ISBN: 978-987-754-375-9



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMAN



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

28 Y 29 DE SEPTIEMBRE DE 2023. SAN MIGUEL DE TUCUMAN, ARGENTINA.



XXXVIII ENCUENTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES Y PROFESORES DE ESTOMATOLOGIA.

Editor: Prof. Mauricio González Mac Donald



XXXVIII Encuentro Nacional de Estudiantes y Profesores de Estomatología : libro de resúmenes / Ana María Ansonnaud ... [et al.] ; Contribuciones de Ana María Ansonnaud ; Carlos Ansonnaud ; Compilación de Mauricio González Mac Donald ; Coordinación general de Mauricio González Mac Donald ; Editado por Mauricio González Mac Donald. - 1a ed - San Miguel de Tucumán : Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Odontología, 2024. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-754-375-9

1. Odontología. 2. Patologías. 3. Diagnóstico de Laboratorio. I. Ansonnaud, Ana María, colab. II. Ansonnaud, Carlos, colab. III. González Mac Donald, Mauricio, comp. CDD 617.6007



XXXVIII Encuentro Nacional de Estudiantes y Profesores de Estomatología: libro de resúmenes / Ana María Ansonnaud... [et al.] ; Contribuciones de Ana María Ansonnaud ; Carlos Ansonnaud ; Compilación de Mauricio González Mac Donald; Coordinación general de Mauricio González Mac Donald; Editado por Mauricio González Mac Donald. - 1a ed - San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Odontología, 2024. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-754-375-9.

1. Odontología. 2. Patologías. 3. Diagnóstico de Laboratorio.

Col. 1 Ansonnaud, Ana María colab.2. Ansonnaud, Carlos, colab. 3. González Mac Donald, Mauricio.

CDD 617.6007



Palabras del Presidente del Encuentro.

Buenas tardes a todos!!! Es un honor darles la bienvenida al XXXVIII ENCUENTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES Y PROFESORES DE ESTOMATOLOGÍA, en nombre de la Facultad de Odontología y de la comisión organizadora quiero expresar mi gratitud por su presencia aquí hoy. Este Encuentro es mucho más que un evento; es un espacio de intercambio de conocimientos, un lugar donde visionarios, expertos y alumnos en formación se reúnen para discutir, aprender y colaborar. Durante los próximos días, tendremos la oportunidad de sumergirnos en debates profundos, explorar nuevos conocimientos y lo más importante, inspirarnos mutuamente para lograr avances significativos en nuestra especialidad. Quiero agradecer a todos los expositores que se han tomado el tiempo para preparar sus presentaciones, quiero agradecer a los docentes que pusieron su experiencia en asesorarlos, quiero agradecer especialmente al Dr Sebastián Bagan que nos brindará desinteresadamente su conocimiento, Además, quiero reconocer el arduo trabajo del equipo de organización que ha dedicado meses de planificación y esfuerzo para hacer posible este evento. Su pasión y compromiso son inspiradores. La Estomatología es una de esas especialidades que no atrae multitudes, pero paradójicamente es de las pocas especialidad odontológicas que puede salvar vidas y/ o prolongar la vida de nuestros pacientes con un diagnóstico oportuno, será en algún caso labor nuestra ponerla en el lugar donde debe estar, y estos encuentros, las campañas de prevención de cáncer, la investigación y la extensión aplicada a la especialidad son parte de esa labor. Es por ello queridos



colegas que les pido conserven la virtud de formarse adecuadamente y no solo para engrosar su curriculum sino en virtud de nuestros pacientes que son el objetivo final de la Estomatología, no olviden que ellos no vienen a nuestra consulta a buscar estética sino un diagnóstico de su dolencia que en muchos casos puede ser mortal. Finalmente, deseo que todos disfruten de su tiempo aquí en San Miguel de Tucumán, ciudad Histórica de los Argentinos donde hace más de 200 años se firmó nuestra independencia y hoy seguimos dando el ejemplo de federalismo organizando este encuentro en el interior de país. Espero que encuentren momentos para relajarse y disfrutar de la compañía de sus colegas. Los lazos que formemos durante este congreso pueden ser tan valiosos como el conocimiento que adquirimos. Que comience un encuentro memorable! Gracias por unirse a nosotros y por ser parte de esta comunidad de aprendizaje e innovación. ¡Que tengamos días productivos y enriquecedores por delante! Muchas gracias.

Prof. Mg. Ana María Ansonnaud



Docentes Catedra de Semiología y Clínica Estomatológica.

Prof. Titular: Mag. Ana María Ansonnaud.

Prof. Adj: Esp. Mauricio González Mac Donald.

Od. Carlos Ansonnaud.

Od. Mónica Álvarez.

Esp. Verónica García.

Od. María Paula Mentz.

Od. Andrés Rodríguez.

Od. María Pía Recupero.

Agregados Profesionales.

Od. Martin Campero.

Od. Eugenia Salinas Sáez.

Od. Romina Ansonnaud.

Od. Mariano Arch.

Agregada Estudiantil.

Srta. Camila Abraham.



Índice General.

- ✓ Infecciones.
- ✓ Patologías Autoinmunes.
- ✓ Trastornos Orales Potencialmente Malignos.
- ✓ Quistes, Neoplasias.



✓ Infecciones.

Caso N°1.

No Solo en los Caramantas!

Autores: Retamozo, Malvina; Medina, Sofía; Ayet, Amalia

Asesor Científico: Od. Álvarez, Mónica Beatriz

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica. FOUNT.

e mail: od.monicabalvarez@gmail.com

Introducción

La hiperplasia epitelial multifocal (FEH), también llamada enfermedad Heck o hiperplasia epitelial focal, o hiperplasia multifocal del epitelio es una afección benigna poco frecuente causada por el virus del papiloma humano tipo 13,32. Clínicamente son lesiones elevadas, papulares o nodulares, blandas, de color blanquecino o mucoso, asintomáticas. Histopatológicamente observamos una hiperplasia epitelial con paraqueratosis y acantosis, coilocitosis y ensanchadas crestas.

Aparecen con mayor frecuencia en niños o en miembros de una familia. A pesar de la autolimitación de las lesiones, estas pueden provocar molestias estéticas y funcionales.

Estrada (1956) describió la presencia de lesiones papilomatosas y verrugas intraorales en indios Caramantas en Colombia.

Caso clínico

Paciente masculino de 17 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, concurre a consulta por lesiones asintomáticas en boca, presente desde la infancia. Primero aparecieron en labio y luego fueron extendiéndose y creciendo lentamente. Al examen estomatológico presenta en ángulo oris del lado izquierdo extendiéndose hacia la piel una lesión elevada que corresponde a una pápula, de límites definidos de 6mm de diámetro, de color marrón, superficie de aspecto verrugoso, consistencia blanda indolora a la palpación. (FOTO1)



FOTO1

En semimucosa del lado derecho lesiones similares a la anteriormente descripta, de menor tamaño. (FOTO 2).





FOTO 2

En comisura y mucosa labial izquierda múltiples lesiones papulares color rosado, de superficie lisa distribuidas en forma de cuentas de Rosario (FOTO3)

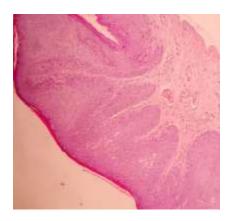


FOTO 3

Alternativas Diagnósticas: Enfermedad de Heck, Condiloma Acuminado. Se realiza biopsia por incisión y posterior estudio histopatológico que informa: Epidermis con acantosis, elongaciones irregulares en red de cresta (FOTO 4). Presencia de coilocitos (FOTO 5)



Estudio Histopatológico



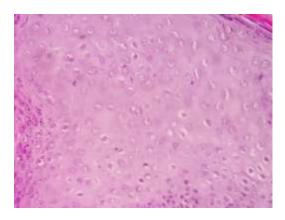


FOTO 4 Microfotografía 10x FOTO 5 Microfotografía 40x. En base a las características clínicas, y a la histopatología el diagnóstico certero fue de Enfermedad de Heck.

Conclusión

La Enfermedad de Heck es una proliferación epitelial benigna de curso crónico de la mucosa oral de inicio en la infancia y aunque se trata de una patología poco frecuente es importante que el odontólogo reconozca las características clínicas y exámenes complementarios para arribar a un diagnóstico de certeza de esta nosología.

Bibliografía

- 1-Luz Amarilis Martin Moya, Sandra Susana Parra Iraola Enfermedad de Heck Vs hiperplasia epitelial en la población indígena: revisión sistémica. Revista San Gregorio vol 1 n° 24 Portoviejo jul/ sep 2018
- 2.-Rosa LN, Gedoz L, Hidebrab LC,et al. Hiperplasia Epitelial Focal: Enfermedad de Heck? Av Odontoestomatol vol19 n°5 Madrid sep/oct 2003
- 3Javad Saraabadani, Nasim Chiniforush, Yasaman Yazdandoust. Escisión con láser de diodo de hiperplasia epitelial focal (Enfermedad de Heck) informe de un caso. J.Láseres Med Ciencias 2022.
- 4.-Simone Kloch Bendtsen, Kathrine Kronberg Jakobsen. Amanda-Louise Fenger Carlander, et al. Hiperplasia Epitelial focal, 2 de agosto de 2021
- 5-Mohamed Omer, MD, MHA, MSc et al; Hiperplasia epitelial focal asociada con el virus del papiloma humano -13 en un adulto haitiano sano. Elsevier. Journal of the American Academy of Dermatology (JAAD) case report dic de 2023
- 6-Thangaraj R, Misra S. Heck's Disease. Indian Pediatr. 2023 Mar 15;60(3):243. PMID: 36916368.
- 7- Bendtsen SK, Jakobsen KK, Carlander AF, Grønhøj C, von Buchwald C. Hiperplasia epitelial focal. Virus. 2 de agosto de 2021; 13 (8): 1529. doi: 10.3390/v13081529. PMID: 34452393; PMCID: PMC8402694.



XXXVIII ENCUENTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES Y PROFESORES DE ESTOMATOLOGIA

- 8.- Sarabadani J, Chiniforush N, Yazdandoust Y. Diode Laser Excision of Focal Epithelial Hyperplasia (Heck's Disease): A Case Report. J Lasers Med Sci. 2022 Feb 10; 13:e6. doi: 10.34172/jlms.2022.06. PMID: 35642233; PMCID: PMC9131295.
- 9.- Sethi S, Ali A, Ju X, Antonsson A, Logan R, Jamieson L. An update on Heck's disease-a systematic review. J Public Health (Oxf). 2022 Jun 27; 44(2):269-285. doi: 10.1093/pubmed/fdaa256. PMID: 33501985.



Caso N°2.

¿Estomatitis necrotizante o ulceración por decúbito?

Autores: María Jimena Juárez Donoso, María Eugenia Ingrassia.

E mail: eugeniaingrassia@gmail.com

Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo.

Introducción

Se presenta un caso clínico que reúne características especiales, porque aparece de manera aguda un área de necrosis muy extensa en paladar, en contacto con botón de Nance. La paciente presenta síntomas sistémicos como linfadenopatía, astenia y malestar. Existen varios factores predisponentes para el desarrollo de esta patología, como el estrés, las deficiencias nutricionales, las disfunciones del sistema inmunológico, y la aparatología ortodóntica que actúa como un factor biomecánico de riesgo y disminución en la vascularización en la zona.

El interés del caso que se presenta, es que la descripción clásica de estas dos entidades confluye en un solo paciente, y representan un desafío terapéutico para la resolución del mismo.

Caso Clínico

Paciente derivada de consultorio externo del Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo, de 22 años, mujer, muy delgada, en tratamiento de ortodoncia hace 1 año, con dolor agudo en paladar duro.

Tratamiento de ortodoncia: hace un año con botón de Nance en paladar y aparatología fija, brackets con arco metálico vestibular en maxilar superior en inferior.

A la inspección se observa ulceración severa en paladar duro de 2 cm de diámetro, que se encuentra en íntimo contacto con la porción acrílica del botón de Nance, con mucha sintomatología dolor gingival, sangrado y halitosis. Dificultad para comer. Adenopatías submaxilares bilaterales palpables.

La paciente relata que presenta astenia, decaimiento y malestar en todo el cuerpo desde hace 7 días. Refiere no tener patología de base.

Paciente no fuma, consume alcohol de manera ocasional, relata que duerme poco y que está sometida a estrés.

Actitud terapéutica: se solicitan estudios complementarios, análisis de sangre y radiografías.

A nivel sistémico se indican cambio de hábitos: alimentación adecuada, descanso, hidratación. Esquema antibiótico por siete días: Amoxicilina/ Ac. Clavulánico 1 gr. Cada 12 hs. Y Metronidazol 500 mg cada 8 hs.

A nivel local: se indica mejora de técnica de higiene bucal. Tratamiento local descontaminante: clorhexidina en gel.





Lesión necrótica en paladar duro, una vez retirado el botón de Nance.

Controles cada 48 hs. la primera semana.

A las 48 hs se elimina tejido necrótico y se descontamina en zona de paladar. Se indica gel de clorhexidina localmente en zona gingival del sector afectado. Concurre con analítica que no presenta alteración en sus valores.



Momento de la remoción de tejido necrótico





A los 7 días, se presenta el paladar con pseudomembrana Que cubre una amplia zona de erosión, sangrante a la manipulación.



A los 21 días: reparación de la mucosa del paladar, Que deja dos puntos de hueso necrótico, que no duele a la manipulación.

Conclusión

La estomatitis necrotizante, es una enfermedad infecciosa aguda que se caracteriza por una tríada diagnóstica: necrosis y ulceración de la papila interdental, dolor intenso y hemorragia espontánea. Otros signos y síntomas clínicos secundarios del cuadro son la presencia de una pseudomembrana (fibrina, desechos alimentarios), y halitosis. A veces también se pueden presentar: fiebre, malestar general, decaimiento y linfoadenopatías regional.



La ulceración por decúbito es una lesión de un área de la mucosa causada por presión constante durante mucho tiempo. Esta presión disminuye el flujo de sangre al área afectada, lo que produce daño y destrucción del tejido.

Existe una comprobada relación entre estado sistémico del paciente, la manifestación y magnitud de las lesiones a nivel de la cavidad bucal.

Remarcar la importancia de los controles periódicos de la cavidad bucal y tener un seguimiento adecuado de la aparatología instalada en la cavidad bucal.

La presencia de los factores locales (botón de Nance) combinado al estado sistémico (no descanso, delgadez, estrés) y defectuosa higiene bucal, contribuyen en el desarrollo de la patología de manera exacerbada.

Se puede afirmar que cuando se aplica una terapia local y sistémica programada, la evolución de la estomatitis necrotizante es favorable. La implementación de un tratamiento relativamente simple evita el riesgo de recurrencia y las severas complicaciones en que puede evolucionar.

Bibliografía

1-Malek R, Gharibi A, Khlil N, Kissa J. Necrotizing Ulcerative Gingivitis. Contemp Clin Dent. 2017 Jul-Sep;8(3):496-500. doi: 10.4103/ccd.ccd_1181_16. PMID: 29042743; PMCID: PMC5644015.

2-Fatahzadeh M. The dentist's role in the prevention and management of necrotizing stomatitis in the immunosuppressed. Quintessence Int. 2018;49(5):399-405. doi: 10.3290/j.qi. a40126. PMID: 29629439.

3-Buchanan JA, Cedro M, Mirdin A, Joseph T, Porter SR, Hodgson TA. Necrotizing stomatitis in the developed world. Clin Exp Dermatol. 2006 May;31(3):372-4. doi: 10.1111/j.1365-2230.2006.02067. x. PMID: 16681579.

4-López R, Baelum V. Necrotizing ulcerative gingival lesions and clinical attachment loss. Eur J Oral Sci 2004; 112: 105-7.



Caso N°3.

ATENCIÓN FRECUENTE POSTCOVID

Autores: Mendoza Ana Belén, Miranda Candela, Páez Heredia Guadalupe, Pandolfini Cynthia, Ybarra Evelyn María José.

Asesor científico: Od. Liandro María Fernanda.

Email: fernanda.liandro@unc,edu,ar

Cátedra de Estomatología B.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÒRDOBA.

INTRODUCCIÓN: El deterioro del estado psicoemocional producto de la pandemia se ha relacionado con la presencia de enfermedades y afecciones, entre ellas manifestaciones de la cavidad bucal; lo cual ha hecho que las consultas en nuestra cátedra sean más frecuentes.

CASO CLÌNICO:

Se presenta a la consulta una paciente de 78 años, sexo femenino, jubilada. Presentaba como antecedentes personales patológicos: Diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, presentaba marcapasos. El motivo de su consulta fue por presentar sintomatología dolorosa en toda su boca. Las lesiones presentaban más de un mes de evolución. Presentaba sialorrea y realizaba dieta líquida debido al dolor.





