

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 9.023 INFORMES DE PATOLOGÍA BUCAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN, COLOMBIA. 1972-2003*

RAÚL JIMÉNEZ G., ** ALEJANDRO DÍAZ L. ***

RESUMEN. Se analizaron 9.023 informes del Laboratorio de Bioanálisis e Inmuno-detección de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, desde 1972 hasta 2003. Un total de 5.890 informes correspondía a mujeres ($p < 0,001$), el 79% a personas mayores de 36 años y el 95% provenían de Antioquia, Colombia. Los diagnósticos más comunes fueron: aumento fibroso por trauma (11,2%); estomatitis por dentadura (7,4%); quiste inflamatorio periapical (4,6%); granuloma piógeno (4,1%); carcinoma escamocelular (4,0%); granuloma apical (3,7%); mucocelo (3,0%); quiste folicular (dentígero) (2,9%) y epitelio con displasia en lesiones blancas del tipo Leucoplasia (2,2%). Estas lesiones constituyen el 43,1% del total general. El 94% de los casos pertenecían a los siguientes grupos patológicos: lesiones inflamatorias (26%); reactivas o proliferativas benignas (25,5%); quistes y lesiones afines (16,2%); tumores benignos (8,9%); tumores odontogénicos (3,3%), lesiones potencialmente malignas (8,1%) y neoplasias malignas (6,1%). La patología bucal, considerada específicamente y por grupos patológicos, afectó más a las mujeres. El carcinoma escamocelular y la displasia epitelial en lesiones clínicamente diagnosticadas como leucoplasia, presentaron frecuencias más altas de lo esperado.

Palabras clave: enfermedades orales (diagnóstico, patología), lesiones precancerosas (diagnóstico, patología), neoplasias orales (diagnóstico, patología).

ABSTRACT. 9023 reports from the bio-analysis and immune detection laboratory were analyzed at the School of Dentistry of the University of Antioquia from the period of 1972 to 2003. A total of 5.890 reports corresponded to women ($p < 0.001$), 79% to people older than 36 years of age and 95% to people from the province of Antioquia, Colombia. The most common diagnosis were: fibrous augmentation due to trauma (11.2%); stomatitis due to ill adjusted dentures (7.4%); periapical inflammatory cysts (4.6%); piogenic granulomas (4.1%); squamous cellular carcinoma (4.0%); apical granulomas (3.7%); mucocelo (3.0%); follicular cyst (dentigerous) (2.9%) and epithelium with dysplasia in white lesions of the leukoplakia type (2.2%). These lesions correspond to 43.1% of the total. 94% of the cases belonged to the following pathology groups: inflammatory lesions (26%); reactive or benign proliferative (25.5%); cysts and similar lesions (16.2%); benign tumors (8.9%); odontogenic tumors (3.3%), potentially malignant lesions (8.1%) and malignant neoplasia (6.1%). Oral pathology, considered specifically and by pathological groups, affected women more than men. The squamous cellular carcinoma and the epithelial dysplasia in lesions diagnosed as leukoplakia presented higher frequencies than expected.

Key words: oral diseases (diagnosis, pathology). precancerous lesions (diagnosis, pathology). oral neoplasia (diagnosis, pathology).

INTRODUCCIÓN

El estudio detallado de la patología bucal (las enfermedades o lesiones bucales para cuyo diagnóstico se requiere el procesamiento de células o tejidos) es importante desde varios puntos de

vista: para la docencia porque permite elaborar los programas para los cursos teóricos con una base epidemiológica, es decir, teniendo en cuenta el contexto; para los servicios, porque ayuda a pro-

* Artículo derivado de investigación financiada en parte por la Universidad de Antioquia y realizada como uno de los requisitos para obtener el título de especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial del coautor.

** Odontólogo, Master en Patología Bucal, Profesor Jubilado y de Cátedra, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Dirección electrónica: rajimendg@epm.net.co.

