

## ESTADISTICA DE PATOLOGIAS TUMORALES EN LA REGION MAXILOFACIAL Instituto Universitario de Anatomía Patológica 2000 a 2010

**Dr. Daniel Llanos Fernández**

Director del Instituto Universitario de Anatomía Patológica. Sucre – Bolivia.

**Dr. Huáscar Aillón**

Cirujano Bucamaxilofacial. Sucre – Bolivia.

**Dra. Stefany Muguertegui**

Cursante de la Especialidad de Cirugía y Patología Oral. Tarija – Bolivia.

**Palabras Claves:** Carcinoma, Granuloma, Mucocele.

**Key Words:** Carcinoma, Granuloma, Mucocele.

### RESUMEN

Este estudio estadístico nos revela las patologías más frecuentes en nuestro medio, la importancia, permanencia, descenso y aumento de las lesiones a nivel maxilofacial, según las diferencias del diagnóstico anatómico-patológico, considerando las patologías malignas y benignas de la región, por todo esto y al no tener estadísticas que muestran el incremento de estas patologías, vimos la necesidad de realizar este estudio.

Es un trabajo que tiene como objetivo demostrar, el descenso o aumento de patologías, predominio en el sexo, según las diferencias del diagnóstico anatómico-patológico, conoceremos las patologías malignas y benignas más frecuentes de la región maxilofacial.

Se realizó un estudio retrospectivo, se seleccionó datos de biopsias en pacientes, realizado en el Instituto de Anatomía Patológica de la ciudad de Sucre, de enero 2000 a diciembre 2010. Se compararon y clasificaron según su informe histopatológico. Sobre un total de 504 (100%) pacientes sometidos a biopsia de la región maxilofacial, mostramos la prevalencia de patologías de enero del 2000 a diciembre del 2010, quistes y tumores benignos (46,8%), tumores malignos (cáncer) (30,1%), infecciones y inflamaciones (16%), otros (lesiones negativas a neoplasias (6,9%), el predominio del sexo femenino 264 (52,3%), en sexo masculino 240 (47,6%), el estudio nos muestra la patología más frecuente, el carcinoma epidermoide (52,6%), entre las

lesiones tumorales malignas, granulomas (16,6%), entre las lesiones benignas, inflamaciones e infecciones, mucocele (43,2%), son inflamaciones inespecíficas, otras (lesiones negativas a neoplasias), (6,9%).

En conclusión demostramos que hubo diferencias significativas entre tumores malignos y benignos, mostramos estadísticas importantes para tomar en cuenta al momento del diagnóstico, mostrando la frecuencia de lesiones malignas de la región maxilofacial, es preciso realizar el tratamiento, basado en el diagnóstico clínico-patológico de las lesiones.

### SUMMARY

This statistical study reveals the most common diseases in our environment, the importance, tenure, descent and increased level maxillofacial injuries, according to differences anatomic-pathologic diagnosis, whereas malignant and benign conditions of the region, and this not have statistics showing the increase in these diseases, we saw the need for this study.

It is a work that aims to demonstrate the decrease or increase of diseases, prevalence in sex, according anatomic-pathologic diagnostic differences, we will know the most common malignant and benign diseases of the maxillofacial region.

A retrospective study was conducted, data was selected biopsies in patients, conducted at the Institute of Anatomy Pathology of the city of Sucre, January 2000 to December

2010. Were compared and classified by histopathological report.

Of a total of 504 (100%) patients underwent biopsy of the maxillofacial region, showed the prevalence of pathologies January 2000 to December 2010, cysts and benign tumors (46.8%), malignant tumors (cancer) (30.1%), infection and inflammation (16%), other (negative neoplasms (6.9% damage), the predominance of females 264 (52.3%) in 240 male (47.6%), the study shows the most frequent pathology, squamous cell carcinoma (52.6%) between malignant granulomas (16.6%) lesion between benign lesions, inflammations and infections (43.2%) are inflammations inespecificas other (negative for neoplasia lesions) (6.9%).

In conclusion we showed that there were significant differences between malignant and benign tumors, show important statistics to take into account the time of diagnosis, showing the frequency of malignant lesions of the maxillofacial region, it is necessary to perform the treatment, based on the clinical and pathologic diagnosis of lesions.