Como posible diagnóstico presuntivo se planteó al Pénfigo Vulgar y dentro de los diferenciales al Herpes Secundario Intrabucal, y el Eritema Polimorfo.

Cómo conducta clínica: En la primera consulta (01/06/23)

- Se realizó historia clínica. Citología exfoliativa (de paladar duro, mucosa yugal y cara ventral).
- Baño con Albocresil® (policresuleno). Se indicó baño con manzanilla.



Sitio de Toma: 1- Mucosa Yugal, 2- Lengua, 3- Paladar

Observaciones: 1,2 y 3: Extendido a Trofismo disociado

- 1- PAP: Células pavimentosas con anomalías, queratocitos, presencia de células acantolíticas, algunas células parabasales con anomalías (acantolíticas). Detritus celulares
- 2- PAP: Trofismo disociado, leucocitos ++, hematies +++, pavimentosas con anomalías. Presencia de células acantolíticas
- 3- PAP: trofismo disociado, leucocitos ++, hematies > . cetulas pavimentosas con anomalías, con presencia de células acantolíticas

Grado: II

Nota: Las imágenes son compatibles con pénfigo.

Citodiagnóstico de Tzanck realizado sobre lesiones con características ampollares.

A los 15 días:



Se realizó biopsia escisional (se fija con formol al 10%) de ampolla por bulboaspiración y de tejido sano para inmunoflorescencia.



Biopsia MACROSCOPIA: Biopsia de lengua: Se recibe un fragmento blanquecnio de 7 x 7 mm. INCLUSIÓN: 2tt IS. MICROSCOPÍA: Los cortes muestran mucosa que exhibe a nivel del epitelio acantólisis con formación de hendiduras suprabasales, y sectores de espongiosis. En el corion se observa moderado infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular superficial, vasos congestivos y edema. INFORME DE INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA Se recibe biopsia para técnica de Inmunofluorescencia directa (IFD). Nota: el material llega envuelto en papel aluminio, sin solución fisiológica. Se realizó el siguiente panel : IgG, IgA, IgM y C3, con los siguientes resultados: IgG: positivo en membrana de células epiteliales, con patrón en panal (score 1) IgA: negativo IgM: negativo C3: negativo DIAGNOSTICO: Biopsia de lengua: - HALLAZGOS VINCULABLES A PÉNFIGO VULGAR - CONTEXTUALIZAR CON LA CLIN

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO: ENFERMEDAD AMPOLLAR: "PENFIGO VULGAR"

Se derivó al dermatólogo el cual le indicó: Crema en orobase, fórmula magistral: Acet. triamicinolona 0,1% + Ac. Retinoico 0,1% + orobase 100gr.

CONTROLES: A los siete días se realiza el primer control, donde se observó que las lesiones evolucionaron favorablemente, se retiró la sutura, se aplicó Albocresil®

(Policresuleno). Se realizó nuevas prótesis de acrílico.



CONCLUSIÔN: Post pandemia (Covid 19) aumento en la incidencia de pacientes que manifiestan esta patología infrecuente. Aumento de casos reflejado en la bibliografía y en nuestra cátedra de Estomatología B. Entidad de carácter grave, curso agresivo y evolución crónica. Requiere tratamiento continuo y sistémico para evitar comprometer la vida del paciente.



BIBLIOGRAFÍA:

- 1. Chiu et al. 2021 Volume 81, Issue 13_Supplemen
- 2. Kridin K, Sagi SZ, Bergman R. Mortality and cause of death in Israeli patients with pemphigus. Acta Derm Venereol. 2017; 97:607-11.
- 3. Di Zenzo G, Amber KT, Sayar BS, Müller EJ, Borradori L. Immune response in pemphigus and beyond: progresses and emerging concepts. Semin Immunopathol. 2016; 38:57-74.
- 4. Mahoney MG, Wang Z, Rothenberger K, Koch PJ, Amagai M, Stanley JR. Explanations for the clinical and microscopic localization of lesions in Pemphigus foliaceus and vulgaris. J Clin Invest. 1999; 103:461-8.
- 5. Pan M, Liu X, Zheng J. The pathogenic role of autoantibodies in pemphigus vulgaris. Clin Exp Dermatol. 2011; 36:703-7.
- 6. Joly P, Litrowski N. Pemphigus group (vulgaris, vegetans, foliaceus, herpetiformis, brasiliensis). Clin Dermatol. 2011; 29:432-6.
- 7. Amber KT, Staropoli P, Shiman MI, Elgart GW, Hertl M. Autoreactive T cells in the immune pathogenesis of pemphigus vulgaris. Exp Dermatol. 2013; 22:699-704.
- 8. Kridin K, Zelber-Sagi S, Khamaisi M, Cohen AD, Bergman R. Remarkable differences in the epidemiology of pemphigus among two ethnic populations in the same geographic region. J Am Acad Dermatol. 2016; 75:925-30.



Caso N°4.

"UNA DERIVACIÓN OPORTUNA"

Autores: Arrieta, Franco; Garaboa, Gabriel; Sola, Ana Paula; Valdiviezo, Virginia.

Asesora científica: Robledo, Graciela

Clínica Estomatológica B

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA/ FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CASO CLINICO

DATOS FILIATORIOS

Sexo: Masculino

Edad: 61 años

A.E.A.: Derivado por su odontólogo. Realizó buches con bicarbonato de sodio y se

colocó aloe vera.

Motivo de la consulta:" Tengo una llaga en la mejilla del lado de adentro"

-A.P.P.:

-HTA

- -Diabetes
- -Depresión
- -Tabaco: Fuma hace 47 años. Total 260.975
- -Alcohol: 2 copas de vino diario.
- -Medicación: Sertralina 50mg/día; Valsartan 1/día; Risperidona 1-2mg/día

Primera consulta: 04/09/2023



Adenopatía Submaxilar, unilateral, indolora.





Pérdida de sustancia indolora de un mes de evolución en mucosa labial inferior izquierda 18 x 15mm.

Diagnósticos Diferenciales

Diagnóstico Presuntivo: Complejo Primario de Sífilis

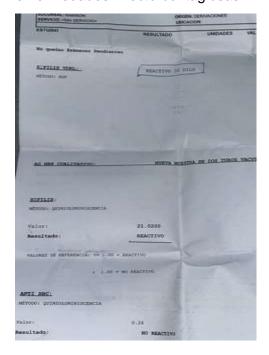






CONDUCTA CLINICA

Se solicitan pruebas serológicas para sífilis y HIV. Derivación a un hospital de enfermedades infecto-contagiosas.







Control pos tratamiento: 14/09/2023



CONCLUSIÓN

Consideramos fundamental la importancia de la interconsulta profesional, en este caso la derivación oportuna de su odontóloga. Si bien el tratamiento de la enfermedad es simple, la repercusión psicosocial tiene gran peso en algunos pacientes y por eso debemos abordarlos de manera integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022) Boletín N°39. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina., Año XXV. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
- 2. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. (2019). Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para los equipos de salud. Argentina.



Caso N°5.

ME ARDE, ME ESTÁ DOLIENDO

Autores: Olea, Florencia Inés; Condori, Darío

Asesor Científico: Mentz, María Paula

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología UNT.

e mail: estomatologiatucuman2023@gmail.com

Introducción

La Gingivitis Ulcero Necrotizante es una enfermedad Gingivoperiodontal que frecuentemente cursa con mucho dolor, sangrado, fiebre y mal aliento del paciente. Es causada por bacterias bucales pero en un paciente susceptible por un sistema inmune alterado.

Caso Clínico:

Acude a la consulta un paciente de sexo masculino de 22 años de edad, soltero, estudiante universitario que reside en San Miguel de Tucumán. El motivo de la consulta fue por "ampollas en boca"

Dentro de los antecedentes medico odontológicos de relevancia el paciente solo menciona el hábito de fumar marihuana con una frecuencia de 2 veces por semana desde hace aproximadamente 6 meses.

Al examen físico general se evaluaron parámetros de presión arterial, pulso y temperatura normales; biotipología normolínea; Facie dolorosa y actitud predispuesta a la atención.

Al examen extraoral, no se observó ninguna particularidad.

En el examen intraoral, desde una vista frontal vestibular, se evidencia la presencia de Inflamación generalizada en las encías con un color rojo intenso (IMAGEN 1). En la encía adherida ha desaparecido el aspecto típico de cascara de naranja; las papilas interdentarias han perdido su aspecto característico en filo de cuchillo y se encuentran aumentadas de tamaño, hay papilas decapitadas y presencia de necrosis. Se percibe claramente hemorragia gingival ante mínimas maniobras clínicas, sarro en los elementos dentarios 26, 36 y perdida de tejidos duros dentarios por caries de la pieza dentaria numero 25 (IMAGEN 2).

El paciente nos relata, dolor intenso ante la ingesta de alimentos y líquidos, además de la dificultad y dolor al cepillado.

Debido al fuerte dolor y sangrado no se realizó la maniobra de sondaje.

Ante las manifestaciones clínicas observadas y los datos obtenidos del interrogatorio, nos debatimos entre 3 alternativas diagnósticas:

- GINGIVITIS ÚLCERO NECROTIZANTE,
- GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA
- ERITEMA GINGIVAL LINEAL

La presencia de GINGIVITIS, ULCERACIÓN en múltiples localizaciones, especialmente del epitelio de unión NECROSIS, que se manifiesta con "papilas decapitadas" (signo característico) nos sugiere un posible diagnóstico de GUN. Esta patología se asocia a la presencia de placa, conformada principalmente por el complejo fusoespiroquetal (representado por treponemas, selomonas, fusobacterium, y la prevotella intermedia), se vincula su aparición a una serie de factores predisponentes que incluyen: inmunodepresión, gingivitis preexistente, tabaco, y estrés

De todos estos factores el paciente no mencionó padecer enfermedades inmunosupresoras; siendo posible que la enfermedad se haya iniciado con un cuadro de gingivitis no tratado. No había consumo de tabaco pero el paciente fumaba marihuana. En principio no relató situaciones de estrés emocional.



En referencia a la terapéutica, no se pudo realizar el sondaje de diagnóstico ni el procedimiento de raspaje y alisado supragingival porque era muy doloroso. Se indicaron buches con agua oxigenada 10 volúmenes + agua tibia cada 2hs durante un período de 48hs; a partir del 3 día buches de digluconato de clorhexidina 0,12 % por 7 días cada 8 hs y control a la semana con exámenes de laboratorio para evaluar estado general.

Los exámenes de laboratorio evidenciaron parámetros de normalidad.

Las pruebas de VDRL y ANTICUERPOS ANTI-HIV dieron negativos.

En el control a los 7 días pudimos ver disminución de la inflamación en las encías, el color de las mismas más pálido y también resolución de las soluciones de continuidad. Hay ausencia de sangrado espontáneo, y el paciente ya no refería dolor y/o molestias a la exploración clínica (IMÁGENES 3 y 4)

Se derivó al paciente a la Cátedra de Periodoncia de nuestra Facultad para realizarse el tratamiento Gingivoperiodontal correspondiente.





IMÁGENES 1 Y 2: Lesiones intraorales en la primera consulta





IMÁGENES 3 Y 4: Mejoría clínica post indicaciones terapéuticas (7 días).

Conclusión:

Muchas personas viven a diario con importantes situaciones de estrés y no dimensionan cuanto afecta al organismo hasta que aparecen síntomas evidenciables clínicamente.

Durante los exámenes de rutina, los odontólogos pueden detectar múltiples síntomas del estrés, entre ellos el dolor orofacial, bruxismo, trastornos temporomandibulares, lesiones en la boca y enfermedades de las encías.

Es por ello que consideramos fundamental el entrenamiento de los profesionales de la salud bucal a fin de poder realizar un diagnóstico temprano de las enfermedades periodontales necrotizantes, lo cual a su vez permitiría adoptar medidas terapéuticas oportunas para eliminar las dolencias del paciente, y lograr un mejor pronóstico.



Bibliografía:

1-De la Teja-Ángeles E, Rodríguez-Ramírez FA, Villegas-García L, Durán-Gutiérrez LA. Gingivitis ulceronecrosante aguda. Acta Pediatr Mex 2015; 36:497-498.

2-Blanco Berta, Lourdes, and Ernesto Alfonso Calderón. "Comportamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda: Departamento de estomatología de Conuco Viejo." *Revista Médica Electrónica* 32.3 (2010): 0-0.

3-Quintero, Lina Fernanda Hernández, and Jesus Alberto Calero Quintero. "Gingivitis Ulcerativa Necrosante. Reporte de un Caso." *Revista Estomatología* 30.1 (2022).

3-Lira, David Porras, and Agustín Zerón. "Gingivitis ulcerativa necrotizante Revisión y reporte de dos casos." *Revista Mexicana de Periodontología* 4.1 (2013): 7-14.



Caso N°6.

LAS PÁLIDAS DEL AMOR

Autores: Iturbe, Samir; Zotes, Florencia Asesor Científico: Mentz, Maria Paula

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología

Universidad Nacional de Tucumán.

e mail: estomatologiatucuman2023@gmail.com

Introducción:

La Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa causada por una bacteria, Treponema Pallidum. Aunque se conocen varias vías de contagio se asocia comúnmente al contagio sexual. Puede afectar tanto a hombres como mujeres y suele ser más frecuente entre los 20 y 40 años.

En la actualidad las enfermedades venéreas han aumentado notablemente, y en la mayoría de los casos, su diagnóstico se hace en la consulta odontológica por las lesiones que producen.

Caso Clínico:

Acude a la consulta paciente masculino de 32 años de edad, estado civil soltero, Ingeniero Agrimensor, que reside en San Miguel de Tucumán. El motivo de consulta fue por "lastimados en lengua".

Manifestaba como antecedente patológico padecer asma y medicarse con frecuencia con salbutamol

Al examen intraoral, al observar la lengua se aprecia, hacia el lado derecho de la punta y extendiéndose ligeramente hacia dorso y vientre, una placa blanco-amarillenta, de aspecto opalino, con un diámetro aproximado de 1.5cm, indolora a la palpación y con un tiempo de evolución de 15 días (IMÁGENES1 y 2).

En el mismo examen se detectó una faringitis eritematosa congestiva (IMAGEN 3)





IMAGEN 1 IMAGEN 2





IMAGEN 3

Al examen extraoral, se evidenciaron adenopatías regionales, pequeñas, libres, indoloras.

Interrogado sobre su vida sexual informa estar en pareja hace algunos años, pero relacionarse sexualmente con múltiples mujeres.

Dos meses atrás a posterior de una relación íntima apareció en su pene un pequeño lastimado que desapareció sin tratamiento. En la anamnesis refiere haber percibido bultos en la zona inguinal lo que nos hace sospechar de adenopatías inguinales. Por el aspecto clínico de las lesiones, tiempo de evolución y la posible relación de las lesiones con el comportamiento promiscuo del paciente, se arribó a un diagnostico presuntivo de SIFILIS, en un periodo secundario. Debemos recordar que a esta enfermedad se la conoce como "la gran simuladora", y que las lesiones orales tienden a confundirse con otro tipo de lesiones, por lo que también consideramos la posibilidad de estar en presencia de AFTAS SEVERAS, ÚLCERA TRAUMÁTICAS CRÓNICA. Se solicita, Hemograma completo, VDRL, HIV Y HVB.

El informe de laboratorio nos muestra valores en la serie roja y blanca dentro de límites normales, no se identificaron anticuerpos para Hepatitis B.

Los estudios serológicos arrojaron VDRL positivo con 4 diluciones, determinación de anticuerpos anti treponema pallidum positivos, confirmando el diagnóstico clínico de SIFILIS (IMANGEN 4)

VDRL	POSITIVA->4 DILS
DEPARTAMENTO INMUNOLOGIA	
*Determinación de Anticuerpos Anti Tr Método de Quimioluminiscencia (CMIA)	eponema pallidum (TPPA)
Resultado: Positivo Relación de Positividad: 12,7	Valor de Referencia: hasta 1
Especificidad: 99.8% Sensibilidad: 100%	

IMAGEN 4



Para un adecuado seguimiento del paciente el mismo fue derivado al médico infectólogo. Cabe destacar que el tratamiento de primera línea en pacientes con diagnóstico de sífilis es con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular. Es importante también un seguimiento serológico para la confirmación del éxito en la terapéutica, que ocurre cuando el título baja cuatro veces respecto del título de partida. Al tratarse de una enfermedad de transmisión sexual es sumamente necesario el control de las parejas del paciente para evaluar contagio y controlar diseminación. Desde el año 2010, la tasa de incidencia de sífilis a nivel nacional creció de modo sostenido, muy marcadamente en los últimos cinco años, hasta su pico en 2019; en 2020 se produjo una caída pronunciada en la notificación de casos y en 2021 comenzó a marcarse un ascenso (las notificaciones en estos últimos años marcadas por la situación de pandemia de COVID)

Los grupos etarios más afectados son de 15 a 24 años y de 25 a 34 años; esto seguramente vinculado al inicio cada vez más precoz de prácticas sexuales.

