

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEON
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



“ Correlación clínico – histopatológica de lesiones bucales biopsiadas en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología y HEODRA, León, Enero – Diciembre 2001.”

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

Autores:

***Lisbeth del Carmen Duarte Gutiérrez.
Marina Elizabeth Hodgson Jiménez.***

Tutor:

***Dr. Joel Benito Esquivel M.
Docente del Departamento de Medicina Oral
Facultad de Odontología
UNAN-LEÓN***



León, Febrero de 2002

181.189
C.I



W
43
D812c
2002

DEDICATORIA

*A Dios por darnos la fuerza y sabiduría para
Seguir siempre adelante.*

*A mis padres,
Simbolo de amor y esfuerzo
Que me han encausado y orientado
Con sabios consejos y enseñanzas
Para haber logrado
Esta meta.*

Lisbeth Duarte G.

*A mi mamá, mujer sencilla quién
Con sacrificios regaba sus semillas y espera
En silencio los frutos de estas semillas
MÍ mamá Matilde Jiménez
Que es para mí ejemplo
De honestidad.*

Marina Hodgson J.

2002

AGRADECIMIENTO

A Dr. Joel Esquivel Muñoz, por brindarnos parte de su conocimientos

*Al Dr. Edgar Orozco, patólogo del Hospital Escuela por Facilitarnos la
revisión de los resultados de las biopsias*

*A la Dirección del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales A.
Por facilitarnos los expedientes clínicos del archivo*

*A todos nuestros docentes quienes contribuyeron a nuestra formación
como futuro profesionales al servicio de nuestra comunidad*

A nuestros hermanos y amigos, por su apoyo

INDICE

SUMARIO	PAG.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEORICO	4
MATERIAL Y METODO	10
RESULTADOS	14
DISCUSION	21
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
BIBLIOGRAFIA	25
ANEXOS	26



RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en una serie de casos comprendida entre Enero a Diciembre del 2001. Con el objeto de establecer Correlación Clínica Histopatológica de las lesiones biopsiadas (Coincidencia y Discrepancia) en el Departamento de Cirugía Oral y Máxilofacial del complejo docente de la Facultad de Odontología y del HEODRA.

Se analizó un total de 39 biopsias de las cuales 13 correspondían a Cirugía Oral de la Facultad de Odontología y 26 al Departamento de Cirugía Oral y Máxilofacial del HEODRA.

Se utilizó como medios y métodos diagnósticos los tradicionales, es decir: Inspección, Palpación, Percusión, Radiología y Aspiración. Obteniendo el 59% de Coincidencia y el 41% de Discrepancia diagnóstica. Entre las lesiones biopsiadas de los tejidos duro se obtuvo el 57% de Discrepancia.

Pensamos que los Métodos y Medios diagnósticos no se están utilizando adecuadamente para establecer una correcta Correlación Clínica e Histopatológica.



INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista histórico, la naturaleza de las enfermedades fue un misterio hasta el advenimiento del microscopio y su aplicación al estudio de los tejidos enfermos, ya que en el pasado la inspección era el método más usado para la identificación de las enfermedades bucales.

Miles de personas han muerto debido a enfermedades bucales no diagnosticadas a tiempo, o porque pasaron desapercibidas o porque no se les dio mucha importancia; también por un mal diagnóstico y por tanto un mal tratamiento.

La observación macroscópica cuidadosa del paciente y el estudio microscópico de las lesiones, junto a varias pruebas de laboratorio, han hecho posible el diagnóstico de muchas enfermedades orales y ofrecer algún consejo terapéutico razonable.(3)

Un tipo específico de lesión macroscópica, como una masa papilar emergente, puede deberse a distintas variedades de alteraciones celulares, como inflamación, neoplasia benigna o neoplasia maligna. Sin embargo una enfermedad de la mucosa oral solo puede diagnosticarse por la correlación de las características macroscópicas y microscópicas. En raras circunstancias, el aspecto macroscópico de las lesiones básicas puede ser tan característico de una enfermedad específica, que el diagnóstico pueda ser solo clínico.(3) Es por esto que toda lesión, aunque sea una simple úlcera en la que se piense en un afta, debe realizársele biopsia y así estar seguros del diagnóstico descrito.

Muchas de estas patologías resultan difíciles ser diagnosticadas con los métodos y medios más comunes, como son: inspección, palpación, radiografías, etc. Y es de suma importancia el identificar correctamente dichas patologías para realizar un buen tratamiento. (1)



Aunque el clínico valide sus datos clínicamente, será un diagnóstico de presunción o impresión clínica ya que la mayoría de las patologías orales lo facilita el anatomopatólogo oral, que evalúa una biopsia a la luz de los datos clínicos disponibles.

Mediante la búsqueda de datos de apoyo para nuestra investigación nos hemos dado cuenta que no se encuentra ningún estudio en la literatura que trate de la correlación clínica - histopatológica de patologías biopsiadas, así como ninguna referencia que trate dicho tema .