*** Odontólogo, Estudiante de Posgrado de Cirugía Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

JIMÉNEZ G. RAÚL, ALEJANDRO DÍAZ L. Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1972-2003. Rev Fac Odont Univ Ant; 2006; 17 (2): 19-25

RECIBIDO: AGOSTO 23/2005 - ACEPTADO: ENERO 31/2006

gramar la atención de los usuarios si se conoce de cuáles entidades enferman con mayor frecuencia y, para la investigación pues indica cuáles entidades necesitan estudiarse con mayor atención.

En la literatura médico-odontológica la histopatología bucal se analiza, usualmente, de manera individual, así se han estudiado las proliferaciones fibrosas por trauma¹, la estomatitis por dentadura², los quistes odontogénicos,³ las lesiones periapicales⁴ y muchas otras. Algunas veces se ha reportado la patología bucal por grupos de lesiones como lesiones fibro-óseas,⁵ quistes y tumores odontogénicos,⁶ o se ha analizado por algunos grupos de edad como niños⁷⁻⁹ y ancianos.¹⁰ Pocos estudios consideran todas las lesiones y todas las edades. Otras veces se estudian localizaciones específicas de la patología bucal¹¹⁻¹³ pero no se informan todas las localizaciones.

En cuanto al número de casos reportados en estudios retrospectivos, la serie de Bhaskar en EE. UU.¹⁴ cuenta con 20.575 biopsias; la de Weir y col. también en EE. UU.¹⁵ con 15.783; la de Tay en Singapur¹⁶ con 2.057; la de Chidzonga en Zimbabwe, África¹⁷ con 1.723 biopsias y la de Moody en Nueva Guinea¹⁸ con 1.060 casos. Hay otras series pero restringidas a ciertos grupos poblacionales, a ciertas localizaciones o con menos casos.¹⁹⁻²¹

En Colombia se han reportado estudios retrospectivos en 498 biopsias en la Universidad Nacional de Colombia²² y se han informado las lesiones bucales halladas en laboratorios de patología general en Cartagena²³ y en Medellín.²⁴

El análisis de las biopsias ha sido reportado por grupos de lesiones para todas las edades por Bhaskar,¹⁴ Weir y col.¹⁵ y Chidzonga,¹⁷ por Keszler y col.⁸ y Sousa y col.⁹ en niños y Scott y Cheah¹⁰ en ancianos.

En Colombia no se ha publicado una serie grande de patología bucal que considere todas las lesiones, todos los grupos de edad y los grupos patológicos, por tanto el objetivo central de este trabajo fue analizar todos los estudios realizados en el Laboratorio de Bioanálisis e Inmuno-detección

de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia 2003, con el fin de obtener datos de utilidad en la docencia, los servicios y la investigación, en el área de la patología bucal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para cada caso se consultó la solicitud de estudio original, archivada físicamente en la mayoría (sólo dos tenían archivos magnéticos) de los laboratorios de patología que aceptaron participar en el estudio, luego de una solicitud formal por parte de la Decana de la Facultad de Odontología. Al reverso de cada solicitud, se encontraba la descripción histopatológica informada por el patólogo y el diagnóstico realizado.

Se actualizó la terminología y se puso especial interés en los quistes y tumores odontogénicos y en los cambios histológicos asociados a lesiones diagnosticadas clínicamente como leucoplasia y eritroplasia, por ser entidades poco estudiadas retrospectivamente en Colombia y sobre las cuales la terminología ha cambiado notablemente en los últimos veinte años.

Con el fin de comparar grupos de edad en cuanto a patología bucal, la edad se codificó por rangos, así: 1 a 12 años, niños; 13 a 18 años, adolescentes; 19 a 35, adultos jóvenes; 36 a 59, adultos y de 60 y más, tercera edad o viejos.

