



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ODONTÓLOGO**

**TEMA**

**OBTENCIÓN DE LAS MUESTRAS NEOPLÁSICAS BUCALES Y SU  
CORRECTO ENVÍO AL LABORATORIO CLÍNICO DE  
HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) DE  
LA CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO SETIEMBRE 2014 –  
FEBRERO 2015**

**AUTOR**

**GIOVANNY GERMÁN REINOSO ROBAYO**

**TUTOR**

**DR. DUNIER ARIAS**

**RIOBAMBA - ECUADOR**

**JUNIO -2015**

## CERTIFICADO DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Xavier Salazar, Presidente del tribunal CI. 0603009101; Dr. Dunier Arias CI. 1756035992, miembro del tribunal y el Dr. Felipe Julio CI. 73142482 (pasaporte), miembro del tribunal; certificamos que el Sr. Giovanni Germán Reinoso Robayo con cédula de identidad N. 180270396-5, egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encuentra apta para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontólogo con el tema de investigación **“OBTENCIÓN DE LAS MUESTRAS NEOPLÁSICAS BUCALES Y SU CORRECTO ENVÍO AL LABORATORIO CLÍNICO DE HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO SETIEMBRE 2014 – FEBRERO 2015”**.

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

Riobamba, 11 de Junio del 2015.

Atentamente,

Dr. Xavier Salazar

CI. 0603009101

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

Dr. Dunier Arias

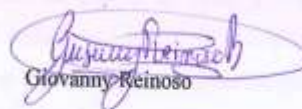
CI. 175603992

Dr. Felipe Julio

CI. 73142482 (Pasaporte)

### **DERECHO DE AUTORÍA**

Yo, **Giovanny Germán Reinoso Robayo**, portador de la cédula de identidad 180270396-5, soy responsable de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

  
Giovanny Reinoso

CI: 180270396-5

## **DEDICATORIA**

Agradezco a Dios sobre todas las cosas todo lo que le he pedido me lo ha dado, a mi padre José Augusto Reinoso quien como catedrático padre y amigo supo guiarme y me brindo su espíritu de lucha, y a mi madre Sra. Emma Robayo que está a mi lado y me llena de fortaleza, el amor que me entrega es mi pilar fundamental. “Dios los bendiga siempre”.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Chimborazo, por recibirme en sus aulas y permitirme culminar mi carrera.

A la Dra. Kathy M. Llori O., por las gestiones y acertadas decisiones en la dirección de la Carrera de Odontología.

A los docentes e inculcadores de la salud, siempre serán inspiración en mi carrera, a mi tutor Dr. Dunier Arias quien a más de ser una guía fundamental me brindo su amistad y entusiasmo que fueron pilares para la culminación de ésta tesina.

Al Dr. Xavier Salazar por su apoyo incondicional para el desarrollo de la misma.

Al Dr. Javier O. Curra (Ph.D.) por su tiempo y dedicación.

Y a todos mis amigos por su ayuda, a lo largo de estos años.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación sobre “Obtención de las muestras neoplásicas bucales y su correcto envío al laboratorio clínico de histopatología en pacientes atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Riobamba en el período Setiembre 2014 – Febrero 2015”, permite conocer la problemática de las alteraciones orales estableciendo que son patologías poco frecuentes y por lo general no son tratadas a tiempo, esto se encuentra en directa relación con el conocimiento de las personas y su enfermedad que en la mayor parte de los casos atendidos es tardía por un insuficiente o total desconocimiento del paciente; la primera atención es realizada por parte del Odontólogo quien al obtener muestras y poder enviar al laboratorio histopatológico se convierte en un recurso importante para su correcto diagnóstico, también pueden ser utilizadas para estadísticas y poder cuantificar a los pacientes atendidos en esta casa de salud, se utilizará procedimientos y técnicas necesarias para la atención y cuyo entorno así como instrumental y equipo se encontrarán con la mayor asepsia y antisepsia hasta la obtención de la muestra oral y posteriormente enviar al laboratorio histopatológico, convirtiéndose el Odontólogo en un determinante fundamental para el diagnóstico y tratamiento en neoplasias bucales, de esta manera se determinará no solo una enfermedad si no la preservación de la vida del paciente. Partiendo de lo general, las neoplasias bucales aún son un paradigma en nuestra sociedad, por ello se recomienda campañas de educación y prevención en la población ecuatoriana. La mayor parte de pacientes son atendidos cuando ha pasado mucho tiempo y la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas, los pacientes con lesiones orales atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de Riobamba en la mayoría de los casos requieren de biopsias para el estudio, análisis, y tratamiento que debe realizarse lo más rápido posible, la técnica más utilizada es la técnica convencional, especialmente de tipo incisional y escisional.

Una vez obtenida la muestra se remitirá al laboratorio de histopatología, y para su envío, la muestra debe encontrarse en un medio que evite cambios estructurales, su recipiente sellado herméticamente y con datos referenciales tanto del paciente como del tratante que la envía.

Los datos, procedimientos, y pronóstico ingresan al sistema del IESS de Riobamba, así como los resultados enviados por el laboratorio de histopatología, permitiendo compartir la información con otras especialidades que estén involucradas.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CENTRO DE IDIOMAS**

**ABSTRACT**

This study is entitled "Getting oral neoplastic samples and its correct management to the histopathology laboratory of patients treated at the Social Security Hospital (IESS) in Riobamba from September 2014 to February 2015". The study provides information about the current problems of these oral changes establishing that those are rare pathologies which are not usually treated on time. This is in direct relation with the knowledge of people and their illness in most of the cases is delayed by insufficient because the patient lack of knowledge. The first attention is performed by the dentist to obtain samples and send them to the laboratory becomes an important resource for correct diagnosis. They can also be used for statistics and to quantify the patients seen in this hospital. Procedures and techniques necessary for the care and whose environment as well as instruments and equipment will meet the highest aseptic and antiseptic parameters to obtain the oral sample and send it to the histopathological laboratory. The dentist has a key role in the diagnosis and treatment of tumors given that not only disease but also the patient's health are improved. From a general perspective, oral cancers are still a paradigm in our society and that is why prevention campaigns are recommended in the Ecuadorian population. Most patients are treated when too much time has passed and the disease is in advanced stages, so that concern for early intervention is one of the important factors for treatment. In particular, patients with oral lesions treated at the Social Security Hospital in Riobamba in most cases require biopsy for study and analysis but also immediate treatment. The procedures for obtaining oral samples and sending them to the laboratory should be in charge of all dentists. We recommend them to have extensive knowledge regarding procedures and techniques for obtaining oral biopsies. In addition to this, the material and necessary instruments should also be subject of care and the information coming from other specialties should be shared with other related specialties.

Reviewed by

Adriana Cundar

**EFL TEACHER – HEALTH AND SCIENCES FACULTY**  
02/06/2015





# ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
HOJA DE APROBACIÓN.....	ii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4

1.3.2.	Objetivos Específicos.....	4
1.4.	JUSTIFICACIÓN.....	4

## **CAPÍTULO II**

2.	MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	7
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
2.2.1.	Cavidad bucal.....	9
2.2.2.	Neoplasias y biopsia.....	12
2.2.2.1.	Clasificación.....	12
2.2.2.2.	Efectos de una biopsia.....	12
2.2.2.3.	Tipos de biopsias.....	13
2.2.3.	Requisitos indispensables de una correcta biopsia.....	17
2.2.3.1.	Indicaciones preferentes para una biopsia.....	18
2.2.3.2.	Contraindicaciones de la biopsia.....	18
2.2.4.	Instrumental y material para toma de biopsia oral.....	19
2.2.5.	Tipos de toma de muestras.....	19
2.2.5.1.	La biopsia incisional.....	19
2.2.5.2.	Biopsia escisional.....	20
2.2.6.	Técnica quirúrgica.....	21
2.2.7.	Citología.....	21

2.2.7.1. Biopsia de lesiones óseas.....	22
2.2.7.2. Biopsia de glándulas salivales menores.....	23
2.2.8. Fijación de las muestras biópsicas.....	23
2.2.8.1. Datos de la remisión.....	23
2.2.9. Técnica quirúrgica convencional.....	24
2.2.10. Pasos en la realización de una biopsia quirúrgica.....	25
2.2.11. Medicación.....	30
2.2.12. Manejo y remisión de muestras de biopsias.....	33
2.2.12.1.Principios generales en relación con la fijación de muestra orales.....	34
2.2.12.2.Comunicación con el laboratorio histopatológico.....	35
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	36
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	38
2.4.1. Hipótesis.....	38
2.4.2. Variables.....	38
2.4.2.1. Variable independiente.....	38
2.4.2.2. Variable dependiente.....	38
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	38

### **CAPÍTULO III**

3. MARCO METODOLÓGICO.....	40
3.1. MÉTODOS.....	40

3.1.1.	Tipo de investigación.....	41
3.1.2.	Tipo de estudio.....	41
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
3.2.1.	Población.....	42
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	43
 <b>CAPÍTULO IV</b>		
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	44
 <b>CAPÍTULO V</b>		
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1.	CONCLUSIONES.....	49
5.2.	RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....		50
ANEXOS.....		53



Figura N° 2.18: Pinzas de biopsia.....	29
Figura N° 2.19: Manipulación de tejido.....	30
Figura N° 2.20: Manipulación de tejido.....	30
Figura N° 2.21: Sutura de tejidos.....	31
Figura N° 2.22: Colocación de yeso quirúrgico.....	31

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 4.1: Número de pacientes atendidos.....	45
Tabla N° 4.2: Técnica para obtención de biopsias.....	46
Tabla N° 4.3: Biopsias compatibles con cáncer oral.....	47
Tabla N° 4.4: Lesiones orales más frecuentes.....	48

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 4.1: Número de pacientes atendidos.....	45
Gráfico N° 4.2: Técnica para obtención de biopsias.....	46
Gráfico N° 4.3: Biopsia compatibles con cáncer oral.....	47
Gráfico N° 4.4: Lesiones orales más frecuentes.....	48

## INTRODUCCIÓN

Las neoplasias son factores importantes de mortalidad en la población, y el incremento de casos se puede revelar en las estadísticas, así en el año 2000 existía un estimado de 10 millones de casos y se estima que para el 2020 en un aproximado de 15 millones, afectando el 60 % en países de menor desarrollo.

Por lo general el diagnóstico es tardío en más de la mitad de la población, las neoplasias bucales constituyen un 3 a 5 % de los tumores malignos del organismo a nivel mundial y el número de casos sigue en aumento, programas de promoción y prevención de salud como los realizados por el Programa Nacional de Detección de Cáncer Bucal colaboran para combatir esta enfermedad, sin embargo el diagnóstico oportuno estará a cargo del Odontólogo por lo que la biopsia oral debe constituir un procedimiento rutinario en su práctica.

Para el diagnóstico además de una detallada valoración de la historia clínica y profunda exploración, es necesario el estudio histopatológico, la obtención de muestras orales y su correcto envío al laboratorio constituye un examen complementario fundamental y en muchos casos será imprescindible para obtener resultados de ciertas patologías y específico para la confirmación y naturaleza maligna o no de una lesión oral.

El estudio profundiza en su marco teórico temas de la cavidad oral, áreas y funciones de la región bucal, la asociación con los hábitos en su entorno, su mayor frecuencia, manifestación de la enfermedad, ya en la práctica profesional la toma de biopsias bucales, y procedimientos para el envío al laboratorio histopatológico.

Con estos antecedentes se busca identificar la presencia de patologías bucales y específicamente de cáncer oral en pacientes atendidos en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Riobamba y su pronta atención.

Finalmente los procedimientos utilizados quedarán en los archivos del (IESS) de Riobamba y serán un apoyo para futuros tratamientos de neoplasias.



# CAPÍTULO I

## 1. PROBLEMATIZACIÓN.

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las patologías orales como los tumores han aumentado su incidencia en la población mundial y el Ecuador no es la excepción. A nivel global la Organización Mundial de la Salud plantea que a pesar de todos los esfuerzos realizados en el campo de la prevención se ha reportado un incremento en la incidencia del cáncer oral, menos del 50 % de los pacientes viven más de 5 años.