Si tomamos en cuenta que el hacer un buen diagnóstico y los medios que se utilizan para llegar a estos son de mucha importancia y debido a que no existen estudios anteriormente realizado creemos sea de mucha importancia realizar un estudio que determine la correlación clínico histopatológica de lesiones bucales biopsiadas y así determinar el nivel de discrepancia que existe entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

A través de nuestro trabajo nos daremos cuenta de la situación diagnóstica de nuestra Facultad y de esta forma recomendar a los docentes hacer énfasis en la importancia del diagnóstico clínico, de manera que los alumnos y futuros egresados adquieran conciencia de tal problema.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar el nivel de coincidencia que existe entre el diagnóstico clínico e histopatológico de patologías bucales biopsiadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar los medios y métodos utilizados por el Docente para dictaminar su Diagnóstico.
2. Determinar que porcentaje de coincidencia y discrepancia existe entre los resultados.
3. Identificar en que tipo de lesiones biopsiadas se presenta más la discrepancia diagnóstica.



MARCO TEÓRICO

Cabe señalar que dicho tema no se ha investigado en nuestro país e incluso en otra parte del mundo, por lo cual carece de datos estadísticos por lo que mostramos únicamente conceptos y definiciones de los medios y métodos utilizados para llegar a un diagnóstico.

El clínico experimentado reconoce de inmediato muchas enfermedades gracias a su conocimiento de los signos y síntomas que las caracterizan. Mientras que la “impresión instantánea” puede facilitar el diagnóstico y tratamiento en muchos pacientes, no hay duda que tal método también es la causa subyacente de muchos errores en la práctica médica, quirúrgica y odontológica; en consecuencia, es importante que cada clínico, sin importar la experiencia emplee un sistema metódico de diagnóstico siempre que se le requiera.(7)

Aunque en una práctica dental activa es muy fácil descuidar la importancia del método diagnóstico, es vital que el cirujano dentista, que se encuentra a cualquier problema relacionado con la cirugía bucal, proceda en forma ordenada, sin prisa y sistemática, si no quiere cometer errores graves.

Diagnóstico: Es la identificación de un proceso o enfermedad mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas, anamnesis, pruebas de laboratorio y técnicas especializadas.(2)

Diagnóstico clínico: es el diagnóstico basado en el conocimiento obtenido a través de la historia clínica y de la exploración física sin utilizar pruebas de laboratorio o radiografías.(2,7)

Diagnóstico de laboratorio o histopatológico: es al que se llega después del estudio de secreciones, excreciones o tejidos, por medios químicos, microscópicos o bacteriológicos, biopsia, o mediante técnicas histológicas basadas en el estudio de los tejidos.(2,7)



Diagnóstico diferencial: es la distinción entre dos o más enfermedades con diagnósticos similares, mediante la comparación sistemática de sus signos y síntomas.(2)

Aunque el médico haya completado un diagnóstico diferencial, aún no está completamente preparado para tratar la lesión. Debe reevaluar la credibilidad de las principales opciones lo cual se realiza volviendo a explorar la lesión, planteando al paciente que aporten mayor definición para ampliar la anamnesis, tal vez indicando pruebas adicionales y por último reevaluando los datos obtenidos.(1)

Una vez confirmada su validez, las opciones más relevantes se denominarán, diagnóstico de presunción o impresión clínica.(1)

El diagnóstico final en la mayoría de las patologías orales lo facilita el anatomopatólogo oral, que evalúa una biopsia a la luz de los datos clínicos disponibles, en algunos casos la imagen microscópica resulta diagnóstica, en otros, sin embargo, esta imagen puede resultar tan equivocada que el patólogo depende considerablemente de los síntomas clínicos asociados para establecer el diagnóstico final. (1)

Una vez que el médico ha observado o al menos sospecha la existencia de cambios anormales, procede a examinarlos empleando las modalidades de exploración visual combinada con palpación, percusión y auscultación. Los hallazgos se evalúan mentalmente. Por preferencias personales, el médico puede decidir llevar a cabo en ese momento una exploración superficial o exhaustiva de la lesión, aunque la situación puede indicar la necesidad de una exploración inmediata.(1)

La importancia de examinar una lesión radica en que el médico puede obtener información que lo alertará sobre la necesidad de buscar posibles hallazgos relacionados con el resto de la exploración del paciente.(1)



El dentista deberá tener conocimientos prácticos de: 1) Los procedimientos de examen como percusión, palpación, sondeo y pruebas pulpares. 2) La patosis y su manifestación. 3) Las modalidades terapéuticas.(4)

La preparación para un hacer un diagnóstico exige no solo conocimiento y habilidad, sino también paciencia y un sistema.(4)

La historia del individuo es necesaria no solo para lograr un abordamiento inteligente hacia el diagnóstico, sino también para lograr una concordancia exitosa entre el dentista y el paciente.(5)

Para un buen examen precisamos de la inspección, palpación, consistencia y fluctuación.