Para digitar cada uno de los diagnósticos se elaboró un listado de enfermedades y lesiones por grupos patológicos (inflamatorias/infecciosas, proliferativas/reactivas, quísticas, tumorales benignas, tumores odontogénicos, potencialmente malignas, tumorales malignas, manifestaciones bucales de las enfermedades dermatológicas, manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas y patología dental) y entidades específicas siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-AO).²⁵

Se hizo todo lo posible para establecer en cada estudio un diagnóstico específico; se eliminaron aquellos casos en los que diagnóstico era: "material insuficiente para diagnóstico", cuando no había datos

clínicos suficientes y aquellos en los que el patólogo informó como resultado, tejidos normales.

Para la localización se establecieron veinte áreas o zonas principales (de la mucosa bucal y del hueso maxilar y mandibular) y sus correspondientes localizaciones específicas, siguiendo una clasificación previamente diseñada y comprobada.²⁶

Los datos demográficos y clínicos de la solicitud y el diagnóstico histopatológico se digitaron utilizando una base de datos en EPI-INFO 6.04, que incluye manejo estadístico y para establecer diferencias significativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

Entre 1972 y 2003 se realizaron en el Laboratorio de Bioanálisis e inmunodetección, 9.823 estudios. De estos, 206 (2%) carecían de datos importantes y 140 (1,4%) correspondían a patología no bucal, por lo que fueron descartados. El universo para el presente estudio quedó conformado por tanto, por 9.477 casos, de los cuales se conoció el sexo en 9.023 (95,2%), con base en los cuales se realizará el análisis.

RESULTADOS

Distribución por sexo y edad

Sólo el 34,7% de los casos correspondían al sexo masculino ($p < 0,0001$) (tabla 1). La edad varió de

1 a 99 años con promedio 37,6 años. El 10,5% de los estudios correspondieron a niños; 10,6% a adolescentes; 28,7% eran adultos jóvenes; 33,0% eran adultos y 17,3% eran de la tercera edad; por tanto, el 79% de los estudios corresponden a adultos.

Procedencia

El 66,2% de los casos procedía de la ciudad de Medellín y el 9,8% de otros municipios del Valle de Aburrá. Por tanto el 76,0% de los casos provenía del área metropolitana del Valle de Aburrá. El 95% de los estudios correspondieron al departamento de Antioquia y el 5% a municipios de otros departamentos.

Entidades más frecuentes

Las nueve entidades patológicas más frecuentemente diagnosticadas aparecen en la tabla 1. La patología bucal específica afectó, en general, más a las mujeres que a los hombres ($p < 0,0001$); el quiste radicular inflamatorio, el carcinoma escamocelular, y el quiste folicular afectan más a los hombres. Nótese que las cuatro primeras entidades son lesiones del tipo inflamatorio o proliferativo benigno, pero en quinto lugar se encuentra un tumor maligno (el carcinoma escamocelular), y en noveno lugar una lesión potencialmente maligna (la leucoplasia) con displasia en el epitelio. Estas nueve entidades constituyen el 43% de toda la patología bucal diagnosticada.

Tabla 1
Patología bucal específica, según sexo, diagnosticada en el Laboratorio de Bioanálisis e Inmuno-detección, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 1972-2003

Entidad	Masc.	Fem.	Total	%	Valor p (df1)
1. Aumento fibroso por trauma	192	819	1.011	11,2	0,0000
2. Estomatitis por dentadura	87	581	668	7,4	0,0000
3. Quiste radicular inflamatorio	206	205	411	4,6	0,0000
4. Granuloma Piógeno	113	262	375	4,1	0,0721
5. Carcinoma Escamocelular	190	170	360	4,0	0,0000
6. Granuloma apical	124	211	335	3,7	0,3517
7. Mucocela	121	152	273	3,0	0,0014
8. Quiste folicular (dentígero)	138	125	263	2,9	0,0000
9. Epitelio con displasia en leucoplasia	69	127	196	2,2	0,8861
Total primeras nueve	1.240	2.652	3.892	43,1	0,0000
Otras lesiones	1.893	3.238	5.131	56,9	0,0000
Total general de lesiones	3.133	5.890	9.023	100	0,0000
	34,7%	65,3%	100%		

df1: grado de libertad de 1.

