



**PUBLICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DEL XXXIX
ENCUENTRO DE ESTUDIANTES Y PROFESORES DE
ESTOMATOLOGIA ROSARIO 05 Y 06 DE SEPTIEMBRE
2024**

EDITORES:

- Prof Dr Mauricio Viccei
- Prof Mg Fabiana Mardenlli
- Od Esp María Adriana Jaraj

Docentes integrantes de la Cátedra:

Prof Tit Dr Viccei Mauricio

Bastino Federico

Echevarria José

Garzia Héctor

Gluskinos Marcelo

López Edgardo

Nava Carina

Ruiz Visconti David

Vega Lorena

Docente colaboradora: Romeo Gisela

Prof Adj Mg Mardenlli Fabiana

Cogliatti Guillermo

Fachile Juan C

Giral Natalia

Jaraj María Adriana

Masetti Sebastián

Osorio Mariano

Tavasani Mario

Vigna Alejandro

ISBN 978-987-702-774-7



Publicación de casos clínicos del XXXIX Encuentro de Estudiantes y Profesores de

Estomatología : Rosario : 05 y 06 de septiembre de 2024 / Editado por Mauricio Viccei ; Fabiana Mardenlli ; María Adriana Jaraj. - 1a ed. - Rosario : UNR Editora, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-702-774-7

1. Odontología. 2. Salud. 3. Salud Bucal. I. Viccei, Mauricio, ed. II. Mardenlli, Fabiana, ed. III. Jaraj, María Adriana, ed. IV. Título.

CDD 610

Publicación de casos clínicos del XXXIX Encuentro de Estudiantes y Profesores de

Estomatología : Rosario : 05 y 06 de septiembre de 2024 / Editado por Mauricio Viccei ; Fabiana Mardenlli ; María Adriana Jaraj. - 1a ed. - Rosario : UNR Editora, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-702-774-7

1. Odontología. 2. Salud. 3. Salud Bucal. I. Viccei, Mauricio, ed. II. Mardenlli, Fabiana, ed. III. Jaraj, María Adriana, ed. IV. Título.

CDD 610

Prólogo

La Estomatología se construye en los espacios donde se comparten experiencias, se reflexiona críticamente y se aprende en comunidad. Este libro nace de uno de esos espacios: un Encuentro entre Profesores y Estudiantes, donde el conocimiento dejó de ser unidireccional para convertirse en diálogo.

En el ejercicio de las ciencias de la salud la formación clínica se basa en la observación, el análisis y la reflexión crítica de la práctica real.

Este libro, que compila una selección de casos clínicos presentados por estudiantes en el marco de un valioso Encuentro entre profesores y alumnos, representa una expresión tangible de ese aprendizaje activo y colaborativo. Cada caso aquí presentado no es solo una muestra del conocimiento adquirido, sino también del compromiso, la sensibilidad y la capacidad de análisis de los futuros profesionales quienes, guiados por sus docentes y motivados por el deseo de comprender más allá de los síntomas, han construido relatos clínicos que no solo ilustran enfermedades estomatológicas, sino que también nos invitan a pensar en el paciente como un todo: su contexto, sus emociones y su humanidad.

Este encuentro académico ha sido un espacio para el diálogo intergeneracional, el intercambio de saberes y la construcción conjunta del conocimiento.

Los docentes, con su experiencia y vocación formadora, han acompañado cada proceso ofreciendo orientación y despertando preguntas. Los estudiantes, por su parte, han asumido el reto con rigor y creatividad, convirtiendo la teoría en práctica reflexiva.

El resultado es este libro: un testimonio del aprendizaje en acción, del trabajo en equipo y del valor de la educación clínica centrada en el paciente.

Esperamos que estas páginas sirvan como fuente de inspiración, debate y crecimiento para quienes las lean, ya sean estudiantes, profesionales o docentes comprometidos con la formación en salud

Prof Dr Mauricio Viccei

“Descifrando Diagnósticos Bucales En Adolescentes”

Autores: Emilse Diaz, Esmeralda Flores, Fernando Bazan, Evelin Ciales, Celeste Yapura

Tutora: Od.Maria Valentina Ocaña Rosales

Asesora: Dra. Ines Criscuolo (maria.criscuolo@unc.edu.ar)

Introducción:

Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) tiene una alta incidencia de morbilidad a nivel mundial y un crecimiento marcado en las últimas décadas, en la edad joven de cualquier nivel socioeconómico.

La adolescencia, es una etapa de desarrollo crucial en la que los individuos experimentan cambios físicos, emocionales y sociales que pueden influir en su comportamiento y salud sexual. La combinación de cambios hormonales, exploración de la identidad sexual y a menudo una falta de conocimiento en prácticas de prevención, puede aumentar el riesgo de contraer esta enfermedad y otras ITS

Palabras claves : sífilis,adolescentes,enfermedad de transmisión sexual

Caso clínico:

Se presenta en el caso clínico una paciente del sexo femenino de 17 años de edad, que concurre a la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional de Cordoba con el motivo principal de lesiones multiples en la cavidad bucal.

Durante la anamnesis la paciente nos relata que había sufrido un aborto espontáneo con 5 meses de gestación, y a su vez luego de un mes detecta que las lesiones se hicieron más presentes como ser en la cara dorsal, lateral de lengua, en mucosa del labio superior e inferior, en mucosa yugal y paladar, estas mismas cambian de coloración, aparecen de manera espontánea, y ocasionan molestias al cepillado.



Figura 1. *Placa depapilada de bordes geográficos en dorso de lengua*



Figura 2. *Lesion en forma de erosiones en paladar duro*



Figura 3. *Pápula en labio inferior*

Método de Diagnostico

En la conducta clínica teniendo en cuenta los diferentes diagnósticos diferenciales, la inspección clínica, y la anamnesis, llegamos al diagnóstico presuntivo de sífilis secundaria; se realizó el pedido de pruebas competentes como ser serológicas específicas e inespecíficas para confirmar nuestro diagnostico presuntivo las cuales se realizaron en el Hospital Rawson especializado en la prevención, asesoramiento y/o diagnostico de enfermedades de transmisión sexual.

Evolución: Se observó al paciente luego de los 7 días de haber realizado el tratamiento teniendo un diagnóstico positivo para sífilis, en la inspección clínica no se encontró evidencias de las lesiones anteriormente mencionadas

Conclusión

Las enfermedades de transmisión sexual que pueden tener un impacto significativo en la cavidad bucal, sus signos y síntomas pueden ser variados y a menudo sutiles lo que puede llevar a un diagnóstico tardío y complicaciones graves.

Es fundamental que como profesionales de la salud estemos al tanto de las manifestaciones orales de estas enfermedades y realicemos un examen físico, una historia clínica completa, y su correspondiente confirmación con pruebas de laboratorio para detectarla de manera oportuna. De la misma forma seguir una conducta clínica minuciosa, ordenada y completa para llegar a un diagnóstico clínico precoz, que conduzca más rápidamente al de certeza.

Bibliografía

1. Simms, K.A., Fenton, M., Ashton, K.M., Turner, E.E., Crawley-Boevey, R., Gorton, et al. (2005). The re-emergence of syphilis in the United Kingdom: The new epidemic phases.
2. Mastrolorenzo A, Giomi B, Tiradritti L, Zuccati G. (2012). Oral manifestations of sexually transmitted infections. G Ital Dermatol Venereol. 147(4):373-88.
3. Queirós C, Costa JBD. (2019). Oral Transmission of Sexually Transmissible Infections: A Narrative Review. Acta Med Port. 2;32(12):776-781. Sex Transm Dis., 32, 220-226.
4. Terezhalmay GT. (1983). Oral manifestations of sexually related diseases. Ear Nose Throat J. 62(6):287-96.

5. Zhang J, Zhou G. (2022). Oral manifestations of sexually transmitted diseases.
Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. May 9;57(5):547-552.

Bajo La Superficie

Autores: CATALAN, Alan; ESTRADA FONSECA, Leonardo; HUANCA

GOMEZ, Melanie Aylén; SANTONI, Pilar.

Tutor: ACUÑA MONROY, M Lucia.

Asesor científico: Dra. BELARDINELLI, Paola - paola.belardinelli@unc.edu.ar

Cátedra de Estomatología B - FO - UNC

Introducción:

El penfigoide de membranas mucosas representa a un heterogéneo grupo de enfermedades autoinmunes, ampollares, crónicas que afecta una o varias membranas mucosas con o sin compromiso de la piel. Se caracteriza por autoanticuerpos que se dirigen a las proteínas diana que provocan separación epitelio-conjuntivo a nivel de la membrana basal, a consecuencia de la unión de un anticuerpo de tipo Ig G al antígeno BP1, BP-2, laminina 5, pr. 180 kD o 230kD de la lámina densa y el hemidesmosoma. Se manifiesta en mucosa oral, ocular, orofaríngea, laríngea y genital. La afección de piel se limita a las regiones de la cabeza, cuello y la parte superior del torso. Su presentación clínica varía desde áreas eritematosas, erosiones, ampollas y pseudomembranas que cubren las áreas erosionadas. La localización de las lesiones se observa de forma difusa en boca, pero puede estar limitado a ciertos lugares, como en las encías, dando lugar a un patrón de reacción clínica llamado gingivitis descamativa. Es una enfermedad que predomina en la mujer, con una relación hombre/mujer de 1:2 o de 1:3 con una edad promedio de comienzo entre 50-60 años y sin predilección racial. Se describe por medio del reporte de un caso clínico el diagnóstico, tratamiento y abordaje multidisciplinario del penfigoide oral.

Palabras clave: Enfermedad ampollar – Inmunofluorescencia – Penfigoide- Pénfigo

Caso clínico:

Se presentó una paciente de sexo femenino de 63 años, del interior de la provincia de Córdoba, ama de casa, que concurrió a la cátedra de Estomatología B derivada por su odontóloga por lesiones en mucosa bucal, de aproximadamente 3 meses de evolución. Como antecedentes de la enfermedad actual relató que en 2022 consultó con un odontólogo el cual le diagnosticó enfermedad periodontal, se le indicó ATB, clorhexidina y se realizaron algunas exodoncias. En 2023 aparecieron lesiones en fondo de surco y fue derivada a la cátedra de Estomatología. Los antecedentes personales patológicos de relevancia fueron stress, Tiroiditis de Hashimoto, diabetes en estudio y presencia de lesiones por HPV en cuello e ingle. En el examen clínico intraoral se observaron lesiones erosivas ubicadas en mucosa yugal derecha e izquierda, encía y fondo de surco en sector anterior superior e inferior, con apariencia ampollar y techo que se

desprendía, se acompañaban por manchas blancas húmedas de aspecto lineal (Figuras 1A y 1B). Por las características clínicas de las lesiones se plantearon los siguientes diagnósticos presuntivos: Liquen plano erosivo, Lesión liquenoide oral, Lesión ampollar.



Figura 1A. Lesión erosiva ubicada en encía vestibular superior.



Figura 1B. Lesión erosiva ubicada en mucosa yugal izquierda.

Método de diagnóstico - diagnóstico definitivo

Como conducta clínica se solicitó ortopantomografía, se indica tratamiento periodontal y se solicitaron análisis pre quirúrgicos para realizar biopsia. Se toma material en el tercio medio de mucosa yugal izquierda para su estudio histopatológico. Los resultados describen epitelio pavimentoso estratificado paraqueratinizado, granulosis con acantopapilomatosis en crestas

interpapilares, transmigrado leucocitario. Por debajo muestra una solución de continuidad conformando una ampolla a contenido hemático, tejido fibrovascular con numerosos vasos de neo formación, formación de centros germinales e infiltrado linfocitario, zonas hemorrágicas y tejido fibroso (Figura 2), la descripción demuestra diagnóstico compatible con ampolla subepitelial, no se corresponde con los criterios diagnósticos de pénfigo, liquen y liquenoide. Se sugiere completar el estudio con inmunofluorescencia directa para confirmar la naturaleza de la lesión.

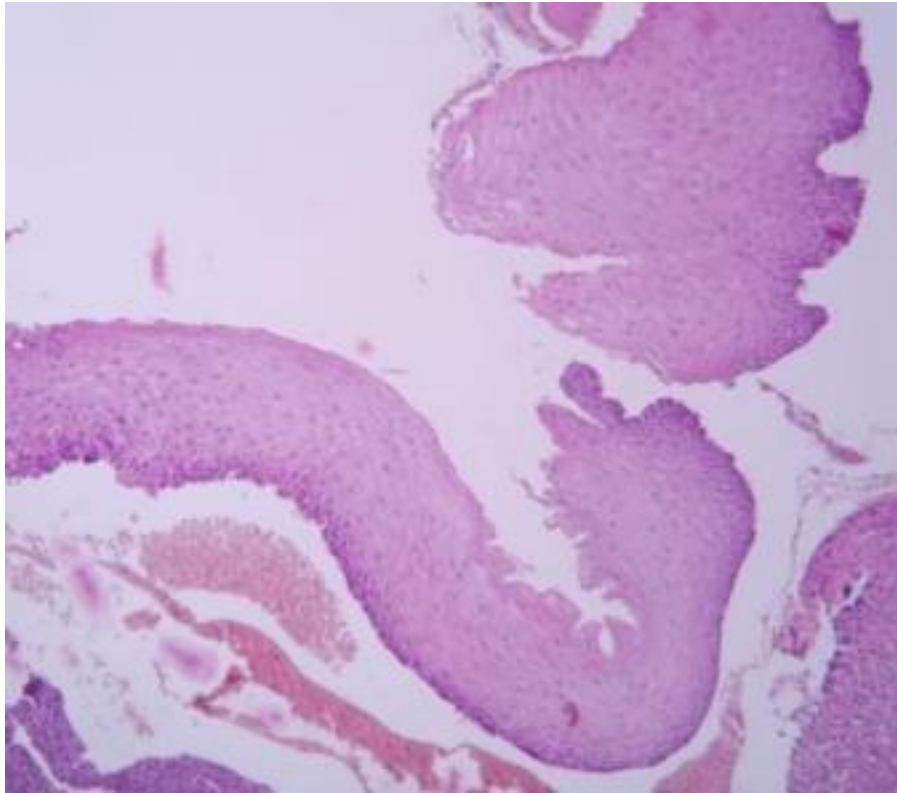


Figura 2. Histopatología de la lesión compatible con ampolla subepitelial.

Se realizó biopsia incisional de mucosa yugal sana derecha para inmunofluorescencia directa, el resultado muestra: IgA negativo, IgM y IgG intensidad débil en membrana basal de unión epitelio corion, fracción de complemento C3 negativo y fibrinógeno negativo. Los hallazgos son compatibles con penfigoide oral confirmando el diagnóstico definitivo (Figura 3).

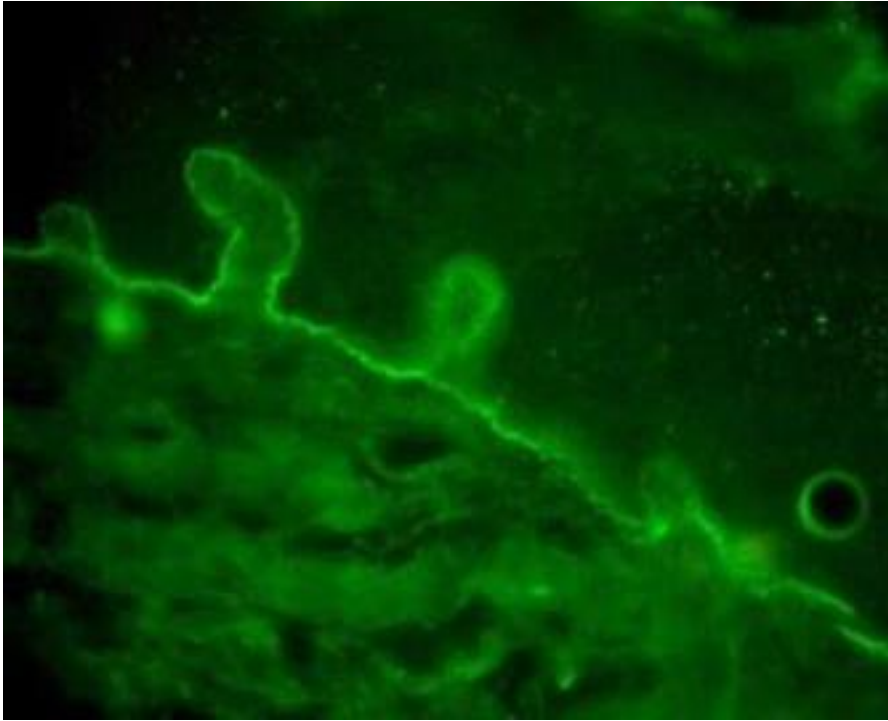


Figura 3. Técnica de inmunofluorescencia compatible con penfigoide oral.

Tras la confirmación del diagnóstico se deriva al dermatólogo que le indico: clobetasol en orabase, deltisona B 40 mg y también se solicita TAC de cerebro, tórax y abdomen. En el control post tratamiento se notó poco manejo de higiene y leve mejoría de las lesiones (Figura 4A y 4B). La paciente relató que solo estaba con medicación local y había suspendido la deltisona B después de 15 días del inicio del tratamiento. Los resultados de TAC: S/P.



Figura 4A. Control pos tratamiento encía vestibular superior.



Figura 4B. Control pos tratamiento mucosa yugal derecha.

Discusión: El penfigoide de membranas mucosas se incluye en el grupo de enfermedades ampollares, los síntomas clínicos e inmunohistopatológicos permiten arribar a un diagnóstico de certeza. Las manifestaciones intraorales incluyen: gingivitis descamativa, ampollas, erosiones y pseudomembranas. Su histopatología describe una separación entre epitelio y el tejido conjuntivo subyacente en la región de la membrana basal, formando una ampolla subepitelial.

La técnica de inmunofluorescencia directa muestra un patrón de fijación lineal altamente positivo principalmente para Ig G y C3, esta nos permite confirmar el diagnóstico definitivo. Una vez confirmado es necesario el abordaje multidisciplinar entre diferentes especialidades médicas.

Conclusión: Este caso visibiliza la importancia del seguimiento para llegar al diagnóstico de certeza y así poder aplicar una conducta clínica adecuada.

Bibliografía:

1. Casnati Guberna, B.E & Cuestas, M. Penfigoide de membranas mucosas: a propósito de dos casos clínicos. *Odontoestomatología*, 2010;12(15):13-24.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479647730003>
2. Urbano del Valle, S., Vivero Coneo, R., Harris Ricardo, J., & Carmona Lorduy, M. Penfigoide de membrana mucosa asociado a carcinoma pulmonar ¿penfigoide paraneoplásico? *Odontología Sanmarquina* 2021;24(1): 89-94.
<http://dx.doi.org/10.15381/os.v24i1.18706>
3. Goncalo RIC, Severo MLB, Medeiros AMC de, Oliveira PT de, Silveira EJDD. Vesiculobullous autoimmune diseases with oral mucosa manifestations: retrospective and follow-up study. *RGO, Revista Gaúcha de Odontologia* 2018;66(1): 42-49.
<https://doi.org/10.1590/1981-863720180001000063368>
4. Guardado LI, Guzmán BP, Nava VM- (2018) Gingivitis descamativa asociada a penfigoide de membranas mucosas. *Revista Mexicana de periodontologia* 2019;10(3):54-57.
<https://dx.doi.org/10.35366/92123>
5. Discepoli N, Bascones Martínez A. Enfermedad de la mucosa oral: Penfigoide de las membranas mucosas. *Avances en Odontoestomatologia* 2009; 25 (2): 59-66.
<https://doi.org/10.4321/s0213-12852009000200002>

¿CONTROLAMOS O EXTIRPAMOS?

Autores:

ASINARI, Magdalena Rocío. E-mail: asinari.magui@gmail.com;

PINTO LAYA, Oriana C. E-mail: orianapinto.l@mi.unc.edu.ar

Asesor científico: GILLIGAN, Gerardo M. Universidad Nacional de

Córdoba. E-mail: ggilligan@unc.edu.ar

Resumen:

El molusco contagioso (MCV) es una infección benigna provocada por un virus del tipo ADN, el cual afecta predominantemente la piel, aunque también puede manifestarse en las mucosas como es la cavidad oral. Las lesiones se caracterizan por ser pápulas o nódulos, de forma umbilicada y un color que se asemeja al de la piel. Suelen medir entre 1-2 mm de diámetro, ser únicas o múltiples. Estas lesiones suelen ubicarse frecuentemente en áreas como la cara, tronco, y los pliegues de la piel, aunque también pueden desarrollarse en mucosa oral, labios y la conjuntiva. Su contagio es principalmente por contacto directo de una persona infectada o a través de fomites. Su tratamiento es muy diverso, desde el curetaje, siendo un procedimiento quirúrgico eficaz y relativamente simple para eliminar las lesiones; mientras que hay otras opciones no invasivas como son tratamientos tópicos.

El propósito de esta presentación fue describir un caso clínico, que llegó a la cátedra de Estomatología “A” de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, un paciente masculino de 15 años de edad con una lesión única, localizada paramedialmente cerca de la comisura izquierda del labio inferior, a nivel de la semimucosa y piel. El diagnóstico es meramente clínico, pero fue entorpecido por su manifestación inusual, lo cual nos encaminó a considerar diversos diagnósticos diferenciales, y decisión quirúrgica.

Es relevante considerar que el odontólogo tenga conocimiento de esta infección y pueda estar capacitado para reconocerla y/o derivarla, de modo de evitar sus complicaciones y diseminación, para lograr un adecuado plan de tratamiento.

Palabras claves:

Molusco Contagioso, Molluscum Contagiosum, MCV, Poxvirus, Virus

Introducción:

El molusco contagioso (MCV) es una infección benigna provocada por un virus del tipo ADN, el cual afecta predominantemente la piel, aunque también puede manifestarse en las mucosas como es la cavidad oral. Las lesiones se caracterizan por ser pápulas o nódulos, de forma umbilicada y un color que se asemeja al de la piel. Suelen medir entre 1-2 mm de diámetro, ser únicas o múltiples. Estas lesiones suelen ubicarse frecuentemente en áreas como la cara, tronco, y los pliegues de la piel, aunque también pueden desarrollarse en mucosa oral, labios y la conjuntiva. Su contagio es principalmente por contacto directo de una persona infectada o a través de fomites. Su tratamiento es muy diverso, desde el curetaje, procedimiento quirúrgico eficaz y simple para eliminar las lesiones; u otras opciones no invasivas como tratamientos tópicos locales.

