

Congruencia Diagnóstica Clínica-Histopatológica de Lesiones en Cavidad Oral, en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, en el Período 2016-2019

Clinical-Histopathological Diagnostic Consistency of Lesions in the Oral Cavity, at the Faculty of Dentistry, Universidad de Costa Rica, in the 2016-2019 Period

María del Carmen Navas-Aparicio^{1,2}

NAVAS-APARICIO, M. C. Congruencia diagnóstica clínica-histopatológica de lesiones en cavidad oral, en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, en el período 2016-2019. *Int. J. Odontostomat.*, 18(1):41-50, 2024.

RESUMEN: El conocimiento de la patología oral, y su correcto diagnóstico es fundamental en Odontología, puesto que un diagnóstico tardío, particularmente en casos de lesiones premalignas o malignas, pueden conducir a serias consecuencias para el paciente. El objetivo de este trabajo fue establecer la congruencia diagnóstica clínica - histopatológica de lesiones en cavidad oral en pacientes que asistieron a la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, y a quienes se les realizó biopsia de la lesión, durante el período 2016-2019. El estudio fue descriptivo y retrospectivo, basado en datos de reportes histopatológicos en la población mencionada, por presentar alguna lesión, de tejidos blandos o duros, en cavidad oral. La muestra estadística fue por conveniencia, no probabilística y no aleatoria. Las técnicas estadísticas utilizadas fueron descriptivas para el análisis de la información, el cual se basó en la distribución de frecuencias y cruce de variables. El procesamiento estadístico de los datos se diseñó en una base de datos creada en Excel. La muestra comprendió 160 reportes histopatológicos de los cuales se excluyeron 14. La edad promedio de los pacientes fue 42 años (rango 2 - 78 años). La proporción hombre: mujer correspondió 1:1.4, predominado el sexo femenino en 58,9 %. La congruencia del diagnóstico histopatológico con el diagnóstico clínico correspondió a 55,8 %. La congruencia de los diagnósticos demuestra el conocimiento del profesional en identificar la lesión clínicamente de forma correcta, lo que permite actuar en el momento preciso y confirmar la impresión clínica diagnóstica de una patología mediante el estudio histopatológico, el cual es el estándar oro. El problema radica en aquellos casos en que hay discrepancia diagnóstica, pues exige conocer los factores responsables de esta discrepancia, exige la búsqueda de soluciones y exige reforzar y redireccionar la formación académica del profesional y de los estudiantes para reconocer y describir estas lesiones.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico oral, patología, biopsia, neoplasmas de la boca, neoplasmas de la mucosa, conocimiento.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico temprano de las lesiones orales es importante en cuanto a que un tratamiento tardío de una lesión, particularmente premaligna o maligna, puede conducir a serias consecuencias, de ahí la relevancia del examen de la cavidad oral, coadyuvado cuando sea necesario de imágenes u otros exámenes complementarios, para actuar en el momento preciso y confirmar, así, la impresión clínica diagnóstica de una patología, mediante el estudio histopatológico (Kondori *et al.*, 2011; Tatli *et al.*, 2013; Mesadi, 2013; Fattahi *et al.*, 2014; Allen & Farah, 2015; Forman *et al.*, 2015;

Mendez *et al.*, 2016; Soyele *et al.*, 2019; Maheshwari & Kharkar, 2020; Boza-Oreamuno & López-Soto, 2020, 2021; Navas-Aparicio & Hernández-Rivera, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022; Tarakji, 2022), el cual es el estándar oro para definir el diagnóstico definitivo de la lesión, lo que obliga a tener una completa historia médica y dental, un examen de la cavidad oral (inspección, palpación y percusión) y una descripción clínica precisa de la lesión, pues el diagnóstico clínico complementa el diagnóstico histopatológico, conduciendo a que ambas herramientas sean decisivas en

¹ Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

² Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.

patología oral (Tatli *et al.*, 2013; Soyele *et al.*, 2019), y reafirmando que el papel del odontólogo es esencial para ello (Bokor-Bratic' *et al.*, 2004; Sarabadani *et al.*, 2009; Kondori *et al.*, 2011; Meiller *et al.*, 2012; Sixto-Requeijo *et al.*, 2012; Tatli *et al.*, 2013; Bacci *et al.*, 2014; Fattahi *et al.*, 2014; Allen & Farah, 2015; Forman *et al.*, 2015; Mendez *et al.*, 2016; Azmoodeh *et al.*, 2017; Soyele *et al.*, 2019; Emamverdizadeh *et al.*, 2019; Gbolahan *et al.*, 2019; Maheshwari & Kharkar, 2020; Boza-Oreamuno & López-Soto, 2020, 2021; Navas-Aparicio & Hernández-Rivera, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022; Tarakji, 2022).

El conocimiento de las patologías orales, y su correcto diagnóstico es fundamental en Odontología. Estudios han demostrado que los odontólogos fracasan en detectar o identificar este tipo de lesiones, especialmente las ya mencionadas del tipo premalignas o malignas, debido, no solo a falta de conocimientos, sino también a la variabilidad de una enfermedad (Ergun *et al.*, 2009; Navas-Aparicio & Hernández-Rivera, 2021; Tarakji, 2022). Navas-Aparicio & Hernández-Rivera (2021) en su estudio relativo a la correlación del diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones en cavidad oral señalaron que es esencial reforzar la habilidad del profesional odontólogo en cuanto a diferenciar las lesiones de mucosa oral, con el objetivo de obtener un diagnóstico definitivo y determinar un tratamiento, lo que concuerda también con Allen & Farah (2015), pues cambios en la educación dental y en el entrenamiento, pueden ser hechos para mejorar la determinación del diagnóstico y la destreza para detectar y referir la patología de la mucosa oral.