Contrariamente a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud la cobertura de los programas de prevención y promoción no alcanzan su totalidad, los intervalos de revisión no se cumplen, o la documentación y datos que de ella se derivan en muchas ocasiones no siguen los caminos establecidos trayendo como resultado un control precario de los casos y sub registros.

En la provincia de Chimborazo la población tiene pocos conocimientos sobre neoplasias bucales, la escasa preocupación a nivel bucal y hábitos como el consumo de alcohol y tabaco han provocado un incremento en enfermedades odontológicas y lesiones orales. Por lo general las personas acuden para tratamiento odontológico cuando hay presencia de dolor y la detección de neoplasias bucales es tardía.

Los pacientes con lesiones orales que acuden al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba son atendidos en el Departamento de Odontología y para su diagnóstico es necesaria una biopsia bucal que puede estar indicada en cualquier lesión oral, no obstante habrá prioridad en lesiones que se presentan en más de dos semanas tras retirar los posibles agentes causales, o cualquier lesión con características clínicas de malignidad.

Para cada caso es necesario el correcto uso de protocolos, el paciente por lo general necesita de varias citas médicas y estos datos son ingresados a los archivos del IESS, obteniendo un historial sobre todos los procedimientos, la evolución del paciente, y si

amerita de otra biopsia o se remite a otra casa de salud que por lo general son remitidos al HCAM Departamento de Oncología (Hospital Andrade Marín).

No todos los Odontólogos tienen conocimientos sobre los procedimientos para obtención de muestras orales y el envío a un laboratorio histopatológico, esto produce que se retarde la atención al paciente, recordemos que las neoplasias bucales deben ser tratadas lo más pronto posible por lo que el incentivar al Odontólogo en los conocimientos necesarios es de suma importancia así como conocer centros de salud con profesionales especialistas en patologías y neoplasias, hoy en día la tecnología nos permite tener una red de información que es de gran apoyo para los tratamientos o remisiones de pacientes a casas de salud acorde a las necesidades requeridas.

Los datos obtenidos no siempre son suficientes para llegar a un análisis cuantitativo, para su mejor conceptualización es importante tener registros de pacientes en cada uno de los dispensarios donde han sido atendidos, de esta manera poder llegar a un registro general en procedimientos para la obtención de biopsias bucales y envío al laboratorio clínico de histopatológico y sus resultados en cada uno de los dispensarios donde se han atendido hasta llegar a todos los dispensarios del país.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los procedimientos para la obtención de las muestras neoplásicas bucales y su correcto envío al laboratorio clínico de histopatología en pacientes atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Riobamba en el período Septiembre del 2014 a Febrero del 2015.?

## 1.3. OBJETIVOS.

### 1.3.1. Objetivo general.

Conocer las técnicas para la obtención de muestras bucales y su correcto envío al laboratorio de histopatología en pacientes atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Riobamba en el período Setiembre 2014 – Febrero 2015.

### 1.3.2 Objetivos específicos.

- Conocer que técnicas fueron las más utilizadas para la obtención de biopsias orales.
- Obtener muestras de patologías bucales que puedan tener indicios de cáncer oral.
- Determinar cuáles fueron las lesiones orales más frecuentes en que se realizaron biopsias orales.
- Determinar que lesiones fueron las más agresivas.
- Servir de apoyo para la prescripción de tratamientos.

### 1.4. JUSTIFICACIÓN.

Una neoplasia es una alteración celular que permite la formación de un nuevo modelo celular cambiando su forma por lo que se manifiesta anormalmente, es decir con crecimiento desordenado. La importancia en el área odontológica es por su incremento y su velocidad de crecimiento, poder diferenciar entre cáncer benigno y maligno mucho dependerá de su aspecto (morfología) y, en último término de su comportamiento (evolución clínica), para ello se utilizan cuatro criterios:

1.- Diferenciación anaplásica.

2.- Velocidad de crecimiento.

3.- Infiltración local.

4.- Metástasis.

Las células de la mayor parte de las neoplasias benignas son muy similares a las células normales del tejido en el que se originan. Aunque en general las neoplasias malignas están peor diferenciadas que sus homólogas benignas, sus patrones pueden oscilar desde bien diferenciadas y muy mal diferenciadas, la ausencia de diferenciación recibe el nombre de anaplasia y es un rango fundamental de las células malignas.

Por la velocidad de crecimiento es importante un diagnóstico temprano, en general la velocidad de crecimiento es mayor en neoplasias malignas, sin embargo, algunas neoplasias crecen lentamente por años para luego entrar en una fase de crecimiento acelerado, mientras que otras aumentan el tamaño con rapidez desde el principio. Las neoplasias malignas de crecimiento rápido suelen contener áreas centrales de necrosis isquémica, ya que su irrigación no logra cubrir las necesidades de oxígeno de la masa celular en expansión.

Casi todos los tumores malignos pueden metastatizar esto implica la infiltración de vasos sanguíneos y linfáticos y de las cavidades orgánicas por el tumor, seguido de transporte y crecimiento de masas secundarias de células tumorales que no están en relación directa con el tumor principal. Esta es la más importante de las características que distinguen a los tumores benignos de los malignos. Por lo que un examen histopatológico es necesario para la obtención de un diagnóstico correcto.

Se debe conocer los factores que predisponen a las personas y poblaciones al desarrollo de neoplasias bucales.

Los factores ambientales influyen significativamente en la incidencia de determinadas formas. Dentro de los factores de riesgo que podemos mencionar encontramos el aumento del consumo de tabaco y alcohol, las lesiones en mucosa oral por traumatismo crónicos a nivel dental o por prótesis defectuosas, infecciones por HPV (papiloma virus humano), exposición solar, edad adulta avanzada, deficiencia nutricional, y mala higiene bucal, encontrándose a la par con el desconocimiento de la población sobre las neoplasias a nivel bucal. En la provincia de Chimborazo el incremento del consumo del alcohol y tabaco no es solo del sexo masculino sino que se ha incrementado en el sexo femenino factor importante para la presencia de alteraciones orales en la mujer. (MEDLINE, P. (2014). Enciclopedia médica. Cáncer oral. EEUU: Adam. Recuperado de [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov) › *Página Principal* › *Enciclopedia médica*).

Ya en el campo clínico, el Odontólogo necesita realizar una biopsia bucal, la obtención de muestras bucales y el apoyo del laboratorio clínico, esto para un estudio histopatológico.

No existe un régimen o característica para que se realice una biopsia, esta puede ser en cualquier lesión a nivel oral, sin embargo se recomienda hacerlo en lesiones que sean

persistentes por más de dos semanas tras de retirar los posibles agentes causales, en cualquier lesión con características clínicas de malignidad, pudiendo identificar y medir la incidencia de pacientes con neoplasias bucales, y obtener datos necesarios para un correcto diagnóstico.

Las medidas preventivas, de promoción aún son insuficientes, por lo que las patologías en la mayoría de los casos son tratadas tardíamente en la población, convirtiéndose el Odontólogo en pieza fundamental para la detección de neoplasias a nivel bucal.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO.

#### 2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes de una persona, se conduce o funciona en el presente, el tema que queremos investigar tiene que ver con la obtención de muestras neoplásicas bucales y el envío correcto al laboratorio clínico histopatológico, por medio de la investigación descriptiva podemos trabajar sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentarnos una interpretación correcta, así podemos describir los registros, analizar e interpretar la naturaleza y composición en el proceso de las neoplasias, también para seguir etapas en la investigación así: Descripción del problema, definición y formulación de la hipótesis, marco teórico, elección de técnicas de recolección de datos, categorías de datos a fin de facilitar relaciones de verificación y validez del instrumento de descripción, análisis e interpretación de datos.

Debemos rechazar la existencia de verdades absolutas, las ideas son provisionales, a la luz de la investigación futura, y está aplicada de la teoría a la práctica en tal virtud nos permite desarrollar procedimientos fidedignos a las necesidades para la obtención de biopsias orales.

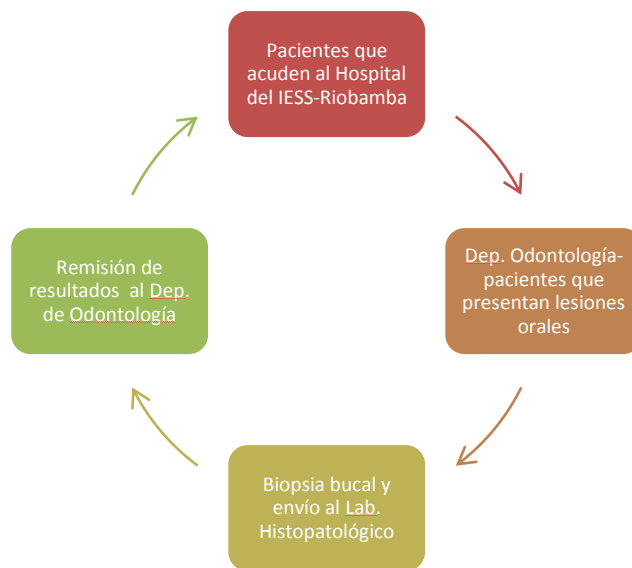
También vamos a apoyarnos en la investigación aplicada esto permitirá utilizar los conocimientos obtenidos de las investigaciones en la práctica, parte de la problemática que requiere ser intervenida y mejorada en la cual se exponen los conceptos más importantes y pertinentes, posteriormente la situación descrita se evalúa para proponer secuencias de acción teniendo relación directa con los pacientes afectados por lesiones orales. La propuesta de solución debe integrar los conocimientos propios del tratante según sea el caso y con ello traer beneficios al paciente y a la sociedad.

Las lesiones orales por lo general son tomadas en cuenta cuando presentan alguna alteración principalmente molestia o dolor, el paciente llega a la Casa de Salud buscando alivio sin percatarse de lo delicado que puede ser y por esto el tratante debe actuar los más

pronto posible y cuyo procedimiento por lo general es la obtención de muestras de la lesión oral y enviar al laboratorio histopatológico para su análisis y obtención de resultados.

Por lo mencionado es evidente la necesidad de la biopsia bucal y así poder conocer el tipo de neoplasia oral, la muestra debe pasar una serie de procedimientos (fig.2.1), empezando por el departamento de odontología para posteriormente enviarlo al laboratorio clínico de histopatología y luego los resultados serán enviados nuevamente al departamento de odontología de donde se informará al paciente sobre la patología.

**Figura N° 2.1: Obtención de biopsias orales y envío al laboratorio histopatológico.**



Elaborado por: Giovanni R.

### 2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La Federación Dental Internacional (FDI), en su declaración de principios sobre las neoplasias bucales con versión revisada en 2008 por la Asamblea General celebrada en Estocolmo, establece que a menudo el diagnóstico se hace cuando la enfermedad ya se encuentra en una fase avanzada. En consecuencia, el pronóstico es malo, con elevados niveles de morbilidad y mortalidad.

Hay evaluaciones sistemáticas y otros estudios que parecen indicar que la detección sistemática de neoplasias bucales deben seguir siendo parte integrante de la práctica médica y odontológica, así como la elaboración de historiales adecuados, y existen pruebas sólidas que demuestran la eficacia del examen visual de la cavidad bucal como método para diagnosticar el cáncer bucal en pacientes de alto riesgo. No existen pruebas clínicas convincentes que respalden en general el uso de otros tipos de pruebas de detección tales como las imágenes ópticas fluorescentes o el muestreo citológico como complementos del diagnóstico previo a una biopsia quirúrgica.” (CONSEJO, Dentistas, (2010), *La biopsia oral. Organización Colegial de Dentistas de España*, España. Recuperado de <http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf>, pp. 9)

### 2.3.1. Cavidad bucal.

La cavidad oral es una región fundamental en el estudio de la cara como un complejo esencial en el funcionamiento general del organismo. Está comprendida entre cuatro límites que le dan forma, siendo una estructura altamente especializada para el inicio no solo de la vía digestiva, sino también de la vía aérea.

