



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE

ESTOMATOLOGÍA

TESIS

PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS

BUCOMAXILARES DIAGNOSTICADAS

HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE

BIOPSIA EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL LAS MERCEDES

DEL 2015 – 2019

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO

DENTISTA

Autores:

Bach. Barboza Diaz Rosa Edith

<https://orcid.org/0000-0003-2994-6126>

Bach. Malaver Reymundo Jorge Luis Antonio

<https://orcid.org/0000-0002-6050-5364>

Asesor:

Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

<https://orcid.org/0000-0002-4073-7387>

Línea de Investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

Pimentel – Perú

2020

Aprobación del jurado

Mg. Espinoza Plaza José José

MG.CD.

Secretario del jurado de tesis

DR. Valenzuela Ramos Marisel Roxana

MG.CD.

Presidente Del Jurado De Tesis

Mg.CD.Portocarrero Mondragón Juan Pablo

MG. CD.

Vocal del jurado de tesis

Dedicatorias

Mi informe investigativo lo dedicamos con gran cariño a vuestros padres por el ahínco y esfuerzo que hicieron por darme mis carreras.

Dedicamos nuestro Informe de investigación a Yahvé que es el motivo más grande del universo que nos da la fuerza necesaria para salir adelante ante cualquier adversidad.

A nuestros hermanos quienes me motivan cada día a culminar mi carrera dándome su afecto y amor.

A vuestro asesor quien me motivo a ser perseverante para terminar con éxito mi tesis.

Agradecimientos

Agradecemos al altísimo Jesucristo por la bendición más grande que nos da como es darnos la vida que es tan hermosa.

Queremos agradecer a mi asesor por todos sus consejos que me dio para realizar el informe de investigación ya que ellos fueron de vital importancia para culminar mi informe.

Agradecemos a vuestros progenitores por el soporte que me brindaron en cada momento difícil y me alentaron a seguir hasta cumplir con proyecto y lograrlo.

Agradecemos a la universidad que es parte de nuestra vida considerándose como una familia ya que imparte valores y conocimientos importantes en nuestras vidas para lograr cada meta llegando a la culminación de ellas.

Resumen

PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES DIAGNOSTICADAS HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE BIOPSIA EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL LAS MERCEDES DEL 2015 – 2019

PREVALENCE OF HISTOPATHOLOGICALLY DIAGNOSED BUCOMAXILLARY PATHOLOGIES THROUGH BIOPSY IN THE LAS MERCEDES HOSPITAL SURGICAL STOMATOLOGY SERVICE FROM 2015 – 2019

Barboza Díaz, Rosa Edith¹ Jorge Luis Antonio Malaver Reymundo²

La investigación tuvo como objetivo: determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019. Para verificar esta realidad de este estudio se aplicó procedimientos metodológicos de observación, de tipo descriptivo y prospectivo teniendo una población estuvo establecida por 105 historias clínicas las cuales obtuvieron una muestra similar la cantidad para evitar errores de sesgo. Estas cifras fueron examinadas a través de frecuencia y proporciones logrando obtener que el 80.70% presenta prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia y que los intervalos de edades fueron entre 39 – 59 años con prevalencia en el sexo femenino y que según la localización fue con 46.56% la mucosa labial y solo 1.12% de cara ventral de la lengua a través del tipo de biopsia incisional con 64.46% por ende el diagnóstico fue 39.3% para enfermedades de origen inmunitario.

Concluyendo que una interpretación a través de la biopsia es la herramienta de diagnóstico definitivo. Además, tener en cuenta la identificación y el diagnóstico tempranos son los objetivos clínicos, ya que el tratamiento en una etapa temprana es clave para reducir la morbilidad y la mortalidad por carcinoma de células escamosas.

Palabras Clave:

Patología oral, biopsia, patología, Diagnóstico. (DECS)

Abstract

The objective of the research was: to determine the prevalence of bucomaxillary pathologies diagnosed histopathologically by biopsy in the surgical stomatology service of Hospital Las Mercedes from 2015 - 2019. To verify this reality of this study, methodological observation procedures were applied, descriptive and Having a prospective population, it was established by 105 medical records which obtained a sample similar in quantity to avoid bias errors. These figures were examined through frequency and proportions, obtaining that 80.70% present prevalence of bucomaxillary pathologies diagnosed histopathologically by biopsy and that the age ranges were between 39 - 59 years with prevalence in females and that according to the location it was with 46.56% the labial mucosa and only 1.12% of the ventral face of the tongue through the type of incisional biopsy with 64.46%, therefore the diagnosis was 39.3% for diseases of immune origin.

Concluding that an interpretation through biopsy is the definitive diagnostic tool. Furthermore, taking into account early identification and diagnosis are the clinical goals, as treatment at an early stage is key to reducing morbidity and mortality from squamous cell carcinoma.

Keywords

Oral pathology, biopsy, pathology, Diagnosis. (DECS)

Índice

Aprobación del jurado	2
Dedicatorias.....	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Palabras Clave:.....	6
Abstract.....	6
Keywords	6
Índice.....	7
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Realidad problemática.	9
1.2. Antecedentes de estudio.	10
1.3. Teorías relacionadas al tema.	12
1.3.1. Patologías bucomaxilares	12
1.3.2. Diagnósticos histopatológicos	14
1.4. Formulación del problema.	26
1.5. Justificación e importancia del estudio.	26
1.6. Hipótesis.	27
1.7. Objetivos.....	27
1.7.1. Objetivos generales.....	27
1.7.2. Objetivos específicos.....	27
II. MATERIAL Y MÉTODO	28
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	28
2.2 Variables, Operacionalización.....	28
Operacionalización.	29
2.3 Población y muestra.....	32
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	32
2.5 Métodos de análisis de datos.	34
2.6 Criterios éticos.....	34
III. RESULTADOS.....	35

3.1. Resultados en Tablas y Figuras	35
3.2. Discusión de resultados.....	41
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
4.1. Conclusiones	44
4.2. Recomendaciones.....	44
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS	50
Anexo 1: Matriz de consistencia	50
Tipo de investigación:.....	50
Diseño de la investigación: Retrospectivo	50
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	53
Anexo 2: Solicitud	54
Anexo 3: autorización del hospital	55
Anexo 4: Validez por un especialista.....	56
Anexo 5: Prueba piloto y confiabilidad	57
Baremo.....	59

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática.

La patología bucal maxilar se encarga del estudio de las enfermedades que se encuentran en la cavidad oral. Debido a que la mayoría de las lesiones en ese sitio comparten características clínicas y/o radiológicas es difícil diferenciarlas; por ello, en determinadas ocasiones es necesaria la toma de biopsia y su análisis histopatológico para obtener un diagnóstico definitivo que permita corroborar o descartar el diagnóstico clínico provisional y otorgar el tratamiento adecuado.¹ Esto se debe a la compleja relación de las diversas estructuras dentro de la región de la cabeza y el cuello, como mandíbulas, dientes y glándulas salivales, entre muchas otras. Sin embargo, ciertos principios guían la provisión de una biopsia exitosa; Lo más importante es la presentación de una muestra representativa al laboratorio, así como la preservación del tejido extirpado.²

En la actualidad, la asociación de patología oral y maxilofacial nos indica que a nivel mundial la biopsia representa el 45% del protocolo para determinar los diagnósticos en los servicios de histopatología bucal de los Hospitales del estado. En cambio a nivel de Latinoamérica representa el 60% y se ha observado una ligera variación en la prevalencia de lesiones orales de una región geográfica a otra, probablemente debido a variaciones en el cultivo, los hábitos, los contaminantes ambientales y la composición genética.^{2,3} En una encuesta de biopsias orales y maxilofaciales realizada por Ali et al.⁴, nos indica que las lesiones malignas representaron el 9.9% de las lesiones mientras que Oliveira e Silva et al., y Moridani et al.⁵, reportaron 6.32% y 2.38% respectivamente. Por el contrario, un estudio de África Oriental informó una alta prevalencia de tumores malignos (67,28%), que se debió a la inclusión selectiva de lesiones neoplásicas solamente.

Los servicios de histopatología oral en un país en desarrollo pueden enfrentar varios desafíos que podrían socavar su funcionamiento efectivo. Jargin⁶ observó que las muestras histológicas a menudo no estaban claramente marcadas y carecían de información clínica, lo que requería que el histopatólogo solicitara esta información a los pacientes o sus familiares.

En la actualidad, en el Perú hay poca literatura sobre las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica. Un proyecto de estos servicios contribuiría al conocimiento, proporcionaría información sobre la carga de las enfermedades orales en esta región, al tiempo que proporcionaría datos para una formulación efectiva de políticas y sugeriría medidas para mejorar la prestación de servicios. Por lo tanto, el propósito de este estudio es determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 - 2019”.

1.2. Antecedentes de estudio.

Akinday O ⁶ (2020) Nigeria. Este estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron los informes de todas las biopsias presentadas en el laboratorio de Patología Oral, para el período 1990-2014, y se extrajeron los datos. Teniendo como resultado que la edad media de los pacientes fue de 36.70 ± 19.79 , mientras que el pico de edad de presentación fue en la tercera década. La relación hombre / mujer fue de 1: 1.1, y la mandíbula fue el sitio más común de lesiones 619 (34.8%). Estos servicios fueron utilizados principalmente por cirujanos orales (83,9%) y el ameloblastoma (11,5%) fue la lesión diagnosticada con mayor frecuencia. CD45 (16,7%) fue la prueba de inmunodiagnóstico más solicitada. Se concluyó que las lesiones orales biopsia fueron más frecuentes en las mujeres, mientras que los cirujanos orales y maxilofaciales utilizaron más estos servicios.

Barría H. et al ⁷ (2017) Perú. El diseño de la investigación fue retrospectivo, observacional, descriptivo, y transversal, en una población constituida por biopsias de cavidad bucal con diagnóstico de alguna patología. Tuvo como resultado que el tipo de biopsia prevalente fue la biopsia Incisional con 64.46%. Las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia fue la enfermedad de Sjögren, 35.04%; quiste de retención mucoso, 7.01%; fibroma traumático, 6.88%; granuloma periapical, 5.51%; hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado), 4.38%; granuloma piógeno, 4.13%; quiste periapical, 3.88%; tumor odontogénico queratoquístico, 2.88%; carcinoma epidermoide, 2.75%; amiloidosis, 2.75% y

lesiones por virus del papiloma humano, 2.75%. Se concluyó que las patologías bucomaxilofaciales el mayor porcentaje fue para la prevalencia en la enfermedad de Sjögren, y además el quiste de retención mucoso.

Gamarra, G. ⁸ (2016) Perú. Se observaron 41 casos de QCN, recopilando información epidemiológicos y características histopatológicas, por la cual el resultado que la prevalencia del QCN fue del 0.3% y de los quistes maxilares 2.8%, Respecto a la edad estuvo entre un intervalo de 40 años; y el 65.8% para el género masculino. La dimensión la adquirido la lesión con tamaño de 18.2 mm. Además, el mayor porcentaje de prevalencia fue para el tipo de epitelio cilíndrico ciliado con un 85%. Otro punto fue el grosor de epitelio la cual fue conservado con un 70.7%. Se tuco como conclusión que la mayor incidencia fue para el quiste del conducto nasopalatino.