Conclusión:

La SIFILIS es una patología de amplias manifestaciones intraorales, en muchos casos siendo las mismas la única señal de alarma.

Es imperativo que los profesionales sepan identificar lesiones orales y extraorales que indiquen infección treponémica ya que es su responsabilidad realizar un diagnóstico oportuno y precoz a fin de evitar su progresión y diseminación.

Es fundamental educar a la población, en lo referido a conductas sexuales responsables.

Bibliografía.

- 1- Apoita Sanz M., González Navarro B., Jané-Salas E., Marí Roig A, Estrugo Devesa A., López-López J.. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. Av Odontoestomatol [Internet]. 2020 Ago; 36(3): 159-173.
- 2- Vásquez Viana MJ, Carmona Lorduy M, Díaz Caballero AJ, Porto Puerta I. Sífilis bucal en una serie de pacientes VIH- positivos en Cartagena, Colombia. Rev Cienc Biomed [Internet]. 15 de enero de 2021;10(1):81-8.
- 3- Fernández Martori M. Caracterización de la sífilis temprana en el municipio Colón. 2011-2015. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018;40(4).
- 4- Arando Lasagabaster M., Otero Guerra L. Sífilis. Formación médica continuada: Infecciones de Transmisión Sexual. Revista Enfermedades Infecciones y Microbiología Clínica, Vol 37 Núm 6, páginas 398 a 404 (Junio – Julio 2019). DOI: 10.1016/j.eimc.2018.12.009.



✓ Patologías Autoinmunes.

Caso N° 1.

MI CARA ESTÁ HINCHADA

Autores: Od. María Fernanda Mena, Od. María José Scola Horisberger

Asesor científico: Dra. Lidia Isabel Adler

E mail: isabel.adler@odontologia.uba.ar

CÁTEDRA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA UNIVERSIDAD DE BUENOS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INTRODUCCIÓN:

La glándula parótida es el sitio más común de tumores de glándulas salivales, correspondiendo al 75%-85% de éstos y al 3% de todos los tumores de cabeza y cuello, algunas patologías autoinmunes como el Síndrome de Sjögren, también pueden presentarse clínicamente como un tumor de la glándula parótida. Ante la presencia en la zona parotídea es necesario un exhaustivo estudio para arribar a un diagnóstico de certeza

CASO CLÍNICO:

Concurre a la atención en Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires una paciente de género femenino de 68 años de edad, jubilada de nacionalidad argentina. El motivo de su consulta es "tener la cara hinchada". En sus antecedentes familiares se destacan: Padre fallecido de cáncer de pulmón y su madre fallecida de cirrosis. La paciente refiere no presentar patologías ni tomar medicación alguna. No fuma, no toma bebidas alcohólicas, presenta microtrauma dentario.

En Enero del año 2021, el lado izquierdo de su cara se hinchó, concurre al médico quién le indica antibióticos sin obtener mejoría, luego a un cirujano, solicitando estudios y fue derivada a reumatología y a la Cátedra de Clínica Estomatológica de la Universidad de Buenos Aires. En el mes de Noviembre del año 2022 concurre a su reumatólogo y en Enero del año 2023 a la Cátedra de Clínica Estomatológica de la Universidad de Buenos Aires.

A la inspección extraoral se observa agrandamiento de la zona parotídea derecha (fotos 1,2 y 3)







Foto 2

Al examen intraoral se observa atrofia de las mucosas, sin expresión saliva de las glándulas parótidas y submaxilares. En la semimucosa del labio inferior se observan atrofia y escamas y en ambas comisuras fisuras. (Foto 4 y 5)



Foto 3



Foto 4





Foto 5

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

ADENOMA PLEOMORFO, TUMOR DE WARTHIN(CISTOADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO), ONCOCITOMA (ADENOMA ACIDÓFILO) LIPOMA, SÍNDROME DE SJÖGREN, CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE, CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO(CILINDROMA), CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES, QUISTE LINFOEPITELIAL BENIGNO, LINFOMA MALT, LINFOMA.

ESTUDIOS SOLICITADOS:

La paciente concurre con los estudios solicitados por su reumatólogo (11/2022) destacándose los siguientes resultados:

ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (FAN): Positivo 1/80 patrón nuclear moteado fino ANTICUERPOS ANTI RO-SSA: Menor de 15 (negativo)

ERITROSEDIMENTACIÓN: 1° hora 37 mm (mujeres 6- 20 mm)

Se solicitan nuevos análisis de sangre (01/2023):

Hemograma, coagulograma, eritros edimentación, glucemia, uricemia,

hepatograma,creatinina,ferritina,IgG, Beta 2 microglobulina, FAN, Ac Anti RO/SSA, Ac Anti LA/SSB, Ac ANTI Sm, Ac ANTI Ribonucleoproteínas,(RNP),Ac ANTI centrómero,Ac ANTI SCL 70,enzima convertidora de angiotensina(ECA), Ac IgG Helicobacter pylori,Ac IgM Helicobacter pylori, Ac ANTI citrulinados(CCP).

Tomografía axial computada (TAC), con y sin contraste de ambas glándulas parótidas. Se realiza hisopado para fresco y cultivo de hongos y bacterias e identificación de especie hallada, antibiograma de dorso lingual. PCR para detectar Helicobacter pylori. Destacándose los siguientes valores alterados:

ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (FAN): Positivo 1/320 moteado

ANTICUERPOS ANTI RO-SSA: 162 U/ml (positivo > a 25 U/ml)

ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA):66/30 U/L (VR: 8-52 U/L)

FERRITINA: 252,2 ngr/ml (VR: mujeres 4,6-204 ngr/ml)

BETA 2 MICROGLOBULINA):4,42 ug/ml (VR: < de 2,45 ug/ml)

Resultado de fresco y cultivo para hongos y bacterias: CANDIDA ALBICANS



Foto 6.



DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI: NEGATIVO. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (TAC):

Imagen isointensa en todas las secuencias al de líquido cefalorraquídeo en proximidad de la prolongación esfenoidal derecha del ventrículo lateral de aspecto quístico, mide 15 mm e impresiona corresponder a quiste coroideo. No refieren las imágenes quísticas de ambas glándulas parótidas. Foto 7

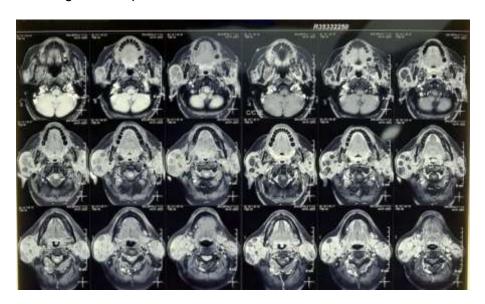


Foto 7

ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS PARÓTIDAS (Foto 8)

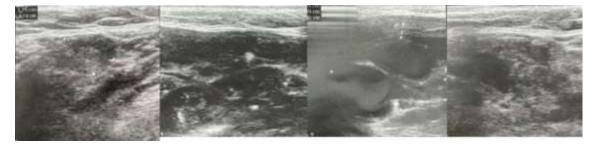


Foto 8

Aumento de glándulas parótidas con imágenes quísticas en su interior. No se observan adenomegalias cervicales. Glándulas submaxilares sin particularidades. Nódulos tiroides bilaterales. Conclusión: Aumento de tamaño de ambas parótidas con ecoestructura heterogénea.

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO: H&E de Protocolo 0427244 HCJSM (salivar menor)

Sialoadenitis linfocitaria focal Focus Score 4 (focos/4mm²) Score 4 (Chisholm y Mason) (Foto 9)



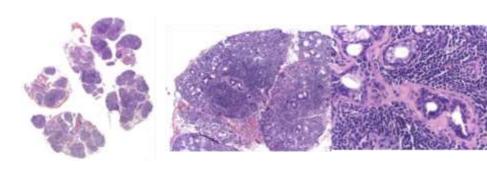


Foto 9

CONCLUSIÓN

Los avances actuales en medios diagnósticos y terapéuticos para el Síndrome de Sjögren hacen posible su control desde fases muy tempranas, teniendo un pronóstico mucho más favorable que el que se planteaba años atrás.

El desarrollo de linfomas en pacientes con Síndrome de Sjögren se asocia con una elevada mortalidad. Por ello, es fundamental hallar marcadores de riesgo que permitan un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Guerrero PG, Mora VL, Vaca FS. Síndrome de Sjögren primario y enfermedad quística pulmonar: reporte de un caso. MC. 2018; 26(2):85-88
- 2-Qin B, Wang J, Yang Z, Yang M, Ma N, Huang F, et al. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. Ann Rheum Dis. 2015; 74(11):1983-1989.
- 3-Martínez VA, Leal CA, Moreno DC. Alteraciones hematológicas como manifestación inicial del síndrome de Sjögren primario. Rev Colomb Reumatol. 2018;25(1):55-58
- 4-Anaya JM, Sarmiento-Monroy JC, García-Carrasco M. Síndrome de Sjögren.Bogotá. Universidad del Rosario; 2017



√ Trastornos Orales Potencialmente Malignos.

Caso N°1.

"ALERTA ROJA"

Autores: Avellaneda, Lourdes; Petrole, Camila; Contreras, Agustín; Penseroli, Paula. Asesor Científico: Od. Recúpero, María Pía.

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Tucumán.

e mail: mariapia.tuc@gmail.com

Introducción: Los DPM son de los primeros cambios en la mucosa oral que pueden llegar a indicar que existe riesgo de malignización. Dentro de ellos se encuentra el Liquen plano oral que es una enfermedad crónica autoinmune de carácter inflamatorio con una incidencia de 0,1% a 2,2% en la población mundial.

Caso clínico: Se presenta a la consulta un paciente de sexo masculino de, de 51 años de edad, empleado de comercio, residente en la ciudad de San Miguel de Tucumán, que refiere "ardor en las mejillas al comer".

Los antecedentes médico-odontológicos no son relevantes; pero al interrogar sobre hábitos comenta que fuma alrededor de 40 cigarrillos diarios desde los 20 años de edad. Relata que las lesiones tienen tres meses de evolución aproximadamente, que son dolorosas por lo que ingiere analgésicos y antinflamatorios de forma frecuente,

En la anamnesis revela que la aparición de la patología coincide con el comienzo de inestabilidad emocional y estrés generado por situaciones familiares.

En el examen Estomatológico se ponen en evidencia lesiones en espejo, erosivas, en mucosa yugal derecha e izquierda, abarcando tercios posterior y medio, extendiéndose hacia fondo de surco inferior en el lado izquierdo. Son de forma irregular, de 3 x 2,5 cm aproximadamente la del lado izquierdo y de 2 x 1,5 cm la del lado derecho, ambas de color rojo brillante alternado con zonas blanquecinas, rodeadas de un borde constituido por líneas blancas en forma de red o encaje (FOTOS 1 y 2).

Como alternativas diagnósticas podemos pensar en: Liquen atípico Candidiasis pseudomembranosa oral, Eritroleucoplasia, Lesiones Liquenoides.

Por las características de la lesión y lo relatado por el paciente durante la anamnesis nos inclinamos a un diagnóstico clínico de liquen atípico.

En esta primera consulta se indica realizar buches con clorhexidina al 0,12% dos veces al día y con infusión de manzanilla 4/5 veces por día. Se aconseja no consumir alimentos ácidos, picantes, salados para evitar irritación y eliminar o disminuir el hábito tabáquico. Se solicitan exámenes de laboratorio pre quirúrgicos de rutina y se cita a los 7 días para realizar biopsia por incisión y posterior estudio histopatológico.

A la semana de la primera consulta se realiza biopsia incisional de ambas lesiones y el resultado fue: cortes histológicos seriados corresponden a fragmentos de mucosa yugal en su mayor parte ulcerados recubiertos por membrana fibrinoleucocitaria, congestión, edema, necrosis, denso infiltrado inflamatorio mono y polimorfonuclear y formación de



tejido de granulación. No se observa proliferación neoplásica maligna en estos materiales.

Con la certeza de estar ante la presencia de un Liquen, prescribimos hidrocortisona al 2% + lidocaína en crema oral, indicando la aplicación de la misma tres veces por día. Además recomendamos al paciente el inicio de terapia psicológica de tipo cognitiva-conductual para el tratamiento del aspecto emocional.

Por la relación que las lesiones tienen con los elementos dentarios inferiores se realiza una PPM para dicha arcada para disminuir la irritación mecánica generada sobre las mismas.

En el control a los 15 días observamos notable mejoría de las lesiones, disminución del tamaño, color más blanquecino, menor predominio del color rojo y disminución de la sintomatología dolorosa (FOTOS 3 y 4).

En los sucesivos controles las lesiones se mantuvieron estables y en la actualidad el paciente se encuentra realizando terapia psicológica y siguiendo las recomendaciones dadas.





FOTO 1

FOTO 2

Conclusiones: El correcto diagnóstico de esta patología, la información al paciente, la adhesión al tratamiento, y el seguimiento periódico de las lesiones presentes son de suma importancia para prevenir el desarrollo de entidades malignas como lo es el Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE).







FOTO 3

FOTO 4

Bibliografía:

1-Trastornos bucales potencialmente malignos: informe de consenso de un seminario internacional sobre nomenclatura y clasificación, convocado por el Centro Colaborador de la OMS para el Cáncer Bucal Saman Warnakulasuriya et al. Enfermedades bucales. 2021 noviembre. 2- Desordenes orales potencialmente malignos-Lo que el odontólogo debe conocer. Rev. Estomatol. Herediana vol.30 no.3 Lima jul-sep 2020. http://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i3.3826. Marcos Felipe Iparraguirre. 3-Oral lichen planus. Character, clinical aspects and treatment. RCOE vol.9 no.4 jun./ago. 2004. Bermejo-Fenoll, Ambrosio, López-Jornet, Pía.



Caso N°2.

LA BOCA GRITA LO QUE EL CUERPO CALLA

Autores: Od. Arch, Mariano; Od. Salinas Sáez, Eugenia

Asesor científico: Prof. Dr. Mauricio González Mac Donald

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica .Facultad de Odontología,

Universidad Nacional de Tucumán

e mail: marianoarch@icloud.com

INTRODUCCIÓN

El Liquen Plano Oral (LPO) es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica, de piel, faneras y mucosas que evoluciona a brotes, de etiología desconocida y naturaleza autoinmune.

Clínicamente pueden distinguirse las «formas de predominio blanco» papula/retículo, y las «formas de predominio rojo» erosión/atrofia. Las lesiones producidas por el LPO suelen ser multicentricas y bilaterales. El diagnóstico es clínico/patológico.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino 43 años de edad que consulta por "lastimados en cavidad bucal". En el interrogatorio expresa alteraciones psicosomáticas resultado de una situación complicada a nivel laboral.

Al examen estomatológico se evidencian manchas blancas y lesiones atróficas erosivas bilaterales en ambas mucosas yugales con 30 Dias de evolución.

En el lado derecho se percibe al elemento 47 obturado por oclusal con amalgama y a partir de esta pieza hasta el pilar anterior, abarcando también la papila piriforme, un conjunto de lesiones comprendidas por una erosión central única, de color rojo intenso, de aproximadamente 0.7 cm de diámetro, forma irregular, límites netos, rodeada de manchas blancas que parten de ella adoptando una figura de aspecto irradiado. En conjunto las lesiones tienen aproximadamente 3 x 2 cm de diámetro (IMAGEN 1).





IMAGEN 1

En Mucosa yugal izquierda, a partir del elemento 46 y hasta el pilar anterior, abarcando también la papila piriforme, lesiones comprendidas por 2 erosiones centrales de color rojo intenso, de forma irregular, límites difusos rodeadas por manchas blancas que parten de ellas y adoptan una forma irradiada hacia el exterior. En conjunto las lesiones tienen aproximadamente 3 x 2 cm (IMAGEN 2)



IMAGEN 2.

El paciente relata dolor a la palpación.

Las alternativas de diagnóstico consideradas fueron Leucoplasia moteada, Candidiasis pseudomembranosa, Lesiones liquenoides, Liquen atípico.

Se recomienda como tratamiento inicial una terapia básica periodontal y recambio de amalgama en pieza 47. Se solicitan análisis de laboratorio prequirúrgicos, y también IgG e IgM para Helicobacter Pylori.

Los análisis de laboratorio no presentan particularidades, y los resultados para H. Pylori son negativos.



En consulta posterior se realiza biopsia incisional en el tercio posterior de Mucosa yugal del lado derecho y se solicita inmunomarcación con P16.

Diagnóstico histopatológico: DISPLASIA EPITELIAL ORAL MODERADA A SEVERA (IMAGEN 3, 4, 5)

El resultado de inmunohistoquímica P16 NEGATIVO.



