



**UNIVERSIDAD LATINA  
DE COSTA RICA**

POWERED BY **Arizona State University**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN  
ODONTOLOGÍA.**

**“Análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y qué tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo del 2020 y diciembre del 2020”**

**SUSTENTANTE:**

**Dayan Castillo Umaña**

**TUTOR:**

**Roberto Gerber Mora**

**San José – Costa Rica**

**2020**

## **TRIBUNAL EXAMINADOR**

Esta tesis es aprobada por el Tribunal Examinador, como requisito para optar por el grado académico de Licenciatura en Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.

---

**Dr. Roberto Gerber Mora**  
**Tutor**

---

**Dra. Elena Guzmán Ordoñez**  
**Lectora**

---

**Dra. Ana Catalina Jiménez Ramírez**  
**Lectora**

## Licencia De Distribución No Exclusiva (carta de la persona autora para uso didáctico)


### Universidad Latina de Costa Rica

<b>Yo (Nosotros):</b>	Dayan Castillo Umaña
<b>De la Carrera / Programa:</b>	Odontología
<b>Modalidad de TFG:</b>	Tesis
<b>Titulado:</b>	Análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y que tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo 2020 y diciembre 2020.

Al firmar y enviar esta licencia, usted, el autor (es) y/o propietario (en adelante el “**AUTOR**”), declara lo siguiente: **PRIMERO:** Ser titular de todos los derechos patrimoniales de autor, o contar con todas las autorizaciones pertinentes de los titulares de los derechos patrimoniales de autor, en su caso, necesarias para la cesión del trabajo original del presente TFG (en adelante la “**OBRA**”). **SEGUNDO:** El **AUTOR** autoriza y cede a favor de la **UNIVERSIDAD U LATINA S.R.L.** con cédula jurídica número 3-102-177510 (en adelante la “**UNIVERSIDAD**”), quien adquiere la totalidad de los derechos patrimoniales de la **OBRA** necesarios para usar y reusar, publicar y republicar y modificar o alterar la **OBRA** con el propósito de divulgar de manera digital, de forma perpetua en la comunidad universitaria. **TERCERO:** El **AUTOR** acepta que la cesión se realiza a título gratuito, por lo que la **UNIVERSIDAD** no deberá abonar al autor retribución económica y/o patrimonial de ninguna especie. **CUARTO:** El **AUTOR** garantiza la originalidad de la **OBRA**, así como el hecho de que goza de la libre disponibilidad de los derechos que cede. En caso de impugnación de los derechos autorales o reclamaciones instadas por terceros relacionadas con el contenido o la autoría de la **OBRA**, la responsabilidad que pudiera derivarse será exclusivamente de cargo del **AUTOR** y este garantiza mantener indemne a la **UNIVERSIDAD** ante cualquier reclamo de algún tercero. **QUINTO:** El **AUTOR** se compromete a guardar confidencialidad sobre los alcances de la presente cesión, incluyendo todos aquellos temas que sean de orden meramente institucional o de organización interna de la **UNIVERSIDAD** **SEXTO:** La presente autorización y cesión se regirá por las leyes de la República de Costa Rica. Todas las controversias, diferencias, disputas o reclamos que pudieran derivarse de la presente cesión y la materia a la que este se refiere, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez, se resolverán por medio de los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, a cuyas normas se someten el **AUTOR** y la **UNIVERSIDAD**, en forma voluntaria e incondicional. **SÉPTIMO:** El **AUTOR** acepta que la **UNIVERSIDAD**, no se hace responsable del uso, reproducciones, venta y distribuciones de todo tipo de fotografías, audios, imágenes, grabaciones, o cualquier otro tipo de

presentación relacionado con la **OBRA**, y el **AUTOR**, está consciente de que no recibirá ningún tipo de compensación económica por parte de la **UNIVERSIDAD**, por lo que el **AUTOR** haya realizado antes de la firma de la presente autorización y cesión. **OCTAVO:** El **AUTOR** concede a **UNIVERSIDAD.**, el derecho no exclusivo de reproducción, traducción y/o distribuir su envío (incluyendo el resumen) en todo el mundo en formato impreso y electrónico y en cualquier medio, incluyendo, pero no limitado a audio o video. El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD.** puede, sin cambiar el contenido, traducir la **OBRA** a cualquier lenguaje, medio o formato con fines de conservación. **NOVENO:** El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD** puede conservar más de una copia de este envío de la **OBRA** por fines de seguridad, respaldo y preservación. El **AUTOR** declara que el envío de la **OBRA** es su trabajo original y que tiene el derecho a otorgar los derechos contenidos en esta licencia. **DÉCIMO:** El **AUTOR** manifiesta que la **OBRA** y/o trabajo original no infringe derechos de autor de cualquier persona. Si el envío de la **OBRA** contiene material del que no posee los derechos de autor, el **AUTOR** declara que ha obtenido el permiso irrestricto del propietario de los derechos de autor para otorgar a **UNIVERSIDAD** los derechos requeridos por esta licencia, y que dicho material de propiedad de terceros está claramente identificado y reconocido dentro del texto o contenido de la presentación. Asimismo, el **AUTOR** autoriza a que en caso de que no sea posible, en algunos casos la **UNIVERSIDAD** utiliza la **OBRA** sin incluir algunos o todos los derechos morales de autor de esta. **SI AL ENVÍO DE LA OBRA SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA U ORGANIZACIÓN QUE NO SEA UNIVERSIDAD U LATINA, S.R.L., EL AUTOR DECLARA QUE HA CUMPLIDO CUALQUIER DERECHO DE REVISIÓN U OTRAS OBLIGACIONES REQUERIDAS POR DICHO CONTRATO O ACUERDO.** La presente autorización se extiende el día 05 de enero de 2022 a las 20:15

Firma del estudiante(s):



## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Dayan Castillo Umaña, estudiante de la Universidad Latina de Costa Rica, declaro bajo la fe de juramento y consciente de las responsabilidades penales de este acto, que soy el autor intelectual de la tesis titulada “ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS A TRAVÉS DE BIOPSIAS (ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO) DE LESIONES ORALES Y MAXILOFACIALES Y QUÉ TIPO DE PATOLOGÍA ES LA MÁS FRECUENTE EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL EN LA UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2020 Y DICIEMBRE DEL 2020” por lo que liberó, a la Universidad Latina de Costa Rica, de cualquier responsabilidad en caso de que mi declaración sea falsa.

Brindada en San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica en el día 22 de diciembre del año 2021.



Firma

## **DEDICATORIA**

Mi trabajo de investigación está dedicado a las dos personas que más amo en este mundo: a mi mamá y a mi papá, porque valoro todo lo que han hecho por mí, porque sé que no ha sido fácil, pero ustedes a ojos cerrados apostaron por mí, cuando decidí estudiar esta carrera, y sin dudarlo me apoyaron, y se adentraron junto a mí, a recorrer este camino, el cual llega a su fin de manera exitosa para los 3 y sé que pronto empezaremos a ver los frutos de tan anhelado deseo. Este es solo el inicio de lo mucho que les quiero dar. Los amo con todo mi corazón.

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecer al que se merece toda la honra y la gloria, a mi Dios, porque siempre me ha respaldado, porque con su gran amor y su bondad me ha permitido cumplir uno de los mayores deseos que ha habido en mi corazón, todo lo que hago es por ti y para ti, gracias Dios por tu gran misericordia la cual ha sido buena conmigo, todos los días la vivo, elegir caminar contigo, ha sido la mejor decisión de mi vida.

El mayor de los agradecimientos a mis dos pilares de vida, a mi papá y a mi mamá, le doy gracias infinitas a Dios por darme a los mejores padres, gracias mami y papi por todo y tanto, esto inicio como un sueño personal, pero se volvió un sueño y una meta de los 3, no puedo estar más agradecida por darme semejante regalo de vida, gracias por cada desvelada, por cada trabajada, por cada sacrificio, por darme todo lo que ocupe y más de lo que alguna vez hubiera imaginado, gracias por su amor incondicional, el cual me demuestran todos los días, gracias por ponerme a mi primero antes que a sus necesidades, por dar todo por mí, y hacer todo lo que está entre sus manos para verme feliz y realizada tanto como persona, como profesional. Agradezco a mis hermanos, a sus esposas y a mis sobrinos, porque todos han estado presentes en este camino, gracias por su ayuda cada vez que la necesite y por su apoyo siempre constante. Gracias a mi querida hermana Beverly, por ser incondicional en este proceso, mi mano derecha, mi mejor amiga, la que ha estado siempre para mí, la que tanto me ayudado, gracias por tener ese corazón tan inmenso y lleno solo de amor para conmigo y todos los demás. Te amo mucho, a todos los amo mucho y son lo más preciado que tengo.

Agradezco a mi tutor al Dr. Roberto Gerber, por todo, gracias por el tiempo dedicado, por su apoyo, por todas sus palabras y sus consejos, por ser guía, por querer sacarme de mi zona de confort y inspirarme a hacer cosas que jamás hubiera imaginado con esta investigación, por su humildad, su transparencia y su increíble forma de ser, gracias por todo su cariño y aprecio el cual es reciproco.

Agradezco a mis dos lectoras, a la Dra. Catalina Jiménez y a la Dra. Elena Guzmán por la confianza brindada, por su dedicación y enseñanza a lo largo de la carrera.

# TABLA DE CONTENIDO

<b>TRIBUNAL EXAMINADOR .....</b>	<b>2</b>
<b>DECLARACIÓN JURADA.....</b>	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Justificación .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Planteamiento del problema de investigación.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Cuestionamiento .....	17
<b>1.4 Objetivos.....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Objetivo general .....	18
1.4.2 Objetivos específicos .....	19
<b>1.5 Alcances y límites.....</b>	<b>19</b>
1.5.1 Alcances.....	19
1.5.2 Límites.....	20
<b>1.6 Hipótesis .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>23</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Robert Hooke Inventor del microscopio.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Patología .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 Mucosa Oral.....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 Estructuras de la cavidad oral.....</b>	<b>26</b>
2.4.1 Hueso.....	26
2.4.2 Encía .....	26
2.4.4 Submucosa .....	27
<b>2.5 Patología del desarrollo .....</b>	<b>27</b>
2.5.1 Fosas labiales paramediales.....	28
2.5.2 Gránulos de Fordyce.....	28
2.5.3 Lengua fisurada.....	28
2.5.4 Torus palatino .....	29
2.5.5 Torus mandibular.....	29
<b>2.6 Patología infecciosa bacteriana.....</b>	<b>30</b>
2.6.1 Impétigo.....	30
2.6.2 Actinomicosis .....	31
<b>2.7 Patología infecciosa fúngica.....</b>	<b>31</b>
2.7.1 Candidiasis .....	32
2.7.2 Histoplasmosis .....	32
2.7.3 Toxoplasmosis .....	33
<b>2.8 Patología infecciosa viral .....</b>	<b>33</b>
2.8.1 Herpes.....	33



2.8.2 Virus del papiloma humano.....	34
2.8.3 Patología reactiva.....	34
2.8.4 Morsicatio mucosae oris .....	35
2.8.5 Úlcera traumática .....	35
2.8.6 Úlcera eosinofílica de lengua .....	36
2.8.7 Granuloma piógeno.....	37
2.8.8 Tatuaje por amalgama .....	37
2.8.9 Hiperplasia fibrosa .....	38
2.8.10 Fibroma osificante periférico.....	38
2.8.11 Granuloma periférico de células gigantes .....	39
<b>2.9 Patología autoinmune e inmunomediada.....</b>	<b>39</b>
2.9.1 Liquen plano oral .....	40
2.9.2 Síndrome de Sjögren .....	40
2.9.3 Pénfigo vulgar.....	41
2.9.4 Pénfigoide de las membranas mucosas .....	41
2.9.5 Lupus .....	42
<b>2.10 Neoplasias malignas y desórdenes orales potencialmente malignos.....</b>	<b>43</b>
2.10.1 Leucoplasia oral:.....	43
2.10.2 Eritroplasia .....	44
2.10.3 Leucoplasia verrucosa proliferativa.....	44
2.10.4 Carcinoma ameloblástico .....	45
2.10.5 Carcinoma de células escamosas .....	45
2.10.6 Carcinoma verrucoso .....	45
2.10.7 Linfoma .....	46
2.10.8 Neoplasias malignas de glándula salival .....	47
<b>2.11 Neoplasia benigna y quistes de los maxilares.....</b>	<b>48</b>
2.11.1 Odontoma.....	48
2.11.2 Adenoma Plemórfico .....	49
2.11.3 Queratoquiste odontogénico: .....	50
2.11.4 Quiste dentífero.....	50
2.11.5 Quiste periodontal lateral.....	50
2.11.6 Tumor odontogénico adenomatoide .....	51
2.11.7 Fibroma odontogénico.....	52
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>53</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Tipo de estudio .....</b>	<b>53</b>
<b>Metodología de la investigación.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2 Fuentes de información.....</b>	<b>55</b>
3.2.1 Fuentes materiales.....	55
3.2.2 Fuentes humanas.....	55
<b>3.3 Población.....</b>	<b>55</b>
<b>3.31 Muestra.....</b>	<b>56</b>
<b>3.4 Definición de variables .....</b>	<b>56</b>
3.4.1.....	56
3.4.2.....	57
<b>3.5 Descripción de instrumentos .....</b>	<b>58</b>
3.5.1.....	59
<b>3.6 Tratamiento de la información .....</b>	<b>59</b>

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>73</b>
<b>5.1 Conclusiones.....</b>	<b>73</b>
<b>5.2 Recomendaciones.....</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
<b>6.1 Bibliografía Citada.....</b>	<b>77</b>
<b>6.2 Bibliografía Consultada.....</b>	<b>77</b>
<b>6.3 Anexos.....</b>	<b>88</b>

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Antecedentes

Romero de León, E y Sepúlveda, R. (2010) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de presentar datos sobre el diagnóstico histopatológico que se realizó en el Departamento de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. El estudio fue retrospectivo, descriptivo y analítico. Se tomaron 2183 biopsias. Los diagnósticos más frecuentes en tejido óseo fue el granuloma periapical, quiste periapical, quiste dentígero y el queratoquiste. Los diagnósticos más frecuentes en tejido blando fueron: fibroma, granuloma piógeno, mucocele, carcinoma de células escamosas y papiloma. En la maxila fue donde se presentaron más casos.

Melo, M y col. (2011) realizan un estudio en un hospital pediátrico brasileño, donde encuestan las biopsias de lesiones orales y maxilofaciales. Recolectaron biopsias durante un periodo de 16 años, los archivos fueron recuperados del servicio de Anatomía y Patología del Hospital Presidente Dutra, Universidad Federal de Maranhao, Brasil. Los casos pediátricos seleccionados fueron pacientes de 16 años o menos. Los agruparon en 10 categorías y evaluaron las lesiones por edad, sexo, ubicación anatómica y diagnóstico patológico. Los datos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas. En los resultados, anatómicamente el maxilar superior fue el más afectado, el mayor número de lesiones estaba en la categoría hiperplásica reactiva, las lesiones más frecuentes encontradas fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria y el mucocele. La mayoría de lesiones detectadas fueron benignas y las lesiones malignas fueron diagnosticadas en un número muy bajo.

Zaib, N y col. (2012) realizaron un estudio para determinar la frecuencia de las biopsias orales informadas en el Hospital del Ferrocarril, Rawalpindi, comparando los resultados con la literatura mundial. El estudio tiene un diseño descriptivo y retrospectivo. El total de los casos analizados fueron 114, las principales categorías de lesiones informadas fueron neoplasias malignas, lesiones inflamatorias y lesiones reaccionarias. El carcinoma de células escamosas fue la lesión maligna más comúnmente reportada.

Rogério, M y Etges, A. (2012) realizan el estudio con el objetivo de analizar la frecuencia de las lesiones orales y sus características en pacientes que son atendidos en el programa de residencia de Santa Casa de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos recolectados fueron a partir de biopsias, y se analizó el diagnóstico histológico de la lesión, sexo, edad, origen étnico, ubicación de la lesión, tipo de biopsia y acuerdo entre el diagnóstico clínico y el histopatológico. En los resultados, la lesión más comúnmente encontrada fue la hiperplasia fibrosa inflamatoria, seguida del carcinoma de células escamosas y el mucocele, el sexo femenino fue el más afectado, en ubicación, las lesiones se encontraron principalmente en tejidos blandos, maxila y mandíbula. Las biopsias por escisión fueron las más frecuentes.

López S y col. (2013). Instituto de Investigación en Odontología Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, realizan una investigación la cual es transversal y descriptiva para determinar el tipo de patologías orales frecuentes en una clínica odontológica de atención primaria. Se registraron 28 patologías orales diferentes, dentro de las cuales incluyen lesiones reactivas, autoinmunes, virales, neoplasias benignas y neoplasias malignas entre otras. Con un total de 101 patologías bucales presentes, siendo la de mayor porcentaje la hiperplasia fibrosa la queratosis friccional, la melanosis no fisiológica e infecciones por cándida.

Souza S y col. (2014) llevan a cabo una investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de las lesiones orales diagnosticadas en la clínica dental de la Universidad de la ciudad de Montes Claros – MG, Brasil. Se realizó un estudio descriptivo en pacientes que asistieron a la clínica del Departamento de Diagnóstico Oral de la Universidades Norte, Minas Gerais. El estudio incluyó a 125 pacientes, en donde la mayoría de estos fueron mujeres, el labio fue el lugar más frecuente de aparición de lesiones y las patologías orales más usualmente diagnosticadas fueron procesos proliferativos no neoplásicos.

Yakin, M y col. (2016) ejecutaron un análisis de toda la patología oral presentada al departamento de Histopatología en el hospital Docente de Rizgary, en Erbil, Iraq durante un período de 6 años 2008-2013. Se incluyeron muestras de histopatología de los maxilares, la mandíbula, las glándulas salivales, los labios y la mucosa oral, la lengua, el paladar duro y blando, la úvula y los pilares de las fauces. Las muestras se agruparon en seis categorías de diagnóstico: mucosa oral, patología de la piel, neoplasias malignas, neoplasias benignas, trastornos de la glándula salival no neoplásicos, quistes y patología miscelánea. En los resultados un tercio estaban en la categoría de patología de la mucosa y la piel, seguida de neoplasias benignas y por último neoplasias malignas.

Bhavna, M y col. (2016) realizaron este estudio con el objetivo de revisar las biopsias orales y examinar las tendencias en patologías orales geriátricas. Los casos reportados se recuperaron de los archivos del Departamento de Patología Oral y Microbiología del instituto KLE VK, Belgaum, Karnataka. Los parámetros que se evaluaron fueron edad, sexo, duración, ubicación y tipo de lesiones. Las lesiones orales geriátricas se observaron predominante en hombres, la localización más frecuente fue la mucosa bucal, las lesiones neoplásicas malignas representaron la mayoría de las lesiones geriátricas, el carcinoma de células escamosas fue la lesión geriátrica más común.

Peker E y col. (2016). Departamento de cirugía oral y maxilofacial, Facultad de Odontología, Gazi Universidad, Ankara Turquía, realizan este estudio el cual es retrospectivo donde se presenta la frecuencia y distribución de las lesiones de la mandíbula, de las biopsias registradas en la Facultad de Odontología, se recopila la información incluyendo el diagnóstico provisional y definitivo de las lesiones biopsiadas. Se compara el diagnóstico provisional y las validaciones histopatológicas de las lesiones. En los resultados el diagnóstico más frecuente fue el granuloma periapical, seguido del quiste radicular y del queratoquiste odontogénico.

