1
Neurofibroma	2	Nódulos hiperplásicos	1
Displasia epitelial	2	Sialolitiasis	1
Odontoma	2	Dermatitis	1
Leucoplasia	2	Sinusitis	1
Pénfigo vulgar	2	Osteoma	1
Lipoma	2	Glándula salival con infección	1
Quiste periapical	2	crónica leve	
Material hemático	2	Herpes simple oral	1
Vasculitis linfocítica	2	Hiperplasia gingival	1
Queratosis	1	Osteonecrosis	1
Siringoma condroide	1	Nevo azul	1
Quiste periodontal lateral	1	Nevo de unión	1
Angiofibroma	1	Linfoma	1
Pápula fibrosa de la cara	1	Total general	341
Estomatitis aftosa menor	1		
Quiste mucoide	1		

**Figura 1.** Lesiones premalignas.**Figura 2.** Lesiones quísticas.**Figura 3.**

Neoplasias benignas.

Querétaro sobre la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales. Los registros de nueve años nos aportan un porcentaje de neoplasias malignas de 12.61% que coincide con la prevalencia de otros estudios antes mencionados. Sin embargo, la frecuencia del carcinoma epidermoide como la tercera más prevalente y un porcentaje del 7.04% del total general representa un aumento en la morbilidad de

**Figura 4.** Neoplasias malignas.**Figura 5.** Procesos infecciosos.

esta patología comparándolo con tan sólo 2.8% de un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Nuevo León, México⁴ y el 5.5% de un hospital de Nigeria.⁶ Cabe resaltar también la poca frecuencia en el diagnóstico histopatológico de lesiones premalignas, con tan sólo el 1.76%.

El adenoma pleomorfo y el carcinoma mucoepidermoide fueron las neoplasias de glándulas salivales, benignas y malignas, respectivamente, más prevalentes, lo cual concuerda con el estudio de un Centro de Cirugía Dental y Maxilofacial de la India.¹⁸

El estudio de prevalencia de quistes y tumores de la Universidad de Ciencias Médicas de Irán reportó que las lesiones quísticas más frecuentes fueron el quiste dentígero y el quiste periapical.¹⁷ Nuestro estudio obtuvo una frecuencia baja en el quiste periapical (2), siendo más frecuente el quiste epidérmico (5) y

el quiste dentígero (19). Este mismo estudio reportó una prevalencia más alta de los quistes sobre las neoplasias benignas; sin embargo, categorizaron el queratoquiste odontogénico como lesión quística, a diferencia de nuestro estudio, donde fue clasificado como neoplasia benigna (OMS). El queratoquiste odontogénico terminó siendo la neoplasia benigna más frecuente en nuestro estudio, lo cual coincide con el estudio de prevalencia de neoplasias odontogénicas del Centro Médico Nacional «La Raza».¹⁵

Estudios afines al nuestro reportan que las lesiones más frecuentes coinciden con las nuestras, tales como: hiperplasia fibrosa inflamatoria, fibroma por irritación, carcinoma epidermoide, granuloma piógeno, quiste dentígero, queratoquiste odontogénico, adenoma pleomorfo, hemangioma, mucocele y papiloma plano, con la única excepción del granuloma periapical, el cual es uno de los primeros cinco diagnósticos histopatológicos en estos estudios^{3,4} y no se encontró en ninguno de nuestros registros estudiados.

Por último, los valores sociodemográficos coincidieron con otros estudios afines,^{1,3,7} siendo casi el 60% de pacientes femeninos y 40% de masculinos, con un rango de edad más frecuente entre los 30 y 50 años. Es de especial importancia que de acuerdo a nuestros datos el rango de edad de entre los 60 y 80 años y el sexo masculino siguen siendo el ámbito con mayor prevalencia para neoplasias malignas, lo cual coincide con otras investigaciones recientes.¹⁶

CONCLUSIONES

- En nueve años se registraron 341 diagnósticos histopatológicos referidos por el Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Figura 6. Trastornos mediados por procesos inmunitarios.

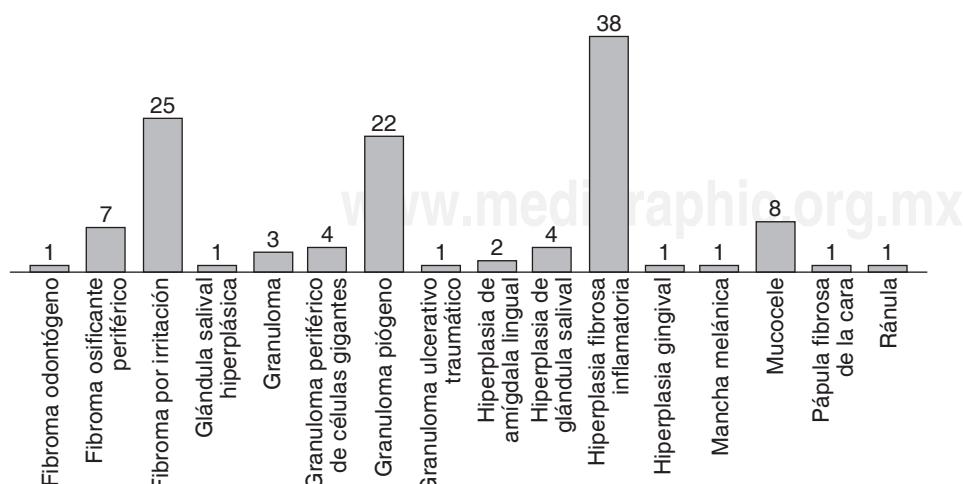


Figura 7.

