

**CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE  
LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS**

**CONCORDANCIA CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICO**

**Autores:**

Robledo, Graciela. Profesora Adjunta Cátedra de Estomatología B  
Facultad de Odontología, UNC

Meloni, Natalia. Odontóloga Asistente Ad Honorem Cátedra de  
Estomatología B Facultad de Odontología, UNC

Criscuolo, María Inés. Profesora Asistente Cátedra de Estomatología B  
Facultad de Odontología, UNC

**CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE  
LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS**

AUTORES: Robledo Graciela, Meloni Natalia, Criscuolo María Inés

LUGAR DE TRABAJO: Cátedra de Estomatología B, Anatomía Patológica A

**RESUMEN:** A pesar de los avances tecnológicos y de los estudios complementarios disponibles, el conocimiento clínico es, la mayoría de las veces, un factor importante para alcanzar el diagnóstico de certeza, fundamental para indicar el tratamiento adecuado y oportuno de la patología. Es necesario que el odontólogo pueda hacer un diagnóstico compatible con la lesión bucal y documentarlo adecuadamente. **Objetivo:** Evaluar la concordancia entre el diagnóstico clínico presuntivo y el histopatológico (C-HP) y describir las características de lesiones de mucosa bucal que fueron enviadas para su confirmación. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de historias clínicas de pacientes atendidos en Cátedra de Estomatología B con lesiones que requirieron confirmación histopatológica entre los meses de julio 2007 y julio de 2012. Se registró edad, sexo, tipo de estudio solicitado: biopsia o citología, localización de las lesiones y diagnóstico clínico presuntivo. Las patologías se clasificaron en: Tumores Benignos (TB) donde se incluyeron los Hiperplásicos Simples, Malformativos y Blastomatosos; Lesiones Cancerizables (C), Neoplasias Malignas (NM), Melanosis (M) y Otras (O). **Resultados:** En el 78% (274) de las biopsias hubo concordancia C-HP, ligera concordancia 13% (47). Del 78% de concordancia C-HP, 83% se alcanzó en los TB y 94% en las NM. No hubo concordancia en 20 diagnósticos, 6% del total. Se encontró concordancia aceptable, superior a datos publicados por otros autores. Los resultados de este estudio permitirán analizar diversos aspectos de la práctica estomatológica en dos servicios complementarios de la Facultad de Odontología-UNC.

**Palabras claves:** biopsias, concordancia, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico.

**ABSTRACT:** Despite the advances in technology and the increasing complexity of available complementary studies, clinical knowledge is most often the determining factor to reach the diagnosis. **Objective:** To evaluate the concordance between clinical and histopathological diagnosis (C-HP) and to describe the clinical characteristics of oral mucosa lesions in patients from Stomatology "B" service, who had lesions that requiring histopathological confirmation. Data from patients that received biopsy and cytology to July 2007- July 2012 were analyzed. Age, sex, type of study requested, location of the lesions and clinical diagnosis were studied. The lesions were classified as: benign tumors (BT) which included the simple hyperplastic, blastomatous and malformative; pre cancerous lesions (C), malignant neoplasia (MN) Melanosis (M) and other (O). The concordance between clinical and histopathological diagnosis (C-HP) according to criteria used by other authors was established. Descriptive statistic and the percentage of concordance were obtained. The 78% of the biopsies were compatible C-HP, slight concordance in 13% and none in 6%. In general the 78% of concordance C-HP was obtained: 83% was reached in the TB and 94% in NM. There was no concordance in 20 diagnoses (6%) of the total. There was an acceptable concordance in relationship with data published by other authors. These results allowed evaluating many aspects of dental practice in two complementary services of School of Dentistry -NUC.

**Key words:** biopsies, concordance, clinical diagnosis, histopathological diagnosis

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico es la determinación, calificación o identificación de una enfermedad mediante los signos y síntomas que presenta el paciente. Una adecuada anamnesis y el exhaustivo examen clínico, son fundamentales para un diagnóstico presuntivo, el cual a veces se complementa con radiografías periapicales, oclusales, ortopantomografías, modelos de yeso, test de vitalidad, ecografías, tomografías y resonancias magnéticas. Es determinante que el profesional esté capacitado para realizar un diagnóstico confiable con la finalidad de desarrollar un tratamiento efectivo. El odontólogo debe emplear los datos recopilados en la historia clínica del paciente y los resultados obtenidos a través de los métodos de diagnóstico cualitativo y cuantitativo disponibles para, finalmente, aplicar un correcto tratamiento y archivarlo en la historia clínica. El profesional cuenta con numerosos avances tecnológicos y estudios complementarios para corroboración del diagnóstico clínico presuntivo, entre ellos el análisis histopatológico. La literatura epidemiológica sobre entidades patológicas de la mucosa bucal, tanto en niños como en adultos, es limitada, cuando se compara con la caries dental, periodontopatías y

maloclusiones.

