REVISTA MÉDICA
de la Caja de Seguro Social

ARTÍCULO ORIGINAL

Patologías de cavidad oral en pacientes del complejo hospitalario Doctor Arnulfo Arias Madrid, Panamá (2021-2024).

Oral cavity pathologies in patients of the Doctor Arnulfo Arias Madrid Hospital Complex, Panama (2021-2024).

DOI: https://doi.org/10.64738/rmcss.45.91

Villarreal Sanjur, Angie Carolina*

*Doctora en Cirugía Dental. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Caja de Seguro Social. Especialista en Docencia Superior. Correo electrónico: acvangiecaro@gmail.com

Resumen

Antecedentes: las biopsias confirman la naturaleza de las lesiones de la cavidad oral. En series clínicas predominan las lesiones benignas y, entre las malignas, el carcinoma escamocelular es el diagnóstico más frecuente.

Objetivo: describir las características clínicas y epidemiológicas de las lesiones diagnosticadas mediante biopsia en el servicio de cirugía Oral y maxilofacial del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid entre 2021 y 2024.

Métodos: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizan 231 biopsias del sistema de telepatología y expedientes electrónicos, considerando variables demográficas, clínicas, tipo de biopsia, localización anatómica, comorbilidades y diagnóstico histopatológico. El análisis se realiza en Epi Info 7.2.7.

Resultados: predominan las lesiones benignas (82.25 %), seguidas de las malignas (15.15 %) y premalignas (2.60 %). El carcinoma escamocelular es la neoplasia maligna más frecuente. La mandíbula es la localización más común (29.87 %), seguida de la lengua (15.58 %) y el maxilar (13.42 %). La biopsia escisional es la técnica más utilizada (70.13 %); pero la incisional concentra la mayoría de las lesiones malignas (88.57 %) y todas las premalignas. El 55.84 % presenta al menos una comorbilidad, con predominio de las cardiovasculares (37.66 %) y endocrinas (11.26 %).

Conclusión: predominan los diagnósticos benignos y existe mayor proporción de malignidad en la lengua y el maxilar. La biopsia incisional se utiliza preferentemente en lesiones con sospecha de malignidad. Este estudio aporta una referencia local para la detección temprana y la planificación terapéutica.

Palabras clave: cavidad oral, biopsia, patología, carcinoma de células escamosas, comorbilidad.

Abstract

Background: *Biopsies confirm the nature of oral cavity lesions. In clinical series, benign lesions predominate and, among malignant lesions, squamous cell carcinoma is the most frequent diagnosis.*

Objective: *to describe the clinical and epidemiological characteristics of lesions diagnosed by biop-*

sy at the Oral and Maxillofacial Surgery Service of the Dr. Arnulfo Arias Madrid Hospital Complex between 2021 and 2024.

Methods: *a descriptive, cross-sectional, retrospective study is conducted. A total of 231 biopsies from the telepathology system and electronic medical records are analyzed, considering demographic and clinical variables, biopsy type, anatomical location, comorbidities, and histopathological diagnosis. Analysis is performed using Epi Info 7.2.7.*

Results: *benign lesions predominate (82.25 %), followed by malignant (15.15 %) and premalignant lesions (2.60 %). Squamous cell carcinoma is the most frequent malignant neoplasm. The mandible is the most common anatomical location (29.87 %), followed by the tongue (15.58 %) and maxilla (13.42 %). Excisional biopsy is the most commonly used technique (70.13 %), but incisional biopsy accounts for most malignant lesions (88.57 %) and all premalignant lesions. At least one comorbidity is present in 55.84 % of cases, predominantly cardiovascular (37.66 %) and endocrine (11.26 %).*

Conclusion: *benign diagnoses predominate, and a higher proportion of malignancy is observed in the tongue and maxilla. Incisional biopsy is preferentially used in lesions suspicious for malignancy. This study provides a local reference for early detection and therapeutic planning.*

Keywords: *oral cavity, biopsy, pathology, squamous cell carcinoma, comorbidity.*