**Figura N° 2.2: Áreas de la cavidad bucal.**



Fuente: <http://www.fundacyc.org/>, pp.7

De afuera hacia adentro, el techo de la cavidad oral está constituido por el paladar duro y el paladar blando, el suelo está conformado en su mayoría por tejidos blandos, glandulares y musculares, y las paredes laterales o mejillas, estructuras musculares que se unen en su



porción anterior para formar los labios estableciendo la abertura anterior de la boca. La abertura posterior es el istmo de las fauces que se encuentra en la parte oral de la faringe. (DRAKE, R., VOGL, W., MITCHELL, A., "Cavidad oral". En: Gray. Anatomía para estudiantes, Madrid España, Editorial Elsevier. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/morfologia/article/viewFile/36002/37245>, pp.46)

**Figura N° 2.3: Áreas de la cavidad bucal.**



Fuente: <http://www.fundacyc.org/>,pp.6

➤ Pared anterior: Está formada por los labios.

Los labios son la puerta de entrada del aparato digestivo y la apertura anterior de la boca.

Presentan una porción muscular central, recubierta por fuera por piel y por dentro por una mucosa, la porción muscular central corresponde al músculo estriado voluntario, recubierto por su parte externa por piel, el labio es un repliegue músculo cutáneo membranoso.

La lesión labial sangra mucho, por una profusa irrigación principalmente venosa, con presencia de anastomosis arteriovenosas.

Labio superior.- En la zona central se eleva un nódulo redondeado llamado tubérculo, por encima del nódulo se encuentra una depresión llamada filtro, desde las alas de la nariz a las comisuras de los labios se encuentran unos surcos llamados surcos naso labiales.

Labio inferior.- Tiene por debajo un surco horizontal llamado surco del labio mentoniano. (MICHELLE, S. (Septiembre del 2012). La boca y sus partes. Recuperado de [www.michellesandra.blogspot.com/2012/09/la-boca-y-sus-partes-la-boca-tambien.htm](http://www.michellesandra.blogspot.com/2012/09/la-boca-y-sus-partes-la-boca-tambien.htm))

- Paredes laterales: Están formadas por las mejillas.

La mejilla o cachete es cada una de las dos prominencias que hay en el rostro humano, debajo de los ojos, también se llama así a la parte carnosa de la cara, desde los pómulos hasta debajo de la mandíbula.

- Pared inferior: Formada por el piso de la boca, donde se ubica la lengua.

La lengua es un órgano móvil situado en el interior de la boca, impar, medio y simétrico, que desempeña importantes funciones como la masticación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto.

- Pared superior: Formada por la bóveda palatina o paladar duro.

El paladar constituye la pared superior o techo de la cavidad oral, está dividido en dos partes, la bóveda palatina o paladar óseo en sus dos tercios anteriores, y el paladar blando o velo del paladar en su tercio posterior, en el centro y en la parte más pósterior inferior del velo del paladar cuelga la úvula.

- Pared posterior: Es realmente un orificio irregular llamado istmo de las fauces que comunica la boca con la faringe.

La faringe es una estructura en forma de tubo que ayuda a respirar y está situada en el cuello y revestido de membrana mucosa; conecta la nariz y la boca con la laringe y el esófago respectivamente.

Por ella pasan tanto el aire como los alimentos, por lo que forma parte del aparato digestivo así como del respiratorio.

Los anexos de la boca son los dientes, las encías y las amígdalas. (MICHELLE, S. (Septiembre del 2012). La boca y sus partes. Recuperado de [www.michellesandra.blogspot.com/2012/09/la-boca-y-sus-partes-la-boca-tambien.htm](http://www.michellesandra.blogspot.com/2012/09/la-boca-y-sus-partes-la-boca-tambien.htm))

### 2.3.2. Neoplasias y biopsia.

*Neoplasia*: Una neoplasia es una alteración celular que permite la formación de un nuevo modelo celular cambiando su forma por lo que se manifiesta anormalmente, es decir con crecimiento desordenado y para su identificación es necesaria la obtención de una biopsia.

#### 2.3.2.1. Clasificación

Se pueden clasificar de distintas maneras, así desde el punto de vista de su comportamiento, localización y evolución, brindan una idea global sobre el cuadro clínico y comportamiento en un momento dado y que permita establecer un pronóstico probable y obtener un diagnóstico de la enfermedad.

Según el criterio biológico o por su letalidad:

*Neoplasias benignas*: Son neoplasia de crecimiento lento, generalmente encapsuladas cuya estructura histológica es similar a la de los tejidos que le rodean, no invaden a los tejidos vecinos, no producen metástasis y pueden ser extirpadas quirúrgicamente con curación para el paciente.

*Neoplasias Malignas*. Son neoplasia que crecen rápidamente, por lo general no son encapsuladas, su estructura histológica es diferente de los tejidos que los rodean, invade a los tejidos vecinos y producen metástasis, que pueden ocasionar la muerte de la persona.

#### 2.3.2.2. Efectos de una neoplasia

**Directos**: Son aquellos producidos sobre la constitución estructural de los órganos o tejidos normales originando alteraciones en sus relaciones anatómicas, la destrucción del tejido donde se orienta la neoplasia con formación de úlceras que predisponen a la hemorragia. En otros términos son los efectos que provoca la neoplasia en el sitio o en los órganos y tejidos sobre los que crece e invade.

**Indirectos**: Fiebres, anorexia, y malestar general. El efecto indirecto más temible de las neoplasias malignas lo representa la metástasis. (CARVAJAL.Manual de histopatología básica para Odontólogos. Recuperados de:

<http://www.webdelprofesor.ula.ve/odontologia/carjav/documentos/neoplasias.pdf>. pp.55,60,61.)

### 2.3.2.3. Tipos de neoplasias

La mayoría de neoplasias orales se originan en las células escamosas (células delgadas y planas que revisten los labios y la cavidad oral). Estos se llaman carcinomas de células escamosas. Las células cancerosas se pueden diseminar al tejido más profundo a medida que el cáncer crece. Por lo común, el carcinoma de células escamosas se presenta en áreas de leucoplasia (parches blancos de células que no desaparecen al frotarlos).

(NHI, Instituto nacional del cáncer. (22 de mayo del 2015). Cáncer del labio y de cavidad oral. EEUU. Recuperado de [www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza.../tratamiento-labio-boca-pdq](http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza.../tratamiento-labio-boca-pdq))

#### *Neoplasias benignas de la cavidad oral*

*Mucocele del labio:* Tumefacción de tejido conjuntivo con colección de mucina (moco), más frecuente en la cara interna del labio inferior de aspecto traslúcido, puede aparecer en cualquier parte de la boca incluyendo la base de la lengua y se presenta en niños y adolescentes, su origen está en las glándulas salivales menores. (BHRASKAR,N, (1984). Patología bucal. Buenos Aires, Argentina: Editorial “El Ateneo”, sexta edición).

**Figura N° 2.4: Mucocele labio inferior**



Fuente: [cirujanopediatricacancun.com/procedimientos/mucocele/](http://cirujanopediatricacancun.com/procedimientos/mucocele/)

*Ránula:* La ránula es un tipo de mucocele, presenta aumento de volumen en el piso de la boca con colección de mucina, proviene de la glándula salival sublingual, también pueden estar involucradas las glándulas salivales menores.

**Figura N° 2.5: Ránula, aspecto clínico**



*Fuente: Cirujanopediatracancun.com/procedimientos/mucocele/*

*Fibroma:* También llamado hiperplasia local, es considerado la neoplasia benigna de tejido conjuntivo más común de la cavidad bucal. Se origina por traumatismos crónicos como el mordisqueo de carrillos, prótesis mal adaptadas, induciendo un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos lo que origina una submucosa evidente al examen clínico. Esta lesión afecta ambos sexos por igual, sin embargo algunos autores aseguran que tiene predominio por el sexo femenino y se puede presentar en cualquier edad pero es más frecuente después de la segunda década de vida, las áreas más frecuentes donde aparece son las más afectadas por traumas, así los carrillos, lengua, paladar, y labio.

Desde el punto de vista clínico es una lesión que se caracteriza por ser elevada, tumoral, de coloración normal a pálida debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos, donde la superficie puede ser lisa o ulcerada, esta última guardando mucha relación con la localización y tamaño de la lesión, su crecimiento es lento, incluso puede mantener el mismo tamaño durante años. Poseen un potencial de crecimiento limitado, que por lo general no excede a 1 cm de diámetro y rara vez es mayor de 2 cm, cuando sobrepasan estas dimensiones son denominados fibromas gigantes. Su consistencia puede ser dura o blanda a la palpación, dependiendo de su grado de vascularización y fibrosis, y por lo

general se presenta de forma asintomática. (ABEQUIPO5. (9 de mayo, 2011). Fibroma y tipo de fibromas. Recuperado de: [abequipo5.blogspot.com/.../fibroma-y-tipos-de-fibromas-revision.html](http://abequipo5.blogspot.com/.../fibroma-y-tipos-de-fibromas-revision.html)).

**Figura N° 2.6: Fibroma de células gigantes**



Fuente: [www.actaodontologica.com](http://www.actaodontologica.com)

*Angioma:* Hiperplasia del tejido vascular sanguíneo; cuando se desarrolla en los vasos sanguíneos recibe el nombre de hemangioma, mientras que si se produce en los vasos linfáticos recibe el nombre de linfangioma.

Es más frecuente es en las 2 primeras décadas de la vida. Afecta a ambos sexos; puede presentarse en la mandíbula y en el maxilar con una incidencia ligeramente superior en la primera.

**Figura N° 2.7: Hemangioma capilar**



Fuente: Gray, J. (2010). *Atlas de patología del complejo bucal*. La abana, Cuba. Ecimed

*Papiloma escamoso*: El papiloma escamoso (PE) es una neoplasia benigna del epitelio de revestimiento formado por células epiteliales maduras que sobresalen de la mucosa de la boca a la cual está unida por una base sésil o pediculada. (Fuente: Gray, J. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. La abana, Cuba. Capítulo,12. Ecimed).

**Figura N° 2.8: Papiloma**



Fuente: Fuente: Gray, J. (2010). *Atlas de patología del complejo bucal*. La abana, Cuba. Capítulo,12. Ecimed

### *Neoplasias malignas de la cavidad ora*

Los carcinomas y sarcomas (neoplasias malignas).

Estos pueden producir la muerte por:

- Alteración mecánica de alguna función vital.
- Infecciones.
- Caquexia, estado de desnutrición avanzada en el individuo.
- Metástasis.

(CARVAJAL.Manual de histopatología básica para Odontólogos. Recuperados de <http://www.webdelprofesor.ula.ve/odontologia/carjav/documentos/neoplasias.pdf>. pp.55,60,61.)

*Carcinomas*: Son neoplasias con capacidad de producir metástasis, pudiendo causar la muerte.

**Figura N° 2.9: Carcinoma oral de células escamosas**



Fuente: BAGAN, J. *Atlas clínico de medicina oral*. Valencia, España. Recuperado de <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/cancer/1>

**Biopsia:** La biopsia es un procedimiento quirúrgico encaminado a obtener tejido de un organismo vivo, para su estudio microscópico, básicamente con una finalidad diagnóstica.

El CESIB 2005, define biopsia como un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de una parte representativa de una lesión de un tejido vivo, con el fin de realizar un examen microscópico para valorar su naturaleza y extensión. (SECIB, (2005), *Protocolos y Guía de Práctica Clínica en cirugía bucal*, España: Sociedad española de cirugía bucal. Recuperado de [www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf](http://www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf). pp. 18)

### 2.2.3. *Requisitos indispensables de una correcta biopsia.*

1. El material obtenido debe ser suficiente, tanto en extensión como en profundidad, para asegurar un buen diagnóstico.
2. La muestra debe ser representativa de la lesión. En lesiones no homogéneas se debe realizar una buena elección de la zona a biopsiar.