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones maxilofaciales en los últimos años, se han incrementado, siendo hoy en día una de las regiones anatómicas más afectadas en todo el mundo. Así también ha ido cambiando el tipo de enfoque, de las lesiones que se presentan en esta región, mostrando más importancia en las terapéuticas clínicas.

El diagnóstico y tratamiento apropiados pueden deducirse de la historia y exploración. (1).

Pero con mayor frecuencia, existen varios posibles diagnósticos y se debe llevar a cabo un diagnóstico clínico diferencial y un plan de actuación.

Los posibles diagnósticos deben recogerse en orden de probabilidad, basándose en su prevalencia y su similitud con los síntomas y signos presentes. (1).

Registrar de forma escrita los diagnósticos diferenciales ayuda incluso a experimentados clínicos a organizar sus ideas. (1).

Un diagnóstico preciso puede depender de hallazgos histológicos, por lo que en ocasiones debe registrarse diagnósticos preliminares genéricos, como "neoplasia benigna o tumor ontogénico" (1).

La toma de un espécimen para biopsia para examen histopatológico es el pilar principal del diagnóstico en las enfermedades de la mucosa, tejidos blandos y hueso. Incluso en las pocas enfermedades en las que una biopsia no es de ayuda, puede ser útil para excluir otras posibles causas. (1).

Entre los procesos patológicos básicos que afectan a la región maxilofacial esta el carcinoma, con su variante más representativa, el Carcinoma Epidermoide moderadamente diferenciado.

Es una neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Aunque se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca, ciertos lugares son más diferenciados que otros, labio inferior, lengua, piso de la boca, encía, paladar. (2).

Neoplasia epitelial maligna se presenta a partir del epitelio superficial con diferenciación de células escamosas. (4). En segundo lugar la patología con mediana frecuencia los granulomas, el granuloma de células gigantes es el más frecuente, es un tumor localizado de tejido fibroso que contiene numerosos osteoclastos. (1).

Proliferación reactiva de células gigantes multinucleadas causada por traumatismos o irritaciones. Frecuentemente, exclusiva de la encía, a menudo ulcerado. (4).

Varía mucho desde el punto de vista clínico. Siempre se presenta en la encía o en el proceso alveolar, más a menudo la parte anterior de los maxilares, y ocurrirá como una lesión pedunculada o sésil que parece surgir de partes más profundas en el tejido que muchas otras lesiones, superficiales de esta área. (3). Otros granulomas de menor frecuencia, granuloma periférico, piógeno, éupilis y el periapical.

Entre las patologías de menor frecuencia están las inflamaciones inespecíficas, de predominio mucocel, tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto. (2).

Lesión frecuente causada por la salida de mucina de un conducto salival roto al tejido circundante. Frecuentemente se presentan como una inflamación, abovedada de color azulado debido a la mucina extravasada. (4).

Habitualmente se presenta como una tumoración superficial, bien delimitada, lisa, móvil, blanda o firme, fluctuante, de color azulado. Otras veces se trata de lesiones profundas, firmes, móviles y recubiertas por mucosa de aspecto normal. (5).

Por último se presentan las lesiones negativas para neoplasia, afectan sobre todo a las glándulas salivales accesorias. La causa suele ser en la mayoría de los casos traumáticas. (1)

## METODOLOGIA

### METODO

Se realizó un estudio retrospectivo, se seleccionó datos de biopsias de pacientes realizado en el Instituto de Anatomía Patología de la ciudad de Sucre, de enero 2000 a diciembre 2010. Se compararon y clasificaron, según su informe histopatológico.

## MATERIAL

Población y muestra: universo de 31.615 pacientes.

Datos obtenidos de libros de registros del Instituto de Anatomía Patológica, de 2000 a 2010.