Congruencia, correlación o concordancia, se define cuando la impresión clínica corresponde al diagnóstico histológico definitivo (Mendez *et al.*, 2016), no obstante, la discrepancia diagnóstica es el término que se refiere cuando el diagnóstico histopatológico no fue confirmado, es decir que ambos diagnósticos son diferentes, estimándose según la literatura en 50-81,2 % y 17-50 %, respectivamente. (Forman *et al.*, 2015; Emamverdizadeh *et al.*, 2019; Maheshwari & Kharkar, 2020; Farzinnia *et al.*, 2022). Dicha concordancia entre ambos diagnósticos ha sido evaluada en muchos estudios (Fattahi *et al.*, 2014; Soyele *et al.*, 2019), como por ejemplo el de Forman *et al.* (2015), que demostraron un 61 % de correspondencia en un grupo de 1003 lesiones y quienes además señalaron que la exactitud diagnóstica cuando se sospechaba de una lesión benigna fue mayor a 95,9 % y cuando correspondía a una lesión premaligna o maligna fue 66,7 %. Fattahi *et al.* (2014) encontraron un 80,7 % de coincidencia

en un grupo de 311 pacientes, Sarabadani *et al.* (2009) hallaron un 81,7 % en 73 pacientes con lesiones exofíticas, Soyele *et al.* (2019) mostraron un 54,6 % en 592 biopsias, y Navas-Aparicio & Hernández-Rivera (2021) registraron un 52,6 % en 35 pacientes.

El objetivo de este trabajo se basó en la identificación de la congruencia diagnóstica clínica-histopatológica de lesiones en cavidad oral en pacientes que asistieron a la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, por presentar una patología dada en la región mencionada y a quienes se les realizó biopsia de la lesión, durante el período 2016-2019, ya que la investigación puede ayudar a redireccionar la formación académica en esta área, y fortalecer los conocimientos en el grupo de profesionales involucrados, si existe discrepancia rigurosa entre el diagnóstico clínico e histopatológico.

MATERIAL Y MÉTODO

Posterior a la aprobación del proyecto de Investigación por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, código 440-C0-362, se procedió a realizar este trabajo, el cual fue un estudio descriptivo y retrospectivo, basado en datos de reportes histopatológicos de pacientes a quienes se les realizó biopsia en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, durante el período 2016-2019, por presentar alguna lesión de tejidos, blandos o duros, en cavidad oral.

La muestra estadística del estudio fue por conveniencia, no probabilística y no aleatoria, ya que se obtuvo información de una población determinada en un centro académico, con facilidad de acceso a los datos, pues se utilizaron todos los reportes histopatológicos del período mencionado que cumplieren con los criterios de inclusión, sea que el reporte presentase el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico, y que describiese las variables edad, género, lugar anatómico de la lesión. Asimismo, los criterios de exclusión fueron los siguientes, ausencia del diagnóstico clínico, diagnóstico ambiguo, carencia de información relevante o que el reporte sea ilegible y que no se pueda analizar. Los datos se utilizaron de forma anónima y con la confidencialidad correspondiente, conducido con los principios propios de la Declaración de Helsinki.

La recolección de la información se realizó en una hoja elaborada para ello basado en variables demográficas de los pacientes (fecha de nacimiento, edad, sexo, lugar de residencia), y en variables cuali-

tativas relativas a las características de la lesión de tejido blando y/o de tejido óseo descritas en el reporte histopatológico (por ejemplo, historia de evolución, características clínicas, tamaño, tipo, consistencia, localización de la lesión, dignidad de la lesión, sea lesión benigna, premaligna o maligna), así como el diagnóstico clínico de referencia y el diagnóstico histopatológico, y su congruencia, además de la correlación relativa a la dignidad de la lesión.

Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de la información, fueron fundamentalmente descriptivas, el cual se basó en la distribución de frecuencias y cruce de variables, lo que permitió el cálculo de porcentajes y el análisis para determinar la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico. El procesamiento estadístico de los datos se diseñó en una base de datos creada en Excel.

RESULTADOS

La muestra comprendió 160 reportes histopatológicos de los cuales se incluyeron 146, pues se eliminaron 14 reportes, debido a que 4 de ellos no describían el diagnóstico clínico, 6 no detallaban las variables de edad y localización de la lesión, 3 se referían a lesiones externas de cavidad oral (piel) y 1 presentaba un diagnóstico ambiguo.

El rango de edad de los pacientes fue entre 2 - 78 años, predominando aquellos entre 41 a 60 años. La edad promedio fue 42 años. Con respecto al sexo el 41,1 % (n= 60) son hombres y el 58,9 % (n= 86) son mujeres. (Tabla I), con una proporción hombre: mujer 1:1.4.

Tabla I. Distribución de pacientes según grupo de edad por sexo. Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 2016 -2019.

Grupo de edad	Hombre #	Mujer #	Total	
			Número de casos #	Porcentaje %
0 - 5	2	3	5	3,4
6 - 10	1	6	7	4,8
11 - 15	4	1	5	3,4
16 - 20	4	2	6	4,1
21 - 30	9	10	19	13,0
31 - 40	10	11	21	14,4
41 - 50	10	14	24	16,4
51 - 60	11	23	34	23,3
61 - 70	7	12	19	13,0
71 y más	2	4	6	4,1
Total	60	86	146	100

Según los reportes histopatológicos, se obtuvo 154 muestras de tejido pertenecientes a los 146 pacientes nombrados previamente, en cuanto, a que ocho pacientes presentaron 2 muestras de tejido, contabilizándose, entonces, un diagnóstico individual por cada muestra.

Las lesiones se clasificaron según grupo de diagnóstico histopatológico con el fin de facilitar el análisis y la comprensión de los resultados.