Con *la inspección* conoceremos la simetría o asimetría facial del paciente. Consignaremos si la evolución es aguda o crónica, debido a que los fenómenos inflamatorios desempeñan un papel importante. La inspección "directa" nos puede informar con detalle la existencia de un probable tumor exterior procedente de la cavidad bucal, que es visible por la existencia de fistulas frecuentes en la región cérvico-facial.(3)

Existen una serie de pruebas, que sin ser exclusivas de la cavidad oral, alcanzan aquí su máxima expresión ya que nos van a permitir, a veces de forma relativamente sencilla, hacer un diagnóstico de precisión y por tanto realizar un enfoque terapéutico adecuado.(3)

Antes de palpar la región enferma, empezaremos por informarnos sobre el lado sano, para posteriormente tantear por comparación, superficial y profundamente, cuando se desee determinar la naturaleza y origen de ciertos fenómenos que presenta el enfermo.

La consistencia, es un signo derivado de la palpación, ésta nos da a conocer la evolución aguda o crónica, porque variarán dependiendo del estado en que se encuentre dicho proceso.



Podemos diferenciar entre la consistencia dura que es resistente, y la consistencia blanda que se suele hundir o fluctuar por existir edema.

La fluctuación, de cronología más o menos larga, pero siempre “in crescendo” con el proceso inflamatorio que ya es visible a la inspección por la forma redondeada que percibimos y que nos confirmará la palpación. Esta se realizará apoyando las dos manos, con la izquierda inactiva y la derecha activa, y obtendremos la sensación de fluctuación. Dicho oleaje no informa que estamos ante una colección líquida y la existencia de una tensión relativamente moderada.

Con estos métodos, determinaremos los cambios del tejido celular subcutáneo, la existencia de flexibilidad y la adherencia a planos superficiales o profundos. La palpación nos ayudará a conseguir un óptimo diagnóstico.

La importancia cada vez mayor de patologías de naturaleza infecciosa producidas por bacterias, virus y hongos hace imprescindible el reconocimiento de estos agentes para aplicar la terapia más adecuada a cada caso.(3)

Aunque el objetivo primero de la biopsia es el diagnóstico, no hay que olvidar que este va a condicionar las pautas terapéuticas y además puede servir en opinión de Calatrava como prueba en medicina lega.

La biopsia está indicada en:

- Toda lesión de la mucosa oral o labial en la que estén excluidos los irritantes locales, que persista durante 2 ó 3 semanas.
- Lesiones pigmentadas.
- Lesiones periapicales cuando son extirpadas.
- Lesiones quísticas y radiolúcidas del hueso.
- Lesiones condensantes y expansivas del hueso.
- Confirmación de enfermedades de origen sistémico.



La biopsia se contraindica en los siguientes casos:

- Tumores de extirpe vascular.
- Tumores parotídeos.
- Melanomas y similares.

Técnicas utilizadas:

Con *bisturí* convencional se puede efectuar la biopsia por incisión, en la que se harán una o varias tomas profundas tomando parte de tejido sano y parte de tejido enfermo, y la biopsia por escisión o extirpación en la que se toma toda la zona alterada; esta técnica no es válida cuando se trata de lesiones no muy extensas.

Electrobisturí, sólo sirve en algunos casos, debiendo evitarse en tumores por la destrucción celular que ocasiona y cuando el tejido está próximo al hueso porque produce necrosis ósea.

El *punch* es un socabado estéril y desechable con mango plástico y cuchilla cilíndrica que toma cilindros de tejidos de 2 a 8 mm siendo el más utilizado el de 4 mm. Su uso no es muy frecuente en boca debido a la facilidad de acceso con bisturí convencional y al pequeño tamaño de la muestra que a veces no basta para efectuar el estudio anatomopatológico. Tiene sin embargo la ventaja de que se pueden hacer varias tomas a la vez en distintos puntos, de que produce menos ansiedad en el paciente que el bisturí convencional y que su uso es rápido.

La *congelación* o biopsia rápida es una técnica de uso intraoperatorio, ya que la congelación de la pieza con CO₂ de -40° C a -60° C permite el corte con micrótopo y su estudio rápido. Ayuda a tomar decisiones inmediatas y delimitar la zona a intervenir pero es poco exacta por lo que es aconsejable confirmar el diagnóstico con biopsia convencional y estudio anatomopatológico clásico como recomienda Batsakis.



El *Test de Azul de Toluidina* (T.A.T) debido a su afinidad por el ácido nucléico celular, se puede utilizar para reconocer lesiones neoplásicas orales. Los falsos positivos provocados por procesos inflamatorios dieron pie para que se modificara la técnica que debía repetirse a los 10-15 días. Antes de aplicar el azul de toluidina al 1% se lava con cuidado la mucosa durante 30 segundos. Se pincela con ácido acético durante 20 segundos y se seca con gasa. Después de aplicar el azul de toluidina, se lava durante 1 minuto con ácido acético al 1% y se aclara con suero fisiológico.

La *Punción aspiración con aguja fina* (PAAF) permite efectuar varias punciones aspiraciones para obtener un material líquido o purulento que puede ser estudiado directamente al microscopio o ser centrifugado para conseguir el sedimento y que permite identificar bacterias y células de forma rápida. Es un método citológico de diagnóstico tisular mediante el cual se aspira, con una aguja de pequeño calibre adaptada a una jeringa de aspiración convencional, una pequeña porción de tejido que a continuación es estudiada.