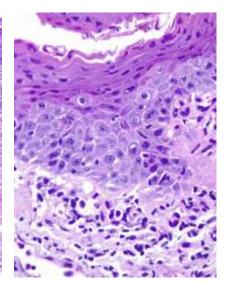


IMAGEN 3: Epitelio plano estratificado paraqueratinizado con papilas gruesas.

IMAGEN 4: Atrofia epitelial e hiperplasia basal.

IMAGEN 5: Atipías celulares marcadas. Macrocariosis, hipercromasia, mitosis.

En una consulta ulterior a la cirugía, se le informa sobre su situación y su diagnóstico y la probabilidad de transformación maligna. En el control de su patología podemos observar como del lado derecho la lesión se encuentra conservada de tamaño, pero hay una disminución de las zonas erosivas con predominio de las zonas blancas (IMAGEN 6).

Del lado izquierdo persisten las zonas erosivas y se encuentra más marcado el aspecto de red de las zonas blancas (IMAGEN 7).







IMAGEN 6 IMAGEN 7

La terapéutica recomendada fue: tratamiento psicológico, colocación de crema magistral en base a hidrocortisona 2%, lidocaína 1%, vitamina A 125.000 UI, vitamina E 1 o 2% en orabase, baños de manzanilla y confección de placas de protección mucosa (PPM) superior e inferior para evitar el traumatismo crónico de los elementos dentarios en los tejidos blandos.

Regresa a los 10 días sin haber realizado el tratamiento indicado y con una reagudización de su patología, hay predominio de zonas erosivas, persistencia de manchas blancas y sintomatología dolorosa (IMAGEN 8 y 9).





IMAGEN 8 IMAGEN 9

Retorna a los 30 días mostrando del lado derecho notable mejoría en lo referido a tamaño, y erosiones, hay persistencia de zonas blancas y áreas atróficas (IMAGEN 10), hacia la izquierda el tamaño se conserva como así también las erosiones y las lesiones blancas aunque menos marcadas. (IMAGEN 11).







IMAGEN 10 IMAGEN 11

Discusión/Conclusión:

"La aceptación de displasia epitelial como característica histológica acompañante en el LPO está sujeta a gran controversia. Se han publicado 12 estudios que examinan cambios displásicos en LPO, reportando cifras que oscilan el 25% de casos con displasia en la primera biopsia diagnóstica. El diagnóstico de displasia en LPO plantea una dificultad adicional debido a que en el epitelio oral afectado se desarrollan cambios relacionados con agresión autoinmune. Por tanto, la displasia no debe considerarse un criterio de exclusión para LPO y su evaluación requiere patólogos experimentados en este campo."

Queremos destacar que lo fundamental es <u>el compromiso del paciente</u> ssumamente importante en cada fase del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Bibliografía:

- 1. Grinspan D. Enfermedades de la boca. Tomo I, II. Ed. Mundi, Bs. As., 1973.
- 2.Ceccoti E., Sforza R., Carzoglio J., Luberti R., Flichman J., El Diagnóstico en la
- 3.Clínica Estomatológica. Ed. Panamericana. 2007. Pag 137-140.
- 4. Miguel Ángel González-Moles, Saman Warnakulasuriya, Isabel González-Ruiz,
- 5. Ángela Ayén, Lucía González-Ruiz, Isabel Ruiz-Ávila, Pablo Ramos-García.
- 6. Dysplasia in oral lichen planus: relevance, controversies and challenges. A position paper. Review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021 Jul 1;26 (4) 541-8.



Caso N°3.

MÁS VALE PREVENIR QUE CURAR

Autores: Iturreria Rocío, Magliano Carla. Asesor científico: Od. Mariana Díaz

E mail: mariana.diaz@odontologia.uba.ar

CÁTEDRA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA UNIVERSIDAD DE BUENOS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: Las lesiones blancas y rojas consideradas como Desórdenes potencialmente malignos en piso de boca, cara ventral y lateral de lengua tienen mayor riesgo de sufrir transformación maligna deben ser biopseadas, pudiendo diagnosticarse displasia epitelial oral, diagnóstico previo al carcinoma de cavidad bucal.

CASO CLÍNICO: Concurre a la atención a la Cátedra de Clínica Estomatológica un paciente masculino de 63 años, derivado por su odontóloga, por presentar una lesión en lengua. Como antecedentes familiares su madre sufría Síndrome metabólico, su padre Carcinoma en tracto gastrointestinal. Tiene una hermana con diabetes tipo II. En sus antecedentes personales el paciente presenta hipercolesterolemia y le realizaron una cirugía de quiste sacro coccígeo y hernia de disco lumbar, medicado con rosuvastatina y diclofenac sódico.

En el año 2019 comenzó rehabilitación implanto- odontológica con prótesis parcial removible provisoria que se encontraba desadaptada. El paciente discontinúo el tratamiento durante la pandemia. En 2022 le instalaron RPT sobre los implantes, estos se encontraban lingualizados. A la inspección se observa sobre cara ventral de lengua, tercio medio, manchas blancas con bordes irregulares, detrás tres zonas de erosión de 1mm de diámetro (foto 1)



Foto 1

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: LIQUEN PLANO BUCAL, REACCIÓN LIQUENOIDE, LUPUS DISCOIDE CRÓNICO, CARCINOMA IN SITU, ERITROPLASIA, LEUCOPLASIA GRADO I, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS, CARCINOMA VERRUGOSO DE ACKERMAN.



Se solicitan: exámenes de laboratorio de rutina, coagulograma, IgG e IgM anti Helicobacter pylori, Fresco y cultivo micológico y bacteriológico, pulido de coronas 3.4, 3.5, 3.6, biopsia para estudio anatomopatológico, determinación de oncogenes p53 y p16.

Al concurrir con los exámenes de laboratorio presenta alterados los siguientes valores: Glucemia 142 mg/dl, Insulina 22,14 uUl/ml, Triglicéridos 478 mg/dl, Ac IgG Helicobacter pylori 5,20 Ul7ml

Se solicitó examen de fresco y cultivo para hongos y bacterias y determinación de especie hallada con resultado NEGATIVO.

Se realiza dos tomas para biopsia (Foto 2) para estudio anatomopatológico y determinación de p53 y p16.



Foto 2

El resultado anatomopatológico es el siguiente:

Ambas muestras presentan mucosa revestida por epitelio escamoso con acantosis y paraqueratosis. Dicho epitelio tiene áreas con desorganización y atipía en las capas basales y medias que configura una displasia epitelial moderada.

DIAGNÓSTICO: Cavidad oral, cara ventral de lengua lado izquierdo anterior y posterior; resección: queratosis. Displasia moderada.

El estudio inmunohistoquímico dió resultado POSITIVO DETERMINACIÓN P 53 CON SOBREEXPRESIÓN: 70% DE NÚCLEOS TEÑIDOS.

NEGATIVO DETERMINACIÓN P 16 (Foto 3)

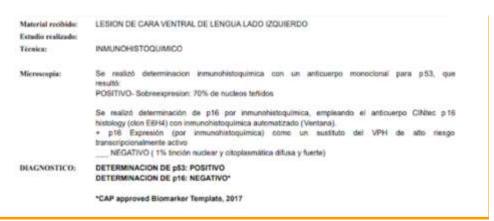


Foto 3



CONCLUSIÓN:

Considerar a las manchas rojas y/o blancas, queratosis, verrugosidades, ulceraciones como posibles lesiones sospechosas de presentar displasia.

Controlar los carcinógenos: tabaco y alcohol, virus (HPV), bacterias (H. pylori). Diagnosticar y tratar las infecciones micóticas, bacterianas y/o virales.

Controlar los promotores: trauma por piezas dentarias filosas, coronas desbordantes y/o prótesis desadaptadas.

Realizar biopsia para el estudio histopatológico y estudio molecular.

Derivación a Cirugía máxilofacial para extirpación de la lesión bucal.

Es de suma importancia la detección temprana de los cuadros displásicos para evitar su transformación en una neoplasia maligna, así como los carcinomas en estadios incipientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1. Dost F, Lê Cao K, Ford PJ, Ades C, Farah CS. Malignant transformation of oral epithelial dysplasia: a real-world evaluation of histopathologic grading. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2014; 117:343–52.
- 2. Gerardo G, Eduardo P, René P. Oral epithelial reactive atypia/dysplasia: An underestimated true atypia/dysplasia? Med Hypotheses. 2020 Nov; 144:110217.
- 3. Müller S. Oral epithelial dysplasia, atypical verrucous lesions and oral potentially malignant disorders: focus on histopathology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2018; 125:591–602.
- 4. Tilakaratne WM, Jayasooriya PR, Jayasuriya NS, De Silva RK. Oral epithelial dysplasia: Causes, quantification, prognosis, and management challenges. Periodontol 2000. 2019 Jun; 80(1):126-147.
- 5. Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J, Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. J Oral Pathol Med 37: 127-133
- 6. Woo S-B. Oral epithelial dysplasia and premalignancy. Head Neck Pathol 2019. 7. Singh A, Mair M, Singhvi H, Ramalingam N, Bal M, Lamba K, Nair D, Nair S, Chaturvedi Incidence and impact of dysplasia at final resection margins in cancers of the oral cavity.P.Acta Otolaryngol. 2020 Nov; 140(11):963-969.

doi: 10.1080/00016489.2020.1785642. Epub 2020 Jul 14.



Caso Clínico N°4.

LESIONES BLANCAS: ¿NADA NUEVO BAJO EL SOL?

Autores: Paoloni Anabella Aynelén, Perlo De Larrañaga Agustina, Ponsetti Delfina,

Porte maría Celeste

Asesore científico: Lazos, Jerónimo Pablo

Mail: jerolazos@unc.edu.ar Cátedra de estomatología A

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Introducción

El reconocimiento de las lesiones blancas en la boca puede resultar un desafío. Estas afecciones abarcan una amplia gama, con distintas causas y pronósticos. Las diversas formas de presentación, el diagnóstico diferencial, los posibles cambios malignos y su tratamiento suelen ser difíciles. Más aún, el diagnóstico puede ser complejo porque muchas lesiones blancas de mucosa bucal son resultado de enfermedades mediadas por el sistema inmune, como el liquen plano y lupus eritematoso.

El Liquen Plano Bucal (LPB) y el Lupus Eritematoso (LE) son patologías crónicas, mucocutáneas y de etiología desconocida que con frecuencia afectan la mucosa bucal, pudiendo ser la primera manifestación de estos desórdenes.

Caso clínico

Se presentó a la Cátedra de Estomatología "A" (FO, UNC) una paciente de sexo femenino de 52 años, profesión docente, no fumadora ni bebedora. Su motivo de consulta fue "Me derivó mi reumatólogo porque tengo llagas en la boca y sangrado". Como antecedentes, la paciente padece Artritis Reumatoidea e Hipotiroidismo. En el momento de la consulta la paciente consumía de manera regular: certolizumab 200 mg (inmunomodulador), metotrexato 10 mg y Levotiroxina sódica 125 mg.

Como antecedentes de la enfermedad actual, relata que las lesiones bucales comenzaron hace 3 meses y que fueron empeorando gradualmente. Empezó con una leve molestia que fue aumentando hasta convertirse en ardor, dolor y ocasionalmente sangrado, además de tener sensación de boca seca. Ella reemplazó su cepillo y pasta dental, sin notar cambios. De esta manera, consulta a su reumatólogo, quien aumenta la dosis de los inmunomoduladores. Dado la falta de mejoría, decide derivarla a la Cátedra.

En el examen clínico intraoral se observó un eritema intenso generalizado en encía vestibular, extendiéndose hacia mucosa alveolar, descartando así un cuadro dependiente de placa bacteriana. En la mucosa yugal del lado derecho en el tercio medio y posterior de la misma, se constató de la presencia de un eritema localizado de bordes difusos que podría estar relacionado al borde filoso del molar superior (16) y manchas blancas irradiadas, mínimas. En lado izquierdo de mucosa yugal, se



observaron lesiones abarcando prácticamente toda su extensión, acompañado con un discreto eritema de base que tiende a difuminarse, junto a lesiones blancas irradiadas sutiles. Además, se ven manchas pardas melánicas, que podemos inferir compatibles con melanosis reaccional, por al fenotipo cutáneo de la paciente y a la inflamación prolongada provocada por las lesiones (Foto 1).

La maniobra de bulbo aspiración con resultado negativo, se solicitaron exámenes de laboratorio prequirúrgicos de rutina.

A la siguiente consulta la paciente relató sensación de pérdida de gusto, ardor en la mucosa del labio superior y molestias al cepillado. Se aplicó policresuleno, que no evidenció pérdida de sustancia. Además, se eliminaron fuentes de inflamación realizando un desgaste selectivo del elemento 35 y una placa protectora de mucosa para evitar el trauma sobreagregado. Por otro lado, se realizó un control empírico de candidiasis usando un antifúngico sistémico: Fluconazol 50 mg, un comprimido cada 24 hs por dos semanas.

Al mes se realizó control y se observó una resolución parcial de las lesiones pero la paciente seguía con muchas molestias, con nuevas lesiones abarcando más superficie. Se agregaron otras curaciones locales (policresuleno, corticoides en crema y baños, dihenhidramina y nistatina) e incluso un corticoide inyectable de depósito, con mejoría transitoria. Debido a lo refractario del cuadro, se decide realizar biopsia. Una toma para morfológico normal de rutina con hematoxilina/eosina en mucosa yugal, en la zona más representativa con manchas blancas y manchas rojas. Otra toma en mucosa clínicamente sana para inmunofluorescencia directa. Además, se hizo una tercera toma de glándulas salivales menores de mucosa labial inferior a pedido del reumatólogo, para hacer diagnóstico específico de síndrome de Sjögren.

Las principales hipótesis diagnósticas planteadas fueron: liquen rojo plano, liquenoide, mucosa mordisqueada, carcinoma espinocelular, leucoplasia, leucoplasia proliferativa, candidiasis crónica atrófica leucoplasiforme.

Los cortes histológicos mostraron un epitelio con acantosis y paraqueratosis, con zonas de desdibujamiento en la interfase corion epitelial, y degeneración hidrópica en células aisladas. En el tejido conectivo se observa un intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario que se extiende profundamente hasta el corion reticular. Además en algunas zonas existe una acumulación de células inflamatorias perivasculares (Figura 2). La inmunofluorescencia directa mostró acúmulo de fibrinógeno en patrón lineal a nivel de la membrana basal con un patrón desflecado hacia el corion. También hubo acúmulo de inmunoglobulina M en patrón lineal y granular (Figura 3). Por otro lado, el estudio de las glándulas salivales fue compatible con los observados en el Síndrome de Sjögren, dado que cada score focal está compuesto por un agregado de más de 50 linfocitos en un área de 4 mm2. Los análisis serológicos arrojaron valores positivos para Factor Reumatoideo +37 Ul/mL (normal hasta 14); Proteína C reactiva +14 mg/L (hasta 6) y Anticuerpos Anti-Nucleocitoplasmáticos FAN/AAN +1/160 con patrón granular fino (hasta 80).

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados de la biopsia tanto de H/E como la de IFD, más el laboratorio se hizo diagnóstico de **síndrome de superposición de lupus-liquen**. Este posee características tanto de lupus como de liquen, a lo que se agrega el síndrome de Sjögren.



Conclusión

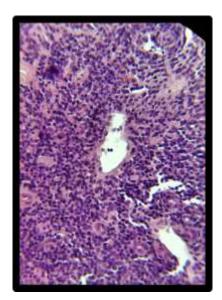
La superposición de LPB y LE puede ser difícil de diagnosticar debido a la similitud en las manifestaciones clínicas, ya que ambas cursan con lesiones blancas muy similares entre sí. Sin embargo, aquí se suma la pobre respuesta al tratamiento y la superposición de características histológicas. Se debe tener una alta sospecha clínica en pacientes con manifestaciones orales atípicas, especialmente aquellos con antecedentes de trastornos autoinmunes. La evaluación multidisciplinaria y el uso de pruebas diagnósticas complementarias pueden ser necesarios para confirmar el diagnóstico. Además, para planificar el manejo terapéutico adecuado, ya que en situaciones como estas, el tratamiento local puede ser insuficiente. En casos en los cuales la presentación clínica no resulta totalmente concluyente, es fundamental mantener una actitud de apertura intelectual, no limitarse a los conocimientos previos y estar receptivos a nuevos diagnósticos.

Por último, enfatizar que el acompañamiento y la contención del paciente durante el tratamiento proporciona el apoyo emocional necesario, pudiendo mejorar la eficacia del mismo, promover el bienestar general del paciente y facilitar una experiencia de atención médica más positiva, participativa y centrada en él.



Foto 1: Lesiones bucales.