El propósito de esta presentación fue describir un caso clínico, que llegó a la cátedra de Estomatología "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, donde llegó un paciente masculino de 15 años de edad con una lesión única, localizada paramedialmente cerca de la comisura izquierda del labio inferior, a nivel de la semimucosa y piel. El diagnóstico fue meramente clínico, entorpecido por su manifestación inusual, lo cual nos encaminó a considerar diversos diagnósticos diferenciales, por lo que se decidió realizar la escisión quirúrgica completa y estudio histopatológico para arribar al diagnóstico definitivo

Descripción del caso clínico:

Paciente masculino de 15 años, oriundo de la provincia de Córdoba-Argentina, consultó debido a una "verruca" en el área perioral. Relató que la lesión apareció hace tres años como un pequeño granito, pero se hizo evidente en los últimos meses por su aumento de tamaño. La lesión era indolora y no había presentado antecedentes relevantes de salud ni hábitos de riesgo.

A la exploración, se observó una lesión única con aumento de volumen, localizada paramedialmente cerca de la comisura izquierda del labio. La lesión elemental era una pápula con un centro umbilicado y telangiectasias periféricas, con consistencia firme al tacto.



Presentación Clínica: Lesión con aumento de tamaño, en forma de pápula de superficie plana, algo umbilicada y deprimida en su centro, se destaca la presencia de telangiectasia en su periferia, a la palpación presentaba cuerpo y consistencia firme.

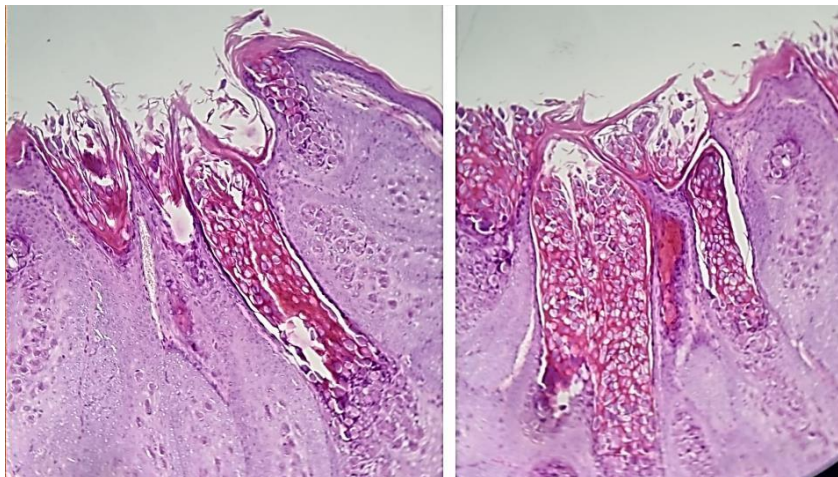
Posibles Diagnósticos:

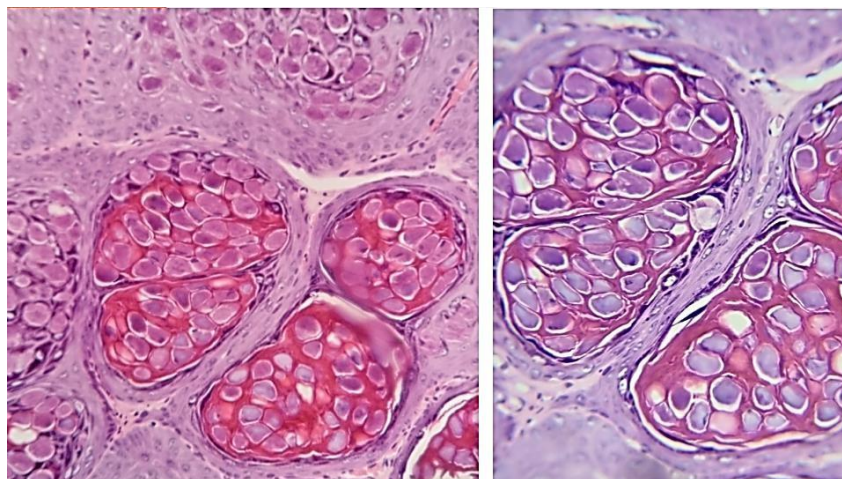
- Verruga Plana: Por su ubicación y presentación única.
- Malformación Vascular (Hemangioma Papular): Debido a la apariencia de pápula y telangiectasias.
- Queratoacantoma: Considerando su aspecto elevado y deprimido en el centro.
- Otras lesiones: Otros diagnósticos diferenciales podrían incluir lesiones menos comunes.

Métodos de diagnóstico y diagnóstico definitivo:

Basándonos en las características de la lesión y la opinión del paciente junto a sus representantes, se optó por realizar una biopsia del tipo escisional para un diagnóstico más preciso, teniendo en cuenta un protocolo quirúrgico, considerando la historia del paciente y la evolución de la lesión. Se realizó una recesión perilesional con un bisturí, siguiendo un protocolo quirúrgico estético, asegurando la continuidad de la semimucosa y la piel. La sutura se llevó a cabo con puntos internos y superficiales para minimizar el riesgo de cicatrices.

El análisis del estudio anatomopatológico mostró un epitelio con desprendimiento de queratina, hiperplasia epidérmica y cuerpos de inclusión de Henderson y Paterson, lo que confirma el diagnóstico de Molusco Contagioso.





Resultado Histopatológico: Imágenes superiores observamos el epitelio con desprendimiento de queratina en su superficie, presencia de la hiperplasia epidérmica y zonas muy eosinófilas entre medio. Imágenes inferiores a mayor aumento se contemplan esas zonas eosinófilas formadas por células epidérmicas que contienen grandes inclusiones en su citoplasma, de aspecto redondas y homogéneas, en forma de múltiples lóbulos que corresponden a los cuerpos de inclusión de Henderson y Paterson, los cuales, al acumularse dan la umbilicación de la lesión.

Discusión:

La presentación inusual de la lesión, siendo única y afectando la semimucosa, llevó a una evaluación más exhaustiva. Aunque el diagnóstico clínico es clave, la extirpación nos proporcionó la certeza necesaria. Hay pocos casos descritos en la literatura con este perfil clínico. En el caso clínico de Uzuncakmak T., et al. hace mención en pacientes que presentan una inmunidad alterada ya sea por el uso prolongado de corticoides o terapia inmunosupresora, leucemia, entre otras, pueden dar lugar a lesiones atípicas del molusco contagioso, que a menudo alcanzan un gran tamaño en sitios inusuales como es en este caso, en el arco superciliar. Asimismo, la infección por VIH es un factor significativo asociado con estas presentaciones atípicas del molusco contagioso. En pacientes con VIH, la inmunosupresión severa facilita el desarrollo de lesiones extensas, recurrentes y localizadas en áreas poco habituales, lo que refuerza la importancia de considerar esta enfermedad como un indicador clínico en el contexto de inmunodeficiencias. (Poojry SA.)

En comparación con nuestro caso, resulta destacable la inusual presentación clínica debido a factores como la edad del paciente, la naturaleza de la lesión, que es única y aislada, así como el resultado negativo en la serología para VIH. Estos hallazgos subrayan la importancia de contar con investigaciones fundamentadas en evidencia científica, que no solo aporten claridad diagnóstica sino que también respaldan la toma de decisiones en la práctica clínica diaria. Este enfoque permite una mejor orientación en el manejo de casos complejos y en la optimización de los resultados para los pacientes.

Conclusión: Este caso clínico fue un verdadero desafío diagnóstico por las diferentes alternativas posibles y también por decidir realizar una biopsia completa en un área de alto compromiso estético en un paciente joven con la posibilidad que desarrolle una cicatriz. El cuidadoso tratamiento y enfoque permitió llegar a un éxito en el pronóstico y conocimiento del diagnóstico de la lesión en cuestión.

Bibliografía:

1. Gerlero, P., Hernández-Martín A. (2018) *Actualización sobre el tratamiento de moluscos contagiosos en los niños*, *Actas Dermo-Sifiliográficas*. Recuperado a partir de <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-sobre-el-tratamiento-moluscos-articulo-S0001731018300851>
2. Pérez V., Maria Fernanda, Mata, Magdalena, Vielma, Héctor, & Oliver., Margarita. (2000). Molusco Contagioso en Labio, Presentación Inusual.: Reporte de un Caso. *Acta Odontológica Venezolana*, 38(3), 36-38. Recuperado en 22 de octubre de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652000000300008&lng=es&tlng=es
3. Poojary, S. A., & Kokane, P. T. (2015). Giant molluscum contagiosum with granulomatous inflammation and panniculitis: An unusual clinical and histopathological pattern in an HIV seropositive child. *Indian journal of sexually transmitted diseases and AIDS*, 36(1), 95–98. <https://doi.org/10.4103/0253-7184.156750>
4. Rodríguez, D. A., De La Cal, C., Ossola, C. A., & Elverdin, J. C. (2022). *Molusco Contagioso: Actualización y Casos Clínicos*. *Revista De La Facultad De Odontologia De La Universidad De Buenos Aires*, 37(86), 67–73. Recuperado a partir de <https://revista.odontologia.uba.ar/index.php/rfouba/article/view/134>
5. Roman, R. (2011) *Molusco contagioso. Revisión y Opciones de tratamiento*, *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior [AMATGI] Molusco Contagioso*. Recuperado a partir de <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2011/tgi115g.pdf>
6. Uzuncakmak, T. K., Kuru, B. C., Zemheri, E. I., Zindanci, I., Turkoglu, Z., & Kavala, M. (2016). Isolated giant molluscum contagiosum mimicking epidermoid cyst. *Dermatology practical & conceptual*, 6(3), 71–73. <https://doi.org/10.5826/dpc.0603a15>

Cuando La Biopsia Confirma La Presunción Clínica

Autores: Agüero Caballero, Federico Gabriel - Barreiro Hausmann, Tomás -

Jazmin, Claribel - Salomón Duran, Regean – Tomaselli, Ornella - Visconti Rionda, Selenia

Tutor: Garaboa, Gabriel Ignacio gabrielgaraboa@mi.unc.edu.ar

Asesora científica: Robledo, Graciela Marta graciela.robledo@unc.edu.ar

Universidad Nacional de Córdoba

Se presentó el caso de una paciente de 70 años, la cual no tenía ninguna enfermedad sistémica, cuya profesión era modista, tampoco consumía tabaco ni drogas; en cuanto al consumo de alcohol, consumía de manera ocasional solo vino. Llevaba una dieta omnívora y era consumidora de un litro de mate diariamente y otras infusiones a una temperatura muy caliente. El motivo de la consulta fue: “Se vio una llaga en la boca”.

En cuanto a los antecedentes de la enfermedad actual, la paciente relató que hace 6 años fue a un estomatólogo por recomendación de su odontólogo por una lesión en el paladar, que “aumentaba y reducía su tamaño, algunas veces dolía con comidas, bebidas calientes o ácidos”, el profesional la revisó y le indicó realizar una biopsia, pero luego cambió de decisión, por lo que la situación quedó igual. Hace 4 años su odontólogo le indicó una crema para colocarse en las lesiones, que contenía triamcinolona, gentamicina, neomicina y nistatina, la cual sólo alivió el dolor, pero las lesiones persistían. La paciente renovó esta crema hasta que arribó a nuestro servicio, por cuenta propia.

Entre los antecedentes heredofamiliares encontramos que su madre falleció por un accidente cerebro vascular (ACV), su padre falleció por cáncer de próstata. Tenía 4 hermanos, de los cuales 2 eran sanos y dos fallecieron, uno por cáncer bucal y el otro por un accidente quien también presentaba antecedentes de cáncer bucal.

Ante la inspección clínica, el examen extrabucal se observó sin particularidades, pero en el examen intrabucal se observaron múltiples lesiones con pérdida de sustancia a la altura de los molares del lado derecho extendiéndose hacia el centro con fondo de color rojizo, bordes elevados de color blanco y con consistencia blanda (Fig 1). También se observó un cambio de coloración azulino en mucosa yugal izquierda de contorno regular, nítido y pequeño, con forma circular. En mucosa yugal derecha se observó cambio de coloración blanquecino y difuso. (Fig 2-3)



Fig 1



Fig 2



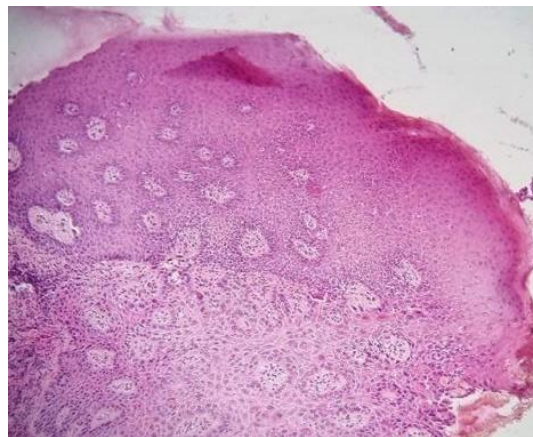
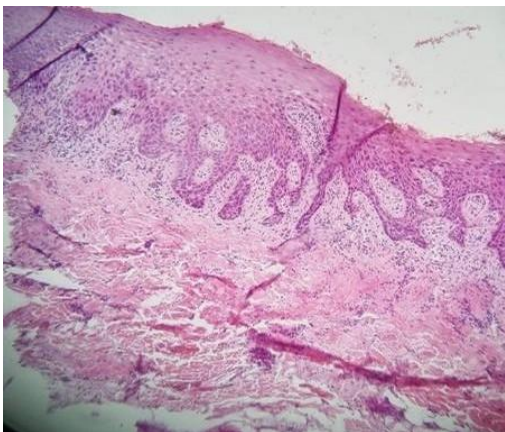
Fig 3

En primera instancia, se le indicó a la paciente suspender el tratamiento de la pomada, se prescribió nistatina para descontaminar, y baños con manzanilla. También se le solicitaron análisis de laboratorio prequirúrgicos para realizar una biopsia de la lesión. Conjuntamente, se le recomendó que realizara una interconsulta con la psicóloga del equipo de la cátedra.



Una vez realizada la biopsia y confirmado su diagnóstico se le indicaron los pasos a seguir.

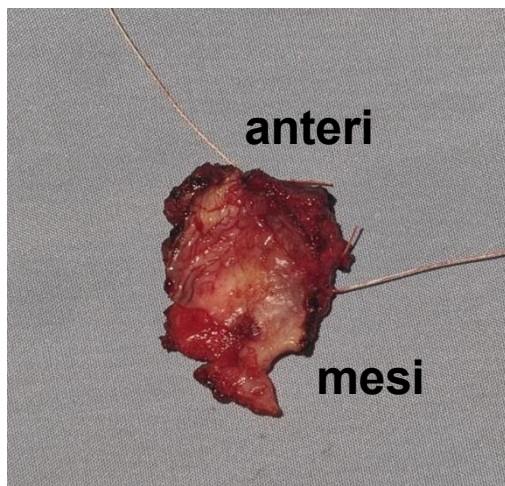
Dentro de los diagnósticos diferenciales, se encontraron al carcinoma in situ, liquen y lesiones liquenoides.



El análisis histopatológico de la biopsia tomada de las lesiones de paladar duro detalló que se observaba un epitelio hiperparaqueratósico, atípico atrófico con sectores de espesor variable, áreas de acantosis, red de crestas interpapilares dicotomizadas con células escamosas atípicas, muy pleomórficas, que muestran núcleos hiper cromáticos, además de pérdida de polaridad y figuras mitóticas atípicas. Por debajo intenso infiltrado linfocitario, vasos tortuosos e islotes pequeños de epitelio con similares características, arrojando de esta manera un diagnóstico positivo para CARCINOMA IN SITU. Por lo tanto, la paciente fue derivada para su tratamiento a un servicio de cirugía de cabeza y cuello y la consiguiente extirpación total de las lesiones con margen de seguridad.

Las siguientes imágenes muestran el momento de la biopsia realizada por el servicio de cirugía de cabeza y cuello.





Esta es la muestra que se tomó en la cirugía mayor, cuyo examen microscópico arrojó, dentro de lo más destacable, que las células presentan macro y anisocariosis con citoplasmas basófilos. En corion presenta moderado infiltrado inflamatorio linfomonocitario con algunos plasmocitos entremezclados, edema, vasocongestión, áreas de tejido de granulación con proceso fibrociatrizal y frecuentes acinos mucosos con conductos conservados. Límites libres.

La paciente acudió a control a los siete días de la cirugía, portando una placa de protección mucosa que le ayudaba a poder alimentarse correctamente y que el tejido sane a su tiempo sin sufrir alteraciones ni molestias.



Al mes de la cirugía se controló nuevamente, notando evolución favorable en vías de cicatrización.



Concluimos que, a pesar de que la paciente insistió con la misma crema durante cuatro años, la lesión no desapareció.

Tal vez por el temor a la historia patológica de sus hermanos o por sentirse debilitada luego de haber tenido dengue, el día que iba a renovarla decidió en primer lugar, acercarse a la cátedra de Estomatología B de nuestra facultad. Es así como vimos su lesión, escuchamos su historia y actuamos rápidamente.

Hoy, viendo la evolución del caso podemos reflexionar sobre la necesidad de fomentar una visita temprana ante cualquier signo de alarma, Ya que, si la consulta estomatológica se seguía posponiendo, no hubiéramos estado frente al mismo diagnóstico y seguiríamos esperando que eventualmente el tiempo lo cure todo.

Dengue: ¿factor sistémico predisponente o asociado?

Autores: Chiotti, Tomás Ignacio - D'Alessandro, Lucía

Asesores científicos: Allende, Adrián – Coll, Victoria

adrian.allende@unc.edu.ar – victoriacoll@mi.unc.edu.ar

Universidad Nacional de Córdoba

Introducción:

Se presentaron dos casos clínicos de lesiones ulceradas en la cavidad oral en pacientes que estaban padeciendo dengue. Presentaban lesiones similares, pero con características y antecedentes diferentes, concurren a la cátedra en pleno brote de dengue en la ciudad de Córdoba.

El primer caso es un paciente masculino de 60 años, albañil, que concurre a su primera consulta el 12 de abril de 2024. Al momento de la consulta, relataba que tiene diagnóstico positivo de VIH y al momento de la consulta no era adherente al tratamiento.

Además, era un paciente fumador, hace 45 años, actualmente fumaba 10 cigarrillos por día, y había sido diagnosticado con dengue hace una semana.

Relataba la presencia de lesiones a nivel de la encía con 10 días de evolución y otras lesiones en el resto de la mucosa bucal que habían aparecido hacía 7 días de estar padeciendo dengue.

Presentaba sintomatología dolorosa, gingivorragia y halitosis.

En el examen clínico se observó que el paciente presentaba una enfermedad periodontal avanzada. En la mucosa labial superior, se observó un leve eritema. A nivel de la encía en sector anterior, se evidenció un proceso inflamatorio generalizado, caracterizado por edema, gingivorragia, y la presencia de lesiones ulceradas que afectan la encía marginal. Estas lesiones estaban cubiertas por una pseudomembrana de aspecto blanco-grisáceo y se observan papilas interdentes decapitadas.

En la cara ventral y punta de lengua se observaron dos lesiones ulceradas, de forma ovoide, con fondo necrótico y zonas hemorrágicas, rodeada por un halo eritematoso.

Además, presentaba adenopatía submaxilar unilateral derecha, móvil. Con respecto a los diagnósticos presuntivos, se planteó:

Periodo primario de sífilis, Gingivitis Necrotizante, Periodontitis ulcero necrotizante aguda, Histoplasmosis y Gingivostomatitis Ulceronecrotizante Aguda

La conducta clínica que se tomó fue:

- Topicación con hisopos embebidos en agua oxigenada de las papilas interdentes.
- Se solicitaron exámenes de laboratorio citológico completo y serológicos (Sífilis y Hepatitis B)

.-Se indicaron baños con clorhexidina y topicación de las papilas interdentes.

-Terapia básica periodontal y refuerzo de las técnicas de higiene oral.

Se citó al paciente a un control a los 3 días, donde se observó gran mejoría de las lesiones, disminución de su tamaño y reducción de la sintomatología dolorosa. A la semana nos comunicó que los resultados de exámenes serológicos dieron negativos para sífilis y Hepatitis B, y que las lesiones habían desaparecido en su mayoría.

Se incentivó a retomar la terapia antirretroviral, y realizar terapia básica periodontal.

El segundo caso es un paciente masculino, de 19 años, derivado desde un hospital público una semana después del primer caso. Al momento de la consulta, relató que no padecía enfermedades sistémicas ni hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), y le habían diagnosticado dengue hace 7 días.

En la anamnesis, el paciente refirió la aparición de lesiones ulceradas 5 días después del inicio de los síntomas de dengue, con sintomatología dolorosa, gingivorragia y halitosis. Relataba que en el hospital le aplicaron penicilina vía intramuscular.

En el examen clínico observamos a nivel de la encía superior un acúmulo generalizado de biofilm, gingivorragia, lesiones ulceradas abarcando varias papilas interdentes, provocando su destrucción y recubiertas por pseudomembrana necrótica de color blanco-grisáceo. En la mucosa labial superior se encontraron múltiples pérdidas de sustancias erosivas, con bordes irregulares, fondo necrobiótico, con puntillado hemorrágico y rodeadas por un halo eritematoso. A diferencia del labio superior, en la mucosa labial inferior no se presentan lesiones.

En mucosas yugales, se observaban algunas lesiones erosivas pequeñas, con eritema extenso. También se observaba un eritema generalizado en la zona de orofaringe.

Con respecto a los diagnósticos presuntivos, se planteó: Gingivitis Necrotizante, Gingivoestomatitis Herpética, Secundarismo Sifilítico, Gingivoestomatitis Ulceronecrotizante Aguda.

La conducta clínica adoptada fue: Topicación con hisopos embebidos en agua oxigenada de las papilas interdentes.

- Baños con policresuleno (albocresil).

- Se solicitaron exámenes de laboratorio citológico completo y serológicos (VIH y Sífilis).

- Se indicaron baños con clorhexidina y topicación de las papilas interdentes. Terapia básica periodontal y refuerzo de las técnicas de higiene.

Se realizó un control a los 3 días, observando una importante mejoría de las lesiones, disminución de su tamaño y se redujo la sintomatología dolorosa, mejorando así la higiene. A nivel de mucosa yugal las lesiones desaparecieron en su mayoría, como así también el eritema de la orofaringe.

En este control se repitió la aseptización de las lesiones con agua oxigenada y se indicó que continúe con el tratamiento local, también se refuerzo la necesidad de iniciar tratamiento periodontal.

Posteriormente, el paciente no concurrió a los próximos controles, nos comunicó que las lesiones habían desaparecido y envió los análisis de laboratorio dando resultados no reactivos para las pruebas de sífilis y VIH.