Kamulegeya A⁹ (2016) Italia. El objetivo es determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares en un Hospital. Se recolectaron informes histopatológicos archivados en los departamentos de cirugía maxilofacial oral de los hospitales de referencia de Muhimbili y Mulago en Tanzania y Uganda, respectivamente. Lo que tuvo como resultados que, se recuperaron 565 y 1298 casos oro-faciales neoplásicos, de los cuales 284 (50.53%) y 967 (74.54%) fueron neoplasmas malignos en los hospitales de Muhimbili y Mulago, respectivamente. En general, el 67,28% de los diagnósticos registrados fueron malignos con sarcoma de Kaposi (21,98%), linfoma de Burkiits (20,45%) y carcinoma de células escamosas (15,22%) que dominaban ese grupo, mientras que el ameloblastoma (9,23%), fibromas (7,3%) y adenoma pleomorfo (4.95%) dominaron el grupo benigno. Se concluyó que la alta frecuencia de tumores malignos en la práctica clínica del estudio de histopatológica selectiva.

Jones AV ¹⁰ (2016). Reimo Unido. El objetivo de este estudio fue determinar el rango de lesiones diagnosticadas histológicamente en 44,000 muestras de patología oral y maxilofacial, de adultos mayores de 17 años, enviadas para diagnóstico a nuestro laboratorio durante un período de 30 años (1985-2015). Tuvo como resultado que, durante el período, 44.007 especímenes comprendieron una relación hombre-mujer de 0.9: 1. La categoría de diagnóstico

con el mayor número de muestras fue la patología de la mucosa (36.0%) seguida de quistes odontogénicos (13.8%). Los tumores malignos representaron el 5.4% de todas las muestras y los tumores benignos el 4.6%. Se concluyó que esta encuesta mostró que, si bien la mayoría de los diagnósticos son benignos, aproximadamente uno de cada 19 casos requirió cirugía mayor de cabeza y cuello por enfermedad maligna.

All P¹¹ (2016) Reino de Arabia Saudita. El objetivo de esta encuesta fue estimar la tasa de incidencia cruda y estandarizada por edad de las lesiones (OHN) en la Provincia Oriental del Reino de Arabia Saudita (KSA) durante un período de 10 años. Los datos utilizados en esta encuesta es una investigación retrospectiva de la cual tuvo como resultados que los melanomas se notaron exclusivamente en varones. Por otro lado, OHN neoplasia benigna están dominadas por Lipoma Fibroma (93 casos). Del total de casos de OHN examinados, 303 eran de origen no saudí, de los cuales 54 (17,8%) tenían en la localización de la mucosa labial mientras que el sarcoma de Kaposi, y fibroma 71 (2.5%). Concluyendo que la incidencia de lesiones de OHN en los residentes de esta región de KSA es más o menos similar a la prevalencia notificada internacionalmente; sin embargo, se observó un patrón de distribución de género específico para algunas de estas lesiones.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Patologías bucomaxilares

La patología oral y maxilofacial se refiere a todas las lesiones de la mucosa oral que indica que ocurren en aproximadamente el 30% de la población general^{1,2}. La cual, a diferencia de otras partes del cuerpo, la cavidad bucal permite un buen acceso para el examen clínico realiza por el estomatólogo o médico especialista. En gran mayoría del reporte de casos refiere que las lesiones de la mucosa bucal, las características clínicas o manifestaciones de las lesiones pueden conllevar a un diagnóstico definitivo.³ Sin embargo, de preferencia es de gran importancia y necesario una biopsia seguida de un examen microscópico para poder confirmar o decir con perfección y seguridad un diagnóstico preliminar.⁴

1.3.1.1 Clasificación de las patologías bucomaxilofaciales

a. Patología del desarrollo

Las estructuras de la cavidad oral derivan del primer arco branquial. Al final de la cuarta semana de desarrollo, los procesos frontonasales, 2 maxilares y 2 mandibulares son visibles. La cara y el paladar completan la fusión de la línea media entre las 6 y las 12 semanas de gestación, y el labio superior se fusiona a las 6 semanas de gestación. ²

El fracaso de la fusión de la línea media durante la embriogénesis da como resultado el espectro de labio leporino, paladar hendido y paladar hendido mucoso. Los tejidos nasales mediales se fusionan para formar el labio durante las semanas 5 a 6 de desarrollo embrionario; el paladar duro anterior, el alvéolo y el filtrum se forman durante las semanas 6 a 10. Las prominencias maxilares crean el paladar duro posterior a medida que el paladar blando y la úvula se fusionan durante las semanas de gestación 10 a 12. El labio leporino y el paladar hendido son anomalías congénitas comunes con prevalencia de 17 por cada 10.000 nacidos vivos. La etiología de las hendiduras sigue siendo poco conocida, aunque todos los factores genéticos, sindrómicos y ambientales han sido implicados. El labio leporino puede ser unilateral, bilateral, o mediana o solo del paladar blando (hendidura mucosa), aunque la hendidura labial de la línea media es rara. El paladar hendido aislado es más común en mujeres sin predilección racial. El labio leporino con paladar hendido es dos veces más común que el paladar hendido aislado, con una incidencia mayor en varones y descendientes de asiáticos y caucásicos. El paladar hendido sin labio leporino tiene más probabilidades de estar asociado con un síndrome. ^{5,6,7} Las exposiciones a teratógenos implicados en el desarrollo de hendiduras incluyen solventes orgánicos y químicos agrícolas, especialmente pesticidas, ⁵ así como infecciones virales, alteraciones metabólicas y drogas ilícitas. Los medicamentos antiepilépticos asociados con defectos orofaciales incluyen diazepam, fenitoína, fenobarbital, topiramato y lamotrigina. ⁵⁻⁷ Las deficiencias nutricionales en el embarazo temprano también se asocian con un mayor riesgo de hendidura, el más conocido es el ácido fólico, que ahora se recomienda como un suplemento de rutina en el embarazo. ⁸ La suplementación es más beneficiosa al principio del primer trimestre, con una reducción en las tasas

de defectos de la línea media en dos tercios en los bebés sin una anomalía cromosómica importante.⁹ El labio leporino y / o el paladar hendido se asocian con muchos síndromes genéticos, incluido el espectro del cromosoma 22q11, el síndrome oral-facial-digital, el síndrome de Treacher Collins, la trisomía 13 y el síndrome de Van der Woude.¹⁰ El paladar hendido también puede ser el resultado de la interferencia mecánica de la lengua embrionaria con fusión palatina, generalmente derivada de micrognatia con hipoplasia mandibular, conocida como secuencia de Robin o síndrome de Pierre Robin. El cuidado del paciente nacido con la enfermedad paladar hendido requiere una evaluación genética y auditiva, así como una evaluación de las vías respiratorias y un soporte de alimentación agresivo.¹¹ La reparación quirúrgica del labio primario a menudo se aplica aproximadamente a la edad de 3 meses y la reparación palatina primaria alrededor de los 9 meses. Los retrasos residuales en el habla y el lenguaje hipernasales son comunes después de la finalización de todas las cirugías. El manejo óptimo se logra a través de un equipo multidisciplinario de hendidura y craneofacial compuesto por miembros experimentados de las disciplinas médicas, quirúrgicas, dentales y de salud aliadas.

El paladar hendido submucoso es una forma leve o incompleta de paladar hendido. El examen puede revelar una úvula bífida, defecto muscular con membrana suprayacente o una línea mucosa azulada a lo largo del paladar blando.¹² El paladar hendido submucoso es clínicamente difícil de detectar, pero a menudo es funcionalmente significativo, ya que los músculos elevadores deben interdigitarse a través del paladar para formar la eslinga elevadora normal. El músculo elevador debe elevarse para retraer el paladar blando posterior y dividir la faringe nasal y oral para evitar la incompetencia velofaríngea, que afecta negativamente tanto la alimentación como el habla.¹¹

1.3.2. Diagnósticos histopatológicos

1.3.2. 1. Lesiones quísticas

Los quistes de la mucosa oral Los quistes orales se dividen en dos grupos principales según la odontogénesis: quistes odontogénicos (AO) y quistes no odontogénicos (no AO). Especificamos que el primer grupo se caracteriza por

marcadores odontogénicos específicos, similitudes histológicas con estructuras odontogénicas y consideraciones anatómicas. El segundo grupo incluye quistes que se originan en áreas u órganos específicos de la cavidad oral como quistes salivales, quistes del conducto naso-palatino o palatino medio y quistes nasolabiales. En este grupo se incluyen también algunos quistes, que son ubicuos en el cuerpo, como los quistes dermoides, los quistes linfoepiteliales y los quistes óseos aneurismáticos.^{7,8}

a. El quiste epidermoide / dermoides son lesiones no odontogénicas derivadas del epitelio germinativo. Los quistes dermoides se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo, particularmente en áreas donde se fusionan elementos embrionarios. La mayoría de los casos han sido reportados en los ovarios, los testículos, las manos y los pies. Estas lesiones están revestidas de epidermis y contienen apéndices cutáneos como glándulas sebáceas, glándulas sudoríferas y folículos pilosos. Cuando hay ausencia de estos apéndices cutáneos, los quistes se clasifican en quistes epidermoides o epidérmicos. No están relacionados con los quistes dermoides de las gónadas, que se denominan teratomas.⁷

b. El quiste gingival se encuentra en la encía anterior a los primeros molares, con una mayor y marcada predilección por la región premolar canino mandibular. La escisión quirúrgica simple y el diagnóstico microscópico es el tratamiento recomendado. El pronóstico es excelente.⁸

c. El quiste linfoepitelial se desarrolla cuando existe una transformación quística. También indicamos que es típico a través de un nódulo de tejido pequeño la cual es blanda con medidas aproximadamente de < 1 cm, por ende se encuentran circunscrito, de color amarillo o blanco, y su ubicación se encuentra en el piso de la boca o también en la superficie ventral-lateral de la lengua. Para dar inicio al tratamiento se pide una biopsia por escisión y luego al diagnóstico microscópico. Debemos resaltar que existe poca incidencia de recurrencia.¹⁰

d. El quiste del tracto tirogloso se indica que comienza a menudo en los restos epiteliales del conducto tirogloso extendiéndose por el agujero ciego hasta

llegar a las glándulas tiroideas. Los quistes pueden formarse en cualquier parte a lo largo de este tracto, pero con mayor frecuencia se desarrollan en el cuello inferior al hueso hioides. No son dolorosas, móviles y fluctuantes. El tratamiento con mayor éxito fue la extirpación quirúrgica completa que extirpa el quiste, parte del hueso hioides y partes del músculo circundante. La recurrencia es una posibilidad.¹¹

1.3.2. 2. Lesiones reactivas / inflamatorias

Las lesiones inflamatorias y reactivas crónicas son hiperplasias similares a tumores que se producen en asociación con irritación local crónica o trauma.¹ Estas proliferaciones son masas pedunculadas o sésiles indoloras en diferentes colores, desde rosa claro hasta rojo.² La apariencia de la superficie es variable desde el crecimiento liso no ulcerado hasta el ulcerado, y varían desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros de tamaño.^[1] Los ejemplos comunes en la cavidad oral incluyen PG, epulis, un nombre clínico tradicional para proliferaciones reactivas gingivales, irritación fibroma, epulis fissuratum y granulomas de células gigantes que pueden ser de origen periférico o central. Aunque el fibroma cemento-osificante es una lesión reactiva, se clasifica tradicionalmente bajo otra entidad patológica distinta conocida como las lesiones fibroósas, que está fuera del alcance del presente estudio, pero presentado en otro estudio.^{1,2}

Granuloma piógeno (PG) es un nódulo hemorrágico pedunculado o sésil que ocurre con mayor frecuencia en la encía con una fuerte tendencia a reaparecer después de una escisión simple. Es una respuesta del tejido a una infección inespecífica.^{[4]. [5]} Surge debido a un traumatismo menor en el tejido, por lo que se abre camino hacia tipos de microorganismos inespecíficos. Su superficie más especialmente las áreas ulceradas se presentan con colonias de organismos saprófitos.^{[4]. [5]} Además de las encías, también se puede encontrar PG en los labios, la lengua y la mucosa bucal.^[4] Se dice que es común en mujeres (70%) y 60% que ocurren entre 11 y 40 años.^[4] El tratamiento es por escisión quirúrgica.