## Revisión bibliográfica.

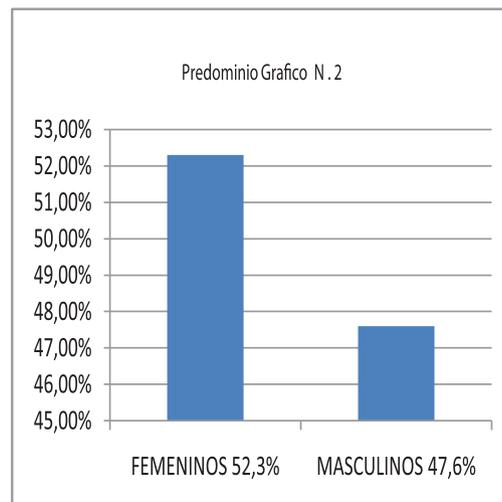
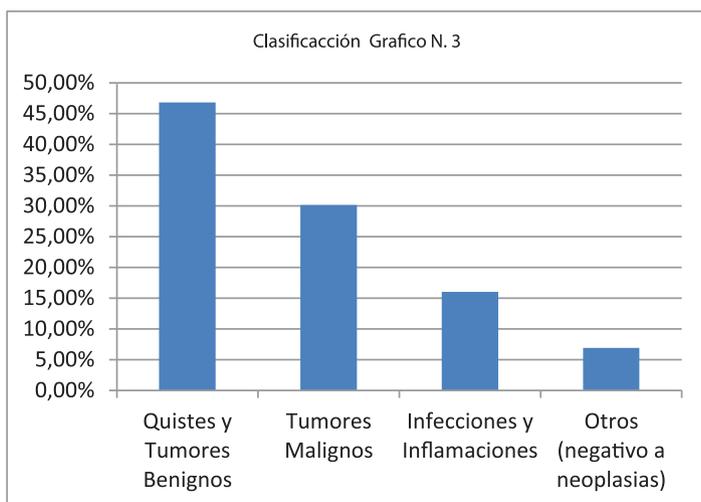
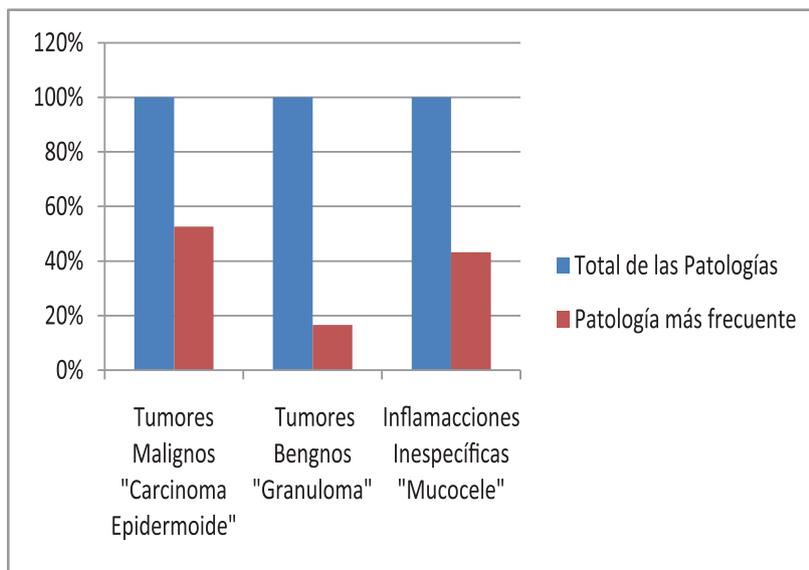
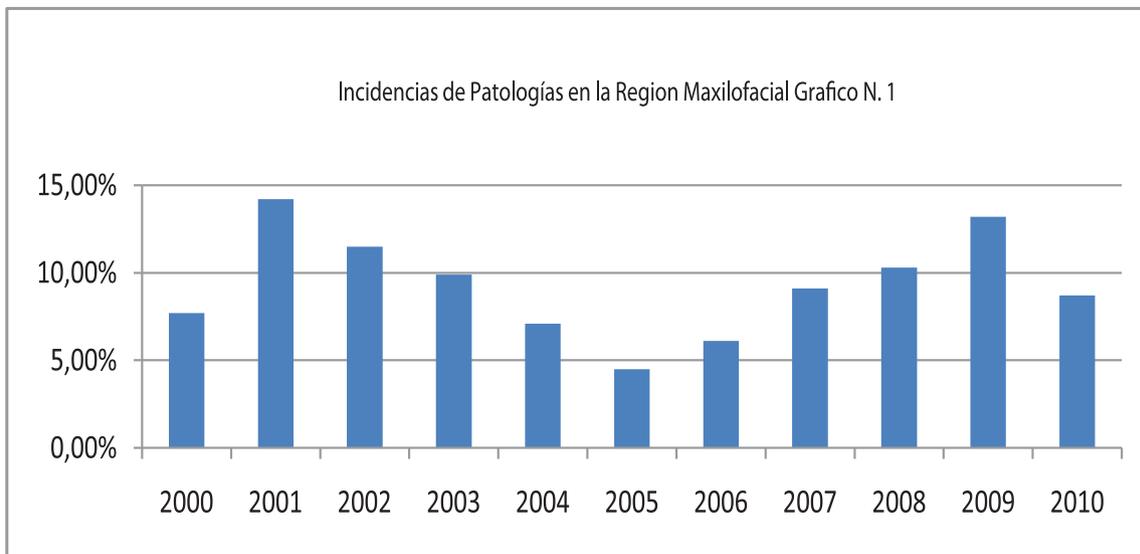
## RESULTADOS