Donohue A y col. (2017) ejecutan un estudio descriptivo para determinar la frecuencia de lesiones y condiciones de la mucosa bucal en pacientes mayores a 18 años de la clínica de diagnóstico del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua. El examen intraoral fue llevado a cabo por dos examinadores, los materiales utilizados fueron espejo intraoral, luz artificial, gasas y hoja de recolección de datos. Se utilizó estadística descriptiva para su análisis. La lesión bucal más frecuente fue la lesión blanca friccional.

Leni O y col (2018) mediante un estudio descriptivo retrospectivo investigan la prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en niños de distintas regiones de Brasil, los registros de las biopsias van desde el 2000 al 2015 y se obtienen de los archivos de tres centros brasileños de referencia de patología oral. Se diagnosticaron un total de 1.706 lesiones orales y maxilofaciales. Las lesiones pediátricas orales y maxilofaciales fueron frecuentes y mostraron una gran diversidad, siendo el mucocele la lesión más prevalente.

Oliveira L y col. (2018). Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG Escuela de Odontología Departamento de cirugía oral y patología Belo Horizonte MG Brasil. (2018) realizan un estudio descriptivo retrospectivo para investigar la prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en niños de distintas regiones de Brasil, los registros

de las biopsias van desde 2000 a 2015 y se obtienen de los archivos de tres centros brasileños de referencia de patología oral. Se diagnosticaron un total de 1.706 lesiones orales y maxilofaciales. Las lesiones pediátricas orales y maxilofaciales fueron frecuentes y mostraron una gran diversidad, con prevalencia de mucocele.

Alblowi & Binmadi, (2018). El propósito de este estudio es informar la frecuencia y distribución de las lesiones gingivales biopsiadas desde 1996 hasta 2016. El estudio que se realizó es retrospectivo, de corte transversal, y se recuperaron datos de todas las lesiones gingivales biopsiadas entre 1996 y 2016, las cuales fueron enviadas al laboratorio de patología oral del Hospital Dental King Abdulaziz University. Las secciones histológicas fueron revisadas de manera ciega por un patólogo para confirmar el diagnóstico histológico inicial. El diagnóstico más frecuente fueron las lesiones reactivas, siendo el granuloma piógeno la lesión más predominante seguida de afecciones inflamatorias, el carcinoma de células escamosas fue la única lesión maligna en el examen histológico.

Reddy R. (2018). El propósito de este estudio es evaluar la frecuencia, distribución, variabilidad y composición de las lesiones dermatológicas dentro de un gran servicio de biopsia de patología oral y maxilofacial. Se incluyeron 2487 casos en el estudio, donde los labios fueron los más comunes, seguidos por la cara, el cuello, la nariz, el área periorbital, la oreja y el cuero cabelludo.

Lais R y col. (2018) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones bucales y maxilofaciales que fueron biopsiadas en niños y adolescentes. Dicho estudio fue observacional y descriptivo. Se realizó una revisión retrospectiva de exámenes patológicos ejecutados en un laboratorio de Patología Oral del noroeste de Brasil. Las categorías fueron: Neoplasias, hiperplásicas, lesiones reactivas, lesiones de las glándulas salivales, lesiones óseas, tejidos y dientes sanos, lesiones en la mucosa, lesiones quísticas, tumores odontogénicos, inflamación periapical, alteración dental y diagnóstico concluyente. En los resultados, las lesiones de las glándulas salivales, fue la categoría con mayor

número, siendo el diagnóstico histopatológico el más frecuente el de mucocele y el sexo femenino fue el más afectado.

Quintana L y col. (2018) llevan a cabo esta investigación con el objetivo de establecer la frecuencia relativa de los quistes y tumores odontogénicos en la población nicaragüense, mediante un estudio retrospectivo en el que se analizaron los registros de biopsias escisionales, de los departamentos de patología de los hospitales regionales de las ciudades de León, Managua, Estelí, Matagalpa y Jinotega. El análisis fue descriptivo por medio de frecuencias relativas de las patologías estudiadas. El sexo afectado más frecuente fue el masculino, el quiste más frecuente fue el dentígero y el tumor odontogénico más frecuente fue el ameloblastoma, principalmente en la mandíbula.

Oladele O, y col. (2019) analizan en un estudio el cual es retrospectivo en las unidades de patología oral y diagnóstico oral del Complejo Hospitalario Universitario Obafemi Awolowo estado de Osun. Se recuperaron y se analizaron los informes clínicopatológicos de todas las biopsias entre el periodo de 2008 y 2017. La frecuencia de lesiones orales y las tasas de diagnósticos clínicos precisos se evaluaron para los sitios de la lesión y la calificación, especialización del médico. La categoría más frecuente de lesiones fueron los tumores odontogénicos, seguidas de las lesiones reactivas y la menor frecuencia fue de lesiones periapicales. Los resultados de esta investigación indican que el grado de concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico es pobre.

Kusuke N y col. (2019). Departamento de Patología Oral y Maxilofacial, Escuela de Odontología Universidad de San Pablo. (2019) estudian con el objetivo de investigar la frecuencia y características clínico-patológicas del Linfoma No Hodking oral en una institución y comparar datos recopilados de otros servicios de patología oral y patología general. Se revisaron registros clínicos de pacientes diagnosticados con Linfoma No Hodking que afecta exclusivamente a la cavidad oral de 1997 a 2017. En los resultados el número total de biopsias fue de 68,299 donde el



diagnóstico más común fue el linfoma difuso de células B grandes, seguido por el linfoma plasmablastico.

Fonseca et al. Universidad federal de Minas Gerais Escuela de Odontología Bello Horizonte Brasil. (2019). Llevan una investigación con el objetivo de describir y comparar las lesiones orales y maxilofaciales en personas mayores, además de evaluar los factores asociados con las tres lesiones más frecuentes. Se realizó un estudio retrospectivo con individuos de 60 años. En los resultados, el más frecuente fue el grupo de lesiones inflamatorias reactivas, el segundo y el tercer grupo fueron de enfermedades infecciosas y variaciones de la normalidad. Los resultados mostraron diferentes frecuencias de las lesiones orales y maxilofaciales en individuos mayores, según fuentes de datos y grupo de edad.

Alhindi et al., (2019). Se realiza este estudio, con el propósito de identificar la prevalencia y distribución de lesiones orales y maxilofaciales, que habían sido diagnosticadas histológicamente en el laboratorio de Patología Oral en la facultad de odontología de la Universidad King Abdulaziz. Este estudio es retrospectivo, y se evalúa la distribución de lesiones orales entre las biopsias de cavidad oral enviadas al laboratorio en un período de 1996 a 2016. La información que se recolecta es el sexo, la edad, la ubicación de la lesión y la histopatología. Se analiza el diagnóstico. En los resultados, el tipo más común fueron las lesiones reactivas, las segundas fueron las lesiones quísticas y por ultimo las lesiones inflamatorias y patologías epiteliales.

Joseph et al., (2019) realizan un estudio sobre el análisis retrospectivo de todos los casos sometidos a consulta oral para determinar el rango, la frecuencia, la prevalencia y la distribución de lesiones orales sometidos a diagnósticos histopatológicos en el laboratorio de patología oral en la Universidad de Kuwait. Esto durante un período de 18 años. Se registró la ubicación de las lesiones y se clasificaron en 10 diagnósticos, de los cuales, las patologías de la mucosa fueron

los diagnósticos más frecuentes, seguido del quiste odontogénico y las lesiones reactivas.

## **1.2 Justificación**

La realización de este análisis es trascendente, ya que tiene como objetivo determinar la frecuencia con que se desarrollan las distintas patologías a nivel de la cavidad oral clasificarlas con base en su diagnóstico clínico e histopatológico, así como por su etiopatogenia y su localización.

Es importante realizar el estudio para qué de este modo, se puedan desarrollar futuras políticas dirigidas a mejorar la salud bucal de la población costarricense, proporcionando información sobre las patologías más frecuentes que se desarrollan a nivel de la cavidad oral y maxilofacial.

Se debe tener conocimiento de los distintos diagnósticos que se pueden presentar en esta región anatómica, y de esta manera visualizar u obtener una idea más comprensible de la patología que se está observando, ya que algunas de estas lesiones, al no ser tratadas en su debido momento pueden traer grandes consecuencias en la vida de las personas.

Es importante dar a conocer las patologías, lesiones y condiciones de la cavidad oral de nuestra población y así marcar el primer paso para que se realicen estudios epidemiológicos a futuro.

La investigación busca también concienciar al profesional de la salud, revelando la gran diversidad de lesiones y de variantes fuera de lo normal que se pueden encontrar a nivel de cavidad oral y maxilofacial en nuestra población.

A través de este estudio, se podrá evidenciar la importancia de la biopsia como un examen de apoyo para el diagnóstico, planificación y tratamiento de distintas condiciones dentro de la odontología.

Es importante actualizar la información sobre la prevalencia y frecuencia de lesiones patológicas en el área de la cavidad oral y maxilofacial, de esta manera facilitar su identificación y promover así la atención temprana.

Se justifica el estudio porque los resultados de este pueden influir en los profesionales de la salud, creando así conciencia, ya que estos, algunas veces dan diagnósticos erróneos con base en las lesiones clínicas observadas, y de esta manera influir en la toma de decisiones sobre cuál es el debido tratamiento o examen diagnóstico confirmatorio que se debe realizar posteriormente al diagnosticar la patología.

### **1.3 Planteamiento del problema de investigación**

¿Cuál es la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales, y que tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo del 2020 y diciembre del 2020?

#### **1.3.1 Cuestionamiento**

¿Cuál es la clasificación de las biopsias o láminas recolectadas en el centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial dependiendo de su etiología patológica?

¿Cuál es la frecuencia de las etiopatogenias (infecciosa, autoinmune, traumática, neoplásica benigna o maligna) de las biopsias recolectadas en el centro de diagnóstico de patología oral?

¿Qué porcentaje de estos diagnósticos afectan tejido blando oral y que porcentaje afectan tejido duro oral en pacientes atendidos en el centro de diagnóstico de patología oral?

¿Cuál diagnóstico patológico es el de mayor frecuencia entre los pacientes que son atendidos en el centro de diagnóstico de patología oral?

¿Cuál grupo etario presenta mayor afectación con base en el diagnóstico patológico de las biopsias revisadas en el centro de diagnóstico de patología oral?

¿Cuál es el género más afectado por las patologías, en pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Categorizar la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y qué tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo del 2020 y diciembre del 2020.

## **1.4.2 Objetivos específicos**

Distinguir las biopsias o láminas recolectadas en un centro de diagnóstico de patología oral dependiendo de su etiología patológica.

Determinar las frecuencias de las etiopatogenias (infecciosa, autoinmune, traumática, neoplásica benigna o maligna) de las biopsias recolectadas en el centro de diagnóstico de patología oral.

Diferenciar la frecuencia con que los diagnósticos histopatológicos afectan tejido blando oral o tejido duro oral en pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral.

Investigar cuál diagnóstico patológico es el de mayor frecuencia entre los pacientes que son atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral.

Señalar cuál grupo etario presenta mayor afectación con base en el diagnóstico patológico de las biopsias revisadas en un centro de diagnóstico de patología oral.

Comparar cuál es el género más afectado por las patologías, en pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral.

## **1.5 Alcances y límites**

### **1.5.1 Alcances**

El estudio pretende aportar un mayor conocimiento a los profesionales de la salud y que estos puedan diferenciar e identificar las distintas patologías en el área diagnóstica. Promoviendo el resaltar la importancia de una buena descripción de la

lesión, estableciendo un muy buen diagnóstico y de esta manera realizar una debida atención temprana.

Con esta investigación se pretende demostrar la frecuencia y la prevalencia de lesiones patológicas en la cavidad oral y área maxilofacial de los pacientes que son atendidos en un centro de diagnóstico de medicina y patología oral. Concientizando tanto a estudiantes como a los profesionales de la salud, y resaltando la importancia de la identificación de las múltiples lesiones que se pueden presentar en la cavidad oral, esto con el fin de aportar un criterio más preciso en el diagnóstico de la patología en estudio, pudiendo realizar una detección temprana y de esta manera realizar el tratamiento adecuado con base en la observación, el planeamiento y la ejecución y lograr tener resultados muchos más favorables para los pacientes.

El estudio realizado puede ser utilizado para retroalimentación tanto de estudiantes como de docentes de la Clínica de Odontología de la Universidad Latina, al igual que los demás profesionales de la salud, en el campo de patología oral, especialmente en el tema de lesiones que afecten en cavidad oral y maxilofacial.

### **1.5.2 Límites**

El enfoque es cuantitativo.

El problema es categorizar la frecuencia de diagnósticos histopatológicos de lesiones orales y maxilofaciales en pacientes que son atendidos en el Centro Diagnóstico de Patología oral.

La población que se ve afectada está compuesta por los pacientes que son atendidos en el Centro Diagnóstico de Patología oral.

El tiempo de realización será el periodo comprendido entre mayo 2020 y diciembre 2020.

El lugar donde se va a realizar el estudio es en el Centro Diagnóstico de Patología oral.

El diseño del estudio es descriptivo.

Metodología de observación y analítica.

### **1.5 2.1 Limitaciones**

Dificultad para la recolección de biopsias.

Biopsias en las cuales la extracción de tejido no sea el suficiente para poder realizar una correcta interpretación y descripción del diagnóstico.

Incorrecta interpretación de la biopsia por parte del profesional de salud.

Disponibilidad de horarios del centro de diagnóstico de patología oral.

Poca recurrencia de pacientes que se atienden en un centro de diagnóstico de patología oral.

No meter la muestra en material de conservación adecuado.

Orientación incorrecta de la muestra a la hora de cortarla en el micrótopo, lo que dificulta o imposibilita realizar un correcto estudio de la muestra al microscopio.

## 1.6 Hipótesis

Hi: Hay una alta incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y el tipo de patología más frecuente es la estomatitis aftosa recurrente en 80% de los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral.

Ho: No hay una alta incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y el tipo de patología más frecuente no es el mucocele en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral.

Ha: Hay una baja incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y el tipo de patología más frecuente es el carcinoma de células escamosas en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral.

He: X: 100%

Y: 80%

X: Incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias de lesiones orales y maxilofaciales.

Y: Tipo de patología más frecuente diagnosticada a través de biopsias de lesiones orales y maxilofaciales.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Robert Hooke Inventor del microscopio**

Robert Hooke (1635-1703) científico inglés, nacido en la isla inglesa Wight, situada en el Canal de la Mancha. En el prefacio de su libro *Micrographia* argumentó así: " Por medio de los telescopios nada es tan distante a nuestra vista, pero, con la ayuda de los microscopios, nada hay tan pequeño que pueda escapar a nuestros ojos, luego hay todo un nuevo mundo para ser descubiertos." Hooke construyó el primer microscopio compuesto de la historia, con un ocular instalado en la parte superior de un tubo en cuyo extremo distal puso un lente objetivo. Este artefacto estuvo sostenido por un pedestal en el cual instaló un sistema de enfoque. Además, una fuente de luz, que se basa en una lámpara de mechero que condensa su destello por medio de una esfera de vidrio llena de agua cristalina y un lente condensor. Para la historia de la biología, general y humana, una de las más relevantes contribuciones que Hooke hizo con su microscopio ha sido el haber descubierto que los organismos vivos, plantas y animales permanecen constituidos por lo cual él llamó "celdas" para luego plantear el sustantivo "célula". (García Cáceres 2020)

#### **2.2 Patología**

¿Qué es la enfermedad? En poco más de 150 años se transformó en el análisis del lugar anatómico alterado, lo cual paralelamente generó de forma total una nueva pregunta: ¿Dónde está la enfermedad? El cambio en el objeto de análisis permitió a Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), uno de los clínicos más eminentes del siglo XVIII, implantar la correlación clínico-patológica, culminación de la enfermedad macroscópica. Al análisis macroscópico velozmente se añadió el

microscopio como instrumento importante. Debido a la demostración definitiva de que las heridas en los diferentes órganos y tejidos argumentan extensa variedad de los indicios y signos clínicos, la enfermedad ha contribuido a la caracterización de varias patologías. Hasta la fecha se mantiene el ejercicio de correlacionar los cambios anatomopatológicos con los síntomas y signos de la patología, lo cual constituye el motivo de una de las ocupaciones educativas más importantes dentro de la medicina: la sesión clínico-patológica. (Rodríguez y Valencia 2013).

### **2.3 Mucosa Oral**

La mucosa oral es una membrana mucosa que tapa todas las estructuras internas de la cavidad bucal a excepción de los dientes, la mucosa oral posee diferencias de color, esta alcanza colores desde el rosa hasta el morado dependiendo del color de la epidermis de cada persona. La configuración de la mucosa oral puede variar dependiendo del lugar donde se encuentre en la cavidad bucal y la tarea de esa zona. Disponible en: <https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=565198a8-5996-49fa-a9b1-e0818898f78e%40pdc-v-sessmgr02>

La mucosa oral es una membrana inigualable y con diferentes funciones, donde sus estructuras se han ajustado para realizar múltiples trabajos especializados. La mucosa oral igualmente a la epidermis, realiza su función como protectora física hacia al mundo exterior y comparte características parecidas, tales como que las dos están forradas por epitelio escamoso estratificado, el cual provee un revestimiento adaptable para estructuras subyacentes, y también un impedimento para los microorganismos patógenos. Tanto en la epidermis como en la mucosa oral se detectan especies de células semejantes como los melanocitos y los linfocitos. Las dos pueden llegar a evolucionar a melanomas y linfomas. (Quin, Steel, y Fazel 2017).

La mucosa oral es una membrana de tejido blando y húmedo que disfraza el espacio corporal interno. La mucosa oral se constituye por 3 capas: un epitelio superficial la cual es una lámina propia y esta da soporte, una capa más interna de tejido conectivo el cual es denso e irregular, y una submucosa subyacente que constituye en tejido conectivo el cual es denso e irregular. Frecuentemente la submucosa posee glándulas salivales menores y puede poseer en diferentes espacios tejido adiposo. En distintos lugares de la cavidad oral, la submucosa puede que no esté presente, y la mucosa está ligada al hueso o al músculo por la lámina propia. (Hand & Frank, 2015).

La mucosa oral se muestra conformada por el epitelio y el tejido conectivo, separados por la membrana basal. Trabaja como una barrera de protección por medio de su estrato córneo. En las zonas más delgadas cuenta con intrigantes propiedades absorbentes. El estrato granuloso coopera a detener la colonización extra oral y el estrato espinoso, con la integración del complejo plasma-membrana-desmosomas, el cual representa un mecanismo de conservación de la estructura. Si alguno de estos elementos se altera, pueden manifestarse enfermedades inflamatorias, autoinmunes y neoplásicas benignas o malignas. (Caseriego 2012)

La mucosa oral tiene diferentes funciones, entre estas la de protectora de agresiones tanto físicas como químicas, esto por medio de la superficie epitelial multicapa queratinizada, también esta funciona como una barrera de permeabilidad, impidiendo que microorganismos y materiales tóxicos puedan atravesar e ingresar hacia dentro, también esta detecta y responde a microorganismos patógenos y antígenos extraños a través de sus componentes inmunológicos, otra función es que por medio de secreciones de fluidos y mucinas humedece y lubrica las áreas de la cavidad oral, por último provee sensaciones generales y especiales por medio de terminaciones nerviosas que se encuentran en las papilas gustativas. (Hand & Frank, 2015).