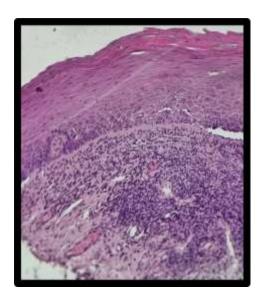
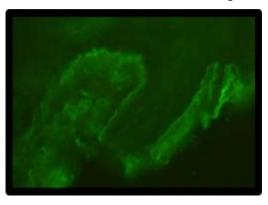


Figura n°2: Biopsia con H/E



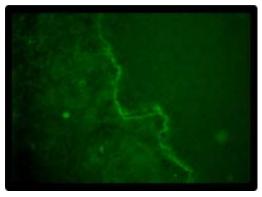


Foto 3: inmunofluorescencia directa positiva para Ig M (patrón lineal y granular) y fibrinógeno (patrón lineal a nivel de la membrana basal y desflecado hacia el corion)

BIBLIOGRAFÍA

1-Manfredini, M., Pedroni, G., Bigi, L., Apponi, R., dello Diago, A. M., Dattola, A., ... & Pellacani, G. (2021). Acquired white oral lesions with specific patterns: oral lichen planus and lupus erythematosus. *Dermatology Practical & Conceptual*, *11*(3).

2-Binnie, R., Dobson, M. L., Chrystal, A., & Hijazi, K. (2024). Oral lichen planus and lichenoid lesions-challenges and pitfalls for the general dental practitioner. *British Dental Journal*, 236(4), 285-292.

3-López-Labady, J, & Villarroel Dorrego, M. (2008). Estudio comparativo de lesiones bucales producidas por Liquen Plano y Lupus Eritematoso en un grupo de pacientes venezolanos. *Acta Odontológica Venezolana*, *46*(2), 151-154. Recuperado en 29 de febrero de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000200008&Ing=es&tlng=es.



✓ Quistes y Neoplasias.

Caso N°1.

ICEBERG

MUCHAS VECES HAY MAS DE LO QUE PODEMOS LLEGAR A VER

Autores: Od. Ansonnaud, Cynthia Romina; Od. Campero Martin Ignacio

Asesor Científico: Od. Ansonnaud, Carlos Celestino

Catedra Semiología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Tucumán.

e mail: estomatologiatucuman2018@gmail.com

INTRODUCCION

"Muchas veces hay más de lo que podemos ver", nos gustó comparar esta frase con nuestro paciente porque muchas veces en Ellos no llegamos a ver un todo en cuanto signos y síntomas que se encuentran ocultos como en el caso del iceberg en donde podemos ver en superficie únicamente la punta sin avistar en la profundidad la gran masa de hielo que se encuentra bajo el agua.

CASO CLINICO

Asiste al Servicio de Medicina Bucal de la FOUNT un paciente masculino de 14 años de edad, estudiante, cuyo lugar de residencia es en la provincia de San Miguel de Tucumán. El motivo de consulta fue por "ardor en la lengua".

En el examen médico odontológico no se registraron antecedentes relevantes.

Al comenzar con la anamnesis refiere que hace aproximadamente dos meses tuvo una primera consulta médica debido a un intenso dolor articular y marcada pérdida de peso de forma repentina, recibiendo como repuesta por parte del profesional que los sucesos se debían a un cambio hormonal.

Realiza una segunda consulta médica con otro profesional por presentar dolor de cabeza intenso, dolor muscular, decaimiento, tos, congestión nasal, mareos y nauseas. El médico le atribuyo estos signos y síntomas a un estado gripal medicando al paciente con Amoxicilina e ibuprofeno 600mg.

Al comenzar con el examen estomatológico, observamos en mucosa labial inferior izquierda manchas pequeñas de 1 a 3mm de diámetro, de forma oval y otras de 0,5mm que asientan sobre una base eritematosa; una lesión vesículo ampollar de forma alargada con contenido citrinoso en su interior (IMAGEN 1)





IMAGEN 1

Al examinar la mucosa yugal derecha, en el tercio medio y posterior manchas de color rojo intenso, de limites netos, rodeadas por un halo rosado, de tamaño variable entre 0,5 y 3 mmm (IMAGEN 2)



IMAGEN 2

En piso de boca, en el lado derecho y vientre de lengua se observan lesiones con características similares a las ya mencionadas (IMAGEN 3)



IMAGEN 3



Cinco días antes de asistir a la consulta en nuestro servicio, el paciente nota la presencia de hematomas y manchas en extremidades superiores e inferiores, y comienza con sudoración nocturna.

Al comenzar con el examen físico de antebrazo derecho (IMAGEN 4) y muslo de pierna derecha (IMAGEN 5) manchas de color variable rojo y violáceo





IMAGEN 4 IMAGEN 5

Luego de haber realizado el examen físico, el examen estomatológico y la anamnesis, los posibles diagnósticos fueron: Purpura Trombocitopénica, Aplasia Medular, Leucemia.

Se solicitan Exámenes de laboratorio que muestran la alteración hematológica severa (IMAGEN 6)

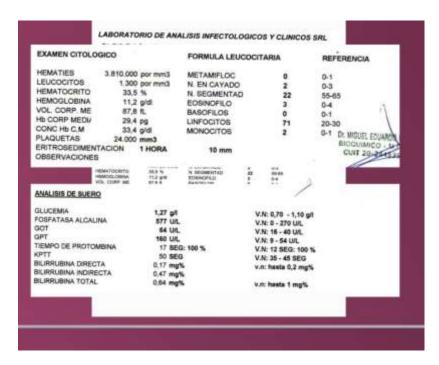


IMAGEN 6



Con estos resultados se decide la derivación del paciente con carácter de urgencia al hematólogo quien dispone la inmediata internación del mismo para realizar los estudios pertinentes que concluyeron en un diagnóstico certero de APLASIA MEDULAR SEVERA.

El paciente es trasladado a la provincia de Córdoba donde recibió un trasplante medular de su hermana; continúa internado, en recuperación.

CONCLUSION

Es imperioso que el Estomatóloga conozca las manifestaciones orales de las enfermedades hematológicas para poder realizar la derivación oportuna del paciente a un Servicio de pertinente para su tratamiento.

El odontólogo debe estar en contacto permanente con el profesional médico que asiste al paciente para consultarlo en caso de tener que llevar a cabo algún tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1-Garita Cabañas, G. (2020). Proceso enfermero en paciente con trasplante de médula ósea.

2-Orphanet. (2020). Enfermedades raras | Anemia de Fanconi: orphanet [Internet], 5.52.0. Recuperado el 03 de abril de 2022.

3-Weixian Xu a, Tracy Y. Wang a, Richard C. Becker a. Enfermedades hematológicas: desde dentro del corazón. Rev Esp Cardiol. 2011; 64:606-13 - Vol. 64 Núm.07 DOI: 10.1016/j.recesp.2011.02018.

4-Bascones-Martínez A, Muñoz-Corcuera M, Bascones-Ilundain C. Manifestaciones clínicas de las hematopatías no neoplásicas en odontología. Med Clin (Barc). 2012; 139 (1): 18-24. 2. Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3a ed. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno; 2015.



Caso N°2.

TRES SON MULTITUD

Autores: Orellana Lombardo, Belén; Villafañe, Bruno; Dávila, Emilce; Zeballos,

Micaela.

Asesor Científico: Od. Rodriguez, Andrés Nicolás.

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología

Universidad

Nacional de Tucumán

e-mail: dr.andresrodriguez@gmail.com

Introducción

El mucocele conocido también como fenómeno de retención mucosa, es una cavidad llena de moco, frecuente de observar en la cavidad bucal; se origina de las glándulas salivales menores, pudiendo aparecer en cualquier área de la boca donde estas asientan.

Los mucoceles, suelen aparecer sobre todo en niños y adultos jóvenes aunque pueden hacerlo en cualquier edad

Histopatológicamente se aceptan dos tipos: el mucocele de extravasación y fenómeno de retención.

El primer tipo representa la forma más frecuente y se relaciona a traumatismos que afectan el conducto excretor de la glándula y que tiene como consecuencia la ruptura del mismo con salida de moco hacía el interior del tejido.

Si la obstrucción del conducto excretor es parcial el moco circula lentamente dando origen a una expansión del conducto; y el epitelio que lo tapiza prolifera originándose de esta forma un quiste de retención mucosa.

El diagnóstico se hace por las características clínicas de la lesión. El diagnóstico diferencial debe plantearse con el Hemangioma y el Fibroma.

El mucocele tiende a recurrir cuando la escisión quirúrgica no es completa.

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 6 años de edad, se presenta al servicio de Estomatología, acompañado de su madre, quien informa que el motivo de la consulta son ampollas que crecen en el labio.

Sin antecedentes médicos relevantes, durante el interrogatorio revela que las lesiones aparecen posterior a un fuerte trauma en el labio inferior, que sus tamaños suelen variar y en ocasiones se rompen y liberan un líquido transparente.

Al examen intraoral, al realizar la eversión del labio inferior se observan 2 lesiones localizadas a la derecha de la línea media con un tamaño de 4 y 5 mm de diámetro (IMAGEN 1 y 2) y una hacia la izquierda con un tamaño de 2 mm aproximadamente (IMAGEN 3). Las 3 lesiones con características similares. Son elevadas, de forma redondeada u oval, de límites netos, superficies lisas y brillantes, de consistencia blanda e indolora a la palpación, de color similar a la mucosa que las rodea.



En base a las características clínicas y a la anamnesis se diagnostica Mucoceles en el labio inferior.

El diagnóstico diferencial se lo realizó con el Hemangioma y el Fibroma diapnéusico.

Como tratamiento se indicó la escisión quirúrgica de las lesiones y su posterior estudio histopatológico que nos confirmó el diagnóstico clínico.



FOTO 1



FOTO 2



FOTO 3

Conclusión

Los mucoceles son lesiones bastante frecuentes en la cavidad bucal, sin embargo la posibilidad estadística de tres lesiones en un mismo sector topográfico de esta nosología es infrecuente.

El interrogatorio, las características clínicas y el estudio histopatológico son importantes para el diagnóstico certero de esta patología.

Bibliografía:

1-Essaket S, Hakkou F, Chbicheb S. Mucocèle de la muqueuse buccale **[Mucocele of the oral mucous membrane]**. Pan Afr Med J. 2020 Apr 29;35:140. French. doi: 10.11604/pamj.2020.35.140.21079. PMID: 32655754; PMCID: PMC7335251.

2-Ayhan E, Toprak SF, Kaya Ş, Akkaynak Ş. **Dermoscopy of oral mucocele: three types of extravasation mucoceles.** Turk J Med Sci. 2020 Feb 13;50(1):96-102. doi: 10.3906/sag-1907-56. PMID: 31731335; PMCID: PMC7080353.



3-Khandelwal S, Patil S. **Oral mucoceles - review of the literature**. Minerva Stomatol. 2012 Mar;61(3):91-9. PMID: 22402300.
4-Wu CW, Kao YH, Chen CM, Hsu HJ, Chen CM, Huang IY. **Mucoceles of the oral cavity in pediatric patients**. Kaohsiung J Med Sci. 2011 Jul;27(7):276-9. doi: 10.1016/j.kjms.2010.09.006. Epub 2011 Apr 17. PMID: 21757145. 5-Od. Celenia Pérez, Od. Cecilia Jiménez. Junio 2002. Acta odontol. venez v.40 n.2 Caracas. **MUCOCELES CON LOCALIZACIONES INUSUALES. REPORTE DE CASOS**. Mucoceles con localizaciones inusuales: Reporte de casos (scielo.org)



Caso N°3.

TÚMOR Y ÚLCERA EN BORDE DE LENGUA ¿PUEDE SER DE LOS NERVIOS?

Autores: García María Grisel, Morgante María Jimena, Scocchi Julieta.

Asesor científico: Rivarola Emilce.

E mail: rivarolaemilce@gmail.com

Cátedra: Clínica Integrada I. Módulo 1. Patología y Clínica estomatológica UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

Introducción:

Se presentan tres pacientes con una misma lesión elemental, con características similares, en una localización común y llegando al mismo diagnóstico definitivo: Tumor de células granulosas/granulares o de Abrikossoff. Este tumor es una neoplasia benigna, en un 98% de casos, que deriva de las células de Schwann y neuroendocrinas. Su incidencia es de aproximadamente 1 caso por cada 1.000.000 de personas al año. Afecta a pacientes entre 20 a 50 años, con mayor prevalencia en el sexo femenino y es más frecuente en personas de raza negra. [1]

La localización más común en cabeza y cuello es intraoral, especialmente en cara dorsal y punta de lengua donde alcanza un porcentaje de hasta el 80%, en borde lateral de lengua sólo afecta al 15%, como es el caso de estos pacientes reportados. [2] Desde el punto de vista clínico, estos tumores pueden ser únicos o múltiples y se manifiestan como pápulas o nódulos firmes, sésiles, localizados en la submucosa y, por lo general, asintomáticos. [3]

Caso clínico:

Primer paciente:

Paciente de sexo masculino de 39 años de edad, de Mendoza, veterinario, sin antecedentes patológicos personales ni familiares conocidos. Motivo de consulta: presencia de un nódulo en la lengua de 45 días de evolución. Asintomático. A la exploración clínica se observa un nódulo ulcerado de un centímetro y medio de diámetro con un collarete queratósico en la periferia. Está localizado en el borde lateral derecho de la lengua, en la zona anterior. A la palpación presenta consistencia firme. (Foto 1)



Foto 1. Nódulo ulcerado en el borde derecho de la lengua.



Segundo paciente:

Paciente de sexo masculino de 56 años de edad, de Mendoza, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia clínica, quien consulta por una lesión en el borde de la lengua. La evolución es incierta, pero estima que es de 1 o 2 meses, sin poderlo precisar. Refiere que le molesta al tragar. A la inspección clínica se observa una lesión sobre elevada con centro ulcerado y con borde hiperqueratósico de casi un centímetro de diámetro en el borde lateral izquierdo de la lengua. La consistencia es firme a la palpación. (Foto 2)

Se observa relación de la lesión con los restos radiculares de los elementos 36 y 37. (Foto 3 y 4)



Foto 2. Nódulo ulcerado con borde hiperqueratósico en el borde izquierdo de la lengua.

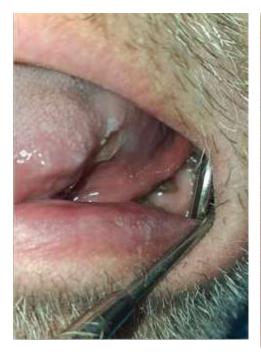




Foto 3 y 4: Se observa la asociación de los restos radiculares del 3er cuadrante con la lesión en borde lateral de la lengua.



Se realiza la exodoncia de los mismos y quince días después se controla al paciente observando que el aspecto de la lesión ha mejorado, pero persiste. (Imagen 5)



Foto 5: Mejoría de la lesión 15 días después de las exodoncias.

Tercer paciente:

Paciente de sexo femenino de 79 años de edad. No presenta antecedentes patológicos personales ni familiares. Su motivo de consulta es la presencia de un nódulo en el borde lateral derecho de la lengua de 6 meses de evolución, asintomático. Al examen físico, se observa una lesión sobr elevada, sésil, de un centímetro de diámetro, levemente eritematosa, con bordes regulares, aspecto redondeado y consistencia fibrosa. (Foto 6)



Foto 6. Nódulo en borde lateral de la lengua.

Diagnóstico clínico presuntivo y diferencial: son numerosas las entidades que reúnen esa presentación clínica, siendo la más relevante el carcinoma oral de células escamosas (COCE). Le siguen a continuación: papiloma; fibroma; lipoma; granulomas micóticos; granulomas bacterianos: lepra, tuberculosis, actinomicosis; tumores de glándulas salivales y tumor de origen nervioso.

Pruebas complementarias: se realiza biopsia escisional en los tres pacientes.



Informes histopatológicos:

En el primer paciente lesión simétrica. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa con puentes epiteliales elongados y agudos. Sin atipias, ni mitosis atípicas. En la profundidad células granulosas. (Foto 7)

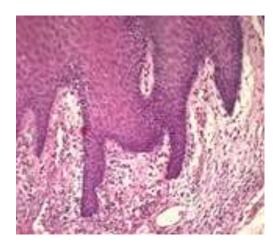


Foto 7. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa con puentes epiteliales elongados y agudos.

En el segundo paciente epitelio paraqueratósico con ulceración en la zona central. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa con acantosis regular. Elongación de los puentes. En el corion se observa infiltrado inflamatorio con marcada presencia de eosinófilos. En la profundidad nidos y fascículos de células, con citoplasmas granulares, sin atipias, poligonales con núcleos pequeños. (Foto 8)

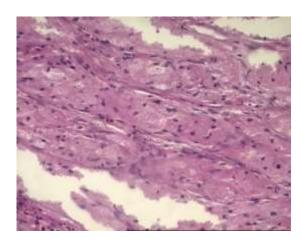


Foto 8: fascículos de células con gránulos citoplásmicos, presentes en el corion.