En ambos casos, la rápida respuesta al tratamiento local nos hizo pensar que podría tratarse de gingivostomatitis ulcero-necrotizante aguda (GEUNA), aunque ninguno de los dos casos se presentó con las características típicas de esta patología.

Se realizó una búsqueda bibliográfica y, entre los artículos más destacados, se citan tres: dos revisiones sistemáticas sobre manifestaciones orales relacionadas con el dengue y un caso clínico aislado.

Los hallazgos de nuestros pacientes coincidieron con los reportados en las revisiones sistemáticas del Journal of International Oral Health y el Australian Dental Journal, que identificaron manifestaciones como eritema, sangrado gingival espontáneo y lingual, ampollas hemorrágicas en piso de boca y lengua.

Además, el artículo de caso del Journal of Natural Science, Biology and Medicine describe síntomas similares, como sangrado gingival, placas hemorrágicas, pérdidas de sustancia, y adenopatía submandibular, lo cual también se observó en uno de nuestros casos. El paciente al motivo de la consulta se presentaba sintomatología similar a nuestro segundo caso, con dificultad para tragar, sangrado gingival, malestar general.

CONCLUSIONES: Aunque no podemos confirmar si estas lesiones se asociaron directamente con el dengue o éste actuó como factor predisponente, se requieren más estudios para aclarar esta relación. Es fundamental que como instituciones de salud podamos recopilar y analizar los casos clínicos para mejorar la comprensión y el manejo de estas manifestaciones.



Caso clínico 1: Lesiones ulceradas en encía, sector anterior
Proceso inflamatorio generalizado con lesiones ulceradas cubiertas por pseudomembrana necrótica, papilas decapitadas.



Caso clínico 1: Lesiones ulceradas en cara ventral de lengua
Presencia de dos lesiones ulceradas, de forma ovoide, con fondo necrótico y zonas hemorrágicas, rodeada por un halo eritematoso.



Caso clínico 2: Lesiones ulceradas en labio superior y encía
Múltiples lesiones erosivas en labio superior, irregulares, fondo necrobiótico, con puntillado hemorrágico y con halo eritematoso. Además, lesiones ulceradas en encía cubiertas por pseudomembrana necrótica y papilas decapitadas.



Caso clínico 2: Eritema generalizado en yugales y orofaringe

Eritema generalizado y lesiones erosivas pequeñas en ambas mucosas yugales. También presencia de eritema en orofaringe.

Bibliografía

1. Fernandes, C. I. R., Perez, L. E. da C., & Perez, D. E. da C. (2016). Uncommon oral manifestations of dengue viral infection. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(11), ZC10-ZC12. <https://www.bjorl.org/en-pdf-S1808869416302051>
2. Mithra, R., Baskaran, P., & Sathyakumar, M. (2013). Oral presentation in dengue hemorrhagic fever: A rare entity. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 4(1), 264–266. <https://doi.org/10.4103/0976-9668.107310>
3. Pedrosa, M. S., de Paiva, M. H. P., Oliveira, L. G. F. L., Pereira, S. M. S., da Silva, C. H. V., & Pompeu, J. G. F. (2017). Oral manifestations related to dengue fever: A systematic review of the literature. *Australian Dental Journal*, 62(1), 14–21. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/adj.12516>
4. Pontes, F. S. C., Frances, L. T. M., Carvalho, M. de V., Fonseca, F. P., Neto, N. C., do Nascimento, L. S., & Pontes, H. A. R. (2013). Severe oral manifestation of dengue viral infection: A rare clinical description. *Quintessence International*, 44(2), 151–156. <https://www.quintessence-publishing.com/deu/de/article/840709/quintessence-international/2014/02/severe-oral-manifestation-of-dengue-viral-infection-a-rare-clinical-description>
5. Roopashri, G., Vaishali, M. R., David, M. P., Baig, M., Navneetham, A., & Venkataraghavan, K. (2015). Clinical and oral implications of dengue fever: A review. *Journal of International Oral Health*, 7(2), 69–72. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4377157/pdf/JIOH-7-69.pdf>

Título: El enigma de las lesiones blancas

Autores: Bilbao, Guadalupe, González Melani, Florencia, Mauro, Evelyn, Toranzo Bregani, Alma.

Asesores científicos: Od. Arrieta Franco. Od. Zapata Marcelo.
Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba B

Mail: marcelo.zapata@unc.edu.ar

Introducción:

La leucoplasia verrugosa proliferativa (LVP) fue descrita por primera vez por Hansen et al. (1985) como un tipo específico de leucoplasia oral que presenta características clínicas distintivas: un comportamiento biológico agresivo con tendencia a la multifocalidad, alta tasa de recurrencia después del tratamiento y de transformación maligna, pudiendo progresar a un Carcinoma Espino Celular (CCE). Inicialmente, la LVP se observa como una placa blanca que no se desprende al raspado, de crecimiento lento, que con el tiempo se vuelve verrugosa y exofítica, pudiendo tener áreas eritematosas y llegando a comprometer diversas partes de la cavidad bucal, como el paladar duro y blando, mucosa alveolar, lengua, piso de boca, encía y el labio. Las mujeres se ven más afectadas que los hombres, sobre todo después de los 60 años. No se ha visto que exista una predilección racial y a pesar de los diversos intentos por asociarla a un factor determinado como el tabaco, alcohol o el Virus Papiloma Humano (VPH), aún no se ha podido detectar una relación con ninguno de ellos.

Palabras claves: Leucoplasia Verrugosa Proliferativa, leucoplasia oral, factor de riesgo.

Se presentó un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 71 años de edad que fue derivada desde el Servicio de Estomatología B de la Facultad Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba en noviembre del 2019. La paciente no tenía antecedentes patológicos relevantes, ni hábitos asociados como el consumo tabaco y alcohol. Al examen intraoral se observó una zona de placa blanca, que no se desprendía al raspado, que se encontraba comprometiendo el borde, cara ventral de lengua del lado derecho y piso de boca (Fig. 1). Se realizó una biopsia incisional en la zona de las lesiones. El diagnóstico anatomopatológico fue de LVP. y fue posible observar focos de recidiva en el área de la biopsia, la extensión de la lesión que fue afectando también el lado izquierdo (Fig. 2). Se decidió realizar una segunda biopsia incisional de la misma zona. En el examen histopatológico se observó displasia epitelial severa. Al mes de realizada la segunda biopsia, previa tinción con azul de toluidina, se realizó una nueva biopsia de la zona afectada (Fig. 3 A). con resultado de CCE microinfiltrante (Fig.3B), por lo cual se derivó a un cirujano para la extirpación total de la lesión. En los

controles posteriores a la cirugía se realizó biopsia del borde lateral izquierdo de la lengua (Fig. 4) con resultado de displasia epitelial severa con sectores de CCE IN SITU (Fig. 5 A, B). Se derivó para su intervención. La paciente continúa con controles estrictos a la fecha.

Discusión: La LVP es una placa blanca, verrugosa, exofítica, de crecimiento lento, que no se desprende al raspado y que tiende a comprometer diversos sitios de la mucosa oral. Es resistente al tratamiento independientemente de la terapia adoptada y presenta una alta tasa de recidiva posterior al tratamiento quirúrgico su etiología aún sigue siendo desconocida. Es de difícil diagnóstico, tanto clínico como histopatológico, incluso para ojos expertos, ya que puede confundirse con la leucoplasia homogénea, leucoplasia verrucosa, eritroplasia, carcinoma verrucoso, liquen plano, entre otras. Hay que enfatizar en la importancia del examen periódico detallado clínico e histológico de este tipo de lesiones con el fin de detectar signos de malignidad precozmente, dado que la tasa de transformación maligna es alta e impredecible.

Conclusión: Algunos estudios sugieren que más del 70-87 % de los pacientes con LVP desarrollarán carcinoma invasivo de células escamosas en un periodo de 5 años. Con todo esto podemos concluir que la LVP es una leucoplasia irreversible incesante y de crecimiento lento, sigue siendo un reto diagnóstico y terapéutico y que cada caso debe ser valorado con sus particularidades, pero existe la necesidad de criterios más estandarizados que permitan establecer un tratamiento adecuado, que le confiera al paciente un mejor pronóstico y calidad de vida.



Figura 1.- Lesión ubicada en borde, cara ventral de lengua piso de boca que se manifiesta como placa blanca.



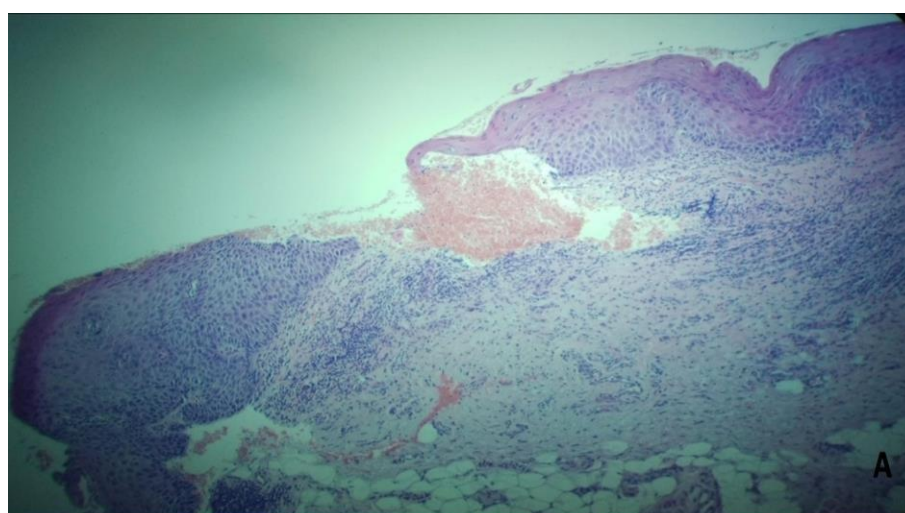
Figura 2.- Se observa lesiones de mancha blanca y placa que asientan en el borde lingual, cara ventral y piso de boca del lado izquierdo. Previo a la toma de biopsia.



Figura 2- Se observa lesiones de placa blanca , manchas rojas y atrofia en borde, cara ventral de lengua del lado derecho, también se puede visualizar lesiones con características similares del lado izquierdo.



Figura 3A.-Sitio de toma de biopsia con tinción de azul de toluidina. 3.B.-Resultado histopatológico con corte histológico de la biopsia.



Edad: 76 años

Sitio de Toma: Borde de lengua, lado izquierdo. 1- polo anterior 2- polo posterior.

Análisis

1 - Se observa epitelio pavimentoso estratificado hiperortoqueratinizado e hiperparaqueratinizado, pleomorfismo celular y nuclear, mitosis atípicas, en estratos inferiores, con crestas interpapilares en patas de elefante. En sectores atrófico, muestra signos de displasia epitelial en todo el espesor del epitelio. Por debajo tejido fibroso denso con trayectos vasculares e infiltrado linfocitario yuxtaepitelial. Más profundamente, tejido celular subcutáneo y zonas hemorrágicas. 2- Ídem.

Diagnóstico

COMPATIBLE CON DISPLASIA EPITELIAL ORAL DE ALTO GRADO

B

Nota: La toma uno, tiene sectores con imágenes sugestivas de Carcinoma In Situ.

Figura 4.-Histopatología de la lesión de borde lingual izquierdo. B- resultado anatomopatológico de la biopsia.

Bibliografía:

1. Aguirre-Urizar, J. M., Alberdi-Navarro, J., Lafuente-Ibáñez de Mendoza, I., Marichalar-Mendia, X., Martínez-Revilla, B., Parra-Pérez, C., Juan-Galíndez, A. D., & Echebarria-Goicouria, M. Á. (2020). Clinicopathological and prognostic characterization of oral lichenoid disease and its main subtypes: A series of 384 cases. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 25(4), e554–e562. <https://doi.org/10.4317/medoral.23576>.
2. Aguirre-Urizar, J. M., Lafuente-Ibáñez de Mendoza, I., & Warnakulasuriya, S. (2021). Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and meta-analysis of the last 5 years. *Oral Diseases*, 27(8), 1881-1895. <https://doi.org/10.1111/odi.13810>.
3. Evren, I., Brouns, E. R., Wils, L. J., Poell, J. B., Peeters, C., Brakenhoff, R. H., Bloemena, E., & de Visscher, J. (2020). Annual malignant transformation rate of oral leukoplakia remains consistent: A longterm follow-up study. *Oral Oncology*, 110, 105014. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.105014>.
4. Warnakulasuriya, S., Kujan, O., Aguirre-Urizar, J. M., Bagan, J. V., González-Moles, M. Á., Kerr, A. R., Lodi, G., Mello, F. W., Monteiro, L., Ogden, G. R., Sloan, P., & Johnson, N. W. (2020). 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(8), 1910- 1928. <https://doi.org/10.1111/odi.13704>
5. Wils, L. J., Poell, J. B., Evren, I., Koopman, M. S., Brouns, E., de Visscher, J., Brakenhoff, R. H., & Bloemena, E. (2020). Incorporation of differentiated dysplasia improves prediction of oral leukoplakia at increased risk of malignant progression. *Modern Pathology*, 33(6), 1033–1040. <https://doi.org/10.1038/s41379-019-0444-0>.

ENTRE LA DOSIS Y EL DAÑO

Autores: ALABARZE, Lucia; ALTAMIRANO, Julieta; CHIALVO, Josefina.

Tutora: Odont. ABREGU, Alejandra;

Asesor científico: Dr. BOLESINA, Nicolás. - Nicolas.bolesina@unc.edu.ar

CÁTEDRA DE ESTOMATOLOGÍA B, FO – UNC.

RESUMEN

El penfigoide ampoloso (PA) es la enfermedad ampollar autoinmune más común que afecta a piel y mucosas. Su etiología es desconocida hoy en día, pero se sabe que es un proceso de naturaleza autoinmune en el que se producen autoanticuerpos contra componentes de la membrana basal del epitelio provocando separación epitelio-conjuntivo a nivel de la membrana basal. Es una enfermedad que afecta característicamente a los adultos mayores, con una edad media de 60 años.

Estudios recientes han reportado una tendencia a una mayor incidencia de PA. Clínicamente, se caracteriza por ampollas tensas, placas pruriginosas y eritema en todo el cuerpo; histológicamente, se observan habitualmente ampollas subepidérmicas con infiltración eosinofílica prominente.

Palabras claves: Enfermedad Ampollar; Penfigoide ampoloso; Automedicación.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 80 años que asistió a la cátedra de Estomatología B de la Universidad Nacional de Córdoba luego de consultar en el transcurso de los últimos 12 meses a especialistas en ORL y distintos odontólogos por presentar ardor y molestia en mucosa oral que le imposibilitaba alimentarse con normalidad. Con respecto a sus patologías de base padece: DBT tipo II, HTA y alteraciones psiquiátricas. Medicación de consumo regular: Enalapril 10mg y Metformina 500mg. No existían hábitos tóxicos. A la inspección clínica se observaron lesiones erosivas en mucosa yugal, fondo de surco inferior del lado derecho y paladar blando en unión con paladar duro. Todas ellas con un sangrado en napas. (Fig. 1-Fig.2-Fig.3)



Figura 1. Lesión erosiva en encía mucosa yugal



Figura 2. Lesión erosiva unión paladar duro y blando, sangrado en napa

Presentó además una lesión botriomicroide alrededor del elemento 15(Fig. 4) y lesiones ampollares en piel de tronco, extremidades y cuero cabelludo. (Fig.5).



Figura 4. Lesión tipo botriomicroide



Figura 4. Lesiones extrabucales

Método de Diagnóstico

En la conducta clínica se solicitaron análisis prequirúrgico, recuento de LTCD4, para evaluar estado inmunológico y biopsia de lesiones en cavidad bucal, previa descontaminación de la misma.

Ante la prueba de bulbo aspiración con resultado positivo, se procedió a realizar la biopsia previa medicación con amoxicilina + ac. Clavulánico.

Se realizaron dos tomas material, del tercio anterior de mucosa yugal derecha, (Fig.6) las cuales fueron enviadas para su estudio histopatológico e inmunofluorescencia directa. Se citó al paciente para retiro de puntos a los 7 días.



Figura 6. Toma de material.

Evolución

Observamos que el paciente a días de realizada la biopsia sufrió hemorragias de las lesiones intrabucales lo cual dificultó el retiro de los puntos. Posteriormente se requirió la hospitalización del mismo, por presentar sangrado de la mucosa, hematemesis y vómito porráceo.

Ya ingresado se solicitó TAC de Abdomen y pelvis; se administró antibiótico vía oral y tópica para heridas cutáneas. A demás se comunicaron con la Cátedra de Estomatología quién inicialmente derivó al paciente.

Durante la hospitalización y a la guarda de los resultados de los exámenes complementarios el paciente confesó el consumo excesivo que habría tenido de AAS, de esta forma se pudo dar una explicación clínica a ese sagrado desmesurado.

Resultados

INFORME ANATOMOPATÓLOGO MICROSCOPIA: La técnica de inmunofluorescencia directa con anticuerpos conjugados con fluoresceína mostraron: IGA: NEGATIVA

IGG: POSITIVO: LINEAL EN LA MEMBRANA BASAL DE UNIÓN DERMO-EPIDÉRMICA.

IGM: NEGATIVA.

FRACCIÓN DE COMPLEMENTO C3: POSITIVO EN MEMBRANA BASAL DE UNIÓN DERMO-EPIDÉRMICA.

FIBRINÓGENO: NEGATIVO

RESUMEN: Hallazgos de inmunofluorescencia directa compatibles con Penfigoide Oral. Tras la confirmación del diagnóstico se derivó a dermatólogo quien indicó: Deltisona B 40 mg durante 15 días y luego disminuyendo la dosis a la mitad durante 2 semanas hasta retirar la medicación teniendo como resultado una buena respuesta clínica.

Discusión

Las investigaciones han sugerido que las personas con diabetes, en particular la diabetes tipo 2, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar PA en comparación con las personas sin diabetes. Curiosamente, las personas que padecen tanto hipertensión arterial como diabetes tienden a experimentar síntomas más graves de la enfermedad y pueden mostrar una mayor resistencia al tratamiento. Algunos autores sospechan que la asociación con DBT se debería a cambios complejos causados por la glicosilación de proteínas de la unión dermoepidérmica que podrían exponer a los antígenos del PA a respuestas autoinmunes (4).

Por otro lado, el tratamiento contribuye un gran desafío para los dermatólogos deben tener cuidado al recetar glucocorticoides, particularmente en dosis altas, y monitorear de cerca los niveles de glucosa en sangre de los pacientes.

Conclusión

Podemos decir que el consumo de ciertos fármacos logra entorpecer el diagnóstico, es por eso, que como profesionales debemos reconocer la importancia de realizar una correcta anamnesis en nuestra historia clínica y sobre todo hacer hincapié en aquellos fármacos de consumo masivo e inconsciente.

Bibliografía:

- 1- Milián-Masanet M.^a Ángeles, Sanchis-Bielsa José M. Penfigoides: Revisión y puesta al día. RCOE [Internet]. 2004 ago. [citado 2024 Nov 28]; 9(4): 429-434.
- 2- Bagán JV, Peñarrocha M, Milián MA. Pénfigo vulgar y penfigoide benigno de la mucosa: estudio de sus manifestaciones orales en 24 casos. Av Odontoestomatol 1993; 9:387-92.
- 3- de Vega, I. F., Iranzo-Fernández, P., & Mascaró-Galy, J. M. (2014). Penfigoide ampolloso: guía de manejo práctico. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 105(4), 328-346.
- 4- Coelho, C., Moya, J., Spelta, G., Alonso, L., Kreimer, J., Carreras, C., ... & Azcune, R. (2011). Penfigoide ampollar: análisis retrsopectivo de 45 casos. *Dermatología Argentina*, 17(5), 387-395.

“EXPLORANDO UN NUEVO PARADIGMA GINGIVAL”

Autores: López Campos Melina Fabiana, Miranda Candela, Quispe Emilia Aylen, Ríos Luciana del Milagro.

Asesor científico: Od. Liandro Fernanda Od. Rubio S Fernanda.liandro@unc.edu.ar

Facultad de Odontología-Universidad Nacional de Córdoba

Introducción.

La gingivitis espongíotica es una patología benigna poco común y una entidad clínica patológica poco frecuente. Estas lesiones gingivales no inducidas por biofilm dental según la clasificación, incluyen desórdenes genéticos, infecciones específicas, lesiones y condiciones inmunoinflamatorias, procesos reactivos, neoplasias, desórdenes endócrinos, nutricionales y metabólicos, lesiones traumáticas y pigmentación gingival. Es importante conocer la misma para poder diagnosticarla adecuadamente, describir sus características clínicas y elaborar un plan para su tratamiento. En este artículo se presenta dos casos clínicos de esta patología poco conocida, sus características y su manejo clínico.

Palabras claves: GINGIVITIS ESPONGIÓTICA- LESIONES ROJAS-AGENESIA.

Casos clínicos. Paciente VD, sexo femenino, 11 años de edad, fue derivada por su odontóloga a la cátedra de Estomatología B.FO.UNC; por presentar lesiones rojas en encía, con cierto relieve, superficie aterciopelada y aspecto brillante sobre encía libre. Radiográficamente no se observó reabsorción ósea, ni sangrado espontáneo. Se observó agenesia del elemento 44. Se derivó a la cátedra de Periodoncia B.FO.UNC en donde se dio instrucción en técnicas de higiene oral y se indicó el uso de clorhexidina al 0,12 %.



Figura 1. Localización gingival de maxilar superior. Primera consulta.



Figura 2. Localización gingival maxilar inferior. Primera consulta.

Paciente CP, sexo femenino, 12 años, fue derivada por su odontóloga a la cátedra de Estomatología B.FO.UNC, por presentar lesiones rojas levemente elevadas y una lesión con un aspecto tumoral. Presentaron aspecto brillante, aterciopeladas; poco sangrado y radiográficamente no se evidenció reabsorción ósea relacionada. Se pudo observar agenesia del elemento 35. Se realizó la derivación a la cátedra de Periodoncia B. FO.UNC en donde se dio instrucción en técnicas de higiene oral, se indicó el uso de clorhexidina al 0,12 % y además se le realizó instrumentación subgingival (raspado y alisado).



Figura 3. Localización gingival maxilar superior. Primera consulta.



Figura 4. Localización reborde y encía maxilar inferior. Primera consulta.