## **2.4 Estructuras de la cavidad oral**

### **2.4.1 Hueso**

Tejido esquelético mineralizado por medio de colágeno, provee protección y soporte a órganos internos, y en el cual se adhieren los músculos. El hueso laminar ha sido formado por láminas, las cuales son depositadas secuencialmente una sobre otra, siendo estas de fibrillas de colágeno y cristales minerales, el hueso en tejido es un hueso inmaduro con las fibrillas de colágeno más discontinuo y este se encuentra donde los ligamentos y tendones se introducen en el hueso. (Hand & Frank, 2015).

### **2.4.2 Encía**

Fracción de la mucosa oral contiguo a los dientes, revestida de epitelio escamoso queratinizado o paraqueratinizado, la encía adherida está ligada al hueso subyacente o a una parte del área del diente, la encía libre crea el margen de la encía y está no se une al diente. (Hand & Frank, 2015).

### **2.4.3 Glándulas salivales**

Glándulas exocrinas que producen saliva, las glándulas primarias se encuentran afuera de la cavidad oral y son las glándulas parótidas, las glándulas submandibulares y las glándulas sublinguales, también existen las glándulas salivales menores y están ubicadas en la submucosa en distintos lugares de la cavidad oral. (Hand & Frank, 2015).

Poseen una conformación básica muy parecida. Se trata de glándulas exocrinas formadas por una porción secretora de mucosa, serosa o seromucosa y

un conducto excretor de extensión larga. Existen de dos clases: las accesorias repartidas de forma prolija por la mucosa de la cavidad oral y en la lengua (con conducto excretor corto). Y las principales que crean órganos anatómicamente bien individualizados, con lóbulos y conductos excretores largos, sobresaliendo de entre ellas la glándula parótida siendo esta serosa, la submandibular seromucosa y la sublingual seromucosa. (Hernández 2005).

Estructuras anatómicas pequeñas compuestas por grupos de ácidos, ubicados en mucosa y submucosa de la cavidad oral nombradas glándulas salivales menores también accesorias o secundarias, estas glándulas a diferencia de las linguales de Von Ebner presentan secreción mixta con dominio mucoso, esto representa del 6% al 10% del total de volumen de la saliva. (Contreras, Jiménez, Ortiz, Moret y González 2008).

#### **2.4.4 Submucosa**

La capa más interna de la mucosa oral, incluye tejido conectivo denso e irregular, vasos sanguíneos y nervios más grandes, la submucosa puede tener glándulas salivales menores y tejido adiposo, y esta puede estar ausente en algunos lugares de la cavidad oral. (Hand & Frank, 2015).

### **2.5 Patología del desarrollo**

La formación de la cara y la cavidad bucal es compleja por naturaleza e implica el desarrollo de múltiples procesos tisulares que deben fusionarse y unirse de forma muy orquestada. Las alteraciones en el crecimiento de estos procesos tisulares o su fusión pueden dar lugar a la formación de hendiduras orofaciales. (Neville & Al, 2016)

### **2.5.1 Fosas labiales paramediales**

Son invaginaciones congénitas poco frecuentes del labio inferior. Se cree que surgen de surcos laterales persistentes en el arco mandibular embrionario. Estos surcos suelen desaparecer a las 6 semanas de edad embrionaria. Suelen aparecer como fístulas bilaterales simétricas a ambos lados de la línea media del bermellón del labio inferior. Su aspecto puede variar desde depresiones sutiles hasta jorobas prominentes, estos pueden extenderse hasta una profundidad de 1,5 cm y expresan secreciones salivales. Ocasionalmente solo está presente una única fosa que puede estar situada en el centro o en el lateral de la línea media. (Neville & Al, 2016).

### **2.5.2 Gránulos de Fordyce**

Son glándulas sebáceas ectópicas que se muestran diseminadas en la mucosa de la boca y en la mucosa de otros lugares del cuerpo. Aparecen en forma bilateral y simétrica. La mucosa que los cubre y circunda es de característica común. Los GF son heridas de carácter bueno, ya que no tienen sentido patológico. No obstante, muy rara vez puede convertirse en un adenoma glandular sebáceo bueno de esas construcciones intrabucales. Los GF acostumbran ser bien delimitados, se muestran como diversas heridas papulares de color amarillo o blanco- amarillento, su diámetro es del tamaño de una cabeza de un alfiler, alrededor de 1 a 2mm. Su localización más recurrente es a grado de la mucosa de los carrillos, el bermellón de los labios y la zona retromolar lateral al pilar de la cara anterior y con menos frecuencia, pueden aparecer en la lengua, encía, frenillos y paladar. (Lárez L. 2007)

### **2.5.3 Lengua fisurada**

Enfermedad relativamente común que se caracteriza por la presencia de numerosos surcos de entre 2 y 6 mm de profundidad, o fisuras en la superficie dorsal de la lengua. Las pruebas indican que la enfermedad puede ser un rasgo poligénico o un rasgo autosómico dominante con penetración incompleta. El envejecimiento o los factores ambientales locales también pueden contribuir a su desarrollo. En los casos más graves, numerosas fisuras cubren toda la superficie dorsal y dividen las papilas linguales en múltiples islas separadas. Algunos pacientes presentan fisuras localizadas en las zonas dorsolaterales de la lengua. Otros pacientes presentan una gran fisura central con fisuras más pequeñas. La afección suele ser asintomática, pero algunos pacientes pueden quejarse de un ligero ardor o dolor. (Neville & Al, 2016).

#### **2.5.4 Torus palatino**

El torus palatino es una hiperplasia de masa ósea que se muestra en el paladar duro, representando una alteración anatómica de carácter bueno más que una condición patológica, son principalmente, asintomáticas y no necesitan procedimiento por su benignidad. Tienen la posibilidad de ser un diagnóstico accidental y obligan a descartar enfermedades neoplásicas. La prevalencia del torus palatino es de 10% en la población general y varía respecto a la edad, género y etnia. Si bien su etiología no está del todo fundada, hay teorías ligadas a componentes de los genes y del medio ambiente. Numerosas indagaciones sugieren la transmisión de herencia autosómico dominante en lo que otros únicamente lo asocian al estrés oclusal severo o a la interacción de los dos componentes. (Rossello, Andrade, López, Blanzari, Gómez, Valle. 2019)

#### **2.5.5 Torus mandibular**

Los torus son exostosis óseas benignas de etiología idiopática que ocurren en el paladar duro y en la parte lingual de la mandíbula. Aunque principalmente son asintomáticos, es necesario de tratamiento quirúrgico una vez que estos son enormes e interfieren en la funcionalidad tanto deglutiva como masticatoria y ocasionan molestias para la utilización de las prótesis dentales. Aunque sus razones son desconocidas, en la actualidad los torus se piensan como resultado de la relación de componentes de los genes, medioambientales y la hiperfunción masticatoria. (Batista Sánchez et al., 2013)

## **2.6 Patología infecciosa bacteriana**

Las bacterias son organismos vivos que tienen dentro únicamente una célula. Las bacterias infecciosas se reproducen inmediatamente dentro del cuerpo y tienen la posibilidad de ocasionar patologías. Muchas despiden sustancias químicas denominadas toxinas, que tienen la posibilidad de perjudicar los tejidos y de esta forma ocasionan patologías. Entre los ejemplos de bacterias que ocasionan infecciones se integran el estreptococo, el estafilococo y la E. Coli. El tratamiento común es con antibióticos. A continuación algunas patologías infecciosas bacterianas. (Infecciones bacterianas, 19 C.E.)

### **2.6.1 Impétigo**

Patología infecto- contagiosa más común en la dermis. Hay 2 tipos: No ampolloso, que es el más recurrente y ampolloso. Es provocado primordialmente por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. El impétigo no ampolloso es producido por *S. Pyogenes* y se caracteriza por vesículas pequeñas que velozmente se rompen y originan un exudado que al secarse forma costras melicéricas. El impétigo ampolloso se destaca en lactantes menores sin predilección por sexo. La lesión inicial es una ampolla flácida sobre una piel aparentemente regular, que se rompe dejando una base eritematosa húmeda y un halo de piel que se desprende.



Las heridas secan velozmente y se cubren de costras claras, finas y superficiales. (Pérez, García. 2017)

### **2.6.2 Actinomicosis**

Es una patología granulomatosa crónica rara y poco a poco progresiva causada por bacterias filamentosas anaeróbicas Gram positivas del núcleo familiar Actinomycetaceae. Una vez que la totalidad del tejido se rompe por medio de una lesión de la mucosa, tienen la posibilidad de irrumpir las construcciones locales y los órganos y transformarse en patógenos. La actinomicosis es, por consiguiente, primordialmente una infección endógena. Se ha descrito que la primordial población en peligro es aquella con mala limpieza oral, gingivitis, extracciones dentales, caries, diabetes mellitus, inmunosupresión, desnutrición y mal tisular local. El diagnóstico confirmatorio es por medio del cultivo desde exudados y biopsias. (Falcón, Vitale. 2020)

### **2.7 Patología infecciosa fúngica**

Las infecciones fúngicas invasoras son recurrentes en los pacientes inmunodeprimidos y en aquellos ingresados en superficies de críticos. Los hongos son un conjunto heterogéneo de microorganismos eucariotas, solo una mínima cantidad de hongos poseen capacidad para ser patógenos del ser humano. Actualmente las infecciones fúngicas invasoras más comunes son esas causadas por las especies de *Candida* y de *Aspergillus*. Ante la infección fúngica el ser humano se defiende usando diferentes tácticas en medio de las que resaltan las barreras cutáneas y epiteliales y la activación del sistema inmunitario. En diferentes situaciones en la que dichos mecanismos de protección se ven involucrados, el

huésped es más susceptible a sufrir una infección fúngica invasora. A continuación algunas patologías infecciosas virales. (García-Vidal & Carratalá, 2012)

### **2.7.1 Candidiasis**

Infección por el organismo fúngico tipo levadura *Candida albicans*. Es la infección fúngica oral más común en los seres humanos, con gran variedad de manifestaciones clínicas. Muchos pacientes muestran un único patrón, aunque algunos individuos presenten más de una forma clínica de candidiasis oral. La *Candida albicans* puede ser un componente de la microflora oral normal, ya que entre el 30% y el 50% de las personas es simplemente portadora del organismo en sus bocas sin evidencia clínica de infección. (Neville & Al, 2016).

### **2.7.2 Histoplasmosis**

Es una infección fúngica causada por el organismo *Histoplasma capsulatum*. Al igual que otros hongos patógenos, el *H. Capsulatum* es dimórfico, ya que crece como levadura a temperatura corporal en el huésped humano y como moho en su hábitat natural. La expresión de la enfermedad depende de la cantidad de esporas inhaladas, del estado inmunitario del huésped y quizás de la cepa de *H. capsulatum*. La mayoría de individuos son relativamente sanos, no presentan síntomas o tienen una enfermedad leve parecida a la gripe durante 1 o 2 semanas. Los anticuerpos dirigidos contra el organismo suelen aparecer varias semanas después. (Neville & Al, 2016).

### **2.7.3 Toxoplasmosis**

Enfermedad relativamente común causada por el organismo protozoario intracelular obligado *Toxoplasma gondii*. Esta enfermedad puede ser devastadora para el feto en desarrollo o el paciente inmunocomprometido. Los pacientes pueden presentar síntomas tales como fiebre baja, linfadenopatía cervical, fatiga, dolor muscular o articular. A veces la linfadenopatía afecta a uno o más de los ganglios linfáticos de la región parioral, como el ganglio linfático bucal o submentoniano, en estos casos el médico bucodental puede descubrir la enfermedad. (Neville & Al, 2016).

## **2.8 Patología infecciosa viral**

Los virus son gérmenes bastante pequeños. Los cuales están hechos de material genético en un recubrimiento de proteína. Los virus ocasionan patologías infecciosas habituales como el resfrío común, la gripe y las verrugas. Además, ocasionan patologías graves como el VIH y sida, el ébola y la COVID-19. Los virus son como secuestradores, invaden las células vivas y normales y las utilizan para multiplicarse y crear otros virus como ellos. Esto puede matar, dañar o mutar las células y enfermar. Para la mayor parte de las infecciones virales, los tratamientos únicamente tienen la posibilidad de favorecer con los indicios de la enfermedad a medida que espera a que su sistema inmunitario contienda luchar contra el virus. A continuación, algunas patologías infecciosas virales. (Infecciones virales, 2020).

### **2.8.1 Herpes**

La familia de los herpes virus humanos (herpetoviridae) constituye una gran familia de virus de ADN de doble cadena. El miembro más conocido es el virus del herpes simple, otros miembros de la familia son el virus de la varicela- zóster y el virus de epstein-barr. El término herpes deriva de la antigua palabra griega que

significa arrastrarse o raptar, lo que aparentemente alude a una tendencia en la propagación, a la infección latente o recurrente. El VHS-1 se propaga predominantemente a través de la saliva infectada o de las lesiones periorales activas y se adapta mejor a las zonas oral, facial y ocular. La faringe, la mucosa intraoral, los labios, los ojos y la piel por encima de la cintura se ven afectados con mayor frecuencia. El lugar de latencia más común para el VHS-1 es el ganglio del trigémino. El virus utiliza los axones de las neuronas sensoriales para viajar de un lado al otro hasta la piel o la mucosa. (Neville & AI, 2016).

### **2.8.2 Virus del papiloma humano**

Cada tipo de VPH se encuentra asociado con el desarrollo de lesiones específicas que se localizan en lugares anatómicos definidos del epitelio escamoso cutáneo y mucoso. De las patologías producidas por el VPH, el papiloma bucal es la lesión epitelial más frecuente, no tiene predilección por sexo, puede presentarse a cualquier edad y clínicamente se manifiesta como una verruga con aspecto moriforme. Su color varía del rosado al blanquecino dependiendo del grado de queratinización de la mucosa, el tamaño no supera el centímetro de diámetro, la base puede ser sésil o pediculada y en cavidad bucal afecta con mayor frecuencia a mucosa labial, lengua, encía, úvula y paladar blando. Histológicamente el papiloma bucal se caracteriza por presentar crecimiento excesivo del epitelio escamoso y estroma vascularizado. (Cobos, Fernández, Cobos, Brujes. 2016).

### **2.8.3 Patología reactiva**

Las lesiones reactivas son esas que se deben a traumatismo mecánico accidental o irritación crónica y si se consideran los antecedentes clínicos, la interacción causa efecto es notable. Estas lesiones muestran un aspecto variado y de esta forma poseemos heridas reactivas tipo ulcerativas, tipo placas hasta tipo

neoplásicas. Se debería hacer una anamnesis cuidadosa y el examen clínico para evidenciar la naturaleza y la causa- efecto de la lesión. Una vez que se juzga clínicamente una causa traumática y una respuesta queratósica, no hace falta biopsia, sino recomendar discontinuar hábito causal. Una vez que se sospecha que la lesión es de procedencia traumático, se sugiere mantener en observación por dos semanas. Una vez que no se generan cambios a la lesión se incrementa de tamaño o se duda de la etiología de la lesión se tiene que realizar biopsia para establecer el diagnóstico definitivo. A continuación, algunas patologías reactivas. (Lazarde Lunar, 2000).

#### **2.8.4 Morsicatio mucosae oris**

Es el término científico derivado del latín morsus (mordedura), es una afectación mucocutánea poco frecuente de origen facticio, resultado acto repetitivo plenamente consciente de autolesionarse, casi siempre deliberado y en secreto por parte del paciente con el objetivo de atraer la atención de sus familiares o personal de salud. Así observaremos lesiones clínicas atípicas o inespecíficas poco orientadas en la mucosa oral, bordes laterales de la lengua o en los labios. El cuadro clínico es variable, corresponde a lesiones unilaterales o bilaterales con edema, enrojecimiento, erosiones, fisuras o úlceras de superficie irregular y macerada de bordes mal definidos, generalmente asintomáticas de curso crónico con remisiones y agudizaciones. (Pérez 2016).

#### **2.8.5 Úlcera traumática**

La presencia de algunas lesiones orales puede comprometer el bienestar integral del individuo. Las úlceras orales se encuentran fuertemente asociadas a la presencia de dolor, al igual que las lesiones herpéticas las cuales también comprende úlceras. Actualmente, la Estomatitis Aftosa Recidivante, como también

se le llama a este tipo de ulceraciones, se reconoce como la enfermedad más común de la mucosa bucal conocida en el humano constituyendo una de las urgencias en Odontología, la cual puede afectar a la mucosa bucal frecuente y se caracteriza por la aparición de una o más úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad del epitelio, variable en forma, número y tamaño. (Díaz 2016).

Las úlceras se hallan poderosamente similares a la existencia de dolor, al igual que las heridas herpéticas las cuales además comprende úlceras. En la actualidad la estomatitis aftosa recidivante, como además se le llama a esta clase de ulceraciones, se reconoce como la patología más común de la mucosa bucal exitosa en el humano constituyendo una de las urgencias en Odontología, la cual puede influir a la mucosa bucal recurrente y se caracteriza por la aparición de una o más úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad del epitelio, variable en forma, número y tamaño. (Díaz, Cárdenas 2016).

### **2.8.6 Úlcera eosinofílica de lengua**

También conocida como granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal, es una infrecuente y autolimitada lesión ulcerativa de la mucosa oral. La afección principalmente se muestra como una úlcera lingual y menos veces como úlcera labial o en otros lugares de la cavidad oral. Su progreso es rápido, presentando comúnmente bordes indurados. La lesión cursa con una evolución persistente a lo largo de numerosas semanas o meses. El diagnóstico de la UE está establecido constantemente tras el análisis histopatológico. La etiología y patogénesis de esta lesión no está bien aclarada, debido a que el antecedente traumático se confirma en menos del 50% de las observaciones, no logrando tener en cuenta este efecto causal como único, indicándose otros factores etiológicos por ejemplo: el stress, infección por virus de Epstein-Barr, efecto tóxico local o bien un puro carácter lesional reactivo, frente a muy diversos estímulos o agresiones mucosas. (Vera-Sirera et al., 2013).

### **2.8.7 Granuloma piógeno**

Aumento tumoral de los tejidos de la cavidad oral y piel, no neoplásico. Es el tipo de hiperplasia inflamatoria más recurrente de la cavidad oral y en su histología se observa una proliferación de tejido de granulación con infiltrado inflamatorio y gran capacidad angiogénica, por lo cual acostumbran existir neoformaciones vasculares de diferentes diámetros que poseen un principio y fin abrupto dentro del tejido. La etiología de esta clase de heridas no está bastante esclarecida, considerándose una lesión reactiva a diversos estímulos de bajo nivel, entre los que se hallan: traumatismos repetidos, agresiones, componentes hormonales y ciertos fármacos. La alta incidencia de esta lesión a lo largo del embarazo se relaciona con elevados niveles de estrógeno y progesterona. Clínicamente el granuloma piógeno surge como una masa de aumento veloz, de consistencia blanda, que podría ser pediculada, de tamaño variable, de color rojizo con área lobulada que a veces está ulcerada y muestra una enorme tendencia al sangrado. Su ubicación implica la encía en el 75% de los casos. De forma menos común, surge en labios, lengua, mucosa bucal y paladar. Las heridas son más frecuentes en el maxilar preeminente, en regiones anteriores y en región vestibular de la gingiva, varias se prolongan a el área interproximal e implican el aspecto vestibular y lingual de la gingiva. Convencionalmente el procedimiento de elección de esta clase de heridas es la extirpación. (Gadea Rosa et al., 2017).