**3.** La muestra debe ser adecuadamente manejada hasta su procesamiento en el laboratorio.

#### 2.2.3.1. Indicaciones preferentes para una biopsia.

La biopsia puede estar indicada en cualquier lesión bucal y maxilofacial. No obstante, son indicaciones preferentes:

- a.** Cualquier lesión que persista más de dos semanas tras retirar los posibles agentes causales.
- b.** Cualquier lesión con características clínicas de malignidad.
- c.** Cualquier lesión que muestre un crecimiento progresivo.
- d.** Cualquier lesión pigmentada.
- e.** Las tumoraciones intersticiales.
- f.** Las lesiones periapicales cuando sean extirpadas.
- g.** Cualquier lesión ósea radiolúcida, condensante y/o mixta.
- h.** Cuando se precise confirmación de enfermedades de origen sistémico.

#### 2.2.3.2. Contraindicaciones de la biopsia.

- a.** Lesiones pigmentadas con sospecha de melanoma.
- b.** Lesiones vasculares (indicado hacerlo en centro hospitalario).

Tumoraciones de glándulas salivales mayores, indicada en lesiones muy extensas con características clínicas de malignidad o ante la sospecha de enfermedades orales con afectación múltiple. (SECIB, (2005), *Protocolos y Guía de Práctica Clínica en cirugía bucal*, España: Sociedad española de cirugía bucal. Recuperado de [www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf](http://www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf) pp.18)

### 2.2.13. Instrumental y material para toma de biopsia oral.

- ✓ Jeringa con aguja convencional para anestésicar.
- ✓ Hoja y mango de bisturí.
- ✓ Pinza (de ser disponible tipo Adson).
- ✓ Separador.
- ✓ Cánula de aspiración.
- ✓ Contenedor de muestra con formol.
- ✓ Impreso de datos para laboratorio.
- ✓ Porta agujas, tijera, y sutura opcional pinza B o punch.

**Figura N° 2.10: Instrumental para biopsias orales.**



Fuente: [www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf](http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf). pp.49

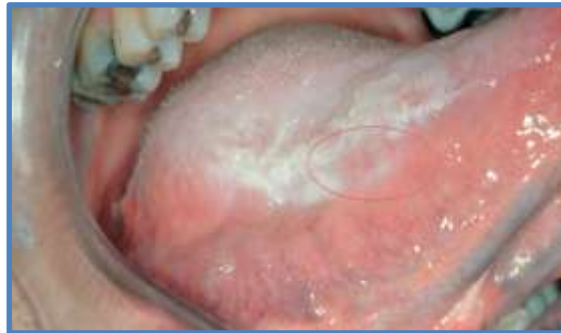
### 2.2.14. Tipos de toma de muestras.

#### 2.2.14.1. La biopsia incisional.

*La Biopsia Incisional* debe contener una parte representativa de la lesión.

Además, es necesario que la biopsia tenga una profundidad adecuada, llegando hasta el tejido conectivo subyacente. Se debe evitar realizar la toma de la muestra en el centro de la lesión por poderse tratar de un área necrótica que no sería representativa (SECIB, (2005), *Protocolos y Guía de Práctica Clínica en cirugía bucal*, España: Sociedad española de cirugía bucal. Recuperado de [www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf](http://www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf). pp. 18,19)

**Figura N° 2.11: Tejido a extirpar en una biopsia incisional.**



Fuente:

[www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf](http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf). pp.21

#### 2.2.14.2. Biopsia escisional.

Procedimiento quirúrgico que consiste en la exéresis de toda la lesión para su estudio histopatológico. Está indicado en lesiones pequeñas que no midan más de 1 cm. Debe incluir toda la lesión y un margen de tejido sano de unos 2 o 3 mm alrededor de toda la lesión.

**Figura N.2.12: Tejido a extirpar en una biopsia escisional.**



Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014

### **2.2.15. Técnica quirúrgica.**

1. Anestesia: En la periferia de la lesión y nunca intralesional.
2. Estabilización del tejido: Evitar comprimir la lesión para no provocar distorsiones.
3. Incisión:
  - Bisturí convencional.
  - Punch: sacabocados estéril con cuchilla cilíndrica de diámetro variable (2-8 mm).
  - Otros: láser CO2, bisturí eléctrico (no convenientes ya que artefactúan la muestra).
4. Remoción del tejido: manejo cuidadoso con pinzas a traumáticas o puntos de tracción.
5. Hemostasia.
6. Cierre de la herida: sutura de los bordes.

### **2.2.16. Citología.**

#### *Citología Oral por Raspado (Citología Exfoliativa)*

Es una técnica de ayuda que nunca debe sustituir a la biopsia ya que presenta un elevado porcentaje de falsos negativos en el diagnóstico de las lesiones malignas. Es una técnica de fácil realización que consiste en la recogida de células que se hallan en la lesión, tanto provenientes de la descamación natural del epitelio como de la propia maniobra del raspado.

Puede ser útil como paso previo a la biopsia, así como para reconocer algunas enfermedades vírales. En todas las ocasiones donde existan datos de posible malignidad el diagnóstico debe ser confirmado mediante biopsia convencional con bisturí frío.

*La técnica* consiste en lavar la mucosa con suero fisiológico y después raspar energicamente el área de la lesión con un cepillo citológico. El producto recogido se extiende en un portaobjetos y se fija seguidamente con alcohol, rociando con un spray a 20 cm de forma uniforme todo el portaobjetos o sumergiéndolo en alcohol de 90°.

**Figura N° 2.13: Cepillo de citología intraoral.**



Fuente: [www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf](http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf). pp.30

#### 2.2.16.1. *Biopsia de lesiones óseas.*

La patología ósea al igual que la de partes blandas incluye una gran variedad de entidades que van desde quistes a tumores o incluso lesiones que forman parte de un cuadro general con afectación ósea maxilar.

En muchos casos se recurre a la biopsia escisional eliminando toda la lesión, sobre todo cuando su tamaño es pequeño.

En lesiones extensas, cuya enucleación compromete estructuras anatómicas vecinas o provoca solución de continuidad en el hueso, está indicada la biopsia incisional.

*La técnica de la biopsia ósea escisional comprende:*

- a) Elevación de un colgajo mucoperióstico.
- b) Ostectomía y legrado o resección de la lesión.
- c) Sutura del colgajo.

*La técnica de la Biopsia ósea incisional comprende:*

- a) Elevación de un colgajo mucoperióstico.
- b) Toma de un bloque óseo con trefina en lesiones condensantes.

- c) Ostectomía hasta llegar a la lesión y toma de una parte de la misma en lesiones no condensantes.
- d) Sutura del colgajo.

#### 2.2.16.2. *Biopsia de glándulas salivales menores.*

La biopsia de las glándulas salivales menores se utiliza para la confirmación del diagnóstico de enfermedades sistémicas con afectación glandular, como es el Síndrome de Sjögren.

La toma se realiza de las glándulas salivales del labio inferior. Para ello se realiza una incisión vertical en la mucosa labial inferior entre la comisura y la línea media y se obtienen un mínimo de tres grupos glandulares menores. (SECIB, (2005), *Protocolos y Guía de Práctica Clínica en cirugía bucal*, España: Sociedad española de cirugía bucal. Recuperado de [www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf](http://www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf). pp. 18,19,20.)

#### 2.2.17. *Fijación de las muestras biópsicas.*

- Para el estudio convencional histopatológico con microscopía óptica, la muestra deberá ser sumergida en formol al 10%.
- Para un estudio de microscopía electrónica la muestra debe ser fijada en glutaraldehído al 3%.
- Cuando sea necesaria la realización de técnicas de inmunofluorescencia, hay que remitir la muestra en fresco.
- La proporción volumétrica del líquido fijador y la muestra debe ser 10:1.

#### 2.2.17.1. *Datos de la remisión.*

Junto a la muestra se debe enviar un pequeño informe que incluya todos los datos relevantes del caso.

Un formulario estándar debe tener:

- 1) Profesional remitente (Remitente, Dirección, Teléfono, Fax, e-mail).
- 2) Fecha.
- 3) Datos de filiación del paciente.

- 4) Edad, género.
- 5) Datos clínicos sobresalientes.
- 6) Características de la lesión: localización, tamaño, aspecto, consistencia.
- 7) Técnica quirúrgica.
- 8) Observaciones: En algunas lesiones puede ser muy importante remitir información gráfica al patólogo.
- 9) Diagnóstico clínico de presunción.

(SECIB, (2005), *Protocolos y Guía de Práctica Clínica en cirugía bucal*, España: Sociedad española de cirugía bucal. Recuperado de [www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf](http://www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf). pp. 20)

#### **2.2.18. Técnica quirúrgica convencional.**

La biopsia consiste en la remoción total o parcial de tejido de un paciente para un estudio histopatológico y poder obtener diagnósticos de las lesiones orales, se requiere de una completa historia clínica, un minucioso estudio clínico y si amerita la obtención de radiografías del sitio a biopsiar, esto depende del tamaño y el aspecto clínico de la lesión.

Se debe incluir en su límite tejido sano, como norma genera la muestra obtenida para estudio histológico incluirá el área más representativa de la lesión evitando zonas necróticas, a veces en lesiones sospechosas de malignidad en la que es difícil decidir la zona a biopsiar puede ser útil la tinción vital con azul de toluidina previa a la toma de biopsia éste colorante metacromático básico se une al ADN, y aunque no es específico de la existencia de cáncer tiene el ADN mitocondrial y el ADN alterado en las lesiones orales malignas y pre malignas, su sensibilidad oscila entre el 93 y el 97 %. En ocasiones, las lesiones son muy extensas y puede estar justificado realizar varias biopsias incisionales en diferentes zonas de la misma. (CONSEJO, Dentistas, (2010), *La biopsia oral. Organización colegial de dentistas de España*. España. Recuperado de <http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf>. pp. 47)

**Figura N° 2.14 y 2.15: Aplicación del TAT en lesión del suelo de boca que resulta positivo y que remarca las lesiones blancas existentes.**



Fuente: <http://www.consejodontistas.es/pdf/LIBRO1.pdf>. pp. 35

#### 2.2.19. Pasos para la realización de una biopsia quirúrgica.

- Consentimiento informado.
- Elección lugar.
- Anestesia.
- Inmovilización del tejido.
- Incisión.
- Manipulación de la muestra.
- Sutura.
- Cuidados post-operatorios.
- Hoja de petición.

**Consentimiento informado:** Por parte del paciente, en él debe hacer constar la necesidad de la realización de la biopsia, las molestias que puede originar y el potencial riesgo de un resultado falso negativo.

Conviene seguir una secuencia sistematizada de recolección de datos que incluyen una evaluación general del estado físico o anímico del paciente, historia clínica médica, odontológica, y examen de la cavidad bucal en general.



La primera visita del paciente es muy importante, pues es la oportunidad del conocimiento y aceptación mutua entre éste y el profesional, si se trata de una emergencia por dolor agudo u otra razón, debe enfocarse la atención directamente a ésta, quedando el diagnóstico completo para otra visita posterior.

**Asepsia y esterilización:** Se toma como un pilar básico del procedimiento quirúrgico, para el buen uso de materiales e instrumentales estériles.

*La asepsia* es el método diseñado para evitar la infección de una herida durante una intervención quirúrgica o cuando se reparan las lesiones del cuerpo humano. Existe una ausencia total de agentes microbianos lo que se consigue con la esterilización.

*La antisepsia* en el conjunto de métodos destinados a prevenir y combatir la infección, destruyendo los microorganismos que existen en la superficie o en el interior de las cosas o seres vivos.

La aparición de enfermedades virales contagiosas como el SIDA, las hepatitis, hace más imperiosa la necesidad de una descontaminación rigurosa. Una máxima a recordar es que “si un material es susceptible de ser esterilizado, esterilízelo”.

En el Hospital del IESS de la ciudad de Riobamba, éste procedimiento se realiza tanto por medio de calor seco como de calor húmedo.

Calor seco: 170 grados de temperatura a 60 minutos, puede variar con la temperatura y el tiempo, para poder tener la seguridad de obtener resultados bactericidas.