En el diagnóstico histopatológico una segunda opinión en patología tiene como intención confirmar o desechar un primer diagnóstico, lo cual tendría un impacto directo en el tratamiento del paciente. Antes del tratamiento definitivo de un paciente referido, se recomienda a las instituciones una segunda opinión por un laboratorio externo respecto a los estudios de patología quirúrgica.<sup>1-5</sup>

## OBJETIVO

Evaluar la concordancia entre el diagnóstico clínico presuntivo y el histopatológico, describiendo las características de lesiones de mucosa bucal que fueron enviadas para su confirmación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de historias clínicas confeccionadas en la Cátedra de Estomatología B en el período comprendido entre Julio 2007 y Julio del 2012, excluyendo exámenes bacteriológicos y micológicos.

Los datos que se analizaron fueron, edad, sexo, tipo de estudio: biopsia o citología, localización de las lesiones y diagnóstico presuntivo.

Se estableció una clasificación para las patologías: Tumores Benignos (TB) que incluye Tumores Hiperplásicos Simples (THS), Blastomatosos y Malformativos, tales como hiperplasia paraprotética, hiperplasia fibro-epitelial traumática, épolis, lipoma, fibroma, quiste mucoide, condiloma acuminado, entre otras; Neoplasias Malignas (NM) como carcinoma a células escamosas o epidermoide, carcinoma verrugoso y los carcinomas anexiales; Lesiones Cancerizables (LC) como leucoplasias, ulceración traumática crónica, liquen atípico, queilitis crónicas superficiales, nevos melanocíticos, Melanosis (M) tales como mancha racial, melanosis reaccional y Otras (O) entre las cuales se incluyeron procesos infecciosos, histoplasmosis, enfermedades ampollares, sialoadenitis y la categoría Sin Datos (S/D), cuando no se disponía del diagnóstico presuntivo o del

resultado histopatológico.

Para evaluar la concordancia C-HP se utilizó la clasificación aplicada por Sepúlveda y col<sup>1</sup>a saber:

- Que el diagnóstico clínico fuera idéntico al Histopatológico (concuerdan).
- Que el diagnóstico clínico fuera, por lo menos en su parte más significativa, parecido al diagnóstico histopatológico (ligera discordancia).
- Que el diagnóstico clínico fuese totalmente diferente al diagnóstico histopatológico (no concuerdan).

## RESULTADOS

En el período estudiado, del total de muestras recibidas por la cátedra de Anatomía Patológica A (n: 2254), 488 muestras (22%) correspondieron a la Cátedra de Estomatología B, siendo los restantes provenientes de diferentes áreas como Cirugía, Odontopediatría, Periodoncia y Odontólogos particulares, entre otros.

El menor porcentaje de muestras enviadas se observó en el año 2009, con el 16% (n: 71), a diferencia del año 2012, donde en sólo 6 meses se alcanzó el 36% (n 65). (Tabla I)

La muestras enviadas se dividieron en dos grandes grupos: citologías exfoliativas y biopsias; en las primeras 131 muestras en total, la finalidad diagnóstica fue en el 50 % de los casos descartar malignidad, y confirmar el diagnóstico de herpes en el 29%. (Gráfico 1)

El número de biopsias enviadas fue de 357, la edad promedio fue de 49 años con un rango de 2 a 91, correspondiendo el 63 % al sexo femenino. El 65% (n: 231) del total de biopsias fueron diagnosticadas como Tumores Benignos, el 14% (n: 51) correspondió a Neoplasias Malignas, seguido por Lesiones Cancerizables (Gráfico 3).

La distribución de patologías según las edades se dividió cada dos décadas, de 0-19, de 20-39, de 40-59, de 60-79 y más de 80 años. Del total de las patologías, el 11% se observa en pacientes de 0-19 años, el 21% entre los 20-39 años, el 33% entre 40-59

años y el 28% entre 60-79 años (Gráfico 3). Se puede apreciar también que los tumores benignos se extirpan predominantemente entre los 40 y 59 años, a diferencia de las neoplasias malignas y las lesiones cancerizables que son más biopsiadas entre los 60-70 años y las melanosis entre los 20 y 39 años.

Del análisis de las patologías biopsiadas según la localización el dato más importante correspondió a las NM, que se localizaron en borde de lengua, piso de boca y reborde; y las C se presentaron con mayor frecuencia en mucosa yugal y en semimucosa labial (Gráfico 4).

