



Frecuencia de tumores odontogénicos benignos en la Fundación Hospital de la Misericordia (Bogotá, Colombia). Un estudio retrospectivo a nueve años

CLAUDIA PATRICIA PEÑA V.¹, ENNYA LIESETH LEONEL T.², CRISTIÁN DAVID GUZMÁN C.³,
DIEGO LUIS ESQUIVEL C.⁴, MAURICIO RODRÍGUEZ G.⁵, JAIRO BUSTILLO R.⁶

Cómo citar: Peña CP, Leonel EL, Guzmán CD, Esquivel DL, Rodríguez M, Bustillo J. Frecuencia de tumores odontogénicos benignos en la Fundación Hospital de la Misericordia (Bogotá, Colombia): un estudio retrospectivo a nueve años. *Univ Med.* 2016;57(4):467-79. doi: <http://doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-4.ftob>

Resumen

Introducción: Los tumores odontogénicos son neoplasias benignas atípicas, potencialmente agresivas, multifactoriales, derivadas del tejido odontogénico embrionario; por este motivo, son exclusivos de los maxilares. No obstante, existen pocos estudios de tumores odontogénicos benignos (TOB) en niños. **Objetivo:** Describir la frecuencia de los TOB en menores de 18 años de edad en la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte trans-

- 1 Odontóloga, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Cirujana Oral y maxilofacial, Universidad Nacional de Colombia. Patóloga oral, Pontificia Universidad Javeriana. Profesora asociada, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.
- 2 Odontóloga, patóloga y cirujana bucal, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Profesora asociada, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.
- 3 Odontólogo, patólogo y cirujano bucal, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- 4 Profesor titular, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Fundación Hospital de la Misericordia, Bogotá, Colombia.
- 5 Profesor titular, Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia.
- 6 Profesor del posgrado de Patología y Cirugía Bucal, Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Recibido: 10/12/2015

Revisado: 09/02/2016

Aceptado: 16/02/2016

versal. Se revisaron en total 277 historias clínicas de lesiones en cabeza y cuello y zona anatómica maxilofacial, en la base de datos ISIS del HOMI, en pacientes de 0-18 años de edad, atendidos entre 2006 y 2014. Se utilizaron los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** De las historias clínicas revisadas, 36 cumplieron con los criterios de selección para los TOB. Estos presentaron una relativa baja frecuencia del 12,37% respecto a la patología reportada por los servicios tratantes de cabeza y cuello. La mayoría de los TOB pertenecen al estrato socioeconómico 1 (30,55%). **Conclusiones:** Este estudio muestra que los TOB son lesiones de relativa baja frecuencia en la región maxilofacial en la población pediátrica, con una relación hombre mujer 2:1. También la mayoría de los casos se encontraron en la segunda década de vida.

Palabras clave: niños, frecuencia, retrospectivo, odontogénico, tumor, mandibular, maxilar.

Title: Frequency of Tumors Benign Odontogenic in the Fundacion Hospital de la Misericordia (Bogota, Colombia). A Retrospective Study to Nine Years

Abstract

Introduction: The Odontogenic tumors are atypical, potentially aggressive, multifactorial benign neoplasms, odontogenic derived from embryonic tissue for this reason they are exclusive to the jaws. There are few studies of odontogenic benign tumors in children. **Objective:** To describe the frequency of Benign Odontogenic Tumors (BOT) in less than 18 years in the Mercy Hospital Foundation (HOMI). **Materials and Methods:** A descriptive study was conducted cross-section. We reviewed in total 277 medical records of injuries to the head and neck and maxillofacial anatomical area, at the base of the HOMI ISIS data in patients 0-18 years of age, treated between 2006 to 2014. CIE-10 codes

were used and classification of the World Health Organization. **Results:** Were reviewed 277 medical records with maxillofacial pathology; 36 medical records met the selection criteria for the BOT. The BOT had low relative frequency of 12.37% compared to pathology services reported by the treating head and neck. Most BOT who presented belong to socioeconomic stratum 1 (30.55%). **Conclusions:** This study shows that the BOT are low relative frequency of injuries in the maxillofacial region in the pediatric population, with a male to female ratio 2:1. Also most of the cases were found in the second decade of life.