Según el método de guía de la aguja tenemos las técnicas:

- Convencional.
- Fluoroscopia.
- Tomografía computarizada.
- Ultrasonidos.
- Resonancia magnética nuclear (RMN)



MATERIAL Y MÉTODO

Un estudio Descriptivo de Corte Transversal Retrospectivo no Probabilístico fue llevado a cabo del primero de enero del 2001 al 15 de diciembre del mismo año para comparar los diagnósticos presuntivos dados por los clínicos y el diagnóstico histopatológico dado por el laboratorio.

El estudio se realizó en los servicios de clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología en el Campus Médico y en el departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA).

Un total de 39 biopsias componen el universo, constituido por todas las solicitudes de biopsia y hojas de resultados de laboratorio, siendo 13 biopsias provenientes de las clínicas de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología, Campus Médico y 26 biopsias realizadas en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del HEODRA.

El HEODRA es una institución estatal y semiprivada ubicado en el Centro de León y que brinda los servicios de Medicina interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía, además de otras especialidades como Ortopedia, Traumatología, Cirugía plástica, Cirugía oral y máxilo-facial atendiendo aproximadamente 250,000 habitantes por año. De éstos, según datos estadísticos se atendieron un total de 1,196 pacientes en el área de Cirugía Oral y Maxilofacial de los cuales se hospitalizó a 50 pacientes realizando un total de 26 biopsias (52% de los pacientes ingresados). Dichas muestras fueron enviadas al servicio de Anatomía Patológica del HEODRA.

La Facultad de Odontología forma parte de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-LEON, institución estatal. Dicha Facultad brinda los servicios de Operatoria Dental, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Periodoncia, Odontopediatría y Cirugía Oral y atiende a una población aproximada de 6,441 habitantes por año. De los cuales 2,465 fueron atendidos en los servicios de cirugía oral, necesitando intervención quirúrgica 127 pacientes (diferentes procedimientos) efectuando un total de 13 biopsias (10.3%).



Para la recolección de los datos se hizo uso de una ficha la cual se presenta en anexos y para lo cual se necesitó una carta elaborada por la Decana de la Facultad de Odontología UNAN – LEON para que se nos facilitara la información en el HEODRA, dicha carta llevaba los nombres de las investigadoras para así podernos identificar.

Luego se pidieron los expedientes (los cuales son las hojas de solicitud de biopsia) en la cual el Clínico describe la lesión y el diagnóstico presuntivo y algunas veces diagnósticos diferenciales, esta misma lleva anexada la hoja de estudio histopatológico con su diagnóstico final respectivo. Dicha información era transferida a nuestra ficha de recolección de datos.

El resultado del laboratorio (hoja de resultado) debe contener nombre del paciente, descripción clínica de la muestra (biopsia), descripción histopatológica del tejido, diagnóstico histopatológico.

La orden de solicitud de biopsia debe de llenar los requisitos indispensables para realizar un buen diagnóstico clínico, tales como: datos generales del paciente, motivo de consulta, historia de la presente enfermedad, antecedentes personales, antecedentes familiares, historia personal y social, examen físico de cabeza y cuello, examen clínico de la cavidad oral, diagnóstico clínico o presuntivo.

VARIABLES :

- Diagnóstico clínico o presuntivo.
- Diagnóstico histopatológico.
- Correlación entre diagnóstico clínico e histopatológico.
- Medios diagnósticos.
- Métodos diagnósticos.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	FORMA DE RECOLECTAR LA INFORMACIÓN	VALORES
Diagnóstico Clínico	Dato obtenido a través del estudio macroscópico de la patología.	Revisión de hoja de solicitud de biopsia.	
Diagnóstico histopatológico.	Dato obtenido a través del estudio microscópico de la patología.	Revisión de hoja de resultado de laboratorio.	
Correlación de diagnóstico clínico e histopatológico.	Coincidencia o no del dato macro y microscópico.	Comparación de hoja de solicitud de biopsia y hoja de resultado de laboratorio.	DISCREPANCIA / COINCIDENCIA
Medios Diagnósticos.	Técnicas de orden físico para efectuar un diagnóstico.	Revisión de expedientes clínicos y solicitud de biopsias.	
Métodos Diagnósticos.	Diferentes procedimiento o técnicas quirúrgicas para lograr un diagnóstico clínico.	Revisión de solicitud de biopsia.	

Se tomó como *Discrepancia*: cuando al comparar la hoja de solicitud de biopsia y hoja de resultado de laboratorio, el diagnóstico presuntivo y/o diagnósticos diferenciales no concordaban con el diagnóstico histopatológico.



Se tomó como *Coincidencia*: cuando al comparar la hoja de solicitud de biopsia y hoja de resultado de laboratorio, el diagnóstico presuntivo y/o diferenciales concordaban con el diagnóstico histopatológico.