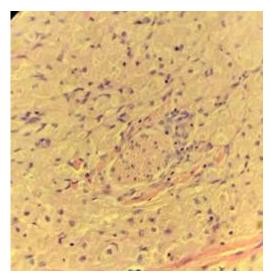


Foto 9: Hiperplasia pseudoepiteliomatosa epitelio paraqueratósico con elongación de los puentes

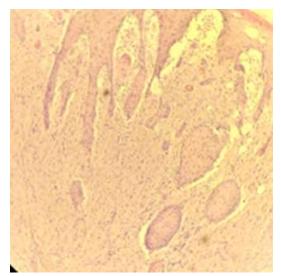


Foto 10: Disposición perineural de los fascículos de células granulosas.

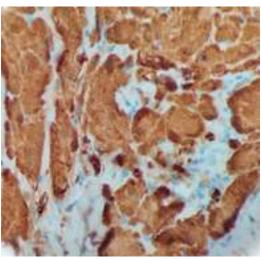


Foto 11: S100 positivo en las células tumorales.



En la histopatología del tercer paciente se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa, epitelio paraqueratósico con elongación de los puentes que culminan en puntas agudas, formación de perlas córneas intraepiteliales y aisladas en la zona del corion. (Foto 9) En uno de los cortes se observa disposición perineural de los fascículos de células granulosas.

Proliferación de fascículos gruesos y entrecruzados de células que presentan citoplasmas granulosos en el corion. (Foto 10)

Se solicitó inmunohistoquímica en el segundo y tercer paciente que resultó positiva para S100 y para Ki67 en el 1% a 2%. (Imagen 11)

Hallazgos histológicos e inmunofenotípicos vinculables a:

Tumor de células granulares.

Diagnóstico definitivo: Tumor de células granulosas/granulares benigno.

Conclusión: El interés del caso es reportar una patología infrecuente, que debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones de la cavidad oral, especialmente por su localización en la lengua, ya que puede simular un COCE. Recordar que el diagnóstico definitivo se establece por histopatología e inmunohistoquímica [3] y, finalmente, resaltar la importancia del seguimiento periódico de estas lesiones ya que, si bien en su mayoría son benignas, existe un porcentaje de pacientes con transformación maligna.

Bibliografía:

- Freitas J, La Mata LL, de Queiros R et al. Tumor de células granulares intra-orais: apresentação de dois casos clínicos. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.
 2019
- 2. Talarico V, Giancotti L, Mazza GA et al. Multiple oral and cerebral relapses of a Granular cell tumor (Abrikossoff Tumor) in a young girl affected by congenital dyserythropoietic anemia type II. Clin Ter. 2022; 173:35–38
- 3. Bagchi S, Kundu S, Chatterjee A et al. Atypical presentation of granular cell tumor involving tongue: A rare case report. Int J Appl Basic Med Res. 2021;111–113
- 4. Barrios L, Benedetti I, Contreras EE. Tumor de células granulares en lengua (tumor de Abrikossoff): reporte de caso. Rev Cienc Salud 2013; 129-133



¿EL TIEMPO NOS DARÁ LA RAZÓN? LA COMPLEJIDAD DE LA PATOLOGÍA ORAL

Autores: Aceto, Chiara; Badra Aldana; D'Uva Hernández, Lucila; Masino, Juliana.

Asesor científico: Bolesina, Nicolás

E mail: nicolas.bolesina@unc.edu.ar

Cátedra de Estomatología B.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

Introducción

Las lesiones orales pueden experimentar diferentes tipos de transformaciones dependiendo de su etiología/ naturaleza y la causa subyacente. Algunas patologías pueden tener un carácter autoresolutivo mientras otras pueden evolucionar a lesiones malignas si no se tratan adecuadamente. El diagnóstico temprano por parte del profesional odontólogo y la derivación correspondiente, facilitan el tratamiento oportuno de los trastornos orales potencialmente malignos mejorando significativamente el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

Caso clínico:

Se presenta a la consulta una paciente de sexo femenino, de 54 años de edad, de nacionalidad Argentina, que reside en el centro de la provincia de Córdoba y se dedica a cuidar niños.

Llega derivada por un profesional odontólogo, por lesiones en mucosa yugal. Refiere que hace algún tiempo atrás, se le quebró un diente, a raíz de eso se le formó una "llaga", la cual aumentó de tamaño con el tiempo. Únicamente siente molestias al bostezar o al comer algo duro.

Recuerda que hace varios años le vieron una manchita blanca en el mismo sitio de la lesión.

La paciente no presenta ninguna patología de base, lo único que comenta es que toma una aspirina por día, recetada por el flebólogo porque en algún momento sufrió de trombosis. Consume además sulfato ferroso desecado porque supo estar anémica.

Fuma 5 cigarrillos por día desde hace 20 años, resultando en 36.500 el total de tabaco consumido en toda su vida. Bebe alcohol ocasionalmente.

Llega por primera vez a la consulta el 3 de agosto del 2023, donde se le realiza el primer examen estomatológico. Se pudo observar en mucosa yugal izquierda un tenue color parduzco y sobre éste, tres manchas purpúricas (que a la vitropresión no desaparecen) (Foto 1).





Foto 1: Mucosa yugal izquierda.

En el tercio medio y posterior de la mucosa yugal derecha, se observa una lesión única, que asienta sobre una base eritematosa, más intensa en el sector superior. Se presenta un aumento de volumen de 3 cm de diámetro aproximadamente, de color rosado y de aspecto vegetante. El borde inferior de la lesión es más consistente a la palpación. Se observa leucoedema en el sector anterior de la mucosa que rodea a la base de la lesión.

La base es amplia y sésil en la mayor parte de la lesión, pero en otros sitios es ligeramente pediculada (Foto 2).



Foto 2: Tercio medio y posterior de la mucosa yugal derecha.



Completando el examen bucal se hallaron en el borde de la lengua manchas blancas de aspecto reticular, la más característica es la del lado derecho, que se presenta como una lesión única, de color blanco húmedo, de aspecto reticular y de forma alargada, de límites precisos y un tamaño de aprox. 20mm (Foto 3 y 4).



Foto 3: Borde derecho de la lengua



Foto 4: Borde izquierdo de la lengua.

Como diagnósticos presuntivos y a su vez diferenciales planteamos la posibilidad de estar frente a un liquen plano oral, ya que reúne las características de lesiones blancas, con aspecto de red, bilaterales, principalmente en bordes de lengua; lesión liquenoide oral porque se observa un dibujo tipo liquen pero no es tan característico, tampoco son lesiones tan bilaterales simétricas. Al evaluar la lesión de mucosa yugal derecha podríamos diferenciarlo entre un condiloma acuminado por el aspecto tipo vegetante, pero deberíamos ver otras lesiones características de HPV en la boca; carcinoma verrugoso por la superficie irregular y su aspecto típico vegetante; o carcinoma espinocelular, con una manifestación clínica poco frecuente.

La histopatología de las lesiones reveló que la lesión ubicada en borde de lengua derecho es compatible con lesión liquenoide oral y la lesión ubicada en mucosa yugal derecha con carcinoma verrugoso.



Con el diagnóstico histopatológico, la paciente fue derivada a un cirujano de cabeza y cuello para la extirpación quirúrgica de la lesión. La misma se realizó sin complicaciones y actualmente la paciente se encuentra bajo controles regulares por ambos servicios.

Discusión/Conclusión:

Es importante destacar la derivación oportuna de los pacientes con cuadros clínicos compatibles con TOPM así como la necesidad por parte del odontólogo general de ser capaz de identificar los diferentes factores de riesgo relacionados con la posible transformación maligna. Es de suma importancia realizar campañas de prevención de todas estas lesiones que pueden malignizar, para así poder diagnosticar a tiempo, detener el curso de las mismas, realizar tratamientos menos invasivos y disminuir las secuelas que estas podrían ocasionar.

Nosotros como futuros profesionales de la salud, creemos que es de gran valor desarrollar desde el comienzo de nuestra carrera una capacidad de observación crítica para poder identificar de manera temprana todo este tipo de lesiones, pero tiene más valor aún saber derivar y ofrecer una atención interdisciplinaria para así poder mejorar la calidad de los tratamientos que brindamos a nuestros pacientes.

Bibliografía

1.Warnakulasuriya, S., Kujan, O., Aguirre-Urizar, J. M., et al. (2021). Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Diseases*, 27, 1862–1880. https://doi.org/10.1111/odi.13704

2.Sharon Akrish, Lana Eskander-Hashoul, Adi Rachmiel, Ofer Ben-Izhak, Clinicopathologic analysis of verrucous hyperplasia, verrucous carcinoma and squamous cell carcinoma as part of the clinicopathologic spectrum of oral proliferative verrucous leukoplakia: A literature review and analysis, Pathology - Research and Practice, Volume 215, Issue 12.

2019, 152670, ISSN 0344-0338, https://doi.org/10.1016/j.prp.2019.152670.

3.Susan Müller, Oral epithelial dysplasia, atypical verrucous lesions and oral potentially malignant disorders: focus on histopathology, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, Volume 125, Issue 6, 2018, Pages 591-602, ISSN 2212-4403, https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.02.012.



Caso Clínico N°5.

DE LA ALARMA AL ALIVIO

Autores: ACUÑA MONROY M. Lucía, ALESSANDRI Roma, BOLLATI Luciana,

ARRIETA AÑAZGO Agustina

Asesor Científico: DRA. BELARDINELLI Paola

e mail: paola.belardinelli@unc.edu.ar

Cátedra de Estomatología B

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA-FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Introducción: El granuloma piógeno es un tumor hiperplasico reactivo que representa una exagerada proliferación de tejido conectivo altamente vascularizado. Su etiología en general se asocia con microorganismos, higiene oral deficiente, irritación crónica local de bajo grado, diabetes, trastornos hormonales, pubertad, embarazo.

Clínicamente se caracteriza por ser una lesión de color rojiza, de base pediculada con superficie lobulada; su crecimiento es lento y asintomático dependiendo de la zona anatómica afectada. Puede afectar a cualquier edad y tiene predilección por el sexo femenino; de acuerdo con el tamaño en promedio varia de 2 - 3 cm. El granuloma piógeno de la cavidad oral, es conocido por desarrollarse mayormente en encía. Su variedad extra gingival puede ocurrir en labios, lengua, mucosa bucal y paladar.

Se presenta el reporte de un caso clínico de granuloma piógeno con características clínicas inusuales de gran tamaño.

Caso Clínico: se presenta una paciente de sexo femenino, edad 45 años, con antecedentes heredofamiliares de diabetes. Los antecedentes personales patológicos de relevancia fueron alergia a penicilina y alteraciones respiratorias no tratadas.

El motivo de la consulta fue "tengo dolor en el paladar", como antecedentes de la enfermedad actual la paciente relata tener dolor entre los dientes, por lo cual concurre al odontólogo, quien médica con azitromicina, al no ceder la sintomatología indica clindamicina y la deriva a la cátedra de Estomatología B-UNC.

En la primera consulta, se observó una lesión tumoral en paladar (figura 1) la cual se extendía en sentido anteroposterior desde el elemento 23 hasta distal del 26, con una longitud de 23 mm, y en sentido transversal sobrepasaba la línea media y presentaba dos lóbulos; el ancho del lóbulo anterior era de 16 mm y el del lóbulo posterior era de 27 mm.

Su superficie se encontraba eritematosa y presentaba áreas erosivas de bordes irregulares, con aspecto herpetiforme. Dadas las características clínicas, las erosiones podrían responder a una lesión traumática, quemadura o incluso ser de origen viral sobreagregada. Su base era pediculada y estrechamente relacionada al elemento 24, el cual presentaba una localización ectópica hacia palatino.



Se realizaron test de vitalidad en los elementos contiguos a la zona (22-25), los cuales fueron positivos.



Foto 1: lesión ubicada en paladar duro

Por las características clínicas la lesión nos orientó a un diagnóstico presuntivo de granuloma piógeno. Otras alternativas diagnósticas fueron: absceso, adenoma pleomorfo y torus palatino. Los mismos fueron descartados debido a que los elementos dentarios fueron positivos al test de vitalidad; por el tiempo de evolución y la extensión del mismo; por su consistencia y ubicación respectivamente.

Como conducta clínica se indicó la realización de ortopantomografía, derivación a periodoncia para terapia básica, solicitud de laboratorio pre quirúrgico y biopsia escicional para confirmar la presunción clínica (foto 2 y 3); el análisis histopatológico describió epitelio plano paraqueratinizado, con imágenes tipo coilociticas, áreas hiperplasicas con transmigrado leucocitario. Por debajo núcleo de tejido fibroso con vasos de neoformación dilatados e infiltrado crónico. En el control pos quirúrgico se observa una correcta cicatrización de la zona (foto 4).

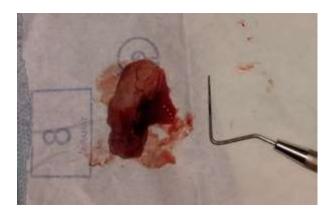


Foto 2: pieza quirúrgica y elemento dentario 25



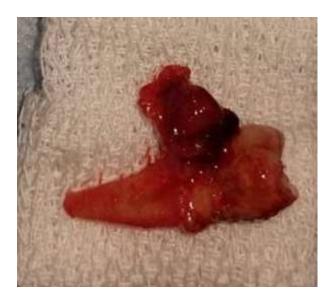


Foto 3: pieza quirúrgica y elemento dentario 25



Foto 4: control post quirúrgico

Conclusión: es fundamental realizar una buena anamnesis, una evaluación cuidadosa y el trabajo y el trabajo conjunto con otras disciplinas para garantizar un tratamiento efectivo.



Bibliografía:

- 1-Mena-Lorca C, Rojas-Zuñiga G, Cavalla F, Hernandez M, Adorno-Farias D. Granuloma piogénico oral de comportamiento agresivo: Reporte de un caso. Int J. Inter. Dent. 2023; Vol. 16 (2): 160-162.
- 2-Sanchez-Cardenas M, Llerena-Noda VY, Perez-Gallego Y. Granuloma piogénico oral. Serie de casos. Rev. Med. Electron. 2021; Vol. 43 (6): 1719-1727.
- 3-Gonzalez RGM, Piña C, Sanchez J. Granuloma piogénico de localización atípica: reporte de un caso. Rev ADM. 2017; Vol. 74(4): 198-201.
- 4-Gadea Rc, Cartagena LA, Caceres La Torre A. Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos. Rev Odont. Mex. 2017; Vol. 21(4): 253-261.
- 5-Cordero Torres K, Pardo Carrasco N, Arellano Rojas, Andrea. Granuloma Piogénico de presentación inusual: Reporte de caso. Odont Vit. 2016; Vol. 25: 35-42.



Caso N°6.

DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE DE TUMOR DE LABIO

Autores: Od. Ceballos Schiavoni Agustina, Od. Liberdi Sabalzagaray Lucia

Asesores científicos: Dra Criscuolo M. Inés, Dra Rosana Morelatto

E mail: maria.criscuolo@unc.edu.ar

Cátedra de Estomatología B

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN

Los miofibromas son tumores fibroblásticos benignos poco comunes de tejidos blandos, huesos u órganos internos que afectan a todas las edades. Desde el punto de vista histopatológico, estas lesiones pueden imitar a otros tumores de tejidos blandos de la cavidad bucal, siendo una neoplasia mesenquimal benigna de células mioides perivasculares que forman un espectro con miopericitoma. Presentamos el reporte de un caso clínico de miofibroma de ubicación poco frecuente en labio superior.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 56 años de edad que consulta al servicio de la cátedra de Estomatología B, por lesión en labio de tres meses de evolución sin sintomatología dolorosa, con leve crecimiento en las últimas semanas. Como antecedentes personales patológicos, es hipertenso controlado y fumador de 136.875 cigarrillos en su vida.

Al examen clínico intraoral se observa una pequeña lesión elevada ubicada en mucosa labial superior de base sésil, de 3 x 3 mm. La mucosa que lo recubre no presenta alteraciones de color ni superficie (Foto 1). Se le solicitan análisis prequirúrgicos para la realización de biopsia escicional de la lesión por abordaje intraoral y posterior examen anatomopatológico correspondiente, así como pruebas de inmunohistoquímica.

Los resultados de la pieza quirúrgica describen un epitelio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, por debajo del tejido fibroso denso, presenta un núcleo tejido fibroso de aspecto verticiliar rodeando trayectos vasculares, con células tipo histiocitarias, dando como resultado miofibroma (Foto 2).

En la nueva clasificación de OMS 2022, se lo incluye dentro del espectro del miopericitoma, antes llamado Fibrohisticoitoma benigno. Se recomendaron estrictos controles periódicos (Foto 3).