Key words: children, frequency, retrospective, odontogenic tumor, jaw.

Introducción

Los tumores odontogénicos son neoplasias benignas atípicas potencialmente agresivas, multifactoriales, derivadas del tejido odontogénico embrionario; por este motivo, son exclusivos de los maxilares. Dichos tumores odontogénicos benignos (TOB) son lesiones óseas localmente destructivas, los cuales, dependiendo del tipo histológico que se presente, son de baja frecuencia en niños. Corresponden al 1% de todos los tumores benignos en el ser humano, dentro de la población mundial [1-4].

Estudios realizados en diferentes localidades del mundo encontraron que los TOB en niños y adolescentes representan del 3% al 16,4% de todas las lesiones tumorales benignas de la región orofacial [5-7]. Sin embargo, existen pocos estudios de este tipo de tumores en niños, lo que dificulta comparar re-

sultados, ya que no tienen criterios metodológicos unificados. La mayoría se han realizado en población adulta, y algunos combinan población adulta y pediátrica. En Colombia no se cuenta con datos epidemiológicos, ni estadísticos actuales referenciados por el Ministerio de Salud, ni por los centros hospitalarios de tercer y cuarto nivel de los TOB en niños [2,3]. Por lo anterior, el objetivo de este estudio es describir la frecuencia de los TOB en la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI), principal hospital pediátrico en Colombia, en un periodo de nueve años, en edades comprendidas entre los 0 y los 18 años de edad.

Los tumores odontogénicos más frecuentes en niños y adolescentes, según refieren estudios realizados en Estados Unidos, Asia, Medio Oriente y América Latina son: los odontomas, el tumor odontogénico queratoquístico (TOQQ), el ameloblastoma, el mixoma odontogénico y el fibroma ameloblástico. Estos tumores tienen predilección por el segmento posterior de la mandíbula y la zona anterior del maxilar. Las presentaciones en pacientes jóvenes no son muy frecuentes, pero se reporta mayor incidencia en la primera y la segunda décadas de vida [1-5].

Cuando se presentan en la infancia y en la adolescencia, son más agresivos algunos tipos histológicos de TOB, que por lo general dejan secuelas por la destrucción ósea que estos generan en los maxilares en crecimiento. Por lo tanto,

los pacientes van a requerir procedimientos quirúrgicos de reconstrucción ósea y el remplazo de los dientes afectados por la patología.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el cual se revisaron en total 383 historias clínicas de lesiones en cabeza y cuello y zona anatómica maxilofacial, en la base de datos ISIS de la HOMI, en pacientes de 0-18 años de edad atendidos entre 2006 y 2014. La búsqueda se basó en los códigos de décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Así mismo, la clasificación de los tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005. Posteriormente, se confirmaron los diagnósticos histopatológicos de TOB con los reportes emitidos por el servicio de Patología General [8,9].

Los criterios de inclusión fueron: historias clínicas con diagnóstico histopatológico de TOB y pacientes de sexo femenino y masculino entre 0 y 18 años de edad, que se dividieron en grupos etarios de 0-4 años, 5-9 años, 10-14 años y 15-18 años para el análisis estadístico. Los criterios de exclusión fueron las historias clínicas con datos incompletos, informes con diagnósticos dudosos, aquellos con tumores malignos e informes de metástasis.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una tabla unificada que incluía: datos básicos de la historia clínica médica, número secuencial de paciente, número de historia clínica, sexo, edad, procedencia (ciudad de origen), año de ingreso, estrato social, diagnóstico histopatológico, zona y estructuras anatómicas afectadas, tipo de imágenes utilizadas, presencia o no de alteraciones sensoriales, desplazamiento dental, deformidad de contorno, dolor y diente asociado. El análisis estadístico utilizado fue Pearson y χ^2 ($p < 0,05$), realizado y analizado con el *software* Stata 11.1.