Con respecto a las características propias de las lesiones encontradas en esta investigación, el tamaño de la lesión no se pudo analizar, debido a la descripción disímil que se indicó en los datos clínicos de los reportes, pues el tamaño se definió con un número, un área o un volumen, o sin detalle de la forma de medición siendo una información no calibrada (43,8 %, n= 64), asimismo hubo casos, en los cuales no se encontró la descripción del tamaño de esta. La historia de evolución de la lesión se determinó solo en 22 casos de la totalidad de los reportes (n= 146), sea en tiempo de meses, años o de forma inespecífica (15,1 %, n= 22).

La localización más frecuente de las lesiones correspondió a la zona de labio (19,5 %, n= 30), lengua (18,8 %, n= 29) y mejilla (11,7 %, n= 18), por otro lado, las zonas piso de boca (1,3 %, n= 2), diente (1,3 %, n= 2), pilar amigdalino (0,6 %, n= 1), surco vestibular (0,6 %, n= 1) y rafé pterigomandibular (0,6 %, n= 1) fueron los sitios anatómicos menos frecuentes.

Los diagnósticos histopatológicos más frecuentes fueron aquellos pertenecientes al grupo de lesiones reactivas e hiperplásicas (35,7 %, n= 55), seguidos por el grupo de lesiones mediadas por trastornos del sistema inmunitario de enfermedades (9,1 %, n= 14), el grupo de lesiones de las glándulas salivales y el grupo de pigmentaciones endógenas/exógenas de mucosa oral y perioral, hallando que estos dos últimos grupos presentaban el mismo porcentaje de aparición (8,4 %, n=13).

La lesión de hiperplasia fibrosa focal (25,3 %, n=39) fue aquella que se presentó con mayor frecuencia en la población de estudio, seguida por el papiloma escamoso (7,1 %, n=11) y mucocelo (6,4 %, n= 10). Por otro lado, existen múltiples lesiones con mínima aparición, representados por un caso único (0,7 %, n= 1).

El tipo de consistencia de las lesiones correspondió a un 90,9 % (n=140) de tejido blando, 1,3 %

(n= 2) de tejido duro (hueso) y 7,8 % (n=12) de tejido mixto (tejido blando y duro).

Relativo a la dignidad de la lesión, término que se refiere al curso biológico de esta, sea maligno o benigno (Emamverdizadeh *et al.*, 2019), según lo descrito en el reporte del diagnóstico histológico, se detalla que 70,8 % (n= 109) son benignas, 1,3 % (n= 2) son malignas y 0.6 % (n= 1) concierne a lesión premaligna, pero se debe de mencionar que un 27,3 % (n= 42) no se indicó la dignidad de la lesión en el reporte como tal.

La congruencia del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico correspondió a 55,8 % (n= 86) no así 44,2 % (n= 68) de los casos, en los cuales no hubo concordancia entre ambos diagnósticos.

En los reportes histopatológicos no hay ningún dato que pueda describir la congruencia clínica-histopatológica según dignidad de la lesión, es decir que se indique concordancia en cuanto a que la lesión es benigna, premaligna o maligna, puesto que ello no se precisó en la descripción clínica inicial de la lesión.

La mayor congruencia diagnóstica según tipo de lesión aconteció en los casos con el diagnóstico histopatológico de hiperplasia fibrosa focal (36,0 %, n=

31), seguido por mucocele (11,6 %, n= 10) y papiloma escamoso (7,0 %, n= 6). Asimismo, se debe de destacar que el grupo de lesiones, donde no hubo congruencia diagnóstica fue, también, la lesión de hiperplasia fibrosa focal (11,8 %, n= 8), agregando las lesiones de mucositis liquenoide (8,8 %, n= 6), papiloma escamoso, queratosis usual y abscesos, estos últimos con la misma cantidad de casos (7,4 %, n= 5).

Se demuestra, en la Tabla II, la congruencia del diagnóstico clínico-histopatológico de las lesiones por categoría según el diagnóstico histopatológico, sobresaliendo el grupo de lesiones reactivas/ hiperplásicas (43,0 %, n= 37) , el grupo de lesiones quísticas odontogénicas - no odontogénicas, el grupo de enfermedad / lesiones de glándulas salivales, cada uno de ellos con 12,8 % (n= 11) de concordancia diagnóstica, seguidos por lesiones epiteliales (7,0 %, n= 6) y tumores odontogénicos (5,8 %, n= 5), siendo claro, que los resultados puedan estar influenciados por la cantidad de casos según categoría.

Acorde al grupo de edad, la congruencia del diagnóstico clínico- histopatológico prevalece en el grupo de 41 a 50 años, no así en el grupo de 0 - 20 años y aquel de más de 71 años de edad. La mayor discordancia diagnóstica se presentó en el grupo 51- 60 años (13,6 %, n= 21), seguido por el grupo entre

Tabla II. Congruencia diagnóstica de lesiones en cavidad oral, según categoría de lesiones por diagnóstico histopatológico. Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 2016 -2019.