Calor húmedo: En el autoclave la relación temperatura-presión-tiempo para conseguir la esterilización es: temperatura 120 grados – presión 1 atmósferas – tiempo 20 minutos. (COSME, G., LEONARDO, B. (2011). *Cirugía bucal*. Barcelona, España: Océano, Edición ampliada. pp. 60, 61)

**Acomodación del paciente:** Se dispondrá de un sillón dental para sentar al paciente durante los procedimientos quirúrgicos bucales, la actividad quirúrgica se desarrolla en una sala operatoria similar a un quirófano.

Para el soporte de bandeja e instrumental se utiliza una mesa de Mayo y el instrumental está ubicado acorde a los requerimientos del tratante, con ello mantenemos una sistemática que facilita la localización del material y otras muchas ventajas ergonómicas importantes. La disposición del instrumental en la mesa de Mayo seguirá el orden de uso de cada instrumento a lo largo de la secuencia operatoria.

*Material de uso quirúrgico*

- Instrumental básico-instrumental específico.
- Instrumental de reserva.
- Instrumental para posibles complicaciones.
- Material de anestesia estéril.
- Sutura.
- Materiales hemostáticos.

*Campo quirúrgico:* Además de garantizar la esterilidad del procedimiento, dispongamos el instrumental suficiente y contar con el material necesario para realizar la anestesia de la zona.

Generalmente se realizan bajo anestesia local, por tal motivo debe aplicarse a distancia del lugar a biopsiar.

*Técnica anestésica adecuada:* Se puede recurrir a bloqueos anestésicos regionales, o a un bloqueo circunferencial de la lesión a distancia de ésta.

La técnica infiltrativa fue la más utilizada, en esta modalidad. A través del nervio maxilar podemos anestesiarse las ramas alveolares superiores anteriores, las ramas alveolares superiores posteriores, ya que éste plexo inerva los dientes y la encía bucal del maxilar superior.

También se utilizó el bloqueo nervioso, podemos bloquear el nervio bucal, el nervio lingual, el nervio alveolar inferior, nervio mentoniano, la piel y el labio inferior de la barbilla. (HANS, E., GLENN, H., LENNART, H., POUL, B., LASSE, B., TOIVO, B. (1983). *manual de anestesiología local en Odontología*. España: Salvat. pp.20, 21, 30, 31)

*Inmovilizar el tejido* en el que vamos a practicar la biopsia. Depende del lugar que se realice la incisión. Así, en el suelo de boca es útil la tracción y sujeción con pinzas, la lengua se inmoviliza bien traccionando con una gasa.

A nivel de los vestíbulos labiales y mucosa yugal anterior son útiles las pinzas fenestradas como la pinza B del Prof. Bermejo.

**Figura N° 2.16: Inmovilización la lengua. Tracción con una gasa.**



Fuente: [www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf](http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf). pp. 49

**Incisión:** La incisión en forma de ojal orientando en una dirección paralela a los vasos y nervios de la zona, esta forma elíptica facilitará el posterior cierre.

Generalmente, se emplea una hoja de bisturí del número 15 con un mango de bisturí número tres o una hoja circular si se va a realizar una biopsia tipo punch, la utilidad en tratamientos y obtención de muestras orales es cómoda para el tratante, permitiendo realizar un procedimiento más rápido.

Las biopsias realizadas con bisturí circular son utilizadas en determinadas zonas como la lengua o el área gingival; sin embargo, pueden distorsionar la muestra en áreas de partes blandas como la mucosa yugal.

El estudio macro y microscópico del tejido extraído por instrumentales como la pinza de B profesor Bermejo colaboran para la obtención de muestras bucales, y casi siempre permite el diagnóstico definitivo de las muestras orales.

**Figura N° 2.17: Pinza B del Prof. Bermejo.**



Fuente: [www.consejodontistas.es/pdf/LIBRO1.pdf](http://www.consejodontistas.es/pdf/LIBRO1.pdf). pp. 50

La obtención del material histológico también puede realizarse por medio de pinzas de biopsia, son muy útiles para zonas orofaríngeas posteriores de difícil acceso quirúrgico. En general debe evitarse la utilización de láser y electro bisturí.

**Figura N° 2.18: Pinzas de biopsia**



*Manipulación del tejido:* Obtenida la muestra quirúrgica se recomienda orientar la muestra antes de remitirla.

**Figura N° 2.19: Manipulación de tejido.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014

**Figura N° 2.20: Manipulación de tejido.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014

**Sutura:** Tras esto se sutura la herida con unos puntos sueltos de seda o un material reabsorbible.

**Figura N° 2.21: Sutura de tejidos.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014

**Figura N° 2.22: Colocación de yeso quirúrgico.**



### **2.2.20. Medicación.**

Solo en ocasiones es necesario utilizar algún analgésico, los analgésicos más utilizados en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad de Riobamba, se describen a continuación:

#### **➤ Paracetamol.**

Solución oral, solución gotas y tabletas

Analgésico, antipirético

Forma farmacéutica y formulación:

Cada ml de solución contiene:

Paracetamol (acetaminofén)..... 100 mg

Cada tableta contiene:

Paracetamol (acetaminofén)..... 500 mg

*Indicaciones terapéuticas:* Paracetamol es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, cefaleas, dolor odontogénico, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores etc. También es eficaz para el tratamiento de la fiebre, como la originada por infecciones virales, la fiebre pos vacunación.

#### **➤ Ibuprofeno.**

Analgésico

Forma farmacéutica y formulación:

Cada tableta contiene:

Ibuprofeno..... 400 mg

Ibuprofeno..... 600 mg

*Indicaciones terapéuticas:* Ibuprofeno es un analgésico y antiinflamatorio utilizado para el tratamiento de estados dolorosos, acompañados de inflamación significativa como artritis reumatoide leve y alteraciones músculo esqueléticas (osteoartritis, lumbago, tendinitis, hombro doloroso, esguinces, torceduras, etc.). Se utiliza para el tratamiento del dolor moderado en postoperatorio, en dolor dental, dolor de cabeza.

➤ **Diclofenaco.**

Solución inyectable y grageas de liberación prolongada

Analgésico, antiinflamatorio, antirreumático

Forma farmacéutica y formulación:

Cada ampolleta contiene:

Diclofenaco sódico..... 75 mg

Agua inyectable, 3 ml.

Cada gragea de liberación prolongada contiene:

Diclofenaco sódico..... 100 mg

*Indicaciones terapéuticas:* Diclofenaco sódico es un antiinflamatorio que posee actividades analgésicas y antipiréticas y está indicado por vía oral e intramuscular para el tratamiento de enfermedades reumáticas agudas, artrosis, lumbalgia, gota en fase aguda, inflamación postraumática y postoperatoria, cólico renal y biliar, migraña aguda, y como profilaxis para dolor postoperatorio. (FACMED. (2007). Catálogo De medicamentos genéricos intercambiables. Recuperado de [www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/prods/ibuprofeno.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/prods/ibuprofeno.htm))

**2.2.21. Manejo y remisión de muestras de biopsias.**

El objetivo es evitar el proceso de autólisis y conservar una estructura histológica adecuada que permita la valoración de las alteraciones generadas durante el desarrollo de la lesión, y un correcto procedimiento de fijación tisular.

La fijación tisular consiste en interrumpir los procesos de degradación que aparecen tras la muerte celular, en el manejo de la muestra probablemente la única fase del procesamiento cuyos errores no pueden ser corregidos.

#### *2.2.21.1. Principios generales en relación con la fijación de muestra orales.*

- A.** No existe un método universal para la fijación. Así, un agente fijador adecuado para un tejido puede no serlo para otro.
- B.** No todos los fijadores conservan indefinidamente el tejido ya que fijación no equivale a conservación tisular. No obstante, la formalina es el fijador más utilizado, es al mismo tiempo un gran conservante.
- C.** Un defecto de fijación jamás puede ser corregido.
- D.** Es inútil realizar un estudio histológico sobre un material con graves defectos de fijación.

*Un líquido fijador ideal debería tener las siguientes características:*

- A.** Bloquear inmediatamente la autólisis.
- B.** Tener efecto microbicida.
- C.** No provocar sobre el tejido retracciones o distorsiones que determinen anomalías en su estructura.
- D.** Poseer capacidad de inducir cambios en la textura o composición tisular que favorezcan la inclusión, corte y coloración del material histológico.

*Deberían observarse unas reglas generales para el empleo de los líquidos fijadores:*



- A.** Para evitar la autólisis, el tejido debería ser colocado lo más rápidamente posible en el líquido fijador.
- B.** Si la muestra tisular es grande se deberían practicar incisiones para permitir que el líquido fijador llegue fácilmente a todo el tejido.
- C.** El volumen necesario de fijador está determinado por el del tejido que se va a fijar, de tal forma que la relación entre el volumen de fijador y el de la pieza debe ser de 20 a 1.
- D.** El pH del líquido fijador debe aproximarse al pH fisiológico.

#### 2.2.21.2. *Comunicación con el laboratorio histopatológico.*

El clínico que realiza la biopsia debería disponer de una hoja de recogida de datos estandarizada que acompañará siempre al material obtenido tras la biopsia. En esta hoja de recogida de datos debería incluirse el nombre del paciente, sus datos de filiación esenciales, su número de teléfono y su dirección.

También se debería incluir una breve historia clínica del paciente y una descripción clínica de la lesión o lesiones que se han biopsiado, puede ser útil incluir una fotografía clínica. Se debe comunicar al laboratorio histopatológico si se trata de una biopsia incisional o escisional. (CONSEJO, Dentistas. (2010). *La biopsia oral. Organización Colegial de Dentistas de España.* España: Recuperado de: <http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf>. pp.135).

### **2.3. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS.**

*Arteriovenoso:* Arterial y venoso al mismo tiempo, concerniente o relativo a las arterias y a las venas.

*Autolisis:* La autolisis (del griego auto, el mismo, y lisis, pérdida, disolución) es un proceso biológico por el cual una célula se autodestruye, ya sea porque no es más necesaria o porque está dañada y debe prevenirse un daño mayor. *La autolisis celular* es muy rara en condiciones normales, pero es uno de los procesos celulares inducidos por la radiación o por la presencia de daños severos en los tejidos, como por ejemplo, la necrosis.

*Azul de toluidina:* El azul de toluidina es una materia colorante homóloga de la anilina derivada del toluol que se emplea en histología para la tinción de núcleos. Este colorante tiñe estructuras basófilas tales como la cromatina. Se puede comportar como colorante ortocromático (tiñe de color azul) o metacromático (tiñe de color violeta-rojo), dependiendo del ph y de la naturaleza química de la sustancia teñida.

*Citología:* La citología o biología celular es la rama de la biología que estudia las células en lo que concierne a su estructura, sus funciones y su importancia en la complejidad de los seres vivos. Citología viene del griego κύτος (célula).

*Fibroma:* Se llama fibroma a un tipo de tumor benigno del tejido mesenquimatoso.

*Hemostasia:* La hemostasia es el conjunto de fenómenos que permiten detener un sangrado o hemorragia.

*Histología:* La histología (del griego ἵστός histós "tejido" y λογία logía "tratado, estudio, disciplina") es la disciplina que estudia todo lo relacionado con los tejidos orgánicos: su estructura microscópica, su desarrollo y sus funciones.

*Histopatología:* La Histopatología es la rama de la patología que trata el diagnóstico de enfermedades a través del estudio de los tejidos.

*Isquemia:* Alteración propia del tejido privado de oxígeno, ya sea debido a una obstrucción arterial, a una falta o disminución de irrigación sanguínea, a un desequilibrio entre las necesidades de oxígeno del tejido y el aporte percibido o por alteraciones sanguíneas que disminuyen la capacidad de transporte de oxígeno.

*Lipomas:* Un lipoma es un nódulo de tacto blando o pastoso, redondeado o multilobulado, no adherido a planos profundos, bien delimitado, desplazable, que aparece prominente y en ocasiones puede estar recubierto por piel de aspecto normal.

*Metástasis:* Reproducción de una enfermedad en órganos distintos de aquel en que se manifestó. Capacidad de los tumores malignos de propagarse a las vías sanguíneas y a los vasos linfáticos.

*Melanoma:* Forma de cáncer que empieza en los melanocitos (las células que elaboran el pigmento melanina). Puede empezar como un lunar (melanoma cutáneo), pero también puede comenzar en otros tejidos pigmentados como en el ojo o en los intestinos.