Resultados

En los nueve años comprendidos entre enero de 2006 y diciembre de 2014, se revisaron 277 historias clínicas, para las cuales 36 cumplían con los criterios de inclusión para el estudio. Se encontró que las patologías más frecuentes de cabeza y cuello en el HOMI fueron las

lesiones infecciosas, correspondientes al 62,45%; seguido por los TOB, en un 12,99%, y los menos frecuentes fueron las lesiones de la articulación temporomandibular (tabla 1).

El grupo etario con mayor frecuencia de diagnósticos de cabeza y cuello reportado por el Departamento de Patología en el HOMI fue entre los 10 y los 14 años (31%). En cuanto al sexo, la relación hombre (63,42%) y mujer (33,57%) fue de 2:1 (tabla 2).

Para los TOB el grupo etario más frecuente fue el comprendido entre los 15 y los 18 años (55,55%), seguido por el grupo comprendido entre los 10 y los 14 años (27,77%) (tabla 3).

Para los TOB el sitio de procedencia de mayor frecuencia fue Bogotá, con el 83,33% (tabla 4).

Tabla 1. Frecuencia de la patología de cabeza y cuello en el HOMI, 2006-2014

Diagnóstico histopatológico global	Frecuencia	Porcentaje
Quistes de cabeza-cuello	11	3,97
Lesión articulación temporomandibular	5	1,80
Lesión infecciosa	173	62,45
Lesión de piel	4	1,44
Tumor benigno de cabeza y cuello	28	10,10
Tumor maligno de cabeza y cuello	20	7,22
Tumor odontogénico benigno	36	12,99
Total	277	100,00

Tabla 2. Grupos de edad y sexo de los pacientes con diagnósticos de patología de cabeza y cuello, 2006-2014

Sexo		0-4	5-9	10-14	15-18	Total
Masculino	n	48	46	58	32	184
	%	26,09	25	31,52	17,39	66,42
Femenino	n	25	22	28	18	93
	%	26,88	23,66	30,11	19,35	33,57
Total	n	73	68	86	50	277
	%	26,35	24,55	31,05	18,05	100

Tabla 3. Grupo etario de tumores odontogénicos benignos, 2006-2014

Edad		Ameloblastoma	Fibroma ameloblástico	Mixoma	Odontoma	TOQQ	Total
0-4	n	0	1	0	0	0	1
	%	0	7,14	0,00	0	0	2,77
5-9	n	0	3	0	2	0	5
	%	0	21,43	0,00	33,33	0	13,88
10-14	n	0	4	1	2	3	10
	%	0	28,57	50	33,33	27,27	27,77
15-18	n	3	6	1	2	8	20
	%	100	42,86	50	33,33	72,72	55,55
Total	n	3	14	2	6	11	36
	%	8,33	38,88	5,55	16,66	30,55	100,00

TOQQ: tumor odontogénico queratoquístico.

Tabla 4. Lugar de procedencia de los pacientes con tumores odontogénicos benignos, 2006-2014

Procedencia		Ameloblastoma	Fibroma ameloblástico	Mixoma	Odontoma	TOQQ	Total
Bogotá	n	3	12	2	6	7	30
	%	10	40	6,67	20	23,33	83,33
Tunja	n	0	2	0	0	3	5
	%	0	40	0	0	60	13,88
Región Caribe	n	0	0	0	0	1	1
	%	0	0	0	0	100	2,77
Total	n	3	14	2	6	11	36
	%	8,33	38,88	5,55	16,66	30,55	100,00

TOQQ: tumor odontogénico queratoquístico.