Foto 1

A nivel intraoral, en la mucosa labial superior cercana a la línea media se visualiza una lesión tumoral de 15 mm de diámetro del mismo color que la mucosa normal, fibrosa a la palpación, de forma ovalada, no dolorosa, no relacionada a traumatismos ni a infección, con sensibilidad normal en la zona.

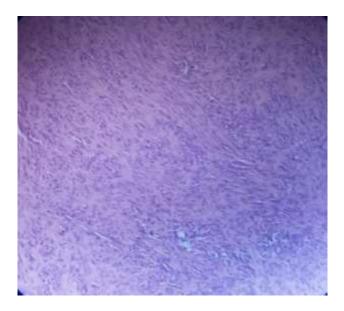


Foto 2.

Proliferación mesenquimática benigna, bien delimitada, constituida por elementos fusocelulares, sin atipias ni mitosis. Muestra zonas de mayor celularidad de aspecto verticiliar, abundantes vasos y células tipo histiocitarias





Foto 3. Control a 3 meses de la cirugía.

DISCUSIÓN

La clasificación reciente de la OMS ha incluido los miofibromas, en un continuo de tumores perivasculares en el intelecto del espectro morfológico de los tumores perivasculares. Neoplasias de células mioides

El miofibroma se define como una neoplasia mesenquimal benigna de células mioides perivasculares. Suele originarse en la piel expuesta al sol y en los tejidos orbitarios, mientras que rara vez se ha descrito su aparición en cavidad oral. (1) Se encuentra en la nueva clasificación de la OMS dentro de tumores perivasculares y generalmente son más comunes en hombres, como en nuestro caso, que en mujeres, con una proporción de 2:1. (2) De forma clínica, el miofibroma de cavidad oral se presenta como una masa firme, indolora, de coloración que varía de rosada a roja. En ocasiones, por acción de la dinámica masticatoria, estas lesiones pueden ulcerarse y presentar sintomatología asociada (3). El diagnóstico diferencial histopatológico del miofibroma de los tejidos orales incluye leiomioma, schwannoma, fascitis nodular, histiocitoma fibroso benigno, tumor fibroso solitario, fibromatosis de tipo desmoide y fibrosarcoma infantil. Requiere de un análisis anatomopatológico e inmunohistoquímico para lograr un diagnóstico preciso dentro de la variabilidad clínica que observamos en nuestra práctica diaria. La recidiva está directamente relacionada con la incompleta eliminación de la lesión. (4).

De acuerdo con lo expuesto en el caso reportado y tratado en nuestro servicio, el mismo se presenta sin signos de recidiva a 20 meses de la recesión quirúrgica de la lesión.



BIBLIOGRAFIA

- 1.Skoulakis CE, Papadakis CE, Datseris GE, Drivas EI, Kyrmizakis DE, Bizakis JG. Subcutaneous benign fibrous histiocytoma of the cheek. Case report and review of the literature. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2007 Apr;27(2):90-3. PMID: 17608138; PMCID: PMC2640009.
- 2. Myofibroma and myofibromatosis. In: Weiss SW, Goldblum JR, eds. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. Mosby: St Louis; 2001. pp. 357-363.
- 3. Capo JA, Moubayed D, Moubayed SP, Hernandez-Prera JC, Khorsandi A, Buchbinder D, et al. Pediatric myofibroma of the palate with ulceration and bone destruction. Case Rep Otolaryngol. 2016; 2016: 1432764.
- 4. Smith MH, Reith JD, Cohen DM, Islam NM, Sibille KT, Bhattacharyya I. An update on myofibromas and myofibromatosis affecting the oral regions with report of 24 new cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2017; 124 (1): 62-75.



Caso N°7.

EN EL INTERIOR ESTÁ LA DIFERENCIA

Autores: COLL, Victoria; GALARZA, Tomás; VASQUEZ, Gustavo; VELAZCO,

Daiana ZAPATA, Marcelo

E mail: marcelo.zapata@unc.edu.ar

Cátedra de Estomatología "B"

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Introducción

El Tumor de Células Granulares (TCG) es una lesión poco frecuente. Presenta controversia por su conducta, su variable localización y su aún no totalmente esclarecida etiología¹. El TCG puede presentarse en cualquier edad de la vida, siendo la lengua su localización más habitual. Se presenta como una lesión única¹.

La presencia de proteína S-100 indica un origen a partir de células neurales, más específicamente, células de Schwann; sin embargo, también han sido involucrados células neuroendocrinas, mesenquimales indiferenciadas, musculares, macrófagos, pericitos².

Caso clínico

El día 22 de mayo de 2023 concurre al consultorio externo de la Cátedra de Estomatología B una paciente femenina de 12 años de edad, oriunda del interior de Córdoba, junto con su madre quien relata "Le vi una ampolla en la revisión con el Odontólogo, pero no le duele".

Al examen estomatológico intraoral se observa una lesión elevada, de forma oval, consistencia aumentada, adherida a planos superficiales, bien delimitada, de base sésil (Foto 1), que trasluce un color amarillento (Foto 2), y mide 4 mm en sentido antero posterior y 7mm en sentido vestíbulo-medial. La paciente relata que tiene una semana de evolución y no duele.

Como diagnóstico presuntivo se planteó un Tumor de Células Granulares, siendo importante hacer un diagnóstico diferencial con otras lesiones más frecuentes que asientan en lengua, como Tumores Hiperplásicos Reactivos (granuloma piógeno, neuroma de amputación, hiperplasia fibrosa traumática [HFT]) o Tumores Blastomatosos Benignos (lipoma, Schwannoma verdadero, Nerilemoma). Es importante destacar que la lesión elemental de patologías como lipoma, granuloma piógeno e HFT es un tumor y no un nódulo.

Como conducta clínica en la primera consulta se realizó el examen estomatológico correspondiente y se solicitaron análisis de laboratorio prequirúrgicos para realizar la biopsia escisional de la lesión en la siguiente consulta (Foto 3). El material se envió a Anatomía patológica para su estudio (Foto 4). El informe reveló un resultado compatible con TCG (Foto 5 y 6). A la semana, el 22 de junio de 2023, se realizó un



control postoperatorio donde se observa una correcta cicatrización (Foto 7).



Foto 1: Aspecto clínico de la lesión en dorso lingual a la observación.



Foto 2: Aspecto clínico de la lesión en la primera consulta.



Foto 3: Biopsia escisional de la lesión. 15 de junio de 2023.





Foto 4: Material obtenido de la biopsia.

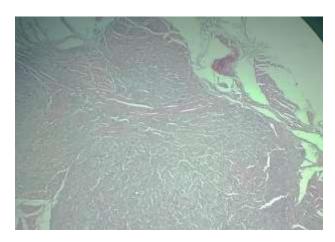


Foto 5: Histopatología de la lesión.

INFORME HISTOPATOLOGICO:

Nº de Entrada: Fecha: 15/06/2023

Remite:

Cátedra: ESTOMATOLOGIA B

Nombre del Paciente:

Edad: 12 años.

Sitio de Toma: Dorso lingual

Análisis

Se observa epitelio pavimentoso estratificado, por debajo neoformación compuesta por células poligonales grandes con abundante citoplasma granular eosinofilo con núcleos pequeños y redondos, ubicada en el tejido subepitelial. En sectores muestra patrón con disposición en láminas que rodean y reemplazan fascículos musculares. No presenta capsula, imágenes de pleomorfismo nuclear, ni sectores de necrosis.

Diagnóstico:

TUMOR DE CELULAS GRANULOSAS

Foto 6: Informe Histopatológico





Foto 7: Control posoperatorio a la semana de la intervención

Conclusión

Si bien el TCG es una patología infrecuente y de clínica inespecífica, debe estar entre los posibles diagnósticos frente a lesiones nodulares en lengua, por ser uno de los sitios más frecuentes. La correlación clínica – histopatológica es imprescindible para su diagnóstico de certeza.

Bibliografía

- 1. Eguia A, Uribarri A, Gay-Escoda C, Crovetto MA, Martínez-Conde R, Aguirre JM.Granular cell tumor: report of 8 intraoral cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11:E425-8.
- 2. Barrios L, Benedetti I, Contreras EE. Tumor de células granulares en lengua (tumor de Abrikossoff): reporte de caso. Rev Cienc Salud 2013; 11 (1): 129-133.



Caso N°8.

"LA FORTALEZA DE LA PRESUNCIÓN CLÍNICA"

Autores: Costamagna, Emilia; Krasko, Mariana; Peralta, María José; Tissera, Gabriela.

Asesores científicos: Allende, Adrián A; Valdez, Jésica I

E mail: jesicavaldez91@mi.unc.edu.ar.

Cátedra de Estomatología B.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.

Introducción

La mucosa bucal puede ser asiento de numerosas patologías, entre ellas algunas de pronóstico muy grave, como el cáncer bucal, fundamentalmente representado por el carcinoma bucal de células escamosas (CBCE). A pesar de los avances científicos y tecnológicos, el pronóstico del cáncer bucal sigue estando fuertemente asociado a su estadio al momento del diagnóstico. (1) En un estudio realizado en Buenos Aires, los pacientes con CBCE avanzado presentaron una baja tasa de supervivencia mientras que los pacientes con un diagnóstico temprano tuvieron mejor pronóstico. (2) Por ello, la prevención y el diagnóstico precoz siguen siendo las herramientas más eficaces para disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer bucal. (3)

Caso Clínico

Se presenta a la consulta una paciente mujer, profesora de educación primaria, de 50 años de edad. Los antecedentes personales informaban como datos más relevantes que padecía gastritis y trastornos cardiovasculares, enfermedades controladas bajo tratamiento. Si bien no tiene hábitos tóxicos como consumo de tabaco y alcohol, es una persona que en su vida diaria vivía bajo estrés. En diciembre del año 2022 la paciente se descubrió las lesiones; posteriormente, a los tres meses, comenzó a tener molestias en la cara ventral de la lengua, por lo que concurre a consulta con un odontólogo quien realiza una placa de protección mucosa. Las lesiones no desaparecen. Finalmente, tras inspección y asesoramiento de otorrinolaringólogo, es derivada a nuestro servicio.

Al examen clínico intraoral se observaron cambios de coloración blanquecina, irregular en su forma, ubicados en el borde y cara ventral de lengua. La lesión, en el polo anterior, se aprecia como una mancha blanca de límites bastantes definidos y en el polo posterior, tomando cuerpo, adquiere el aspecto de placa en sectores y límites difusos. En la zona central, próxima a la línea media de la lengua, se pudo observar una pérdida de sustancia superficial de bordes poco definidos que entendíamos se debía a la presencia de irritación mecánica crónica producida por los elementos dentarios de la zona media de la arcada inferior del mismo lado. En el examen cervicofacial no apreciamos masas cervicales a la palpación.





Consulta Inicial. Cuadro clínico.

En la primera consulta se solicitaron análisis de laboratorio (pre quirúrgico) y se le indicó baños con manzanilla fría. Se plantearon diversos diagnósticos presuntivos: liquen queratótico, leucoplasia verrugosa proliferativa y carcinoma de células escamosas Se programó turno en siete días para realizar biopsia incisional de la lesión, debíamos confirmar con certeza y urgencia el diagnóstico.



Sitio de toma de la primera biopsia.



A la semana se le realizó toma de material para estudio anatomopatológico. Se indicaron los cuidados pertinentes a la intervención y se la citó a control.



Control postquirúrgico.

En la consulta de control se retiró sutura, siete días después de la toma biopsia, se informó al paciente resultado del estudio histopatológico, el cual resulta inespecífico, siendo la recomendación realizar una nueva toma de material de la lesión.

Se observa zona ulcerada con pequeños cordones e islotes de epitelio con pleomorfismo celular y nuclear en sectores con disqueratosis, rodeada de tejido fibroso, vasos dilatados y abundante infiltrado linfocitario.

Diagnóstico:

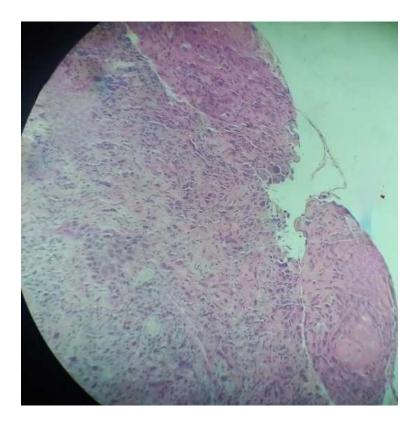
Ver descripción –

Nota: se recomienda nueva toma biópsica, con imágenes sugestivas de ulcera carcinomatosa.

Primer informe anatomopatológico. 18/05/2023

Rápidamente, obtuvimos el informe anatomopatológico de segunda biopsia, confirmando el diagnóstico de carcinoma microinfiltrante de cara ventral de lengua. Tras control y comunicarle resultado a la paciente, esta se derivó a comité de tumores de cabeza y cuello.





Campo de observación a 10X Carcinoma Microinfiltrante

Se observa epitelio plano estratificado con pleomorfismo celular y nuclear en todo el espesor del epitelio, crestas interpapilares en forma de gotas, con signos de displasia grave. Por debajo, pequeños islotes de epitelio atípico, que infiltran con marcado pleomorfismo y forman perlas corneas, rodeada de tejido fibroso, vasos dilatados y abundante infiltrado linfocitario Además de una zona ulcerada

Diagnóstico:

CARCINOMA MICROINFILTRANTE

Informe anatomopatológico de la segunda biopsia. 1/06/2023

Tres meses después la paciente concurre al servicio de nuestra cátedra para control. El tratamiento de elección realizado fue quirúrgico. Actualmente se encuentra bajo seguimiento constante y minucioso.



Lesión de cara ventral derecha de lengua.

TAMAÑO 2 x 1,2 MM.

PROFUNDIDAD DE INVASIÓN (DOI): 1,2 MM. pT1 AJCC.

TIPO HISTOLÓGICO: CARCINOMA ESCAMOSO CONVENCIONAL.

GRADO HISTOLÓGICO: II (MODERADAMENTE DIFERENCIADO).

INVASIÓN LINFOVASCULAR: AUSENTE

INVASIÓN PERINEURAL: PRESENTE.

PEOR PATRÓN DE INVASIÓN (WPOI): PATRÓN 2.

MÁRGENES LIBRES DE LESIÓN.

OTROS HALLAZGOS.

- DISPLASIA EPITELIAL MODERADA A SEVERA

- FRAGMENTO DE GLÁNDULA SALIVAL SIN LESIONES A DESTACAR.

Informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica.



Control a dos meses de la cirugía.

Conclusión

Es relevante destacar la importancia de la presunción clínica complementando al diagnóstico histopatológico de las lesiones con características clínicas de malignidad y elegir correctamente el sitio de toma de-la biopsia y repetirlas cuando exista una fuerte sospecha clínica que así lo indique. En este caso resultó fundamental para realizar un diagnóstico temprano y acceder un tratamiento menos agresivo. Además, se debe insistir en controles estrictos y periódicos.



Bibliografía

1): 4-13. Disponible en:

1-Werner Laura Cecilia, Piemonte Eduardo David. Lesiones bucales, factores de riesgo de cáncer bucal y autopercepción de irritación mecánica crónica en una campaña de prevención en la Ciudad de Buenos Aires.

Rev. Asoc. Odontol. Argent. [Internet]. 2022 Abr [citado 2024 Mar 21]; 110(

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2683-72262022000100004&Ing=es. http://dx.doi.org/10.52979/raoa.1118
2- Brandizzi D, Gandolfo M, Velazco ML, Cabrini RL, Lanfranchi HE. Clinical features and evolution of oral cancer: a study of 274 cases in Buenos Aires, Argentina. Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal 2008 [citado 2024 Mar 21]; 13:E544-48. Disponible

en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv13_i9_pE544.pdf 3-Petersen PE. **Oral cancer prevention and control-the approach of the World Health Organization**. Oral Oncol 2009; 45:454-60.

https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.023

4-Piemonte ED, Lazos JP, Brunotto M. Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. J Oral Pathol Med 2010; 39:513-7. https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2010.00901.x



Caso N°9.

PERDIDA DE SUSTANCIA EN LENGUA

Autores: Iturreria Rocio Florencia, Magliano Carla Asesor científico: Dra. Laura Harada

E mail: laura.harada@odontologia.uba.ar

CÁTEDRA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA UNIVERSIDAD DE BUENOS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud, a través del Global Cáncer Observatory, en el año 2022 se registraron 389 846 de cánceres en labio y cavidad oral.

El Carcinoma de Células Escamosas es una neoplasia maligna de estirpe epitelial, es la más frecuente de la cavidad oral.

CASO CLÍNICO: En el mes de Noviembre de 2022 concurre a la atención en Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires una paciente de género femenino de 75 años de edad, nacionalidad argentina. El motivo de su consulta: "Tengo la lengua lastimada". Con respecto a sus antecedentes familiares relata que su padre falleció de cáncer de próstata y su madre falleció de cáncer de mama. En sus antecedentes personales refiere ser hipertensa, con soplos cardíacos (Enalapril 5 mg por día), presenta un nódulo en la tiroides (en control con su endocrinólogo).