Diagnóstico:

El diagnóstico fue clínico y se derivó a la Cátedra de Periodoncia para su manejo terapéutico y controles periódicos. Entre los diagnósticos diferenciales se destacaron la gingivitis inducida por placa bacteriana, granuloma piógeno y gingivitis inducida por medicamentos. Conclusión: Ambos pacientes compartían similitudes clínicas y factores que nos acercaban a un diagnóstico, que poco se conoce o que en ciertas ocasiones se les atribuía a otras patologías periodontales placa dependiente. Es importante destacar la importancia del trabajo interdisciplinario y colaborativo, ya que puede tener otro enfoque en el diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía.

1. Bagattoni, S., Lardani, L., Ligorì, S., Fitzgibbon, R., & Carli, E. Periodontology Part 2: Localised Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: histopathological and clinical features. *European journal of paediatric dentistry*, (2022). 23(2), 163–5.
2. Caciva R, Belardinelli P, Grenón M. Gingivitis espongiótica. Manejo clínico no quirúrgico. Reporte de un caso. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2024-Jul-21;112(2): e1120833. <https://doi.org/10.52979/raoa.1120833.1246>
3. Decani, S., Lodi, G., Sardella, A., & Varoni, E. M. Localised juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A case of spontaneous resolution and a literature review. *European journal of paediatric dentistry*, 22(2), 159–62. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2021.22.02.14->

4. Nafissi, C; Ingrassia, M.E. Juvenile spongiotic hyperplasia: Report of three cases with different clinical evolution. Revista de la Facultad de Odontología e-ISSN: 2422-538X Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Odontología Caso Clínico. Vol. 17, N°1, 2023. p. 1-11.
5. Theoflou VI, Pettas E, Georgaki M, Daskalopoulos A, Nikitakis NG. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: microscopic variations and proposed change to nomenclature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2021; 131:329-38. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2020.10.024>

Pensé que esta crema me iba a curar la lengua...

Autores: Gervasi, Ignacio; Lo Celso, Luz María; Poblet, Franco Gastón; Rosso, Alejo; Urrets Zavalía, Paloma; Zapata, Macarena.

Tutora: Peralta María José. majoperalta12@mi.unc.edu.ar

Asesora científica: Dra. Morelatto Rosana Andrea. rosana.morelatto@unc.edu.ar

Cátedra de Estomatología B, FO-UNC

Resumen

El carcinoma de células escamosas (CCE) representa más del 90% de las neoplasias malignas orales, siendo la lengua el sitio más comúnmente afectado. Esta enfermedad se presenta principalmente en personas mayores de 50 años, y los principales factores de riesgo asociados son el consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento significativo de casos en individuos jóvenes que no presentan estos hábitos.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos en los métodos de diagnóstico y tratamiento del cáncer oral, el pronóstico sigue dependiendo en gran medida del estadio en el que se detecta la enfermedad. Por lo tanto, la detección temprana sigue siendo crucial para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con esta patología."

Palabras clave: **Carcinoma de células escamosas (CCE)- Detección temprana- Jóvenes**

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 29 años asistió a la Cátedra de Estomatología B en abril de 2024, derivada por su odontóloga debido a una "llaga en la lengua". En cuanto a los antecedentes de la enfermedad actual, la paciente refirió que en junio de 2022 le colocaron un implante del elemento 15. En noviembre de 2023 consultó con su odontóloga por una lesión en el borde derecho de la lengua, de dos semanas de evolución. En ese momento, se le indicó tratamiento tópico con salicilato de colina y benzocaína. Sin embargo, en abril de 2024 volvió a consultar debido a la persistencia de la lesión, siendo derivada a la Cátedra de Estomatología B. No presenta antecedentes personales patológicos ni hereditarios relevantes. No es fumadora ni consume alcohol.

Al examen clínico, se observaron lesiones en la lengua. En el lado derecho, se apreció una importante pérdida de sustancia sobre una lesión blanquecina extendida hacia el piso de la boca. La lesión consistió en una úlcera única, profunda, de 2 cm x 2 cm, con bordes elevados y evertidos, indurados a la palpación y de color rosado, rodeada por un halo blanquecino (Fig. 1). En el dorso del lado izquierdo, se observó un cambio en la coloración, con manchas blancas alternando con áreas de hipotrofia y zonas que tienden a formar placas queratósicas de contorno irregular y difuso, que se extienden hacia el centro, el borde y la cara ventral. En la cara ventral, se observó una mancha blanca tenue con límites difusos (Fig. 2).



Fig.1: Úlcera profunda en borde derecho



Fig.2: Mancha blanca en borde izquierdo

Conducta clínica: Se solicitaron análisis de laboratorio prequirúrgicos y una ortopantomografía (Fig. 3). Una semana después se realizó biopsia de ambas lesiones (Fig. 4 y Fig. 5) que fueron enviadas al Servicio de Anatomía Patológica de la FO-UNC. Además, se recolectó una muestra de saliva en un medio específico para la determinación de HPV mediante PCR en el Instituto Viroológico de la UNC, cuyo resultado fue negativo.



Fig.3: Ortopantomografía

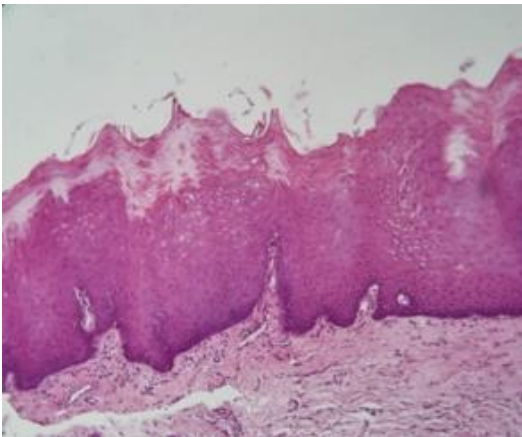


Fig.4: Biopsia borde derecho de la lengua.



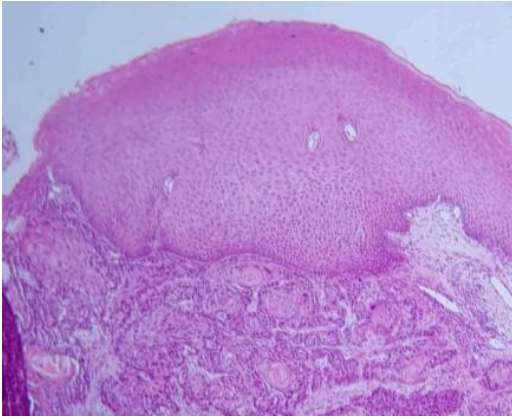
Fig.5: Biopsia borde izquierdo de la lengua

La paciente fue citada una semana después para control y retiro de suturas. En esa ocasión, se le informó el resultado del estudio histopatológico (Fig.6, Fig.7 y Fig.8).



1- Se observa epitelio pavimentoso estratificado con hiperortoqueratinización con formaciones cupuliformes, en sectores, con signos de displasia epitelial moderada. Por debajo tejido fibroso con trayectos vasculares dilatados y presenta infiltrado linfocitario yuxtaepitelial. Más profundamente tejido muscular estriado y trayectos vasculonerviosos.

Fig.6: Toma de biopsia lesión 1



2- Se observa un sector de epitelio pavimentoso hiperparaqueratinizado con carcinoma in situ. Por debajo en el corion islotes y cordones de epitelio atípico, Muestra áreas de alto grado, con marcado pleomorfismo celular y nuclear, mitosis atípicas e invasión perineural, rodeados de abundante infiltrado linfocitario en un estroma fibrocolágeno y vasos sanguíneos dilatados entre haces de fibras musculares.

Fig.7: Toma de biopsia lesión 2

Diagnóstico:

- 1- COMPATIBLE CON LEUCOPLASIA VERRUGOSA PROLIFERATIVA**
- 2- CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SEMIDIFERENCIADO INFILTRANTE**

Fig.8: Resultado de estudio histopatológico

Tras el resultado fue derivada al comité de tumores de cabeza y cuello, que recomendó tratamiento quirúrgico. La intervención consistió en la extirpación de las lesiones con márgenes de seguridad, seguida de un injerto de piel del brazo izquierdo (Fig. 9) Se realizó un vaciamiento ganglionar para descartar metástasis en el collar ganglionar (Fig. 10). Los márgenes quirúrgicos fueron libres de lesión, y los ganglios linfáticos obtenidos en la linfadenectomía latero cervical derecha (niveles 1, 2 y 3) fueron negativos para malignidad. Dado que se trataba de un estadio avanzado (T3N0M0), se indicó radioterapia como tratamiento complementario.



Fig.9: Injerto en lengua



Fig.10: Vaciamiento cadena ganglionar

Discusión

El CCE en la cavidad bucal continúa siendo uno de los tumores malignos más comunes, y su diagnóstico temprano es crucial para un tratamiento efectivo. En el caso presentado, surgen varios interrogantes sobre el diagnóstico y la evaluación clínica inicial. A pesar de la presencia de una lesión en la lengua, el tratamiento inicial fue solamente tópico, sin un seguimiento adecuado ni un diagnóstico definitivo. Esta situación refleja una posible falta de sospecha clínica, ya que la lesión no fue considerada potencialmente maligna, lo que destaca la necesidad de una evaluación más exhaustiva. Además, la paciente, que no presentaba factores de riesgo y acudía regularmente a controles odontológicos anuales, no fue diagnosticada a tiempo, lo que plantea la interrogante de por qué una lesión potencialmente maligna pasó desapercibida en estas revisiones periódicas. Este caso destaca la importancia de que los profesionales estén capacitados para identificar no solo las lesiones evidentes, sino también aquellas que podrían pasar desapercibidas, incluso en pacientes jóvenes sin factores de riesgo clásicos, como el consumo de tabaco o alcohol. Este caso también resalta la necesidad de implementar protocolos claros y consistentes para el seguimiento y control de lesiones orales, asegurando una derivación adecuada a especialistas cuando sea necesario.

Conclusiones

Este caso clínico resaltó la importancia de la detección temprana y el manejo adecuado del carcinoma de células escamosas de la lengua, especialmente en pacientes sin factores de riesgo clásicos. La realización de un examen clínico exhaustivo y un seguimiento adecuado fueron fundamentales para identificar lesiones malignas a tiempo. El tratamiento multidisciplinario, que incluyó cirugía y radioterapia, fue crucial en el manejo de casos avanzados. Este trabajo subrayó

la necesidad de mejorar la capacitación continua de los profesionales de salud para optimizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer bucal.

Bibliografía

- De Sousa Freitas, R., Maia, A., Rodrigues Rodrigues, R., Amaral Rolim, L., de Andrade-Santos, P., & Batista de Souza, L. (2021). Prevalencia del carcinoma de células escamosas en labios y lengua (SCC) en un servicio de anatomía patológica en el noreste de Brasil. *Scielo*, 15(2). https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2021000200409&script=sci_arttext&tlng=en
- Gallmann, A., Juárez, S., Brusa, J., Andrade, M., Gómez Zanni, M., Papa, M., ... & Guidi, A. (2021). Carcinoma de células escamosas de la lengua. *Dermatología Argentina*, 27(3). <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/2191/1203>
- Belardinelli, P., Bolesina, N., Morelato, R., Menaldi, A., Caciva, R., Perrote, C., & López de Blanc, S. (n.d.). Sobrevida de pacientes con cáncer bucal en un servicio, en Córdoba, Argentina (periodo 2006-2016). *SIDALC*. <https://www.sidalc.net/search/Record/dig-unc-ar-11086-23734/Description>
- De La Fuente Ávila, M., Díaz Jara, M., & Martínez Rondanelli, B. (2016). Carcinoma espinocelular de lengua: Estudio de sobrevida a 5 años. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(1), 74-78. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116000070>
- Satgunaseelan L, Allanson BM, Asher R, et al. The incidence of squamous cell carcinoma of the oral tongue is rising in young non-smoking women: An international multi-institutional analysis. *Oral Oncol*.2020;110:104875.

VENCIENDO EL MIEDO A LO DESCONOCIDO

Autores: CANTERA, Ana Julia; CARRIÓN, José Omar; DÁVILA BECERRA, Tomás; RODRÍGUEZ, Rocío; SALEME, Manuel; SOLER CÁCERES, Karina Evelin.

Tutor: GALARZA, Tomás. Universidad Nacional de Córdoba.

tgalarza@mi.unc.edu.ar

Asesor científico: VALDEZ, Jérica Inés. Universidad Nacional de Córdoba.

Jesicavaldez91@unc.edu.ar

Cátedra de Estomatología B - Facultad de Odontología - UNC.

Introducción

Las lesiones liquenoides orales llevan su nombre debido a que carecen del típico aspecto clínico e histopatológico del liquen, pudiendo ser o no simétricas, unilaterales y ser inducidas o estar en relación con restauraciones metálicas, consumo de medicamentos, entre otras. Están clasificadas dentro de los trastornos orales potencialmente malignos con un potencial de transformación a carcinoma de células escamosas bucales del 2.1%

PALABRAS CLAVE: lesiones liquenoides orales, diagnóstico precoz, controles periódicos.

Caso clínico

Paciente femenino de 73 años, acudió a la cátedra de Estomatología B, de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, en abril del 2024, cuyo motivo de consulta declaró: “lesiones en boca que me molestan”.

En cuanto a antecedentes personales patológicos, la paciente padecía de hipertensión hipotiroidismo, enfisema pulmonar y cálculos renales. Estaba polimedicada y era fumadora social. Ante un exámen clínico extrabucal, se observaron múltiples cambios de coloración parduzcos en semimucosas labiales superiores e inferiores.

Endobucalmente, la paciente era desdentada total, se evidenció un cambio de coloración blanquecino asentando sobre una mucosa eritematosa, que comprendía mucosa labial superior e inferior y se extendía hacia mucosas yugales con presencia de zonas de placa y otras de verrugosidad. Acompañaban a estas lesiones, una pérdida de sustancia profunda, en fondo de surco superior del lado derecho de la línea media, cambios de coloración pardo, difusos a nivel de la línea de oclusión en mucosas yugales y en reborde alveolar zona de los elementos 4.3/4.4 bien delimitado, más intensidad en el color, de forma ovalada. Y también, cambio de coloración violáceo en semimucosa labial inferior, lado izquierdo de la línea media de forma redondeada.

Hacía 2 meses le instalaron prótesis nuevas, era portadora de prótesis total removible de ambos maxilares, relató que por miedo a consultar se colocaba gasas con bicarbonato y se acercó a una farmacia y le indicaron buches con Nistatina. Al mencionar las lesiones blancas la paciente nos comentó que ya sabía que las tenía, asistió a una de las primeras campañas que se realizaron en Córdoba de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal, la revisaron, le explicaron lo que presentaba y la derivaron al servicio de la cátedra, aproximadamente 7 años atrás, pero nunca consultó por temor.

Se realizaron desgastes de los flancos de las prótesis, eliminamos los buches de Nistatina y se indicó a la paciente no colocar las gasas con bicarbonato. Indicamos higiene de las prótesis y baños de manzanilla. Se solicitaron análisis prequirúrgicos.

Métodos de diagnóstico

Se realizó biopsia incisional de las lesiones blancas, el sitio de toma fue en mucosa labial inferior. También vitropresión en lesión violácea y una radiografía periapical en la zona de la lesión parda del reborde alveolar inferior.

Diagnóstico definitivo

Lesión liquenoide oral.

Hemangioma.

Tatuaje por amalgama.

Discusión

Las lesiones liquenoides orales pueden tener una variedad de etiologías. La exposición sistémica a fármacos puede causar reacciones medicamentosas liquenoides orales. Una variedad de medicamentos ha sido implicada en la reacción medicamentosa liquenoide oral; los informados con mayor frecuencia son los antiinflamatorios no esteroides, antihipertensivos y antipalúdicos. La patogenia y la incidencia exacta de la reacción medicamentosa liquenoide oral se desconoce. Establecer una relación con el medicamento ofensivo puede ser difícil, ya que el intervalo de tiempo entre el inicio de la medicación y el desarrollo de la reacción medicamentosa liquenoide oral puede variar de semanas a un año o más, es por esto que se requiere de más estudios para confirmación y para evaluar también la asociación o no de desarrollar estas lesiones liquenoides medicamentosas en la mucosa bucal de las personas que han consumido tabaco.



Figura 1: mucosa labial superior



Figura 2: mucosa yugal izquierda



Figura 3: mucosa yugal derecha



Figura 4: mucosa labial inferior

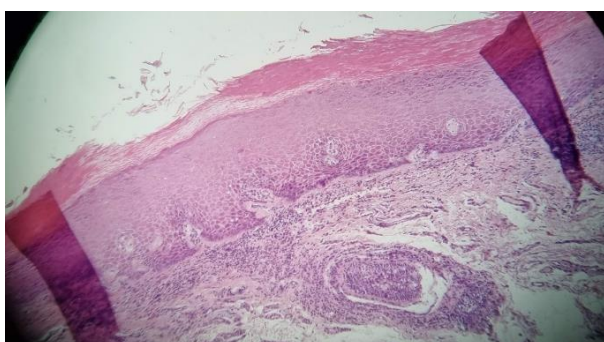


Figura 5: Corte histológico

Se observa epitelio pavimentoso estratificado con hiperortoqueratinización y por debajo se presenta infiltrado linfocitario yuxtaepitelial.

Sitio de Toma: Mucosa labial inferior, lado derecho

Análisis

Se observa epitelio pavimentoso estratificado con hiperortoqueratinización con formaciones cupuliformes, en sectores, con signos de displasia epitelial leve. Por debajo tejido fibroso con granulaciones trayectos vasculares dilatados y presenta infiltrado linfocitario yuxtaepitelial. Más profundamente acinos de glándulas salivales accesorias con infiltrado linfocitario periductal, trayectos vasculonerviosos entre el tejido adiposo y haces de fibras muscular estriados

Diagnóstico

CUADRO COMPATIBLE CON LESION LIQUENOIDE ORAL

Nota: Se recomiendan estrictos controles periódicos.

Figura 6: Informe de anatomía patológica

Conclusiones

A pesar de la demora inicial de la paciente en consultar, durante años por temor, este caso destacó la atención y diagnóstico presuroso, lo que permitió los controles periódicos oportunos. Además,

se evidenció la necesidad de educación en salud para que los pacientes comprendan la importancia y superen el miedo de consultar ante cualquier síntoma o cambio en su salud bucal.

Referencias bibliográficas

1. Müller, S. (2017). Oral lichenoid lesions: Distinguishing the benign from the deadly. *Modern Pathology*, 30, S54-S67. <https://doi.org/10.1038/modpathol.2016.121>
2. Klaisiri, A., Iamaroon, A., Neff, A., & Pitak-Arnnop, P. (2019). Oral lichenoid lesion related to dental amalgam: A case report. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 120(6), 591-594. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.01.006>
3. Mcparland, H (2016) Oral Lichenoid and Lichen Planuslike Lesions». *Primary Dental Journal* 5, n.º 1: 34-39. <https://doi.org/10.1177/205016841600500103>.
4. Flores L, Senariega A, Innocenti C, Rivarole E (2016) Liquen oral, patrones reaccionales liquenoides y cáncer oral: estudio clínico e histopatológico retrospectivo de 12 años. *Revista Argentina de Dermatología* .2016, 22 (1): 13-18
5. Kamath, V. V., Setlur, K., & Yerlagudda, K. (2015). Oral lichenoid lesions - a review and update. *Indian journal of dermatology*, 60(1), 102. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.147830>

Ay... esta mancha no se quita

Autores: Belén Garófalo; Santiago Becerra

Asesores científicos: Od. Esp. Lorena Vega; Od. Héctor Garzia; Od. José María Echevarria.

Facultad de Odontología. Universidad nacional de Rosario.

lorenavegaod@gmail.com

Introducción.

El tumor de Ackerman o carcinoma verrugoso es una forma distinta de carcinoma de células escamosas. Se observa predominantemente en hombres de edad avanzada y está fuertemente asociado con el consumo de tabaco. Sin embargo, pueden verse en pacientes no fumadores. En la cavidad oral, se presenta principalmente en la mucosa de carrillo, seguida de encías, paladar y piso de boca. Clínicamente, se manifiesta como una neoformación exofítica verrugosa., blanquecina, de aspecto brillante lo cual es característico para su diagnóstico. Histológicamente, se observa una superficie papilar o verrugosa y tapones de paraqueratina entre las proyecciones superficiales, con un intenso infiltrado de células inflamatorias crónicas en el tejido conectivo, por lo que su diagnóstico requiere una gran experticia. Aunque el CV se presenta como una lesión benigna con potencial agresivo local con el tiempo, puede evolucionar a CCE. Por lo tanto, el tratamiento más adecuado del carcinoma de Ackerman es el diagnóstico temprano y la extirpación quirúrgica de la lesión, con seguimientos clínicos posteriores.

Palabras clave.

Carcinoma verrugoso, desórdenes potencialmente malignos, agresivo localmente, carcinoma de células escamosas.

Caso clínico.

Paciente sexo masculino, que concurrió a la consulta de la cátedra de estomatología clínica de la F.O.R, en el año 2017 por primera vez, con 71 años derivado por su médico clínico.

El motivo de la consulta, en su momento fue la presencia de una mancha blanca en el paladar.

En cuanto a sus antecedentes personales, es un paciente hipertenso medicado con losartan 50 mg, un comprimido diario.

No presentaba hábitos tóxicos, nunca fumó ni tomó alcohol, no presento antecedentes de VPH, refiere comer con frecuencia caramelos de propóleo.

Al momento de la primera consulta presentaba una mancha blanca que no se desprendía al raspado en la mucosa del paladar duro en toda su extensión con borde definidos, en la zona de premolares del lado izquierdo la lesión se presentaba con un espesor mayor y dibujando la forma de las papilas al igual que en la zona de molares del lado derecho, la misma al tacto es áspera y seca.

Se indicó realizar decontaminación de la cavidad oral con digluconato clorhexidina al 0,12 % y nistatina 100000 UI previo a la biopsia, junto con exámenes complementarios prequirúrgicos. Se realizó biopsia incisional con diagnóstico clínico presuntivo de leucoplasia.

El informe histopatológico arrojó datos de hiperplasia epitelial escamosa queratinizante, sin atipia epitelial, acompañada de leve infiltración crónica del estroma.

Se indicó tratamiento local en base a propionato de clobetazol al 0,05%, nistatina 100000 UI y vitamina A 50000 UI en orobase y controles periódicos.

El paciente no concurre más a la consulta y se suma el advenimiento de la pandemia por lo cual consultó nuevamente después de 7 años ya que la lesión aumentó de tamaño y le molestaba.

Peribucalmente, se palparon adenopatías submaxilares, dolorosas y móviles del lado derecho, endobucalmente el maxilar superior se presentaba parcialmente edéntulo y sin prótesis removable.