Los estratos socioeconómicos para los TOB se clasificaron del 1 al 6, siendo el 1, el de menor ingreso (un salario mínimo mensual legal vigente en Colombia) y el 6 el de mayor ingreso, según cifras del Banco Mundial. La mayoría de los pacientes diagnosticados con TOB que se presentaron en el HOMI pertenecen al estrato socioeconómico 1 (30,55%), seguido del estrato 2 (27,77%); de menor frecuencia fue el estrato 5 (8,33%). Hubo una tendencia de los datos a relacionar el estrato 1 con

la presentación de pacientes diagnosticados con TOB (Pearson χ^2 [16] = 26,6279; $p = 0,046$).

El periodo comprendido entre 2012 y 2014 reportó la mayor frecuencia de diagnóstico de TOB y entre 2006 y 2008 fue el periodo que presentó menor frecuencia (tabla 5).

El diagnóstico histopatológico de TOB más frecuente fue el fibroma ameloblástico (39%), seguido en su orden por el TOQQ y el odontoma (figura 1).

Tabla 5. Diagnóstico histopatológico de tumores odontogénicos benignos según el año de ingreso en el HOMI, 2006-2014

Años agrupados		Ameloblastoma	Fibroma ameloblástico	Mixoma	Odontoma	TOQQ	Total
6-8	n	1	3	0	2	1	7
	%	14,29	42,86	0	28,57	14,29	19,44
9-11	n	1	3	0	2	2	8
	%	12,5	37,5	0	25	25	22,36
12-14	n	1	8	2	2	8	21
	%	4,76	38,1	9,52	9,52	38,1	58,33
Total	n	3	14	2	6	11	36
	%	8,33	38,89	5,56	16,67	30,56	100,00

TOQQ: tumor odontogénico queratoquístico.

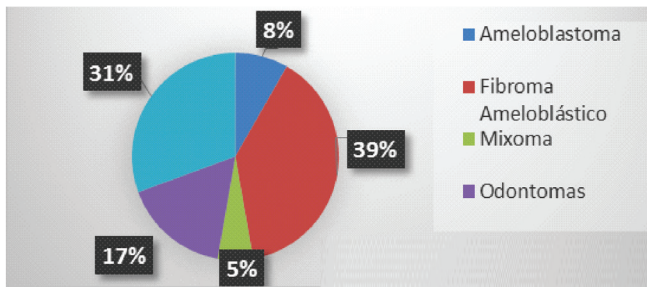


Figura 1. Frecuencia de tumores odontogénicos benignos

La zona anatómica más frecuente para el fibroma ameloblástico fue el maxilar posterior (tuberosidad y reborde alveolar) con el 83,3%; para el TOQQ fue la zona mandibular posterior (cuerpo y rama), con el 52,63%. La zona menos frecuente para la localización de TOB fue la zona mandibular anterior (sínfisis y para sínfisis) con una tendencia de los datos a relacionar la presencia del fibroma ameloblástico

con la posición maxilar posterior (Pearson χ^2 [12] = 27,0063; p = 0,008). Véase tabla 6.

Los dientes más relacionados con TOB fueron los molares, con una frecuencia mayor para el fibroma ameloblástico y el TOQQ, en comparación con los odontomas, que se asociaron más con los dientes anteriores (figura 2).

Tabla 6. Diagnóstico histopatológicos de TOB según la ubicación de la lesión, 2006-2014

Ubicación		Ameloblastoma	Fibroma ameloblástico	Mixoma	Odontoma	TOQQ	Total
Mandíbula anterior	n	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0
Mandíbula posterior	n	3	2	1	3	10	19
	%	18,75	10,52	5,26	15,78	52,63	52,77
Maxilar anterior	n	0	2	0	3	0	5
	%	0	40	0	60	0	13,88
Maxilar posterior	n	0	10	1	0	1	12
	%	0	83,33	8,33	0	8,33	33,33
Total	n	3	14	2	6	11	36
	%	8,33	34,48	3,45	17,24	30,56	100,00

Pearson χ^2 [12] = 27,0063; p = 0,008.
TOQQ: tumor odontogénico queratoquístico.