Los grupos patológicos

Los grupos patológicos más importantes aparecen en la tabla 2. El total de la patología bucal considerada en grupos también afectó más a las mujeres ($p < 0,001$); los quistes, tumores malignos y benignos odontogénicos afectaron más a los hombres.

Nótese que más del 50% de la patología bucal en este estudio es de tipo inflamatorio-infeccioso y proliferativo-reparativo benigno. Le siguen los quistes y lesiones relacionadas (16,2%); luego la patología tumoral benigna, pero en quinto y sexto lugar la potencialmente maligna (leucoplasia y eritroplasia) y la maligna. Estas entidades constituyeron el 26,4% de toda la patología bucal. Otros grupos patológicos considerados en este estudio (dermatopatología, patología dental y manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas) constituyeron sólo el 5% de toda la patología.

La información detallada de las lesiones consideradas en cada grupo patológico será publicada en otros artículos.

DISCUSIÓN

En cuanto al sexo el gran predominio de las mujeres constituye un hallazgo similar al de Weir en EE. UU.,¹⁵ aunque difiere notoriamente con el

estudio de Zimbabwe¹⁷ donde se observó predominio de los hombres (54,6%). El mayor número de casos en personas del sexo femenino en el presente estudio no se explica por mayor número de mujeres en la población, puesto que en Antioquia²⁷ aunque hay más mujeres, la diferencia entre los sexos no es significativa, la explicación puede ser que las mujeres acuden más a consultar o que, realmente, en ellas existan factores que favorecen la aparición de patologías bucales; ahora bien, con los hallazgos de este estudio no se puede llegar a conclusiones al respecto.

El comportamiento de la edad en este tipo de estudios ha sido poco reportado. En la serie de Weir en EE. UU.¹⁵ la mayoría de los casos correspondían a edades comprendidas entre la tercera y sexta década de vida, lo que coincide con los resultados del presente estudio. En la serie de Zimbabwe,¹⁷ en cambio, se identificaron dos picos de edad entre 11 y 39 años y 41 a 50 años.

En relación con la patología específica, en la serie de Bhaskar¹⁴ la leucoplasia (con displasia en el epitelio) ocupa el puesto 14 en frecuencia (1,02%) y el carcinoma escamocelular el puesto 15 (0,72%), el mismo puesto que ocupa en la serie de Weir (1,7%). En estos informes de EE. UU. la frecuencia de la patología es levemente diferente, cuando se compara con el presente estudio.

Tabla 2

Patología bucal según grupos patológicos y sexo, diagnosticada en el Laboratorio de Bioanálisis e Inmuno-detección, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 1972-2003

Grupos patológicos	Masc.	Fem.	Total	%	Valor p (df1)
1. Inflamatoria-infecciosa	747	*1.610	2.357	26,0	0,0003
2. Proliferativa-reparativa	614	**1.684	2.298	25,5	0,0000
3. Quistes	**671	789	1.460	16,2	0,0000
4. Tumores benignos	272	530	802	8,9	0,6149
5. Potencialmente malignas	264	465	729	8,1	0,3776
6. Malignas	**264	287	551	6,1	0,0000
8. Tumores benignos odontogénicos	**138	158	296	3,3	0,0000
Otros grupos+	163	**367	530	5,9	0,0000
Totales	3.133	**5.890	9.023	100,0	0,0000

+ Dermatopatología, patología dental y manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas.

df1: grado de libertad de 1.

* Significativo

** Altamente Significativo

En la serie de Zimbabwe¹⁷ el carcinoma escamocelular fue la entidad más frecuente (20,8%), indicando diferencias geográficas que no se han analizado con detalle, mientras que en la distribución de esta entidad según el sexo, se encontraron resultados similares a los reportados por Álvarez y col.²⁸ en Medellín; lo mismo se puede decir de la frecuencia en los grupos de edad. En estudios en Taiwan²⁹ e Indiana, EE. UU.³⁰ se ha informado más frecuencia de casos de carcinoma escamocelular en mujeres, pero en Nigeria,³¹ Sao Paulo, Brasil³² y Belo Horizonte, Brasil³³ se ha informado como más frecuente en hombres, como en el presente estudio. En relación con las otras entidades específicas no hubo diferencias notorias con lo reportado en la literatura.