Grupo diagnóstico histopatológico	Congruencia				Total	
	Nº de casos #	Si %	Nº de casos #	No %	Nº de casos #	Total %
Lesiones reactivas / hiperplásicas	37	43,0	18	26,5	55	35,7
Lesiones epiteliales	6	7,0	5	7,4	11	7,1
Enfermedad / lesiones de glándulas salivales	11	12,8	2	2,9	13	8,4
Tumores de origen vascular y linfático	1	1,2	4	5,9	5	3,2
Pigmentaciones endógenas / exógenas de la mucosa oral y perioral	4	4,7	9	13,2	13	8,4
Lesiones mediadas por trastornos del sistema inmunitario	7	8,1	7	10,3	14	9,1
Lesiones quísticas odontogénicas / no odontogénicas	11	12,8	1	1,5	12	7,8
Tumores odontogénicos	5	5,8	1	1,5	6	3,9
Lesiones fibro-óseas	2	2,3	1	1,5	3	1,9
Abscesos no definidos	-	-	5	7,4	5	3,2
Tejido dentario o lesiones asociadas a tejido dental en sí	-	-	4	5,9	4	2,6
Lesión premaligna	-	-	3	4,4	3	1,9
Tumores / lesiones malignas	1	1,2	1	1,5	2	1,3
Tejido normal	-	-	2	2,9	2	1,3
Lesiones misceláneas sin diagnóstico o clasificación	1	1,2	5	7,4	6	3,9
Total	86	100,0	68	100,0	154	100,0

21-30 años (6,5 %, n= 10) y 31-40 años (5,8 %, n= 9) (Tabla III).

Según localización de la lesión, la congruencia diagnóstica, sobresale en aquellas encontradas

en labio, lengua y mejilla (11,7 %, n=18; 9,7 %, n=15; 8,4 %, n= 13, respectivamente), aunque también se destaca las zonas anatómicas de labio (7,8 %, n=12), y lengua (9.1 %, n=14) con la mayor discrepancia (Tabla IV).

Tabla III. Congruencia diagnóstica según grupo de edad de los pacientes. Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 2016 -2019.

Grupo de edad años	Sí		No		Total	
	Nº de casos #	Porcentaje %	Nº de casos #	Porcentaje %	Nº de lesiones #	Porcentaje %
0 – 5	4	2,6	1	0,6	5	3,2
6 – 10	3	1,9	4	2,6	7	4,5
11 – 15	4	2,6	1	0,6	5	3,2
16 – 20	3	1,9	3	1,9	6	3,9
21 – 30	10	6,5	10	6,5	20	13,0
31 – 40	14	9,1	9	5,8	23	14,9
41 – 50	17	11,0	7	4,5	24	15,6
51 – 60	16	10,4	21	13,6	37	24,0
61 – 70	12	7,8	9	5,8	21	13,6
más de 71	3	1,9	3	1,9	6	3,9
Total	86	55,8	68	44,2	154	100

Tabla IV. Congruencia diagnóstica clínica-histopatológica según localización de la lesión. Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 2016 -2019.

Localización	Sí		No		Total #	Porcentaje %
	#	Porcentaje %	#	Porcentaje %		
Labio	18	11,7	12	7,8	30	19,5
Mejilla	13	8,4	5	3,2	18	11,7
Lengua	15	9,7	14	9,1	29	18,8
Paladar	6	3,9	5	3,2	11	7,1
Gíngiva	9	5,8	7	4,5	16	10,4
Reborde alveolar	4	2,6	2	1,3	6	3,9
Sínfisis/ mandíbula	9	5,8	6	3,9	15	9,7
Premaxila / maxila	5	3,2	5	3,2	10	6,5
Región de diente específico	5	3,2	7	4,5	12	7,8
Pilar amigdalino	-	0,0	1	0,6	1	0,6
Surco vestibular	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Piso de cavidad oral	-	0,0	2	1,3	2	1,3
Rafé pterigo mandibular derecho	1	0,6	0	0,0	1	0,6
Diente	0	0,0	2	1,3	2	1,3
Total	86	55,8	68	44,2	154	100

DISCUSIÓN

La literatura ha demostrado que las lesiones en cavidad oral pueden ser difíciles de diagnosticar clínicamente (Tatli *et al.*, 2013), lo que produce discrepancias entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, ello a consecuencia de distintos factores como diferencias metodológicas en el criterio usado para el diag-

nóstico (Mendez *et al.*, 2016; Soyele *et al.*, 2019; Gbolahan *et al.*, 2019), falta de información clínica completa y apropiada de la lesión e inexactitud de las definiciones precisas para sus características (Fattahi *et al.*, 2014; Mendez *et al.*, 2016; Emamverzizadeh *et al.*, 2019; Gbolahan *et al.*, 2019; Soyele *et al.*, 2019;

Navas-Aparicio & Hernández-Rivera, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022), toma de espécimen del tejido correcto (Bokor-Bratic' *et al.*, 2004; Bacci *et al.*, 2014; Mendez *et al.*, 2016; Gbolahan *et al.*, 2019; Soyele *et al.*, 2019; Farzinnia *et al.*, 2022), inadecuado transporte de las muestras al laboratorio (Soyele *et al.*, 2019), falta de conocimientos de los profesionales (Bacci *et al.*, 2014; Soyele *et al.*, 2019; Boza-Oreamuno & López-Soto, 2020; Navas-Aparicio & Hernández Rivera, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022), variabilidad de una enfermedad (Fattahi *et al.*, 2014; Maheshwari & Kharkar, 2020; Navas-Aparicio & Hernández Rivera, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022), variables específicas del paciente (edad, sexo, estado socioeconómico, grupo étnico, condiciones ambientales, uso de prótesis, hábitos de tabaquismo y alcoholismo, tratamiento de radioterapia) (Forman *et al.*, 2015; Navas-Aparicio & Hernández-Rivera, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022), similitud en las presentaciones clínicas de la lesión (Sarabadani *et al.*, 2009; Kondori *et al.*, 2011; Tatli *et al.*, 2013; Messadi, 2013; Fattahi *et al.*, 2014; Azmoodeh *et al.*, 2017; Emamverdizadeh *et al.*, 2019; Maheshwari *et al.*, 2020; Navas-Aparicio & Hernández-Rivera, 2021; Boza-Oreamuno & López-Soto, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022); entre otros, por lo que es importante la identificación de los factores de esta discrepancia diagnóstica con el fin de disminuir la inexactitud del diagnóstico clínico con aquel histopatológico, y por tanto, fortalecer el conocimiento diagnóstico lo que conlleva a un mejor tratamiento y pronóstico del paciente. (Fattahi *et al.*, 2014; Forman *et al.*, 2015; Mendez *et al.*, 2016; Emamverdizadeh *et al.*, 2019; Gbolahan *et al.*, 2019; Soyele *et al.*, 2019; Farzinnia *et al.*, 2022).