Introducción

Las lesiones de la cavidad oral comprenden un amplio espectro de patologías odontogénicas, reactivas, inflamatorias, quísticas, potencialmente malignas y neoplásicas, muchas de las cuales comparten manifestaciones clínicas semejantes. Debido a esta heterogeneidad, la evaluación clínica por sí sola no siempre permite establecer un diagnóstico definitivo, por lo que la biopsia es el método de referencia para confirmar la naturaleza de la lesión y orientar la conducta terapéutica.[1-3] Dentro de este grupo, los trastornos orales premalignos ocupan un lugar relevante por su capacidad de progresar a carcinoma escamocelular, la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral. Su identificación y seguimiento son fundamentales para la prevención del cáncer oral.[4-7] A escala global, el cáncer oral y orofaríngeo presenta una prevalencia considerable dentro de las enfermedades neoplásicas, y su pronóstico depende en gran medida de la detección temprana y de la referencia oportuna a servicios especializados.[6]

Las series retrospectivas basadas en biopsias orales permiten caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de las lesiones diagnosticadas en una población determinada, describir su distribución según edad, sexo, localización anatómica y comportamiento clínicopatológico, así como comparar la frecuencia relativa de lesiones benignas, premalignas y malignas entre distintas poblaciones.[2,8-18] Asimismo, la interpretación histopatológica, en especial cuando existe displasia epitelial, debe integrarse con los hallazgos clínicos para apoyar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.[6,7]

En Panamá es limitada la caracterización sistematizada de las patologías de la cavidad oral diagnosticadas histopatológicamente durante un periodo continuo. Esta ausencia de información limita la identificación de tendencias epidemiológicas locales y reduce la disponibilidad de evidencia propia para orientar la detección temprana y la planificación del abordaje clínico-quirúrgico en función de la localización anatómica y del contexto sistémico del paciente. En este sentido, el estudio tiene como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de las lesiones de la cavidad oral diagnosticadas mediante biopsias realizadas por el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Panamá, durante el periodo comprendido entre 2021 y 2024.

Métodos

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, en el servicio de cirugía oral y maxilofacial del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Caja de Seguro Social, Panamá. El universo del estudio está constituido por 235 biopsias de lesiones de la cavidad oral realizadas por este servicio entre enero de 2021 y diciembre de 2024. De estas, 231 cumplen los criterios de inclusión y se analizan. Se incluyen biopsias registradas en el sistema institucional de telepatología con informe histopatológico disponible, correspondientes exclusivamente a lesiones de cavidad oral. Se excluyen los casos con informes histopatológicos incompletos, ilegibles o ausentes.

Las variables analizadas son: año de la biopsia, sexo del paciente, grupo etario, comorbilidades, tipo de biopsia, ubicación anatómica de la lesión, diagnóstico histopatológico y tipo de patología. La edad se clasifica en los siguientes grupos: menos de 21 años, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 y más de 70 años. Las comorbilidades incluyen diabetes, hipertensión, enfermedad renal, enfermedad hepática, VIH, lupus, osteoporosis, cáncer y otras. Esta última categoría permite el registro en texto libre de comorbilidades adicionales para ampliar su caracterización. Para el análisis descriptivo, las comorbilidades registradas individualmente son posteriormente reagrupadas según el sistema u origen de la enfermedad a partir de los hallazgos consignados en los registros clínicos. El tipo de biopsia se clasifica en incisional o escisional. La ubicación anatómica se registra como maxilar, mandíbula, lengua, piso de boca, paladar, mucosa bucal, encía, hueso alveolar o labios. El diagnóstico histopatológico se consigna de forma textual según el informe emitido por el departamento de patología y se categoriza. Posteriormente, el tipo de patología se clasifica en benigna, premaligna o maligna, de acuerdo con el comportamiento clinicopatológico de la lesión.

La recolección de la información se realiza mediante revisión de los reportes histopatológicos obtenidos del sistema de telepatología del departamento de patología y de los expedientes clínicos electrónicos. Los datos se registran en un instrumento digital diseñado específicamente para la investigación en el programa Epi Info 7.2.7. Cada caso se codifica de forma secuencial utilizando el número de biopsia, sin incluir datos de identificación personal, para preservar la confidencialidad de la información.