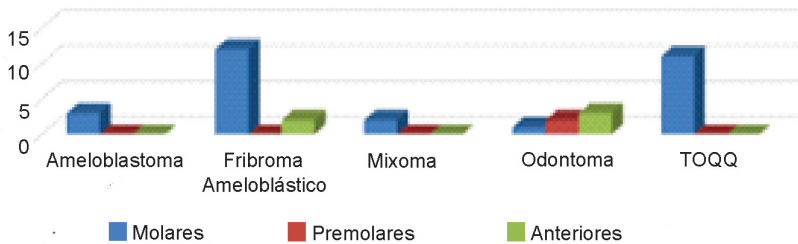


Figura 2. Diente asociado según diagnóstico histopatológico de TOB, 2006-2014
TOQQ: tumor odontogénico queratoquístico.

Por otra parte, el medio diagnóstico imagenológico más utilizado para los TOB fue la tomografía axial computarizada (TAC), con el 61,11%, con una mayor solicitud para el fibroma ameloblástico; seguida por la radiografía panorámica, con el 25%. Hay una tendencia de los datos a relacionarse el uso del TAC con el diagnóstico de fibroma ameloblástico (Pearson χ^2 [8] = 16,8756; p = 0,031). Véase tabla 7.

Los signos y síntomas más frecuentemente asociados a los TOB reportados en las historias clínicas fueron: deformidad de contorno, desplazamiento dental y presencia de dolor, con el 78,5% para el fibroma ameloblástico; mientras que para el TOQQ fueron más frecuentes las alteraciones sensoriales (63,63%) y el dolor (72,7%), en comparación con la deformidad de contorno (36,3%) y el desplazamiento dental (45,5%). Véase tabla 8.

Discusión

Se han realizado diferentes estudios sobre la frecuencia de TOB en niños y adolescentes con datos estadísticos en niños de Libia (8,9%), Israel (7,15%), India (6,3%), Nigeria (4,4%) y Jordania (3%) para todas las patologías de cabeza y cuello (6). Según la estadística de este estudio, el HOMI presenta una frecuencia de los TOB del 12,99% de toda la patología de cabeza y cuello reportada desde 2006 hasta 2014, lo cual constituye un dato estadístico elevado mayor que las cifras señaladas. Esto se explica por las diferencias poblacionales y raciales y porque el estudio, a pesar de haberse realizado en un centro de remisión nacional en pediatría, no es un estudio multicéntrico, ni realizado durante un periodo de varias décadas, como la mayoría de los estudios referenciados.

Tabla 7. Medio imagenológico utilizado según el diagnóstico de TOB, 2006-2014

Imagen		Ameloblastoma	Fibroma ameloblástico	Mixoma	Odontoma	TOQQ	Total
Panorámica	n	0	0	0	2	7	9
	%	0	0	0	22,22	77,78	25,00
Panorámica-TAC	n	1	2	0	1	1	5
	%	20	40	0	20	20	13,88
TAC	n	2	12	2	3	3	22
	%	9,09	54,55	9,09	13,64	13,64	61,11
Total	n	3	14	2	6	11	36
	%	8,33	38,89	5,56	16,67	30,56	100,00

Pearson χ^2 [8] = 16,8756; p = 0,031.

TAC: tomografía axial computarizada; TOQQ: tumor odontogénico queratoquístico.

Tabla 8. Signos y síntomas asociados a los TOB, 2006-2014

Tumor odontogénico benigno		Deformidad contorno		Desplazamiento dental		Alteración sensorial		Dolor	
		No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Ameloblastoma	n	2	1	2	1	2	1	3	0
	%	66,6	33,44	66,66	33,44	66,66	33,44	100	0
Fibroma ameloblástico	n	11	3	11	3	3	11	9	5
	%	78,57	21,42	78,57	21,42	21,42	78,57	64,28	35,71
Mixoma	n	2	0	2	0	0	2	1	1
	%	100,00	0	100,00	0	0	100,00	50	50
Odontomas	n	0	6	3	3	0	6	2	4
	%	0	100	50	50	0	100	33,33	66,66
TOQQ	n	4	7	5	6	4	7	8	3
	%	36,36	63,63	45,45	54,54	36,36	63,63	72,72	27,27
Total		19	17	23	13	9	27	23	13

TOQQ: tumor odontogénico queratoquístico.