El granuloma de células gigantes se produce como una lesión exofítica periférica en la encía (epulis de células gigantes, osteoclastoma, granuloma reparador de

células gigantes periféricas) o como una lesión ubicada centralmente en la mandíbula, el cráneo o los huesos faciales. [6] Las lesiones centrales se producen preferentemente en la mandíbula, anterior al primer molar, y a menudo cruzan la línea media. [5], [6] Aunque normalmente no se considera una lesión odontogénica, el hecho de que solo ocurra en los huesos de la mandíbula probablemente indica alguna relación con los dientes o las estructuras portadoras de dientes. [5], [6] Ocurre principalmente en las partes anteriores de las mandíbulas en personas en la segunda y tercera décadas de la vida, pero se ha registrado en todos los sitios a todas las edades. [6] Radiográficamente, el granuloma central de células gigantes puede tomar varias formas a partir de una radiolucidez bien definida, una radiolucidez más mal definida o una radiolucidez multilocular. La lesión puede desplazar los dientes, aunque la reabsorción de los dientes es poco frecuente. [6]

El granuloma periférico de células gigantes tiene un trauma implicado en su etiología y se ha señalado principalmente la extracción dental, aunque otros como la irritación de la dentadura o una infección de bajo grado pueden estar implicados. [4] Ocurre anterior a los molares y se presenta como una lesión pedunculada o sésil en las encías o el proceso alveolar. [4] Es común en la mandíbula (55%) que el maxilar (45%) y las mujeres (65%) que los hombres (35%). Tanto las lesiones periféricas como las centrales son histológicamente similares y se consideran ejemplos de hiperplasia inflamatoria benigna en la que predominan las células con potencial fibroblástico, osteoblástico y osteoclástico. Los granulomas periféricos de células gigantes son cinco veces más comunes que las lesiones centrales. [6]

La hiperplasia inducida por dentadura postiza llamada epulis fissuratum es una condición hiperplásica de la mucosa oral causada por un traumatismo crónico de bajo grado por dentaduras postizas mal ajustadas. [7] Es una lesión reactiva de la mucosa oral ante una presión mecánica excesiva sobre la mucosa. [8] La reabsorción del hueso alveolar residual conduce a una sobreextensión del borde de la dentadura que, si no se atiende, causa irritación crónica de la mucosa oral en la región del surco. [7,8]

El tejido de granulación es el resultado de la respuesta inicial a una herida y consiste en un tejido conectivo rico en vascular. ^[9] Comprende una población densa de macrófagos, fibroblastos, redes capilares, fibronectina, ácido hialurónico y células endoteliales. ^{[10]. [11]} Los macrófagos, los fibroblastos y las células endoteliales son interdependientes durante la formación de tejido de granulación. ^{10,11}

La similitud en la apariencia clínica de las lesiones inflamatorias y reactivas crónicas con las proliferaciones neoplásicas orales las convierte en una consideración importante en el diagnóstico diferencial de los tumores orales. ¹²

1.3.2. 3. Neoplasias no odontogénicas

Los tumores no odontogénicos de la mandíbula que se originan en el hueso y su tejido mesenquimatoso representan un gran grupo heterogéneo de diversas enfermedades. Debido a características significativas, difieren de los tumores óseos que se ven en otras partes del esqueleto. Por ejemplo, los tumores benignos ocurren con menos frecuencia, mientras que el osteosarcoma ocurre con relativa frecuencia y tiene un pronóstico significativamente mejor que en otras regiones del cuerpo. Además, el osteoma solo ocurre aquí, mientras que, por ejemplo, el tumor óseo de células gigantes nunca ocurre en los huesos de la mandíbula. Debido a sus muchas formas y similitudes, el diagnóstico de tumores óseos es a menudo muy difícil. ¹⁰

Los siguientes tumores primarios pertenecen a este grupo: ^{9,10,11}

- Tumores de cartílago
 - Benigno: encondroma, condroblastoma, fibroma condromixoide, osteocondroma
 - Maligno: condrosarcoma
- Tumores óseos
 - Benigno: osteoma, osteoblastoma y osteoma osteoide
 - Maligno: osteosarcoma
- Tumores fibroplásticos
 - Fibroma desmoplásico
 - Fibrosarcoma

- Sarcoma de Ewing
- Plasmocitoma y linfoma maligno
- Tumores vasculares
 - Hemangioma
 - Tumores vasculares malignos

La enfermedad de Paget, un trastorno óseo a menudo difícil de distinguir del osteosarcoma, la displasia cemento-ósea y la osteomielitis esclerosante se describe con más detalle en el capítulo "Trastornos óseos en la región maxilofacial".

a. Tumores de cartílago benignos^{11,12,13}

Los siguientes tumores se resumen en este grupo: Encondroma, condroblastoma, fibroma condromixoide y osteocondroma. Definición y cuadro clínico: Tumores benignos de cartílago hialino con tendencia al crecimiento maligno. Ocurren incluso con menos frecuencia que los tumores malignos de cartílago^{10,11}

Diagnóstico y hallazgos histológicos¹² Hallazgos radiológicos: imagen poco característica con todo tipo de transición del hueso que aparece normalmente a la osteólisis circunscrita.

Histología: cartílago hialino. La diferenciación del condrosarcoma puede ser muy difícil ya que también se producen anomalías celulares y nucleares en el condroma.

Diagnóstico diferencial: Condrosarcom¹³

Tratamiento y pronóstico: La escisión es las formas solitarias son inofensivas, mientras que la en condromatosis múltiple tiene tendencia al crecimiento maligno.

b. Tumores malignos del cartílago: ^{13,14,15}

Condrosarcoma: Definición y cuadro clínico: Tumor maligno de cartílago hialino. En la mandíbula, el condrosarcoma mesenquimatoso que ocurre generalmente muy raramente ocurre con relativa frecuencia (10%). Características clínicas: hinchazón asintomática; Si se extiende hasta el nervio mandibular, esto puede provocar una pérdida de la sensibilidad.¹³

Diagnóstico / hallazgos histológicos¹⁴ Hallazgos radiológicos: no característicos; Osteólisis precoz. Sin márgenes escleróticos. No hay depósitos de calcio como en otras partes del esqueleto. Histología: en su mayoría tumores altamente diferenciados con áreas ricas en células de células pequeñas, a veces de tipo huso, con bajo polimorfismo celular y nuclear, incrustadas en una sustancia fundamental cartilaginosa. Los capilares ramificados tipo asta son característicos.

Diagnóstico diferencial¹⁵: Radiológicamente, es casi imposible distinguir claramente estos tumores de cualquier otro crecimiento benigno o maligno. La diferenciación histológica más importante es la del osteosarcoma, ya que puede mostrar partes diferenciadas de condroides extensas.

Tratamiento y pronóstico¹⁵: Escisión radical que se extiende al tejido sano. La metástasis rara vez ocurre.

c. Tumores óseos benignos^{15,16,17,18,19}

En este grupo, se resumen los siguientes tumores:

Osteoma, osteoblastoma, osteoma osteoide

Definición y cuadro clínico: El osteoma (también conocido como exostosis) ocurre casi de manera única en los huesos craneales. Representa un nuevo crecimiento hamartomatoso que consiste en hueso medular o compacto, y que se presenta en la superficie del hueso del que surge. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia. El osteoma de huesos craneomaxilofaciales en asociación con dientes supernumerarios es característico del síndrome de Gardner, junto con poliposis del colon y múltiples tumores quísticos y sólidos de la piel.¹⁶

El osteoma osteoide y el osteoblastoma son histológicamente idénticos y solo difieren en su ubicación y tamaño. En las mandíbulas, ocurren muy raramente. El osteoma osteoide se encuentra en la corteza y <1 cm, el osteoblastoma es medular o subperióstico y mide > 2 cm. Características clínicas: expansión dolorosa del hueso afectado.¹⁷ Diagnóstico / hallazgos histológicos^{17,18} Osteoma: aspecto característico de la radiografía de un crecimiento hemisférico superficial bien delimitado de densidad ósea regular. Histología: hueso esponjoso y

compacto con aposición de hueso laminar más joven en partes más viejas de hueso fibroso; Esto resulta en la obstrucción gradual de los espacios de la médula.