El análisis estadístico se efectúa utilizando el programa Epi Info versión 7.2.7. Las variables cualitativas se resumen mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

El estudio se desarrolla de acuerdo con los principios éticos para investigación en seres humanos y con los principios de la Declaración de Helsinki. Debido a su carácter retrospectivo, no implica intervención ni contacto directo con los pacientes. La información es anónima y manejada de manera confidencial. El estudio cuenta con evaluación y aprobación por el Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Caja de Seguro Social.

Resultados

En la serie estudiada, el año con mayor frecuencia de biopsias es 2022. Predominan los pacientes del sexo femenino y el grupo etario más frecuente es el de 51–60 años. Se identifica al menos una comorbilidad en el 55.84 % de los casos. La biopsia escisional es la técnica más utilizada. En cuanto a la ubicación anatómica, la localización más frecuente es la mandíbula (Ver Tabla 1).

Las comorbilidades más frecuentes por sistema son las cardiovasculares, seguidas de las endocrinas y las oncológicas; entre las primeras predomina la hipertensión y entre las segundas, la diabetes (Ver Tabla 2).

Tras la codificación y agrupación de los diagnósticos histopatológicos, las categorías más frecuentes son las lesiones reactivas/inflamatorias y las lesiones quísticas, seguidas de las lesiones óseas, las lesiones vasculares/granulomas y los carcinomas (Ver Tabla 3).

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas generales

Variable	Cantidad	%
Año de la biopsia		
2021	54	23.38
2022	69	29.87
2023	57	24.68
2024	51	22.08
Sexo del paciente		
Femenino	141	61.04
Masculino	90	38.96
Edad del paciente (años)		
<21	12	5.19
21–30	35	15.15
31–40	28	12.12
41–50	35	15.15
51–60	43	18.61
61–70	39	16.88
>70	39	16.88
Presencia de comorbilidades		
Sin comorbilidades	102	44.16
Una o más comorbilidades	129	55.84
Tipo de biopsia		
Escisional	162	70.13
Incisional	69	29.87
Ubicación anatómica de la lesión		
Mandíbula	69	29.87
Lengua	36	15.58
Maxilar	31	13.42
Mucosa bucal	25	10.82
Labios	23	9.96
Encía	20	8.66
Hueso alveolar	18	7.79
Paladar	7	3.03
Piso de boca	2	0.87

Tabla 2. Frecuencia de comorbilidades según tipo

Tipo de comorbilidad	Cantidad	%
Cardiovasculares	87	37.66
Endocrinas	26	11.26
Oncológicas	14	6.06
Musculoesqueléticas	12	5.19
Hematológicas	11	4.76
Infecciosas	10	4.33
Gastrointestinales	9	3.90
Respiratorias	8	3.46
Psiquiátricas	6	2.60
Neurológicas	5	2.16
Renales / urológicas	5	2.16
Autoinmunes	4	1.73
Genéticas	2	0.87
Hepáticas	1	0.43
Maxilofaciales	1	0.43
Dermatológicas	1	0.43
Toxicológicas	1	0.43

Nota: Las comorbilidades fueron reagrupadas según el sistema u origen de la enfermedad. Un mismo paciente podía presentar más de una comorbilidad.

La biopsia escisional predomina en las lesiones benignas, con 158 de 162 casos, mientras que la biopsia incisional concentra la mayoría de las lesiones malignas (31 de 35) y la totalidad de las premalignas (Ver Figura 1).