El presente estudio se basó en determinar la congruencia del diagnóstico clínico con el histopatológico en 160 reportes de biopsias de patología, de esta muestra se eliminaron 14 reportes, lo que es relevante hacer referencia a pesar de que la cantidad de casos excluidos es escasa (8,8 %, n=14), ya que se observó entre sus causas, que además de que no se describía un diagnóstico clínico de la lesión, los datos generales de los pacientes y la descripción de las lesiones eran incompletos o no presentaban la información pertinente, lo que es un complemento al quehacer diagnóstico que debe de realizar el patólogo, pues la información que se provea es primordial para este profesional, primordial para la definición de un tratamiento al paciente que puede afectar su calidad de vida (Meiller *et al.*, 2012; Boza-Oreamuno & López-Soto, 2021), y primordial en un centro académico, centro de formación de futuros profesionales y centro base de investigación. Ello lo de-

muestra también los estudios de Vale *et al.* (2013), Mendez *et al.* (2016), Azmoodeh *et al.* (2017) y Boza-Oreamuno & López-Soto (2020, 2021). Importante destacar que el problema no solo radica en la falta de datos para determinar un diagnóstico sino que radica si las lesiones a diagnosticar son malignas (Kondori *et al.*, 2011; Mendez *et al.*, 2016).

Como se indicó, en esta investigación predominó el género femenino con una proporción hombre:mujer: 1: 1.4. Con respecto a la edad de los pacientes el rango fue entre 2 y 78 años, predominando el grupo entre 41 a 60 años, lo que sugiere que en este rango de edad tienen mayor precaución ante cualquier patología que se presente en cavidad oral para su pronta evaluación y resolución, igualmente, se constata que a partir de los 21 años existe mayor tendencia a búsqueda de tratamiento para el diagnóstico de alguna patología en cavidad oral.

Es pertinente subrayar, como se ha descrito en la literatura que los estudios para determinar la relación del diagnóstico clínico e histopatológico no tienen criterios uniformes (sea rangos de edad, categorías en que las lesiones son agrupadas, número de casos, tipo de lesiones orales seleccionadas, criterios de evaluación, características detalladas de las lesiones, períodos de estudio, grupos de población, entre otros), por lo que una comparación directa y estricta se dificulta entre ellos (Vale *et al.*, 2013; Soyele *et al.*, 2019).

La determinación de la congruencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, objetivo principal del estudio, correspondió a 55,8 %. En la Tabla V se muestran distintos trabajos relativos a la concordancia entre ambos diagnósticos mostrando los resultados obtenidos, en este se observa que la mayoría de estos estudios tienen porcentajes de concordancia mayores en comparación a la presente investigación, lo que expone que tanto los estudiantes como profesionales de odontología deben de tener un mejor entrenamiento en la identificación y definición de las lesiones en la cavidad oral y sus características, lo que conduce a redireccionar la enseñanza.

El problema, en realidad, no se encuentra en la congruencia de los diagnósticos, pues en estos casos, el profesional tiene el conocimiento para identificar la lesión clínicamente de forma correcta, sino que radica en aquellos casos en que hubo discrepancia diagnóstica, la cual correspondió en este estudio en 44,2 %, lo que exige conocer los factores responsa-

bles de esta discrepancia, exige la búsqueda de soluciones y exige reforzar la educación del profesional y de los estudiantes para reconocer y describir estas lesiones y alcanzar un diagnóstico definitivo, pues estas discordancias son de gran relevancia en aquellos casos que involucran lesiones premalignas o malignas. Por ejemplo, el índice de discrepancia diagnóstica de lesiones potencialmente malignas, según el trabajo de Bokor-Bratic *et al.* (2004) fue 17.6 %. Bacci *et al.* (2014) indicaron en su estudio relativo al establecimiento de la proporción de los diagnósticos clínicos erróneos en una muestra de 1566 casos, que fue errado en 31,5 % de estos, perteneciendo 23,8 % a neoplasmas benignos, 78,9 % a neoplasmas malignos y 17 % a lesiones premalignas, mostrando una alta frecuencia de error en los casos de malignidad. En la presente investigación, hubo un 100 % de discrepancia en las lesiones premalignas y un 50 % en las lesiones malignas, ello evidencia que esto puede producir un retardo en el inicio de un tratamiento determinado en lesiones que pueden tener consecuencias graves, y que muchas de ellas pueden ser detectadas en estadios tardíos de la enfermedad lo que complica el pronóstico y respuesta del paciente ante un tratamiento (Allen & Farah, 2015; Mendez *et al.*, 2016).