Osteoma osteoide y osteoblastoma^{18,19} Radiológicamente típico: hueso esclerótico claramente delimitado que rodea un centro radiolúcido. De ovalado a redondeado.¹⁸

Histología: red densa de trabéculas pequeñas de forma irregular, densamente pobladas de osteoblastos. Enfoque central celular activo rodeado por una zona de osteoide y alrededor del tumor una capa estrecha de tejido conectivo sin hueso.¹⁹

Diagnóstico diferencial^{17, 18}. El osteoma puede diagnosticarse inequívocamente desde su ubicación típica. En la radiografía, los osteomas osteoides y osteoblastomas deben diferenciarse del cementoblastoma y el fibroma cementante (difícil). Tratamiento y pronóstico¹⁹ Osteoma: reducción simple con un cincel. Los osteomas osteoides y osteoblastomas deben extirparse por completo; de lo contrario, es probable que se repitan.

c. Tumores óseos malignos: ^{20,21,22}

Osteosarcoma: Definición y cuadro clínico: Tumor mesenquimatoso maligno, productor de osteoides; Es el tumor óseo maligno primario más frecuente (excepto el plasmocitoma) con una tasa del 40%. Sin embargo, su incidencia general, y particularmente la de la mandíbula, es baja. El 6% de todos los osteosarcomas se encuentran en la mandíbula, con un pico en la tercera y cuarta décadas de la vida (a diferencia de otras regiones esqueléticas donde la distribución máxima es alrededor de los 17 años en la región de la rodilla). Los hombres se ven afectados con mayor frecuencia.²⁰

Síntomas clínicos: En la mandíbula: dolor, hinchazón, parestesia. En el maxilar: respiración nasal difícil, epistaxis, desplazamiento ocular.²¹

Diagnóstico / hallazgos histológicos: Radiografía: poco característica y variable, puede mostrar una simple osteólisis bien delimitada, defectos mal delimitados con un patrón devorado por polillas o formas densas y muy escleróticas. Cebolla con forma de piel del periostio (triángulo de Codman, espículas).^{21,22}

Histología: la prueba directa de la formación de osteoides tumorales por células mesenquimales atípicas es importante para el diagnóstico. De lo contrario, el tumor aparece con ambas formas condroblásticas diferenciadas (osteosarcoma "condroblástico") o fibroblásticas en el mismo tumor. Etapas de malignidad (I - III).
Diagnóstico diferencial²²

- Osteoma
- Osteoblastoma
- Fibroma osificante

Tratamiento y pronóstico: Escisión quirúrgica radical con quimioterapia posterior, posiblemente combinada con radioterapia, si está indicado. La escisión muy amplia es un factor pronóstico decisivo. El pronóstico para los tumores del maxilar es peor (tasa de supervivencia a 5 años: 25%) que para los tumores de la mandíbula (41%).^{21,22}

d. Fibroma desmoplásico^{22,23,24}

Definición y cuadro clínico: Tumor de tejido conectivo lentamente progresivo, relativamente raro en el área del cráneo; histológicamente, es similar a desmoide de tejidos blandos. Es una inflamación asintomática del hueso que se infiltra en los espacios de la médula (clínicamente: semi-maligno)²²

Diagnóstico / hallazgos histológicos

Hallazgos radiológicos: por lo general, osteólisis unilocular o multilocular bien delimitada. Histología: en cuanto a los desmoides de los tejidos blandos, consta de fibroblastos monomorfos, de huso, distribuidos regularmente, que forman colágeno. Sin mitosis, sin formación de cartílago o hueso.^{22,23}

Diagnóstico diferencial: Hallazgos radiológicos: no puede distinguirse del ameloblastoma, el fibroma odontogénico, el mixoma, el granuloma de células gigantes y los quistes.

Histología: fibrosarcoma, fibroma odontogénico²⁴

Tratamiento y pronóstico

Resección amplia; de lo contrario, se repite en aprox. 20% de casos²⁴

e. Fibrosarcoma^{25,26,27}

Definición y cuadro clínico

Fibroblastos tumorales malignos con formación característica de fibras de colágeno. Es extraño; aprox. El 10% de todos los fibrosarcomas primarios del hueso ocurren en la mandíbula. Pico de incidencia en grupos de mayor edad que el osteosarcoma (el pico a aproximadamente 40 años).²⁵

Diagnóstico / hallazgos histológicos

Hallazgos radiológicos: osteólisis pura, poco demarcada, sin formación de tejido duro. Histología: muestra todos los signos de malignidad: polimorfismo, hiperchromatismo, aumento de la actividad mitótica e infiltración, destrucción del tejido circundante. Hojas de células en forma de huso que clásicamente forman un patrón de "espiga". La celularidad aumenta con el aumento de la etapa de malignidad, mientras que la formación de colágeno disminuye. La estadificación es como para los tumores de tejidos blandos.²⁶

Diagnóstico diferencial

Con muchas células gigantes, debe considerarse el histiocitoma fibroso maligno.^{25,27}

Tratamiento y pronóstico

Escisión quirúrgica radical; en caso de tumores altamente malignos, se indica radio / quimioterapia combinada. El pronóstico depende del grado de diferenciación.²⁷

e. Sarcoma de Ewing^{28,29}

Definición y cuadro clínico: Es el segundo tumor óseo maligno primario más frecuente, de origen desconocido, con el mayor grado de malignidad después del osteosarcoma. Ocurre predominantemente al final de la segunda década de la vida, con una prevalencia en los hombres, sobre todo en la mandíbula.²⁸

Características clínicas: hinchazón dolorosa, fiebre, leucocitosis. Se caracteriza por un crecimiento extraordinariamente rápido.²⁹

Diagnóstico / hallazgos histológicos

Hallazgos radiológicos: lesión osteolítica solitaria mal definida, aspecto irregular comido por las polillas que puede ser indetectable en imágenes seriales durante un período prolongado; por lo tanto, la tomografía computarizada es esencial. Histología: tumor rico en células que consta de células tumorales pequeñas, monomorfas y redondas con núcleos vesiculares. Casi ninguna mitosis, altas cantidades de glucógeno (¡fijación de alcohol!), Sin fibras de reticulina. Inmunohistoquímicamente positivo para CD99. La translocación t (11; 22) (q24; 12) específica de Ewing se puede detectar en muestras recientes, la cual utiliza un método llamado reacción en cadena de la polimerasa RT.^{28,29}

Diagnóstico diferencial

Hallazgos radiológicos: todos los tumores intraóseos, osteomielitis
Histología: sarcoma de células redondas, linfoma no Hodgkin, leucemia linfoblástica, neuroblastoma (en niños menores de 5 años).²⁸

Tratamiento y pronóstico: Debemos recomendar las radioterapias y las quimioterapias ya que van a reacción de manera favorable. Con protocolos de tratamiento apropiados, la tasa es de 5 años como supervivencia pero debemos indicar que aumentado en 5% al 60%.²⁹

g. Plasmocitoma^{28,29,30}

Definición y cuadro clínico

El plasmocitoma es el tumor óseo maligno primario más frecuente (aproximadamente 50%) que se desarrolla a partir de células plasmáticas degeneradas en la médula. Se considera una enfermedad hematológica. Es una enfermedad diseminada, con los huesos de la mandíbula involucrados en aprox. 30% de los casos, y es frecuente en hombres; grupo de edad principal: entre las edades de 40 y 70. Síntomas clínicos: hinchazón y dolor, con parestesia o anestesia del labio inferior²⁸

Diagnóstico / hallazgos histológicos

Hallazgos de laboratorio: evidencia positiva de inmunoglobulina monoclonal en suero y orina (proteína de Bence-Jones); La hipercalcemia ocurre en la enfermedad extensa. Hallazgos radiológicos: lesiones osteolíticas bien delimitadas perforadas típicas. Histología: células plasmáticas diferenciadas con anomalías más o menos pronunciadas de células y núcleos según el grado de diferenciación.²⁹

Diagnóstico diferencial³⁰

Ameloblastoma

Granuloma de células gigantes

Granuloma eosinofílico

Metástasis

Linfoma

Tratamiento y pronóstico

Tumores solitarios: resección o quimioterapia, si es necesario; el tumor es solo ligeramente radiosensible. El pronóstico depende de la extensión de la infiltración de la médula ósea, pero generalmente es deficiente.^{29,30}

1.3.2. 4. Neoplasias odontogénicas

a. Ameloblastoma Metástasis:

Por definición, el ameloblastoma metastásico (MetAm) es el término utilizado para un ameloblastoma citológicamente benigno (AB) que hace metástasis, pero mantiene las características citológicas benignas características del tumor original. Una revisión combinada de la literatura y la investigación clínico-patológica informaron que la metástasis es con frecuencia una ocurrencia tardía (tiempo promedio de 18 años) después del tratamiento del tumor primario de la mandíbula. Los ameloblastomas (AB) son el 1% de todos los tumores encontrados en la cavidad oral, mientras que se estima que el ameloblastoma metastásico (MetAm) ocurre en <2% de AB. El MetAm muestra un comportamiento clínico similar al ameloblastoma, es decir,

crecimiento indolente pero persistente. La metástasis generalmente sigue a múltiples recurrencias locales del tumor original y las posibles rutas incluyen trasplante hematológico, linfático, aerógeno o pasivo secundario a manipulación quirúrgica. Algunos han postulado que la resección primaria adecuada del tumor original puede disminuir la incidencia de MetAm.^{16,17}

El sitio más común de metástasis de MetAm es el pulmón (78%). La mayoría de las metástasis pulmonares son bilaterales (71%) con afectación de espacios bronquiales y / o parénquima pulmonar¹⁷

b. Carcinoma Ameloblástico:

El término carcinoma Ameloblástico (CA) se refiere a una neoplasia odontogénica maligna con características histológicas de ameloblastoma con características citológicas abiertamente malignas, independientemente de la presencia o ausencia de metástasis. Las características de malignidad incluirían pleomorfismo nuclear, actividad mitótica fácilmente identificada (2 mitosis en un campo de alta potencia en un área de alto grado), necrosis focal e hiper cromasia nuclear. AC es raro con <100 casos en la literatura.¹⁸

1.4. Formulación del problema.

¿Cuál es la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 - 2019?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

La investigación indica que es limitado los trabajos de estudio que se logran realizar con respecto al diagnóstico histopatológico y a la prevalencia de las patologías bucomaxilares mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 - 2019, esta circunstancia se refleja en el Perú. Con respecto al departamento de Lambayeque no se existe reporte de dicho estudio es por ello su importancia, por un nivel de conocimientos limitado

sobre los diagnósticos histopatológico mediante biopsias. También existe una falta de conocimiento a nivel de profesionales de estomatología ya que no están orientados con respecto a la prevalencia de patologías bucomaxilares ni están capacitados en el diagnóstico a través de biopsias ya que solo los especialistas en el área de cirugía son los que tienen mayor conocimiento es por ello que desconocen sus respectivos tratamientos a dichas patologías bucomaxilares. A mismo tiempo permitirá la obtención de resultados actualizados correspondiente a si existe prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 - 2019. Y a su vez la justificación también desde el punto social, porque con ello permitirá dar a conocer a través de porcentajes la prevalencia de patología bucomaxilares y con ello indicar una alertar y prevención a la población Lambayecana las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia, logrando una mejora con respecto a su calidad de vida para así lograr medidas de prevención en la salud bucal lo que optimizaría la atención odontológica en los hospitales como en clínica privada. Por todo lo mencionado anteriormente, queda excepcionalmente justificada la aplicación de la investigación como trabajo de tesis ya que es viable porque tenemos acceso a la población del hospital regional Las Mercedes.

1.6. Hipótesis.

La prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019 es alta.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivos generales

- Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019.

1.7.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según edad.

- Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según sexo.
- Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según la localización de la biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.
- Determinar la prevalencia de tipos de biopsias bucales realizadas en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.
- Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según el diagnóstico en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Tipo y Diseño de Investigación.

Tipo de investigación: Cuantitativa

Diseño de la investigación:

Nuestra investigación fue observacional, transversal y retrospectivo según los parámetros de diseño evidenciado por los investigadores.

2.2 Variables, Operacionalización.

Variables

Variable de estudio:

- Patología bucomaxilofacial
- Biopsia

Covariable de caracterización

- Edad
- Sexo

Operacionalización.