De igual forma, una limitante para obtener información en el estudio del HOMI la constituyen los códigos CIE-10, que son inespecíficos para los TOB, debido a que se pueden agrupar diferentes patologías tanto de cavidad oral o de cabeza y cuello en un solo código de forma general. Esto es diferente en la clasificación internacional de la OMS, en que se recauda la información de modo correcto.

Al analizar la frecuencia de presentación de los diferentes tipos histológicos de los TOB, en diversos estudios realizados en diferentes países del mundo se encontró: Elarbi y colaboradores [6] reportaron en Libia, a 17 años, con un universo de 213 casos y un diagnóstico de TOB para 35 casos (16,4%) que, de

estos, el TOB más frecuente fue: odontomas (25,71%), seguido del TOQQ (20%). En la Universidad de Sichuan, China, se realizó un estudio retrospectivo a 52 años con un universo de 1642 casos, donde se reportó que el TOB más frecuente fue ameloblastoma (40,3%), seguido del TOQQ (35,8%). De igual manera, la OMS reportó en 1992 que el TOB más frecuente en la población adulta y pediátrica es el ameloblastoma, seguido por el odontoma [10].

Verde y colaboradores [7], en 2011, en la ciudad de Fortaleza, Brasil, reportaron los TOB de mayor frecuencia: ameloblastoma, TOQQ y odontoma. En el mismo país, se realizó un estudio de casos que reportó el mayor porcentaje de TOQQ, seguido por odontomas y

por ameloblastoma [11,12]. Al analizar comparativamente los datos, existen grandes diferencias reportadas en la literatura sobre TOB. Este fenómeno se puede explicar debido a los diferentes criterios de exclusión e inclusión utilizados en los estudios, y a las diversas variables analizadas, que no permiten tener una homogeneidad en los resultados reportados.

En la casuística reportada en el HOMI se halló que el TOB más frecuente fue el fibroma ameloblástico, patología que en anteriores estudios citados reporta muy baja frecuencia, tal vez por las diferencias raciales y genéticas de las poblaciones estudiadas, o debido a que requiere un manejo multidisciplinario en un hospital alta complejidad; entre tanto, el TOB reportado con mayor frecuencia en algunos de los estudios referenciados es el odontoma, que puede diagnosticarse y manejarse en centros de atención de baja complejidad [2,13].

La distribución por sexo de los TOB, según Elarbi y colaboradores [6], en niños y niñas, es de una relación hombre-mujer de 2:1. El estudio de Jing y colaboradores [10] estableció una relación 1,4:1 hombre-mujer. Para Contreras y colaboradores [14], la relación hombre-mujer varía (1:1); mientras que los resultados obtenidos en el HOMI muestran una relación de sexo idéntica a la que reportan los estudios en Latinoamérica, de 2:1.

La mayoría de los TOB en niños se reportan en pacientes después de los seis años de edad. Una vez la corona se forma completamente, se origina a partir de los restos de tejidos del germen dental [1,2,15]. En la actualidad, se describe un bajo porcentaje de casos de TOB, pues afectan a personas de todas las edades y se diagnostican, muchas veces, en edades y estados avanzados. En niños, cuando estos aumentan de tamaño excesivamente, dejan secuelas que afectan la anatomía, la función masticatoria, el crecimiento y la estética [16].

Las edades que reportan los estudios son para el fibroma ameloblástico, 12 años (2-16 años); ameloblastoma, 11-16 años; tumor odontogénico adenomatoide, 16,9 años; y mixomas odontogénicos, 16 años. En el HOMI, el grupo etario más afectado fue el rango comprendido entre los 15 y los 18 años, tal y como se reporta en la literatura, seguido en porcentaje del grupo de edades entre los 5 y los 9 años, edades estas más tempranas que las que se reportan en los estudios, tal vez porque en el HOMI los pacientes tuvieron acceso a un diagnóstico clínico, patológico e imagenológico más temprano.