### **2.8.8 Tatuaje por amalgama**

Además, conocido como pigmentación por amalgama, es de las pigmentaciones orales de procedencia exógeno más frecuente. Como su nombre lo sugiere es el producto del depósito en el tejido conectivo subepitelial de residuos de amalgama compuesta por plata (Ag), mercurio (Hg), estaño (Sn), Zinc (Zn), y cobre

(Cu), resultado de métodos iatrogénicos como la propulsión e inserción de partículas de este material restaurador a altas velocidades en la mucosa, probablemente además por la implementación de residuos de amalgama a lo largo de la sustracción dental o a lo largo del procedimiento endodóntico. Clínicamente se muestra como manchas de tono gris-marrón o azulado-negro, dependiendo de la hondura a la se alberguen las partículas en el tejido. Estas heridas son enteramente asintomáticas, mal definidas, ubicadas en el 50% de los casos en encía o mucosa alveolar y un 20% en mucosa bucal. Fang, Caballero, Padrón, Herrera (2012).

### **2.8.9 Hiperplasia fibrosa**

El fibroma traumático o hiperplasia fibrosa una vez que se tiene el diagnóstico histológico, se estima un tumor benigno encontrado habitualmente en la cavidad oral con mayor frecuencia en todo el plano oclusal. Es una proliferación reactiva progresiva localizada del tejido conectivo en manifestación a una lesión, trauma o irritación local. Acostumbran ser masas sésiles, suaves y asintomáticas, excepto una vez que muestra área ulcerada, con presencia de dolor e inflamación. El lugar de predilección más común es a lo extenso de la línea oclusal de la mucosa bucal, un área sujeta a trauma masticatorio, no obstante, además perjudica el labio inferior, la lengua, el paladar duro y la cresta alveolar edéntula. Su manejo y tratamiento se basa en la preparación de una historia clínica descriptiva, biopsia por escisión quirúrgica sin necesidad de remover tejido mucoso adyacente y evaluación histológica. (Krystell et al., 2020).

### **2.8.10 Fibroma osificante periférico**

Es una tumoración gingival fibrosa hiperplásica, cuyo tamaño ocasionalmente sobrepasa los 15mm de diámetro. Se caracteriza por ser una tumoración sésil o pediculada, de consistencia firme, eritematosa o de color



parecido a la encía que la circunda, con un área ulcerada, comúnmente asintomática que muestra predilección por el sexo femenino. Su ubicación más recurrente es en el área anterior del maxilar superior. Pese a que su etiología no está completamente clara, la mayor parte de autores piensan que la lesión se origina en las células del ligamento periodontal. El diagnóstico definitivo de la enfermedad está dado por la histología. Esta tumoración está rodeada por epitelio escamoso estratificado el cual puede estar ulcerado o no. Muestra un tejido conectivo hiper celular con superficies centrales de material calcificado. Radiológicamente, el FOP puede exponer puntos radio opacos difusos. (Pérez Álvarez et al., 2011)

### **2.8.11 Granuloma periférico de células gigantes**

Es una lesión exofítica reactiva que se presenta exclusivamente en la encía o en la cresta alveolar edéntula como consecuencia de una irritación local o trauma crónico. El GPCG se origina del periostio o del ligamento periodontal como contestación a una irritación local o trauma. Los componentes irritantes locales integran: sustracción dental, restauraciones deficientes con márgenes sobre extendidos, prótesis mal ajustadas, enfermedad periodontal, cirugía periodontal, aparatología ortodóntica, biopelícula y cálculo. El GPCG se muestra como un nódulo bien delimitado de color rojo, azul, o morado, de base sésil o pediculada consistencia blanda o firme y área lisa o lobular que puede exponer úlcera. Se muestra más frecuentemente en la encía vestibular que en la lingual o palatina. El diagnóstico es histopatológico. Histopatológicamente se basa en una proliferación no encapsulada de tejido compuesto por estroma reticular y fibrilar con numerosos fibroblastos de manera ovoide o fusiforme y células gigantes multinucleadas, separada del epitelio por una banda de tejido conectivo. (Anahí et al., 2016)

## **2.9 Patología autoinmune e inmunomediada**

La función del sistema inmunitario es proteger de patologías e infecciones al atacar los gérmenes que acceden al cuerpo humano, como virus y bacterias. El sistema inmunitario puede discernir que los gérmenes no forman parte del organismo, por lo cual los destruye. Si se presenta una patología autoinmune, el sistema inmunitario ataca por error las células sanas de los órganos y tejidos. Las patologías autoinmunes tienden a ser hereditarias, lo cual supone que ciertos genes tienen la posibilidad de hacer que las personas sean más sensibles a desarrollar una afección. Los virus, ciertos productos químicos y otros recursos en el medio ambiente tienen la posibilidad de desencadenar una patología autoinmune si se poseen los genes que lo predisponen a ello. (Enfermedades autoinmunes, 2020).

### **2.9.1 Liquen plano oral**

El liquen plano oral es una patología mucocutánea recurrente, de evolución crónica, que perjudica a la dermis y a las mucosas, tiene una prevalencia del 1-2 % en la población adulta observándose un predominio en el sexo femenino ante el masculino, se desconoce la etiología de esta patología. Intraoralmente las manifestaciones del LPO son lesiones reticulares, papulares, en placas, atrófico-eritematosas, erosivo-ulcerosas o ampollas. La sintomatología tradicional incluye prurito en la dermis y sensación de ardor en las mucosas. (Bornstein et al., 2011)

### **2.9.2 Síndrome de Sjögren**

Es una patología inflamatoria crónica, epitelitis autoinmune, caracterizada por la infiltración de las glándulas exocrinas por linfocitos principalmente LT-CD4+ y células plasmáticas, los cuales permanecen implicados en la devastación del parénquima glandular. Por esto las primordiales protestas de este trastorno son disfunciones de las glándulas salivales y lagrimales y sequedad generalizada en las mucosas. En la mayor parte de los pacientes, las glándulas parótidas o las

submaxilares permanecen levemente aumentadas de tamaño, firmes e indoloras, esto primordialmente en pacientes con SS primario. La saliva tiene aspecto espumoso, espeso y no se observa una acumulación de esta en el piso de la boca. La mucosa oral se ve seca, pegajosa y en ocasiones ulcerada. La lengua se muestra roja, seca, depapilada y fisurada y en algunas ocasiones con atrofia de las papilas filiformes. Estas propiedades de las mucosas y la carencia de saliva determinan en dichos pacientes pérdida del gusto y un elevado peligro de infecciones frecuentes por *Cándida*, constantemente asociado a síndrome de boca urente. (Rojas, Ormazábal, Quintana. 2014)

### **2.9.3 Pénfigo vulgar**

Es una patología autoinmune, potencialmente grave, caracterizada por ampollas cutáneas/mucosas, gracias a la existencia de IgG circulante dirigido contra la desmogleína 1 y 3. Las heridas orales se caracterizan convencionalmente por la existencia de heridas vesículoampollosas y ulcerativas. El diagnóstico del pénfigo se fundamenta en 3 conjuntos independientes de criterios: protestas clínicas, hallazgos histológicos y exámenes inmunológicos. La biopsia es fundamental para deducir la manera de la patología, puesto que el pénfigo vulgar muestra la formación de rajas suprabasales intraepiteliales y acantolisis, en lo que las células basales están estáticas a la membrana basal. (Marchena, Sánchez, Osorio y Castaño. 2014).

### **2.9.4 Pénfigoide de las membranas mucosas**

El pénfigoide de membranas mucosas (PMM) representa a un heterogéneo conjunto de patologías autoinmunes, ampollares, crónicas que perjudica una o algunas membranas mucosas con o sin compromiso de la dermis. Se caracteriza por el depósito de inmunoglobulinas de complemento durante la membrana basal

del epitelio. La patología es de curso lento y progresivo, con exacerbaciones y remisiones, estas heridas podrían mantenerse a lo largo de meses o años. Las manifestaciones orales varían a partir de zonas eritematosas, erosiones, ampollas y pseudomembranas que cubren las superficies erosionadas localizadas muchas veces en la mucosa gingival y en el paladar y con menos frecuencia en la mucosa labial, la lengua y mucosa yugal. La sintomatología empieza una vez que la ampolla se rompe originando escozor, ardor, dolor, sangrado y disfagia, lo que dificulta la ingesta de alimentos provocando la pérdida de peso en el paciente. Su diagnóstico nace de la aplicación de una intensa semiología, del diagnóstico diferencial con otras entidades, del conveniente desempeño de las técnicas biópsicas así como de la idónea interpretación inmunohistopatológica. (Casnati Guberna & Cuestas, 2010)

### **2.9.5 Lupus**

Es un padecimiento que causa heridas multisistémicas por mecanismos autoinmunitarios desencadenados por agresiones del medio ambiente en presencia de genes propensos. Es mediado por complejos inmunitarios que generan autoanticuerpos, mismos que reaccionan con constituyentes celulares, como el ADN, ocasionando una respuesta inflamatoria y alteraciones en el desempeño de ciertos órganos. La etiología precisa del lupus eritematoso generalizado es desconocida, no obstante, existen componentes que tienen la posibilidad de estar relacionados como predisposición genética, radiaciones ultravioletas, infecciones por citomegalovirus o Epstein-Barr, medicamentos antihipertensivos o anticonvulsivos y cambios hormonales. Las manifestaciones estomatológicas se observan una vez que hay autoanticuerpos y tienen la posibilidad de observarse úlceras orales, petequias, equimosis, gingivitis marginal y artritis de la articulación temporomandibular. Siendo las úlceras orales la primera manifestación de lupus eritematoso generalizado y son un criterio de diagnóstico. Las manifestaciones orales debido al tratamiento inmunodepresor son candidiasis oral, infección por virus herpes tipo1, mucositis por inmunodepresores, hiperpigmentaciones

reversibles en piel y mucosa por la utilización prolongada de hidroxiclороquina y síndrome de Sjogren. El procedimiento estomatológico es individualizado para cada paciente. (Gómez-Contreras et al., 2015)

## **2.10 Neoplasias malignas y desórdenes orales potencialmente malignos**

La designación neoplasias malignas encierra bastante más de un centenar de patologías que se distinguen entre sí por su origen, etiología, ubicación anatómica, composición y propiedades microscópicas, comportamiento clínico y funcional y por su respuesta al tratamiento. Las neoplasias malignas conforman uno de los problemas de salud pública más preponderantes internacionalmente, representado por sus altas tasas de morbilidad, mortalidad e incidencia. Perjudica tanto a territorios desarrollados como en vía de desarrollo. A continuación, algunos ejemplos de neoplasias malignas (Guerrero Africani & Guerrero Africani, 2000).

### **2.10.1 Leucoplasia oral:**

Es la lesión potencialmente maligna más recurrente de la mucosa oral. Se define como una mancha o placa blanquecina de la mucosa oral que no se desprende con el raspado y no puede clasificarse clínica ni patológicamente como otra entidad. Tiene diversos componentes desencadenantes agrupables en 3 categorías: infecciosos, nutricionales y hábitos tóxicos. El primordial elemento etiológico es el consumo de tabaco. Las leucoplasias se catalogan, según su aspecto, en homogéneas y no homogéneas. Las primeras, son las más comunes, uniformes, blancas, de poco espesor, con surcos poco profundos y poco sintomáticos. Las segundas, son predominantemente blancas, pero no uniformes, con sintomatología vinculada en caso de erosión y se subdividen en verrugosas, nodulares, eritroleucoplásicas y verrugosas exofíticas proliferativas. El diagnóstico es provisionalmente clínico hasta la afirmación por medio de biopsia. En las

leucoplasias con displasia epitelial severa el procedimiento es la exéresis por medio de técnicas convencionales o láser. (Palmerín-Donoso et al., 2020)

### **2.10.2 Eritroplasia**

La eritroplasia oral es un DOPM poco común considerada como una de las heridas con mayor potencial a malignizarse. Las superficies más afectadas se encuentran la mucosa bucal, la mucosa palatina y la mucosa yugal. Esta lesión puede perjudicar a ambos sexos por igual, teniendo un alto porcentaje de aparición a partir de la sexta y séptima década de vida. Entre las causas primordiales que propician el origen de esta lesión, se hallan hábitos como fumar, masticar betel quid, y la ingesta de alcohol. Clínicamente, la eritroplasia es una lesión de tipo mancha bien definida, de color rojo brillante con una superficie que podría ser lisa, aterciopelada o granular. Histológicamente el epitelio es atrófico y delgado y está caracterizado por su falta de queratina. Es bastante recurrente la existencia de cambios epiteliales que van a partir de una displasia epitelial hasta un carcinoma in situ. (Iparraguirre et al., 2020)

### **2.10.3 Leucoplasia verrucosa proliferativa**

La LVP es una placa blanca, verrucosa, exofítica, de aumento lento, que no se desprende al raspado y que tiende a comprometer diferentes sitios de la mucosa oral. Es resistente a la medicación independientemente de la terapia adoptada y muestra una alta tasa de recidiva siguiente al procedimiento quirúrgico. Su etiología todavía es desconocida. Dentro del espectro de presentación clínica la LVP es asintomática, en algunas ocasiones puede presentarse con escozor, sensación de tirantez o de cambios de textura del epitelio, y ya en estadios más avanzados premalignos o de cáncer podría exponer ulceración. La mucosa bucal y palatina son

las más dañadas, seguidas de la mucosa alveolar, lengua, piso de boca, encía y labios. (Altozano-Rodulfo et al., 2019).

#### **2.10.4 Carcinoma ameloblástico**

El carcinoma ameloblástico es una proliferación maligna de epitelio vinculada a un ameloblastoma o que histológicamente es parecido a un ameloblastoma. Es una neoplasia agresiva, localmente invasiva, la cual a veces se puede alargar fuera del hueso, a fosa infratemporal, espacio parafaríngeo o masticador e inclusive a ganglios linfáticos regionales y otros sitios distantes, primordialmente al pulmón. Su ubicación más recurrente es en la parte posterior del cuerpo mandibular y rama ascendente, radiográficamente se muestra por lo común como una imagen radiolúcida multiloculada. Referente al diagnóstico el debido resultado final nos lo dará solamente el análisis histopatológico. (Reyes et al., 2011).

#### **2.10.5 Carcinoma de células escamosas**

El carcinoma de células escamosas (COCE) representa el 90% del cáncer en la cavidad oral, se muestra en personas mayores de 40 años y alcanza sus más grandes índices en el grupo de 60 y más años. Los componentes de peligro más relevantes son el consumo de tabaco y de alcohol, los cuales sinérgicamente incrementan el peligro hasta un 50%. El COCE puede aparecer en cualquier parte de la cavidad oral, siendo más recurrente en la lengua, primordialmente en los bordes laterales y superficie ventral. Definitivamente el diagnóstico precoz de COCE es la clave y se debe tomar en cuenta que la biopsia de tejido sospechoso es el estándar de oro para el diagnóstico de DPM. (Boza Oreamuno, 2017).

#### **2.10.6 Carcinoma verrucoso**

Es una variante poco recurrente de carcinoma espinocelular bien diferenciado. Este tumor va creciendo lentamente, es agresivo localmente, sin embargo, bien delimitado siendo su incremento predominante horizontal con más tendencia a la erosión que a infiltrar. Es de etiología desconocida, pero se ha observado una relación directa con el consumo de alcohol y tabaco siendo componentes irritantes locales, también malas condiciones bucales con sepsis y prótesis desajustadas, agregándose la interacción, con agentes virales como virus del papiloma humano. Se muestra como una lesión papilomatosa exclusiva o multifocal, blanca o roja, como una masa blanda o de consistencia fibrosa. Crece infiltrando los tejidos blandos y en ocasiones hasta el hueso maxilar por fácil penetración mecánica. En cavidad oral está primordialmente en zona vestibular de la maxila, yugal, paladar duro y blando, lengua y labio. (Amed Paz Betanco & Amed Paz Betanco, 2019).

### **2.10.7 Linfoma**

El linfoma no Hodgkin (LNH) ocupa el segundo sitio en frecuencia en medio de las neoplasias asociadas con el sida. Los senos maxilares, la cavidad nasal y el seno etmoidal son los sitios más frecuentes (33%). La sintomatología más recurrente se apoya en disfonía, disfagia, disnea, linfadenopatías cervicales, obstrucción nasal, diferentes indicios otológicos y pérdida de peso. Alrededor de él 3% de los casos definidos como sida muestran LNH en el principio del curso de infección de VIH. Una vez que el LNH tiene ubicación en los maxilares es debido generalmente a una diseminación de la patología y ocasionalmente como proceso primario. La ubicación más recurrente del LNH oral corresponde de acuerdo con la literatura a las amígdalas, paladar, mucosa oral, lengua, piso de boca y zona retromolar, en orden decreciente, ocupando tejidos blandos y pasar por contigüidad al hueso, principalmente en la situación de ubicación de encía y hueso alveolar maxilar o mandibular o al revés.



De perjudicar al tejido óseo y tratarse de un paciente dentado las piezas dentales padecen movilidad y rizólisis. Generalmente, las manifestaciones orales de LNH ocurren secundarias a una diseminación de la patología por medio del organismo. Una vez que hay heridas primarias en tejidos blandos orales, son principalmente asintomáticas, de carácter subjetivamente blando, aparecen como un incremento de volumen difuso y están afectando primordialmente mucosa yugal, encía y cantidad subsiguiente del paladar duro. La lesión podría ser eritematosa o violácea y puede o no estar ulcerada. (Ocampo-García et al., 2012)

#### **2.10.8 Neoplasias malignas de glándula salival**

Estos tumores tienen la posibilidad de derivar de parénquima o estroma glandular y están afectando a 1-3 individuos por cada 100,000. Los tumores estromales o no epiteliales están afectando principalmente a chicos y son mayormente neoplasias benignas de origen vascular como hemangiomas y linfangiomas. En adultos son más frecuentes los tumores parenquimatosos epiteliales como los adenomas.

La frecuencia de tumores benignos es de 80% en la glándula parótida, 5-10% en la submandibular y 1% en la sublingual y 9% en las glándulas salivales menores, siendo el lugar más perjudicado en este último caso el paladar. En relación con los tumores malignos, la parótida se ve afectada en el 20% de los casos, 45% en la submandibular y glándulas salivales menores y 90% en la sublingual.

El procedimiento de las neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales es predominantemente quirúrgico, con métodos como parotidectomía superficial o total con preservación o no del nervio facial, sialosubmaxilectomía, resección de la glándula sublingual, combinado con radioterapia y quimioterapia en la situación de tumores malignos. El diagnóstico en nuestro medio se hace tras la biopsia escisional por medio de parotidectomía superficial o total, sialosubmaxilectomía y resección de la glándula sublingual. (Martín et al., 2008).

## **2.11 Neoplasia benigna y quistes de los maxilares**

Hablamos de una secuencia de entidades que se caracterizan por un aumento anormal en la boca o lengua con escasa posibilidad de extenderse a otras partes corporales. Los tumores benignos de la boca o lengua principalmente se muestran solos y crecen bastante poco a poco a lo largo de una época de 2 a 6 años. Tiene la posibilidad de aparecer en los labios, encía, paladar, suelo de boca o lengua. El diagnóstico de una entidad anormal en la cavidad oral es lo de mayor relevancia y se debería detectar su naturaleza benigna o maligna, ayudados por una adecuada historia e investigación clínica, aun cuando el diagnóstico definitivo que nos permitirá ver el pronóstico y realizar una terapéutica idónea será la biopsia y el análisis histopatológico. (En, 2008).

### **2.11.1 Odontoma**

En la actualidad la OMS cataloga al odontoma como los tumores odontogénicos conformados por epitelio y ectomesénquima odontogénico con o sin formación de tejidos dentales mineralizados. El concepto odontoma se refiere a cualquier tumor compuesto por el aumento excesivo, transitorio o completo de tejidos dentales.