En lo que se refiere a los grupos patológicos, dos estudios de EE. UU.^{14, 15} los reportaron. Uno de ellos,¹⁴ informó como casos más frecuentes los de las lesiones quísticas, mientras que en el presente estudio ocupan el tercer lugar. En el otro estudio realizado en EE. UU.¹⁵ las enfermedades inflamatorias/infecciosas ocuparon el primer lugar como en la presente serie. En el estudio de Singapur¹⁶ los quistes también ocuparon el primer lugar.

Vale la pena destacar que este estudio la mitad de la patología bucal evaluada es inflamatoria, reactiva o proliferativa benigna, lo cual demuestra, probablemente, la capacidad de los tejidos bucales para reaccionar adecuadamente ante los factores causantes de enfermedad.

En la serie de Bhaskar¹⁴ los tumores benignos ocuparon el tercer lugar en frecuencia (24%) mientras en la presente investigación los tumores benignos son menos frecuentes (8,9%).

Referente a los tumores odontogénicos, en este estudio ocuparon el octavo lugar (3,3%), en la serie de Bhaskar la frecuencia fue de 2,3%; en Singapur¹⁶ del 5% y en Zimbabwe¹⁷ del 8,6%. Estos hallazgos indican, probablemente, variaciones geográficas importantes.

Los tumores malignos en una de las series de EE.UU. tuvieron una frecuencia de 1,7% y en la

otra de EE. UU.¹⁵ el 2,5%; en Singapur¹⁶ el 5,2%, estas frecuencias son inferiores a las encontradas en el presente estudio (6,1 %). Por otro lado, en Zimbabwe¹⁷ no se reportaron los tumores malignos como grupo, pero el carcinoma escamocelular tuvo una frecuencia del 20,8%.

Los hallazgos del presente estudio permiten concluir que la patología bucal, en general, parece afectar más a las mujeres. En cuanto a la patología específica, la mujer presenta más aumento fibroso por trauma dental o protésico y estomatitis por dentadura; en cambio, el quiste radicular inflamatorio, el carcinoma escamocelular y el quiste folicular afectan más a los hombres.

La patología inflamatoria/infecciosa y proliferativa/reactiva afecta más a las mujeres, indicando probablemente factores hormonales estimulantes tisulares. Los hombres están más afectados por los quistes, los tumores malignos y los tumores benignos odontogénicos, que tienen más relación con traumatismos previos o hábitos que pueden estar relacionados con su patología.

No hubo diferencia significativa en cuanto al género en tumores benignos y lesiones potencialmente malignas.

Se requieren estudios de incidencia de patología bucal en la población relacionada con este estudio.

Finalmente, los hallazgos llevan a sugerir que en Antioquia se deben realizar estudios epidemiológicos de las lesiones potencialmente malignas y malignas bucales, las cuales presentaron frecuencias más altas de las esperadas y se trata de una población urbana (76% de los estudios correspondían a la zona metropolitana del Valle de Aburrá) en donde debe haber factores etiológicos que, probablemente, están produciendo alteraciones de la información genética celular, que son diferentes a los que se han considerado cuando se hacen estudios en poblaciones rurales.

CORRESPONDENCIA

Raúl Jiménez G.
Carrera 88 N.º 42C-32

Teléfono 253 72 02
 Medellín, Colombia
 Dirección electrónica: rajimenezg@epm.net.co