*Necrosis:* Es la muerte de tejido corporal y ocurre cuando no está llegando suficiente sangre al tejido, ya sea por lesión, radiación o sustancias químicas. La necrosis es irreversible.

*Ostectomía:* La ostectomía es una técnica quirúrgica que se realiza sobre tejido óseo. Consiste en la remoción de un fragmento de éste que altera la forma o función de los maxilares. Inicialmente se elimina el fragmento con fresas quirúrgicas o con cincel y martillo, posteriormente se regulariza la superficie con una lima para el hueso.

*Trefina:* Entendemos por trefina instrumento circular semejante a una sierra utilizado para extirpar fragmentos de hueso o tejido.

*Tumores benignos:* Tumor de crecimiento lento que generalmente se halla recubierto de una cápsula de tejido conectivo, por lo que es fácilmente extirpable. A no ser que por su posición provoque trastornos de compresión en algún órgano, los tumores benignos no comprometen la vida del paciente.

*Tumores malignos:* Tumor de crecimiento rápido e infiltrante que destruye los tejidos; provoca metástasis con facilidad.

## 2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

### 2.4.1. Hipótesis

Podrán los procedimientos para la obtención de muestras de biopsias bucales y su envío al laboratorio histopatológico resultar el mejor mecanismo para un correcto diagnóstico de la neoplasias orales de los pacientes, y que los datos recolectados sirvan para futuros procedimientos de biopsias.

### 2.4.2. Variables.

#### 2.4.2.1. Variable independiente.

- Pacientes con lesiones orales atendidos en el hospital del IESS de Riobamba.

#### 2.4.2.2. Variable dependiente.

- Obtención de muestras de la lesión oral y envío al laboratorio histopatológico.

## 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIONES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
	CONCEPTUALES			
<b>Independiente</b>  <b>Pacientes con lesiones orales atendidos en el Hospital del IESS de Riobamba</b>	Neoplasia bucal.- es una alteración celular que permite la formación de un nuevo modelo celular cambiando su forma por lo que se manifiesta anormalmente, es decir con crecimiento desordenado y para su identificación es necesaria la obtención de una biopsia.	Neoplasias bucales	Alteración de cavidad bucal o lesiones orales.	Historias clínicas obtenidas de los archivos del Hospital del IESS de Riobamba.  Pacientes realizados biopsias orales en el Departamento de Odontología

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<i>Dependiente</i>	Biopsia.- Consiste en la remoción de una parte representativa de una lesión en un tejido vivo, con el fin de realizar su examen microscópico para valorar su naturaleza y extensión.	Neoplasias bucales que pueden ser benignas o malignas.	Resultados de exámenes entregados por el laboratorio de histopatología.	1. Biopsia incisional 2. Biopsia escisional 3. Citológica 4. Biopsias especiales: • De lesiones óseas • De glándulas salivales menores
<b>Procedimientos para obtención de biopsias orales y envió al laboratorio histopatológico.</b>				

Fuente: Investigación propia  
Elaborado por: Giovanni R.

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO.

#### 3.1. MÉTODOS.

*El Método analítico.*- Nos permite desmembrar de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza o procedencia de la patología para comprender su comportamiento, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su evolución y establecer nuevas teorías.

Al poder desintegrar, descomponer un todo en sus partes podemos estudiar en forma intensiva cada uno de sus elementos, así como las relaciones entre sí y con el todo. La importancia del análisis reside en que para comprender la esencia de un todo hay que conocer la naturaleza de sus partes. El todo puede ser de diferente índole, así se puede determinar organismos, y sus partes constituyentes: los sistemas, aparatos, órganos y tejidos, cada una de las cuales puede separarse para llevar a cabo un análisis más profundo.

El análisis parte de las lesiones orales del paciente a la detección de posibles neoplasia bucales, ya que puede separarse en partes (aislarse) del todo, así como sus relaciones básicas que interesan para posteriormente ser enviadas al laboratorio histopatológico y obtener resultados del estudio. (UNIVERSIDAD, de la Sabana. (2012). *Comunicación Social y periodismo*: Recuperado de [www.unisabana.edu.co/carreras/comunicacion-social.../investigacion-aplicada](http://www.unisabana.edu.co/carreras/comunicacion-social.../investigacion-aplicada)).

*Método Estadístico.*- Es importante adjuntar el método estadístico, para poder recopilar datos, interpretarlos y elaborar relaciones entre determinados grupos de elementos para determinar tendencias o generalidades.

Las herramientas estadísticas también pueden asistir en la creación de gráficos para la visualización de los datos. A diferencia de la estadística inferencial, no intenta alcanzar conclusiones o hacer inferencias de los datos disponibles.

Un error frecuente es sobrepasar los datos, hacer inferencias y llegar a conclusiones y diagnósticos que por definición no pueden apoyarse.

### **3.1.1. Tipo de investigación.**

*La investigación descriptiva.*- Por medio de la investigación descriptiva podemos analizar los datos y describir las características de las personas. El objetivo es la adquisición de datos objetivos, precisos y sistemáticos que pueden usarse en promedios, frecuencias y cálculos estadísticos similares.

Los estudios descriptivos raramente involucran experimentación, ya que están más preocupados con los cambios que ocurren en la patología que con la observación de situaciones controladas.

Llegar a conocer al paciente en las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas con que se relaciona. Su meta no se limita a la recolectar datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Los investigación nos una mera tabulación, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, se expone y resume la información de manera cuidadosa y luego se analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento y tratamiento de las neoplasia bucales.

*Investigación analítica:* Es un procedimiento más complejo que la investigación descriptiva, donde fundamentalmente se establecerá la comparación de variables entre grupos de estudio y de control.

Además, se refiere a la proposición de hipótesis que el investigador trata de probar o invalidar. (SCCRIBD, (13 de Julio. 2008), Estudio e investigación: Apolo, Recuperado de [www.es.scribd.com/doc/3928414/estudio-e-investigación](http://www.es.scribd.com/doc/3928414/estudio-e-investigación). pp.2,5,7.)

### **3.1.2. Tipo de estudio.**

Al realizar un estudio correlacional y descriptivo, podemos visualizar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, utilizando las técnicas más idóneas para obtención de muestras bucales y envío al laboratorio de histopatología, también nos permite captar los resultados y tener un seguimiento de los pacientes por medio del sistema en red que posee el Hospital del IESS de Riobamba.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

#### 3.2.1. Población.

Se obtuvo por medio del sistema de datos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba periodo septiembre del 2014 a febrero del 2015, por medio de la obtención de historias clínicas en pacientes atendidos en el departamento de Odontología, se valoró los pacientes con lesiones orales a quienes se realizó biopsias, cuyas muestras posteriormente fueron enviadas para estudio histopatológico.

El total de población está constituida por diez pacientes, todos son mayores de edad y su desconocimiento sobre la enfermedad era en un alto rango.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### *Técnicas para recolección de datos.*

Por medio de registros, acoplado a los métodos de entrevista y observación se pudo obtener un plan de tratamiento idóneo.

*La Entrevista:* Nos ayuda para interactuar con los pacientes, indagando y cuyas respuestas brindarán datos de interés, obteniendo información necesaria para nuestra investigación.

*Observación:* Por tener una amplia aceptación científica, nos permite conocer las causas y posibles factores que produjeron alteraciones orales, ya que permite observar y a la vez estar en contacto con las personas observadas.

#### *Instrumentos.*

- Por medio de los archivos del sistema del Hospital del IESS de Riobamba, donde consta el historial de los pacientes.
- Textos de Odontología.
- Revistas sobre biopsias bucales.
- Internet (Información virtual).
- Cámara de fotos.



### 3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Las técnicas para el análisis se realizará a partir de la aplicación de los procedimientos para obtención de muestras bucales, la interpretación de resultados utilizada en esta investigación son de tipo descriptiva y aplicada.

Por medio de la estadística descriptiva podemos recopilar datos, y tabularlos, estos datos son fuente importante para realizar el análisis de los casos, y permite tener la interpretación de los resultados, al tratar al paciente directamente se podrá orientar las causas y poder de esta manera brindar diagnósticos para el tratamiento.

Para el análisis e interpretación de los resultados partimos del número de pacientes realizados biopsias bucales en el IESS de Riobamba, para luego llegar a cada uno de los pacientes, así como los resultados entregados por el laboratorio histopatológico.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Se expone a continuación un proceso riguroso, cuidadoso y sistemático para obtener resultados, esto por medio de la descripción y análisis de las variables. Es conveniente exponer los resultados de la investigación estadísticamente, de ésta manera analizar los datos acerca del enfoque que de allí se desprende y la comprobación de los objetivos planteados.

Se parte de la investigación cualitativa ya que con un universo de diez pacientes atendidos en obtención de biopsias bucales no se recomienda un muestreo.

Para apreciar de una mejor manera los resultados obtenidos, se incluirá formas de presentación de datos por medio de tablas o cuadros, de ésta manera la tabulación de frecuencias en las que se organizan los datos podrán colaborar para agrupar las cantidades requeridas y poder complementar los resultados absolutos.

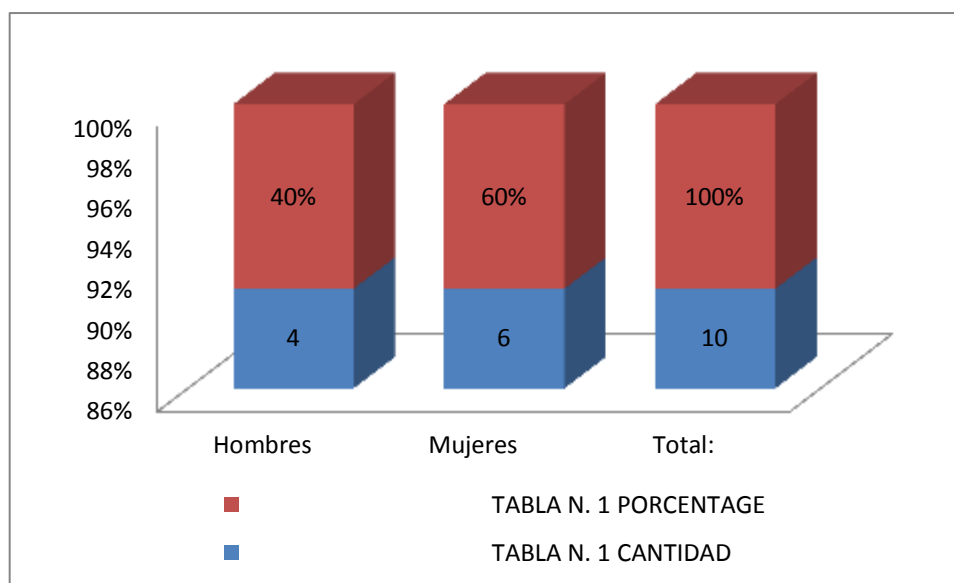
Se utilizará la representación gráfica como un medio auxiliar de la estadística presentada en las tablas o cuadros, presentando las frecuencias de los datos.