Los odontomas se clasifican en 2 presentaciones considerando la organización y el grado de alteración de las células odontogénicas. Odontoma compuesto (OCP) y los odontomas complejos (OC). Se desconoce su etiología, no obstante, ciertos autores han descrito la viable interacción con traumatismos en la dentición primaria, restos paradentales de Malassez, procesos inflamatorios, hiperactividad odontoblástica y anomalías hereditarias (Síndrome de Gardner y Herman).

Se reconocen 3 presentaciones clínicas de los odontomas: intraóseos, extraóseos y erupcionados, siendo los intraóseos los más frecuentes. La ubicación

más usual es la zona incisivo-canina del maxilar superior seguida de las regiones anteroinferior y posteroinferior de la mandíbula. El tratamiento de elección se basa en la enucleación quirúrgica conservadora por medio de la remoción de la cápsula de tejido conjuntivo que lo circunda, preparando correctamente la muestra para el análisis histopatológico, mismo que coadyuva para el diagnóstico certero. (Barba et al., 2016).

### **2.11.2 Adenoma Plemórfico**

El tumor más común de las glándulas salivales, tanto en las menores como en las mayores, tiene una prevalencia de entre un 60% y un 89,5%. Es un tumor mixto que muestra una ubicación bastante recurrente en la glándula parótida (80%), mientras tanto que en las glándulas salivales menores está entre un 18% y un 50%. Previamente se ha descrito como un tumor mixto esto por su aspecto microscópico) ya que se creía que su origen era doble epitelial y conectivo, no obstante, ciertos autores piensan que la célula primitiva es exclusiva y que esta se diferencia en tejido epitelial y tejido conectivo.

Principalmente se muestra como una tumoración redondeada asintomática de aumento lento, por lo cual acostumbran hallarse masas excesivamente gigantes, más que nada en glándulas menores. El diagnóstico de presunción se hace más que nada en las glándulas salivales más grandes por medio de la sialografía, ecografía, gammagrafía y tomografía y este se asegura con el análisis histológico. Su procedimiento es la resección quirúrgica extensa por la probabilidad de recidiva y degenerar en tumor mixto. (Álvarez Martínez et al., 2013).

### **2.11.3 Queratoquiste odontogénico:**

Se describe como un quiste odontogénico de desarrollo bueno, que nace de los remanentes de la lámina dental, localmente agresivo y enormemente frecuente. Se detecta generalmente por medio de hallazgos radiográficos de rutina, ya que es asintomático en sus primeros estadios. Clínicamente, el QO se muestra como un incremento de volumen de tamaño variable, principalmente asintomático, revestido por mucosa común. En su crecimiento agresivo puede ocasionar deformidades óseas, irrumpir tejidos adyacentes, ampliar corticales y mover piezas dentales. Histológicamente muestra una delgada y friable cápsula de tejido fibroso, revestida de un epitelio escamoso estratificado uniforme de 5 a 8 capas celulares, en su variante paraqueratinizado (85-95%) u ortoqueratinizado. Se sugieren dos tipos de tratamiento: Quirúrgico conservador y quirúrgico radical. (Bava et al., 2018)

### **2.11.4 Quiste dentífero**

Es una patología que se presenta en maxilar o mandíbula, es una cavidad ósea revestida por epitelio presentando contenido líquido en su interior, referente a la corona de un diente no erupcionado. Clínicamente presenta expansión de cortical, deformidad facial, obstrucción de la erupción dental, movimiento dentario y dolor. Radiográficamente se muestra como una cavidad ósea unilocular radiolúcida delimitada por un borde radiopaco bien determinado, con la existencia de un diente incluido. Histológicamente está recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, el quiste dentífero de extensa evolución puede exponer cambios displásicos en su revestimiento epitelial. (Cordero et al., 2018)

### **2.11.5 Quiste periodontal lateral**

Es una lesión de adulto poco recurrente, de más grande incidencia entre la quinta y sexta década, con predilección por el sexo masculino. Los sitios preferidos son zona premolar y canina mandibular y área de incisivos maxilares. Hay una variante multilocular llamada botrioides con mayor agresividad local y probabilidad de recurrencia, gracias a su característica poliquística. Es asintomático, frecuenta crear un diminuto aumento de volumen, con ligera deformación de tabla ósea. En situaciones se exterioriza, apreciándose una coloración rojo violácea en la mucosa de cubierta y renitencia. El análisis microscópico muestra una lesión no inflamada, siendo característica la pared epitelial constituida por una fina capa, no queratinizada de aproximadamente 4 a 5 hileras de células recordando al epitelio reducido del órgano del esmalte. El tratamiento es quirúrgico, conservando la pieza dental, es necesario realizar la enucleación completa de la membrana. (Caffarena et al., 2010).

#### **2.11.6 Tumor odontogénico adenomatoide**

Es considerado más que una neoplasia una lesión tumoral epitelial benigna de procedencia odontogénica, hamartomatosa, se ha sugerido que la lesión se origina de los remanentes de la lámina dental. Tiende a aparecer en la cantidad anterior de la mandíbula y maxilar, se muestra como un incremento de volumen de crecimiento lento, progresivo, asintomático, en regiones edéntulas en relación con un órgano dentario no erupcionado (canino) y en la zona gingival del maxilar o la mandíbula de pacientes entre los 8 a los 19 años, con predilección por el sexo femenino. El TOA está formado por nódulos rígidos de células epiteliales fusiformes o cuboidales formando un agrupamiento, así como las propiedades de espacios parecidos a ductos y bandas de epitelio con una configuración trabecular o cribiforme. La lesión tiene acumulación de material eosinofílico intercelular y porciones cambiantes de material calcificado. El TOA responde satisfactoriamente

al tratamiento con un manejo conservador de enucleación y curetaje sin observar recurrencia. (Castillejos et al., 2015).

### **2.11.7 Fibroma odontogénico**

Es una neoplasia benigna rara caracterizada por exponer epitelio odontogénico inactivo en un estroma fibroso maduro. El fibroma odontogénico central representa 1.5% de los tumores odontogénicos. Se presenta en el rango de edad de 5 a 80 años, con un promedio de 37 años, con predominio por el sexo femenino sobre el masculino. Referente a su ubicación tiene la posibilidad de presentarse en 2 variantes: periférico o además denominado extraóseo y central o intraóseo, con marcada predilección mandibular sobre el maxilar, más que nada en el área anterior. Histológicamente hay 2 variables: A) El tipo simple que tiene poco epitelio odontogénico con fibras colágenas dispersas y pequeños focos de calcificaciones distróficas. B) El tipo complejo compuesto por islas y cordones epiteliales con calcificaciones de material dentinario en un tejido conectivo fibroblástico maduro. La resección quirúrgica fue el funcionamiento que ha presentado menor recidiva. (Jasso et al., 2016)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudio**

El enfoque de estudio es cuantitativo, ya que este es originado de un problema específico, se involucran muchos casos en la investigación, y se busca generalizar los datos de una muestra de población, donde cumplen un papel pasivo. Según (Sampieri, Collado, Baptista 2014). La investigación tiene diferentes metas, las cuales son describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos que se presentan. Se utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis, la cual puede ser rechazada o aceptada. La posición del investigador es neutral, este intenta que los procedimientos de recolección y análisis de datos, sean rigurosos y objetivos.

El estudio presenta un paradigma positivista según (Sampieri, Collado, Baptista 2014), este ligado al enfoque, tiene como características la generalización de resultados y la posibilidad de generar leyes, la naturaleza de la realidad es única y la relación sujeto objeto es neutral.

La investigación se presenta bajo un diseño descriptivo, según (Sampieri, Collado, Baptista 2014), este busca medir o recoger información de una manera independiente sobre los conceptos o las variables a las que se refiere, el objetivo de este no es indicar cómo se relacionan las variables. Busca especificar propiedades y características que son importantes de cualquier fenómeno que se analice.

El tipo de estudio que se va a desarrollar va a ser transeccional, retrospectivo y observacional o no intervencional, según (Sampieri, Collado, Baptista 2014), las variables van a hacer medidas una única vez, en cada sujeto y muestra a lo largo del período que comprende el estudio el cual documenta lo pasado.

### **Metodología de la investigación**

El estudio se va a realizar de la siguiente manera: Se van a seleccionar todas las biopsias con los reportes realizados, de los pacientes que son atendidos en el Centro Diagnóstico de Patología oral, los cuales han sido registrados desde enero del 2018 a diciembre del 2020, luego se va a elaborar un documento en Excel donde se va a llevar el registro de los datos a recolectar, el cual tendrá los siguientes aspectos:

1. Nombre/# asignado al paciente.
2. Género.
3. La edad del paciente.
4. Lugar anatómico de la lesión.
5. El tipo de patología diagnosticada.



6. Lesión en tejidos duros o blandos.
7. Diagnóstico clínico o por medio de biopsia.

Se procederá a recopilar la información de la investigación, a la ficha de recolección de datos la cual fue realizada en el estudio. Luego se presenta una estadística descriptiva para organizar y presentar los resultados por medio de tablas y gráficas.

### **3.2 Fuentes de información**

#### **3.2.1 Fuentes materiales**

Para llevar a cabo la investigación, se hará uso de las láminas o biopsias, microscopio, cámara fotográfica, expedientes, Internet, libros, computadora.

#### **3.2.2 Fuentes humanas**

La investigación está apoyada por:

Personal administrativo del Centro Diagnóstico de Patología oral.

Población del estudio.

Docentes de la Universidad Latina de Costa Rica.

Filólogo

Estadístico.

### **3.3 Población**

La población está conformada por todas las biopsias (estudio histopatológico) de los pacientes que son atendidos en el centro de diagnóstico de patología oral.

El estudio presenta una población finita debido a que se conoce el tamaño de la población que abarcan todas las biopsias de los pacientes que fueron atendidos en el centro, en el tiempo transcurrido de enero a diciembre del 2018 al 2020. Es una población que presenta un número limitado de observaciones.

El nivel de error de muestro seria de (0,01) y el grado de confianza de la muestra seria de (99%).

### **3.31 Muestra**

La muestra está conformada por todas las biopsias de los pacientes que son atendidos en el centro de diagnóstico de patología oral.

El tipo de muestra es probabilístico estratificado, ya que se pretende dividir la población en subgrupos con elementos de características comunes, los cuales van a ser seleccionados por conveniencia según criterios de exclusión e inclusión.

Criterios de inclusión:

Biopsias de pacientes los cuales son atendidos en el centro de diagnóstico de patología oral.

Biopsias tomadas entre enero y diciembre del año 2018 al 2020.

Biopsias con diagnóstico de patología oral y maxilofacial.

Criterios de exclusión:

Biopsias que fueron tomadas antes del año 2018 o después del año 2021.

Biopsias que no presenten algún diagnóstico patológico.

## **3.4 Definición de variables**

### **3.4.1 Incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias de lesiones orales y maxilofaciales.**

### 3.4.1.1 Definición conceptual

Número de patologías diagnosticadas por biopsias, las cuales son registradas en lesiones de cavidad oral y maxilofacial.

### 3.4.1.2 Definición instrumental

La recolección de los datos es a través del análisis observacional cuantitativo por medio de una tabla en Excel de recolección de datos, con el objetivo de evaluar las biopsias de acuerdo a los objetivos planteados.

### 3.4.1.3 Definición operacional

Indicador	Subindicador	Evaluación
Incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias de lesiones orales y maxilofaciales.	Al 90%	Alta incidencia
	Al 90%	Baja es igual o menor la incidencia

### 3.4.2 Tipo de patología es la frecuente.

#### 3.4.2.1 Definición conceptual

Identificar cuál es el tipo de patología, que es diagnosticada con más frecuencia en los pacientes que son atendidos en el centro de diagnóstico de patología oral.

### 3.4.2.2 Definición instrumental

La recolección de datos se da a través del análisis observacional cuantitativo por medio de una tabla en Excel de recolección de datos, con el objetivo de evaluar las biopsias de acuerdo a los objetivos planteados.

### 3.4.2.3 Definición operacional.

Indicador	Subindicador	Evaluación
Tipo de patología más frecuente.	Al 90%	Estomatitis aftosa recurrente.
	Al 89%	Otras patologías.

### 3.5 Descripción de instrumentos

La medición de las variables, se va a realizar por medio de la observación cuantitativa, con el uso de una ficha realizada en Excel, donde se anotan, de una manera muy ordenada los resultados. En la ficha van implicadas las dos variables, para poder realizar los objetivos específicos han sido planteados con anterioridad. Se utilizará una tabla la cual va a tener filas que será por número de paciente o por biopsia realizada, y esta tendrá 7 columnas con su respectivo dato para recopilar la información. La primera será para el paciente, la segunda para el género del paciente, la tercera para la edad del paciente, la cuarta para el lugar anatómico de la lesión, la quinta el tipo de patología diagnosticada, la sexta es para lesión en tejidos duros o blandos, la séptima para el diagnóstico clínico por medio de la biopsia.

### **3.5.1 Prueba de jueces o piloto**

Para esta investigación se va a realizar prueba de experto a los instrumentos de medición con el propósito de verificar su confiabilidad, su validez y su objetividad.

### **3.6 Tratamiento de la información**

Una vez que se haya recolectado la información, se va a realizar un registro detallado y se va a organizar en tablas las cuales son realizadas en Word, luego se va a tabular los resultados en cuadros y gráficos en el programa Microsoft Excel, para que de esta manera lograr facilitar la lectura de nuestra investigación.

Para este capítulo se presentan los resultados obtenidos del análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y qué tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo del 2020 y diciembre del 2020. Para estos efectos se revisaron a 477 biopsias de pacientes con lesiones orales y maxilofaciales.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Para este capítulo se presentan los resultados obtenidos del análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y qué tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo del 2020 y diciembre del 2020. Para estos efectos se revisaron a 477 biopsias de pacientes con lesiones orales y maxilofaciales.

#### **Cuadro 1**

### ***Clasificación de las biopsias de acuerdo con su etiología patológica.***

1-	Inflamatorio reactivo
2-	Infecciosa
3-	Iatrogénica
4-	Autoinmune- Inmunomediado
5-	Quística Odontogénica
6-	Adquirida del desarrollo / DLN*
7-	Neoplásico benigno
8-	Neoplásico maligno
9-	Potencialmente maligno
10-	Manifestaciones Orales de Condiciones Sistémicas

Nota: Datos tomados de revisión realizada a biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020). \*Dentro de los límites normales.

El cuadro 1 presenta los resultados de la revisión practicada al conjunto de biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial de acuerdo con su etiología patológica durante el periodo del estudio. Se obtuvieron 10 tipos distintos.

### **Cuadro 2**

#### ***Clasificación de la frecuencia de la etiopatogenia de las biopsias revisadas.***

	<b><i>Absoluto</i></b>	<b><i>Relativo</i></b>
Inflamatorio reactivo	186	39,0%
Infecciosa	64	13,4%
Iatrogénica	6	1,3%
Autoinmune- Inmunomediado	34	7,1%
Quística Odontogénica	37	7,8%

Adquirida del desarrollo / DLN*	29	6,1%
Neoplásico benigno	26	5,5%
Neoplásico maligno	19	4,0%
Potencialmente maligno	49	10,3%
Manifestaciones Orales de Condiciones Sistémicas	3	0,6%
N. D.**	24	5,0%
<b>Total</b>	<b>477</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos tomados de revisión realizada a biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020). \*Dentro de los límites normales. \*\*No hay datos.

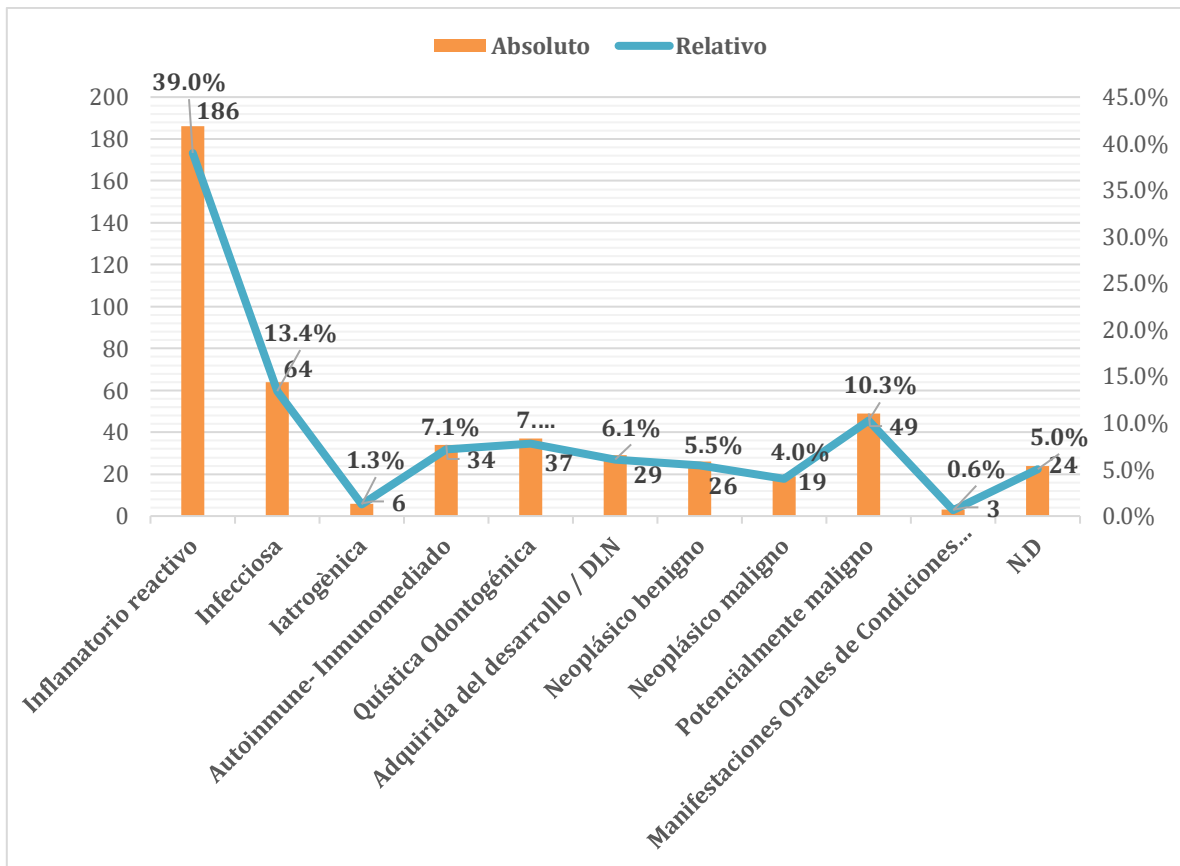
El cuadro 2 se muestra la frecuencia de la etiopatogenia de las biopsias revisadas en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en el periodo del estudio. Se obtuvo que el 39,0% (n=186) es por Inflamatorio reactivo; el 13,4% (n=64) por condición infecciosa; el 10,3% (n=49) por ser potencialmente maligno; por quística odontogénica el 7,8% (n=37); el 7,1% (n=34) por una condición autoinmune- inmunomediado; con el 6,1% (n=29) por una condición adquirida del desarrollo (DLN); con el 5,5% (n=26) por neoplasia benigna; un 4% (n=19) por neoplasia maligna; el 1,3% (n=6) por una condición iatrogénica y finalmente, con 0,6% (n=3) por manifestaciones orales de condiciones sistémicas. En el 5% (n=24) no fue posible obtener datos.

De acuerdo con lo anterior, prevalece en primer lugar la condición por inflamatorio reactivo, seguido de una condición infecciosa y el potencial maligno.