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Ítems	Instrumento
Patologías bucomaxilares	Especialidad que se ocupa de la naturaleza y causa de enfermedad expresada en cambios en la estructura y función celular o tisular causados por el proceso de enfermedad en la cavidad oral	Enfermedades localizadas en los tejidos blandos y duros buco maxilofaciales	Localización anatómica de toma de biopsia	Mucosa labial Hueso maxilar Hueso mandibular Encía labial Mucosa de carrillo Mucosa alveolar Borde lateral de la lengua cara dorsal de la lengua	Ficha de recolección de datos

				Reborde alveolar	
				Paladar duro	
				Paladar blando	
				cara ventral de la lengua	
			Tipo de biopsia	Incisional Escisional	
			Diagnostico	Presuntivo Definitivo Anatomopatológico	

Covariables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Items	Instrumento
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació	Tiempo de vida medido en años hasta el día del examen clínico oral	Documento nacional de identidad	0 - 11 años 12 - 17 años 18 – 29 años 30-59 años 60 a más	Ficha de recolección de datos
Sexo	Características biológicas en la que se diferencia un individuo como hombre o mujer	Características sexuales del individuo	Documento nacional de identidad	Masculino femenino	Ficha de recolección de datos

2.3 Población y muestra.

Población: Población estimada del estudio, estará constituida por las 105 historias clínicas que son evidenciadas por el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Regional Las Mercedes.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- ✓ Historias clínicas de las biopsias que hayan sido obtenidas de la cavidad bucal, y realizadas en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Regional Las Mercedes, registradas en los libros de reportes quirúrgicos entre los años 2015 y 2019, a los pacientes adultos y niños, sean estos ambulatorios u hospitalizados.
- ✓ Historias clínicas con informes anatomopatológicos completos con diagnóstico definitivo.
- ✓ Historias clínicas con informes anatomopatológicos completos con diagnóstico presuntivo.

Criterios de Exclusión

- ✓ Historias clínicas incompletas o con ausencia en el diagnóstico.
- ✓ Historias clínicas con mal estado como por ejemplo (con borrones, arrugadas, manchadas, etc.)

Muestra constituida por 105 historias clínicas. Se trabajará con el total de la población, debido a que es un estudio de campo observacional y para evitar sesgo se tomara toda la población como muestra y así evitar errores estadísticos significativos.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Técnicas

La técnica que se utilizará en la investigación es la técnica de gabinete, esto quiere decir, que se conseguirán los datos de las historias clínicas de los pacientes con patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019.

Instrumentos de recolección de datos:

La ficha de recolección de datos estuvo constituida de dos partes (anexo 1)

Primera parte: Se registrarán los datos personales y generales del paciente (edad, género).

Segunda parte: ficha de recolección **consta** de las localizaciones anatómicas de toma de biopsia como son:

Mucosa labial

Hueso maxilar

Hueso mandibular

Encía labial

Mucosa de carrillo

Mucosa alveolar

Borde lateral de la lengua

cara dorsal de la lengua

Reborde alveolar

Paladar duro

Paladar blando

cara ventral de la lengua

Luego los tipos de biopsia y diagnóstico.

Recolección de datos: Por lo tanto se realizará una solicitud a la universidad señor de Sipán para que prontamente me entreguen una carta de presentación para el hospital Regional las Mercedes (Anexo 2) y luego una autorización nos dará el hospital (Anexo 3); una vez admitidos los permisos de la jefa del hospital, nos evaluará el proyecto de tesis dando para esta evaluación dos a tres semanas; posteriormente aceptado nuestro proyecto el jefe del área del servicio de odontología, me orientará para el llenado de mi ficha, luego me enviará al

área de almacén de historias, donde llenare mi ficha de recolección de datos. Por último, llenaremos 105 historias en un tiempo de 5 minutos por historia clínicas que cumplen con los criterios de selección. Finalmente se hará el llenado de la ficha de recolección realizado por el investigador

Validez y confiabilidad: Para este estudio se necesitará la validación por un especialista (Anexo 4), y la confiabilidad que se demostró por un piloto conformado por 15 historias en historias clínicas de los pacientes con patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019. Por lo que se aplicó una estadística con respecto a la fiabilidad del alfa Crombach dando como evidencia que nuestra ficha de recolección fue viable y confiable indicando mayor a >0.7 . (Anexo 5).

2.5 Métodos de análisis de datos.

El análisis de esta investigación fue aplicada a través del programa IBM® SPSS® Statistics 25. Por la cual estos resultados dado a través de tablas y figuras que fueron trasladadas al Word que responder a la problemática planteada. Para los niveles de prevalencia aplicó la prueba estadística de baremación la cual se indica después de la confiabilidad indicando los niveles alta, baja y media.

2.6 Criterios éticos.

La investigación se desarrolló respetando los diversos principios éticos de la universidad señor de Sipán, la cual siempre se rigen a proteger los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la(s) persona(s) que participan en la actividad de investigación Científica, Tecnológica e innovación, ciñéndose a los principios éticos acogidos por Belmont la cual es una normativa internacional, y que están suscritos en nuestro país para evidenciar en cada tesis.

2.7 Criterios de Rigor Científicos

Para determinar y cumplir con la presentación de fiabilidad y confiabilidad fueron codificados y protegidos a cargo de los investigadores. Indicando la credibilidad y estabilidad de información que fueron garantizadas por la utilización de instrumentos válidos y confiables. Los resultados podrán ser aplicados.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas y Figuras

Tabla N°1: Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019.

PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES	N	%
BAJA	20	19,3
ALTA	85	80.7
TOTAL	105	100

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

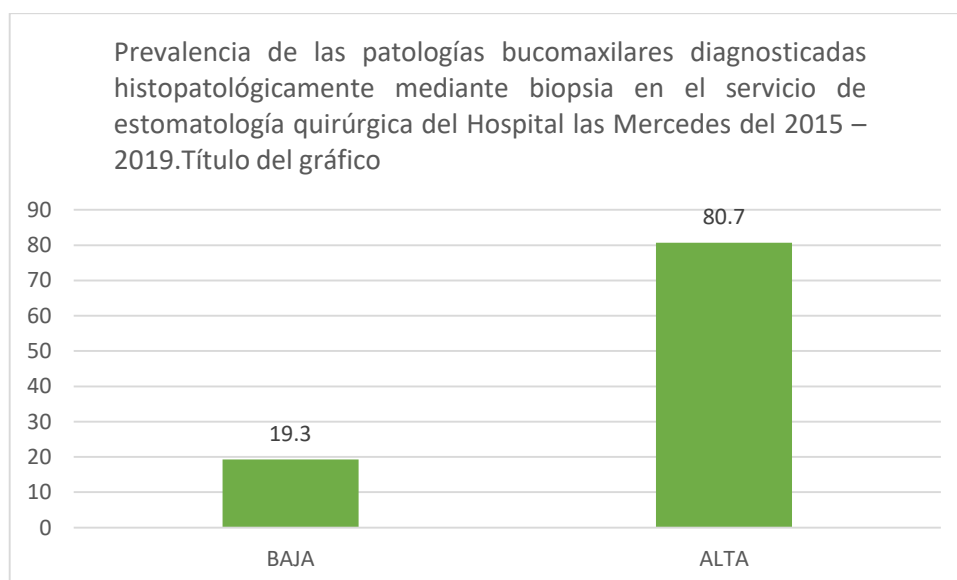


Figura 1.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla y figura 1 se puede determinar que el 80.70% presenta alta prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019.

Tabla N°2: Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según edad.

PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES	EDAD					TOTAL %
	0 - 11 %	12 - 17 %	18 - 29 %	30 - 59 %	60 a más %	
Enfermedad de Sjögren	0	1.35	1.35	25	8	35.07
Quiste de retención mucoso	0	0.25	5	0.1	0.15	7.5
Fibroma Traumático	0	0.44	1	5	0.44	6.88
Granuloma Periapical	0	0.11	0.4	4	1	5.51
Hiperplasia fibrosa traumática	0	0	0	4	0.38	4.38
Granuloma piógeno	0	0.1	0	4	0.13	4.13
Quiste periapical	0	2	6	6	6	20.52
Tumor Odontogénico queratoquistico	0	0.44	1	1	0.44	2.88
Carcinoma epidermoide	0	0	0.7	2	0.05	2.75
Amiloidosis	0	0	0.05	0.7	2	2.75
Lesiones por VPH	0	0	0.15	2	0.55	2.75
OTROS	0	0.44	0.44	2	2	4.88
TOTAL	0	5.13	16.09	55.8	21.14	100

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

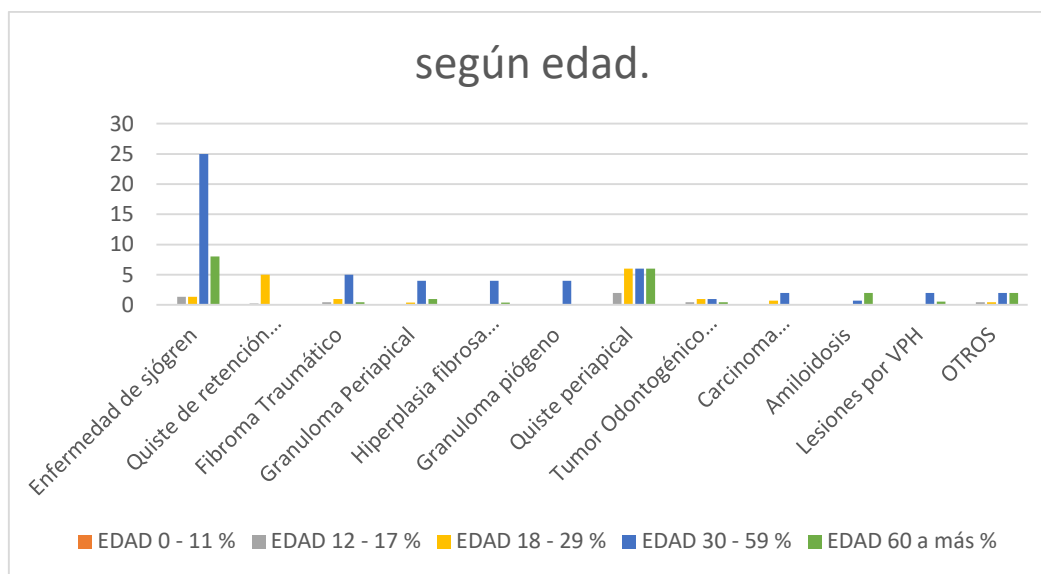


Figura 2.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla y figura 2 se puede determinar que el mayor porcentaje según edad fue de 55.80% en los intervalos de 39 – 59 años de prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

Tabla N°3: Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según sexo.

PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
	%	%
Enfermedad de Sjögren	10.32	89.68
Quiste de retención mucoso	46.43	53.57
Fibroma Traumático	30.91	69.09
Granuloma Periapical	36.36	63.64
Hiperplasia fibrosa traumática	20	80
Granuloma piógeno	27.27	72.73
Quiste periapical	45.16	54.84
Tumor Odontogénico queratoquistico	52.17	47.83
Carcinoma epidermoide	45.45	54.55
Amiloidosis	63.64	36.36
Lesiones por VPH	40.91	59.09
OTROS	0	0
TOTAL	38.06	61.94

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

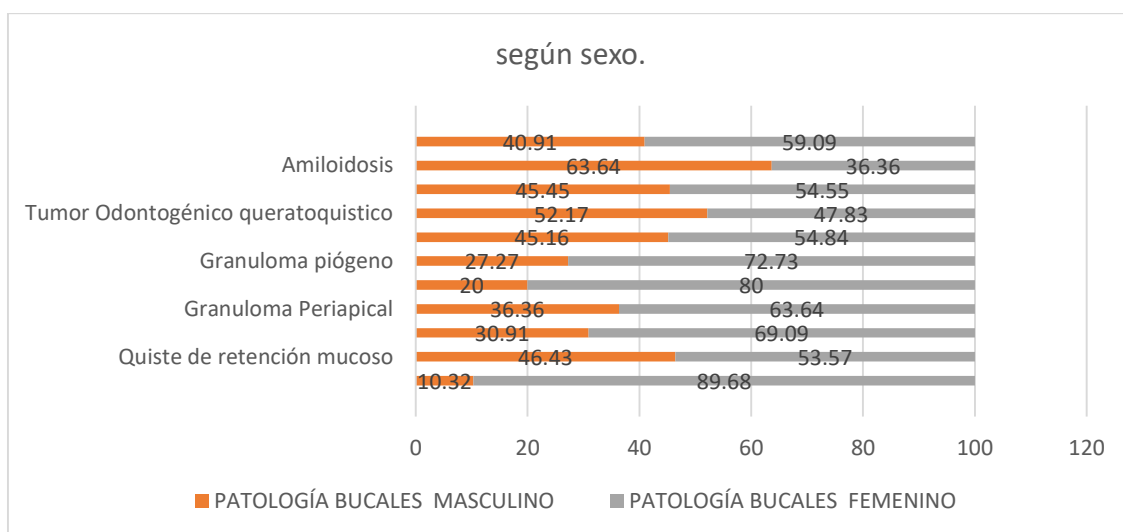


Figura 3.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla y figura 3 que se puede determinar que el mayor porcentaje según el sexo fue para el femenino con 61.94% de prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

Tabla N°4: Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según la localización de la biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES	LOCALIZACIÓN
	%
Mucosa labial	46.56
Hueso maxilar	12.02
Hueso mandibular	11.39
Encía labial	5.88
Mucosa de carrillo	5.38
Mucosa alveolar	4.51
Borde lateral de la lengua	4.51
cara dorsal de la lengua	3.13
Reborde alveolar	2
Paladar duro	1.75
Paladar blando	1.75
cara ventral de la lengua	1.12
TOTAL	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

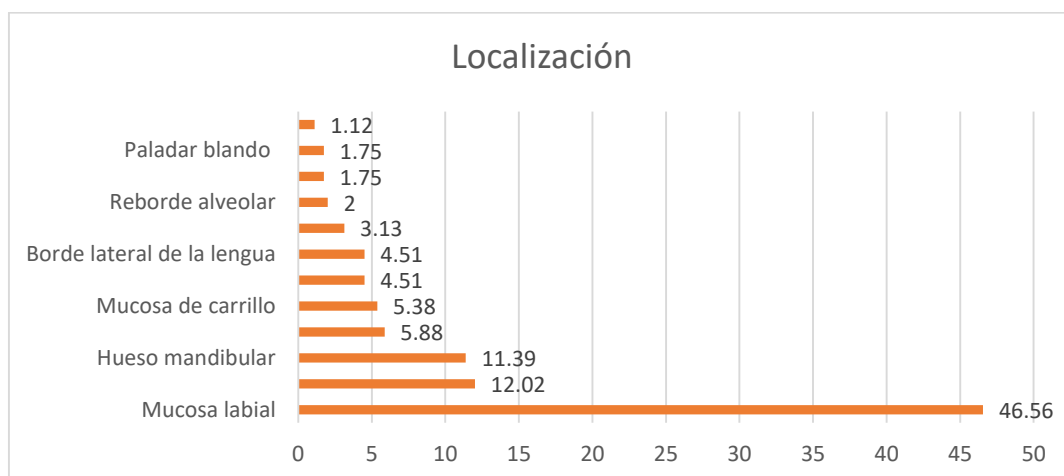


Figura 4.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla y figura 4 que se puede determinar que el mayor porcentaje según la localización fue con 46.56% la mucosa labial y solo 1.12% de cara ventral de la lengua de prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

Tabla N°5: Determinar la prevalencia de tipos de biopsias bucales realizadas en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES	TIPO DE BIOPSIA
	%
INCISIONAL	64.46
ESCISIONAL	35.54
TOTAL	100

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

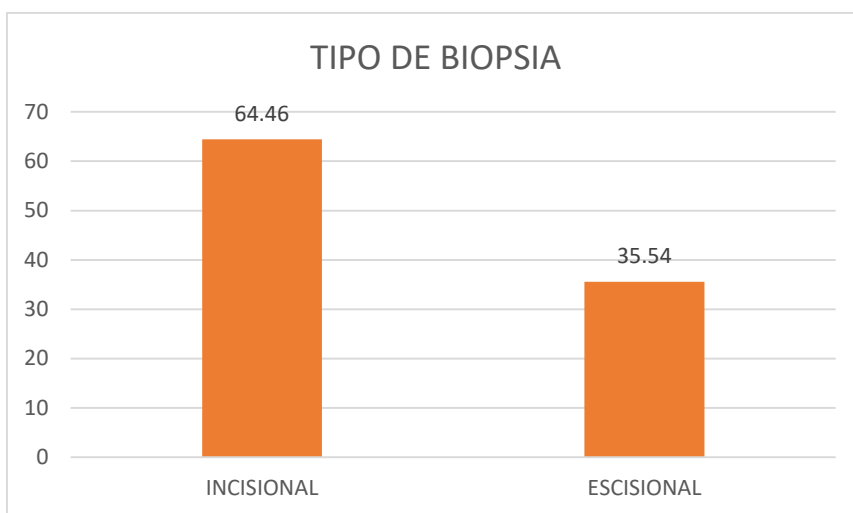


Figura 5.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla y figura 5 se puede determinar que el mayor porcentaje según tipo de biopsia bucal fue Incisional con 64.46% y solo 35.54% fue Escisional de prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

Tabla N°6: Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según el diagnóstico en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES	DIAGNOSTICO %
Enfermedades de origen inmunitario	39.3
Lesiones reactivas	24.54
Enfermedades infecciones	9.14
Quistes de los maxilares	8.51
Tumores odontogénicos	5.26
Neoplasias benignas	4.38
Neoplasias malignas	4.26
Alteraciones epiteliales no neoplásicas	2.75
Otros	1.86
TOTAL	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

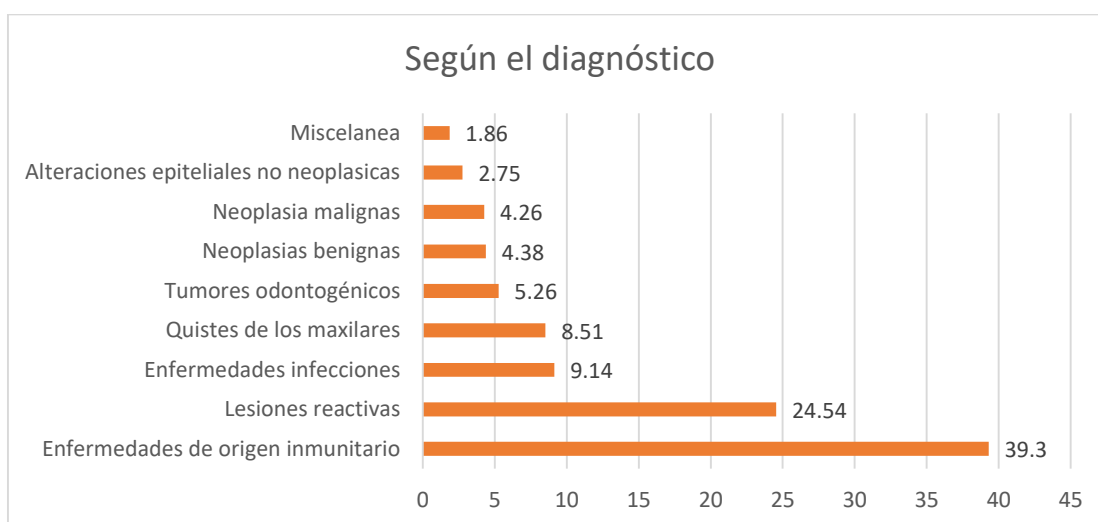


Figura 5.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla y figura 6 se puede determinar que el mayor porcentaje según diagnóstico fue con 39.3% para enfermedades de origen inmunitario que fue la mayor prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes.

3.2. Discusión de resultados

Estas consideraciones son valiosas para identificar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histológicamente mediante biopsia e el servicio de Estomatología quirúrgica del hospital las Mercedes del 2015 - 2019. Este concepto ayudaría enormemente a los cirujanos a tomar diferenciación de las patologías y a tener en cuenta un preciso diagnóstico histopatológico y así por evitar fallar en el diagnóstico clínico. El presente estudio nos indica que no hubo sesgo por ello tenemos los resultados del objetivo general, que encontramos una mayor prevalencia con un 80.70% y una mayor frecuencia de lesiones en mujeres, lo cual es semejante a varios estudios como Akinday O⁶ sin embargo Gamarra, G.⁸ difiere esto se explica quizás fácilmente ya que hay más hombres en sus estudios que existe mayor cantidad en la población. Otro punto importante fue la edad 55.80% en los intervalos de 39 – 59 años sin excluir a ningún grupo como los niños, por lo que algunos resultados difieren de los de otros estudios publicados, como el de Gamarra, G. (31-40 años)⁸ y Jones AV,¹⁰ quien solo tomo en cuenta pacientes mayores de 17 años, o que estudiaron lesiones en niños hasta los 20. Debemos de entender que tampoco nos hemos centrado en una condición o ubicación en particular como en otros estudios. Al estudiar cada categoría diagnóstica por separado, existen semejanzas y diferencias entre nuestros resultados y los de otros autores, pero estas pueden explicarse por los cambios realizados en la clasificación de las distintas lesiones en cada categoría diagnóstica. Dado que el Hospital las Mercedes, remiten un gran número de casos con distintas patologías de las mucosas desde diferentes todos los puntos de Lambayeque, tanto a través del Servicio Público de Salud (Minsa) como a través de consultas privadas.

Con respecto a la localización fue con mayor porcentaje con un 46.56% la mucosa labial y solo 1.12% de cara ventral de la lengua. La cual se asemeja con All P¹¹ sin embargo difiere con Jones AV¹⁰ esto quizás se deba a que nuestro caso fue debido al pequeño tamaño de la muestra y los cambios que hicimos en la clasificación de las lesiones dentro de las diferentes categorías diagnósticas. La segunda localización más frecuente en este grupo fue en el hueso maxilar con un (12,02%).