**Tabla N° 4.1: Número de pacientes atendidos.**

<b>PACIENTES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Hombres</b>	<b>4</b>	<b>40 %</b>
<b>Mujeres</b>	<b>6</b>	<b>60 %</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014  
Elaborado por: Giovanni R

**Gráfico N° 4.1: Número de pacientes atendidos.**



Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014  
Elaborado por: Giovanni R

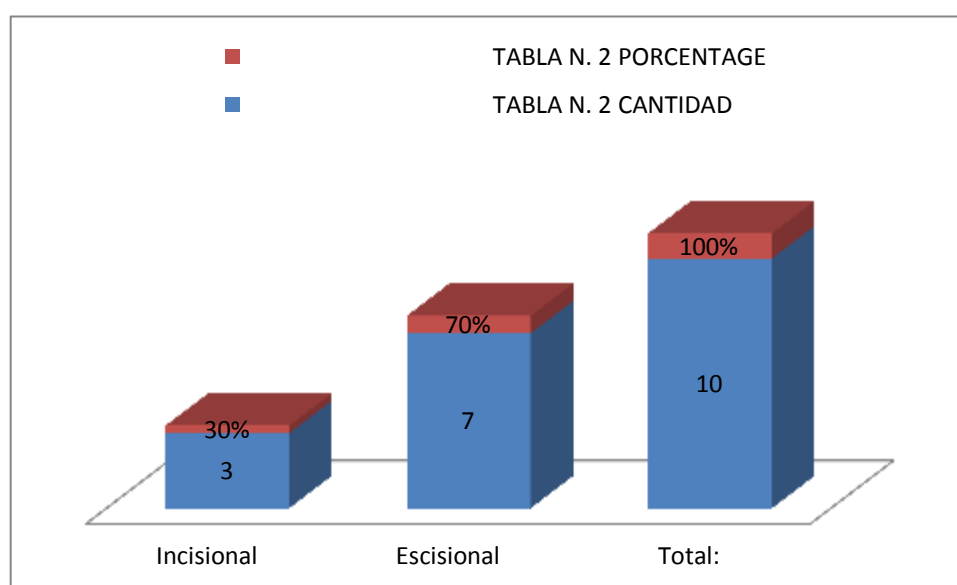
De los pacientes atendidos en el Hospital del IESS de Riobamba, desde septiembre del 2014 hasta febrero del 2015, en un total de diez pacientes como el 100 %, un 60 % fueron mujeres y un 40 % hombres.

**Tabla N° 4.2: Técnica para obtención de biopsias.**

TÉCNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Incisional</b>	<b>3</b>	<b>30 %</b>
<b>Escisional</b>	<b>7</b>	<b>70 %</b>
<b>Total:</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014  
Elaborado por: Giovanni R

**Gráfico N° 4.2: Técnica para obtención de biopsias.**



Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014  
Elaborado por: Giovanni

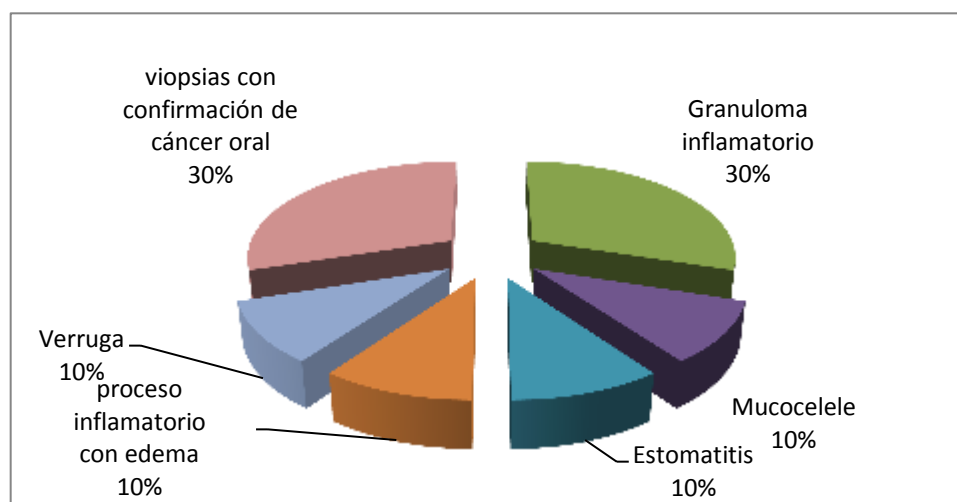
En la mayoría de los casos se utilizó la técnica quirúrgica convencional, para obtención de muestras por biopsias incisionales con tres pacientes y escisionales en siete pacientes (70%).

**Tabla N° 4.3: Biopsias compatibles con cáncer oral.**

<b>BIOPSIAS COMPATIBLES CON CÁNCER ORAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Granuloma inflamatorio</b>	<b>3</b>	<b>30 %</b>
<b>Mucocele</b>	<b>1</b>	<b>10 %</b>
<b>Estomatitis</b>	<b>1</b>	<b>10 %</b>
<b>Proceso inflamatorio con edema</b>	<b>1</b>	<b>10 %</b>
<b>Cirugía de verruga</b>	<b>1</b>	<b>10 %</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>70 %</b>

Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología, 2014.  
Elaborado por: Giovanni R

**Gráfico N° 4.3: Biopsia compatibles con cáncer oral.**



Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014  
Elaborado por: Giovanni R

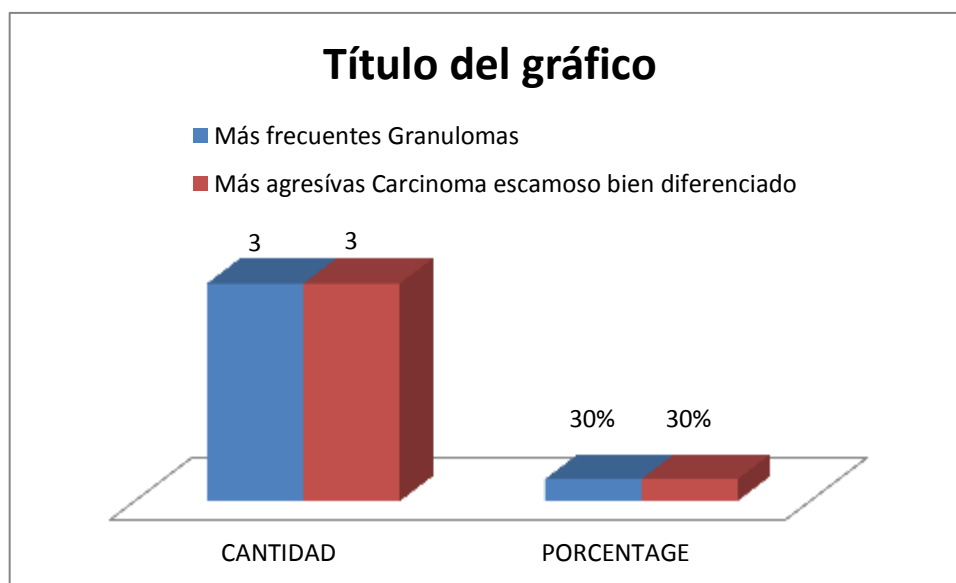
Se pudo obtener biopsias compatibles con el cáncer oral, donde la mayoría de los casos presentaron granulomas.

**Tabla N° 4.4: Lesiones orales más frecuentes y lesiones orales más agresivas.**

LESIONES ORALES	NOMBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Más frecuentes	Granulomas	3	30 %
Más agresivas	Carcinoma escamoso bien diferenciado	3	30 %

Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014  
Elaborado por: Giovanni R

**Gráfico N° 4.4: Lesiones orales más frecuentes.**



Fuente: Hospital del IESS de Riobamba, Odontología. 2014  
Elaborado por: Giovanni R

Las lesiones orales más frecuentes fueron carcinomas, y las más agresivas los carcinomas escamosos bien diferenciados. De la investigación obtenemos que los pacientes atendidos en el periodo septiembre del 2014 a febrero del 2015, cinco fueron de sexo femenino, un 71.4%, y dos de sexo masculino, un 28.5%; son pacientes adultos, de raza mestiza.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 5.1. CONCLUSIONES.

- Se utilizó la técnica quirúrgica convencional para obtención de muestras por biopsias incisionales y escisionales, obteniendo una aprobación del 100 % de las muestras enviadas al laboratorio histopatológico.
- Se identificó la mayoría de lesiones orales que presentaron o no malignidades bucales en pacientes tratados por biopsias en el Hospital del IESS de Riobamba entre Septiembre del 2014 y Marzo del 2015.
- Se pudo obtener biopsias compatibles con cáncer oral.
- Las lesiones orales más frecuentes fueron granulomas.
- Las lesiones más agresivas fueron carcinomas escamosos bien diferenciados, que inclusive produjeron la muerte del paciente.
- Gracias a este trabajo se puede realizar una guía simple para que el Odontólogo pueda tomar biopsias de lesiones que considere malignas.

#### 5.2. RECOMENDACIONES

- Partiendo de lo general, las neoplasias bucales aún son un paradigma en nuestra sociedad, por ello se recomienda campañas de educación y prevención en la población ecuatoriana. La mayor parte de pacientes son atendidos cuando ha pasado mucho tiempo y la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas, por lo que la preocupación por atención temprana será uno de los factores importantes para su tratamiento.

- En particular, los pacientes con lesiones orales atendidos en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de Riobamba, en la mayoría de los casos requieren de biopsias para el estudio y análisis, tratamiento que debe realizarse lo más rápido posible, esto por la agresividad que puede tener la enfermedad.
  
- Los procedimientos para la obtención de muestras bucales así como el envío al laboratorio histopatológico deben estar a cargo de todos los Odontólogos, se recomienda tener un conocimiento amplio sobre las técnicas para obtención de biopsias bucales, esto a la par con los materiales e instrumental necesario, y compartir la información mutuamente con otras especialidades que estén involucradas.



## BIBLIOGRAFÍA

ABEQUIPO5. (9 de mayo, 2011). *Fibroma y tipo de fibromas*. Recuperado de: [abequipo5.blogspot.com/.../fibroma-y-tipos-de-fibromas-revision.html](http://abequipo5.blogspot.com/.../fibroma-y-tipos-de-fibromas-revision.html).

ACTA, Odontológica. (2015). *Fibroma de células gigantes*. Venezuela. Recuperado de [www.actaodontologica.com](http://www.actaodontologica.com).

ALBERTO, G, *Fundacyc. Cáncer oral, Córdoba, Argentina*: Recuperado de [www.fundacyc.org/tumores\\_de\\_cavidad\\_oral.pdf](http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf).pp.6,7.

BAGAN, J. *Atlas clínico de medicina oral*. Valencia, España. Recuperado de <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/cancer/1>.

BHRASKAR, N. (1984). *Patología bucal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial “El Ateneo”, sexta edición.

CARVAJAL. *Manual de histopatología básica para Odontólogos*. Recuperados de <http://www.webdelprofesor.ula.ve/odontologia/carjav/documentos/neoplasias.pdf>. pp.55,60,61.

CONSEJO, Dentistas, (2010), *La biopsia oral. Organización Colegial de Dentistas de España*. España. Recuperado de <http://www.consejodentistas.es/pdf/LIBRO1.pdf>.pp. 9,21,30,35,47,49,50,51,135.

COSME, G., LEONARDO, B. (2011). *Cirugía bucal*, Barcelona, España: Océano, Edición ampliada.p.60,61.

DRAKE, R., VOGL, W., MITCHELL, A., “*Cavidad oral*”. En: *Gray. Anatomía para estudiantes, Madrid, España, Editorial Elsevier*. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/morfologia/article/viewFile/36002/37245>.pp.46.

FACMED. (2007). *Catálogo De medicamentos genéricos intercambiables*. Recuperado de [www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/prods/ibuprofeno.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/prods/ibuprofeno.htm).

Fuente: GARAY, J. (2010). *Atlas de patología del complejo bucal*. La abana, Cuba. Capítulo,12. Ecimed.

HANS, E., GLENN, H., LENNART, H.,POUL, B., LASSE, B., TOIVO, B., (1983), *manual de anestesiología local en Odontología*, España: Salvat.pp.20,21,30,31.

HERMERS, b. (2005). *Guía de actividades prácticas. Cavidad bucal, fosas nasales*. Chile: Fondedoc. Recuperado de:

[www.escuela.med.puc.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/anatomía/.../GUIA3.htm](http://www.escuela.med.puc.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/anatomía/.../GUIA3.htm).

MEDLINE, P. (2014). *Enciclopedia médica. Cáncer oral*. EEUU: Adam. Recuperado de [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov) › *Página Principal* › *Enciclopedia médica*.

MICHELLE, S. (Septiembre del 2012). La boca y sus partes. Recuperado de [www.michellesandra.blogspot.com/2012/09/la-boca-y-sus-partes-la-boca-tambien.htm](http://www.michellesandra.blogspot.com/2012/09/la-boca-y-sus-partes-la-boca-tambien.htm).