Tatli *et al.* (2013) demuestran en su estudio que la concordancia de los diagnósticos en el grupo de lesiones benignas correspondió en un 99,8 % (n= 2502), pero hubo 0,2 % (n= 5), en el cual el diagnóstico no coincidió, siendo estas lesiones histológicamente malignas. Además, señalan que en el grupo de lesiones premalignas y malignas hubo 100 % de concordancia (n= 72 y n= 139 respectivamente), demostrando que los odontólogos sobresalen en el diagnóstico de lesiones benignas y premalignas en el ambiente clínico. En el trabajo de Emamverdizadeh *et al.* (2019),

se encontró que la mayor compatibilidad diagnóstica fue en lesiones de tejido blando de origen irritacional (81,5 %) y lesiones mucocutáneas (76,9 %), no así para los grupos de tumores malignos óseos, tejidos inflamatorios, tejidos de granulación, lesiones metastásicas y desórdenes hematológicos, representando un tercio del total de diagnósticos. Por otro lado, Forman *et al.* (2015), encontraron concordancia diagnóstica en 95,9 % y 66,7 % de las lesiones benignas y lesiones premalignas o malignas respectivamente, así como Soyele *et al.* (2019) identificaron mayor concordancia en lesiones benignas (57,2 %), comparadas con aquellas malignas.

La lesión que presentó mayor frecuencia de congruencia diagnóstica fue la hiperplasia fibrosa focal, pero así aconteció, también, cuando las lesiones no coincidieron en su diagnóstico, sospechando que pudo ser debido a la similitud de las características clínicas de diferentes lesiones (Sarabadani *et al.*, 2009; Kondori *et al.*, 2011; Tatli *et al.*, 2013; Fattahi *et al.*, 2014; Mendez *et al.*, 2016; Azmoodeh *et al.*, 2017; Maheshwari & Kharkar, 2020; Navas-Aparicio & Hernández-Rivera, 2021; Boza-Oreamuno & López-Soto, 2021; Farzinnia *et al.*, 2022). En comparación a otros estudios, se destacan otras lesiones con mayor congruencia diagnóstica, por ejemplo, liquen plano (Fattahi *et al.*, 2014), ulceración traumática (Forman *et al.*, 2015), mucocele (Maheshwari & Kharkar, 2020), granuloma piógeno (Sarabadani *et al.*, 2009), entre otros.

La congruencia del diagnóstico clínico - histopatológico según categoría de diagnóstico histológico de forma individualizada destaca con mayor frecuencia el grupo de lesiones quísticas odontogénicas - no odontogénicas, enfermedad - lesiones de glándulas salivales y tumores odontogénicos

Tabla V. Estudios de congruencia y discrepancia del diagnóstico clínico-histopatológico.

Estudio	Población de estudio	Concordancia (%)	Discrepancia (%)
Tatli <i>et al.</i> (2013)	2718	93,3	6,7
Sarabadani <i>et al.</i> (2009)	73	81,7	18,3
Fattahi <i>et al.</i> (2014)	311	80,7	19,3
Maheshwari & Kharkar (2020)	164	75,60	24,39
Emamverdizadeh <i>et al.</i> (2019)	1146	72,3	27,7
Farzinnia <i>et al.</i> (2022)	3001	72,2	---
Azmoodeh <i>et al.</i> (2017)	324	69,1	30,9
Seifi <i>et al.</i> (2010)	232	66,6	33,4
Vale <i>et al.</i> (2013)	315	61,5	38,5
Forman <i>et al.</i> (2015)	1003	61	--
Soyele <i>et al.</i> (2019)	592	54,6	45,4
Navas-Aparicio & Hernández-Rivera (2021)	35	52,6	47,4
Boza & López (2020) (lesiones óseas)	77	31,2	66,2

(91,7 %, n= 11; 84,6 %, n= 11; 83,3 %, n= 5; respectivamente), considerando que el número de casos en estas categorías eran escasos, lo cual influye el resultado. El grupo de lesiones reactivas - hiperplásicas (67,3 %, n=37), y lesiones epiteliales (54,5 %, n=6) fueron los grupos restantes, en los cuales hubo mayor concordancia del diagnóstico clínico- histopatológico.

Soyele *et al.* (2019) manifiestan, que el grupo de lesiones fibro-óseas (65,6 %) y tumores epiteliales (66,1 %) fueron aquellos que presentaron mayor concordancia diagnóstica, no así para el grupo de lesiones pulpaes/periapicales (3,5 %), el cual tuvo la menor concordancia. Adicionalmente, Boza-Oreamuno & López-Soto (2020), comentan en su investigación, ya citada, referente a las lesiones de tejido blando, que el grupo de lesiones premalignas y lesiones pigmentadas tuvieron una excelente concordancia diagnóstica, contrariamente a los grupos con lesiones dermatológicas y autoinmunes, lesiones mesenquimales benignas y malignas así como lesiones vasculares. Por su parte, Azmoodeh *et al.* (2017) señalan que la mayor correlación diagnóstica fue en el grupo de lesiones de glándulas salivales (89,5 %) y la menor en el grupo de lesiones odontogénicas (60,3 %).

Aunque las lesiones de tejido blando fueron las más frecuentes en este estudio (91 %), se observa que solo 2 % fueron de tejido duro, lo cual es un dato para analizar en cuanto a que la búsqueda de tratamiento de una patología dada podría requerir un examen complementario como imágenes que ayuden a identificar una lesión ósea o dental, ya que ellas no solo se diagnostican por un hallazgo clínico sino como un hallazgo casual por radiografía.

Si bien en el presente estudio no se logró determinar la congruencia de la dignidad de la lesión en el diagnóstico clínico con aquel histopatológico, obliga al profesional a conocer no solo la lesión en sí y sus características sino también la dignidad, en cuanto a que determinará la conducta de tratamiento, como lo describen diferentes estudios (Forman *et al.*, 2015; Soyele *et al.*, 2019; Boza-Oreamuno & López-Soto, 2021).