Con respecto al tipo de biopsias bucales la prevalencia fue la Incisional con 64.46% y solo 35.54% fue escisional este grupo se asemeja a Barria H (64,46 %).

Otro punto importantísimo fue determinar que el mayor porcentaje según diagnóstico fue con 39.3% de prevalencia en enfermedades de origen inmunitaria, sin embargo; nuestra división con algunos estudios se asemeja a otros, pero con una clasificación de tipos diferentes de categorías como las lesiones del desarrollo / inflamatorias, inmunitaria y reactivas la cual fueron más comunes. En nuestro estudio, las enfermedades de origen inmunitaria constituyen el 39,3% de todas las lesiones. Esto fue mucho más de lo que se informó en la mayoría de los estudios, pero la literatura actual muestra que las enfermedades inmunitarias y los quistes odontogénicos representan entre el 0,8% y el 45,9% de todas las lesiones. Este hallazgo puede estar relacionado con el perfil de nuestra muestra, en la que la mayoría de los pacientes fueron remitidos al hospital las Mercedes que viene desde sierra de Lambayeque hasta su costa por ello como es un hospital de categoría III vienen para procedimientos quirúrgicos que requieren experiencia. Además, puede evaluarse como resultado en diferentes prácticas de derivación. Para las enfermedades inmunitarias y quistes odontogénicos, la edad media general fue (42 años) fue similar al resultado de Kamulegeya A⁹ que indica un intervalos de 43.4 años y 41,8 años y la proporción total de hombres y mujeres fue similar a los resultados de nosotros, otro punto fue los quistes de maxilares la proporción de mandíbula (1: 1) fue consistente con Akinday O⁶ ya que informan que los quistes radiculares (55,8%) fueron las lesiones más biopsiadas, seguidas de los quistes dentígeros (31,3%) y los quistes residuales (9,6%).) en lesiones quísticas y estos datos apoyan los datos presentados por Gamarra. Es importante aclarar que según la clasificación de la OMS de queratoquiste odontogénico actualizada en 2005 y tipo paraqueratinizado se denomina KCOT. Esta reclasificación provocó cambios en la frecuencia tanto de los quistes como de los tumores odontogénicos. En el presente estudio, las lesiones tumorales o similares a los de los maxilares constituyeron el 5,26% de todas las lesiones. Esta tasa es mucho mayor de lo que se informó en estudios anteriores sobre la investigación, según la clasificación de la OMS en KCOT, odontoma y ameloblastoma fueron los

tumores odontogénicos más frecuentes consecutivamente en este estudio aunque no lo hemos evidenciados por porcentajes como un total sino como parte de las categorías y este hallazgo es consistente con el estudio realizado por Gaitán-Cepeda¹² debemos resaltar que estos datos se asemejan a nuestro estudio sin embargo no nos sorprendieron algunas diferencias debido a que en otros países el proceso de clasificación es totalmente diferente ya que se rigen a la Clasificación Internacional de Enfermedades de Odontología y Estomatología, que es una clasificación extensa de las enfermedades del aparato digestivo en función de los tejidos originados, el granuloma periapical y el quiste radicular se encuentran en la misma subcategoría que "enfermedad de la pulpa y tejidos ". Los productos de la infección pulpar inician una respuesta inflamatoria y estimulan la proliferación de los restos de Malassez en el granuloma periapical y el agrandamiento de la masa de células epiteliales conduce a la formación de quistes. La mayoría de los quistes radiculares son pequeños, pero pueden alcanzar un tamaño grande. Además de esto, se debe considerar el diagnóstico diferencial debido a sus diferentes protocolos de tratamiento y pronósticos. Otro punto importante es que los quistes radiculares lo enfocaron como una categoría ya que generalmente causan inflamación dolorosa, pero en el maxilar anterior pueden ser asintomáticos debido al hueso cortical delgado de este sitio anatómico y no evidenciarlo como una prevalencia a nivel de quistes maxilares como nosotros, pero se encuentran en la misma categoría de quistes maxilares. Por lo tanto, debemos tener en que la inconsistencia podría deberse a la interpretación de las clasificaciones y categorías de división a nivel internacional.

También resaltamos que una interpretación a través de la biopsia es la herramienta diagnóstica definitiva. Los cirujanos no envían todas las muestras patológicas que se extraen mediante procedimientos quirúrgicos o extracciones dentales. Estas lesiones no se pueden analizar histológicamente, por lo que se pueden pasar por alto algunas patologías graves.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Al determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019, fue que existe una prevalencia alta.

Al determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según edad, con mayor porcentaje fue para los intervalos de 39 – 59 años.

Al determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según sexo, que el mayor porcentaje fue para el femenino

Al determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según la localización de la biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, fue con mayor porcentaje para la mucosa labial.

Al determinar la prevalencia de tipos de biopsias bucales realizadas en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, con mayor porcentaje para la Incisional.

Al determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según el diagnóstico en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, fue mayor porcentaje para el origen inmunitario.

4.2. Recomendaciones

Como se señaló, las patologías bucomaxilares tienen presentaciones variables por lo que a veces pueden inducir a error incluso a los cirujanos con especialidad más experimentados. Debido a las clasificaciones designadas a las categorías por ello es de vital importancia estandarizar ya que a través de ello podrían

diferenciar las neoplasias malignas y las lesiones premalignas la cual se podrán tratar mejor si se detectan a tiempo.

Con respecto a la edad se debe recomendar para tener en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico clínico presuntivo. Los datos obtenidos en este estudio pueden considerarse representativos de nuestra población ya que trabajamos con niños, adolescentes ya adultos dado que nuestra serie comprende casos remitidos desde diferentes puntos de la region Lambayeque para diagnóstico histopatológico en el Hospital Mercedes, y pueden servir para establecer un diagnóstico presuntivo previo a la biopsia. La variación en frecuencia observada entre las series reportadas en la literatura no parece deberse a diferencias étnicas o raciales, sino a los criterios aplicados en cada estudio y a la falta de recursos para detectar lesiones asintomáticas insospechadas respecto a la edad.

Otra recomendación es que los diferentes estudios deben utilizar igual cantidad de estudio de mujeres y varones ya que como se sabe el sexo femenino tiene mayor prevalencia y puede llegar a sesgo debido a que diferentes estudios no lo toman al 100% cada muestra esta falencia debe cambiarse.

Con respecto a la localización debemos resaltar que la precisión de la mucosa labial siempre estará sujeta a revisiones continuas basadas en actualizaciones científicas continuas, sin embargo, debe basarse esencialmente en las características histológicas y clínicas de estas enfermedades por ello el odontólogo, debe capacitarse en forma constante.

Otra recomendación que hacemos es la monitorización de las lesiones a largo plazo es una opción que solo debe considerarse si la biopsia incisional resulta ser benigna, y tales lesiones deben considerarse para una nueva biopsia si la lesión presenta cambios en la apariencia o el tamaño. Además, considerar como recomendación que el médico también debe considerar el error de muestreo, que es un problema inherente a la biopsia Incisional. Por lo tanto, en caso de duda, deben considerarse muestras de incisión adicionales o biopsia por escisión. Finalmente, si existe alguna discrepancia entre la impresión clínica y el informe patológico, puede estar indicada una nueva biopsia.

Debido a la prevalencia de lesiones de la mucosa oral, los médicos deben estar atentos durante cualquier examen oral. La identificación y el diagnóstico tempranos son los objetivos clínicos, ya que el tratamiento en una etapa temprana es clave para reducir la morbilidad y la mortalidad por carcinoma de células escamosas.

REFERENCIAS

1. López S, Bologna R, Sánchez A, Horta A. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. *Rev Tamé*. 2013;2(4):100-105.
2. Martino L, Pérez M. Lesiones elementales de la mucosa bucal. Guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal. *Actas Odontológicas*. 2015;12(1):14-20.
3. Therkildsen NM, Andersen K, Blomlöf J. Diagnostic sensitivity and specificity in a retrospective clinical, radiographic and histopathological study of 166 cystic jaw lesions. *Oral Surgery*. 2014; 7:33-38.
4. Peker E, Öğütlü F, Karaca İ, Gültekin E, Çakır M. A 5 year retrospective study of biopsied jaw lesions with the assessment of concordance between clinical and histopathological diagnoses. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2016;20(1):78-85.
5. Cavalcante RB, Turatti E, Daniel AP, Alencar GF, Chen Z. Revisión retrospectiva de patología oral y maxilofacial en una población pediátrica brasileña. *Eur Arch Paediatr Dent*. Abril de 2016; 17 (2): 115-22.
6. Akinday O. Biopsias presentadas en el laboratorio de Patología Oral, para el período 1990-2014, en odontología. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2020; 17 (2): 115-22.
7. Barría R, Flores W. Prevalencia de las patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2010 al 2015. [Licenciatura]. Facultad de Odontología USMP; 2017.
8. Gamarra G. Prevalencia y características histopatológicas de los quistes del conducto nasopalatino diagnosticados en el laboratorio de patología oral de la clínica dental docente de la facultad de estomatología de la

- Universidad Peruana Cayetano Heredia (1991-2015). [Pregrado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia;2016.
9. Asio J, Kamulegeya A, Banura C. Survival and associated factors among patients with oral squamous cell carcinoma (OSCC) in Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Cancers Head Neck*. 2016; 3:9.
 10. Jones AV. Jones AV. A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period. *Br Dent J*. 2016;200(8):447-443.
 11. Al P, Suresha CS, Al-Tamimi D, Al-Nazrc M, Atassi RA, Al-Rayese I, et al. Una encuesta de biopsias orales y maxilofaciales en la provincia oriental de Arabia Saudita: un estudio retrospectivo de 10 años. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol*. 2016; 25 : 393–398.
 12. Conceição JG, Gurgel CA, Ramos EA, De Aquino Xavier FC, Schlaepfer-Sales CB, Cangussu MC, et al. Oral mucocelos: a clinical, histopathological and immunohistochemical study. *Acta Histochem*. 2014;116(1):40-7.
 13. Tavares TS, Meirelles DP, de Aguiar MCF, Caldeira PC. Pigmented lesions of the oral mucosa: A cross-sectional study of 458 histopathological specimens. *Oral Diseases*. 2018;1-8.
 14. Alotaiby FM, Fitzpatrick S, Upadhyaya J, Islam MN, Cohen D, Bhattacharyya I. Demographic, Clinical and Histopathological Features of Oral Neural Neoplasms: A Retrospective Study. *Head Neck Pathol*. 2018. <https://doi.org/10.1007/s12105-018-0943-1>.
 15. Soyele OO, Aborisade A, Adesina OM, et al. Concordancia entre diagnóstico clínico e histopatológico y auditoría del servicio de histopatología oral en un hospital terciario de Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2019; 34: 100.
 16. Méndez M, Haas AN, Rados PV, Santana Filho M, Carrard VC. Concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos y la completitud de las formas de biopsia oral. *Investigación oral brasileña. Braz Oral Res*. 2016; 30 (1): e94.
 17. Emeka C, Effiom O, Gbotolorun O, et al. Características de concordancia diagnóstica de las lesiones orofaciales observadas en el hospital