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-induced inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a School of dentistry. *Int J Prosthodont* 2000; 13: 148-151.
- Buddtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol*, 1981; 10: 65-80.
- Ledesma-Montes C, Hernández-Guerrero JC, Garcés-Ortiz M Clinicopathologic study of odontogenic cysts in a Mexican sample population. *Arch Med Res*, 2000; 31: 373-376.
- Kizil Z, Energin K. An evaluation of radiographic and histopathologic findings in periapical lesions. *J Marmara Univ Den Fac*, 1990; 1: 16-23.
- Reed, RJ, Hagy DM. Benign nonodontogenic fibro-osseous lesions of the skull. *Oral Surg Oral med Oral Pathol*, 1965; 19: 214-219.
- Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1994; 77: 276-280.
- Salako NO, Taiwo EO. A retrospective study of oral cysts in Nigerian children. *West Afr Med J*, 1995; 14: 246-248.
- Keszler A, Guglielmotti MB, Domínguez FV. Oral Pathology in children. Frequency, Distribution and clinical significance. *Acta Odontol Latinoam*, 1990; 5: 39-48.
- Sousa FB, Etges A, Correa L, Mesquita RA, De Araujo NS. Pediatric oral lesions: a 15 year review from Sao Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent*, 2002; 25: 413-418.
- Scott J, Cheah SB. The prevalence of oral mucosal lesions in elderly in a surgical biopsy populations, a retrospective analysis of 4042 cases. *Gerodontology*, 1989; 8: 73-79.
- Zain RB, Fei YJ. Fibrous lesions of the gingiva: histopathologic analysis of 204 cases. *Oral surg Oral Med Oral Pathol*, 1990; 70: 466-470.
- Layfield LL, Shopper TP, Weir JC. A diagnostic survey of biopsied gingival lesions. *J Dent Hyg*, 1995; 69: 175-179.
- Buchner A, Calderón S, Ramón. Localized hyperplastic lesions of the gingiva: A Clinicopathological Study of 302 lesions. *J Periodontol*, 1977 Feb; 48(2): 101-104.
- Bhaskar SN. Oral Pathology in the Dental Office. Survey of 20575 biopsy specimens. *J Am Dent Assoc*, 1968; 75: 761-766.
- Weir JC, Davenport WD, Skinner RL. A diagnostic and epidemiologic survey of 15,783 oral lesions. *J Am Dent Assoc*, 1987; 115: 439-442.
- Tay AB. A 5 year survey of oral biopsies in an oral surgical unit in Singapore 1993/1997. *Ann Acad Med Singapore*, 1999; 28: 665-671.
- Chidzonga MM, López VM., Portilla Álvarez AL. Orofacial biopsies: a survey of 1723 cases seen over a 10 year period. *Cent Afr J Med*, 1996; 42: 102-109.
- Moody GH. Oral Pathology in Papua New Guinea. *Int J Oral Surg*, 1982; 11: 240-245
- Ovalle J. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío. *Rev ADM*, 2000; 57: 132-136.
- Rodríguez AC, Muniz ML, Soares P de L, Barbosa R, De Souza ES. Epidemiologic survey of oral maxillofacial biopsies referred to the laboratory of oral pathology Pernambuco University, School of Dentistry. *Rev Do Crope* 1999; 23: 136-1347.
- Meng HX. Clinical and histopathological analysis of 2485 gingival biopsy specimens. *Zhonghua Kou Qiang Yi ZA Zhi*, 1994; 29: 10-12, 62.
- Ballesteros D. Análisis cuantitativo de los diagnósticos histopatológicos. En: IV Encuentro de Investigación: Memorias. Medellín: ACFO; 1993; 133-135.
- Quintero J. Lesiones de cavidad oral: estudio retrospectivo sobre biopsias. Departamento de Patología Universidad de Cartagena. *Fund Estomat*, 1980; 3: 22-25.
- Ruiz LG, Dutary R. Estudio estadístico de la patología oral en el Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Antioquia. Tesis de Grado. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia, 1965.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades aplicada a odontología y estomatología. 3.ª ed. Washington: CIE-AO, 1993.
- Jiménez-Gómez, R. Anomalies of the oral mucosa and teeth in children. A pilot survey of methods and criteria. M Med Sc. Thesis. University of Sheffield, England, 1975.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Población y tasas de crecimiento media anual, según departamentos 1999 y 1995-2015. Bogotá: DANE; 2005.
- Álvarez E, Barbosa M, Gaviria A. Comportamiento clínico del carcinoma escamocelular bucal en la Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatología. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín. Entre enero de 1990 y diciembre de 1996. En: II Encuentro de Investigación: Memorias. Medellín: ACFO; 1991; 91-92.
- Chjen YK, Huang HC, Lin LM, Lin CC. Primary oral squamous cell carcinoma: an analysis of 703 cases in southern Taiwan. *Oral Oncol* 1999; 35: 173-179.
- Summerlin DJ. Oral squamous cell carcinoma in Indiana. *J Indian Dent Assoc*, 1991; 70: 10-13.
- Arotiba JT, Abiechina AE, Fasola OA, Fwole OI, Ajaqbe HA. Oral squamous cell carcinoma: a review of 246 Nigerian cases. *Afr J Med Sci*, 1999; 28: 141-144.