El estudio realizado en el HOMI también arroja como resultado que el sitio más frecuente de localización anatómica de los TOB fue en la zona posterior maxilar (tuberosidad y reborde alveolar) para el fibroma ameloblástico,

seguido por cuerpo y rama mandibular para el TOQQ, con una tendencia de los datos a relacionar la presencia del fibroma ameloblástico en la posición maxilar posterior. Los dientes de mayor afectación en las lesiones son los molares posteriores, que coinciden con lo reportado tanto por Elarbi y colaboradores [6], Jing y colaboradores [10] y Luo y colaboradores [17], en China, con un universo de 1264 pacientes con diagnósticos de TOB y 702 casos (55,53%) que reportaron como el sitio anatómico de aparición más frecuente el cuerpo y la rama mandibular.

En cuanto a los signos y síntomas reportados para los TOB, en la Universidad de Brasilia, en un estudio realizado por Servato y colaboradores [12], la deformación de contorno ósea se reportó con un porcentaje de frecuencia del 42,1%, y el dolor, con el 19,7% para todos los casos con diagnóstico de TOB; mientras que en el HOMI, esta relación tiene un porcentaje mayor, con el 52,77%, para la deformidad de contorno, y el dolor se presentó en un 63,88%. Posiblemente, este marcado incremento en el porcentaje de la sintomatología se explica, debido a que el subtipo histológico más frecuente de TOB en el HOMI fue el fibroma ameloblástico, el cual es un tumor destructivo localmente y tiene un gran potencial expansivo.

Además, los países en vías de desarrollo en Latinoamérica no gozan de

un sistema de salud integral y eficiente, lo que genera que las patologías sean diagnosticadas y manejadas en estadios avanzados, cuando ya producen signos y síntomas evidentes, tal y como lo reflejan los porcentajes de sintomatología del HOMI. A esta circunstancia se le puede agregar que los TOB se presentaron en el estrato socioeconómico de menores ingresos (estrato 1), y con mayor frecuencia (30,55%) los datos presentaron una tendencia a relacionar el estrato 1 con la presentación de TOB.

En cuanto a los medios diagnósticos imagenológicos, ningún estudio epidemiológico de los TOB tiene en cuenta esta información, dato que, según el estudio realizado en el HOMI, encontró una tendencia marcada a favor del TAC, que fue solicitado en 22 de los 36 casos, seguido en frecuencia por la radiografía panorámica. Los datos relacionan el uso del TAC con el diagnóstico de fibroma ameloblástico. El acceso al TAC como medio de elección para el diagnóstico de los TOB se explica, porque el HOMI es un centro hospitalario de alta complejidad.

Conclusiones

Este estudio muestra que los TOB son lesiones de relativa baja frecuencia en la región maxilofacial en la población pediátrica, con una relación hombre mujer 2:1. También la mayoría de los

casos se encontraron en la segunda década de vida.

De acuerdo con este estudio retrospectivo de nueve años en TOB en el HOMI, el más frecuente fue el fibroma ameloblástico seguido por el TOQQ. Los sitios de mayor afectación son la zona maxilar posterior (tuberosidad y reborde alveolar) y cuerpo y rama mandibular, donde los molares posteriores son los dientes que con más frecuencia se involucran en estas lesiones.

Recomendaciones

Unificar los criterios metodológicos en los diferentes estudios epidemiológicos para poderlos comparar adecuadamente.

Adecuar una clasificación de los códigos CIE-10 para tener especificidad respecto a los diagnósticos de la patología tumoral de cabeza y cuello y de los TOB según la OMS.

Realizar estudios similares en hospitales tanto de baja como de alta complejidad que traten este tipo de patologías, con el fin de mantener una estadística nacional que permita obtener información del comportamiento epidemiológico real de los TOB en la población pediátrica en Colombia.