Fig 1 Endobucal

El paladar duro se encontraba cubierto por una mancha blanca en su totalidad, en la zona anterior, por detrás de incisivo centrales y laterales y extendiéndose hacia el lado derecho, la lesión se presentaba de aspecto exofítica, -verrugosa, de coloración blanco-amarillenta y en partes amarronada, con bordes indefinidos.

Se solicitaron exámenes complementarios, laboratorios prequirúrgicos y radiografía panorámica. Decontaminación de la lesión y biopsia incisional.



Fig 2 En la radiografía no se observa presencia de compromiso óseo.

Se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales: carcinoma verrugoso de Ackerman, leucoplasia proliferativa verrugosa, candidiasis hiperplásica, carcinoma de células escamosas



Fig 3 Se realizó tinción con azul de toluidina para tomar una muestra del área más representativa de la lesión



Fig 4: Muestra para anatomía patológica y colocación de cemento quirúrgico en la herida.

Resultado de la anatomía patológica: carcinoma verrugoso de mucosa oral en contacto con uno de los márgenes laterales de la resección.



Fig 5 Control post quirúrgico: el paciente se deriva a oncología y a cirugía de cabeza y cuello

Métodos de diagnóstico y diagnóstico definitivo.

El diagnóstico se estableció mediante examen clínico y biopsia incisional. Los estudios complementarios descartaron compromiso óseo.

Discusión.

El carcinoma verrugoso de Ackerman es una lesión poco frecuente que requiere diagnóstico diferencial con leucoplasia, candidiasis hiperplásica y carcinoma de células escamosas. El retraso en

el diagnóstico y tratamiento puede favorecer la progresión hacia formas invasivas de carcinoma. La experiencia clínica y el uso de técnicas diagnósticas adecuadas son esenciales para el manejo oportuno.

Conclusiones.

El carcinoma verrugoso de Ackerman y la leucoplasia son lesiones con potencial maligno que requieren diagnóstico y seguimiento riguroso. En este caso, la evolución clínica mostró la importancia del control periódico y la biopsia para confirmar el diagnóstico definitivo y guiar el tratamiento. Se recomendó la derivación a oncología y cirugía de cabeza y cuello para manejo interdisciplinario.

Bibliografía:

1. Kujan, O., et al. (2020). Oral leukoplakia as a potentially malignant disorder: clinical and histopathological predictors of malignant transformation. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 49(9), 787–795. <https://doi.org/10.1111/jop.13056>
2. Shpitzer, T., et al. (2021). The role of verrucous carcinoma and verrucous hyperplasia in oral cancer: review of current concepts. *Head and Neck Pathology*, 15(2), 459–466. <https://doi.org/10.1007/s12105-020-01163-2>
3. Warnakulasuriya, S., et al. (2022). Oral leukoplakia and malignant transformation risk: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*, 28(1), 5–17. <https://doi.org/10.1111/odi.13508>
4. Driemel, O., et al. (2019). Verrucous carcinoma of the oral cavity: Clinical features and treatment outcomes. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 47(3), 443–449. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.12.006>
5. Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Bouquot, J. E. (2016). *Oral & maxillofacial pathology* (4th ed.). Elsevier.

El escarbadienates un arma letal

Autores: Bollero, Camila; Botto Paulino, Emilia; Di Maria, Lucía; Domé Sena, Ayrton;

Espíndola Mengoni, Victoria; Ferrari, Cindi; Gioda, Milagros. Asesores científicos: Masetti, Sebastián; Nava, Carina. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Rosario
sebasmasetti@gmail.com; cari_normal@hotmail.com

Introducción:

El granuloma telangiectásico es un tumor de origen epitelial benigno que tiene predilección en cavidad oral a nivel de la encía, sobre todo a nivel de la papila interdental, también mucosa yugal, lengua y labio inferior, de contenido vascular y de crecimiento rápido, cuya etiología es atribuible a irritantes locales como placa bacteriana, cálculo, traumatismos, presencia de restos radiculares y otros como la presencia de cuerpos extraños. Por lo general es exofítico puede ser pediculado o sésil y de consistencia blanda, la superficie puede ser lisa, granular o lobulada debido a los espacios vasculares superficiales dilatados que producen una apariencia de mora.

Palabras clave: granuloma telangiectásico; exofítico; sésil; pediculado.

Descripción del caso clínico:

Paciente de 56 años, de ocupación albañil concurrió a la consulta a la Cátedra de Estomatología Clínica II relatando que desde hace 4 años, comiendo tostadas, se lastimó y se formó una “ampolla”. Con un escarbadienates se la “pinchó” y salió de allí un líquido oscuro. Con los días disminuyó su tamaño y luego comenzó a crecer nuevamente. No fue medicado ni tratado hasta el momento de la consulta. Entre sus antecedentes personales y familiares se encontró de relevancia que padecía mal de Chagas desde hace 20 años. Antecedentes familiares de importancia: cáncer e hipertensión. De sus hábitos cabe destacar que consume mate caliente y que fumó desde los 20 a los 40 años, 6-7 cigarrillos por día. Exámen peribucal: Cráneo y fascie sin particularidades. Presentaba adenopatía submaxilar izquierda, con características inflamatorias, móvil. La apertura bucal era de 5 cm y no había desviaciones en apertura y cierre, el resto sin particularidades.

Exámen endobucal: tumor vegetante ubicado en la zona media del paladar duro, lado izquierdo, de color rojo vinoso, no depresible, inmóvil, no doloroso, consistencia fibrosa de 3 cm por 2.5cm.

Se realizó biopsia incisional de la lesión cuyo diagnóstico anatómopatológico fue: “Fragmentos de mucosa oral con vasos sanguíneos dilatados. Signos de hemorragia antigua y presencia de macrófagos, cuadro compatible con el diagnóstico de granuloma telangiectásico.”

Discusión:

Se realizó diagnóstico diferencial con Tumor mucoepidermoide, Sarcoma de Kaposi, Linfoma extranodal, Granuloma piógeno, Histoplasmosis, Blastomycosis.

El tumor mucoepidermoide es el tumor maligno más común en las glándulas salivales, representando menos del 10% de los tumores en estas glándulas principalmente en parótidas y también pueden presentarse en paladar ya que afectan a las glándulas salivales menores con frecuencia, se diagnostican mediante examen histológico, son de crecimiento lento e indoloro y de características clínicas similares al granuloma, de un color más rosado. El sarcoma de Kaposi, altamente asociado al VIH y otros estados de inmunosupresión, se caracteriza por lesiones rojas o moradas en piel, mucosas y ganglios linfáticos, y es causado por el virus del herpes humano tipo 8. Los linfomas extranodales afectan a los tejidos blandos orales y huesos maxilares, siendo más frecuentes en la cavidad bucal el Linfoma de células B y L Linfoma. No Hodgkin. Se presentan como masas duras y asintomáticas, aunque pueden ocasionar úlceras o destrucción ósea.

El granuloma piógeno es una lesión reactiva benigna que resulta de irritación crónica y suele ser indolora, afectando principalmente la encía.

La histoplasmosis es una micosis profunda que puede causar úlceras vegetantes orales, especialmente en personas inmunocomprometidas, mientras que la blastomicosis, endémica en América Latina, también causa úlceras dolorosas y lesiones vegetantes con puntillado rojizo, granulomatosas características en la cavidad bucal.

Conclusiones:

El Granuloma telangiectásico se considera una lesión benigna no neoplásica de la mucosa bucal, que aparece como consecuencia de un trauma e irritación local. Es de crecimiento lento y de color rojo violáceo. El trauma y la irritación constantes producen una lesión que no cura y se forma un abundante tejido de granulación.



Figura 1: lesión autoinfligida por el paciente



Fig 2 : *biopsia incisional de la lesión*

Bibliografía:

1. Lomeli Martinez SM, Carrillo Contreras NG, Gómez Sandoval JR, Zepeda Nuño JS, Gomez Mireles JC, Varela Hernández JJ, Mercado-González AE, Bayardo González RA, Gutiérrez-Maldonado AF. Oral Pyogenic Granuloma: A Narrative Review. *Int J Mol Sci.* 2023 Nov 28;24(23):16885. doi: 10.3390/ijms242316885. PMID: 38069207; PMCID: PMC10706684.
2. Meshram M, Durge K, Shirbhate U. An Overview of Oral Pyogenic Granuloma and Its Management: A Case Report. *Cureus.* 2023 Nov 5;15(11):e48305. doi: 10.7759/cureus.48305. PMID: 38058325; PMCID: PMC10697180.
3. Min HJ, Kim KS. Pyogenic Granuloma of the Hard Palate. *J Craniofac Surg.* 2020 Sep;31(6):e612-e614. doi: 10.1097/SCS.0000000000006697. PMID: 32649529.
4. Sarmiento DJ, Morais ML, Costa AL, Silveira ÉJ. Minor intraoral salivary gland tumors: a clinical-pathological study. *Einstein (Sao Paulo).* 2016 Oct-Dec;14(4):508-512. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3749. PMID: 28076598; PMCID: PMC5221377.
5. Guevara-Canales JO, Morales-Vadillo R, Guzmán-Arias G, Cava-Vergíu CE, Guerra-Miller H, Montes-Gil JE. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. A retrospective study of 51 cases and review of the literature. *Acta Odontol Latinoam.* 2016 Dec;29(3):230-238. English. PMID: 28383603.
6. Martins-de-Barros AV, Carvalho MV, Araújo FADC. AIDS-related Kaposi sarcoma of the oral cavity. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2023 Jun 2;56:e0133. doi: 10.1590/0037-8682-0133-2023. PMID: 37283351; PMCID: PMC10238068.

7. Ficarra G, Berson AM, Silverman S Jr, Quivey JM, Lozada-Nur F, Sooy DD, Migliorati CA. Kaposi's sarcoma of the oral cavity: a study of 134 patients with a review of the pathogenesis, epidemiology, clinical aspects, and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988 Nov;66(5):543-50. doi: 10.1016/0030-4220(88)90373-8. PMID: 3059252.
8. Fernández-Álvarez R, Sancho JM, Ribera JM. Linfoma plasmablastico [Plasmablastic lymphoma]. *Med Clin (Barc)*. 2016 Nov 4;147(9):399-404. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2016.06.036. Epub 2016 Aug 28. PMID: 27576534.
9. Kamboj M, Rathee R, Narwal A, Devi A, Gupta A, Sivakumar N. Primary Oral Histoplasmosis in Immunocompetent Host: Case Series with Review of Literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Dec;74(Suppl 3):5639-5644. doi: 10.1007/s12070-021-02974-2. Epub 2021 Nov 12. PMID: 36742512; PMCID: PMC9895471.

Etanol en la boca

Autores: Di Cristófaro M, Paoloni E, Marcon P, Nardelli A, Mozzi M, Perotti O, Pallo L, Morello F, Puigdomenech C, Perez M, Noé A.

Asesores: Od Osorio M, Od Cogliati G, Od Fachile J. FOUNR
fachilejuancruz@yahoo.com.ar

Introducción:

Las enfermedades ampollares que afectan a la mucosa oral constituyen un grupo importante de patologías de difícil diagnóstico. La fragilidad de las ampollas al traumatismo masticatorio y a la humedad hace que sus techos se rompan rápidamente dejando zonas erosivas y sangrantes.

El conocimiento de estas enfermedades es de nuestro interés ya que suelen iniciarse en la cavidad oral antes de expresarse en el resto del organismo.

Dentro de las patologías que cursan con la formación de ampollas en la mucosa oral, existe un grupo importante de enfermedades mucocutáneas, entre las que se encuentra el pénfigo.

Este afecta generalmente a personas que se encuentran en la cuarta o quinta décadas de vida, pudiendo afectar a ambos sexos por igual.

Esta enfermedad se caracteriza por presentar ampollas intraepiteliales que ocurren por rotura de los desmosomas, creándose una cavidad nivel del estrato espinoso. Este rasgo anatomopatológico es importante para el diagnóstico diferencial, ya que estas ampollas son de un carácter más grave que requieren tratamiento continuo y sistemático para evitar su evolución letal¹.

Las ampollas son consecuencia de una pérdida de la adhesividad entre las células epidérmicas, proceso conocido como acantólisis² y es causado por un proceso autoinmune de etiología desconocida.

Se caracteriza por tener anticuerpos IgG circulantes contra la desmogleína 3 (Dsg3) en la sustancia intercelular de los epitelios. Alrededor de la mitad de los pacientes también tienen anticuerpos contra la desmogleína 1 (Dsg1)³.

El mecanismo de iniciación no está claro, pero es probable que factores genéticos puedan jugar un papel en la susceptibilidad a padecer la enfermedad. Lo confirman los casos de pénfigo descritos en familias, la mayor frecuencia de la enfermedad en determinados grupos étnicos como judíos y japoneses o la asociación a genes del HLA.

Se ha demostrado el papel etiológico de otros factores como son los ambientales, fármacos, virus, alimentos (cebolla, puerro, ajo), quemaduras y exposición a rayos UV.

Existen múltiples variantes clínicas del pénfigo conocidas como vulgar, foliáceo, vegetante y eritematoso. Además, han sido descritas nuevas entidades mucho más raras como son el pénfigo paraneoplásico, el pénfigo IgA y el pénfigo herpetiforme⁴.

Las manifestaciones orales son muy comunes en el pénfigo vulgar y en el pénfigo preneoplásico, siendo muy infrecuentes en los otros tipos de pénfigo.

El diagnóstico de este tipo de lesiones se basa en una combinación de resultados clínicos, histopatológicos y la inmunofluorescencia directa (IFD), fundamentalmente realizadas en biopsias perilesionales.

El hecho de que en ocasiones sean las ampollas orales la primera manifestación de este desorden implica que los odontólogos deban conocer suficientemente las características clínicas con el fin de realizar un diagnóstico temprano.

En el tratamiento de este tipo de patologías, resulta útil que el odontólogo esté en estrecha conexión con el clínico y el dermatólogo, para un correcto seguimiento de los casos.

Los fármacos de elección para el tratamiento del pénfigo son los corticoides. La introducción de los corticoides disminuyó drásticamente las tasas de mortalidad de estos pacientes. Sin embargo, las altas dosis y el tiempo prolongado de la utilización de los corticoides llevan a la aparición de graves efectos secundarios.

Si la monoterapia con corticoides no controla las lesiones, no impide las recaídas o produce efectos secundarios importantes está indicada la terapia combinada. La utilización de terapias adyuvantes con agentes inmunosupresores como la azatioprina, ciclofosfamida, metotrexato, ciclosporina y otros⁵.

Palabras claves: pénfigo, lesiones ampollares, diagnóstico, tratamiento.

Caso clínico:

Paciente masculino de 46 años se presentó al servicio de Estomatología (FOUNR) derivado del Hospital Provincial Centenario, refiriendo múltiples lesiones en la boca que le generaron estomatorragia, disfagia y odinofagia, imposibilitando la alimentación. Cuadro clínico acompañado con diarrea, pérdida de peso (10Kg) y niega haber tenido fiebre.

Cursó herpes zoster facial y ocular en el año 2013. Consumo de alcohol ocasional. Niega tabaco y drogas.

Ya había sido hospitalizado anteriormente ese mismo año por estomatitis severa recurrente.

Exámen extraoral: A nivel ocular izquierdo se podía observar la esclerótica rojo-congestiva, además la presencia de adenopatías inflamatorias agudas a nivel submaxilar.

No presentaba lesiones cutáneas.



Exámen intraoral: En la cara ventral de la lengua y en la zona retromolar en maxilar inferior y fondo de surco superior derecho a nivel de la P16 se observaban restos de pseudomembranas blanquecinas que se desprendían dejando una zona erosiva poco sangrante y muy dolorosa. En el dorso lingual presentaba una pseudomancha blanquecina que se desprendían y en el velo del paladar se observaban erosiones rodeadas por un halo eritematoso dolorosas.



Diagnósticos diferenciales: Penfigoide, pénfigo o eritema polimorfo

Exámenes complementarios:

Hemograma completo (eosinofilia 3000 cel./mL), VSG 54mm, hepatograma, glicemia, hemoglobina glicosilada, uremia, creatinina, coagulograma. FAN- ANCA- C3 S/P

Hisopado lesiones orales para VHH tipo I-II-III negativo.

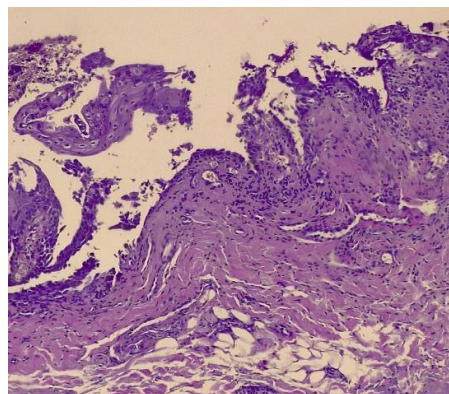
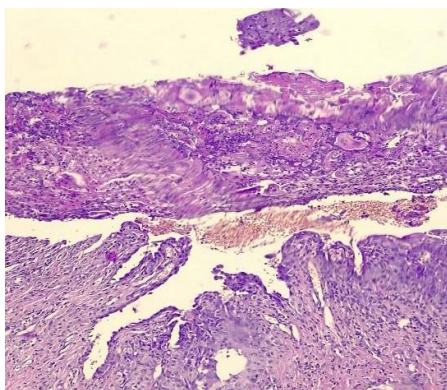
Serología: ELISA-VIH, VDRL, FTA, VHB, VHC, VEB, CMV, Trypanosoma Cruzi, Toxoplasmosis NO reactivo

Placa de tórax S/P. TAC con contraste S/P

Nasofibroscopia: inflamación de la faringe y laringe.

Biopsia incisional.

Diagnóstico patológico: El cuadro histológico en conjunto con los datos clínicos aportados son altamente vinculables al diagnóstico de **pénfigo vulgar**. Es necesario correlacionar con la evolución del paciente y eventualmente evaluar la necesidad de estudios complementarios como inmunofluorescencia.



Tratamiento, evolución y pronóstico

El tratamiento fue realizado con corticoides sistémicos (60 mg prednisona, azatioprina 150 mg/día. fluconazol 200mg/día).

Continuó internado durante 20 días, al observarse mejorías, el paciente pudo comenzar a utilizar la vía digestiva para su alimentación por lo que se indicó el alta hospitalaria.

A los 20 días la cátedra fue notificada del deceso del paciente.

Conclusión:

El pénfigo es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y/o mucosas de patogenia autoinmune de etiología desconocida y de curso variable e impredecible.

Si no recibe el tratamiento el desenlace puede ser fatal, aun recibiendo el tratamiento indicado, un 6 % de los pacientes pueden desencadenar el fallecimiento por deshidratación e infección. Otros pacientes no resisten los efectos colaterales de los corticoides e inmunosupresores en altas dosis.

Bibliografía

1. Buonavoglia A., Leone P., Dammacco R., Di Lernia G., Petrucci M., Bonamonte D., et al. Pemphigus and mucous membrane pemphigoid: An update from diagnosis to therapy. Autoimmun Rev (Internet). 2019; 18 (4): 349-58. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2019.02.005>
2. Grando S.A, Bystryń J.C, Chernyavsky A.I, Frušić-zlotkin M, Gniadecki R, Lotti R, et al. Apoptolysis: A novel mechanism of skin blistering in pemphigus vulgaris linking the apoptotic pathways to basal cell shrinkage and suprabasal acantholysis. Exp Dermatol. 2009; 18 (9): 764-70.
3. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. J Clin Periodontol. 2018; 45: S28-43.
4. Scully C, Laskaris G. Mucocutaneous disorders. Periodontol 2000. 1998; 18 (1): 81-94.

5. Harman K.E., Brown D., Exton L.S., Groves R.W., Hampton P.J., Mohd Mustapa M.F., et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017. *Br J Dermatol.* 2017; 177 (5): 1170-201.

Gigantes Microscópicos

Autores: Ansonnaud Romina, Arch Mariano, Salinas Eugenia.

Asesor científico: Mentz Paula (mpaumentz@gmail.com)

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica FOUNT

Resumen

Las lesiones tumorales que pueden afectar los tejidos blandos del paladar pueden ser de diferentes etiologías: tumores benignos o malignos, procesos infecciosos-reactivos, entre otros. Es importante mencionar que estas lesiones pueden ser causadas por varios factores como el consumo de tabaco y alcohol, la exposición a sustancias cancerígenas, una deficiente higiene oral, prácticas sexuales, etc.

El objetivo de esta presentación es describir el caso de una paciente de 60 años con una lesión tumoral en paladar y la relación de la misma con irritantes crónicos como el uso de prótesis desadaptadas y sobreinfectadas por *Candida*, con una pobre higiene bucal.

Palabras clave: tumor de paladar, fibroma de células gigantes, hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

Introducción

El fibroma de células gigantes es una lesión benigna, de crecimiento lento, que se encuentra principalmente en la mucosa oral. Fue descrito por primera vez en 1974 por Weathers y Callihan. Está constituido histológicamente por fibroblastos y células gigantes multinucleadas, lo cual hace la diferencia de otros fibromas. El diagnóstico se realiza mediante biopsia y estudio anatomopatológico; son de muy buen pronóstico posterior a la eliminación quirúrgica.

Caso clínico

Asistió al Servicio de Medicina Bucal una paciente de sexo femenino, de 67 años de edad, ocupación ama de casa, residente de San Miguel de Tucumán. El motivo de consulta fue: “siento que tengo inflamado el paladar”.

Entre los antecedentes médico-odontológicos se mencionaron:

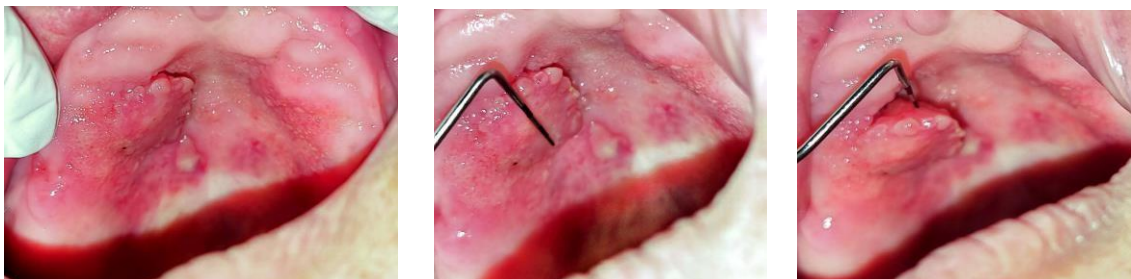
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL – medicada con Valsartán y Alprazolam.
- HIPOTIROIDISMO – medicada con T4 desde hace 20 años.
- BOTOX – por espasmos faciales del lado izquierdo.