32. De Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, Walder F, Menezes MB. Clinical and epidemiological characteristics of squamous cell carcinoma of the oral cavity in women. Rev Assoc Med Bras 2001;47: 308-314.

33. Gervasio OL, Dutra RA, Tartaglia SM, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. Braz Dent J, 2001; 12: 57-61.

CÁTEDRA ABIERTA

Dr. Óscar Javier Restrepo

Programación para el año 2006

Desde ya reserve un espacio en su agenda, venga a la Facultad y regrese a su Universidad



Dr. Alberto Uribe C.
Rector



Dr. Carlos Mario Uribe S.
Decano

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Calle 64 N.º 52-59. Teléfono 210 67 60
Fax: 211 00 67 / Medellín
E-mail: extension@odontologia.udea.edu.co

Cátedra abierta es un espacio académico que se realiza los días viernes de 7:00 a 8:00 a. m. en el Auditorio de la Facultad de Odontología. Se han programado durante siete años sin interrupción charlas de carácter académico, gremial y cultural. La Coordinación de programas de Educación Permanente le invita muy cordialmente a asistir durante este año 2006 a esta programación. **Entrada libre.**

SEGUNDO SEMESTRE DE 2006

Fecha	Conferencista	Tema
Julio 14	Dra. Fanny Stela Alvear	Diagnóstico de los trastornos temporomandibulares
Julio 28	Dr. Alejandro Ruiz	Conformación mecánica de los conductos radiculares. Técnica mixta
Agosto 11	Dra. Paula Villa	Agentes irrigantes y quelantes en endodoncia
Agosto 25	Dr. Raúl Jiménez Gómez	Dolor en odontología, un problema de lenguaje
Septiembre 08	Dr. Efraín Álvarez	Diagnóstico diferencial de lesiones en la mucosa bucal
Septiembre 22	Dr. Gerardo Becerra	Fundamentación biomecánica sobre implantes
Septiembre 28 y 29	XXXV Simposio Internacional Facultad de Odontología Universidad de Antioquia	Imágenes diagnósticas en odontología para el siglo XXI
Octubre 06	CELEBRACIÓN DÍA PANAMERICANO DE LA ODONTOLOGÍA	ACTIVIDADES ACADÉMICAS, GREMIALES Y CULTURALES
Octubre 13	Dr. Manuel Cabrales	Prótesis parcial fija en cantiliver
Octubre 27	Dr. José Vicente Vallejo	Qué hay de nuevo en cirugía maxilofacial
Noviembre 10	Dr. Juan Carlos Mejía	Selección de pilares para PPF. Diseño
Noviembre 24	Dra. Gloria Nancy Arango	Tendencias actuales en el tratamiento de la periodontitis
Diciembre 1.º	Dra. Gloria Mejía	Aplicación clínica de la epidemiología

La Misión de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ES:

- Formar un profesional integral, crítico y con capacidad de emprender transformaciones
- Fomentar, generar y transmitir conocimientos con criterios de excelencia académica
- Prestar servicios que den respuesta a las necesidades concretas de la comunidad