En el 78% de las biopsias (n: 274) hubo concordancia C-HP y ligera concordancia en el 13% (n: 47). La mayor correlación C-HP se observó en las NM n:48 (94%), seguido por los tumores benignos y las lesiones cancerizables (Gráfico 5). No hubo concordancia en 20 diagnósticos, 6% del total.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se evidencia un alto porcentaje de concordancia C-HP. En la bibliografía existen gran variabilidad en los resultados <sup>7,9</sup> que van desde coincidencia diagnóstica menor al 50 %; <sup>4,6</sup> hasta valores similares al nuestro como los publicados por Benyahya I y col <sup>10</sup> (81%).

Los diagnósticos histopatológicos (a veces asociados a una ayuda inmunológica) tienen diferentes niveles de certeza. Tienen un gran valor para lesiones de tipo tumoral en especial malignas, menos para cuadros inflamatorios y aun menos valor para enfermedades sistémicas.

Con respecto a las lesiones mas frecuentes, Sepúlveda y col<sup>1</sup> describen las hiperplasias como las lesiones de mayor prevalencia 46,1%, seguido de lesiones en glándulas salivales 14,6%. fibroma 14,7%, quiste mucoide 10,6%, y carcinoma epidermoide 5,1% mientras que Aldape y col<sup>6</sup> reportaron la hiperplasia fibrosa traumática e inflamatoria, el mucocele, el granuloma piógeno y la displasia leve. Éstos últimos resultados coinciden con los hallazgos encontrados en nuestro estudio.

En lo referente a la localización de lesiones en tejidos blandos, Aldape y col<sup>6</sup> refieren a la encía como la localización más afectada 33%, labios y comisuras 14,3%, lengua 9,6%, reborde 9,5%; mucosa labial y mucosa yugal 8,1%.<sup>6</sup>; en tanto López Jornet y col<sup>5</sup> describen que la localización más frecuente fue lengua. En nuestro estudio los sitios de mayor localización fueron mucosa yugal, mucosa labial y paladar.

Con respecto a los casos de NM según Sepúlveda<sup>1</sup>, se presentaron en un 6,8%; otros autores mencionan aproximadamente un 5% y en nuestro estudio las NM fueron del 14%.

Llama la atención la falta de concordancia entre las Melanosis. Si bien la clínica de las lesiones pardas es variada, es comprensible la dificultad para diferenciar las melanosis de las manchas raciales.

## CONCLUSIÓN

Se encontró concordancia diagnóstica aceptable, superior a datos publicados por otros autores. Se deduce también la necesidad de incrementar el número de biopsias en pacientes con lesiones cancerizables, sometidos a factores de riesgo para el cáncer bucal. Los resultados de este estudio permitieron analizar diversos aspectos de la práctica estomatológica en dos servicios complementarios de la Facultad de Odontología de la UNC, para fundamentar la adecuación del servicio con el fin de lograr un mejor rendimiento y atención a la comunidad.

Co.autores: Morelatto R, López de Blanc S, Ferreyra R.

Mail de contacto: grarobledo1@yahoo.com.ar

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rogelio Sepúlveda Infante, Elías Romero de León. Proporción de concordancia entre los diagnóstico clínico e histopatológico buco faciales durante 20 años. Rev. Cub Estomatol 2011;48 (2):129-135.

2- Moret Y, Rivera H, Cartaya M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el período 1968-1987. Resultados preliminares. *Acta Odontol Venez.* 2007;45(2):240-3.

3- Lee KH, Polonowita AD. Oral white lesions: pitfalls of diagnosis. *Med J Aust.* 2009;190(5):274-7.

4- De Rosa Lauro. Correlación entre Diagnóstico Clínico e Histopatológico en Estomatología. *Paul Cirug Dent.* 25:5-9,1971.

5- López Jornet P, Saura Pérez M. Prevalencia de lesiones mucosas en población anciana de la Región de Murcia. *Av. Odontoestomatol* 2006; 22 (6): 327-334.

6- Aldape Barrios B, Padilla Martínez G, Cruz Legorreta B. Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. *Revista ADM.* 2007;44(2):61-7.

7- De Rosa Lauro. Correlación entre Diagnóstico Clínico e Histopatológico en Estomatología. *Paul Cirug Dent.* 25:5-9,1971.

8- Macan D, Kobler P, Knezevic G, Grgurevic J, Svajhler T, Kromotic I, et al. Comparison of clinical and histopathological diagnosis in oral surgery. *Acta Stomatol Croat.* 1991;25(3):177-85.

9- Sahily Espino Otero, Julio Romero Rodríguez, Yordany Boza Mejías, Odalys Acevedo Sierra, Iván Quintana Hijano, Phede Selme. Concordancia clínico-histopatológica en lesiones de cabeza y cuello. Rev Cubana Estomatol vol.48 no.2 Ciudad de La Habana abr.-un. 2011

Benyahya I, Maaroufi A, Jabri L, Haddou G. Clinicopathological discordance for lesions of the oral mucosa. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2004;105(4):211-4.