Sobre un total de 504 (100%) pacientes sometidos a biopsia de la región maxilofacial, mostramos la prevalencia de patologías de enero del 2000 a diciembre 2010.

En el año 2000 en 39 pacientes (7,7%), en el 2001 en 72 pacientes (14,2%), en el 2002 en 58 pacientes (11,5%), en el 2003 en 50 pacientes (9,9%), en el 2004 en 36 pacientes (7,1%), en el 2005 en 23 pacientes (4,5%), en el 2006 en 31 pacientes (6,1%), en el 2007 en 46 pacientes (9,1%), en el 2008 en 52 pacientes (10,3%), en el 2009 en 65 pacientes (13,2%), en el 2010 en 44 pacientes (8,7%),

Grafico N° 1. El predominio del sexo femenino 264 (52,3%), en el sexo masculino 240 (47,6%), Grafico N°2. Clasificamos las patologías en: quistes y tumores benignos 236 (46,8%), tumores malignos (cáncer) 152 (30,1%), infecciones e inflamaciones 81 (16%), otros 35 (6,9%), que representan a las lesiones negativas para neoplasia, Grafico N° 3.

La patología más frecuente, de los tumores malignos es el carcinoma epidermoide (52,6%), entre las patologías benignas, el más frecuente es el granuloma (16,6%) y en inflamaciones e infecciones lo más frecuente, inflamaciones inespecíficas (43,2%), Grafico N°4



**CONCLUSIONES**

Demostramos que hubo diferencias significativas, incrementos y descensos entre el año 2000 al año 2010, de las patologías maxilofaciales, tumores malignos y benignos, muestran estadísticas importantes a tener en cuenta al momento del diagnóstico, mostrando la frecuencia de lesiones malignas de la región maxilofacial, es preciso realizar el tratamiento, basado en el diagnóstico clínico-patológico de las lesiones, que por su localización o su carácter pueden comprometer la vida del enfermo, las lesiones exofíticas exigen biopsia, su diagnóstico será clínico-patológico, para el éxito del tratamiento.

Tanto el diagnóstico y tratamiento debe ser inter y multidisciplinario, contando en el equipo, cirujano bocomaxilofacial, anatómopatólogo, cirujano cabeza y cuello y oncólogo clínico.

**RECOMENDACIONES**

- 1.- Todas las muestras biopsias y pieza operatorias de los pacientes con neoplasia maligna o benigna debe adjuntarse el estudio complementario de RX, TAC,
- 2.- También en la solicitud del paciente debe indicar la región anatómica del lugar de la lesión para correlacionar la clínica con la histopatología.
- 3.- Realizar en toda lesión neoplásica biopsia con un buen margen de seguridad.
- 4.- Realizar en las biopsias una clasificación histopatológica con su respectiva gradación, estadificación de acuerdo a OMS Y TNM.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- R.A. CAWSON E.W. ODELL. Cawson Fundamentos de Medicina y Patología Oral, Octava edición. Págs. (7-9-157-292).
- 2.- J. PHILIP SAPP LEWIS. R. EVERSOLE GEORGE P. WYSOCKI Patología Oral y Maxilofacial, segunda edición. Págs. (120-332)
- 3.- W.G SHAFER. - B.M LEVY. Tratado de Patología Bucal, cuarta edición. Págs. 113, 144
- 4.- THOMPSON. WENIG- NELSON. MULLER, Diagnostico en patología cabeza y cuello. Págs. 95-1.95, 389-4.63
- 5.- RAFAEL MARTÍN GRANIZO LÓPEZ – LUIS MIGUEL REDONDO GONZALES – LUIS ANTONIO SÁNCHEZ CUELLAR. Patología de las Glándulas Salivales. Págs. 156.