## Grafico 1

***Clasificación de la frecuencia de la etiopatogenia de las biopsias revisadas.***





Nota: La figura muestra la clasificación de la frecuencia de la etiopatogenia de las biopsias revisadas., en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020).

**Cuadro 3**

**Resultados de la frecuencia con que los diagnósticos histopatológicos afectan los tejidos según las biopsias revisadas.**

	<b>Absoluto</b>	<b>Relativo</b>
Tejido blando	384	80,5%
Tejido duro	43	9,0%
Ambos tejidos	38	8,0%
N.D.*	12	2,5%
<b>Total</b>	<b>477</b>	<b>100,00%</b>

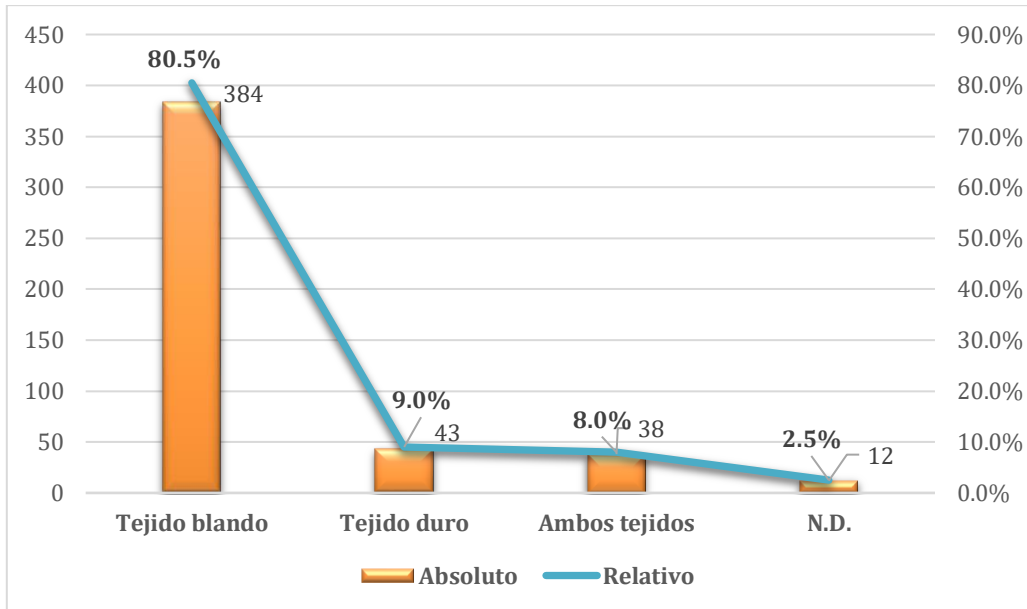
Nota: Datos tomados de revisión realizada a biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020). \*No hay datos.

En el cuadro 3 se observa la frecuencia con que los diagnósticos histopatológicos afectan los tejidos blandos y duros en las biopsias revisadas en un centro de diagnóstico de patología oral. Se tiene que en el 80,5% (n=384) se afectó el tejido blando, el 9% (n=43) presenta afectación en tejido duro y, finalmente, el 8% (n=38), se presentó afectación tanto en tejidos blandos y duros. En el 2,5% (n=12) no se obtuvieron datos.

La gran mayoría de los casos revisados con más del 80% presentan afectación en tejidos blandos, de acuerdo con las biopsias revisadas.

## Gráfico2

***Frecuencia con que los diagnósticos histopatológicos afectan los tejidos según las biopsias revisadas.***



Nota: La figura muestra la frecuencia con que los diagnósticos histopatológicos afectan los tejidos según las biopsias revisadas, en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020).

#### Cuadro 4

##### **Resultados de la frecuencia de diagnósticos patológicos en las biopsias revisadas.**

	<b>Absoluto</b>	<b>Relativo</b>
Granuloma piógeno	22	4,6%
Papiloma escamoso oral	22	4,6%
Liquen plano	20	4,2%
Hiperplasia fibrosa	19	4,0%
Mucocele	18	3,8%
Carcinoma de células escamosas	13	2,7%
Estomatitis aftosa recurrente	12	2,5%

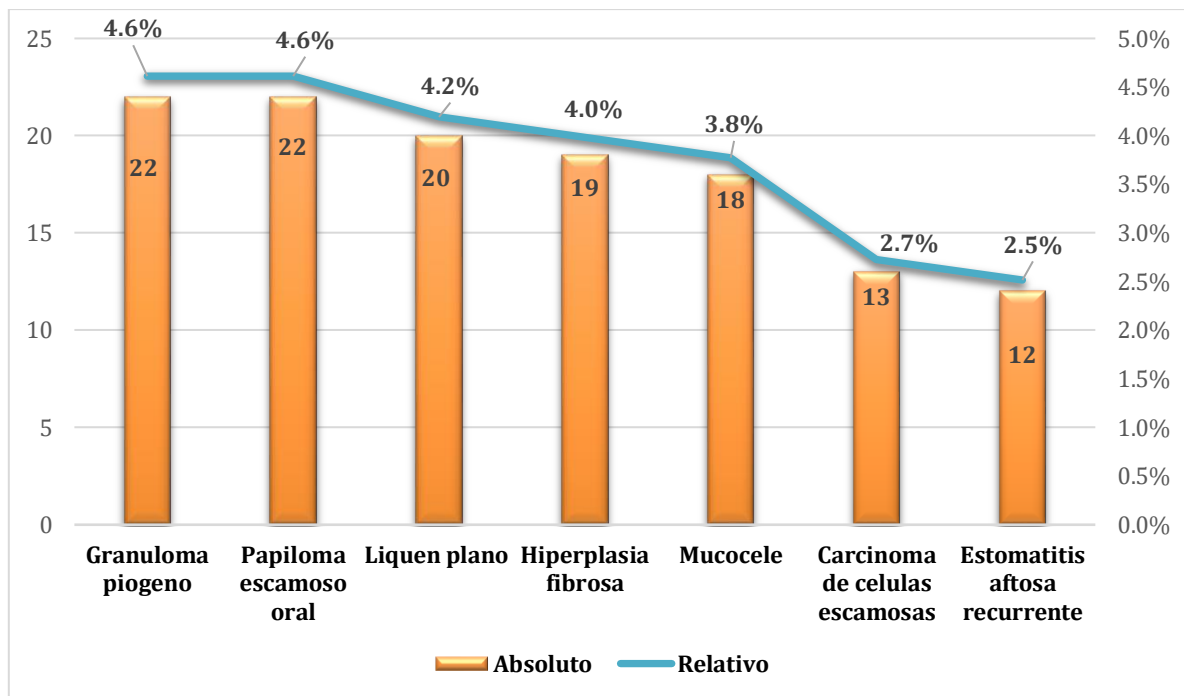
Nota: Datos tomados de revisión realizada a biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020).

El cuadro 4 ofrece los resultados obtenidos de la frecuencia de los diagnósticos patológicos encontrados en las biopsias revisadas en el periodo de este estudio. Se obtuvo que el granuloma piógeno y el papiloma escamoso oral, con el 4,6% (n=22) representan la mayoría de los diagnósticos, seguidos de liquen plano con el 4,2% (n=20); la hiperplasia fibrosa con el 4% (n=19); mucocele con el 3,8% (n=18); el carcinoma de células escamosas con el 2,7% (n=13) y, finalmente, la estomatitis aftosa recurrente con el 2,5% (n=12).

La prevalencia de los diagnósticos patológicos se centra en granuloma piógeno, papiloma escamoso oral, liquen plano, hiperplasia fibrosa y mucocele entre los que no se alcanza un 20% del total de las biopsias revisadas.

**Gráfico 3**

***Frecuencia de diagnósticos patológicos en las biopsias revisadas.***



Nota: La figura muestra la frecuencia de diagnósticos patológicos entre los pacientes que son atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020).

## Cuadro 5

### **Resultados de la frecuencia de afectación de acuerdo con el grupo etario en las biopsias revisadas.**

	<i>Absoluto</i>	<i>Relativo</i>
De 14 a 26 años	98	20,5%
De 27 a 59 años	223	46,8%
Más de 60 años	111	23,3%
N.D.*	45	9,4%
Total	477	100,00%

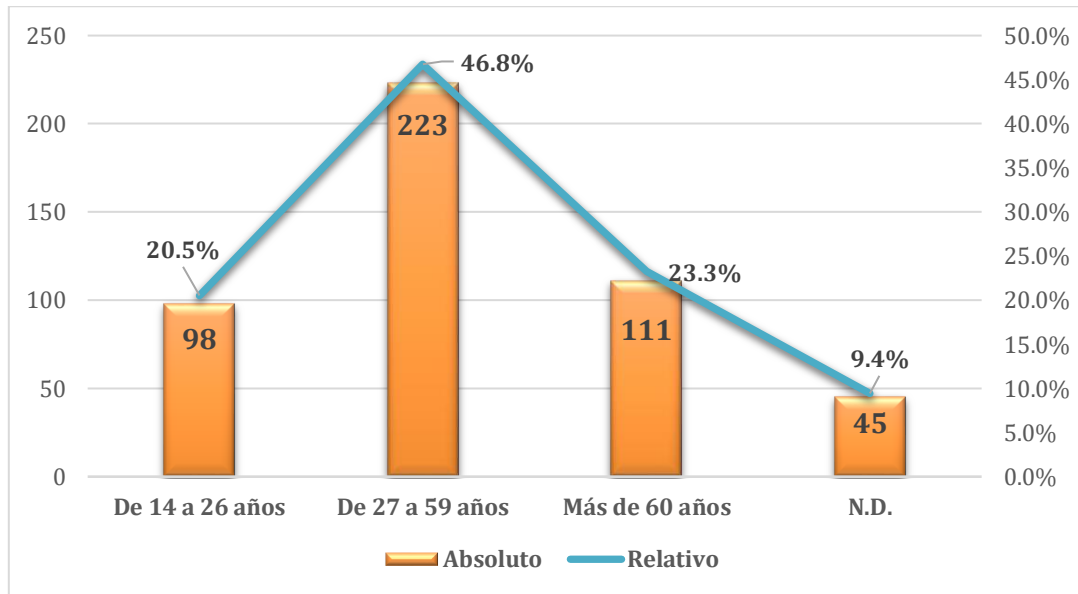
Nota: Datos tomados de revisión realizada a biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020). \*No hay datos.

La tabla 5 muestra los resultados para señalar cuál grupo etario presenta mayor afectación con base en el diagnóstico patológico de mayor frecuencia en un centro de diagnóstico de patología oral. Se obtiene que el 46,8% (n=223), corresponde a los de edades entre los 27 y 59 años; el 23,3% (n=111) son de edades de más de 60 años y, finalmente, el 20,5% (n=98) tienen edades entre los 14 y los 26 años. En el 9,4% (n=45) no se tuvieron datos de las edades.

La gran mayoría de pacientes afectados con diagnósticos patológicos de acuerdo con las biopsias revisadas corresponde al grupo etario de los 27 a los 59 años.

#### Gráfico 4

**Frecuencia de afectación de acuerdo con el grupo etario en las biopsias revisadas.**



Nota: La figura muestra la frecuencia de diagnósticos patológicos entre los pacientes que son atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral, en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020).

#### Cuadro 6

**Resultados de la frecuencia de afectación de acuerdo con el género de los pacientes en las biopsias revisadas.**

	Absoluto	Relativo
Femenino	287	60,2%
Masculino	183	38,4%
N.D.*	7	1,5%
Total	477	100,00%

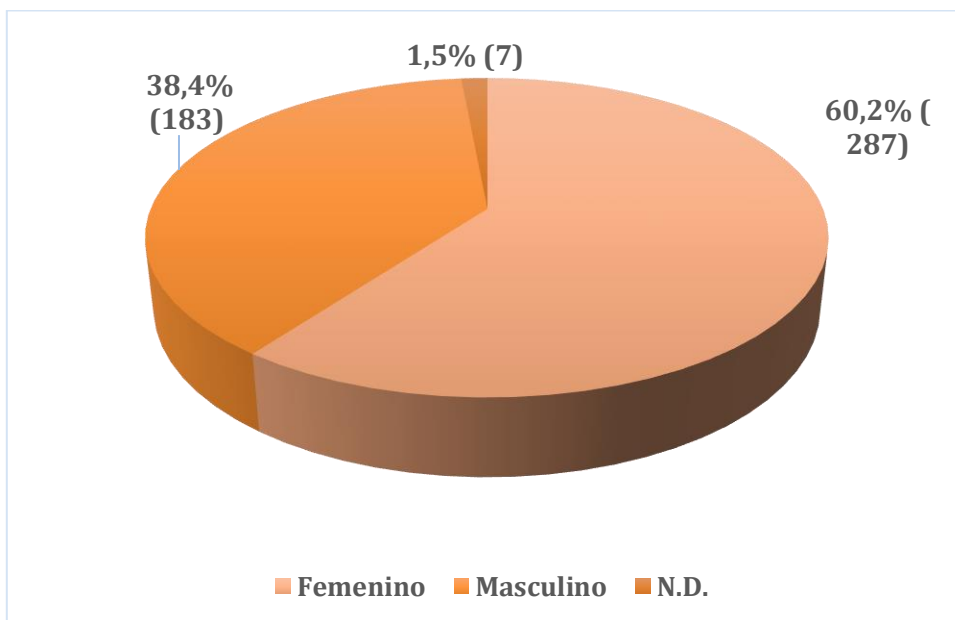
Nota: Datos tomados de revisión realizada a biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral, en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020). \*No hay datos.

En el cuadro 6 se presentan los resultados para determinar la mayor frecuencia de acuerdo con el sexo de los pacientes de diagnósticos patológicos en el periodo estudiado. Se tiene que el 60,2% (n=287), corresponden a personas del sexo femenino y el 38,4% (n=183) son de sexo masculino. En el 1,5% (n=7) no había datos.

La gran mayoría de pacientes afectados con diagnósticos patológicos son de género femenino con más del 60%, de acuerdo con las biopsias revisadas.

### Gráfico 5

***Frecuencia de afectación de acuerdo con el género de los pacientes en las biopsias revisadas.***



Nota: La figura muestra la frecuencia de diagnósticos patológicos de acuerdo con el género que son atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral, en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020).



## Cuadro 7

### **Resultados de la frecuencia de patologías de acuerdo con la familia o grupo al que pertenecen.**

<i>Familia de patologías</i>	<i>Patología frecuente</i>	<i>Absoluto</i>	<i>Relativo</i>
Inflamatorio reactivo	Granuloma piógeno	22	19,8%
Infecciosa	Papiloma escamoso oral	22	19,8%
Iatrogénica	Tatuaje por amalgama	4	3,6%
Autoinmune- Inmunomediado	Estomatitis aftosa recurrente	12	10,8%
Quística Odontogénica	Quiste dentígero	7	6,3%
Adquirida del desarrollo/ DNL*	Mácula melanóica oral	6	5,4%
Neoplásico benigno	Fibrolipoma	4	3,6%
Neoplásico maligno	Carcinoma de células escamosas	13	11,7%
Potencialmente maligno	Liquen plano	20	18,0%
Condiciones orales de condiciones sistémicas	Amiloidosis	1	0,9%
Total		111	100,00%

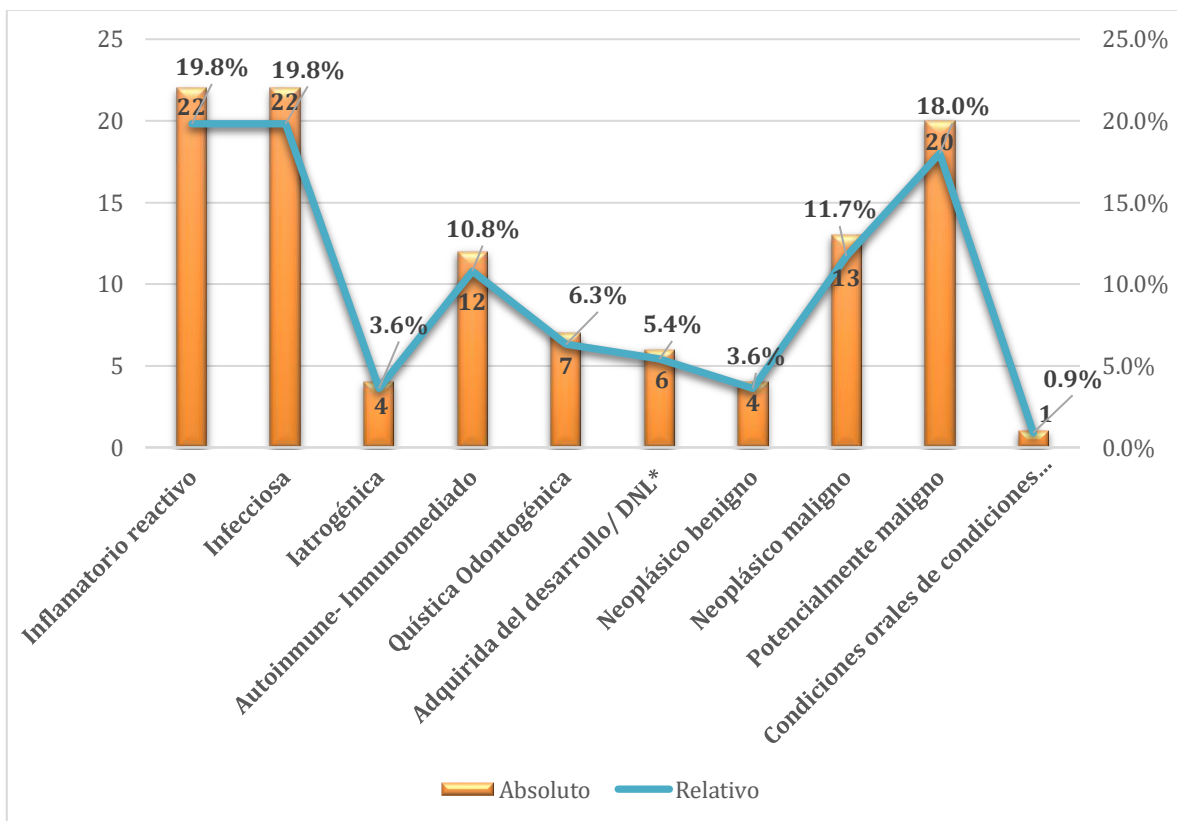
Nota: Datos tomados de revisión realizada a biopsias en un centro de diagnóstico de patología oral, en la Universidad Latina de Costa Rica. (2020). \*Dentro de los límites normales.

En la tabla 7 se describen los resultados de la frecuencia de diagnósticos patológicos de acuerdo con la familia o grupo al que corresponden. Se obtuvo que para inflamatorio reactivo es el granuloma piógeno con el 19,8% (n=22); para la infecciosa es el papiloma escamoso oral también con el 19,8% (n=22); para la iatrogénica es el tatuaje por amalgama con 3,6% (n=4); para la autoinmune-

inmunomediado es la estomatitis aftosa recurrente (EAR) con el 10,8% (n=12); para la quística odontogénica es el quiste dentígero con el 6,3% (n=7); para la adquirida del desarrollo DNL (dentro de los límites normales) es la mácula melanóica oral con 5,4% (n=6); para el neoplásico benigno es la fibrolipoma con el 3,6% (n=4); el neoplásico maligno tiene al carcinoma de células escamosas con el 11,7% (n=13); el potencialmente maligno tiene al liquen plano con el 18% (n=20) y ,finalmente, las condiciones orales de condiciones sistémicas a la amiloidosis con el 0,9% (n=1).