- universitario de Iagos. *Revista Africana de Patología y Medicina Oral y Maxilofacial*. 2018; 2 (1): 1–6.
18. Akinyamoju AO, Adeyemi BF, Adisa AO, Okoli CN. Auditoría del servicio de histopatología oral en una institución terciaria de Nigeria durante un período de 24 años. *Ethiop J Health Sci*. 2017; 27 (4): 383-392.
 19. Patel K, Strother RM, Ndiangui F y col. Desarrollo de servicios de inmunohistoquímica para la atención del cáncer en el oeste de Kenia: implicaciones para países de ingresos bajos y medianos. *Afr J Lab Med*. 2016; 5 (1).
 20. Davidova LA, Bhattacharyya I, Islam MN. *et al*. Un análisis de las características clínicas e histopatológicas de la displasia fibrosa de los maxilares: una serie de 40 casos y revisión de la literatura. *Head and Neck Pathol*. 2020; 14(1): 353–361.
 21. Soyele O, Aborisade A, Olatunji S, Adesina O, Njokanma A. Patrones de lesiones fibro-óseas de la región oral y maxilofacial observadas en un hospital terciario en Ile-Ife, Nigeria. *Afr J Oral Maxillofac Pathol Med*. 2018; 4 (1): 16–27.
 22. Ahmad M, Gaalaas L. Fibroóseas y otras lesiones óseas en las mandíbulas. *Radiol Clin N Am*. 2017; 56: 91–104.
 23. Chen S, Forman M, Sadow PM, August M. The Diagnostic Accuracy of Incisional Biopsy in the Oral Cavity. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016;74(5):959-964.
 24. Maymone MBC, Greer RO, Burdine LK, et al. Benign oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):43-56.
 25. Betz SJ. HPV-Related Papillary Lesions of the Oral Mucosa: A Review. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):80-90.
 26. Tamiolakis P, Theofilou VI, Tosios KI, Sklavounou-Andrikopoulou A. Xantoma verruciforme oral: informe de 13 nuevos casos y revisión de la literatura. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018; 23 (4): e429 – e435.
 27. Wenig BM. Carcinoma de células escamosas del tracto aerodigestivo superior: displasia y variantes seleccionadas. *Mod Pathol*. 2017; 30 (s1): 112-118.

28. Curi DS, Leite-Ribeiro PM, Torregrossa VR, Vieira VC, Sarmiento VA. Eficacia de la imidazolquinolina en el tratamiento del condiloma acuminado de la mucosa bucal. *Spec Care Dent.* 2017; 37 (1): 51–54.
29. Rosebush MS, Briody AN, Cordell KG. Black and Brown: Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head Neck Pathol.* 2019;13(1):47-55.
30. Cantudo-Sanagustin E, Gutierrez-Corrales A, Vigo-Martinez M, Serrera-Figallo MA, Torres-Lagares D, Gutierrez-Perez JL. Patogenia y características clínico-histopatológicas del melanoacantoma: una revisión sistemática. *J Clin Exp Dent.* 2016; 8 (3): e327 – e336.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TITULO	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO / DISEÑO	POBLACIÓN MUESTRA	INSTRUMENTO
Prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019.	<p>Objetivos General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente 	La prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes del 2015 – 2019 es alta.	<p>Tipo de investigación: Exploratoria porque examina un tema o problema poco estudiado.</p> <p>Diseño de la investigación: Retrospectivo</p>	<p>Población: Población estimada del estudio, estará constituida por las 105 historias clínicas que son evidenciadas por el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Regional Las Mercedes.</p> <p>Muestra: Constituida por 105 historias clínicas. Se trabajará con el total de la población, debido a que es un estudio de campo observacional y para evitar sesgo se tomara toda la población como muestra y así evitar</p>	Ficha de recolección de datos elaborada por los investigadores

	<p>mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes, según sexo. • Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según la localización de la biopsia en el servicio de estomatología 			errores estadísticos significativos.	
--	---	--	--	--------------------------------------	--

	<p>quirúrgica del Hospital las Mercedes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia de tipos de biopsias bucales realizadas en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes. • Determinar la prevalencia de las patologías bucomaxilares diagnosticadas histopatológicamente según el diagnóstico en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital las Mercedes. 				
--	--	--	--	--	--

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

EDAD:-----

SEXO :-----

FECHA DEL REPORTE DE CASO :-----

Localización anatómica de toma de biopsia

Bermellón de los labios () Dorso de lengua ()

Comisura labial () Borde de lengua ()

Mucosa labial () Cara ventral de lengua ()

Mucosa de carrillo () Piso de boca ()

Mucosa alveolar () Encía () Sup () Inf ()

Paladar duro () Hueso maxilar ()

Paladar blando () Hueso mandibular ()

Reborde alveolar ()

Tipo de biopsia

Incisional ()

Escisional ()

DIAGNOSTICO

De cavidad bucal ()

Sistémico ()

Diagnóstico presuntivo:

Diagnóstico anatomopatológico

Antecedentes sistémicos:

Anexo 2: Solicitud



CARTA DE PRESENTACIÓN

Pimentel, 29 de enero de 2019

Sr.
Director del HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES
Chiclayo.-

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. para saludarle muy cordialmente, y a la vez presentarle al Interno de Estomatología del X ciclo, **BARBOZA DIAZ ROSA EDITH** realizará su Internado Hospitalario en su representada, correspondiente al Semestre Académico 2019-I

Conocedor de su amplio conocimiento y espíritu docente, administrativo y de investigación; aseguramos el éxito de nuestro estudiante para cumplir con el desarrollo del internado, integrando y profundizando los conocimientos de sus cuatro áreas curriculares: Formación General, Formación Profesional, Investigación Científica y Práctica Pre Profesional; asumiendo responsabilidades como Cirujano Dentista en el Hospital que usted tan acertadamente viene conduciendo.

Sin otro particular, y agradecido por la atención que le brinde a la presente, me despido de usted.

Atentamente,

 UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN SAC.

Dra. Mariela Roxana Valenzuela Ramos
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

cc.archivo

ADMISIÓN E INFORMES

074 481610 - 074 481632

CAMPUS USS

Km. 5, carretera a Pimentel

Chiclayo, Perú

www.uss.edu.pe

Anexo 3: autorización del hospital



GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
Gerencia Regional de Salud
HOSPITAL "LAS MERCEDES"
CHICLAYO



Tradición que protege tu salud!!!

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES N° 314/ 19

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, autoriza a:

BARBOZA DÍAZ ROSA EDITH

Estudiante de la carrera profesional de **Estomatología** de la "UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN", para que realice la Ejecución del Proyecto de Tesis Titulado: "**PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS BUCOMAXILARES DIAGNOSTICADAS HISTOPATOLÓGICAMENTE MEDIANTE BIOPSIA EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL LAS MERCEDES DEL 2015 - 2019**", durante el periodo de Noviembre del 2019 a Julio del 2020.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP REG DOC "LAS MERCEDES" - CH.

César Reaño Ibañez
Dr. César Reaño Ibañez
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
CMP 50552 - RNE. 28611

Chiclayo, Noviembre 2019

Tradición que protege tu salud!

Anexo 4: Validez por un especialista

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD:-----

SEXO :-----

FECHA DEL REPORTE DE CASO :-----

Localización anatómica de toma de biopsia	Bermellón de los labios ()	Dorso de lengua ()
	Comisura labial ()	Borde de lengua ()
	Mucosa labial ()	Cara ventral de lengua ()
	Mucosa de carrillo ()	Piso de boca ()
	Mucosa alveolar ()	Encía () Sup () Inf ()
	Paladar duro ()	Hueso maxilar ()
	Paladar blando ()	Hueso mandibular ()
	Reborde alveolar ()	
Tipo de biopsia	Incisional ()	Escisional ()
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN		
Ulcerosa ()	Escamosa ()	Blanquecina() Eritematosa ()
Diagnóstico presuntivo:		
Diagnóstico anatomopatológico		
Diagnóstico definitivo		


 CD. Esp. Ernesto Rojas Bocanegra
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 8882 - R.N.E. 1167

Anexo 5: Prueba piloto y confiabilidad

Localización anatómica:	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15
Mucosa labial	SP	NP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
Dorso de lengua	NP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	NP
Borde de lengua	NP	NP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	NP	NP	SP	NP	NP
Cara ventral de lengua	NP	NP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	NP	NP	NP	NP	NP
Mucosa de carrillo															
Piso de boca	NP	NP	SP	SP	SP	NP	SP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
Otras localizaciones:															
Diagnóstico Histopatológico:															
Hiperplasia irritativa crónica	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	NP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
Exostosis maxilar superior	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
Fibroma irritativo	NP	SP	NP	SP	NP	SP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
Hiperplasia gingival	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	SP	SP	SP	SP
Mucocele del labio	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
Otros diagnósticos	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP

		NP	SP
Casos	Localización anatómica DX Histop	NO PRESENTA	SI PRESENTA

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,942	15

Según el alfa Cronbach para que ficha de recolección sea válida y confiable debe ser >0.7, por ende nuestra ficha de recolección es válida y confiable ya que nuestros ítems presentan un valor >0.7.

Baremo

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	VALOR DEL PERCENTIL	TOTAL DE PUNTUACIÓN
1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	16,00	6
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	24,00	2
1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	16,00	5
0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	24,00	6
0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	36,00	12
1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	15,00	5
1	3	4	2	4	1	3	1	1	3	1	2	1	2	2	1	3	4	2	4	18,00	26
0	0	4	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	3	23,00	9
0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	30,00	12
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	27,00	2
1	0	0	2	0	1	0	1	1	0	2	1	2	1	1	1	0	0	2	0	16,00	9
1	0	0	2	0	1	0	1	1	0	2	0	2	0	0	1	0	0	2	0	15,00	8
0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	24,00	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	19,00	1
0	0	0	2	0	0	3	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	30,00	9
1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	16,00	7
0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	3	0	2	0	25,00	7
0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	4	2	0	24,00	8
1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	12,00	5

0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	24,00	4
0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	31,00	8
0	0	4	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	20,00	7
0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	2	0	2	0	0	0	3	0	0	3	32,00	14
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	21,00	4
1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	15,00	5
1	3	0	2	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	3	0	2	0	17,00	10
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	1	0	0	4	0	0	21,00	7
0	0	0	2	3	0	0	0	0	3	2	0	2	0	0	0	0	0	2	3	32,00	10
1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	12,00	5
1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	18,00	4

PERCENTIL	VALORES TOTALES	RANGO
1	1.00	Baja
5	1.55	
10	2.20	
15	4.00	
20	4.20	
25	5.00	
30	5.00	
35	5.00	
40	6.00	
45	6.00	
50	7.00	
55	7.00	
60	7.60	
65	8.00	
70	8.70	
75	9.00	MEDIA
80	9.80	
85	10.70	
90	12.00	
95	19.40	ALTA
99	.	

FOTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