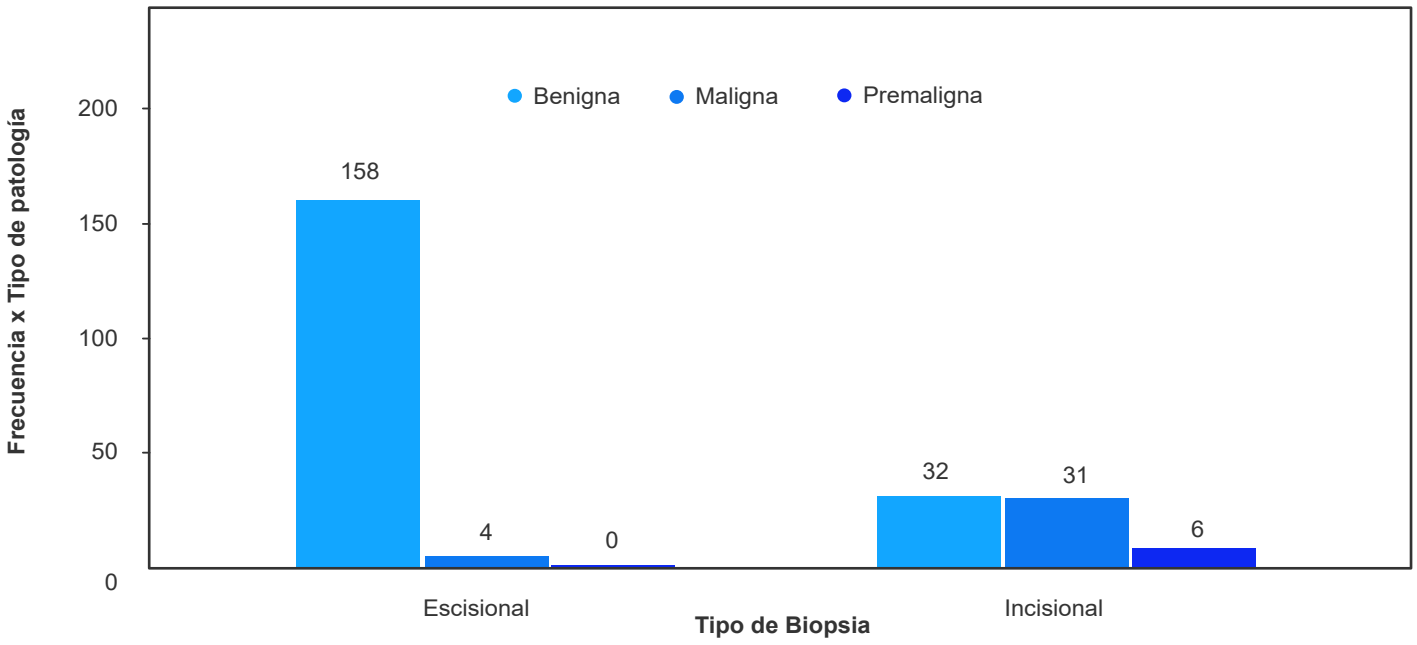
En todas las localizaciones predominan las lesiones benignas; sin embargo, se observan proporciones relevantes de malignidad en la lengua (27.78 %) y el maxilar (25.81 %). Entre las lesiones premalignas, la mayor frecuencia se observa en los labios. (Ver Figura 2).

A escala global, el cáncer oral y orofaríngeo presenta una prevalencia considerable dentro de las enfermedades neoplásicas, y su pronóstico depende en gran medida de la detección temprana y de la referencia oportuna a servicios especializados.