### Gráfico 7

**Resultados de la frecuencia de patologías de acuerdo con la familia o grupo al que pertenecen.**



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

Según los objetivos específicos planteados al inicio de la investigación, se destacan las siguientes conclusiones:

En el análisis realizado, se revisaron un total de 477 biopsias (estudio histopatológico) de los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial comprendido entre mayo a diciembre del año 2020. Como resultado se obtuvieron 10 tipos distintos conforme con su etiología patológica, los cuales fueron:

- 1- Inflamatorio reactivo
- 2- Infecciosa
- 3- Iatrogénica
- 4- Autoinmune – Inmunomediado
- 5- Quística Odontogénica
- 6- Adquirida del desarrollo / DLN
- 7- Neoplásico benigno

- 8- Neoplásico maligno
- 9- Potencialmente maligno
- 10-Manifestaciones orales de Condiciones Sistémicas

Por lo cual, se puede concluir, según el rango de mayor a menor frecuencia de las etiopatogenias obtenidas de biopsias revisadas en un centro de diagnóstico de patología oral en el periodo del estudio; correspondientes a 477 biopsias revisadas, los siguientes resultados:

La etiopatogenia de mayor frecuencia, con un 39% equivalente a 186 biopsias es la inflamatoria reactiva. En segundo lugar, se obtiene la infecciosa con 13,4% proporcional a 64 biopsias, en tercer lugar, se posiciona la etiopatogenia potencialmente maligno por 49 biopsias que aducen un 10,3%. Posteriormente, en cuarto lugar, se posiciona la quística odontogénica con un 7,8% por 37 estudios.

Continuando en orden descendente, se posiciona la autoinmune – inmunomediado con 34 casos equivalentes al 7,1%, en sexto lugar se ubica la adquirida o del desarrollo / DLN con 6,1% de 29 biopsias efectuadas, además se encuentra el neoplásico benigno con un 5,5% por 26 estudios, seguido del neoplásico maligno por 19 casos con un 4,0%, luego en noveno lugar se establece la iatrogénica con 1,3% de 6 biopsias y finalmente en último lugar, se ubica las manifestaciones orales de condiciones sistémicas con un 0,6% por 3 estudios.

Es importante destacar, que del total de 477 pacientes que se presentaron en el centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial, se ubica un total porcentual de 5,0% para 24 pacientes que no finalizaron el proceso de estudio, el cual indica según el diagnóstico la etiopatogenia característica a cada biopsia.

Por otra parte, de acuerdo con la frecuencia en que los diagnósticos histopatológicos afectan tejido blando oral o tejido duro oral, en las biopsias revisadas, se obtuvo que el tejido blando es el más afectado, teniendo este un 80.5% por 384 estudios, seguido del tejido duro oral con un 9.0% por 43 biopsias revisadas y en último lugar se encuentran ambos tejidos con un 8.0% por 38 biopsias.

También es importante destacar, que del total de 477 pacientes que se presentaron a consulta en el centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial, se ubica un total de porcentual de 2.5% para 12 pacientes que no concluyeron con el debido estudio histopatológico.

Con referencia a los resultados obtenidos, en cuanto al diagnóstico patológico de mayor frecuencia de la totalidad de pacientes atendidos en dicho estudio, se obtuvo que tanto el granuloma piógeno como el papiloma escamoso oral, representan la mayoría de los diagnósticos, con 4.6% por 22 biopsias para cada patología, seguidas de liquen plano, la cual presenta 4.2% por 20 estudios, en tercer lugar se posiciona la hiperplasia fibrosa con 4.0% por 19 casos, para el cuarto lugar se coloca el mucocele con 3.8% por 18 biopsias tomadas, en el quinto lugar se posiciona el carcinoma de células escamosas el cual presenta 2.7% por 13 estudios y finalmente para el sexto lugar sería para estomatitis aftosa recurrente con un 2.5% por 12 biopsias tomadas.

En relación con el grupo etario que presenta mayor afectación con base en el diagnóstico patológico en las biopsias revisadas en el presente estudio, se obtiene que la gran mayoría de pacientes con afectación, corresponde a edades entre los 27 años a los 59 años, con 46.8% por 223 biopsias tomadas, seguido por el grupo etario que va de los 60 años en adelante, con 23.3% por 111 biopsias realizadas a los pacientes en este rango de edad y finalmente estaría el grupo etario que va de los 14 años a los 26 años de edad con 20,5% por 98 biopsias tomadas a dichos pacientes.

Es importante destacar que del total de 477 pacientes que se presentaron en el centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial, se ubica un total de 9.4% por 45 pacientes los cuales no lograron completar el estudio histopatológico.

En consideración a la variable del género más afectado por las patologías en pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial, se obtiene que la mayoría sería para el género femenino, con 60% por 287 biopsias

realizadas por encima del género masculino, el cual tiene un 38.4% por 183 biopsias tomadas.

También es importante destacar que del total de 477 pacientes que se presentó a consulta en el centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial, se ubica un total de porcentual de 1.5% por 7 pacientes los cuales no pudieron concretar el estudio histopatológico.

Al analizar el estudio se comprueba que los resultados rechazan la hipótesis investigativa, la cual manifiesta que “hay una alta incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y el tipo de patología más frecuente es la estomatitis aftosa recurrente en 80% de los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial.” La cual podría deberse tanto a traumatismos repetidos, agresiones, factores hormonales y algunos fármacos, como a una alta diseminación de los diferentes virus y enfermedades en nuestro país.

## **5.2 Recomendaciones**

Con base en el estudio se recomienda, tomar en cuenta la importancia de realizar la toma de biopsias (estudio histopatológico) de las lesiones presentadas en cavidad oral en los pacientes que son atendidos en las consultas clínicas, para de esta forma llegar al diagnóstico exacto y poder realizar la planificación y el tratamiento correcto para cada patología.

Se recomienda mantener en control a los pacientes que presenten lesiones patológicas, con el fin de llevar a cabo un seguimiento de la evolución y de posibles cambios que se pueden presentar a través del tiempo en cada uno de ellos.

También es importante reforzar el conocimiento, sobre cambios o alteraciones fuera de lo normal, a nivel de la cavidad oral, para mediante la adquisición de

conocimiento, facilitar la identificación de posibles lesiones y patologías y así poder tratarlas en el debido tiempo.

Se debe de tomar en consideración dar continuidad al estudio de las patologías orales y maxilofaciales y de esta manera mejorar la salud bucal de la población costarricense, suministrando información sobre las patologías más frecuentes que se desarrollan a nivel de la cavidad oral y maxilofacial. Y así que el gremio conozca cuales son las patologías más comunes diagnosticadas.

## CAPÍTULO VI

### BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

#### 6.1 Bibliografía Citada

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, & Pilar Baptista Lucio. (2006). *Metodología de la investigación*. Mcgraw-Hill Interamericana Do Brasil.

#### 6.2 Bibliografía Consultada

Aída, M., Pereira, E., Maricel Márquez, M., Eugenia González Heredia, M., Ramón, M., Iii, J., Rubén, L., Domínguez, R., & Iv, P. (2015). ARTÍCULO ORIGINAL. *MEDISAN*, 19(4), 462. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/medisan/mds-2015/mds154c.pdf>

Alhindi, N. A., Sindi, A. M., Binmadi, N. O., & Elias, W. Y. (2019). A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of

Dentistry, King Abdulaziz University. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 11, 45–52. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S190092>

Alblowi, J., & Binmadi, N. (2018). Histopathologic analysis of gingival lesions: A 20-year retrospective study at one academic dental center. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 10(6). <https://doi.org/10.4317/jced.54766>

Altozano-Rodulfo, P., Sierra-Santos, L., Altozano-Rodulfo, P., & Sierra-Santos, L. (2019). Lengua blanca: leucoplasia verrucosa proliferativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 12(3), 163–166. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2019000300163](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300163)

Álvarez Martínez, E., Botero Ramírez, X., & Ardila Medina, C. M. (2013). Adenoma pleomórfico benigno del paladar: presentación de un caso. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 17(4), 499–507. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552013000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000400008)

Amed Paz Betanco, M., & Amed Paz Betanco, M. (2019). Carcinoma verrucoso en lengua de paciente geriátrica. Informe de caso clínico. *Odontología Vital*, 31(31), 53–58. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-07752019000200053&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-07752019000200053&script=sci_arttext)

Anahí, B., Sicairos, C., Legorreta, B., Borges Yáñez, A., Catalina, B., & Barrios, A. (2016). Peripheral giant-cell granuloma. A review of 87 cases. *Revista ADM*, 73(4), 175–182. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od164d.pdf>



- Arévalo, I. M., & Avendaño, E. A. E. (2010). Torus palatino, torus mandibulares y exostosis de los maxilares en pacientes de la Clínica Oldontológica de la Universidad del Magdalena, año 2006. *Revista Ciencias Biomédicas*, 1(1), 47–53. <https://doi.org/10.32997/rcb-2010-2723>
- Barba, L. T., Campos, D. M., Rascón, M. M. N., Barrera, V. A. R., & Rascón, A. N. (2016). Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana*, 20(4), 272–276. <https://doi.org/10.1016/j.rodMex.2016.11.009>
- Batista Sánchez, T., Jorge Figueredo, E., Estrada Moreno, A. R., Jardines Grégori, T., & Tamayo Ávila, J. O. (2013). Torus mandibulares y palatinos en pacientes atendidos en la Policlínica Pedro Díaz Coello. *Correo Científico Médico*, 17(3), 315–319. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300008)
- Bava, E., Ortolani, A., & Pantyreir, M. (2018). CASO CLÍNICO -CIRUGÍA. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904864/queratoquiste-odontogenico.pdf>
- Bornstein, M. M., Reichart, P. A., Borradori, L., & Beltraminelli, H. (2011). El liquen plano oral. Parte 1: Clínica de los exantemas mucocutáneos. *Quintessence*, 24(3), 155–160. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-el-liquen-plano-oral-parte-X0214098511013387>
- Boza Oreamuno DDS, MSc, Y. V. (2017). Oral Carcinoma of Squamous Cells with Early Diagnosis: Case Report and Literature Review. *Odovtos - International*

*Journal of Dental Sciences*, 19(1), 43.  
<https://doi.org/10.15517/ijds.v19i1.28074>

Caballero, D., Padrón, B., Herrera, H., & En, A. (2011). *Tatuaje por amalgama; un peculiar caso clínico*. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n6/original2.pdf>

Cáceres, G. (2020). Destellos de La vida del inventor del microscopio, Robert Hooke | Acta Herediana. *Revistas.upch.edu.pe*, 63(2).  
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/AH/article/view/3835>

Caffarena, M. P., Nese, J. P. C., Olivera, L. C., & Corti, S. G. (2010). Quiste periodontal lateral: presentación de tres casos clínicos. *Actas Odontológicas (Publicación Discontinuada)*, 7(2), 13–18.  
<https://doi.org/10.22235/ao.v7i2.1059>

Cárdenas, D. (2016). *Impact of oral injuries on the quality of life in patients*.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v32n1/original1.pdf>

Casnati Guberna, B. E., & Cuestas, M. (2010). PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS. *Odontoestomatología*, 12(15), 13–24.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392010000200003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392010000200003)

Castillejos, R. D., Munguía, A. M. N., & Ham, G. C. (2015). Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana*, 19(3), 187–191.  
<https://doi.org/10.1016/j.rodMex.2015.04.003>

Cobos, R., Fernández, A., Cobos, R., & Brujes, A. (2016). *Rol del virus del papiloma humano en el desarrollo de carcinoma oral: Una revisión*. Scielo. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v32n3/original1.pdf>

Contreras, C. (2007, July 5). *Ubicación anatómica de las glándulas salivales linguales o glándulas salivales menores presentes en la lengua*. [Www.actaodontologica.com](http://www.actaodontologica.com).

<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/art-25/>

David Pérez-Elizondo, A. (2016). *“Morsicatio buccarum et labiorum”. ¿De qué se trata?* <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2016/imi162f.pdf>

Díaz Cárdenas, S. (2016). Impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida en pacientes adultos. *Avances En Odontoestomatología*, 32(1), 11–20. <https://doi.org/10.4321/s0213-12852016000100002>

Donohue-Cornejo, A., Lizette Tovar-Carrillo, K., De La Torre-Morán, G., León, F., Espinosa-Cristóbal, Abril Guzmán-Gastelum, D., Graciela García-Calderón, A., & Carlos Cuevas-González, J. (2017). Frecuencia de lesiones orales y variantes de lo normal en pacientes del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. *Revista ADM*, 74(6), 298–303. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od176e.pdf>

En, A. (2010). *Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. Tumores benignos de la mucosa oral*. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n1/original1.pdf>

medline. (2020, October 13). *Enfermedades autoinmunes*. [Medlineplus.gov. https://medlineplus.gov/spanish/autoimmunediseases.html](https://medlineplus.gov/spanish/autoimmunediseases.html)

Falcón, J., Vitale, A., Falcón, J., & Vitale, A. (2020). [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2312-](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2312-)

38932020000100118&lng=es&nrm=iso&tlng=es. *Revista Virtual de La Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 7(1), 118–122.  
<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.01.118-122>

Fonseca, M., Kato, C., Pereira, M., Gomes, L., Abreu, L., Fonseca, F., & Mesquita, R. (2019). Oral and maxillofacial lesions in older individuals and associated factors: A retrospective analysis of cases retrieved in two different services. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 11(10).  
<https://doi.org/10.4317/jced.56194>

Gadea Rosa, C., Cartagena Lay, A., & La Torre, A. C. (2017). Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos. *Revista Odontológica Mexicana*, 21(4), 253–261.  
<https://doi.org/10.1016/j.rodMex.2018.01.006>

García-Vidal, C., & Carratalà, J. (2012). Patogenia de la infección fúngica invasora. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 30(3), 151–158.  
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.09.011>

Gómez-Contreras, P., De La Teja-Ángeles, E., Ceballos-Hernández, H., Elías-Madrugal, G., Estrada-Hernández, E., & Gutiérrez-Hernández, A. (2015). *Tratamiento estomatológico interdisciplinario del lupus eritematoso generalizado. Presentación de un caso.*  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm154d.pdf>

Guerrero Africani, M. I., & Guerrero Africani, M. I. (2000). Neoplasias Malignas. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 173–187.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642000000200173](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642000000200173)

Hand, A. R., & Frank, M. E. (2015). *Fundamentals of Oral Histology and Physiology*. John Wiley & Sons.

*Infecciones bacterianas*. (2020, October 13). Medlineplus.gov. <https://medlineplus.gov/spanish/bacterialinfections.html>

*Infecciones virales*. (2021, October 13). Medlineplus.gov. <https://medlineplus.gov/spanish/viralinfections.html>

Iparraguirre, M. F., Fajardo, X., Carneiro, E., Couto, P. H., Iparraguirre, M. F., Fajardo, X., Carneiro, E., & Couto, P. H. (2020). Desordenes orales potencialmente malignos-Lo que el odontólogo debe conocer. *Revista Estomatológica Herediana*, 30(3), 216–223. <https://doi.org/10.20453/reh.v30i3.3826>

Jasso, G., Alberto, M., Meneses, T., Reynaldos Del Pozos, J., Ángel González De Santiago, M., Yonami, E., Madrigal, P., Aldape Barrios, B., & Torres, A. (2016). CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE Fibroma odontogénico central. Reporte de dos casos. Central odontogenic fibroma. A report of two cases. *Revista ADM*, 73(1), 33–38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od161h.pdf>

Jerez, A. F. H. (2005). Interés toxicológico de la cavidad oral. *Ciencia Forense: Revista Aragonesa de Medicina Legal*, 7(7), 125–146. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1646626>

Josefi, G., Tostado, M., & Chanussot Deprez, C. (2017). CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE Carcinoma epidermoide de la lengua: presentación de Epidermoid carcinoma of the tongue: A case report. *Revista ADM*, 74(2), 90–93. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od172g.pdf>

- Joseph, B. K., Ali, M. A., Dashti, H., & Sundaram, D. B. (2019). Analysis of oral and maxillofacial pathology lesions over an 18-year period diagnosed at Kuwait University. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 10(4), e12432. <https://doi.org/10.1111/jicd.12432>
- Krystell, S., Mendiburu-Zavala, Elena Del Perpetuo, C., Rodríguez-Fernández, Del, M., Corazón, S., Carrillo-Mendiburu, Elena, C., Perpetuo, D., & Zavala, S. (2020). *Manejo de hiperplasia fibrosa: Del diagnóstico inicial al tratamiento final. Artículo Original Management of fibrous hyperplasia: from the initial diagnosis to the final treatment.* <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2020/mmfs203n.pdf>
- Kusuke, N., Custodio, M., & de Sousa, S. C. O. M. (2019). Oral lesion as the primary diagnosis of non-Hodgkin's lymphoma: a 20-year experience from an oral pathology service and review of the literature. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(10), 2873–2879. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05544-z>
- Larez, L. (2005, August 1). *Los gránulos de fordyce - Reporte de un caso.* [Www.actaodontologica.com](http://www.actaodontologica.com). <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/art-18/>
- Lazarde Lunar, J. (2000). Lesiones reactivas de la Cavidad Bucal. *Acta Odontológica Venezolana*, 38(1), 78–79. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652000000100015](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652000000100015)
- Marchena, L., Sánchez, M., Osorio, M., & Castaño, A. (2014). N° 261 | SEPTIEMBRE 2014 | 6€ • DESAYUNO DE TRABAJO: “HAY QUE RECUPERAR LA VISIÓN SANITARIA DE LA PROFESIÓN” • DR. FIKA, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE BIZKAIA: “LA MERCANTILIZACIÓN

*EXIGE NUESTRA INTERVENCIÓN.”*

[http://files.epeldano.com/publications/pdf/97/gaceta-dental\\_97\\_261.pdf](http://files.epeldano.com/publications/pdf/97/gaceta-dental_97_261.pdf)

Martín, J., Fernán-Dez, T., Colunga, R., Darío, E., Escobar, A., Jesús, E., & Campos. (2008). Incidencia de tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores en el Hospital Central de San Luis Potosí. *Revista ADM, LXV* (6), 291–295. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od086c.pdf>  
medline. (2020, October 13). *Enfermedades autoinmunes*. Medlineplus.gov. <https://medlineplus.gov/spanish/autoimmunediseases.html>

Matthews, F., Oiga, Z., Betanzo', B., & Gatica, J. (2012). *Hemangioma Intramuscular*.  
[http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/1940/Gatica\\_Hemangioma+Intramuscular\\_2012.pdf?sequence=1](http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/1940/Gatica_Hemangioma+Intramuscular_2012.pdf?sequence=1)

Mouchrek, M. M. M., Gonçalves, L. M., Bezerra-Júnior, J. R. S., Maia, E. de C. S., Silva, R. A. da, & Cruz, M. C. F. N. da. (2011). Oral and maxillofacial biopsied lesions in Brazilian pediatric patients: a 16-year retrospective study. *Revista Odonto Ciência, 26*(26), 222–226. <https://doi.org/10.1590/S1980-65232011000300005>

Mx, Cordero, U., Alberto, J., Varela López, F., Hernández Quiroz, E., & Martín Hernández, E. (2018). CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE Quiste dentígero maxilar: etiología, manejo quirúrgico y consideraciones especiales. Presentación de caso clínico. Maxillary dentigerous cyst: etiology, surgical management and special considerations. Presentation of clinical case. *Revista ADM, 75*(2), 103–107. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od182h.pdf>

Neville, B. W., & Ai, E. (2016). *Oral and maxillofacial pathology*. Elsevier, Cop.