El análisis retrospectivo de las características epidemiológicas de los TOB en población pediátrica, en diferentes

poblaciones y países, es necesario para proporcionar mejor comprensión de estas lesiones. Los resultados pueden ser muy útiles para patólogos, epidemiólogos, pediatras, cirujanos orales y maxilofaciales, debido a que proporcionan la información de su comportamiento en la población en la cual son estudiados y pueden orientar la prevención, el diagnóstico y el plan de tratamiento de acuerdo con sus características epidemiológicas.

Al ser el HOMI un centro de remisión de alta complejidad, la mayoría de los TOB tratados son de comportamiento más agresivo y requieren un equipo multidisciplinario para su manejo. Es importante contar para el diagnóstico de lesiones maxilofaciales con la participación de un especialista en patología oral. El presente estudio puede ser considerado punto de partida para estudios de TOB en la población pediátrica en otros centros que traten este tipo de patologías, con el fin de llevar a cabo estudios multicéntricos.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen al doctor Luis Fernando Jaramillo, patólogo y magíster en Epidemiología del Departamento de Patología del Hospital Universitario San Ignacio. También agradecen a la Gerencia Científica del HOMI y al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Referencias

1. Fenton S, Slootweg PJ, Dunnebie EA, Mourits M.P. Odontogenic myxoma in a 17-month-old child: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:734-6.
2. Chi AC, Neville BW. Odontogenic cysts and tumors. *Surg Pathol.* 2011;4:1027-91.
3. Sun ZJ, Wu YR, Cheng N, Zwahlen RA, Zhao YF. Review, desmoplastic ameloblastoma: A review. *Oral Oncol.* 2009;45:752-9.
4. Jordan RCK, Speight PM. Current concepts of odontogenic tumours. *Diagn Histopathol.* 2009;15(6):303-10.
5. Kamakura N, Nakano K, Okawa R, Nomura R, Matsumoto M, Fukuda Y, Ooshima T. Impacted primary second molar with odontoma identified in the adjacent tissue: Case report. *Pediatr Dental.* 2009;19:117-22.
6. Elarbi M, Gehani B, Subhashraj K, Orafi M. Orofacial tumors in Libyan children and adolescents: A descriptive study of 213 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2009;73:237-42.
7. Verde L, Galvão R, Negreiros R, Alves A, Cavalcante R. Odontogenic tumors: A 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;111:474- 81.
8. Linard R, Azoubel A, De Santana T, Sávio de Souza E, Dourado E. Tumores odontogénicos: estudio clínico-patológico de 238 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74:668-673.
9. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. Pathology & genetics: Head and neck tumours. Lyon: World Health Organization; 2005.
10. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X. Odontogenic tumours: A retrospective study of 1642 cases in a Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36:20-5.
11. Luo Y, Li Y. Odontogenic tumors: A study of 1309 cases in a Chinese population. *Oral Oncol.* 2009;45:706-11.
12. Servato P, Prieto P, Loyola M, Cardoso M. Odontogenic tumors: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int J Oral Maxillofacial Surg.* 2013;42:288-93.
13. Kramer I. The WHO histological typing of odontogenic tumours. *Cancer.* 1992;70:2988-94.
14. Contreras D, Dellán A, Granadillo K, Tinoco P, Salazar N, Villarroel M. Estudio clínico transversal de tumores odontogénicos: análisis clínico patológico de 450 casos. *Acta Bioclin.* 2013;3:5.
15. Jones A, Franklin C. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16(1):19-30.
16. Sarkar R, Rathod GP. Bilateral keratocystic odontogenic tumor of mandible: A pediatric lesion. Case report and review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra.* 2013;8(4):140-3. doi: 10.1016/j.pedex.2013.09.001
17. Neville B, Damm D, Allen CM, Bouquot J. Cistos e tumores odontogénicos. En: *Oral and maxillofacial pathology.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

Correspondencia

Ennya Lieseth Leonel Triana
 ennya_0110mi@hotmail.com