Al examen extraoral se observó disminución en la dimensión vertical, (paciente portadora de prótesis completa superior y parcial inferior), pero la lesión del paladar impedía utilizar la prótesis superior (Fig. 1 y 2).



Figura 1 y 2. Aspecto clínico extraoral, disminución de DVO.

Al examen intraoral observamos el maxilar superior completamente edéntulo, con extensas áreas eritematosas, abarcando paladar duro y rebordes. La mucosa que revestía el paladar presentaba múltiples lesiones elevadas blanco amarillentas, otorgándole un aspecto irregular y una textura grumosa o verrugosa (Fig.3). Desde el reborde residual derecho hacia la bóveda del paladar duro, se observó una lesión tumoral, de aproximadamente 15mm x 10mm, de superficie irregular y aspecto lobulado (Fig. 4). El tumor era de implantación pediculada, y se aplanaba sobre el paladar por la compresión de la lengua y la prótesis por los intentos de la paciente de colocar su prótesis (Fig. 5).



Figuras 3, 4 y 5. Eritema y tumor palatino.

Al interrogatorio, la paciente no recordaba con exactitud el tiempo de aparición de la lesión. Mencionó que sentía algo raro desde antes que le confeccionaran la prótesis. A la inspección del aparato protésico, no se encontraron superficies rugosas ni bordes filosos y en general tenía buena higiene. Sin embargo, no se pudo evaluar retención y soporte ya que no podía ser colocada en boca por la intensa sintomatología dolorosa que provocaba y el tumor (Fig. 6).

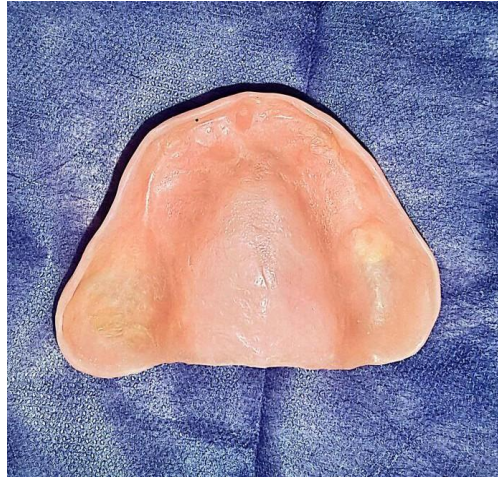


Figura 6. Cara interna de la prótesis

Los diagnósticos presuntivos que realizamos fueron: CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA de paladar; GRANULOMA piógeno o a cuerpo extraño.

Diagnósticos diferenciales: LESIÓN POR HPV, CARCINOMA. FIBROMA sobreinfectado con cándida.

Como primera medida solicitamos no usar la prótesis y buches con antiséptico oral (clorhexidina 0,12%) para descontaminar la zona. Además, solicitamos análisis de laboratorio para evaluar el estado sistémico de la paciente y como medida protocolar para realizar una biopsia.

En el control a los 7 días, las pruebas de laboratorio no arrojaron alteraciones sistémicas.

Al examen intraoral apreciamos una notable mejoría. Ya no se observaron áreas eritematosas, aunque persistían las múltiples lesiones hiperplásicas de paladar duro y parte de los rebordes alveolares (Fig. 7). Se determinó la realización de una biopsia para el diagnóstico de certeza.



Figura 7. Control post indicación de antisépticos orales.

Se procedió a realizar la extirpación de la lesión tumoral cauterización del lecho quirúrgico con electrobisturí (Fig. 8 y 9)

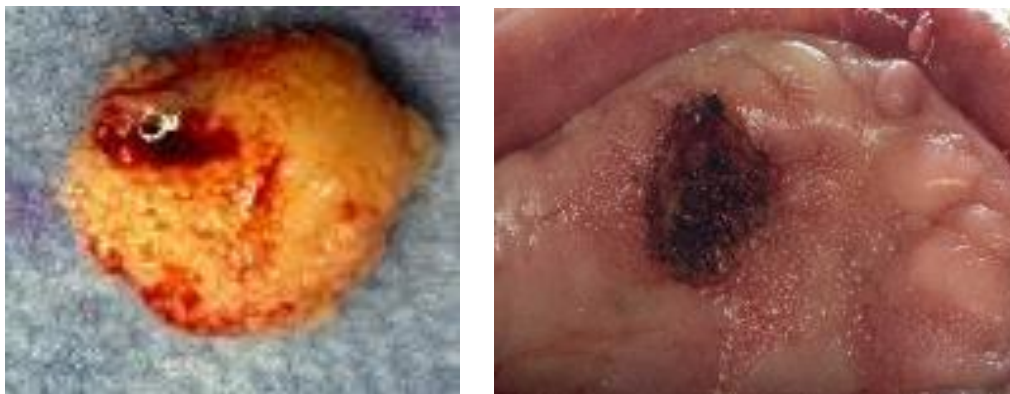


Figura 8 y 9. Aspecto macroscópico de la lesión. Lecho quirúrgico.

Se monitoreó la herida a los 7 días con una franca epitelización del lecho (Fig. 10)



Figura 10. Control a los 7 días.

En este momento indicamos aplicación de antimicótico tópico (miconazol 20mg/g en orabase 2 veces al día durante 2 semanas) y cambiar el aparato protésico.

El informe anatomopatológico arrojó como diagnóstico: FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES, y presencia de HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA.

Podemos observar microfotografía en vista panorámica donde se observa la hiperplasia epitelial pseudoepiteliomatosa, con fibrosis de lámina propia y presencia de infiltrado inflamatorio (Fig. 11) A mayor aumento, fibrosis colágena y componente inflamatorio mononuclear con presencia de células gigantes tipo cuerpo extraño (Fig. 12).

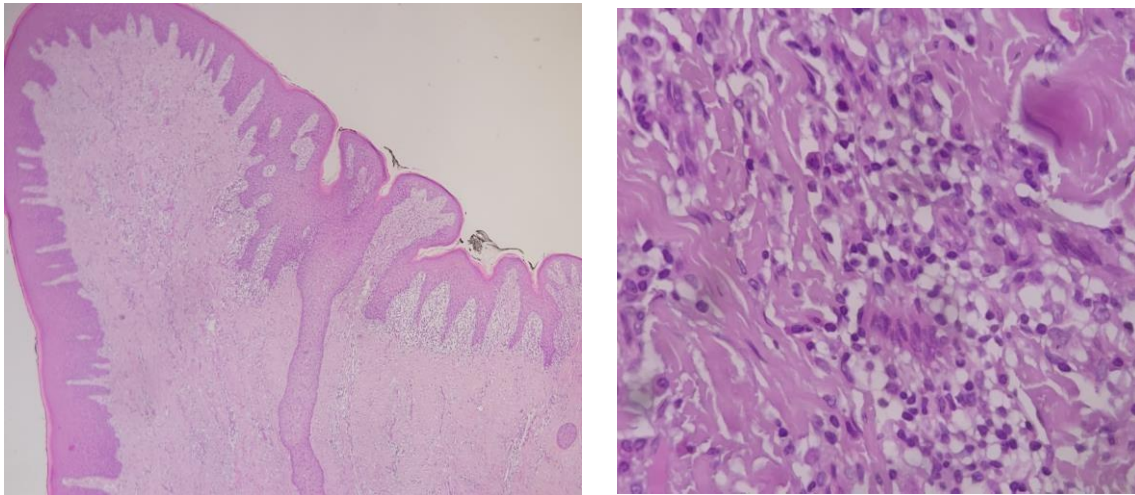


Figura 11 y 12. Aspecto microscópico.

Discusión

Esta entidad se conoce desde el año 1974, cuando fue descrito por Weathers y Callihan. Regezi, Reibel, Savage y Magnusson, plantearon el origen reactivo de las mismas; en nuestro caso la presencia de candidiasis crónica marcó el posible origen o asociación infecciosa. Las hiperplasias pseudoepiteliomatosas, generalmente se desarrollan en respuesta a la inflamación crónica, como infecciones micóticas.

Nuestro caso se manifestó clínicamente como un tumor pediculado, mayor a 1 cm (discrepando con otros autores que describen las lesiones hasta 1 cm de diámetro). Coincidimos en que al presentarse con superficie papilar puede asemejarse a un papiloma. La paciente, por su edad (67 años), se encontraría dentro del rango etario mencionado por Sabarinath.

Conclusiones

Es importantes evaluar la salud de los tejidos blandos bucales donde asientan estas lesiones hiperplásicas, ya que infecciones micóticas crónicas pueden ser el origen de patologías reactivas. Es menester del profesional realizar el control periódico del paciente portador de prótesis, ya que son susceptibles al asiento de múltiples entidades patológicas.

Cabe destacar la importancia de la realizar el diagnóstico histopatológico con el objetivo de corroborar la hipótesis clínica.

Bibliografía

1. Weathers DR, Callihan MD. Giant-cell fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1974; 37 (3): 374-384.
2. Ariza RL, Aldape BBC. Fibroma de fibroblastos gigantes. Presentación de 122 casos. *Rev ADM.* 2021; 78 (1): 7-12. <https://dx.doi.org/10.35366/98381>
3. Neville B. *Oral and maxillofacial pathology.* 4th ed. St Louis, Missouri: Elsevier; 2016.
4. Chakrabarti S, Chakrabarti PR, Agrawal D, Somanath S. Pseudoepitheliomatous hyperplasia: a clinical entity mistaken for squamous cell carcinoma. *J Cutan Aesthet Surg.* 2014 Oct-Dec;7(4):232-4. doi: 10.4103/0974-2077.150787. PMID: 25722605; PMCID: PMC4338470.
5. Shetty N, Kudva A, Cernelio S, Kudva R. "Giant cell fibroma of buccal mucosa -an unusual lesion of unusual size": A case report. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2023 Oct-Dec;27(4):772-775. doi: 10.4103/jomfp.jomfp_218_23. Epub 2023 Dec 20. PMID: 38304507; PMCID: PMC10829454.
6. Sun A, Lee YP, Jin YT, Chiang CP. Giant cell fibroma on the dorsal tongue. *J Dent Sci.* 2024 Oct;19(4):2458-2460. doi: 10.1016/j.jds.2024.06.010. Epub 2024 Jun 21. PMID: 39347061; PMCID: PMC11437374.

Huella Peligrosa

Autores: Abraham Camila, Echazu Diana, Siria Luciana, Brito Milagro, Dilascio Bárbara.

Asesor científico: Andrés Nicolás Rodríguez

Catedra de Semiología y Clínica Estomatológica F.O.U.N.T.

dr.andresrodriguez@gmail.com

Resumen: La úlcera es una solución de continuidad que compromete todos los estratos del epitelio, siendo la localización más frecuente los bordes linguales y mucosa bucal cuando su etiología es traumática. Las úlceras bucales son una afección frecuente y suelen estar asociadas al traumatismo y al estrés. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 43 años que se presentó al Servicio de Estomatología de la F.O.U.N.T con una lesión dolorosa en la lengua. La anamnesis reveló que el síntoma álgico comenzó 5 días atrás, y que la lesión aumentó de tamaño a medida que pasaron los días.

Introducción: Las úlceras bucales son una afección frecuente en la población y suelen estar asociado a traumatismos y al estrés. Son dolorosas e interfieren con la alimentación. La mayoría de las lesiones ulcerativas de la mucosa oral, se clasifican en cuatro categorías: infecciosas, inmunológicas, traumáticas o neoplásicas. Una gran cantidad de enfermedades sistémicas pueden manifestarse como ulceraciones en la cavidad oral. La irritación mecánica crónica (IMC) se ha propuesto como un factor de riesgo para el cáncer oral (CO), pero la evidencia disponible es limitada y controvertida. Una de las principales limitaciones es la falta de criterios adecuados para definir y clasificar la IMC. El traumatismo crónico provocado por dientes afilados, prótesis dentales fracturadas, restauraciones defectuosas o implantes se ha asociado frecuentemente con el desarrollo de cáncer oral. Las lesiones relacionadas a la IMC son producidas por factores dentarios o protésicos, generalmente asociadas a movimientos funcionales, que involucran principalmente la lengua y la mucosa bucal.

Palabras claves: Úlcera, trauma, oral, lengua

Caso Clínico: Al examen intraoral se observó en el tercio medio del dorso y borde lingual izquierdo, lesión ulcerada de 1 cm de diámetro (foto 1), con fondo necrótico, límites netos, color blanco-amarillento, bordes sobreelevados, dolorosa a la palpación y de base no indurada. En la evaluación dinámica de la lengua se observaba como la cúspide mesio-palatina del elemento dentario 26 actuaba de forma traumática, incidiendo en el centro de la lesión (foto 2). Se realizaron los desgastes correspondientes del agente traumático y la posterior confección de una placa de protección mucosa (PPM) (foto 3)



Foto 1: Úlcera



Foto 2: Agente traumático



Foto 3 PPM

Diagnóstico: En base a las características clínicas y a la anamnesis, se arribó al diagnóstico de “Úlcera Traumática de dorso y borde de lengua”

Como tratamiento se realizó el desgaste del agente traumatizante (cúspide mesio palatina del elemento dentario 26) y la confección de una PPM. A los 30 días se controló al paciente en donde se constató que la lesión desapareció en su totalidad

Discusión:

- La mayoría de las lesiones ulcerativas de la mucosa oral se clasifican en una de cuatro categorías: infecciosas, inmunológicas, traumáticas o neoplásicas.

En nuestro caso fue el trauma mecánico y crónico de un elemento dentario.

La irritación mecánica crónica (IMC) se ha propuesto como un factor de riesgo para el cáncer oral (CO), pero la evidencia disponible es limitada y controvertida. Una de las principales limitaciones

es la falta de criterios adecuados para definir y clasificar la IMC.

Las lesiones asociadas a IMC se producen por factores dentales o protésicos, generalmente en relación con factores funcionales, que afectan principalmente a la lengua (42 %) y a la mucosa bucal (45 %).

Conclusión: La importancia de este caso radicó en saber que el trauma crónico en mucosa bucal pudo generar diversas lesiones. Por lo tanto, fue importante identificar y eliminar el agente traumático, y así se evitó la cronicidad de estas ulceraciones que podrían haber actuado como factores de promoción de cáncer oral.

Bibliografía:

1. Suguna Simhadri, Sriha Yalamanchi, Sean Piedra, El mítico Srinivasan. 8 de mayo de 2023 Percepciones sobre las úlceras bucales desde la página de Facebook Categorías: Estudio observacional <https://ncbipubmed.nlm.nih.gov/37155234/>
2. Fitzpatrick SG 1, Cohen DM 1, Clark AN 2 07 Mar 2019 Lesiones ulceradas de la mucosa oral: revisión clínica e histológica. <https://doi.org/10.1007/s12105-018-0981-8>.
3. R. Ni Riordain T. Hodgson , Publicado: 10 de octubre de 2014 . *Revista dental británica*. Contenido y calidad de la información del sitio web sobre el tratamiento de las úlceras bucales. <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2014.886>
4. Eduardo David Piemonte<https://doi.org/10.1177/2057178X18791034> y Jerónimo Lazos 14 de agosto de 2018. *Sage Journals*. Evidencia de la irritación mecánica crónica como factor causal del cáncer oral: aplicación de los criterios de Bradford Hill <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2057178X18791034>
5. Hitesh Rajendra Singhvi ¹, Akshat Malik ¹, Pankaj Chaturvedi .2017 Ene-Mar El papel del trauma crónico de las mucosas en el cáncer oral: una revisión de la literatura <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28469336/>
6. Jerónimo P Lazos ¹, Eduardo D. Piemonte ¹, Héctor Eduardo Lanfranchi ², Mabel N. Brunotto Publicación electrónica 6 de abril de 2017. Caracterización de la irritación mecánica crónica en el cáncer bucal <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28484493/>.

MONSTRUO ESCONDIDO

AUTORES: Politi, Luciano; Retamozo, Gabriel; Torres Candela; Makinistian, Diego.

ASESORES CIENTIFICOS: Dr. Ansonnaud, Carlos; Dr. Campero, Martin. Facultad De Odontología Universidad Nacional De Tucuman

Mail: carloscelestinoansonnaud@gmail.com od.martin.campero@gmail.com

RESUMEN

Concurrió a la consulta del servicio de medicina bucal de la facultad de odontología de la Universidad Nacional de Tucumán, un paciente adulto mayor con diagnóstico de carcinoma de células escamosas ubicado en encía de reborde alveolar edéntulo inferior derecho. Se detallan a continuación los diferentes abordajes clínico-terapéuticos realizados para la resolución del caso.

INTRODUCCION

El carcinoma de células escamosas (CCE) es la neoplasia maligna más frecuente en la cavidad oral, representando aproximadamente el 90% de los casos de cáncer oral. Se caracteriza por tener un comportamiento clínico agresivo, con alta capacidad invasiva y de diseminación local, regional y a distancia. Su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son cruciales para mejorar el pronóstico, que varía significativamente según el estadio al momento del diagnóstico.

En esta presentación, se analizará un caso clínico de un paciente diagnosticado con cáncer oral de células escamosas, abordando los factores de riesgo asociados, la evolución clínica, los métodos diagnósticos empleados y las opciones terapéuticas empleadas. Este caso permitirá destacar la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de esta patología y de estrategias de prevención para reducir su incidencia y mortalidad.

PALABRAS CLAVES

Carcinoma de células escamosas, prevención, salud oral.

DESCRIPCION DEL CASO

Asistió a la consulta un paciente de 67 años de edad, fumador desde los 12 años hasta la actualidad de un atado de cigarros diarios, también consumía un litro de vino tinto los fines de semana en forma habitual.

Era un paciente hipertenso medicado con 50mg de losartán por día.

Portador de prótesis completa superior e inferior desadaptadas y desajustadas, de 20 años de antigüedad.

Al examen estomatológico pudimos observar en el tercio posterior de encía de reborde alveolar inferior edéntulo de lado derecho una lesión única, elevada, de aspecto lobulado, de límites difusos (FOTO 1). Su coloración era rojo intenso con una ulceración en la parte central blanquecina de consistencia firme (FOTO 2). A la palpación de las cadenas ganglionares regionales no se encontraron adenopatías.



Foto 1: lesión tumoral



Foto 2: ulceración

Se solicitaron estudios complementarios (análisis de laboratorio y radiografía panorámica) (FOTO 3)

Se realizó biopsia incisional con punch de 6mm, dando como resultado histopatológico: Carcinoma de Células Escamosas (CCE) de reborde alveolar. (FOTO 4)

El paciente fue derivado para su tratamiento a un equipo multidisciplinario integrado por oncólogo, nutricionista, fonoaudiólogo y estomatólogo para poder realizar una resolución integral del caso.



Foto 3: rx panorámica

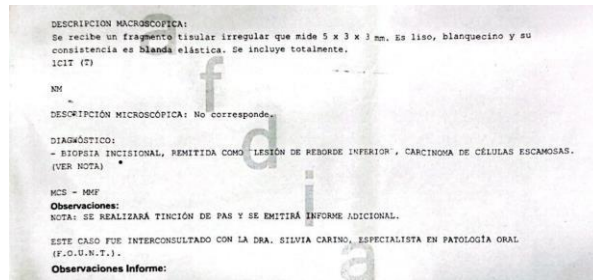


Foto 4: informe histopatológico

DISCUSIÓN

El pronóstico de un paciente con CCE es variable, a pesar de los avances en las terapias quirúrgicas y no quirúrgicas, cerca del 50 % tiene una sobrevida de 5 años después de ser diagnosticado, lo cual empeora considerablemente el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. Desafortunadamente el CCE, en la mayoría de los casos es detectado en estadios avanzados, donde ya ha invadido estructuras vecinas, comprometiendo el estado general. Esta lesión puede ser detectada en ocasiones en sus estadios iniciales, ya que pueden originarse a partir de alteraciones previas de la mucosa, como leucoplasias, eritroplasias, o una combinación de ambas.

Actualmente el CCE en cavidad oral, se considera como una enfermedad con alto índice de mortalidad, y ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte. En los últimos años se ha reportado que su incidencia, se incrementó especialmente en personas jóvenes y mujeres, debido a la exposición de factores de riesgo como el tabaco, alcohol, HPV.

CONCLUSION

El CCE, es el más frecuente de los cánceres orales, manifestándose con diferentes lesiones elementales, de allí su importancia en el reconocimiento e identificación de las mismas, para realizar un correcto diagnóstico clínico, el que debería ser confirmado por el histopatológico, para hacer una correcta prevención y el tratamiento del cáncer bucal.

BIBLIOGRAFIA

1. ZABALETA-LOPEZ, Marta et al. Carcinoma de paladar blando. Descripción de una serie de casos. *Rev. ORL* [online]. 2020, vol.11, n.4 [citado 2023-09-13], pp.473-480. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-

- 79862020000400010&lng=es&nrm=iso>. Epub 15-Mar-2021. ISSN 2444-7986.
<https://dx.doi.org/10.14201/orl.23565>.
2. ALVAREZ MARTINEZ, Efraín et al. Clinical-histopathology features of oral squamous cell carcinoma in Medellin, Colombia. *Rev Cubana Estomatol* [online]. 2010, vol.47, n.1 [citado 2023-09-12], pp.81-95. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7507.
 3. Boza OYV. Carcinoma de células escamosas basaloide en paladar: Reporte de caso. *Odovtos-Int J Dent Sc*. 2017;19(3):17-25.
 4. Amorim MM, Leite MCS, Alves LDB, Silva CALD, Santos JND, Freitas VS. Sobrevida de adultos jóvenes com carcinoma de células escamosas oral em uma população do Brasil. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2019 septiembre 1;21(5):534-540. Portugués. doi: 10.15446/rsap. V21n5.76193. PMID: 36753205.
 5. Piemonte ED, Lazos JP, Belardinelli P, Castillo GDV, Talavera AD, Secchi DG, Lanfranchi Tizeira HE, Brunotto MN. Efecto de la acumulación de factores de riesgo en el riesgo de carcinoma de células escamosas bucal. *Rev Fac Cien med Univ Nac Córdoba*. 2021 jun 28;78(2):158-165. Español. doi: 10.31053/1853. 0605.v78.n2.31247. PMID: 34181832; PMCID: PMC8741319

PERLA ESCONDIDA

Autores: Ignacio Zermoglio; Nazarena Calvente; Santiago Herrero

Asesores Científico: Alvarez Mónica Beatriz.