Ocampo-García, K. G., Dolores-Velázquez, R., Barrera-Franco, J. L., Requena, J. A., & Heredia, M. G. (2012). Linfoma no Hodgkin centrorfacial relacionado a VIH. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugía Oral Y Maxilofacial*, 34(2), 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.07.005>

Peker, E., Öğütü, F., Karaca, İ. R., Gültekin, E. S., & Çakır, M. (2016). A 5 year retrospective study of biopsied jaw lesions with the assessment of concordance between clinical and histopathological diagnoses. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology: JOMFP*, 20(1), 78–85. <https://doi.org/10.4103/0973-029X.180945>

Pérez Álvarez, D., González Sánchez, M. A., Berini Aytés, L., & Gay Escoda, C. (2011). Fibroma osificante periférico: Presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Avances En Odontoestomatología*, 27(4), 183–188. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000400002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000400002&script=sci_arttext&tlng=pt)

Pérez-De la O, A. D., & García Romero, M. T. (2017). Impétigo ampolloso. *Acta Pediátrica de México*, 38(5), 351. <https://doi.org/10.18233/apm38no5pp351-3541475>

Qin, R., Steel, A., & Fazel, N. (2017). Oral mucosa biology and salivary biomarkers. *Clinics in Dermatology*, 35(5), 477–483. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.06.005>

Reddy, R., Davidova, L., Bhattacharyya, I., Cohen, D. M., Islam, M. N., & Fitzpatrick, S. G. (2018). Dermatologic Lesions Submitted to an Oral and Maxillofacial Pathology Biopsy Service: An Analysis of 2487 Cases. *Head and Neck Pathology*, 12(4), 493–499. <https://doi.org/10.1007/s12105-018-0885-7>



Reyes, R., Vinitzky Brener, I., Alatorre Pérez, S., Mosqueda Taylor, A., & Licéaga, R. (2011). [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) Carcinoma ameloblástico. Revisión de la literatura y presentación de un caso. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal Y Maxilofacial*, 7(1), 15–19. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2011/cb111d.pdf>

Rodríguez-Velasco, A., & Valencia-Mayoral, P. (2014). Una disciplina indispensable: la Anatomía Patológica y su única revista latinoamericana. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 52(2), 232–236. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48749&id2>

Rojas, S., Ormazábal, R., & Manejo, T.-Q. (2014). *Manejo clínico odontológico integral del paciente con síndrome de Sjögren: Una propuesta*. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n4/original3.pdf>

Rossello, V. E., Andrade, M. N., Gamboa, V. R. L., Blanzari, M. J., Zanni, M. S. G., & Papa, M. B. del V. (2020). Torus Palatino. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, 47(3), 216–218. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91762>

Salgado, L. A. Q., Hernández, L. J. E., Vílchez, J. J. R., Midence, C. D. G., & Díaz, H. J. R. (2018). Frecuencia de quistes y tumores odontogénicos en población nicaragüense. Estudio retrospectivo a siete años. *Universitas Odontologica*, 37(78). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo37-78.qtop>

Sandra, L.-V., Ronell, B.-M., Ana, S.-B., & Ana, H.-S. (2013). Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. *Revista Tamé*, 2(4), 100–105.

[https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_4/tam221-02.pdf](https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_4/tam221-02.pdf)

Sciubba, J. J., Regezi, J. A., & Rogers, R. S. (2002). *PDQ oral disease : diagnosis and treatment*. B.C. Decker.

Silva, L. V. de O., Arruda, J. A. A., Martelli, S. J., Kato, C. de N. A. de O., Nunes, L. F. M., Vasconcelos, A. C. U., Tarquinio, S. B. C., Gomes, A. P. N., Gomez, R. S., Mesquita, R. A., Silveira, M. M. F. da, & Sobral, A. P. V. (2018). A multicenter study of biopsied oral and maxillofacial lesions in a Brazilian pediatric population. *Brazilian Oral Research*, 32(32). <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0020>

Vera-Sirera, B., Delhom-Valero, J., Baquero Ruíz de la Hermosa, M. C., & Vera-Sempere, F. (2013). Úlcera eosinofílica lingual: un reto diagnóstico de patogénesis controvertida. *Revista Española de Cirugía Oral Y Maxilofacial*, 35(3), 128–132. <https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.10.005>

Yakin, M., Jalal, J. A., Al-Khurri, L. E., & Rich, A. M. (2016). Oral and maxillofacial pathology submitted to Rizgary Teaching Hospital: a 6-year retrospective study. *International Dental Journal*, 66(2), 78–85. <https://doi.org/10.1111/idj.12211>

### **6.3 Anexos**

Anexo 1: Tabla para recolección de datos.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1		Código	Nombre	Edad	Sexo	Tejido (Duro/B	Localización	Biopsia	Diagnóstico	
2										
3										
4										
5										
6										
7										

Hoja1

Workbook Statistics

Anexo 2: Carta prueba de jueces.



---

**DRA. REYNA  
GARITA**

---

REYNA.GARITA@ULATINA.NET

UNIVERSIDAD LATINA DE  
COSTA RICA

---

---

**A QUIEN INTERESA**

---

Por este medio hago constar que he revisado el instrumento de medición de la estudiante Dayan Castillo Umaña constatando que cumple con los requisitos de confiabilidad, validez y objetividad para la medición de las variables del estudio titulado "Análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y que tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo del 2020 y diciembre del 2020"

Esta prueba de jueces al instrumento lo valida para ser utilizado en su investigación. El documento se firma digitalmente.

Atentamente,

Dra. Reyna Garita Quesada

---



San José, 03 de diciembre de 2021

Señores  
Universidad Latina de Costa Rica  
S. D.

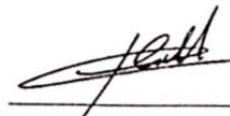
Estimados señores:

A través de este medio el Licenciado Gustavo A. Castro Miranda, asesor en estadística, hace constar que la estudiante Dayan Castillo Umaña portadora de la cédula de identidad # 2-0701-0479, recibió la supervisión estadística para el trabajo de investigación titulado:

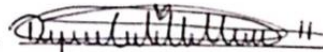
***"Análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y que tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo del 2020 y diciembre del 2020"***

Lo anterior, como Trabajo Final de Investigación para obtener el grado académico de Licenciatura en Odontología en la Universidad Latina de Costa Rica.

San José, a las 08 horas del 03 de diciembre de 2021.



Lic. Gustavo Castro Miranda  
Cédula 1-0688-0559  
Gestión de Negocios Costa Rica  
Teléfono 8340-6999



Estudiante Dayan Castillo Umaña

## Anexo 4: Carta Filólogo

A

Jueves, 16 diciembre de 2021

Señores  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Odontología  
Universidad Latina De Costa Rica


Estimados Señores,

Por medio de la presente hago constar que yo Jorge Alfonso Arias Vega, cédula 2-300-831 miembro activo del Colypro bajo el número 100-18, doy fe de haber corregido exhaustivamente la tesis: **"Análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y qué tipo de patología es más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo 2021 y diciembre 2021"**, que estuvo a cargo del (la) estudiante Dayan Castillo Umaña, con respecto a los siguientes aspectos:

1. Lexicografía, morfología, fondo y forma en su totalidad.
2. Uso correcto de las preposiciones.
3. Usos lingüísticos de los signos de puntuación, interrogación y exclamación.
4. Los solecismos, barbarismos, cacofonías, anfibologías, monotonía del lenguaje, redundancia, pleonasmos y la ortografía.

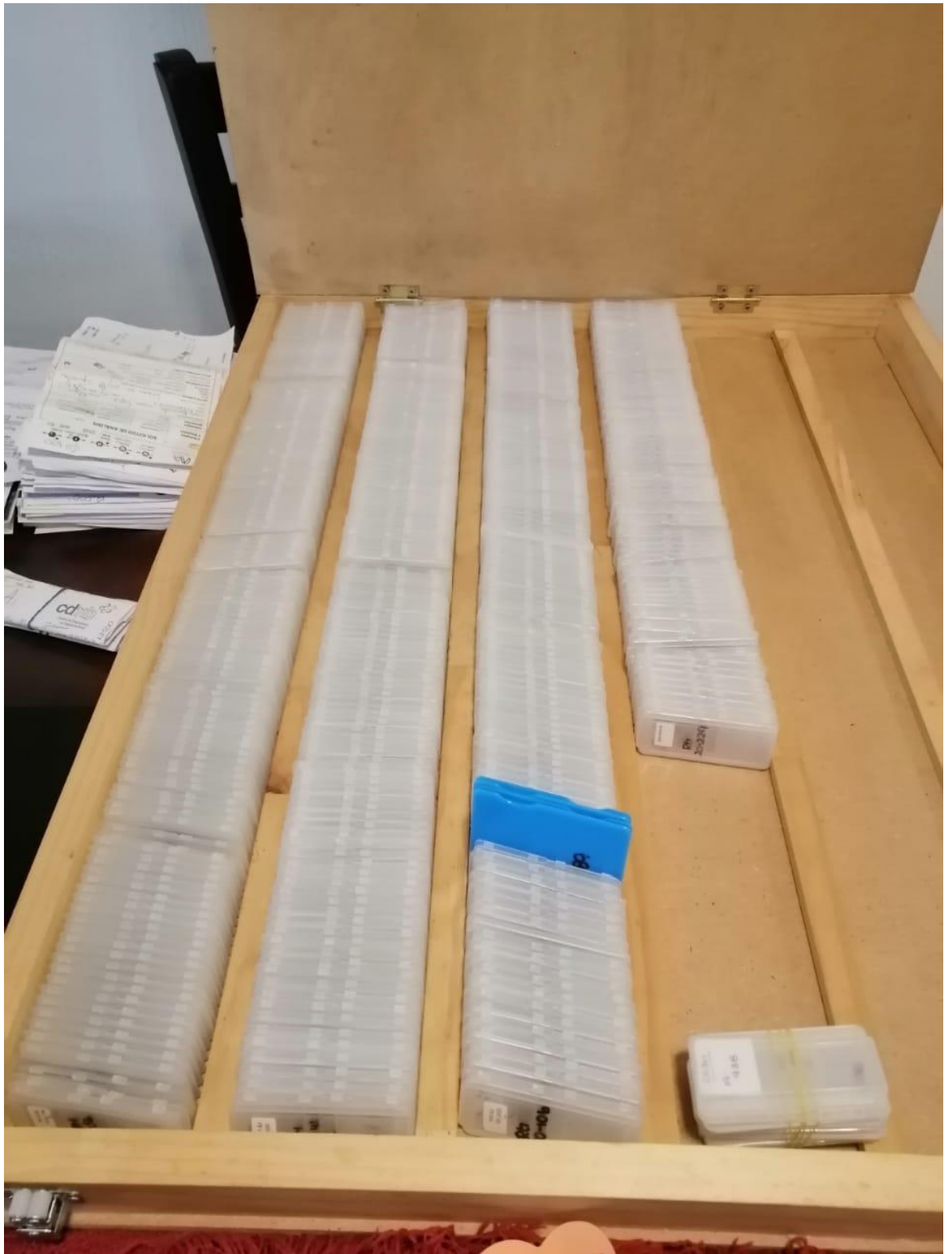
Por tanto doy fe que este proyecto contiene un fondo clara y preciso de la propuesta expresada en el mismo, con ideas correctas, que mantienen el hilo conductor a lo largo del documento.

Atentamente,

  
Lic. Jorge Alfonso Arias Vega  
Carné 100-18



Anexo 5: Foto





Anexo 6: Foto



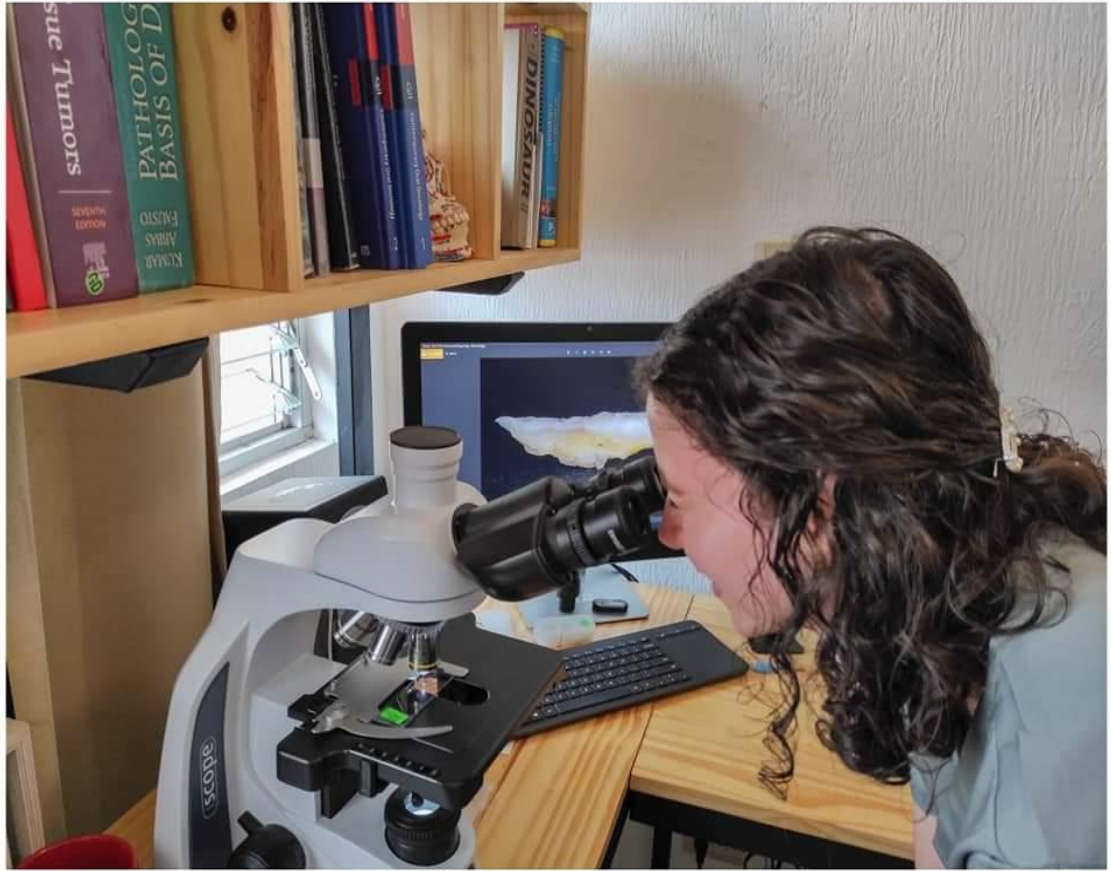
Anexo 7: Foto



Anexo 8: Foto



Anexo 9: Foto



**Licencia De Distribución No Exclusiva (carta de la persona autora para uso didáctico)**  
**Universidad Latina de Costa Rica**

<b>Yo (Nosotros):</b>	Dayan Castillo Umaña
<b>De la Carrera / Programa:</b>	Odontología
<b>Modalidad de TFG:</b>	Tesis
<b>Titulado:</b>	Análisis de la incidencia de patologías diagnosticadas a través de biopsias (estudio histopatológico) de lesiones orales y maxilofaciales y que tipo de patología es la más frecuente en los pacientes atendidos en un centro de diagnóstico de patología oral y maxilofacial en la Universidad Latina de Costa Rica en el periodo comprendido entre mayo 2020 y diciembre 2020.

Al firmar y enviar esta licencia, usted, el autor (es) y/o propietario (en adelante el "AUTOR"), declara lo siguiente: **PRIMERO:** Ser titular de todos los derechos patrimoniales de autor, o contar con todas las autorizaciones pertinentes de los titulares de los derechos patrimoniales de autor, en su caso, necesarias para la cesión del trabajo original del presente TFG (en adelante la "OBRA"). **SEGUNDO:** El AUTOR autoriza y cede a favor de la UNIVERSIDAD U LATINA S.R.L. con cédula jurídica número 3-102-177510 (en adelante la "UNIVERSIDAD"), quien adquiere la totalidad de los derechos patrimoniales de la OBRA necesarios para usar y reusar, publicar y republicar y modificar o alterar la OBRA con el propósito de divulgar de manera digital, de forma perpetua en la comunidad universitaria. **TERCERO:** El AUTOR acepta que la cesión se realiza a título gratuito, por lo que la UNIVERSIDAD no deberá abonar al autor retribución económica y/o patrimonial de ninguna especie. **CUARTO:** El AUTOR garantiza la originalidad de la OBRA, así como el hecho de que goza de la libre disponibilidad de los derechos que cede. En caso de impugnación de los derechos autorales o reclamaciones instadas por terceros relacionadas con el contenido o la autoría de la OBRA, la responsabilidad que pudiera derivarse será exclusivamente de cargo del AUTOR y este garantiza mantener indemne a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo de algún tercero. **QUINTO:** El AUTOR se compromete a guardar confidencialidad sobre los alcances de la presente cesión, incluyendo todos aquellos temas que sean de orden meramente institucional o de organización interna de la UNIVERSIDAD. **SEXTO:** La presente autorización y cesión se regirá por las leyes de la República de Costa Rica. Todas las controversias, diferencias, disputas o reclamos que pudieran derivarse de la presente cesión y la materia a la que este se refiere, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez, se resolverán por medio de los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, a cuyas normas se someten el AUTOR y la UNIVERSIDAD, en forma voluntaria e incondicional. **SÉPTIMO:** El AUTOR acepta que la UNIVERSIDAD, no se hace responsable del uso, reproducciones, venta y distribuciones de todo tipo de fotografías, audios, imágenes, grabaciones, o cualquier otro tipo de

presentación relacionado con la **OBRA**, y el **AUTOR**, está consciente de que no recibirá ningún tipo de compensación económica por parte de la **UNIVERSIDAD**, por lo que el **AUTOR** haya realizado antes de la firma de la presente autorización y cesión. **OCTAVO:** El **AUTOR** concede a **UNIVERSIDAD.**, el derecho no exclusivo de reproducción, traducción y/o distribuir su envío (incluyendo el resumen) en todo el mundo en formato impreso y electrónico y en cualquier medio, incluyendo, pero no limitado a audio o video. El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD.** puede, sin cambiar el contenido, traducir la **OBRA** a cualquier lenguaje, medio o formato con fines de conservación. **NOVENO:** El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD** puede conservar más de una copia de este envío de la **OBRA** por fines de seguridad, respaldo y preservación. El **AUTOR** declara que el envío de la **OBRA** es su trabajo original y que tiene el derecho a otorgar los derechos contenidos en esta licencia. **DÉCIMO:** El **AUTOR** manifiesta que la **OBRA** y/o trabajo original no infringe derechos de autor de cualquier persona. Si el envío de la **OBRA** contiene material del que no posee los derechos de autor, el **AUTOR** declara que ha obtenido el permiso irrestricto del propietario de los derechos de autor para otorgar a **UNIVERSIDAD** los derechos requeridos por esta licencia, y que dicho material de propiedad de terceros está claramente identificado y reconocido dentro del texto o contenido de la presentación. Asimismo, el **AUTOR** autoriza a que en caso de que no sea posible, en algunos casos la **UNIVERSIDAD** utiliza la **OBRA** sin incluir algunos o todos los derechos morales de autor de esta. **SI AL ENVÍO DE LA OBRA SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA U ORGANIZACIÓN QUE NO SEA UNIVERSIDAD U LATINA, S.R.L., EL AUTOR DECLARA QUE HA CUMPLIDO CUALQUIER DERECHO DE REVISIÓN U OTRAS OBLIGACIONES REQUERIDAS POR DICHO CONTRATO O ACUERDO.** La presente autorización se extiende el día 05 de enero de 2022 a las 20:15

Firma del estudiante(s):