Comenzó con dolor en el dorso de lengua a causa de molestia protética, concurrió a la guardia clínica indicando clorhexidina y rifocina. En Febrero 2023 concurre a su odontólogo particular, quien le adapta la prótesis inferior, le indica amoxicilina 500 mg y la deriva a la Cátedra de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

En la inspección clínica se observa un tumor ulcerado de 3x4 cm de bordes indurados, en el tercio medio del borde lingual derecho (foto 1), a la extrusión lingual, leve desviación a la derecha.

En cara dorsal de lengua presenta hipertrofia de papilas filiformes (foto 2). También presenta desadaptación de prótesis superior e inferior (foto 3 y 4).



Foto 1 Foto 2





Foto 3 Foto 4

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

ÚLCERA TRAUMÁTICA, BLASTOMICOSIS, HISTOPLASMOSIS, TBC, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.

Se solicitaron estudios: Hemograma, coagulograma, eritrosedimentación, glucemia, uricemia, hepatograma, creatininemia. Fresco y cultivo para hongos y bacterias, identificación de especie hallada, fungigrama y antibiograma (foto 5).



Foto 5

BIOPSIA

Concurre a los 7 días para la realización de biopsia, se realizan 2 tomas con punch de 6 mm de la lesión (foto 6).



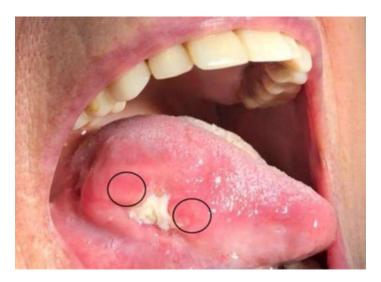


Foto 6

Se solicita PET-TC con FDG RESULTADOS DE LABORATORIO

Los resultados obtenidos fueron dentro de los rangos de normalidad

RESULTADO MICOLÓGICO Y BACTERIOLÓGICO

Micología directa: No se observan elementos micóticos

Micología cultivo: Negativo

Bacteriología, coloración de Gram: Se observa regular cantidad de cocos positivo

Bacteriología cultivo: Estreptococos del grupo viridans

CONTROL POST-BIOPSIA

Aumento del volumen del tumor, la zona ulcerada incrementó su tamaño, presencia de necrosis y desviación pronunciada a la extrusión lingual hacia el lado de la lesión (foto 7 y 8).

A los 15 días clínicamente se observa un aumento de tamaño al doble de su volumen, atrofia de papilas linguales en cara dorsal de lengua en la zona tumoral (foto 9).





Foto 7 Foto 8

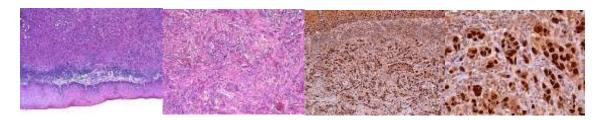




Foto 9

Concurre con el informe anatomopatológico.

El cuadro histopatológico y perfil inmunohistoquímico (p40 positivo) corresponden a Carcinoma de Células Escamosas pobremente diferenciado, observándose invasión perineural



Se deriva al paciente a su obra social para iniciar tratamiento

CONCLUSIONES

1-EL ODONTÓLOGO DEBE TOMAR CONCIENCIA DE LA RESPONSABILIDAD E INCORPORAR EL EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL DE MANERA RUTINARIA, A FIN DE EVALUAR Y DIAGNOSTICAR LESIONES SOSPECHOSAS DE MANERA RÁPIDA Y TEMPRANA

2-SIEMPRE SE DEBE REALIZAR BIOPSIA ANTE LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN SOSPECHOSA DE MALIGNIZACIÓN

3-EL COCE POR SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA ES UNO DE LOS POCOS CÁNCERES QUE PUEDEN SER DETECTADOS EN SUS PRIMEROS ESTADIOS, POR LO TANTO, UN DIAGNÓSTICO PRECOZ ES DE SUMA IMPORTANCIA, YA QUE PERMITIRÍA UN TRATAMIENTO ADECUADO MENOS AGRESIVO DISMINUYENDO LA MORBILIDAD.



BIBLIOGRAFÍA

1-Yadira V. Boza Oreamuno DDS, MSc 1 Oral Carcinoma of Squamous Cells with Early Diagnosis: Case Report and Literature Review 1. ODOVTOS-Int. J. Dent. Sc. | No.19-1: 43-50, 2017.ISSN:1659-1046. https://www.redalyc.org/journal/4995/499555011006/499555011006.pdf

2-De la Fuente Hernández J, Muñoz Mújica P, Patrón Bolaños CE, Ramírez Trujillo MA, Rojas Mercado HJ, Acosta Torres LS Increased incidence of oral squamous cell carcinoma. . Salud i Ciencia 20(6):636-42, Jun 2014. https://www.siicsalud.com/dato/sic/206/139637.pdf



Caso N°10.

TENGO UNA MANCHITA EN EL PALADAR

Autores: Camila Baroni, María de los Milagros Pautasso

Asesor científico: Od. María José Scola Horisberger

E mail: mjose.scola@odontologia.uba.ar

CÁTEDRA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA UNIVERSIDAD DE BUENOS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: Los melanomas orales son muy pocos frecuentes en la cavidad oral, representan al 1% de los melanomas en el cuerpo humano. Se presenta un caso clínico de un paciente de género femenino de 69 años.

CASO CLÍNICO: Concurre a la atención en Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires una paciente de género femenino de 69 años de edad, nacionalidad argentina. Derivada por su odontóloga por presentar lesiones en paladar duro y tuberosidad del lado izquierdo, la paciente relata tener "una mancha en el paladar". Manifiesta que le realizaron una intervención quirúrgica por tumor benigno en útero y ovario izquierdo. Presenta divertículos intestinales. Ex-fumadora, por 45 años:5 cigarrillos diarios. Total: 82.125. Medicada con : Ezetimibe 10 mg, Alprazolam 1 mg.

A la inspección en el sector izquierdo del paladar duro, limitando con el paladar blando , se observa manchas melánicas en disposición anular presentando diferentes tonalidades marrones con bordes indefinidos, su medida es de 3 cm de diámetro . En el polo anterior las manchas son más intensas, por distal de estas una erosión de 1mm de diámetro. Se extiende una mancha lineal hacia corona de pieza 2.6. portadora de pròtesis fija y desdentada parcial. Foto 1



Foto 1



<u>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO</u>: ENFERMEDAD DE ADDISON, MELANOSIS DEL FUMADOR, MELANOMA, NEVO, HELICOBACTER PYLORI, PIGMENTACIONES POR DROGAS, SÍNDROME DE PEUTZ- JEGHERS

ANÁLISIS DE LABORATORIO

Se solicitaron estudios: Hemograma, coagulograma, eritrosedimentación, glucemia, uricemia, hepatograma, creatinina, LDH, fosfatasa alcalina, cortisol basal, Ag/Ac HIV. Los resultados fueron dentro del rango de normalidad.

RESULTADO MICOLÓGICO Y BACTERIOLÓGICO

Fresco y cultivo para hongos y bacterias, identificación de especie hallada, fungigrama y antibiograma, cuyo resultado es negativo.

BIOPSIA

En la biopsia se realizan dos tomas en diferentes sectores (Foto 2.)

En el resultado anatomopatológico se observa: Examen microscópico: Mucosa bucal con lesión melanocítica atípica lentiginosa pigmentada con reacción liquenoide y abundantes melanófagos.

Diagnóstico: El cuadro histopatológico de ambas muestras biópsicas es vinculable a Melanoma In Situ- Melanoma Lentiginoso Mucoso. Foto 3.

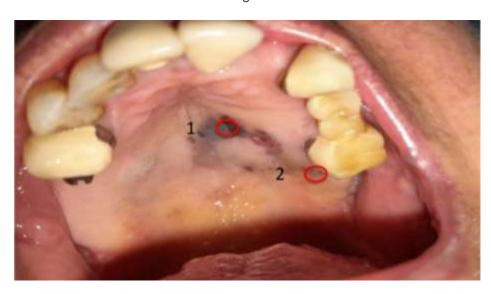


Foto 2



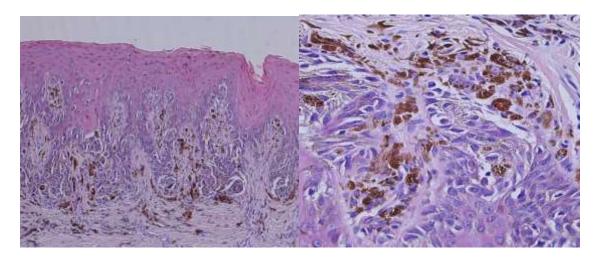


Foto 3.

Se deriva al paciente al Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Milstein.

CONCLUSIONES:

- Es de suma importancia detectar patologías melánicas malignas en una presentación temprana.
- A pesar de ser una patología infrecuente en la cavidad oral, presenta una alta tasa de morbilidad y mortalidad.
- Cualquier lesión névica o melánica que se encuentre en la cavidad oral, a excepción de pigmentación por amalgama, se debe realizar biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1-Pingarron Martín, Lorena et al. Melanoma de mucosa intraoral: ¿enfermedad local o sistémica?. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [online]. 2014, vol.36, n.1 [citado 2023-09-24],pp.15-20. ISSN 21739161. https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.07.001.

2-Pradhan, P., & Adhya, A. K.. (2021). Extensive malignant melanoma of the oral cavity: a rare occurrence. *Autopsy and Case Reports*, *11*, e2021299. https://doi.org/10.4322/acr.2021.299

3-Zapata, Sebastián, Núñez, Lorena, Zamorano, Gabriel y Villanueva, Julio. (2017). Melanoma oral: Importancia de un diagnóstico temprano. Un caso clínico.. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 10 (2), 90-92. https://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072017000200090

4-Chamba-León, Daniela, Ruiz-Maila, Pablo, Bravo-Muñoz, Italo Marx, Guamán-Roldán, Hugo, Díaz-Vintimilla, Martín, Guallpa-Gómez, Viviana, & Bravo-Calderón, Diego Mauricio. (2022). Melanoma de la mucosa oral: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista internacional de odontostomatología* , *16* (2), 331-336. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2022000200331







Caso N°11.

MI MAXILAR AUMENTÓ DE TAMAÑO

Autores: Baroni Camila, Pautasso Milagros.

Asesor científico: Dr. Ariel Hiacelay E mail: hiacelayariel@gmail.com

CÁTEDRA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA UNIVERSIDAD DE BUENOS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INTRODUCCIÓN: Los tumores o quistes mandibulares en niños son poco frecuentes, pudiendo presentar los siguientes síntomas: aumento de tamaño, dolor, dificultad para hablar o masticar, infección. Para arribar al diagnóstico es necesario realizar una biopsia con su estudio anatomopatológico y indicar imágenes, como también estudios genéticos para descartar Síndromes

CASO CLÍNICO: Concurre a la atención de la Cátedra de Clínica Estomatológica de F.O.U.B.A un paciente de género masculino, 14 años de edad, derivado del Hospital Garraham. Su madre relata que en Enero de 2023 comenzó a aumentar de volumen su maxilar con sintomatología dolorosa. Como referencia no sufrió accidente o golpe Como antecedentes familiares de la línea materna se destaca cáncer sin referencia específica. El paciente padece Estrabismo.

A la inspección extraoral se observa del lado derecho aumento de volumen en la zona de maxilar inferior que ocupa parte del cuerpo, gonion y rama ascendente (fotos 1, 2,3 y 4)

A la palpación de adenopatías presenta: Submaxilar izquierda y derecha de 1 cm de diámetro, consistencia fibrosa, dolor a la palpación. Ganglio espinal izquierdo de 1 cm de diámetro, consistencia elástica, no dolorosa



Fotos 1,2, 3 y 4

A la inspección intrabucal en fondo de surco entre piezas 4.5 y 4.6 se observa una pequeña fístula sin supuración (Foto 5)





Foto 5

Concurre con una radiografía Panorámica dónde se observa una zona radiolúcida de forma redondeada con límite radiopaco definido debajo de la pieza dentaria 4.6 (Foto 6)



Foto 6

Se solicitó hemograma completo, eritrosedimentación, glucemia, hepatograma completo, uremia, uricemia, coagulograma, calcemia, PTH. VALORES NORMALES.

Se solicitó tomografía computarizada de haz cónico (CBTC), se observa lesión osteolítica multilocular que ocupa el maxilar inferior extendiéndose desde el ½ medio de rama ascendente mandibular derecha hacia distal de pieza 3.7.

Pérdida de cortical vestibular en zona de piezas 4.7 a 4.3, 3.2 a 3.1 y 3.4 a 3.5.

Exostosis ósea parasinfisiaria abarcando de distal del 3.2 a distal del 4.2 en sentido cráneo caudal 10mm. Basal mandibular conservada.

En maxilar superior se observa desviación de tabique nasal y maxilar superior derecho. (Foto 7, 8)



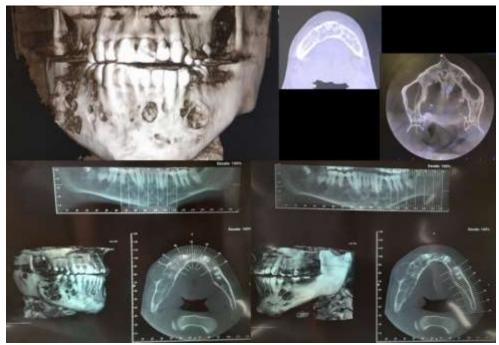


Foto 7

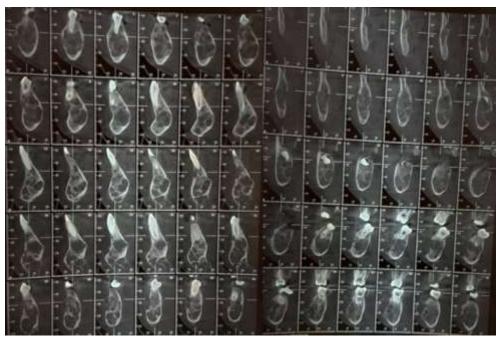


Foto 8

BIOPSIA:

Se realiza biopsia con la siguiente descripción microscópica:

Fragmentos de tejido óseo que focalmente constituyen cavidades quísticas con contenido hemático. Las paredes son ricamente vascularizadas, con células ovoides a fusadas, hemosiderina, elementos óseos osteoides reactivos, trabéculas con signo de remodelación y ribete ameloblástico reactivo. Vasos dilatados.

Diagnóstico: Hueso maxilar inferior; resección quirúrgica: hallazgos compatibles con quiste aneurismático.

Correlacionar con clínica e imágenes



DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Ameloblastoma - Mixoma - Fibroma ameloblástico - Displasia fibrosa-Histiocitosis de Células de Langerhans Crónica Focal. Mieloma Múltiple

CONCLUSIONES

La presencia de pacientes con esta sintomatología nos obliga ahondar en todos los diagnósticos posibles realizando un examen exhaustivo clínico, histopatológico y genético

BIBLIOGRAFÍA

1-Liu Y, Zhou J, Shi J. Clinicopathology and Recurrence Analysis of 44 Jaw Aneurysmal Bone Cyst Cases: A Literature Review. Front Surg. 2021 Jun 23;8:678696. doi: 10.3389/fsurg.2021.678696. PMID: 34250007; PMCID: PMC8260671.

2-Rehman R, Dekhou A, Osto M, Agemy J, Chaaban A, Yuhan B, Thorpe E. Aneurysmal Bone Cysts of the Craniofacial Origin: A Systematic Review. OTO Open. 2021 Oct 24;5(4):2473974X211052950. doi: 10.1177/2473974X211052950. PMID: 34723050; PMCID: PMC8549472.

3-SALDANA RODRIGUEZ, Marta et al. Quiste óseo aneurismático mandibular de tipo sólido. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [online]. 2013, vol.35, n.2 [citado 2023-09-24], pp.78-82.Disponible en: .ISSN21739161.https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.08.008.">https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.08.008.

4-Sahu B, Anand R, Kumar S, Solanki RS, Mehra P, Jain M. A Pattern-based Imaging Approach to Pediatric Jaw Lesions. Indian J Radiol Imaging. 2021 Jan;31(1):210-223. doi: 10.1055/s-0041-1729767. Epub 2021 May 23. PMID: 34316129; PMCID: PMC8299508.

5-Strohm JA, Strohm PC, Kühle J, Schmal H, Zwingmann J. Management of juvenile and aneurysmal bone cysts: a systematic literature review with meta-analysis. Eur J Trauma Emerg Surg. 2023 Feb;49(1):361-372. doi: 10.1007/s00068-022-02077-9. Epub 2022 Aug 21. PMID: 35989377; PMCID: PMC9925490.