Cátedra de Semiología y Clínica Estomatológica. FOUNT

Correo electrónico: od.monicabalvarez@gmail.com

RESUMEN

Los tumores de glándulas salivales son neoplasias poco frecuentes, se estima que representan el 3% de todos los tumores de cabeza y cuello. Los adenomas pleomórficos (AP) con localización en paladar son los más comunes, histológicamente se caracterizan por presentar tanto elementos epiteliales como mesenquimales. El objetivo de esta presentación es mostrar el caso clínico de una paciente sexo femenino, 34 años de edad con diagnóstico clínico e histopatológico de adenoma pleomorfo tratada en el Servicio de Medicina Bucal de la Facultad de Odontología de Tucumán.

PALABRAS CLAVES: adenoma, tumor, glándulas salivales

INTRODUCCION

El adenoma pleomorfo es una neoplasia benigna que representa la forma más común de tumor de las glándulas salivales, se encuentra frecuentemente en la glándula parótida, pero también puede presentarse en otras glándulas salivales menores, siendo el paladar uno de los sitios más comunes en la cavidad oral. (1) Existe un predominio por el sexo femenino de (2:1). (2)

Es un tumor mixto, que tiene tres componentes: uno epitelial, de células mioepiteliales y mesenquimal. Una capsula fibrosa separa estas células de los tejidos circundantes. (3) Esta variabilidad en los componentes celulares es lo que le otorga su nombre de "pleomorfo". Aunque es benigno, su capacidad para presentar diversas formas celulares hace que su diagnóstico y manejo requieran especial atención. (4)

Clínicamente, en el paladar suelen manifestarse como masas indoloras, de crecimiento lento, firmes y bien delimitadas. Debido a su localización, pueden interferir con la función normal del paladar y la cavidad oral si alcanzan un tamaño considerable, lo que justifica su evaluación temprana y tratamiento adecuado para evitar complicaciones. (5)

Estudio imagenológico como la tomografía axial computada (TAC) usualmente se observa como una imagen circunscrita, con márgenes definidos, de densidad similar a los tejidos

adyacentes a la lesión (6). La TAC es clave para determinar la localización, el tamaño y la extensión de la lesión. (7)

El tratamiento principal para el adenoma pleomorfo en el paladar es la resección quirúrgica completa, aunque es benigno, existe un riesgo de recurrencia si no se extirpa completamente.

La transformación maligna es una probabilidad en su evolución (8)

CASO CLINICO

Se presenta a la consulta una paciente sexo femenino de 34 años de edad por una *elevación en el paladar*. Al interrogatorio manifiesta que hace un mes aproximadamente, notó la presencia de una lesión en el paladar, sin causa aparente. Su odontólogo diagnosticando un absceso palatino le realizó una punción y endodoncia al elemento 26.

Al examen estomatológico apreciamos en el tercio medio de paladar duro, hacia la derecha de la línea media, una lesión tumoral de aspecto sólido, de forma hemisférica, de superficie lisa del mismo color de la mucosa con una zona en su parte superior de color violáceo, de 3x2 cm de diámetro, de consistencia blanda elástica e indolora a la palpación, con un tiempo de evolución de 1 mes. Foto (1)



Foto (1) lesión tumoral

Se solicitaron análisis de sangre, TAC (Foto2) y se dio turno para realizar la biopsia por escisión.

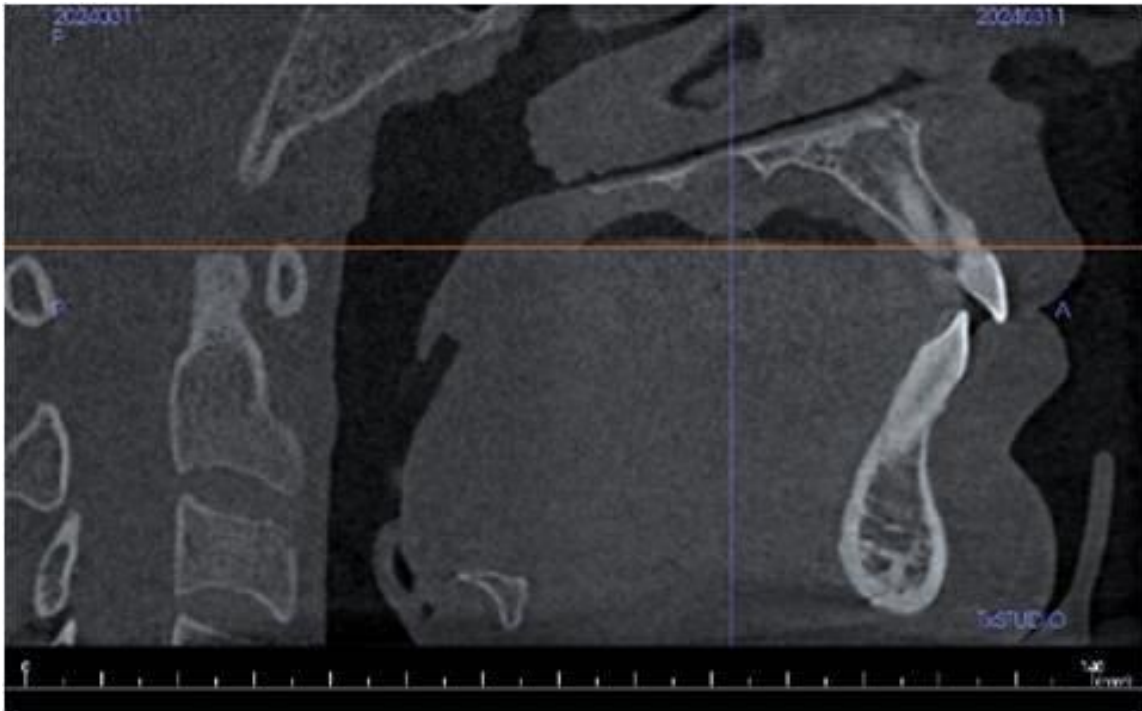


Foto (2) imagen axial de la tumoración

Se realiza biopsia escisional con bisturí frío obteniéndose una muestra sólida, blanquecina y de consistencia firme, incluyéndolo en formol al 10% para su posterior análisis histopatológico.

Foto (3) (4) y (5)



Foto (3) Incisión



Foto (4) Avulsión



Foto (5) lecho quirúrgico

El informe histopatológico: **Adenoma Pleomorfo en Paladar**. Microfotografía en vista panorámica. Se observa lesión neoplásica constituida por proliferación de células monomorfas epitelioides con citoplasmas amplios eosinófilos, entremezcladas con material basófilo compatible con mucina. (Foto6) (Foto 7)

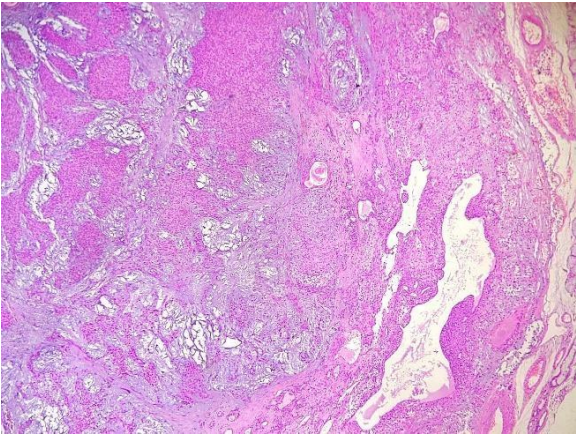


Foto (6) células monomorfas epitelioides

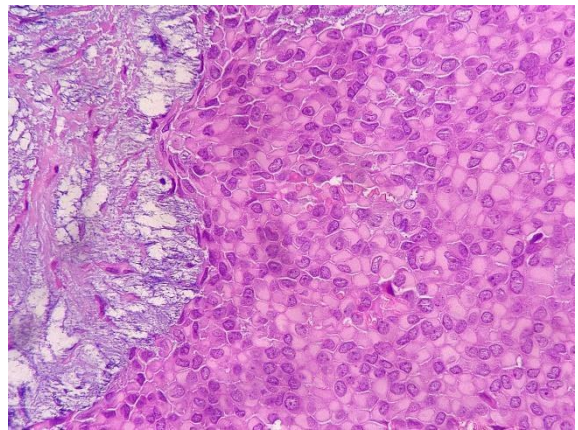


Foto (7) A mayor aumento

DISCUSIÓN:

Los tumores de glándulas salivales son tumores poco frecuentes. Se estima que representan el 3% de todos los tumores de cabeza y cuello como lo dicen los autores de Luna Ma y Kuri-García Anuar, Sin embargo, Kalwaniya sostiene igual que nuestro caso que el 60% se da sexo femenino. Autores como Bordoy-Soto María Andrea, muestran un paciente masculino con diagnóstico de adenoma diferente a nuestro caso. Nuestra experiencia como así la de Jiménez Rodríguez sostienen que la metodología diagnóstica se basa en la clínica y exámenes de complementarios. Esta investigación coincide con publicaciones como Ellis GL donde dice que el tratamiento para las neoplasias de glándulas salivales tiene que ser individualizado para cada paciente; es por ello que el odontólogo debe estar capacitado para tal fin.

CONCLUSIÓN

El adenoma pleomorfo es un tumor benigno más común de las glándulas salivales.

Se constituye por elementos epiteliales y mesenquimales lo que le da la apariencia pleomórfica al microscopio.

El diagnóstico se realiza a través de la biopsia y el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa ya que tiende a recurrir y en algunos casos puede malignizarse.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Luna MA. Salivary Glands. In: Barnes L, editor. Surgical Pathology of the Head and Neck. Vol. 1. Marcel Dekker; 1996. p. 494-504.
- 2.- Kuri-García Anuar, Kuri-García Aarón, Guakil-Haber Alberto, González-Arciniega Erasmo, García-Enríquez Benjamín. Incidencia de tumores de glándulas salivales en pacientes adultos en un hospital de tercer nivel en el Estado de México del año 2008 al 2019. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Nov 19] ; 91(4): 521-527. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2023000400521&lng=es. Epub 30-Oct-2023. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000414>.
3. Kalwaniya DS, Meena R, Kumar D, Tolat A, Arya SV. A Review of the Current Literature on Pleomorphic Adenoma. Cureus. 2023 Jul 22;15(7):e42311. doi: 10.7759/cureus.42311. PMID: 37614271; PMCID: PMC10442517.
- 4.- Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. Oral Dis. 2002;8(5):229-40. doi:10.1034/j.1601-0825.2002.02870.x.
5. - Bradley PJ. Salivary Gland Tumours: Clinician's Manual. Taylor & Francis; 2006.
- 6.- Bordoy-Soto María Andrea, Vélez-Gimón Henrique Jorge, Fernanda-Hernández María, Xavier-Briceño Wilmar. Adenoma pleomórfico gigante en paladar. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev. Odont. Mex [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado 2024 Nov 19] ; 20(4): 259-264. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2016000400259&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.rodmed.2016.11.007>..-
- 7.-Jiménez Rodríguez Yuniesky, Coca Granado Rafael Michel, Delis Fernández Reynaldo Enrique, Artilles Martínez Daniel, Durán Morales Dannis. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de cinco años. Acta méd centro [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Nov 19] ; 15(2): 229-239. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000200229&lng=es. Epub 30-Jun-2021..-
8. - Ellis GL, Auclair PL. Tumors of the Salivary Glands. 3rd ed. AFIP Atlas of Tumor Pathology, Fascicle 17. Armed Forces Institute of Pathology; 1996.

HUELLAS BLANCAS: DESCUBRIENDO SEÑALES DE ALERTA

Autores: Delpiani Laborde, Sofia; Garegnani, Joaquina; Luna, Julieta; Montecino, Mauricio.

Asesores Científicos: Dra. Bander, Melina Priscila; Dr. Dorati, Pablo Javier; Prof. Dr. Lazo, Gabriel Eduardo

estomatologiafolp@gmail.com

Asignatura Patología Y Clínica Estomatológica

FACULTAD DE ODONTOLOGIA -UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Introducción

Se presentó a la consulta una paciente del sexo femenino, lúcida, con marcha normal y facie compuesta, de 67 años de edad, residente de la ciudad de La Plata; derivada por su odontólogo particular por presentar una lesión blanca en mucosa del paladar.

En cuanto a los antecedentes personales, presentaba hipertensión para lo cual estaba medicada con losartán 100 mg, hipercolesterolemia e hipotiroidismo. Fue diagnosticada con osteopenia y osteoporosis para lo cual le fue indicado risedronato; también tomaba un comprimido de alprazolam 0,50 mg por día.

En referencia a los factores de riesgo, se trataba de una paciente fumadora de 10 cigarrillos diarios, durante 49 años, refirió haber discontinuado el hábito tabáquico durante sus 3 embarazos, asimismo estimamos una cantidad aproximada de 178.850 cigarrillos fumados.

Caso Clínico

Al momento de la consulta, la paciente concurrió con una fotografía papel que databa de hace 17 años en donde ya se evidenciaban los inicios de la lesión ubicada exclusivamente en paladar, y con un informe anatomopatológico de una biopsia realizada en el año 2006, que describe hiperqueratosis de patrón verruciforme alternando áreas de ortoqueratosis y paraqueratosis con acantopapilomatosis. Corion fibroso con leve infiltrado inflamatorio crónico.

En la imagen 1 se observa una placa blanquecina que se extiende desde el tercio medio al tercio posterior de la mucosa yugal derecha.

En la imagen 2 se observa otra placa blanquecina que asienta sobre fibromucosa de paladar, en su porción posterior, que se extiende desde el reborde residual izquierdo al reborde residual derecho y llega a la mucosa del fondo de surco del mismo lugar.

En la imagen 3, nuevamente se observa una lesión blanquecina, con áreas de mancha y áreas de placa, sobre la mucosa yugal izquierda. Ante la semiotecnia aplicada, ninguna de las lesiones, se desprendieron al raspado con gasa.

En imagen 4 se puede observar como el polo izquierdo de la lesión adopta cierta tendencia verrugosa. Al momento de establecer nuestra sospecha diagnóstica, realizamos una revisión bibliográfica sobre criterios diagnósticos y, teniendo en cuenta que nuestra paciente era del sexo femenino mayor de 65 años, la multifocalidad y la evolución clínica progresiva, nos hizo establecer diagnósticos presuntivos de leucoplasia verrugosa proliferativa o multifocal, y también fue considerado el liquen queratósico, (entendiendo que, de un liquen bucal, puede derivarse una leucoplasia verrugosa proliferativa).

Se decidió realizar una biopsia, en donde se tomaron 3 muestras con punch, de los sitios más representativos (Imagen 5) y el correspondiente informe anatomopatológico arrojó presencia de hiperqueratosis de patrón verruciforme, alternando áreas de ortoqueratosis y paraqueratosis con acantopapimolatosidad y un corion con leve infiltrado inflamatorio crónico.

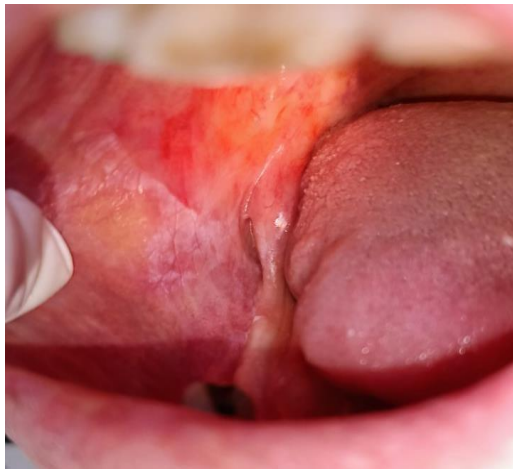


Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5

Discusión/conclusión

Asociado a los criterios clínicos de diagnóstico, llegamos al diagnóstico de certeza de una leucoplasia verrugosa proliferativa, o como propone la carta al editor del profesor Aguirre Urizar -que sugiere un cambio de nomenclatura de la entidad- una leucoplasia proliferativa multifocal.

La paciente continúa en observación, con un seguimiento clínico estricto, hasta su abordaje quirúrgico.

Bibliografia

1. Aguirre-Urizar JM. Proliferative multifocal leukoplakia better name than proliferative verrucous leukoplakia. *World J Surg Oncol*. 2011 Oct 10; 9:122. doi: 10.1186/1477-7819-9-122. PMID: 21985464; PMCID: PMC3206443.
2. Kim T. Leucoplasia oral: uma revisão narrativa. Almada: Instituto Universitário Egas Moniz; 2024. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/53172>
3. Shamim MZM, Syed S, Shiblee M, Usman M, Ali S. Automated detection of oral pre-cancerous tongue lesions using deep learning for early diagnosis of oral cavity cancer. 2019. arXiv:1909.08987.

Diferente presentación para igual patología

Autor: Juárez Donoso, María Jimena.

Asesora científica: Ingrassia Tonelli, María Eugenia. Rivarola, Emilce.

Universidad Nacional de Cuyo.

Correo electrónico: eugeniaingrassia@gmail.com rivarolaemilce@gmail.com

Introducción

Se presentan dos casos clínicos de carcinoma mucoepidermoide con diferente localización dentro de la cavidad bucal, ambos casos, con presentación clínica y tratamiento distintos, contribuyen a comprender mejor las variaciones y desafíos diagnósticos y terapéuticos de esta patología. El carcinoma mucoepidermoide es la neoplasia maligna más común de las glándulas salivales de la cavidad bucal.

Palabras clave

Carcinoma mucoepidermoide, glándulas salivales, neoplasia maligna, tratamiento quirúrgico, seguimiento oncológico.

Descripción del caso clínico

Caso clínico 1: Paciente femenina de 60 años, fumadora de 10 cigarrillos diarios durante los últimos 30 años, con antecedentes de colesterol alto. Realizó una consulta, derivada por su odontólogo por presentar una lesión en trigono retromolar izquierdo, de tiempo de evolución incierto. Clínicamente se observó una lesión: elevada, sésil, con mucosa que la recubría sana, tipo nódulo, con aparente contenido mucoso, cuyo diagnóstico clínico presuntivo fue mucocèle (de ubicación atípica). Tras realizar una biopsia escisional, el estudio anatomopatológico arrojó el resultado de carcinoma mucoepidermoide de grado intermedio.

La paciente decidió no seguir las indicaciones y bajo su responsabilidad, no realizar el tratamiento de elección e indicado para esta patología, que era cirugía con ampliación de márgenes, y se rehusó a realizar consulta con médico oncólogo. Se pactó con la paciente un seguimiento trimestral con controles estomatológicos. Se realizó seguimiento clínico durante cinco años con pedidos de radiografía panorámica cada dos años y ecografía de cuello de anualmente. Todos los estudios realizados durante los 5 años siguientes no mostraron ningún tipo de alteración. A los 5 años en un control de seguimiento, surgió una nueva lesión, elevada sésil de aspecto mucoso color azulado, en la misma localización, trigono retromolar izquierdo se realizó biopsia incisional de la lesión, cuyo resultado de anatomía patológica es carcinoma mucoepidermoide de bajo grado. Se derivó a cirugía para ampliación de márgenes. La paciente fue sometida a cirugía que se extendió hasta el periostio del trigono retromolar donde asentaba la lesión.

La pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado con un tamaño tumoral de 1, 3 cm, sin infiltración perineural ni embolias vasculolinfáticas. A la paciente se le indicó control post quirúrgico.



Caso clínico1: lesión recidivante en trígono retromolar.

Caso 2: Paciente femenina de 59 años sin antecedentes sistémicos relevantes. Presentaba una lesión en el paladar duro, de 3 meses de evolución, nódulo depresible, con contenido mucoso de 1 cm diámetro, la mucosa que recubría la lesión estaba intacta, con diagnóstico clínico presuntivo de patología de glándula salival menor, se realizó biopsia escisional, la anatomía patológica refirió la presencia de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado. La paciente fue sometida a cirugía de ampliación de márgenes con extirpación de la lesión y zonas vecinas sin injerto mucoso, se planificó cicatrización por segunda intención. No se realizó vaciamiento ganglionar, por no tener adenomegalias en ecografía de la zona. Se realizaron controles postoperatorios cada 7 días los primeros 40 días, observando una pérdida de sustancia de 3 cm de diámetro con eritema en el tejido circundante, que fue disminuyendo el tamaño con el avance de los controles. También se observaron signos de mejoría y síntomas clínicos.

La pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado con un tamaño tumoral de 3 mm, sin embolias linfovasculares, ni infiltración perineural.



Caso clínico 2: lesión en paladar duro.

Métodos de diagnóstico y diagnóstico definitivo

Ambos casos incluyeron un diagnóstico inicial basado en el examen clínico e imagenología (radiografía panorámica y ecografía de cuello) y diagnóstico definitivo por anatomía patológica que confirmó carcinoma mucoepidermoide en ambos casos. La paciente del Caso 1 se sometió a biopsia tras la aparición de una segunda lesión a los cinco años.

Discusión

El carcinoma mucoepidermoide afecta principalmente a mujeres y suele localizarse en la glándula parótida o el paladar duro. Con frecuencia su aparición es dolorosa, como una masa a diferencia de la presentación en nuestras dos pacientes que no tuvieron síntomas y el nódulo fue la lesión elemental en los dos casos. Los carcinomas mucoepidermoides de bajo grado son la presentación histológica más frecuente descrita en la literatura, en nuestros casos uno de ellos tuvo una presentación histológica de grado intermedio.

Los casos ilustran la importancia de la vigilancia a largo plazo, ya que la recurrencia puede presentarse incluso tras varios años de seguimiento. Aunque el tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección, la variabilidad en el grado histológico influye en las decisiones terapéuticas y en el pronóstico. La radioterapia postoperatoria se recomienda en casos de estadio avanzado del tumor, tumor de alto grado, invasión perineural o linfovascular, márgenes de resección cercanos o positivos, extensión extraparotídea o afectación de ganglios linfáticos. El estadio y el grado del tumor son predictores importantes de supervivencia.

Conclusiones

Ambos casos subrayan la necesidad de diagnósticos precisos y seguimiento a largo plazo en pacientes con carcinoma mucoepidermoide. El grado histológico es un factor determinante en el manejo, y la cirugía con márgenes ampliados es esencial para mejorar los resultados clínicos y minimizar la recurrencia.

El objetivo de la presentación de estos casos es brindar una actualización sobre la recurrencia, la presentación clínica, los síntomas, la histopatología, la clasificación, el tratamiento, la recurrencia, y la supervivencia de los carcinomas mucoepidermoides.