Proliferaciones reactivas.

- 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 registraron 120 proliferaciones reactivas, 76 neoplasias benignas, 43 neoplasias malignas, 31 lesiones quísticas, 23 procesos infecciosos, 12 trastornos mediados por procesos inmunitarios, seis lesiones premalignas y 30 diagnósticos histopatológicos que no se incluyeron en ninguno de los grupos anteriores.
- Se encontró una alta prevalencia de carcinoma epidermoide y una baja prevalencia de granuloma y quiste periapical, en comparación con otros estudios afines.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Verdín S, Bologna-Molina RE, Sánchez-Becerra AE, Horta-Sandoval AC. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. Revista Tamé. 2013; 2 (4): 100-105. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
2. Tatlı U, Erdogan Ö, Uğuz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar İ. Diagnostic concordance characteristics of oral cavity lesions. Scientific World Journal. 2013; 2013: 785929. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
3. López-Hernández M, Martínez-Calixto LE. Prevalencia e incidencia de estudios histopatológicos en cabeza y cuello 2006-2013. Rev Sanid Milit Mex. 2015; 69 (1): 25-33. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
4. Romero LE, Sepúlveda IR. Frecuencia de estudios histopatológicos en un periodo de 20 años (1989-2008). Rev Cubana Estomatol. 2010; 47 (1): 96-104. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
5. Souza JG, Anjos SL, Moreira G. Frequência de patologias bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. Revista Cubana de Estomatología. 2014; 51 (1): 43-54. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
6. Bassey GO, Osunde OD, Anyanechi CE. Maxillofacial tumors and tumor-like lesions in a Nigerian teaching hospital: an eleven year retrospective analysis. Afr Health Sci. 2014; 14 (1): 56-63. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
7. Lei F, Chen PH, Chen JY, Wang WC, Lin LM, Huang HC et al. Retrospective study of biopsied head and neck lesions in a cohort of referral Taiwanese patients. Head Face Med. 2014; 10: 28. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
8. Starzyńska A, Pawłowska A, Renkiewska D, Michałowski I, Sobjanek M, Błażewicz I. Oral premalignant lesions: epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population. Postępy Dermatol Alergol. 2014; 31 (6): 341-350. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
9. Barceló-López K, Delgado-Fernández R, Rodríguez-Soto A. Lesiones proliferativas más frecuentes en el complejo bucomaxilofacial. Rev Cubana Estomatol [online]. 2013; 50 (2): 0-0. ISSN 0034-7507. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
10. Sekerci AE, Nazlım S, Etoz M, Deniz K, Yasa Y. Odontogenic tumors: A collaborative study of 218 cases diagnosed over 12 years and comprehensive review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015; 20 (1): e34-e44. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
11. Allon I, Kaplan I, Gal G, Chaushu G, Allon DM. The clinical characteristics of benign oral mucosal tumors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014; 19 (5): e438-e443. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
12. Baghaei F, Zargaran M, Najmi H, Moghimbeigi A. A clinic pathological study of odontogenic cysts and tumors in Hamadan, Iran. J Dent (Shiraz). 2014; 15 (4): 167-172. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
13. Ramesh M, Krishnan R, Paul G. Intraoral minor salivary gland tumours: a retrospective study from a dental and maxillofacial surgery Centre in Salem, Tamil Nadu. J Maxillofac Oral Surg. 2014; 13 (2): 104-108. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
14. Anis R, Gaballah K. Oral cancer in the UAE: a multicenter, retrospective study. Libyan J Med. 2013; 8: 21782. (Consultado el 27 de agosto del 2015)
15. Olivares GA, Acosta RM, Cadena AJL, Monroy HV, Tapia PD. Frecuencia de neoplasias odontogénicas en pacientes pediátricos del Hospital General Centro Médico Nacional «La Raza» (enero 2008-junio 2013). Rev Mex Cir Bucal Max. 2014; 10 (3): 108-115. (Consultado el 27 de agosto del 2015).
16. Salgado-Ramírez B, Rivera-Martínez G, Altamirano-Díaz I. Frecuencia de carcinoma de cavidad oral en un Hospital de tercer nivel. Rev Sanid Milit Mex. 2014; 68 (3): 172-176. (Consultado el 27 de agosto del 2015)