Recursos Utilizados:

Recursos Humanos:

- Bachilleres de V año de Odontología (Autoras).
- Cirujano Dentista (Tutor).
- Patóloga – Cirujano Dentista (Tutora).
- Cirujano Dentista (Asesor metodológico).

Recursos materiales:

- Papelería y artículos de oficina.
- Computadora personal, programas: Microsoft Word y Microsoft Power Point.



RESULTADOS

De Enero a Diciembre del 2001 se atendieron en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA) un total de 250,000 pacientes de los cuales 1,196 correspondían al servicio de cirugía oral y maxilofacial. De éstos fueron hospitalizados 50 pacientes de los cuales a 26 (52%) se les realizó biopsia. (Cuadro No .1)

CUADRO N° 1

PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HEODRA. ENERO A DICIEMBRE DE 2001.

PACIENTES ATENDIDOS	NÚMERO
SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	1,196
INGRESADOS DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	50
BIOPSIA DE PACIENTES INGRESADOS DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.	26



En este mismo período de tiempo en la Facultad de Odontología se atendieron un total de 6,441 pacientes, se evaluaron 2,465 en el servicio de Cirugía Oral necesitando intervención Quirúrgica 127 efectuándoseles biopsia a 13 (10.2%) de ellos.(Cuadro No.2)

CUADRO N° 2

PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. ENERO A DICIEMBRE 2001.

PACIENTES ATENDIDOS	NÚMERO
SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL	2,465
NECESITARON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	127
SE EFECTUÓ BIOPSIA.	13



Como podemos observar en el cuadro N° 3 el medio diagnóstico más utilizado es la inspección y palpación en el 100% de los casos. Con respecto al metodo más usado fue la radiografía en el 35.8% de los casos luego la aspiración en el 7.7%.

CUADRO No.3

MEDIOS Y MÉTODOS DIAGNÓSTOS MÁS UTILIZADOS POR LOS DOCENTES DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y HEODRA. ENERO A DICIEMBRE DE 2001.

MEDIOS Y MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
INSPECCIÓN	39	100.0
PALPACIÓN	39	100.0
PERCUSIÓN	1	2.6
RADIOGRAFIAS	14	35.8
ASPIRACIÓN	3	7.7



El cuadro N° 4 nos demuestra que la combinación de inspección y palpación (53.8%) fueron los medios más frecuentemente usados. También encontramos que la mayor combinación de medios y métodos lo constituyeron la inspección, palpación y las radiografías en un 35.8%.

CUADRO N° 4

MEDIOS Y MÉTODOS DIAGNÓSTICO UTILIZADOS CON CADA PACIENTE POR LOS DOCENTES DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y HEODRA. ENERO A DICIEMBRE 2001

MEDIOS Y MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	N° DE CASOS	PORCENTAJE
INSPECCIÓN Y PALPACION	21	53.8
INSPECCIÓN, PALPACIÓN Y PERCUSIÓN	1	2.6
INSPECCIÓN, PALPACIÓN Y RADIOGRAFÍAS	14	35.8
INSPECCIÓN, PALPACIÓN Y ASPIRACIÓN	3	7.7
TOTAL	39	100.0



En relación a los diagnósticos clínicos de las Patologías Bucales de Tejidos Blandos las más relevantes fueron el Fibroma Traumático (20%) y el Granuloma Piógeno (20%), luego la Hiperplasia Fibrosa (12%) y el Lipoma (8%) , siguiendo el resto de Patologías descritas con el 4%. En éstos se encontró Coincidencia Diagnóstica en el 68% y Discrepancia en el 32%. (Ver Cuadro N° 5)

CUADRO N° 5

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PATOLOGÍAS BUCALES DE TEJIDO BLANDO EN ORDEN DE FRECUENCIA Y SU COINCIDENCIA O DISCREPANCIA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y HEODRA. ENERO A DICIEMBRE 2001.

DIAGNÓSTICO	N°	%	COINCIDENCIA	DISCREPANCIA
Fibroma Traumático.	5	20.0	3	2
Granuloma Piógeno.	5	20.0	3	2
Hiperplasia Fibrosa.	3	12.0	3	0
Lipoma.	2	8.0	1	1
Mucocele.	1	4.0	1	0
Hipertrofia Amigdalina.	1	4.0	1	0
Ránula del piso de la Boca.	1	4.0	1	0
Papilomatosis del paladar.	1	4.0	1	0
Quiste Braquial.	1	4.0	1	0
Leucoplasia Verrugosa.	1	4.0	1	0
Verruga Vulgar.	1	4.0	1	0
Tumor mixto de glándula Parótida.	1	4.0	0	1
Hipertrofia de Glándula Salival.	1	4.0	0	1
Carcinoma Basocelular.	1	4.0	0	1
TOTAL	25	100.0	17 (68%)	8 (32%)



Asimismo en los Diagnósticos clínicos de Patologías Bucales de Tejidos Duro, el más frecuente fue el Quiste Mandibular (14.32%) y el resto de las Patologías descritas en el Cuadro N° 6 correspondieron cada una al 7.14%.