Bibliografía

1. Peraza A, Gómez R, Beltran J, Amarista FJ. Mucoepidermoid carcinoma. An update and review of the literature. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2020 Dec;121(6):713-720. doi: 10.1016/j.jormas.2020.06.003. Epub 2020 Jun 18. PMID: 32565266.
2. Sama S, Komiya T, Guddati AK. Advances in the Treatment of Mucoepidermoid Carcinoma. World J Oncol. 2022 Feb;13(1):1-7. doi: 10.14740/wjon1412. Epub 2021 Dec 8. PMID: 35317327; PMCID: PMC8913015.
3. Whaley RD, Gupta S, Erickson LA. Mucoepidermoid Carcinoma. Mayo Clin Proc. 2023 Sep;98(9):1427-1428. doi: 10.1016/j.mayocp.2023.07.018. PMID: 37661153.

EL QUE BUSCA ENCUENTRA

Autores: Aladio Celina, Alarcón Lara, Allegra Agostina, Alonso Lucila.

Asesores científicos: Dr. López-D'Alessandro Edgardo, Od. Cogliati Guillermo,

Facultad de Odontología. UNR. ldmedicinaoral@gmail.com

Resumen:

Paciente de sexo masculino, 71 años de edad, residente de la zona rural de Chaco; acudió a la consulta a la Facultad de Odontología de Rosario por presentar una lesión dolorosa en el borde de la lengua de 3 años de evolución que le dificultaba comer y hablar. Paciente no fumador, no bebedor, con buen estado general. Se realizó una primera biopsia incisional con resultado diagnóstico de: mucosa oral con proceso inflamatorio crónico granulomatoso. Tras realizar distintos tipos de exámenes complementarios para descartar infecciones bacterianas, micosis y parasitosis, con resultados negativos, se decidió realizar una segunda biopsia de la lesión cuyo resultado permitió llegar al diagnóstico de Carcinoma oral de células escamosas moderadamente diferenciado.

Introducción:

El cáncer de lengua, especialmente en sus etapas iniciales, puede ser difícil de detectar mediante exámenes histopatológicos estándar, debido a su apariencia sutil o a la falta de síntomas claros. Algunas lesiones premalignas o carcinomas de lengua iniciales pueden tener una apariencia histológica similar a otras lesiones benignas, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos o retrasados. La detección temprana del cáncer de lengua requiere un enfoque integral que combine exámenes clínicos, estudios de imagen y biopsias guiadas, junto con una evaluación histopatológica minuciosa por parte de profesionales capacitados.

Palabras clave: cáncer bucal; carcinoma escamoso en borde de lengua; lesiones malignas.

Descripción del caso clínico:

Paciente masculino de 71 años de edad, sin hábitos tóxicos, proveniente de la zona rural de Chaco, acudió a la consulta por presentar una lesión dolorosa en borde de la lengua izquierda que le dificultaba comer y hablar. La lesión había comenzado tres años atrás con la fractura de la pieza 36 que ocasiono un traumatismo en el borde izquierdo de la lengua. El examen clínico reveló una lesión ulcero vegetante de 5 cm x 3 cm, ubicada en el tercio medio del borde lateral izquierdo de la lengua, con una base indurada que desbordaba la lesión, bordes abalconados, sin fondo necrótico, con dolor pulsátil en la lengua que se irradiaba al oído izquierdo y dolor en la garganta al tragar que dificultaba la alimentación. En las zonas periféricas de la lesión se observaban lesiones blanquecinas reticulares y pequeñas placas blancas irregulares en el borde inferior.



Fig. 1 Lesión inicial en primer consulta



Fig. 2 Lesión a los 15 días

Métodos de diagnóstico, diagnóstico definitivo: Se solicitaron exámenes de sangre: hemograma completo, eritrosedimentación, tiempo de protrombina, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, glicemia, hemoglobina glicosilada, hepatograma completa, triglicéridos, colesterol y fosfatasa alcalina, antes de realizar una primera biopsia.

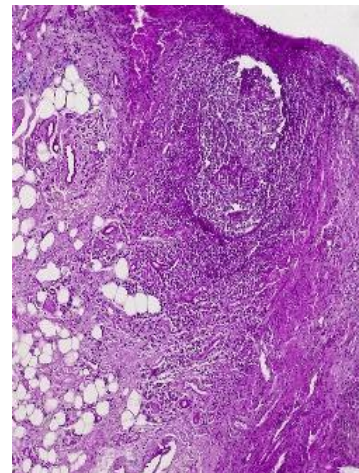
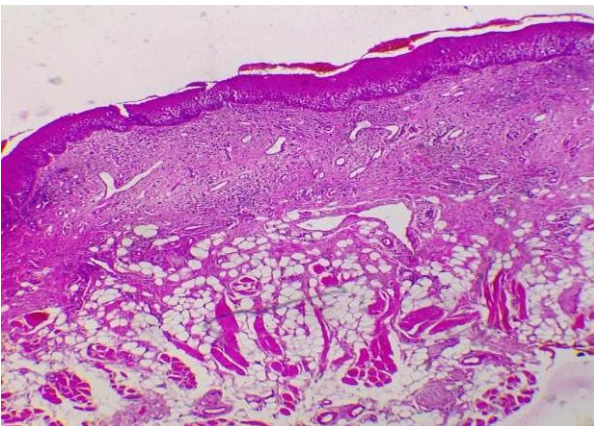


Fig. 3 y 4 Proceso inflamatorio granulomatoso

Se realizó biopsia incisional y estudio histopatológico donde no se evidenciaron rasgos de malignidad. Se decidió profundizar estudios complementarios para diagnóstico de enfermedades infecciosas (bacterias, virus, hongos y parásitos). Se investigaron: Tuberculosis, Sífilis, Micosis profundas: Histoplasmosis Blastomicosis Sudamericana, Leishmaniasis y Mal de Chagas. Se realizó frotis para estudio parasitológico directo y PCR, que dieron un resultado negativo para

Leishmaniasis (frotis en el Hospital Cullen de Santa Fe y PCR en el Instituto Malbrán). Todos los exámenes realizados mostraron resultados negativos, por lo que se decidió realizar una segunda biopsia que confirmó carcinoma oral de células escamosas moderadamente diferenciado.

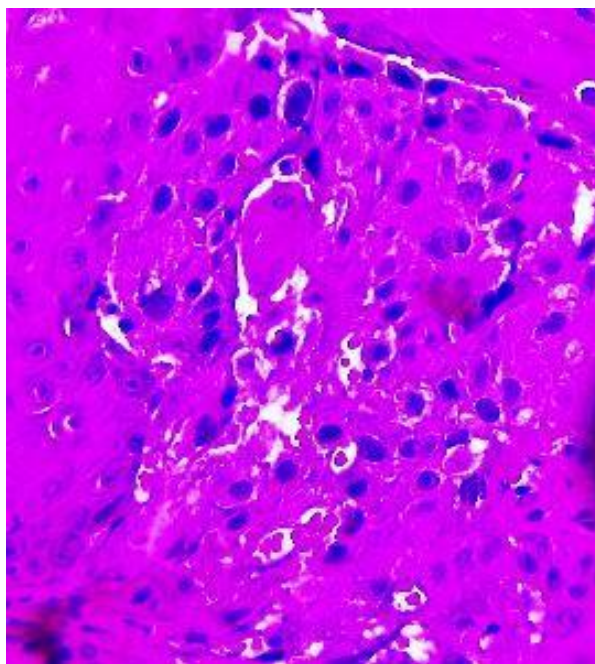


Fig. 5: Lesión tumoral infiltrante invadiendo la lámina propia, moderadamente diferenciada

Discusión:

En el caso que presentamos se identificó una lesión en el borde de la lengua cuyo diagnóstico histopatológico en la primera biopsia semejaba un granuloma inflamatorio, pero que en realidad era un cáncer de lengua. Los granulomas son masas inflamatorias inespecíficas, mientras que el cáncer de lengua es una neoplasia maligna. Es crucial diferenciar entre estas dos entidades, ya que el pronóstico y tratamiento son muy diferentes. Se aconseja repetir la biopsia en aquellos casos en que la lesión evidencia signos clínicos de malignidad.

Conclusión:

El cáncer del borde de la lengua representa el 60 % de los COCE que aparecen en la cavidad bucal y a pesar de ser fácilmente visibles y generar sintomatología temprana, siguen siendo diagnosticados en estadios avanzados. En ocasiones que el diagnóstico histopatológico sea dudoso, es necesaria la realización de una segunda biopsia para diagnosticar el cáncer. Esto puede ocurrir cuando la primera biopsia no proporciona información suficiente para confirmar o descartar el cáncer, o cuando se necesita evaluar con mayor detalle la extensión del tumor.

Bibliografia:

Gonzalez M, Riera March A. Tongue Cancer. 2023 May 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. PMID: 32965995.

Zwetyenga N, Majoufre-Lefebvre C, Siberchicot F, Demeaux H, Pinsolle J. *Les carcinomes épidermoïdes de la langue. Résultats du traitement et pronostic [Squamous-cell carcinoma of the tongue: treatment results and prognosis]*. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2003 Feb;104(1):10-7. French. PMID: 12644785.

Sessions DG, Spector GJ, Lenox J, Haughey B, Chao C, Marks J. *Analysis of treatment results for oral tongue cancer*. Laryngoscope. 2002 Apr;112(4):616-25. doi: 10.1097/00005537-200204000-00005. PMID: 12150512.

Siriwardena BSMS, Rambukewela IK, Pitakotuwage TN, Udagama MNGPK, Kumarasiri PVR, Tilakaratne WM. *A Predictive Model to Determine the Pattern of Nodal Metastasis in Oral Squamous Cell Carcinoma*. Biomed Res Int. 2018 May 13; 2018:8925818. doi: 10.1155/2018/8925818. PMID: 29862295; PMCID: PMC5971289.

Arora A, Husain N, Bansal A, Neyaz A, Jaiswal R, Jain K, Chaturvedi A, Anand N, Malhotra K, Shukla S. *Development of a New Outcome Prediction Model in Early-stage Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity Based on Histopathologic Parameters With Multivariate Analysis: The Aditi-Nuzhat Lymph-node Prediction Score (ANLPS) System*. Am J Surg Pathol. 2017 Jul;41(7):950-960. doi: 10.1097/PAS.0000000000000843. PMID: 28346327.

LA SUERTE NO ESTÁ SIEMPRE A FAVOR

Autores: Antognini Felipe, Alcañiz Nicolás, Archenti Yamila, Bernardini Martina.

Asesores científicos: Dr. López-D'Alessandro Edgardo, Dra Nava Carina, Prof. Dr. Viccei Mauricio, Prof. Adj. Mag. Od. Mardenlli Fabiana.

Facultad de Odontología, UNR. ldmedicinaoral@gmail.com

Resumen: Mujer de 44 años con adenocarcinoma pulmonar y metástasis cerebral, tratada con quimio y radioterapia. Acudió a la consulta por presentar sangrado intermitente a nivel de la papila interdental de piezas 37 y 38 que dificultaba su alimentación. Al examen intraoral se observó lesión hiperplásica exofítica, granulomatosa, de base sésil, de consistencia blanda, sangrante. Se realizaron estudios de laboratorio que incluyeron serologías para VDRL, HIV, HBV y HCV, con resultados negativos. Se realizó biopsia extirpación de la lesión con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma pulmonar metastásico en boca.

Introducción: Las lesiones tumorales de la boca, suelen ser producto de patologías propias de la cavidad oral o corresponder a manifestaciones secundarias de enfermedades sistémicas más complejas, como son las metástasis de cánceres distantes de diferentes órganos, que afectan tanto a los huesos maxilares como a los tejidos blandos bucales. Aunque estas metástasis a nivel bucal son infrecuentes, se deben tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de diferentes patologías orales de los tejidos duros y blandos.

Palabras clave: Cáncer Pulmonar; metástasis orales; lesiones malignas secundarias.

Descripción del caso clínico: Paciente femenina, de 44 años de edad, consumidora de tabaco y alcohol, con tos, crónica, disnea y pérdida de peso, diagnosticada con cáncer de pulmón con metástasis cerebral, consultó por presentar sangrado de encías de cuatro días de evolución. Al examen extraoral, se detectó adenopatía submandibular izquierda de 3 cm de diámetro, de consistencia dura, adherida a los planos profundos. Al examen intraoral, se observó una lesión hiperplásica, exofítica, granulomatosa, de 2 cm de diámetro en sentido vestíbulo-lingual y 1,5 cm mesio-distal, de color rojo intenso, de consistencia blanda, base sésil, con sangrado espontáneo, ubicada en zona de la pieza 37.



Fig. 1 Lesión exofítica proliferativa sangrante



Fig. 2 La lesión se extiende hacia lingual

Métodos de diagnóstico, diagnóstico definitivo: Se solicitaron análisis de laboratorio, incluyendo serologías para VDRL, HIV, HBV y HCV. Todas las pruebas resultaron no reactivas. Se solicitó radiografía panorámica, donde no se observó compromiso del hueso alveolar. Se realizó biopsia extirpación de la lesión con un diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma semidiferenciado con patrón glandular y acinar y secreción mucinosa focal a la luz glandular. Para completar el diagnóstico se realizaron pruebas de inmunohistoquímica con una inmunomarcación consistente con adenocarcinoma de origen pulmonar con TTF1 (factor de transcripción tiroidea) positivo difuso.



Fig. 3: fotografía post extirpación

Discusión: En este caso se evaluaron inicialmente una serie de diagnósticos diferenciales, tales como: éupulis granulomatoso, granuloma piógeno, angioma, carcinoma de células escamosas, pero dada la historia médica de la paciente y los antecedentes oncológicos de la misma, se consideró la posibilidad de encontrarnos ante una metástasis oral de su patología pulmonar. La evolución de la paciente fue desfavorable, falleciendo dos meses después de nuestra atención debido a la progresión severa de su enfermedad sistémica.

Conclusiones: La aparición de metástasis orales como difusión de diferentes tipos de cáncer es poco frecuente. Estas lesiones son difíciles de identificar, ya que suelen asemejarse a distintas lesiones reactivas benignas. Por otra parte, su aparición suele darse en casos de enfermedad maligna avanzada, aunque existen casos en los que dichas patologías metastásicas orales pueden ser la primera manifestación visible de una enfermedad maligna, especialmente en casos de cánceres avanzados, como el que hemos presentado. Por otra parte, la aparición de lesiones metastásicas dentro de la cavidad oral, suele ser un signo del agravamiento del pronóstico de la enfermedad terminal. La integración de un equipo multidisciplinario para abordar el cáncer como enfermedad, resulta crucial para poder mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades malignas.

Bibliografía:

Kirschnick LB, Schuch LF, Gondak R, Rivero ERC, Gomes APN, Etges A, Tarquinio SBC, Mesquita RA, Caldeira PC, da Costa AAS, Mendonça EF, Dos Santos JN, Smit C, Robinson L, Tager EMJR, Mosqueda-Taylor A, Pontes HAR, de Andrade BAB, Fonseca TC, Abrahão AC, Agostini M, Romañach MJ, Alves FA, Jaguar GC, de Mendonça NF, Pinto MBR, da Silva LC, Lopes MA, Vargas PA, van Heerden W, Abreu LG, Martins MD, Vasconcelos ACU. *Clinicopathological Features of Metastasis to the Oral and Maxillofacial Region-Multicenter Study*. Head Neck Pathol. 2023 Dec;17(4):910-920. doi: 10.1007/s12105-023-01588-0. Epub 2023 Oct 30. PMID: 37902929; PMCID: PMC10739623.

Jham BC, Salama AR, McClure SA, Ord RA. *Metastatic tumors to the oral cavity: a clinical study of 18 cases*. Head Neck Pathol. 2011 Dec;5(4):355-8. doi: 10.1007/s12105-011-0286-7. Epub 2011 Jul 31. PMID: 21805337; PMCID: PMC3210225.

Friedrich RE, Abadi M. *Distant metastases and malignant cellular neoplasms encountered in the oral and maxillofacial region: analysis of 92 patients treated at a single institution*. Anticancer Res. 2010 May;30(5):1843-8. PMID: 20592390. Kuhlin B, Kramer B, Nefas V, Rotter N, Aderhold C. *Indicators for secondary carcinoma in head and neck cancer patients following curative therapy: A retrospective clinical study*. Mol Clin Oncol. 2020 May;12(5):403-410. doi: 10.3892/mco.2020.2004. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32257195; PMCID: PMC7087480.

Friedrich RE. *Primary and second primary cancer in 649 patients with malignancies of the maxillofacial region*. Anticancer Res. 2007 Jul-Aug;27(4A):1805-18. PMID: 17649777.

TRATAR SUAVEMENTE

Autores: Od Esp Gisela Romeo, Od Ruiz Visconti David.

Asesor científico: Od. Vigna Alejandro, Prof. Dr. Viccei Mauricio, Prof. Adj. Mag. Od. Mardenlli Fabiana, Od. Esp. Jaraj M. Adriana.

Facultad de Odontología Universidad Nacional de Rosario.

gisela_romeo@hotmail.com, davidruizvisconti@gmail.com
alejandrovigna@hotmail.com

Introducción

El granuloma piógeno es una lesión exofítica, reactiva, benigna de etiología multicausal que puede originarse por una higiene oral deficiente, traumatismos, irritantes locales, medicamentos, cambios hormonales, etc. Asienta con mayor frecuencia en las encías, pero también pueden encontrarse sobre labios, lengua, mucosa bucal y paladar.

Clínicamente se observa una lesión exofítica de aspecto nodular de color rojo intenso cuya consistencia a la palpación es blanda y su superficie es lisa o lobulada, la base de implantación puede ser sésil o pediculada. La lesión puede ulcerarse y/o ser sangrante.

En este caso clínico presentado tiene como objetivo plantear la posible relación entre el uso de la Isotretinoína con la consecuente formación del granuloma piógeno como efecto adverso de la medicación.

Palabras claves: Hiperplasia inflamatoria – Lesión reactiva – Isotretinoína

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 20 años de edad, de nacionalidad argentino concurre a la consulta por presentar un crecimiento en el labio superior. En sus antecedentes personales el paciente refiere que en su adolescencia padeció acné severo por lo que realizó tratamiento con Isotretinoína por varios meses, no presenta enfermedades sistémicas, ni alergias. Cabe destacar que presentaba hábitos nocivos como bruxismo, tomaba infusiones muy calientes, fumaba 5 cigarrillos diarios desde hacía un año y era bebedor social.

La lesión comenzó como una “protuberancia” de color amarillenta y morada en el labio que comenzó a “inflamarse” y a doler, el paciente relató que apretó, mordió y succionó la lesión, se automedicó con ibuprofeno 400 mg cada 8 horas alternando con diclofenaco 75 mg cada 8 horas, al notar que la lesión comenzó a aumentar de tamaño concurre a la consulta estomatológica. Al examen clínico peribucal el paciente no presentaba adenopatías ni anomalías en estructuras como glándulas mayores, ATM, músculos masticadores y semimucosa labial superior e inferior.

Al examen clínico endobucal se observó en mucosa labial inferior una lesión exofítica de aspecto vegetante que asentaba en el lado derecho de la mucosa de aspecto mamelonado, ulcerado sangrante de color morado, rojo y blanco, de forma irregular, alcanzando un tamaño de 3 cm de diámetro aproximadamente en su eje mayor y 2,5 cm. en su diámetro menor, cuya base de implantación es pediculada. Era dolorosa a la palpación y tenía un tiempo de evolución de más de dos semanas. Se realizó diagnóstico clínico y diagnóstico diferencial con patologías glandulares y hemangioma, tumoración traumática llegando a establecer granuloma piógeno como diagnóstico presuntivo. Se solicitaron exámenes de laboratorio en donde se incluyeron hemograma completo con recuento plaquetario, glicemia, coagulograma y serología para ITS, previo a realizar biopsia escisional. Dentro del plan de tratamiento también se recomendó el uso de placa de protección de tejidos blandos a la cual el paciente se negó.

El estudio histopatológico reveló granuloma piógeno.

Discusión

En este caso clínico se observó la formación de un granuloma piógeno en la mucosa labial inferior pudiendo establecer una relación con la administración de Isotretinoína (efecto adverso), presentando una localización poco frecuente en comparación con otros casos reportados en la literatura donde se describe el granuloma piógeno en piel del rostro, cuello y extremidades sobre todo en uñas, mientras que los reportes en mucosa oral son menos frecuentes.

Se cree que el mecanismo de formación se debe a la fragilidad capilar y al aumento de la proliferación vascular inducido por la Isotretinoína. La diferencia de localización puede deberse a factores propios de la mucosa labial como la vascularización abundante y traumas recurrentes. Este hallazgo sugiere la necesidad de investigar a la mucosa oral como posible sitio de asentamiento, conocer la frecuencia y esclarecer los mecanismos de formación implicados en estas localizaciones.



Fig. 1 Cicatrices de acné severo

Fig. 2 y 3 Lesión exofítica en labio inferior



*Fig 4 Toma biopsia
escisional*



Fig 5 Post quirúrgico inmediato



Fig 6 Pieza quirúrgica

Conclusiones

El paciente que referimos presentaba factores gatillos que podrían predisponer a la formación de un granuloma piógeno, como la mala higiene oral, traumatismos frecuentes: morder los labios, bruxismo y consumo de Isotretinoína para el acné severo. Aunque aún no hay estudios concluyentes, se cree que el fármaco no es la causa directa, pero crea un escenario en donde altera la proliferación de queratinocitos, estimula la formación anómala de tejido vascular, altera la

cicatrización y predispone la hiperplasia de tejido de granulación explicándose así la aparición de granulomas piógenos en algunos pacientes.

Bibliografía:

Armstrong, D. K., & Weinstein, M. (2011). *Four cases of periungual pyogenic granuloma associated with isotretinoin therapy*. Clinical and Experimental Dermatology, 36(5), 566–568.

Benedetto, C., Betto, P., Ricci, F., Cazzaniga, S., & Gelmetti, C. (2019). *Isotretinoin-induced periungual pyogenic granuloma with paronychia: Case report and review of the literature*. Case Reports in Dermatology, 11(2), 190–196.

Cuenca-Barrales, C., Molina-Leyva, A., Ruiz-Carrascosa, J. C., & Arias-Santiago, S. (2018). *Pyogenic granuloma in an atypical location after isotretinoin treatment*. Case Reports in Dermatology, 10(3), 244–248.

Exner, J. H., Dahod, S., & Pochi, P. E. (1983). *Pyogenic granuloma-like acne lesions during isotretinoin therapy*. Journal of the American Academy of Dermatology, 9(4), 701–706.

Simmons, B. J., Chen, L., & Hu, S. (2016). *Pyogenic granuloma in a patient treated with isotretinoin*. Australasian Journal of Dermatology, 58(1), e28–e30.