De acuerdo con el grupo de edad, la mayor congruencia diagnóstica aconteció en aquel con edades entre 41-60 años (33 %). No obstante la congruencia del diagnóstico en los grupos de edades entre 6 - 10 años, 16-20 años y más de 71 años fue baja (1,9 % para cada grupo), ello se ve influenciado por la cantidad de casos presentes. Farzinnia *et al.* (2022) describen en su estudio que la concordancia en el grupo de

0-9 años de edad fue 50 % (n= 2) y en el grupo de 10-19 años 72,6 % (n= 2038); en esta investigación, aconteció 4,5 % de concordancia en el grupo de edad entre 0-10 años (n=7) y 3,2 % de discordancia (n=5), no así para el grupo de edad entre 11-20 años, cuya congruencia fue, igualmente, 4,5 % y la discrepancia 2,5 %.

En el estudio de Fattahi *et al.* (2014) se menciona que el grupo de personas mayores de 70 años fue aquel que tuvo el mayor porcentaje de acuerdo en los diagnósticos, lo cual coincide con los trabajos de Soyele *et al.* (2019) y Farzinnia *et al.* (2022), debido a la pérdida de dientes y a la disminución del número de lesiones e irritaciones originadas por estos, no aconteciendo así en el trabajo en cuestión, ya que este grupo de edad, tuvo una congruencia de 1,9 % (n=3).

Relativo a la congruencia o discrepancia del diagnóstico clínico con el histopatológico según localización de la lesión, sobresalen, según los resultados, unos u otros sitios anatómicos, coincidiendo algunos de ellos en menor o mayor porcentaje, lo que muestra, que lo importante en el diagnóstico es el conocimiento de las características de las lesiones para identificar los diferentes tipos de patologías, y no únicamente la localización, como se puede observar en estos resultados, pues ello es un coadyuvante para la identificación clínica de una lesión, a pesar de que existen zonas de mayor frecuencia de aparición.

De igual manera, distintas investigaciones analizan la concordancia del diagnóstico según localización de la lesión, coincidiendo algunas con los resultados obtenidos y otras con diferencias. Tatli *et al.* (2013) expresan que la coincidencia diagnóstica se presentó en aquellas lesiones en maxila (93,3 %), mandíbula (93 %) y otros lugares como, por ejemplo, mucosa yugal, lengua, labios, glándulas salivales y piso de boca (95,7 %), siendo la discordancia según el orden señalado de cada grupo 6,7 %, 7 % y 4,3 %. Forman *et al.* (2015) encontraron mayor discordancia diagnóstica en lesiones localizadas en piso de boca, dos tercios anteriores de lengua, paladar y orofaringe. Soyele *et al.* (2019) en cambio, indicaron que la mayor concordancia fue en aquellas lesiones en lengua, labio inferior, mucosa bucal y mandíbula. Farzinnia *et al.* (2022) muestran que aquellas lesiones ubicadas en piso de boca tenían alta proporción de concordancia diagnóstica (85,2 %) contrario a las lesiones en gíngiva (66,1 %); de igual manera, la concordancia de lesiones en otros lugares correspondió a 82,7 % en labio, y 68,4 % y 77 % en lengua, dependiendo de la región de esta estructura involucrada.

CONCLUSIÓN

La congruencia de los diagnósticos demuestra el conocimiento del profesional en identificar la lesión clínicamente de forma correcta, lo que permite actuar en el momento preciso y confirmar la impresión clínica diagnóstica de una patología, mediante el estudio histopatológico, el cual es el estándar oro. El problema radica en aquellos casos en que hay discrepancia diagnóstica, pues exige conocer los factores responsables de esta discrepancia, exige la búsqueda de soluciones y exige reforzar y redireccionar la formación académica del profesional y de los estudiantes para reconocer y describir estas lesiones.

NAVAS-APARICIO, M. C. Clinical-histopathological diagnostic consistency of lesions in the oral cavity, at the Faculty of Dentistry, University of Costa Rica, in the 2016-2019 period. *Int. J. Odontostomat.*, 18(1):41-50, 2024.

ABSTRACT: Knowledge of oral pathology and its correct diagnosis is fundamental in Dentistry, since a late diagnosis, particularly in cases of premalignant or malignant lesions, can lead to serious consequences for the patient. The objective of this study was to establish the clinical-histopathological diagnostic consistency of lesions in the oral cavity in patients who attended the Faculty of Dentistry, Universidad de Costa Rica, and who underwent a biopsy of the lesion, during the period 2016-2019. The study was descriptive and retrospective, based on data from histopathological reports in the mentioned population, due to presenting some lesion, soft or hard tissue, in the oral cavity. The statistical sample was for convenience, non-probabilistic nor random. The statistical techniques used were descriptive for the analysis of the information, which was based on frequency distribution and crossing of variables. The statistical processing of the data was designed in a database created in Excel. The sample collects 160 histopathological reports, of which 14 were excluded. The average age of the patients was 42 years (range between 2 - 78 years old). The male:female ratio corresponded to 1:1.4, with a predominance of the female sex at 58.9 %. The congruence of the histopathological diagnosis with the clinical diagnosis corresponded to 55.8 %. Diagnostic consistency demonstrates knowledge of the professional in correctly identifying the lesion clinically, which allows acting at the precise moment and confirming the diagnostic clinical impression of the pathology via histopathological study which is the gold standard. The problem lies in those cases in which there is a diagnostic discrepancy, since it requires having knowledge of the underlying factors and therefore, requires searching for solutions, reinforcing and redirecting the academic training of professionals and students to recognize and describe these lesions.