En este Cuadro se encontró Coincidencia Diagnóstica apenas en un 42.9% y Discrepancia en el 57.1%. (Cuadro N° 6)

CUADRO N° 6

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PATOLOGÍAS BUCALES DE TEJIDOS DUROS EN ORDEN DE FRECUENCIA Y SU DISCREPANCIA O COINCIDENCIA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y HEODRA. ENERO A DICIEMBRE 2001.

DIAGNOSTICO	No	%	COINCIDENCIA	DISCREPANCIA
Quiste Mandibular.	2	14.32	0	2
Quiste submaxilar.	1	7.14	0	1
Fibroma Osificante.	1	7.14	0	1
Quiste de Inclusión.	1	7.14	0	1
Tumoración de la Rama Mandibular	1	7.14	0	1
Displasia Fibrosa.	1	7.14	0	1
Tumor Odontogénico.	1	7.14	0	1
Fibroma Cementificante.	1	7.14	1	0
Fibroma Ameloblástico.	1	7.14	1	0
Fractura del Piso de la Orbita.	1	7.14	1	0
Fractura Cigomático Malar.	1	7.14	1	0
Ameloblastoma.	1	7.14	1	0
Linfoma de Burkit.	1	7.14	1	0
TOTAL	14	100.0	6 (42.9%)	8 (57.1%)



Del total de casos obtenidos (26 del HEODRA y 13 de la Facultad de Odontología) se encontró Coincidencia Diagnóstica en el 59% y Discrepancia en el 41%. (Cuadro N° 7)

CUADRO N° 7

PORCENTAJE DE COINCIDENCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL HISTOPATOLÓGICO, CLÍNICAS DE CIRUGÍA ORAL, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAN-LEÓN Y HEODRA ENERO A DICIEMBRE DE 2001.

N° DE	COINCIDENCIA	%	DISCREPANCIA	%
PACIENTES				
39	23	59.0	16	41.0



DISCUSIÓN

Como se dijo en el marco teórico, no existen estudios en cuanto a correlación clínica e histopatológica de las patologías bucales, en lo que respecta a porcentaje de coincidencia o discrepancia en los diagnóstico clínico e histopatológico por lo tanto analizaremos y discutiremos nuestros propios resultados para que éstos sirvan como base de futuros estudios.

El estudio reveló que los medios y métodos diagnósticos más utilizados por los clínicos fue variado predominando la inspección y palpación, encontrando un 59% de coincidencia y un 41% de discrepancia entre el diagnóstico clínico y el anatomapatólógico.

Se agudiza más esta discrepancia en las patologías bucales de tejidos duros donde la coincidencia apenas llega a un 42.9% contra un 57.1% de discrepancia.

Esto nos indica que el diagnóstico dado por el clínico esta fallando en un 41% de los casos estudiados el cual puede ser producto de un inadecuado uso de medios y métodos diagnósticos, otros por la ubicación de estas patologías las cuales pueden ser difíciles de diagnosticar.

Si tomamos como ejemplo el procedimiento diagnóstico de radiología cuando ésta fue utilizada hubo un 64% de acierto contra un 36% de discrepancia es de esperar que si se hubiese utilizado en la totalidad de los casos probablemente este porcentaje hubiese mejorado.

Revisando una serie de estudios de correlación clínica tanto en el área odontológica como en el área clínica del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (H.E.O.D.R.A) encontramos que el estudio monográfico de las Dras. Roa y Vásquez (10) encontraron una correlación que oscilaba entre el 80% y 100% de los casos en el cual la discrepancia fue de un 20%.



Los otros estudios de correlación que se encontraron se basaban en comparaciones entre resultados encontrados en los servicios de Gineco Obsttrecia y Cirugia comparandolos con datos de libros de texto que no tiene que ver con el estudio que presentamos.

De todo esto podríamos plantearnos una serie de interrogantes como:

1. ¿Qué está ocurriendo con la utilización de los medios y métodos diagnósticos?
2. ¿Cómo se están empleando estos métodos?
3. ¿Existe suficiente capacidad de juicio para diferenciar entre una lesión y otra?

Estas interrogantes las dejamos como inquietud para el servicio de Cirugía Oral.



CONCLUSIONES

1. En cuanto al medio y método diagnóstico que utiliza el clínico son eficaces para dar un excelente diagnóstico, pero encontramos que no lo están utilizando adecuadamente, ya que se pudo notar que se basan mucho en la inspección y palpación pudiendo utilizar como método las radiografías en muchas patologías.
2. De las 39 patologías biopsiadas, 23 fueron diagnosticadas clínicamente alcanzando un porcentaje de seguridad diagnóstica de 59%, contra un 41% de discrepancia.
3. En relación al diagnóstico de los tipos de lesiones biopsiadas se encontró en los tejidos blandos un 32% de discrepancia clínica con el diagnóstico histopatológico, mientras que con respecto a los tejidos duros existió un 57.1% de discrepancia.