Tabla 3. Distribución de las categorías de diagnóstico histopatológico

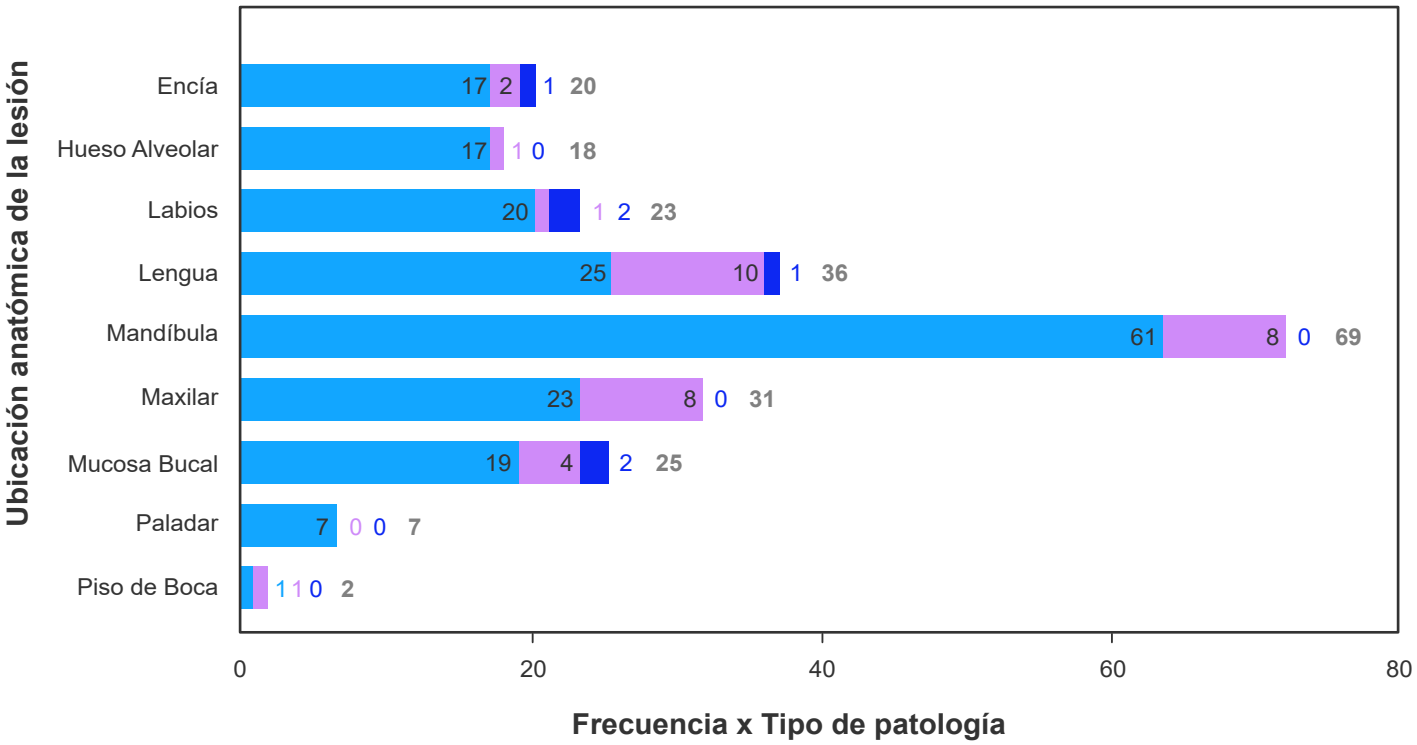
Tipo de diagnóstico histopatológico	Cantidad	%
Lesiones reactivas / inflamatorias	55	23.81
Lesiones quísticas	50	21.65
Lesiones óseas	28	12.12
Lesiones vasculares / granulomas	26	11.26
Carcinomas	26	11.26
Lesiones tumorales benignas	15	6.49
Lesiones epiteliales / glándulas salivales	11	4.76
Linfomas	6	2.60
Histología sin alteraciones	5	2.16
Leucoplasias / displasias	4	1.73
Liquen plano	2	0.87
Sarcomas	2	0.87
Neoplasia indiferenciada	1	0.43
Total	231	100.00

Figura 1. Relación entre tipo de biopsia y tipo de patología diagnosticada



La biopsia escisional predominó en las lesiones benignas, mientras que la biopsia incisional concentró la mayor parte de las lesiones malignas y todas las premalignas. Fuente: Base de datos institucional, CSS, Panamá, 2021-2024

Figura 2. Relación entre ubicación anatómica de la lesión y tipo de patología.



La distribución por localización anatómica muestra predominio de lesiones benignas en todos los sitios, con mayor proporción relativa de malignidad en lengua y maxilar. Fuente: Base de datos institucional, CSS, Panamá, 2021-2024.

Discusión

El presente estudio permite caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de las patologías de la cavidad oral diagnosticadas mediante biopsias realizadas en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante el periodo 2021–2024. En términos generales, se observa un claro predominio de patologías benignas, mientras que, entre las malignas, el carcinoma escamocelular constituye el diagnóstico más frecuente. Este patrón coincide con lo descrito en la literatura en grandes series retrospectivas, en las que predominan las lesiones benignas o no neoplásicas y el carcinoma escamocelular constituye la principal neoplasia maligna de la cavidad oral.[9-16]