NHI, Instituto nacional del cáncer. (22 de mayo del 2015). Cáncer del labio y de cavidad oral. EEUU. Recuperado de [www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza.../tratamiento-labio-boca-pdq](http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza.../tratamiento-labio-boca-pdq).

SECIB, (2005). *Protocolos y Guía de Práctica Clínica en cirugía bucal*. España: Sociedad española de cirugía bucal. Recuperado de: [www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf](http://www.secibonline.com/fichero.ashx?F...N=protocolos.pdf).pp.18-20.

SCCRIBD, (13 de Julio. 2008), Estudio e investigación: Apolo, Recuperado de [www.es.scribd.com/doc/3928414/estudio-e-investigación](http://www.es.scribd.com/doc/3928414/estudio-e-investigación).pp.2,5,7.

UNIVERSIDAD, de la Sabana. (2012). Comunicación Social y periodismo: Recuperado de [www.unisabana.edu.co/carreras/comunicacion-social.../investigacion-aplicada](http://www.unisabana.edu.co/carreras/comunicacion-social.../investigacion-aplicada).

VALENTE,R. (2015). Galenia, mucocele y ránula. México. Recuperado de [cirujanopediatracancun.com/procedimientos/mucocele/](http://cirujanopediatracancun.com/procedimientos/mucocele/).

## ANEXOS

Pacientes tratados en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS” de Riobamba que presentaron lesiones orales, a los que se realizó biopsias bucales y su envío posterior al laboratorio de histopatología para su estudio.

**Fotografía N° 1: Granuloma.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 2: Granuloma.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 3: Biopsia escisional de granuloma.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 4: Verruga.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 5: Escisión de Verruga.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 6: Escisión de Verruga.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 7: Sutura.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 8: Fibroma.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 9: Sutura luego de escisión del fibroma.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 10: Mucocele Lingual.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 11: Carcinoma escamoso bien diferenciado.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

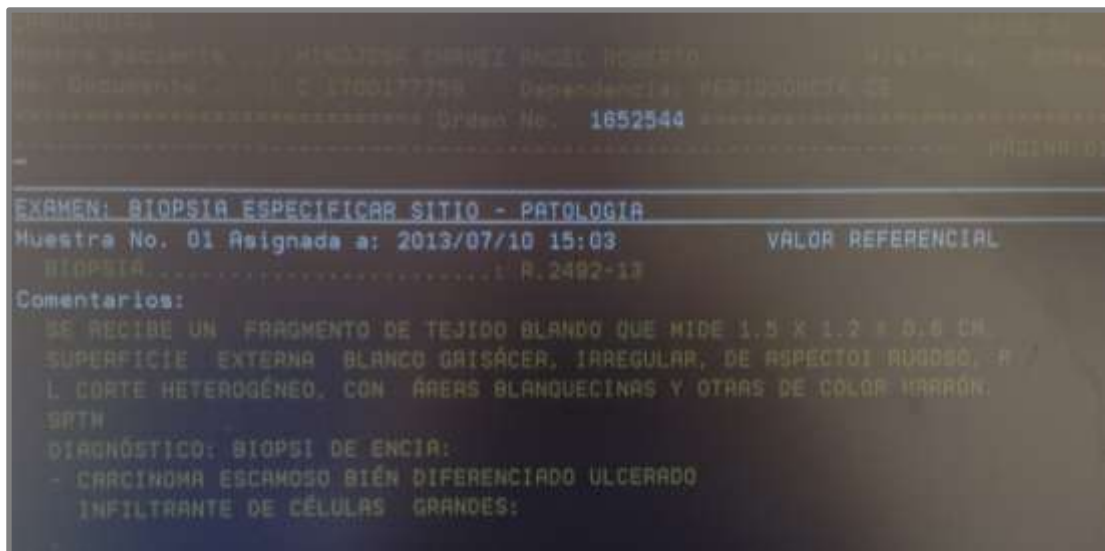
**Fotografía N° 12: Radiografía panorámica - carcinoma escamoso bien diferenciado.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.



**Fotografía N° 13: Resultado de biopsia enviado por el laboratorio histopatológico.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N.14. Posible neoplasia bucal.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 15: Biopsia escisional, posible neoplasia bucal.**



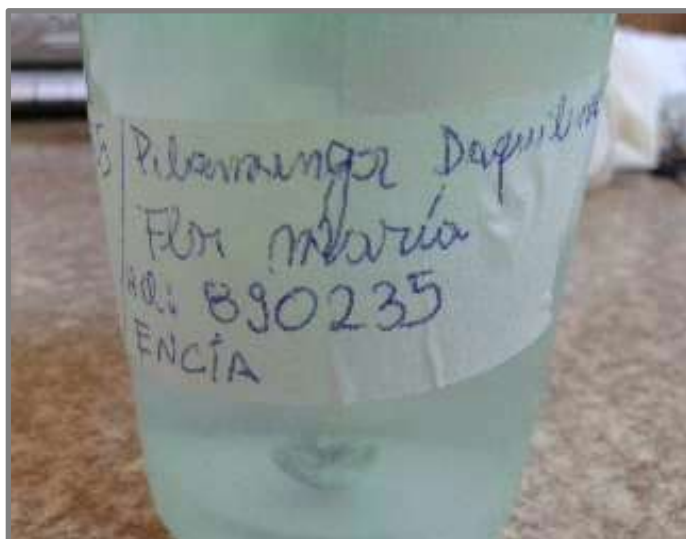
Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 16: Colocación de yeso quirúrgico.**



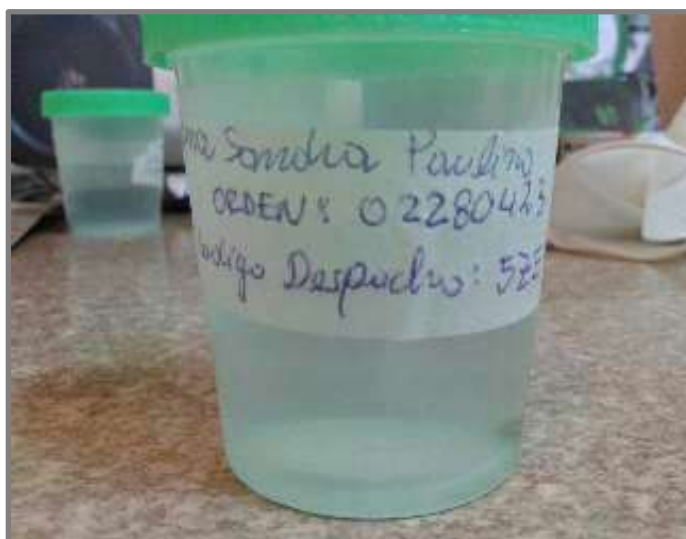
Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 17: Remisión de muestra de biopsia a laboratorio histopatológico**



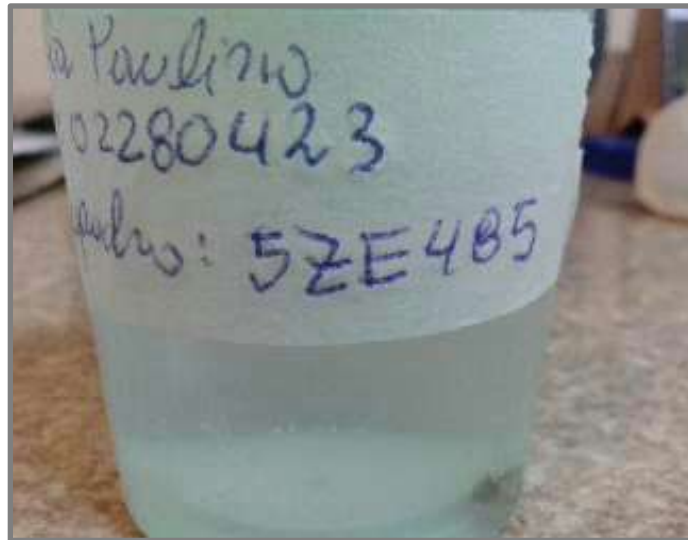
Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 18: Datos de biopsia oral enviados al laboratorio histopatológico.**



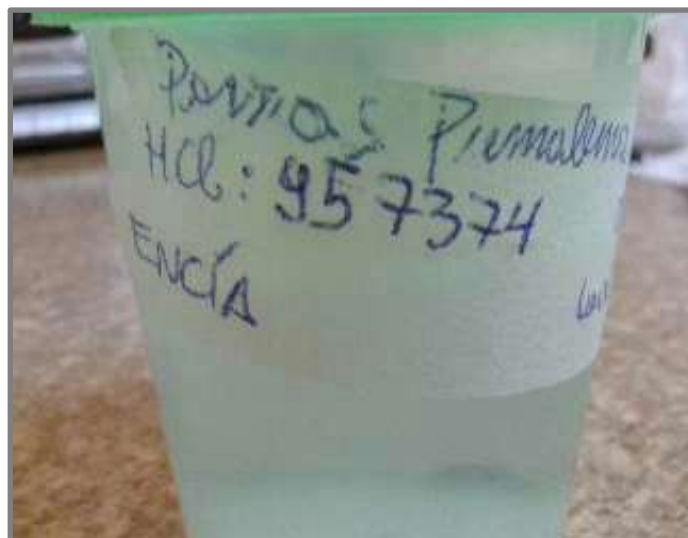
Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 19: Datos de biopsia oral enviadas al laboratorio histopatológico.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 20: Envío de biopsia con datos del paciente al laboratorio histopatológico.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 21: Posible neoplasia maligna de paladar.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

**Fotografía N° 22: Biopsia de posible neoplasia maligna de paladar.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.



**Fotografía N° 23: Envío de biopsia oral en formol a laboratorio de histopatología.**



Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología.1024

**Fotografía N° 24: Datos de biopsia oral enviados al laboratorio de histopatología.**

```
HOSPITAL DE RIOBAMBA          VISUALIZAR REGISTRO MEDICO          IRME90
MT0611109 Paciente: 888381 PAREDES CHINCHE MIGUEL OSWALDO          20:05:08
Fecha ..: 2014/08/05 Hora: 10:01          14/08/29
-----
MOTIVO DE CONSULTA
Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL
Descripción (Motivo de Consulta)
47 AÑOS, NACE EN SIBAMBE VIVE EN RIOBAMBA, PROFESOR, DESDE HACE UN AÑO NODULACION EN PALADAR DURO DE 4MM DE DIAMETRO QU ALCANZA 1 CM DE DIAMETRO Y ES RESECADA EN RIOBAMBA HACE 3 MESES, EL INFORME DE HP INDICA CA ADENOIDEOQUISTICO Y LA REVISION DE PLACAS EN ESTE HOSPITAL INDICA CA MUCOEPIDERMIOIDE. AL MOMENTO RECIDIVA EVIDENTE. AL EXAMEN FISICO NODULO DE 15 MM DE DIAMETRO EN TERCIO MEDIO ALGO A LA DENTE. AL EXAMEN FISICO NODULO DE 15 MM DE DIAMETRO EN TERCIO MEDIO ALGO A
OBSERVACIONES GENERALES
IZQUIERDA DE LA LINEA MEDIA, NO LLEGA A PALADAR BLANDO. DEBE SER SOMETIDO A RESCCION AMPLIA Y CIERRE CON INJERTO LIBRE + PROBABALE DISECCION SUPRAMOHIOIDEA DE CUELLO.
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS
1. C05 TUMOR MALIGNO DEL PALADAR
Más...
```

Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

## Fotografía N° 14: Resultados del laboratorio de histopatología.

```
HOSPITAL DE RIOBAMBA      Visualizar Resultados      IOR0152      CED08J
MT0611109                Laboratorio                20:07:08
QPADEV02TC                14/08/29
Nombre paciente ...: PAREDES CHINCHE MIGUEL OSWALDO      Historia: 888381
No. Documento ....: C 0602179988      Dependencia: PERIODONCIA CE
===== Orden No. 9010358 =====
----- PÁGINA:02 -----
KI 67: 2%
DIAGNÓSTICO. REVISIÓN DE PLACA ROTULADA R 1266-14:
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE
DRA. JANETH SALAZAR (16-07-2014)
```

Fuente: IESS, Hospital de Riobamba, Odontología, 2014.