RECOMENDACIONES

1. Seguir promoviendo el uso adecuado de los medios y métodos diagnósticos utilizados por el clínico.
2. Promover el uso citodiagnóstico y coloración para la prevención en diagnóstico precoz del cáncer bucal.
3. Entrenar más al estudiante en el uso adecuado de los medios y métodos diagnósticos.
4. Realizar estudios como este en series más grandes.
5. Tener presente los diagnósticos diferenciales y anotar también en la hoja de solicitud de biopsia.
6. Aplicar mecanismos que permitan la supervisión de las historias clínicas y notas operatorias, pues están dotadas en algunos casos de datos insuficiente (signos y síntomas, hallazgos quirúrgicos entre otros) ello en vista de mejorar su calidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. **Wood, Norman K.** Diagnósticos diferenciales de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª Edición. Mosby 1999. Harcourt Brace de España, S.A. Cap: 3. Pag: 14 – 38.
2. **Mosby.** Diccionario Médico de la salud. 1996. 3ª Edición.
3. **Bascones Antonio.** Tratado de odontología, sección XXV-Medicina Bucal. Caps:1 y 4. Pag: 2945 – 2949 y 2993 –2999.
4. **Ingle.** Endodoncia. 3ª Edición Tomo 2. Cap: 9. Pag: 460 – 465.
5. **Martín J, Dunn/Boot, Donald F.** Farmacología, Analgesia, Técnicas de esterilización cirugía bucal en la práctica dental. Editorial Manual Moderno, S.A. Mexico DF. IV.Cirugía Bucal. Cap:7. Pag: 135 – 145. 1980.
6. **Walton, Richad E y M.Torabinejad.** Endodoncia. Principios y Práctica Clínica. Interamericana-McGraw-Hill. 1ª. Edición. Cap: 4. Pag: 58 – 73. 1991.
7. **G. L. Howe.** Cirugía Bucal Menor. Editorial Manual Moderno. 1ª. Edición. Cap: 1. Pag: 1 – 16. 1993.
8. **W. G. Shafer/B. M. Levy.** Tratado de Patología Bucal. 4ª. Edición. Nueva edición Interamericana. México DF. 1997.
9. **Regezi-Sciubba.** Patología bucal. 2ª Edición. Editorial Interamericana-McGraw-Hill. 1995.
10. **Roa Gamboa Nidia/Vásquez Diaz Maritza.** Correlación clínico-citológica de algunas lesiones orales de los tejidos blandos asociado al hábito de fumar. MINT-LEON (Región II) León - Nicaragua. 1987.





ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“CORRELACIÓN CLÍNICO – HISTOPATOLÓGICA DE PATOLOGÍAS BIOPSIADAS EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y HEODRA,
ENERO – DICIEMBRE DEL 2001.”

FICHA CLÍNICA

Nombre: _____ No. Expediente _____
Dirección _____

II. Medios auxiliares de diagnóstico:

- a. Inspección
- b. Inspección y palpación
- c. Inspección , palpación y percusión
- d. Inspección, palpación, percusión y radiografía
- e. Inspección, palpación, percusión, radiografías,
pruebas de vitalidad pulpar
- f. Inspección, palpación, radiografías
- g. Inspección, pruebas de vitalidad pulpar
- h. Inspección, palpación, Aspiración.

III. Diagnósticos Diferenciales:

IV. Diagnóstico Presuntivo:

V. Diagnóstico Histopatológico:

VI. Discrepancia: SI NO

SOLICITUD DE EXAMEN HISTOPATOLOGICO

FORMULARIO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Dirección: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Historia breve de la lesión: _____

Padece enfermedad sistémica _____;
(Ver lista atrás) _____

DATOS DE LA LESION

Tamaño (en centímetros): _____

Color:	Naturaléza:	Síntomas:	Forma:
Blanco _____	Úlcera _____	Dolor _____	Esferoidal _____
Rojo _____	Nódulo _____	Hemorragia _____	Ovoidal _____
Negro _____	Pápula _____	Supuración _____	Circular _____
Normal _____	Mácula _____	Ninguno _____	Irregular _____
	Vesícula _____		

Superficie:	Consistencia:	Síntomas Intraóseo:
Granular _____	Suave _____	Radiopaca _____
Aspera _____	Dura _____	Radioluciente _____
	Fluctuante _____	
	Adherida _____	
	Libre _____	

Otros datos importantes: _____

Procedimiento empleado: Biopsia: _____ Cirugía: Incisional _____ Bisturí _____
Escisional _____ Electrocauterio _____
Aguja _____

Diagnóstico clínico: _____

Biopsia Previa: _____ Fecha: _____ Foto: _____ Roentgenograma: _____

Localización de la lesión: Dibuje en el diagrama más conveniente, entre los que aparecen en la parte posterior de la hoja, la ubicación, forma y tamaño aproximados de la lesión.

Por favor no se envíe la biopsia al menos que esté fijada en formalina al 10%. Si la lesión es intraósea debe enviar radiografía y dibujar en el diagrama que se encuentra en la parte posterior, el contorno de la lesión.