KEY WORDS: oral diagnosis, pathology, biopsy, mouth neoplasms, mouth mucosa, knowledge.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, K. & Farah, C. S. Screening and referral of oral mucosal pathology: a check-up of Australian dentists. *Aust. Dent. J.*, 60(1):52-8, 2015.
- Azmoodeh, F.; Esfahani, M. & Sharifara, A. Correlation between clinical and histopathologic findings of oral lesions. *Sch. J. Dent. Sci.*, 4(10):415-8, 2017.
- Bacci, C.; Donolato, L.; Stellini, E.; Berengo, M. & Valente, M. A comparison between histologic and clinical diagnoses of oral lesions. *Quintessence Int.*, 45(9):789-94, 2014.
- Bokor-Bratic, M.; Vuckovic, N. & Mirkovic, S. Correlation between clinical and histopathological diagnoses of potentially malignant oral lesions. *Arch. Oncol.*, 12(3):145-7, 2004.
- Boza-Oreamuno, Y. V. & López-Soto, A. Concordancia clínica e histopatológica de lesiones óseas orales. Estudio retrospectivo. *Odvotos Int. J. Dent. Sci.*, 22(3):162-73, 2020.
- Boza-Oreamuno, Y. V. & López-Soto, A. Correlación del diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones de la mucosa oral entre 2008-2015 en la Universidad de Costa Rica. *Odvotos Int. J. Dent. Sci.*, 23(3):128-36, 2021.
- Emamverdizadeh, P.; Ahmad Arta, S.; Ghanizadeh, M.; Negahdari, R.; Ghavimi, M. A.; Ghoreishizadeh, A. & Reza Tojih, M. Compatibility of clinical and histopathological diagnosis of oral lesions in Iranian patients. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.*, 19(1):e4344, 2019.
- Ergun, S.; Ozel, S.; Koray, M.; Kürklü, E.; Ak, G. & Tanyeri, H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 38(12):1283-8, 2009.
- Farzinnia, G.; Sasannia, M.; Torabi, S.; Rezazadeh, F.; Ranjbaran, A. & Azad, A. Correlation between clinical and histopathological diagnoses in oral cavity lesions: a 12-year retrospective study. *Int. J. Dent.*, 2022:1016495, 2022.
- Fattahi, S.; Vosoughhosseini, S.; Khiavi, M. M.; Mostafazadeh, S. & Gheisar, A. Consistency rates of clinical diagnosis and histopathological reports of oral lesions: A retrospective study. *J. Dent. Res. Clin. Dent. Prospects*, 8(2):111-3, 2014.
- Forman, M. S.; Chuang, S. K. & August, M. The accuracy of clinical diagnosis of oral lesions and patient-specific risk factors that affect diagnosis. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 73(10):1932-7, 2015.
- Gbolahan, O. O.; Lawal, A. O. & Akinyamoju, C. A. Clinical and histological diagnosis of oral pathologic lesions, any concordance? *Afr. J. Oral Health*, 8(2):48-54, 2019.
- Kondori, I.; Mottin, R. W. & Laskin, D. M. Accuracy of dentists in the clinical diagnosis of oral lesions. *Quintessence Int.*, 42(7):575-7, 2011.
- Maheshwari, A. M. & Kharkar, V. D. Correlation of clinical and histopathological diagnoses of oral mucosal lesions at tertiary care centre: a retrospective study. *Int. J. Res. Dermatol.*, 6(4):515-9, 2020.
- Meiller, T. F.; Garber, K. & Scheper, M. A review of common oral pathology lesions, with a focus on periodontology and implantology. *J. Evid. Based Dent. Pract.*, 12(3 Suppl.):254-62, 2012.
- Mendez, M.; Hass, A. N.; Rados, P. V.; Sant'ana Filho, M. & Carrard, V. C. Agreement between clinical and histopathologic diagnoses and completeness of oral biopsy forms. *Braz. Oral Res.*, 30(1):e94, 2016.
- Messadi, D. V. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. *Int. J. Oral Sci.*, 5(2):59-65, 2013.
- Navas-Aparicio, M. C. & Hernández-Rivera, P. Concordancia entre los diagnósticos clínico e histopatológico de lesiones en tejidos blandos de cavidad oral. *Rev. Biomed.*, 32(2):98-105, 2021.
- Sarabadani, J.; Ghanbariha, M.; Khajehahmadi, S. & Nehighalehno, M. Consistency rates of clinical and histopathologic diagnoses of oral soft tissue exophytic lesions. *J. Dent. Res. Dent. Clin. Dent. Prospects*, 3(3):86-9, 2009.

- Sixto-Requeijo, R.; Diniz-Freitas, M.; Torreira Lorenzo, J. C.; García-García, A. & Gándara-Rey, J. M. An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in an oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain). *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 17(1):e16-22, 2012.
- Soyele, O. O.; Aborisade, A.; Adesina, O. M.; Olatunji, A.; Adedigba, M.; Ladeji, A. M. & Adeola, H. A. Concordance between clinical and histopathologic diagnosis and an audit of oral histopathology service at a Nigerian tertiary hospital. *Pan. Afr. Med. J.*, 34:100, 2019.
- Tarakji, B. Dentists' perception of oral potentially malignant disorders. *Int. Dent. J.*, 72(3):414-9, 2022.
- Tatli, U.; Erdogan, Ö.; Uguz, A.; Üstün, Y.; Sertdemir, Y. & Damlar I'. Diagnostic concordance characteristics of oral cavity lesions. *ScientificWorldJournal*, 2013:785929, 2013.
- Vale, E. B.; Ramos-Perez, F. M.; Rodrigues, G. L.; Carvalho, E. J.; Castro, J. F. & Perez, D. E. A review of oral biopsies in children and adolescents: A clinicopathological study of a case series. *J. Clin. Exp. Dent.*, 5(3):e144-9, 2013.

Dirección para correspondencia:
María del Carmen Navas-Aparicio
Facultad de Odontología
Universidad de Costa Rica
Apartado postal 11501-2060
San José
COSTA RICA

E-mail: ma.navas@ucr.ac.cr
mcnavasaparcio@hotmail.com