La amplitud del espectro histopatológico de las lesiones orales, que incluye lesiones reactivas, quísticas, trastornos mucosos potencialmente malignos, neoplasias y otros trastornos no neoplásicos de la mucosa oral, refuerza la necesidad de una evaluación histopatológica individualizada y de una adecuada correlación clínicopatológica.[3-5,7,8,17]

La distribución anual de casos es relativamente homogénea, con un mayor número de biopsias en 2022, lo que sugiere un flujo asistencial estable en el servicio durante el periodo estudiado. Este comportamiento debe interpretarse considerando el antecedente de la pandemia por COVID-19 en 2020, que redujo el número de pacientes atendidos en los años previos al periodo analizado. En cuanto al sexo, predomina el femenino, hallazgo documentado en diversas series retrospectivas de biopsias orales,[10-16] lo que podría reflejar una mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, más que una diferencia biológica estricta. La concentración de casos en pacientes de 51 años o más concuerda con la literatura, la cual señala un incremento de las lesiones orales, especialmente malignas, con el avance de la edad.[5,6,8-16]

El predominio de biopsias escisionales en la serie es consistente con el alto porcentaje de lesiones benignas y con la práctica habitual en lesiones pequeñas, clínicamente accesibles o de apariencia no agresiva. Por el contrario, la biopsia incisional concentra la mayoría de las lesiones malignas y la totalidad de las premalignas, lo cual resulta coherente con su indicación en lesiones extensas, sospechosas o localizadas en áreas anatómicamente complejas[1,2,16] Este hallazgo refuerza que la selección de la técnica de biopsia no solo depende de la localización de la lesión, sino también de la sospecha clínica y del objetivo diagnóstico inicial.

Respecto a la localización anatómica, las patologías se concentran principalmente en la mandíbula, la lengua y el maxilar; sin embargo, al evaluar la distribución según el tipo de patología, la lengua y el maxilar muestran proporciones relativamente elevadas de malignidad. La frecuencia observada en lengua es consistente con la literatura internacional sobre carcinoma escamocelular oral.[6,11,12,16] En cambio, la mayor proporción de lesiones malignas en el maxilar constituye una particularidad de esta serie, lo que justifica su evaluación en futuras investigaciones comparativas.

Las lesiones premalignas son poco frecuentes; no obstante, su identificación en sitios como labios, lengua, mucosa bucal y encías tiene especial relevancia clínica. Aunque el número de casos es reducido, su presencia en estas localizaciones refuerza la importancia de la biopsia como herramienta diagnóstica ante lesiones persistentes o clínicamente sospechosas. En este contexto, la correlación entre los hallazgos clínicos e histopatológicos es fundamental, particularmente cuando existe displasia epitelial o sospecha de trastornos orales potencialmente malignos.[2-5,7,17]

Más de la mitad de los pacientes presenta una o más comorbilidades, con predominio de las cardiovasculares y endocrinas. Este perfil es esperable en una población predominantemente adulta y de edad avanzada. La carga sistémica del paciente no solo debe considerarse en el abordaje integral, sino también por su posible influencia en la oportunidad diagnóstica. La literatura ha mostrado, además, que las interrupciones asistenciales pueden afectar los circuitos diagnósticos del cáncer oral, lo que refuerza la necesidad de preservar vías de atención oportuna.[18-20]

Entre las limitaciones del estudio se incluyen su diseño retrospectivo y descriptivo, el hecho de corresponder a un solo centro y la dependencia de la calidad del registro consignado en los informes histopatológicos y los expedientes electrónicos. Estas características limitan la posibilidad de establecer asociaciones causales y pueden generar subregistros, además de omisiones o imprecisiones en algunas variables clínicas.

En conjunto, los hallazgos de esta serie muestran un perfil general comparable con el descrito en la literatura internacional, aunque con particularidades locales de interés, especialmente en la distribución anatómica de la malignidad y en la caracterización del contexto sistémico de los pacientes biopsiados. Estos resultados aportan evidencia local útil para fortalecer la sospecha clínica, orientar la selección de la técnica diagnóstica y respaldar la detección oportuna de lesiones con comportamiento clínico-patológico desfavorable en el ámbito hospitalario.