Enviada por: _____ Dirección: _____

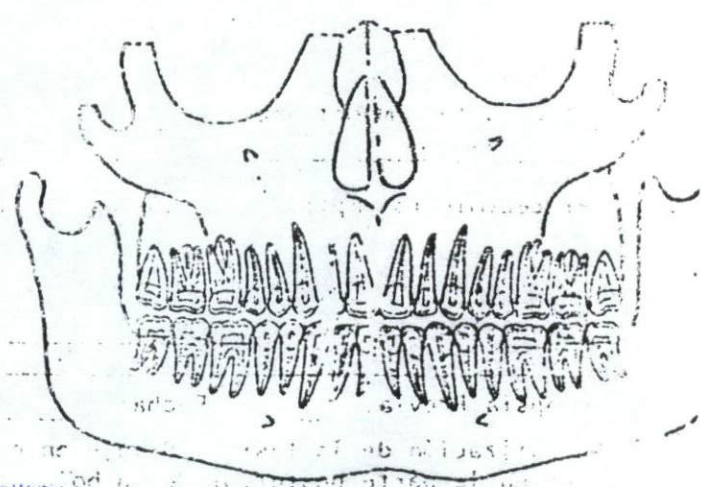
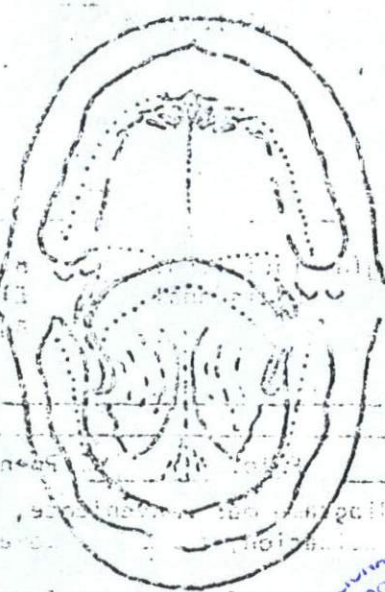
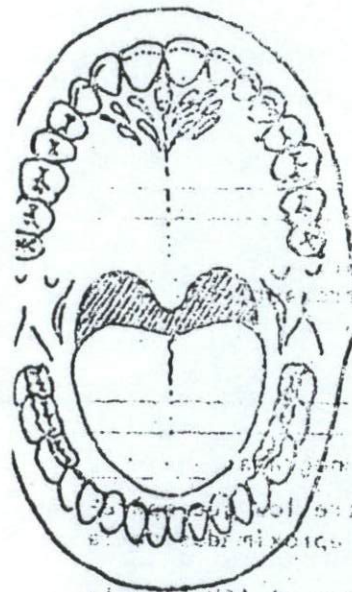
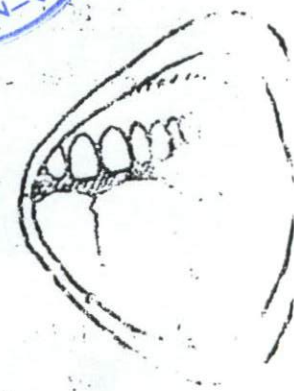
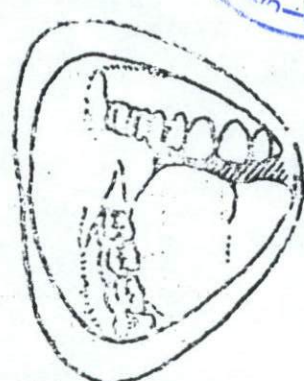
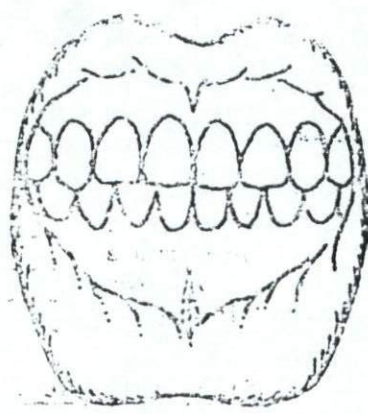
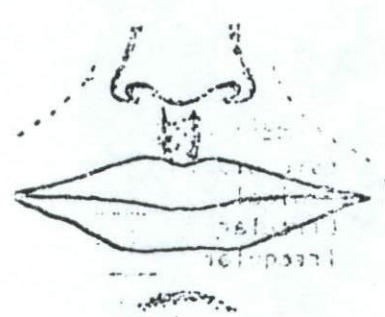
Facultad de Odontología, Dependencia _____ Registro No. _____

Uso del Laboratorio

Fecha de recibido: _____ No. _____

... de las que figuran en el ...
 ... la casilla correspondiente ...
 ... se quite en el espacio que sigue a la casilla, el ...

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Enfermedad cardiovascular | 9. Enfermedades venéreas |
| 2. Diabetes | 10. Fiebre reumática |
| 3. Problemas endocrinos | 11. Tuberculosis |
| 4. Problemas renales | 12. Hemorragias |
| 5. Alergias | 13. Discrepancias sanguíneas |
| 6. Hepatitis | 14. Accidentes |
| 7. Embarazo | 15. Otra enfermedad importante |
| 8. Convulsiones o convulsos | 16. Medicamentos |



... el ...
 ... el ...
 ... el ...

BIBLIOTECA