Agradecimientos

Agradezco al Departamento de Patología y al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid por el acceso a la información institucional y el apoyo logístico para el desarrollo de este estudio. Agradezco también al Dr. Samuel Candanedo Chacón por su disposición y valiosas observaciones; a Alejandro Sánchez por su apoyo y orientación en aspectos prácticos que facilitaron este proceso, y a mi esposo por su apoyo constante e incondicional.

Referencias

1. Jeng PY, Chang MC, Chiang CP, Lee CF, Chen CF, Jeng JH. Oral soft tissue biopsy surgery: Current principles and key tissue stabilization techniques. J Dent Sci. 2024;19:11-20.

2. Lazzarotto B, Garcia C, Martinelli-Klay C, Lombardi T. Biopsy of the oral mucosa: Does size matter? J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2022;123:385-9.

3. Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: A comprehensive review on clinical aspects and management. Oral Oncol. 2020;102:104550.

4. Birur PN, Patrick S, Warnakulasuriya S, Gurushanth K, Raghavan SA, Rath GK, et al. Consensus guidelines on management of oral potentially malignant disorders. Indian J Cancer. 2022;59:442-53.

5. Aguirre-Urizar JM, Warnakulasuriya S. The significance of oral epithelial dysplasia in the clinical management of oral potentially malignant disorders. Int J Oral Maxillofac Surg. 2023;52:510-1.

6. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncol. 2009;45:309-16.

7. Gómez-Armayones S, Chimenos-Küstner E, Arranz C, Tous S, Marquez S, Penín RM, et al. Risk factors for oral epithelial dysplasias to become malignant: clinical implications. Int J Oral Maxillofac Surg. 2022;51:473-80.

8. Ariyawardana A, Johnson NW. Nonneoplastic diseases and disorders of the oral mucosa: A contemporary overview. Periodontol 2000. 2019;80:7-11.

9. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. J Oral Pathol Med. 2006;35:392-401.

10. Kelloway E, Ha WN, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. Aust Dent J. 2014;59:215-20.

11. Dovigi EA, Kwok EYL, Eversole LR, Dovigi AJ. A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies. J Am Dent Assoc. 2016;147:170-6.

12. Monteiro LS, Albuquerque R, Paiva A, de la Peña-Moral J, Amaral JB, Lopes CA. A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal. Int Dent J. 2017;67:38-45.

13. Yakin M, Jalal JA, Al-Khurri LE, Rich AM. Oral and maxillofacial pathology submitted to Rizgary Teaching Hospital: a 6-year retrospective study. Int Dent J. 2016;66:78-85.

14. Joseph BK, Ali MA, Dashti H, Sundaram DB. Analysis of oral and maxillofacial pathology lesions over an 18-year period diagnosed at Kuwait University. J Investig Clin Dent. 2019;10:12432.

15. Leigh O, Akinyamoju AO, Ogun GO, Okoje VN. Spectrum of Oral and Maxillofacial Tissue Biopsies at the Foremost Tertiary Institution in The Gambia: A Retrospective Review. J West Afr Coll Surg. 2023;13:1-5.

16. Goutzanis L. Differential Retrospective Analysis in Oral Cancerous, Pre-cancerous, and Benign Tissue Biopsies. Cureus. 2022;14:24956.

17. Prostakishina EA, Sidenko EA, Kolegova ES, Patysheva MR, Kononova GA, Choinzonov EL. Premalignant lesions of the oral cavity: a narrative review of factors and mechanisms of transformation into cancer. Int J Oral Maxillofac Surg. 2025;54:479-93.

18. Gigliotti J, Madathil S, Makhoul N. Delays in oral cavity cancer. Int J Oral Maxillofac Surg. 2019;48:1131-7.

19. Romero JMS, Mallah N, Varela-Centelles PI, Warnakulasuriya S, Takkouche B. Primary Care Referral Delays in Oral Cancer Diagnosis: A Meta-Analysis. Oral Dis. 2025;31:2148-59.

20. Cwintal M, Shih H, Idrissi Janati A, Gigliotti J. The effect of the COVID-19 pandemic on the diagnosis and progression of oral cancer. Int J Oral Maxillofac Surg. 2024;53:629-34.